Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 391.681
Diffusione 09/2015: 270.207
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

24-NOV-2015
da pag. 37
foglio 1
www.datastampa.it

Salute

> PERISCOPIO

DANIELA MINERVA

Tu partorirai, se ti va bene

ANNO DOPO anno. La denuncia è sempre la stessa. Ma nessuno ascolta. Il Rapporto del CeDAP sulle nascite in Italia continua a squadernare l'inadeguatezza dei luoghi dove le ragazze vanno a partorire. Soltanto il 61,9 per cento dei nuovi italiani affronta il mondo in centri che garantiscono il massimo della sicurezza, perché fanno più di 1000 parti l'anno. Sono in tutto 187 ma rappresentano solo un terzo dei punti nascita italiani. Questo vuol dire che i due terzi delle strutture dove nascono gli italiani non sono adeguati. E quel che è peggio e lascia sbigottiti è che l'8,6 per cento dei centri non garantisce standard di sicurezza, perché vi si fanno meno di 500 parti l'anno. Sono quelle cliniche che già il piano del ministro Fazio voleva chiudere nel 2010.Chissà perché sono ancora lì? Della faccenda si è discusso a lungo, innanzitutto perché bisogna fare un'eccezione per i luoghi isolati: meglio un centro un po' sbrindellato che niente e il mare di mezzo (visto che l'elisoccorso in gran parte del paese è un miraggio). Ma per il resto, il fatto che il parto possa essere un terno al lotto è un'imperdonabile leggerezza delle regioni.

periscopio@repubblica.it

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 23 NOVEMBRE 2015

Responsabilità professionale. Intervista a Trojano (Aogoi): “L’impianto del ddl è buono. Diminuirà la medicina difensiva e si ridurranno le spese assicurative”

Così il presidente nazionale dell’Associazione ostetrici e ginecologi italiani promuove il ddl approvato la scorsa settimana in commissione Affari Sociali. Per Trojano, grazie ad un nuovo rapporto medico-paziente incentrato su una maggiore "tranquillità" e alla necessità di doversi assicurare solo per dolo e colpa grave, si potrà bloccare anche l'esodo di giovani verso l'estero. "Le loro spese assicurative potrebbero scendere da 7000 euro a circa 1000 l'anno".

"Diminuirà la medicina difensiva, migliorerà il rapporto tra medico e paziente e si potrà permettere ai giovani di affrontare con più tranquillità il proprio lavoro dovendo pagare premi assicurativi notevolmente più bassi rispetto ad oggi". Così, in quest'intervista rilasciata a *Quotidiano Sanità*, il presidente nazionale dell'Associazione ostetrici e ginecologi italiani (Aogoi), **Vito Trojano**, promuove il disegno di legge sulla responsabilità professionale approvato la scorsa settimana in commissione Affari Sociali alla Camera.

Una promozione tanto più importante alla luce del fatto che il presidente Trojano ha fatto parte della cosiddetta Commissione Alpa incaricata dal ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** di affrontare la tematica della responsabilità medica.

Dottor Trojano, voi ginecologi siete sempre stati in prima linea sul tema della responsabilità professionale, al punto che siete stati gli unici ad arrivare ad indire uno sciopero di categoria. Oggi siete soddisfatti del disegno di legge approvato la scorsa settimana dalla commissione Affari Sociali?
Sono soddisfatto di questa legge. Non posso dire che sia la migliore delle leggi possibili in quanto ci sarebbero diversi aspetti da affinare, ma il suo zoccolo duro su responsabilità medica, rischio clinico e assicurazioni è senz’altro buono. Con questa legge diminuirà la medicina difensiva e sono sicuro che migliorerà anche il rapporto tra il medico e il paziente.

Eppure, nei giorni scorsi, Cittadinanzattiva è stata molto critica su questo testo, puntando il dito in particolare contro l’inversione dell’onere della prova che ora peserà sui pazienti. Non si rischia in questo modo di ledere il rapporto di fiducia medico-paziente?
No, io non credo. Anzi, penso l’esatto contrario. Nel momento in cui da paziente ritengo che qualcuno abbia commesso qualcosa a mio danno, sarò io a dovermi assumere l’onere di provarlo e non costringere la controparte a discolparsi. Serve una maggiore tranquillità nel rapporto tra medico e paziente, ed io credo che con questa legge si vada nella giusta direzione. Il medico non può continuare ad essere il bancomat del sistema. Negli anni tutto questo ha prodotto una vera e propria fuga, specie in talune branche della chirurgia o, ad esempio, nella ginecologia oncologica: nessuno voleva più assumersi la responsabilità di eseguire alcuni interventi.

E cosa ha prodotto tutto questo?
I pazienti venivano finivano per doversi rivolgere magari all’estero o in centri privati a pagamento. Non

credo che una situazione di questo tipo possa andare nell'interesse dei cittadini. In questi anni i pazienti di diversi Paesi dell'Est Europa venivano a curarsi in Italia perché qui trovavano medici capaci di operare bene, non pagavano nulla e potevano riuscire ad ottenere anche ottimi indennizzi. Insomma, non si poteva più andare avanti in questa maniera. Così si penalizza una professionalità di altissimo livello come quella della sanità italiana. Oggi il 50% dei giovani va a lavorare fuori dall'Italia. Noi vogliamo che restino e che possano svolgere il loro lavoro in tranquillità. L'atto medico ha tutta una sua complessità ed è soggetto a diverse variabili. Non si può dover pagare per un eventuale sbaglio non riconducibile ad una mia cattiva condotta.

A tal proposito nel testo si richiama l'osservanza di linee guida che dovranno essere prodotte da Società scientifiche accreditate dal Ministero della Salute. Ecco, queste linee guida saranno vincolanti? Il medico potrà continuare ad avere una sua libertà d'azione?
Assolutamente sì. Va chiarito che le linee guida altro non sono che linee di indirizzo. Non si fa altro che standardizzare dei percorsi in base ad esperienze consolidate. Ma questo non toglie autonomia al medico che potrà poi giustificare un suo eventuale scostamento dettato da esigenze particolari.

Come ginecologi avete a più riprese sollevato anche il problema legato all'alto costo delle assicurazioni, pensa che con questo ddl la situazione possa migliorare sotto questo aspetto?
Sì ed è semplice spiegarne il motivo. Ci si dovrà assicurare solo per dolo e per colpa grave, in questo modo il premio scenderebbe di molto. I giovani medici non dovranno più spendere 6-7mila euro all'anno per assicurarsi, ma la spesa potrebbe scendere a circa 1000 euro.

Le è piaciuto l'articolo 10 che disciplina le nomine dei consulenti tecnici e periti?
Sì, come società scientifiche sarà nostro compito produrre elenchi di esperti in medicina. Anzi, di più, si dovrà far riferimento anche alle specializzazioni mediche. Poi saranno i giudici a scegliere in piena autonomia.

Un ultima domanda, che ne pensa delle norme sulla gestione del risk managment?
Tutte le strutture dovranno attivare un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio. Verrà istituito un Centro per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente che sarà incaricato di raccogliere i dati regionali sul contenzioso e sugli errori sanitari per poi trasmetterli all'organismo di riferimento nazionale: l'Osservatorio nazionale sicurezza in sanità. L'Osservatorio dovrà avvalersi dell'aiuto delle società scientifiche per la realizzazione di apposite linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario. Si potranno così garantire percorsi tecnicamente validi e guidare anche gli investimenti a livello territoriale in base ai risultati ottenuti dalle singole regioni. L'Osservatorio potrà così gestire, in maniera indiretta, insieme alle società scientifiche, sia l'eventuale adeguamento delle linee guida che gli investimenti sui singoli territori.

Giovanni Rodriquez

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-NOV-2015
da pag. 10
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Migranti, ecco le 5 priorità

Dalla prima accoglienza alla gravidanza, ecco le cinque priorità per le cure ai migranti.

GOBBI E MAGNANO A PAG. 10-11

In cantiere le Linee guida della Salute: priorità a cure di prima accoglienza e gravidanza

L'approdo Ssn per i migranti

Il nodo dell'assistenza pediatrica - Censis: accesso a ostacoli e corsa al Ps

Cure di prima accoglienza, gestione della gravidanza, patologie da lavoro e infortuni, medicina in condizioni di reclusione, tubercolosi. Sono queste le cinque priorità che saranno trattate nelle Linee guida sull'assistenza sanitaria ai migranti, in cantiere al ministero della Salute. Un raggio d'azione che riflette le difficoltà quotidiane che gli stranieri in ingresso e in transito nel nostro Paese incontrano con più frequenza. Un tema di forte attualità che coinvolge non solo l'Italia ma tutta l'Europa, alle prese con flussi migratori che necessitano di programmazione e risposte adeguate anche da un punto di vista sanitario. Non a caso, proprio Lungotevere Ripa ha appena ospitato la conferenza Oms di alto livello sulla salute dei rifugiati e dei migranti (v. intervista di spalla).

Istituto superiore di sanità (Iss), Società italiana di medicina delle migrazioni (Simm) e Istituto nazionale per i migranti (Inmp) sono in questi mesi al lavoro per produrre, si spera al massimo entro il prossimo autunno, le linee guida sui controlli sanitari per i migranti in arrivo. «A problemi concreti ma anche a tanti pregiudizi e disparità di interventi - spiega **Salvatore Geraci,** coordinatore dei Gruppi immigrazione e salute della Simm - l'Italia cerca finalmente di dare risposte meno legate all'emotività e con una strategia basata sull'evidenza». Il primo dei cinque capitoli è il più critico. Qui siamo praticamente all'anno zero, con le Regioni che nei Centri di prima accoglienza organizzano visite e controlli in ordine sparso, «limitandosi per il momento alla sorveglianza sindromica», come spiega **Giovanni Baglio**, medico ed epidemiologo dell'Inmp.

Poi c'è il grande tema della maternità, che resta un'area di fragilità a partire da un monitoraggio prenatale ridotto. Di best practice sparse sul territorio ce ne sono. Come quella sperimentata dal trial Iss sull'efficacia della visita domiciliare a dieci giorni dal parto, che ha dimostrato come una presa in carico tempestiva della madre migliori le condizioni psicologiche ma anche le modalità di contatto successive con i servizi sanitari da parte della donna. Gocce nel mare, rispetto a un'emergenza che va gestita in modo appropriato. Anche nei casi più problematici, come quelli delle vittime di tortura, che sono il 20-25% dei rifugiati e necessitano di un sostegno medico-psicologico specialistico. A Roma l'ospedale San Giovanni ha ospitato un ambulatorio dedicato che ha avuto in cura oltre mille pazienti tra il 2004 e il 2012, per poi essere chiuso due anni fa. Un servizio di nicchia, ma cruciale, che addetti ai lavori e utenti auspicano sia riattivato. Lo stesso Unhcr ha chiesto alla Regione Lazio di ripristinare il servizio.

Molti intanto sono i miti da sfatare, a cominciare da quello del profugo portatore di malattie: ad affrontare il lungo viaggio sono prevalentemente i più sani. E scabbia, pediculosi, ustioni da cherosene, stress, disidratazione e malnutrizione sono disagi che nascono durante la migrazione. Molto più frequenti di Tbc o o poliomielite. Perché, spiega ancora Baglio, «il viaggio che affrontano le persone in fuga è troppo lungo per Ebola ma troppo breve per la Tbc». Con l'Ebola o si guarisce o si muore prima di arrivare, mentre la Tbc può restare non diagnosticata.

La sfida è quindi nell'accoglienza più che nell'allarme. Lo conferma il report su «I nuovi pellegrini» appena presentato dal Censis, in occasione della mostra fotografica inaugurata a Roma dalla Fondazione Farmafactoring (in pagina alcune opere). Davanti ai principali disagi del Ssn, liste d'attesa in testa, italiani e stranieri pari sono. Ma per gli stranieri, che pure promuovono nel complesso l'impianto, l'umanità e la gratuità delle cure pubbliche, l'accesso resta estremamente complesso. Vuoi per barriere burocratiche (segnalate dal 13%), vuoi per difficoltà linguistiche (nel 33% dei casi anche a cinque anni dall'arrivo) o ancora per difficoltà economiche: solo il 10,6% degli stranieri riesce ad accedere alle visite a pagamento a fronte del 29,2% degli italiani. Ma anche il pagamento del semplice ticket può scoraggiare. Per non parlare del nodo irrisolto che riguarda le esenzioni previste per i richiedenti asilo, ora limitate ai primi due mesi dall'ingresso in Italia (vedi box in pagina). Eppure, come spiega **Patrizia Carletti**, Osservatorio sulle Diseguaglianze nella salute della Regione Marche, «non esiste alcuna analisi economica che dimostra che questa misura comporta una riduzione dei costi, considerato anche che parliamo di appena 100mila persone su 61 milioni di cittadini italiani».

Non a caso il pronto soccorso resta la porta d'accesso più immediata: gli stranieri che ne usufruiscono, sempre secondo il Censis, sono 66 su mille (almeno una volta all'anno) mentre per gli italiani il rapporto scende a 23 su mille. Un dato che la dice lunga sulla distanza che ancora permane tra migranti, soprattutto se irregolari, e assistenza sul territorio. Che si tratti di Mmg o di pediatri. A tre anni dall'Accordo Stato-Regioni che ha reso cogente l'assegnazione del pediatra di base anche ai bambini figli di immigrati irregolari, solo Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Puglia e Sicilia si sono adeguate. In altre realtà, come Lazio, Campania e Liguria le cure primarie sono garantite solo ai bambini in possesso di codice fiscale. Per gli altri minori irregolari si è in attesa di una circolare del ministero della Salute, che ancora non ha visto la luce. Buona parte dei circa 15mila minori figli di irregolari sul territorio italiano, sta ancora aspettando.

Barbara Gobbi
Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

24-NOV-2015
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

Fertilità. Il nodo formazione

Preparare i medici (e le coppie) a conoscere i termini del problema: piano dell'azienda Merck

Emanuela Vinai
Roma

Fertilità questa sconosciuta. Tra una cattiva pubblicistica che porta a pensare di poter avere un figlio a qualsiasi età e una diffusa carenza di educazione e informazione, preservare e tutelare la propria fecondità non è in cima ai pensieri di molti, salvo poi doverci fare i conti quando si cerca un bebè e l'unica via sembra essere quella della procreazione medicalmente assistita. Il nostro Paese sconta un tasso di natalità bassissimo, pari a 1,39 figli per donna, totalmente inadeguato alla crescita.
Sulla scia del Piano nazionale per la fertilità, presentato lo scorso maggio dal ministero della Salute, la Merck, azienda scientifica e tecnologica, ha presentato ieri a Roma il proprio Manifesto per la fertilità: un documento programmatico di iniziative per aumentare la conoscenza del problema, migliorare la consapevolezza, favorire la prevenzione e sostenere la formazione professionale. Ambito quest'ultimo che sconta l'inesperienza specifica – risalente agli anni dei loro studi – di molti medici di medicina generale, il primo contatto delle coppie. «Si sono formati quando di infertilità non si parlava – ha spiegato Andrea Lenzi, direttore del dipartimento di Fisiopatologia medica ed endocrinologia La Sapienza Università di Roma, presidente della Società italiana di endocrinologia e del Consiglio Universitario Nazionale – e ora si trovano ad affrontare una problematica che non sanno come gestire».
A questo si unisce un analfabetismo diffuso riguardo il proprio corpo. «Le coppie ignorano le basi fondamentali del sistema riproduttivo – ha sottolineato Eleonora Porcu, vicepresidente del Consiglio Superiore di Sanità e responsabile del Centro di infertilità e di Pma dell'Università di Bologna Policlinico Sant'Orsola Malpighi –. Per esempio nessuno spiega alle donne, già da quando sono bambine, che dispongono solo di un numero limitato di ovuli, poi finiscono». All'imperizia di fondo si aggiunge una consultazione inappropriata del web, che finisce per dare informazioni distorte, e il business della provetta che confonde gli aspiranti genitori. «Ho constatato come ormai le aspettative delle coppie siano molto alte: vogliono avere un bambino il più facilmente possibile e con il minor costo emotivo ed economico» ha spiegato Porcu. E non c'è solo un problema di genitorialità considerata ottenibile a condizioni pretese, anche l'educazione corrente va in senso opposto alla natalità, chiosa Lenzi. «Ai ragazzi viene detto come evitare una gravidanza, ma non come preservare la fertilità: dopo i 35/40 anni anche gli uomini sono ipofertili, con tutti i rischi del caso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-NOV-2015
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

CODICE ROSSO a cura di Cineas

Ricerca Europep: se nasce «empatia» tra medico e paziente la cura migliora

"Il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura" (Carta di Firenze, 2005). Come è cambiata negli ultimi anni la relazione medico-paziente?

È superata, nei fatti, la concezione tradizionale del medico che decide "in scienza e coscienza", stabilisce la diagnosi, indica la terapia e la esegue senza bisogno di informare accuratamente il malato; tuttavia, il passaggio a un rapporto medico-paziente paritetico e improntato alla condivisione delle responsabilità, è ancora work in progress.

Certo è che, ai tempi del consenso informato, il medico non può limitarsi a vivere di referti e diagnosi, ma deve comprendere a fondo, oltre che segni e sintomi, il vissuto della persona che ha davanti, con i suoi risvolti pratici ed emotivi, per poter essere davvero efficace.

Lo conferma una recente ricerca Europep, condotta su un campione di oltre 56.000 pazienti, dalla quale emerge che il "buon medico" è quello che:

- si mostra interessato alla situazione personale del paziente;
- spiega precisamente cosa il paziente vuole conoscere riguardo ai sintomi e alla condizione di malattia e dà informazioni complete al riguardo;
- aiuta a gestire le emozioni che questa condizione genera;
- ascolta;
- coinvolge il paziente nelle decisioni riguardo all'iter terapeutico;
- si ricorda l'evoluzione della storia del paziente.

Non è solo per soddisfare le aspettative del paziente che è opportuno puntare sulla componente relazionale: i vantaggi sono evidenti anche per il professionista e le strutture sanitarie. Generare fiducia attraverso la relazione, banalmente, riduce il numero di visite inutili e dei "pellegrinaggi della salute", come pure dei contenziosi e delle prescrizioni di esami e accertamenti non indispensabili, ma atti a mettere al riparo il medico da possibili controversie, in un'ottica di "medicina difensiva".

Altra ricaduta è una maggior efficacia della terapia; in uno studio sperimentale, condotto in 24 studi di medici di famiglia, in cui sono state registrate 140 interazioni medico-paziente, si è rilevato che vi è stata una più alta e significativa aderenza alla terapia prescritta ed una migliore soddisfazione dei pazienti, laddove i medici hanno adottato comportamenti di vicinanza e di ascolto del malato.

Viceversa, una ricerca pubblicata dalla rivista Surgery (Surgeon's Tone of voice: a Clue to Malpractice History), focalizzata sul tono di voce usato dai chirurghi nelle interazioni con i pazienti, evidenzia una chiara correlazione fra una comunicazione paraverbale fredda e dominante da parte del chirurgo e denunce da parte dei pazienti per malpractice.

Entra in gioco qui il gap emotivo: il chirurgo, statisticamente, è il medico che dedica più tempo a spiegare dettagli tecnici ai propri pazienti e deve, per deontologia professionale, essere chiaro su eventuali rischi legati all'intervento. È un contesto che può mettere l'interlocutore in uno stato di forte ansia e di ipersensibilità ai fattori emotivi della comunicazione. L'assuefazione a questo tipo di dinamiche da parte del professionista può portare a sottovalutare la componente emotiva e, di conseguenza, a ridurre l'empatia, intesa come la capacità di sintonizzarsi sullo stato emotivo dell'altro e agire adeguatamente.

La riduzione dell'empatia è un meccanismo di difesa che medici e operatori sanitari sviluppano naturalmente sul campo: devono essere in grado di mettere le emozioni in stand by per poter mantenere concentrazione e lucidità anche in situazioni di emergenza e davanti a estreme sofferenze. Il rischio è che questo diventi un "anestetico emotivo" e impedisca una comunicazione empatica nell'atto terapeutico, componente cruciale nell'effetto placebo, inteso come fenomeno biologico che avviene nel cervello del paziente.

Le neuroscienze hanno evidenziato che rendere partecipe il paziente di quello che succede, del motivo per cui una procedura viene effettuata o interrotta, può amplificare l'aspettativa di beneficio terapeutico e di miglioramento clinico del paziente, scatenando l'attivazione e la liberazione di diversi neurotrasmettitori, quali le endorfine, gli endocannabinoidi, la dopamina che, attraverso meccanismi complessi, inibiscono il dolore (Fabrizio Benedetti, L'effetto placebo - breve viaggio tra mente e corpo, 2012). È un'ulteriore conferma che il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura.

Ma proprio il fattore tempo è oggi un tema caldo nelle strutture sanitarie. Sono state introdotte procedure di efficientamento che sembrano ostacolare, anziché favorire, la relazione empatica nel contesto sanitario: si è ridotto il tempo dedicato all'interazione e ci si avvale apparecchiature tecnologicamente avanzate che inducono il medico o l'operatore, durante la visita, a guardare il monitor o il tablet e non la persona che ha davanti.

Può succedere a chiunque di vivere quel che descrive Tiziano Terzani parlando degli "aggiustatori" del Memorial Sloan Kettering di New York: «Infilato dentro a un tubo dalle luci fosforescenti in cui, con un rumore di tempesta, venivo spinto avanti e indietro, disteso su uno stretto lettino, con la raccomandazione di trattenere il fiato il più a lungo possibile. Il tutto per scoprire cosa non andava in me... Il medico che nel corso di uno di questi esami scoprì il mio terzo cancro, e alla cui accortezza devo certo un supplemento di vita, so che era una donna e che aveva i capelli rossi, ma non potei né ringraziarla né darle un soprannome, perché io quella non la vidi mai». (T. Terzani, Un altro giro di giostra, 2004).

Eppure bastano 2 minuti di racconto da parte del paziente e ascolto attivo da parte del professionista per far sentire la persona più accolta e ascoltata e per raccogliere dalle sue parole il 75% dei sintomi, come rileva il lavoro di Wolf Langewitz e colleghi Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. Peccato che, statisticamente, il medico interrompa il paziente 22 secondi dopo che questi ha iniziato a raccontare, perdendo dati preziosi che gli consentirebbero di ridurre le possibilità di errori.

Tempi e spazi compressi, reparti stracolmi, reperibilità e carichi di lavoro sempre più pesanti, fanno sì che i medici si dicano stressati, esposti a un peggioramento delle performance cognitive, oltre che alla cosiddetta sindrome da burnout, come hanno raccontato quasi duemila professionisti interpellati da Anaao Assomed, l'associazione dei medici dirigenti, nel corso di un sondaggio condotto tra ottobre 2014 e febbraio 2015.

Dedicare tempo all'informazione, alla comunicazione e alla relazione con il paziente in questo contesto è un obiettivo arduo che non può essere lasciato al caso o alla predisposizione personale del singolo professionista. Accanto alla formazione teorica su colloquio clinico e relazione d'aiuto, serve un allenamento mirato, che permetta al medico di gestire con metodo le proprie emozioni e lo stress, e, per dirla con Goleman: «Modulare i propri stati d'animo evitando che la sofferenza ci impedisca di pensare, di essere empatici e di sperare».

Mariella Bisaccia
docente Cineas del master in Hospital risk management

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità
LAVORO&PROFESSIONE
Gare, chi non paga i salari è fuori

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-NOV-2015
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

IL PUNTO DI VISTA DELLA SIMEU

Focus emergenza tra ritardi e sovraccarico lavorativo

Lo straordinario accumulato da singoli operatori equivale a due mesi di lavoro

Migliorare l'efficienza e assegnare risorse aggiuntive

Il recepimento della normativa europea sul giusto orario di lavoro in sanità pubblica, operativo dal 25 novembre 2015, rischia di mettere in seria difficoltà i servizi di emergenza-urgenza ospedaliera. Nello specifico dal 25 novembre sarà vincolante rispettare alcune norme nell'organizzazione dei turni di servizio:

1) durata dell'orario di lavoro settimanale non superiore a 48 ore;

2) lavoro straordinario ammesso solo previo accordo tra datore di lavoro e operatore, per un massimo di 250 ore annuali;

3) riposo giornaliero di almeno 11 ore ogni 24;

4) riposo settimanale di almeno 24 ore consecutive.

Mentre le norme sui turni di guardia e di servizio sono chiarissime, restano alcune controversie interpretative sui turni di pronta disponibilità. La deroga alle norme descritte, abituale da tempo, sarà possibile solo attraverso accordi nei contratti collettivi nazionali di lavoro. L'incremento del carico orario lavorativo giornaliero e settimanale è stato favorito negli ultimi anni dalla limitazione o dal blocco del turn-over del personale, a fronte della necessità di mantenere i servizi; il risultato è che in molte realtà lo straordinario accumulato da singoli operatori ha superato le 250 ore annuali (corrispondenti a 2 mesi di lavoro extra), che i riposi settimanali sono stati spesso annullati e che si è fatto ricorso in alcuni casi a sequenze di turni mattino-notte o notte-pomeriggio.

Le conseguenze del sovraccarico lavorativo per gli operatori sanitari sono state chiaramente dimostrate dalla letteratura scientifica: deterioramento della performance cognitiva, aumento di autolesioni da puntura o da bisturi, raddoppio del rischio di incidenti stradali, aumento del rischio di malattie metaboliche e cardiovascolari. Si associa un aumento del rischio clinico, con danni per i pazienti: errori di prescrizione e somministrazione, aumento di mortalità dei pazienti con infarto cardiaco e di complicazioni dopo procedure chirurgiche. Nell'ambito dei sistemi di emergenza i rischi per la salute degli operatori e per la sicurezza dei pazienti sono ulteriormente aumentati perché al sovraccarico orario complessivo si somma il sovraccarico di domanda nel singolo turno di servizio, come si verifica di regola nei pronto soccorso sovraffollati. Questa situazione deve essere governata da diversi attori: il ministero della Salute e i sindacati, le Regioni, le direzioni aziendali, i direttori di struttura (primari) e i coordinatori (capo sala). Ogni attore ha importanti responsabilità, prioritarie rispetto all'applicazione delle normative, che peraltro deve essere garantita; queste responsabilità riguardano la sicurezza dei pazienti e la salvaguardia della risorsa più importante di cui dispone il Ssn e in particolare il sistema di emergenza: le persone che ci lavorano. È evidente il grave ritardo con cui le istituzioni nazionali e regionali si sono occupate del problema; a questo bisogna porre rimedio al più presto definendo prima di tutto il quadro normativo, in accordo con i sindacati, in particolare per quanto riguarda l'aspetto controverso delle pronte disponibilità; se l'obiettivo è il mantenimento dei servizi è necessario contestualmente considerare l'assegnazione di risorse aggiuntive, dopo aver attuato tutti gli interventi organizzativi opportuni per migliorare l'efficienza delle risorse già impegnate sul campo. I direttori di struttura e i coordinatori si impegneranno nella riprogettazione organizzativa dei turni rispettando le normative, ma senza peggiorare le condizioni di lavoro del personale (fatto che sarebbe in contrasto con lo spirito della legge 161/2014, orientata alla tutela dei lavoratori). Una volta fatto tutto il possibile per adeguare le organizzazioni, sarà un diritto-dovere dei responsabili segnalare alle direzioni cosa sarebbe necessario per mantenere invariati i servizi e quali sarebbero le eventuali riduzioni dei servizi a risorse invariate. La scelta eventuale tra il mantenimento dei servizi (con violazione delle norme) e la riduzione dei servizi (con rispetto delle norme) non può essere in carico ai direttori/coordinatori; è invece una responsabilità di direzioni aziendali/regioni/ministero, anche riguardo a eventuali sanzioni.

Gian Alfonso Cibinel
presidente nazionale
Società italiana di medicina di emergenza-urgenza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-NOV-2015
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

«Garanzie per tutti»

Un iter «lungo e complesso», che ripristina equilibrio e trasparenza e abbatte il contenzioso». Il relatore Gelli spiega il testo sul "risk".

GOBBI A PAG. 7

PAROLA AL RELATORE GELLI (PD)

«Testo equilibrato che ci riporta in linea con il resto d'Europa»

«Un percorso lungo e complesso», capace di ripristinare finalmente equilibrio e trasparenza e di abbattere costi e contenzioso». Così **Federico Gelli**, relatore del testo sul "risk", battezza la sua creatura, ereditata dal precedente relatore Pierpaolo Vargiu.

Onorevole Gelli, proviamo a mettere a fuoco i nuovi equilibri?

Partiamo dai cittadini: questa legge mette in campo vari strumenti, come il tentativo obbligatorio di conciliazione, l'istituzione del Garante per la salute, la trasparenza dei dati sulle attività del contenzioso in azienda, la trasparenza sulle polizze e sulle compagnie che possono operare per il Ssn. Ancora: a tutela degli utenti vanno l'azione diretta sulla compagnia di assicurazione, come avviene per la Rc auto, e il Fondo di garanzia per chi non possa ottenere un ristoro. Infine, c'è la norma sui periti, che dovranno aver maturato esperienza di settore e solo lì potranno esercitare.

E per i professionisti cosa cambia?

Si comincia dalla riformulazione del comma 2 articolo 2 sugli audit, di cui si garantisce l'assoluta riservatezza. D'ora in poi i medici non dovranno più temere di denunciare gli eventi sentinella. Più in generale, con questa legge ripristiniamo in Italia una disciplina in materia di rischio professionale in linea con gli altri Paesi europei, ma distorta negli ultimi anni da alcune sentenze della Cassazione. Il principio del contratto sociale permane nel caso della libera professione ma non si può più considerare nell'ambito delle migliaia e migliaia di professionisti che operano all'interno delle strutture pubbliche e private. Cruciale è poi la previsione che il professionista che si attenga alle linee guida possa essere perseguito solo in caso di colpa grave. Poi ci sono tutti quegli strumenti utili in termini di prevenzione e deflazione del contenzioso, che vanno a favore sia dei cittadini sia degli stessi professionisti.

Per le assicurazioni cosa cambia?

Abbiamo ribadito l'obbligatorietà della copertura assicurativa per tutte le strutture, ribadiamo l'obbligatorietà per i liberi professionisti. E rendiamo obbligatoria l'assicurazione per l'azione di rivalsa. Questo elemento chiude il cerchio in un'ottica di equilibrio della norma: nel caso in cui un professionista per sua responsabilità crei un danno alla struttura e al cittadino, pone le condizioni per cui l'ospedale debba poter recuperare il danno erariale che si è configurato. E qui scatta l'utilità della copertura assicurativa del professionista, se pure con paletti ben precisi, che lo tutelano.

Come escono le imprese assicurative da questo provvedimento?

Ne traggono vantaggi in termini di trasparenza: la previsione di requisiti per lavorare con il Ssn tutela e avvantaggia le imprese più serie. Mentre l'azione diretta del danneggiato nei confronti delle compagnie è un modo per contrastare contenziosi e costi legali, diventati esorbitanti per tutte le parti. Inoltre, grazie all'obbligo assicurativo erga omnes le compagnie incassano l'opportunità di esplicare al meglio un'attività estesa e trasparente.

La medicina difensiva diventerà solo un ricordo?

Sono convinto che questa legge porterà un netto calo del contenzioso e graduali ma notevoli risparmi.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

24-NOV-2015
da pag. 13
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità. Obiettivo trasparenza

Solo 6 Asl su 10 pubblicano contratti con fornitori Liste d'attesa, male Marche Bene l'Emilia Romagna

ROMA

Migliora, ma lascia ancora a desiderare, la trasparenza dei rapporti delle Aziende Sanitarie Locali con i privati accreditati, «uno dei settori più spesso oggetto di segnalazioni da parte degli organi preposti all'accertamento di elementi di opacità e illegalità»: 129 su 142 mostrano, sul proprio sito web, l'elenco delle strutture accreditate, ma solo sei su dieci pubblicano anche i contratti di fornitura stipulati. Totalmente carenti sono Marche e Molise. È quanto emerge dal "Primo rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza ed integrità", realizzato dall'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) in collaborazione con Libera e presentato ieri a Roma. Di strada da fare ce ne è ancora molta e, in particolare al Sud, ma le aziende sanitarie italiane sembrano aver intrapreso il percorso virtuoso della trasparenza. Prima fra tutte quelle dell'Emilia Romagna (dove si trovano ben cinque Asl tra le dieci che adempiono meglio a quanto prevede la legge in materia), in coda figura la Campania, dove si trovano quattro tra le dieci aziende meno in regola.

Quanto alla trasparenza dei bilanci, soltanto il 17% delle aziende non ha pubblicato il preventivo 2014 e l'8% il consuntivo 2013, ma i risultati peggiorano se si guarda alla pubblicazione dei dati in forma sintetica e semplificata (58%) e in formato aperto (60%), sintomo che «la trasparenza è ancora vista come un adempimento burocratico che consiste nel mettere "on line" dei documenti», ma non nel renderli "comprensibili".

Un altro aspetto affrontato dal rapporto dell'Agenas è quello della trasparenza delle "liste d'attesa". Garantire prestazioni sanitarie entro tempi appropriati rispetto alle necessità di cura delle persone, ricorda il documento, «rappresenta una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza». Ma è anche il tallone d'Achille di molti sistemi sanitari regionali e spesso proprio le liste d'attesa celano «abusi ed inefficienze nell'accesso ai servizi». Per questo, la legge prevede che le aziende sanitarie pubblichino nel proprio sito web una pagina appositamente dedicata, cosa che fanno il 93% delle aziende nel 2015, con «un soddisfacente e crescente livello di adempimento». L'88% fornisce anche «una discreta disponibilità di informazioni su specifiche tipologie di prestazioni». Ma solo in dieci Regioni tutte le aziende sono adempienti. Fanalino di coda, le Marche, dove lo fa soltanto il 25% delle aziende sanitarie, seguite a buona distanza da Calabria e Campania. Tra le migliori, con il 100% delle aziende in regola, Molise, Puglia e Basilicata figurano accanto a Umbria, Trentino Alto Adige, Val d'Aosta e Friuli Venezia Giulia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 34.752
Diffusione 09/2015: 22.339
Lettori Ed. II 2015: 424.000
Quotidiano - Ed. Sicilia

LA SICILIA

Dir. Resp.: Mario Ciancio Sanfilippo

24-NOV-2015
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

Liste d'attesa e forniture, la Sanità del Belpaese arranca in trasparenza

IL RAPPORTO AGENAS. È soprattutto al Sud che la strada da percorrere resta lunga. Bocciate Campania, Marche e Molise

LIVIA PARISI

ROMA. Dalla pubblicazione online delle informazioni sui bandi di gara a quelle sui bilanci, le aziende sanitarie italiane sembrano aver intrapreso il percorso virtuoso della trasparenza, ma di strada da fare ce ne è ancora molta. In particolare al Sud, e su alcuni aspetti "a rischio", come i contratti di fornitura stipulati con i privati, che solo il 35% delle Asl rende noti, e le liste d'attesa, pubblicate in modo dettagliato solo in 7 regioni.

È il quadro che emerge dal "Primo Rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza ed integrità", realizzato dall'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali (Agenas) in collaborazione con Libera e presentato ieri a Roma.

Per cercare di combattere l'annoso problema della corruzione in Sanità, che per la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, è un vero e proprio «attacco diretto alla vita delle persone», l'Italia si è dotata, nel 2012, di una legge ad hoc che mira a rendere consultabili dai cittadini quante più informazioni possibili sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Uno sforzo che lascia ancora molto a desiderare, ad esempio per quanto riguarda la trasparenza dei rapporti delle aziende sanitarie locali con i privati, «uno dei settori più spesso oggetto di segnalazioni da parte degli organi preposti all'accertamento di elementi di opacità e illegalità»: 129 su 142 mostrano, sul proprio sito web, l'elenco delle strutture accreditate, ma solo 6 su 10 pubblicano anche i contratti di fornitura stipulati. Totalmente carenti sono Marche e Molise.

Quanto ai bilanci, molto spesso vengono messi on line, ma solo il 58% delle aziende prevede una pubblicazione dei dati in forma sintetica e semplificata, sintomo che «la trasparenza è vista come un adempimento burocratico che consiste nel mettere on line dei documenti», ma non nel renderli «comprensibili».

La Sanità, specifica Nerina Dirindin, senatrice Pd e membro dell'associazione Libera, «è tra i settori della pubblica amministrazione più avanti nella pubblicazione di informazioni. Molto però resta ancora da fare per rendere le regioni realmente "partecipi" e non semplicemente "adempienti"».

Le regioni più virtuose sono Emilia Romagna (dove si trovano 5 tra le 10 aziende "più trasparenti"), Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia. Mentre le maggiori difficoltà si incontrano in Molise, Calabria e, soprattutto, Campania.

Il monitoraggio, commenta Lucia Borsellino, coordinatrice per l'Agenas del lavoro per l'attuazione del Protocollo d'intesa anticorruzione, «mostra un'importante diversità tra Nord e Sud che ci spinge a fare interventi più accurati per promuovere una cultura omogenea della trasparenza sul territorio».

Ma la trasparenza riguarda anche le liste d'attesa, vero e proprio tallone d'Achille di molti sistemi sanitari regionali e spesso luogo in cui si celano «abusi ed inefficienze nell'accesso ai servizi».

La legge prevede che le aziende sanitarie pubblichino nel proprio sito web una pagina dedicata, cosa che fanno il 93% delle aziende. Ma a fronte di 10 regioni in cui il 100% delle aziende risultano adempiere, troviamo anche le Marche, dove lo fa solo il 25%. Infine, solo in 7 regioni si danno anche informazioni sulle singole tipologie di prestazioni.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-NOV-2015
da pag. 2
foglio 1
www.datastampa.it

METODO E PROSPETTIVE

Qualità dei dati, qualità delle cure

Nella fase attuale, Pne valuta interventi di assistenza ospedaliera e, in modo indiretto e limitato, l'assistenza territoriale; le valutazioni sono condotte sia dal punto di vista della "produzione" dei servizi, attribuendo gli esiti all'ospedale/struttura di ricovero, sia dal punto di vista della "tutela/committenza", attribuendo gli esiti alla Asl/area di residenza dei cittadini.

Pne nasce come uno strumento operativo a disposizione dei professionisti e delle direzioni aziendali per attivare processi di audit clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento della qualità delle cure e si concentra sulle aree cliniche per le quali esistono solide prove di efficacia degli interventi sanitari, interventi che dovrebbero essere offerti a tutta la popolazione indipendentemente dall'area di residenza o dall'ospedale di ricovero. Che non sia ancora così, è evidente anche dai dati dell'edizione 2015.

Certamente si osserva un miglioramento progressivo, ma in molte aree siamo ancora lontani sia dagli standard europei di best practice che dall'omogenea qualità delle cure che un servizio sanitario nazionale dovrebbe garantire. L'inserimento di soglie minime di esito e volume di attività nel regolamento del ministero della Salute sugli standard di qualità della rete ospedaliera è un importante passo avanti, ma non sufficiente e andrebbe applicato anche alla luce del fabbisogno di popolazione.

Gli ultimi anni di Pne dimostrano che è possibile cambiare in meglio, anche rapidamente in alcuni casi, ma che altrettanto rapidamente si può tornare indietro. È necessario che la valutazione diventi parte integrante e imprescindibile delle organizzazioni sanitarie.

Le esperienze di valutazione di esito sia nazionali che internazionali dimostrano che il coinvolgimento dei professionisti nella discussione delle criticità emerse dalla valutazione, attraverso l'audit, è fondamentale e dev'essere parte integrante e sistematica dell'attività clinica e non marginale o addirittura limitata ai casi estremi di cosiddetta malasanità. Per fare questo è necessario investire sui sistemi di rilevazione e di valutazione sia a livello nazionale che a livello locale. I cambiamenti organizzativi dei Ssr sono più rapidi delle capacità dei sistemi informativi sanitari nazionali di rilevare questi cambiamenti.

La diminuzione progressiva e rilevante delle ospedalizzazioni negli ultimi anni suggerisce che una quota importante di assistenza si sia spostata su ambiti attualmente scoperti dai sistemi di rilevazione nazionale esistenti.

Limitare la valutazione dell'assistenza territoriale alle cosiddette ospedalizzazioni evitabili non è più sufficiente. La riduzione dell'ospedalizzazione per patologie croniche come la broncopneumopatia cronica ostruttiva o il diabete è certamente una buona notizia, ma non basta a dimostrare un miglioramento dell'assistenza primaria alle persone con patologie croniche.

L'integrazione dei sistemi informativi sanitari è uno strumento essenziale per poter condurre quelle valutazioni di esito di percorsi di cura attualmente possibili solo a livello regionale e già condotte in alcune regioni.

Un altro insegnamento che ci viene dalle diverse esperienze di utilizzo dei dati di valutazioni di esito per il governo della sanità è il rischio di comportamenti opportunistici, tra cui: il cosiddetto "effetto tunnel", vale a dire la tendenza a concentrarsi sulle attività sottoposte a valutazione e trascurarne altre, la selezione della casistica e le codifiche opportunistiche.

Anche in questo caso è necessario investire sia in sistemi di verifica della qualità dei dati, come quelli già proposti da Pne, ma non ancora esaustivi, sia nello sviluppo di indicatori di valutazione in aree ancora scoperte dal Programma.

Tra queste, l'area oncologica, che Pne è in grado oggi di valutare solo parzialmente, in termini di qualità degli interventi chirurgici, misurata attraverso il volume di attività, la mortalità a 30 giorni e alcuni indicatori specifici degli interventi chirurgici per tumore della mammella, tra cui l'esecuzione di interventi di ricostruzione contestuale all'intervento di asportazione del tumore.

Anche in questo caso l'integrazione dei sistemi informativi con le variabili cliniche rilevanti come lo stadio di malattia, i trasferimenti tra unità operativa e l'identificativo degli operatori rappresenta, se attuata, una opportunità ulteriore.

In conclusione, la valutazione di esito è uno strumento importante per promuovere il miglioramento della qualità delle cure nel nostro Paese; è un processo che si basa su una rigorosa e trasparente metodologia scientifica epidemiologica e che richiede una interazione continua con i professionisti clinici e un miglioramento progressivo dei sistemi informativi sanitari.

Questo miglioramento non avviene automaticamente con l'uso dei dati, ma richiede un investimento specifico, che, se non fatto, rischia di impedire l'analisi corretta della realtà organizzativa del nostro servizio sanitario e la valutazione dei relativi esiti di salute.

Marina Davoli
direttore scientifico Programma naz. esiti
direttore del dipartimento Epidemiologia Ssr Lazio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

24-NOV-2015
da pag. 20
foglio 1
www.datastampa.it

Medici della Sanità, cala lo stress grazie ai nuovi orari di lavoro

Pensioni e previdenza

di Vittorio Spinelli

Il riposo dalle attività lavorative deve essere riconosciuto senza eccezioni a tutte le categorie lavorative. Un criterio pienamente accolto anche dalla legislazione europea. In Italia solo con la legge 161 del 2014 il pieno riposo lavorativo è stato riconosciuto ai dirigenti medici e sanitari dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, finora soggetti a diverse deroghe in materia di orario di lavoro, peraltro fortemente contestate dalle rispettive organizzazioni di categoria.

Una nuova disciplina per il personale medico entra in vigore da domani 25 novembre. Riprende, sostanzialmente, la direttiva dell'Unione europea del 2003 sugli orari di lavoro diurno e notturno, sui riposi, sulle ferie ecc., al fine di garantire il rispetto della vita familiare ed il benessere psicologico del dipendente. Vengono così eliminate le condizioni di prolungato stress spesso sofferto dai medici nei servizi di guardia, nelle sale operatorie, in corsia, ambulatori ecc. con grave rischio per la salute dei pazienti e degli stessi sanitari.

Il riposo giornaliero minimo è fissato in 11 ore consecutive nell'arco delle 24 ore (riposo giornaliero), un riposo di almeno 24 ore ogni 7 giorni (riposo settimanale), mentre l'attività settimanale complessiva non può superare le 48 ore considerando anche eventuali straordinari da effettuare solo con il consenso dell'interessato.

Effetti della legge. Le disposizioni della legge 161 estendono i loro effetti a diversi ambiti. Per gli aspetti economici si apre la strada al risarcimento per le ore e i turni di lavoro finora svolti in eccedenza dal personale medico. Un indennizzo motivo di complicazioni che si aggiunge al prossimo rinnovo del contratto nazionale di lavoro. Già ora la Corte di Cassazione, nella recente sentenza 21262 dello scorso 20 ottobre, ha stabilito che devono essere interamente retribuite le ore di lavoro straordinario che vengono compensate con riposi aggiuntivi. Per garantire, inoltre, i dovuti livelli di assistenza, si rende necessario assicurare con nuove assunzioni di medici e di infermieri le prestazioni finora svolte in eccedenza sui tempi di lavoro standard.

Medici Inps. L'Istituto della previdenza sociale ha avviato la selezione di 900 medici, specialisti nella medicina legale o in altre branche di interesse per la previdenza, disponibili ad effettuare, in ambito regionale, gli adempimenti medico legali presso gli uffici centrali o periferici dell'Istituto. La presentazione della domanda è esclusivamente in modalità telematica e dovrà essere inviata entro le ore 24 del 30 novembre 2015. L'avviso di selezione, con i relativi punteggi, è disponibile sul sito dell'ente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-NOV-2015
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Rischio clinico, ora si balla

Camera, ok in commissione - Sul treno dell'ex Finanziaria?

La commissione Affari sociali della Camera ha messo a punto il nuovo testo sulla responsabilità professionale degli operatori sanitari, che va al parere delle altre commissioni. Ora si balla: il Governo deve decidere cosa inserire nella manovra 2016.

A PAG. 7

CAMERA/ La Commissione Affari sociali termina l'esame del provvedimento in referente

Rischio clinico, ultimo miglio

Ora l'esecutivo decide cosa inserire a Montecitorio nella ex Finanziaria

Con il via libera agli ultimi emendamenti del relatore agli articoli 9 e 10 (che rispettivamente istituiscono un Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati che non possano essere ristorati e e albi di consulenti e periti esperti nel riconoscimento del danno), si è concluso giovedì scorso l'esame in Affari sociali del testo sulla responsabilità professionale degli operatori sanitari, relatore **Federico Gelli** (Pd).

Il testo unificato, composto di 10 articoli, riscrive di fatto il tema della responsabilità, tra revisione dei Codici penale e civile, delle procedure di monitoraggio del rischio clinico, dell'organizzazione del lavoro e del ruolo delle assicurazioni. Il provvedimento ora viene inviato alle commissioni competenti per i pareri e approderà in aula, dove il relatorre auspica «che sia approvato entro gennaio». Il punto ora è capire quali articoli, ovviamente solo quelli che hanno una implicazione di carattere economico, finiranno nel maxiemendamento del Governo alla legge di Stabilità, a Montecitorio. Ciò è del resto in linea con quanto è stato concordato e cioè che la materia sanitaria sarà affrontata a tutto tondo dalla Camera. Tra gli emendamenti del testo sul "risk" in odor di trasloco, come spiega il relatore Gelli, «sicuramente gli articoli sulla responsabilità civile e forse il Fondo di solidarietà per i danneggiati senza ristoro. Ma capiremo meglio con gli uffici del Mef. In ogni caso il testo resterà integro, anzi godrà di una corsia preferenziale».

La ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** esulta per l'accelerata al provvedimento che ha scontato un lungo stand-by. Il testo unificato avviato dal relatore **Pierpaolo Vargiu**, ha ricevuto una forte accelerazione negli ultimi mesi, dopo che la ministra della Salute Lorenzin lo ha sostanzialmente "preso in carico", come tassello cruciale nella lotta contro la medicina difensiva e come mano tesa ai medici, sul piede di guerra per i tagli al Ssn e per il generale impoverimento economico e profesisonale della categoria. Secondo Lorenzin è ora stato raggiunto «un risultato storico, una svolta nella lotta alla medicina difensiva, perché riesce a trovare un punto di equilibrio tra le tutele dei medici, che hanno bisogno di svolgere il loro delicato compito in serenità, e il diritto dei cittadini dinanzi ai casi di malasanità. Il testo redatto dalla commissione ministeriale Alpa - ricorda ancora la ministra - è stata una base preziosa di discussione in Parlamento».

Tra i cardini del testo unificato sulla responsabilità, la previsione di audit clinici nel rispetto della riservatezza a tutela del medico, l'obbligo per tutti di stipulare polizze assicurative, l'inversione dell'onore della prova, le modifiche al codice penale e civile che prescrivono, da un lato, che il medico sia perseguibile per colpa grave solo nel caso in cui non si sia attenuto a linee guida emesse da società scientifiche accreditate presso il ministero della Salute, dall'altro la distinzione tra responsabilità contrattuale - in capo alla struttura - e responsabilità extracontrattuale in capo all'operatore sanitario che non sia libero professionista. Ancora: scattano il tentativo obbligatorio di conciliazione e il via con paletti ben precisi all'azione di rivalsa esercitata dalla struttura nei confronti degli operatori.

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 13.600
Diffusione 09/2015: 12.255
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. Sicilia

Quotidiano di Sicilia

Dir. Resp.: Carlo Alberto Tregua

24-NOV-2015
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

Il ministro Beatrice Lorenzin: "La corruzione in sanità è un attacco alla vita delle persone"

Beatrice Lorenzin

PALERMO - "La corruzione è sempre deprecabile e deve essere condannata con fermezza e rigore" ma "la corruzione in sanità è qualcosa di più grave, è un attacco diretto alla vita delle persone".

Sono le parole del ministro Beatrice Lorenzin, che introducono il "Rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza ed integrità", realizzato dall'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) in collaborazione con l'associazione Libera e presentato ieri a Roma.

In un terreno "così delicato" come il diritto alla tutela della salute, per il presidente dell'Anac, l'Autorità Nazionale Anti Corruzione, Raffaele Cantone, "il contrasto alla corruzione assume un ruolo centrale e va, in primo luogo, inteso come cultura della trasparenza che consente la verifica costante degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione dei trattamenti sanitari".

Alla base di questo percorso di "rafforzamento dell'integrità", sottolinea Francesco Bevere, direttore Generale di Agenas, c'è "la capacità, da parte dell'organizzazione, di far propri e trasmettere ai professionisti i valori, quali l'etica e l'integrità, che devono guidare le azioni quotidiane".

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-NOV-2015
da pag. 2
foglio 1 / 5
www.datastampa.it

Programma nazionale esiti sul 2014: Paese spaccato, ma c'è un miglioramento - Legge di Stabilità al giro di boa

Ospedali, le cure dimezzate d'Italia

Al Sud i risultati peggiori su molte patologie - Manovra: trasparenza sui farmaci innovativi

Migliorano i risultati degli ospedali d'Italia, ma ancora non basta. Anzi, continuano a restare zone oscure e situazioni a rischio da rimettere in riga, e presto. Al Sud, soprattutto, nonostante i miglioramenti, il ritardo resta fortissimo. Per tantissime patologie e altrettante capacità di gestione. È quanto emerge una volta di più dal «Programma nazionale esiti 2015» (Pne), relativo ai dati del 2014 degli ospedali anche accreditati italiani, curato dall'Agenas e presentato al ministero della Salute, con la partecipazione (molto attiva) della ministra Beatrice Lorenzin. I dati del Pne si sono incrociati col cammino verso il giro di boa al Senato della manovra per il 2016, nella quale spiccano soprattutto le novità sui farmaci innovativi per i quali scatta un'operazione di trasparenza.

VAZZA A PAG. 2-6

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI/ Le valutazioni Agenas in tutte le strutture del Ssn

Ospedali, una giostra italiana

Migliorano i dati ma restano le disparità - Sud ancora in bilico tra top e flop

Gli ospedali italiani sono più efficienti, calano quasi ovunque i ricoveri impropri, migliora la risposta in caso di infarto, e si registra una decisa inversione di tendenza nazionale sui cesarei, ma non nelle regioni come Campania, Puglia e Sardegna dove su questo aspetto i dati restano fuori controllo. E ancora una volta Toscana, Emilia Romagna e Veneto sono in vetta. Mentre il Sud viaggia tra eccellenze e dati negativi. In generale i dati sono migliori un po' ovunque, specialmente nei presidi dove si effettua un numero maggiore di interventi esaminati. Questa è la fotografia della sanità italiana contenuta nel Programma Esiti 2015, elaborato dall'Agenas, e presentata nei giorni scorsi al ministero della Salute. La nuova edizione presenta l'aggiornamento al 2014 per 63 indicatori di esito/processo, 57 volumi di attività e 26 indicatori di ospedalizzazione. Gli ospedali italiani nel 2014 hanno raggiunto buoni standard di efficienza ma restano ancora forti disparità, non solo tra Nord e Sud, ma anche tra le varie strutture regionali. Come ogni anno, l'indagine fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario. Ma anche se ci sono miglioramenti resta molta strada da fare per un pieno adeguamento delle nostre strutture sanitarie ai valori di «eccellenza» stabiliti dell'Organizzazione mondiale della sanità. Vari i settori dove si registra un miglioramento apprezzabile delle prestazioni offerte: passano da 70 nel 2010-2011 a 161 nel 2014 le strutture che impiegano solamente due giorni per operare le fratture del collo del femore negli over-65. Per quanto riguarda la proporzione di infarti trattati con angioplastica coronarica entro due giorni, si passa dal 32% del 2010 al 41% del 2014, mentre per la colecistectomia laparoscopica la proporzione di interventi con degenza post operatoria inferiore ai tre giorni è salita dal 58,8% del 2010 al 66,5% del 2014. Cresce anche il volume dei ricoveri per la chirurgia del tumore al colon, mentre diminuisce lievemente la mortalità. «Sono diminuiti di un milione in dieci anni i ricoveri negli ospedali italiani, passando dal 7,7 milioni nel 2005 a 6,5 milioni nel 2014». Ha spiegato da **Marina Davoli**, direttore scientifico Pne.

Troppi divari. «Andiamo verso un trend positivo di miglioramento relativamente ai fattori di rischio, ma nono-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-NOV-2015
da pag. 2
foglio 2 / 5
www.datastampa.it

stante questo è ancora troppo il divario fra regioni diverse, su cui dobbiamo focalizzare tutto il nostro lavoro - ha commentato la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** -. Dobbiamo concentrarci sui Lea, soprattutto al Sud e nelle Regioni commissariate o in piano di rientro. Lo abbiamo già iniziato a fare con gli 800 milioni di euro stanziati in legge di Stabilità, ma ora dobbiamo azionarci sul piano della programmazione».

Miglioramenti incoraggianti. «In sanità non esistono cambiamenti repentini e rapidi, ma i dati 2015 - ha spiegato **Francesco Bevere**, direttore generale di Agenas - evidenziano che gli strumenti di valutazione migliorano la qualità dell'assistenza sia a livello del singolo ospedale, sia a livello regionale. E incoraggiano quel dinamismo culturale, organizzativo, procedurale necessario a garantire l'efficacia, la sicurezza, la qualità delle cure erogate». E sottolinea anche l'importanza degli audit: «la partecipazione attiva delle società scientifiche e delle Regioni, per il loro apporto decisivo sulla qualità dei dati e delle cure - specifica Bevere - non solo è stata determinante per poter misurare in maniera sempre più attendibile la capacità di garantire salute, ma ha reso Pne ancor più aderente alla realtà ospedaliera e non più percepito come strumento per stilare classifiche».

Informazioni che aiutano. «Una realtà consolidata di valutazione delle capacità del sistema sanitario italiano di produrre salute. Attraverso l'uso di indicatori scientificamente validati, questo strumento ha dimostrato l'estrema variabilità della realtà sanitaria italiana, sia fra Regioni che entro regioni, ma ha anche evidenziato la capacità del sistema di migliorare nel tempo la qualità delle prestazioni erogate e di saper valorizzare in modo positivo le informazioni disponibili», ha aggiunto **Mario Braga**, referente sistema di monitoraggio-Agenas.

Con gli audit migliora la qualità. «L'obiettivo deve essere quello di ridurre la frammentazione dei volumi di attività per quelle procedure chirurgiche per le quali è ben dimostrata una associazione tra maggiore volume e migliori esiti di salute, che è risultata ancora più evidente analizzando la distribuzione per singolo reparto, che per la prima volta viene documentata dal Pne», ha chiarito Marina Davoli, che ha evidenziato il potenziamento dell'attività di audit, condotta con impegno dalle strutture coinvolte, grazie anche al sostegno dei referenti regionali del Pne e dei professionisti delle società scientifiche, che ha permesso di individuare sia problemi di qualità dei dati sia problemi di qualità delle cure.

«A prescindere dai trend comunque in deciso miglioramento - è stato il commento di **Francesco Ripa di Meana**, presidente deimanager Ssn Fiaso - del Piano nazionale esiti non si può che dir bene anche solo per il fatto stesso di esistere». In fatti il Pne è un esempio di collaborazione positiva tra diversi livelli istituzionali: quello della programmazione, quello del governo e quello della gestione. I dati raccolti dal Piano sono «uno strumento prezioso per le Aziende sanitarie, perché offrono una mole di informazioni che sono di stimolo alla riorganizzazione della rete ospedaliera. Quando si evidenziano i troppi pochi interventi di una Unità operativa di chirurgia, ad esempio, si procede spesso a audit clinici che portano ad accorpamenti e centralizzazioni che sono all'origine dei miglioramenti evidenziati dallo stesso Pne anno per anno», ha dettoRipa di Meana.

Insomma, anche per i manager delle Asl e Ao con il Piano esiti vengono fuori le note dolenti ed è più facile capire dove si "sbaglia" «e dove è necessario intervenire» per dirla con Fiaso. E dunque, dati alla mano, diventa più semplice, come dimostra il positivo trend delle valutazioni degli ultimi quattro anni, convincere i professionisti a mettere in moto un circolo virtuoso a beneficio dei pazienti e della sostenibilità economica del sistema. A patto di non considerare mai le valutazioni come un giudizio inappellabile per aziende e professionisti.

I numeri del Ssn

Parti cesarei. La proporzione di parti cesarei primari - per cui soprattutto alcune zone d'Italia avevano negli anni la maglia nera - scende lievemente, ma progressivamente dal 28,3% del 2010 al 25,7% del 2014. Certo come detto con grandi differenze tra le Regioni e all'interno delle stesse: si va dal record minimo del 5% di Carate Brianza allo stratosferico 95% di Villa Cinzia a Napoli.

A livello di media regionale la Campania è al 50%, il Friuli-Venezia Giulia intorno al 15 per cento. Il calo si traduce in 32mila cesarei primari evitati negli ultimi quattro anni, con conseguente minor rischio di un successivo parto chirurgico. Nel 2014 in Italia gli ospedali con meno di 500 parti annui sono 123 (24%), dove si effettuano il 6% dei parti, di cui il 30% di cesarei primari. Nel 2010 le strutture con meno di 500 parti erano 155.

Il 70% dei parti, infine, oggi avviene in maternità con volumi superiori a 1.000 parti/anno.

Frattura del collo del femore. La proporzione di fratture di femore su pazienti sopra i 65 anni di età operate entro due giorni è passata dal 31% del 2010 a poco meno del 50% del 2014, ancora al di sotto, però, dello standard internazionale atteso, superiore all'80 per cento. Emilia Romagna, Toscana e Veneto hanno la media migliore. In media le peggiori sono Molise, Campania e Calabria.

Il dato top si è registrato all'ospedale Martini di Torino, dove il 93% dei pazienti è operato entro due giorni, mentre i valori peggiori sono in Campania e Lazio dove diverse strutture presentano dati sotto il 6 per cento. I miglioramenti più importanti si sono registrati in Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Liguria, Lazio, Sardegna e Puglia. Operare tempestivamente si traduce in un evidente beneficio di salute, ma anche in innegabili risparmi per il Ssn: si sono evitate oltre 470mila giornate di degenza, di cui 180mila nel 2014. Le strutture che assicurano il 60% di questi interventi entro 2 giorni sono passate da 70 nel 2010-2011 a 161 nel 2014. Ma ancora 270 strutture circa sono sotto lo standard previsto.

Infarti: angioplastica entro 2 giorni. La proporzione di infarti trattati con angioplastica coronarica (Ptca) entro 2 giorni è passata a livello nazionale dal 32% del 2010 al 41% del 2014.

Si osserva una minore variabilità interregionale e una maggiore variabilità all'interno di una stessa regione, con valori per struttura ospedaliera che variano dallo 0,7% a un massimo del 91 per cento. Anche in questo caso le disparità sono enormi. Tra le regioni più virtuose, vicine al 50% dei malati trattati entro 48 ore, la Sicilia, l'Umbria, la Toscana e la Liguria, con la Puglia che ha una media attorno al 40 ma presenta anche il record positivo del 91 per cento. Fanalino di coda la Basilicata, con i peggiori dati in assoluto.

Bypass, mortalità post operatoria. Quanto al by-pass coronarico, la mortalità a 30 giorni è stabile al 2,5%, anche qui con una variabilità per struttura che va dallo zero al 7,6 per cento.

Il ministero della Salute ha fissato al 4% la soglia massima, ma ci sono 17 strutture che superano questo valore. Di contro, altre 17 hanno valori di mortalità inferiori all'1 per cento. Bene anche i dati sulla sostituzione di valvole cardiache: la mortalità a 30 giorni si è ridotta dal 3,5% del 2008 al 2,9% del 2014, a fronte di un aumento dei volumi di attività.

Colecistectomia laparoscopica entro 2 giorni. Le proporzioni di interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni è passata dal 58,8% del 2010 al 66,5% del 2014. I valori per struttura ospedaliera variano dallo 0% di Atri e clinica Mediterraneo di Ragusa all'optimum 98% registrato al Canistro dell'Aquila. In media le Regioni più efficienti sono Toscana, E.Romagna e Liguria.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Frattura del collo del femore: proporzione di interventi chirurgici entro 2 giorni (Italia: 49,9%). Anno 2014

Struttura	PR	Regione	N.	% Adj
Le migliori				
• Ospedale Martini - Torino	TO	Piemonte	215	93,2
• Cca Fondazione Poliambulanza - Brescia (2)	BS	Lombardia	145	92,4
• Ospedale Santa Maria del Prato - Feltre	BL	Veneto	85	92,1
• Ospedale Sant'Eugenio - Roma (3)	RM	Lazio	177	91,8
• Ospedale Civile - Latisana	UD	Friuli V.G.	57	91,2
Le peggiori				
• Ospedale S.M. delle Grazie - Pozzuoli (1) (2)	NA	Campania	126	0,8
• Ospedale di Maddaloni - Maddaloni (1) (2)	CE	Campania	125	1,7
• Ospedale S.S. Rosario - Venafro (1) (2)	IS	Molise	104	1,9
• Ao S.S. Anna e Sebastiano - Caserta (1) (2)	CE	Campania	106	1,9
• Ao G. Rummo - Benevento (1) (2)	BN	Campania	94	2,0

(1) Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati
(2) Audit richiesto nel 2014 - Non effettuato
(3) Struttura che ha eseguito un audit sulla qualità dei dati nel 2014

Colecistectomia laparoscopica: prop. ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg (Italia = 66,6%). Anno 2014

Struttura	PR	Regione	N.	% Adj
Le migliori				
• Cca Ini - Canistro	AQ	Abruzzo	79	100,0
• Ospedale di Tolentino - Tolentino	MC	Marche	121	98,3
• Ospedale Sant'Andrea - Massa Marittima	GR	Toscana	59	97,8
• Cca Villa Pini Sanatrix - Civitanova Marche	MC	Marche	63	97,8
• Cca Città di Udine - Udine	UD	Friuli V.G.	77	97,6
Le peggiori				
• Cca Clinica del Mediterraneo - Ragusa (1)	RG	Sicilia	60	0,0
• Ospedale S. Liberatore - Atri (1)	TE	Abruzzo	95	0,0
• Cca Villa Caminiti -Villa San Giovanni (1)	RC	Calabria	75	0,7
• Cca Villa Maria - Mirabella Eclano (1)	AV	Campania	56	1,0
• Ospedale di Iseo - Iseo	BS	Lombardia	58	1,4

(1) Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

Taglio cesareo: proporzione su parti senza precedente cesareo (Italia = 25,7%). Anno 2014

Struttura	PR	Regione	N.	% Adj
Le migliori				
• Ospedale di Carate - Carate Brianza	MB	Lombardia	1.528	5,2
• Ospedale Civile - Palmanova (1)	UD	Friuli V.G.	481	6,1
• Ospedale di Circolo A. Manzoni - Lecco	LC	Lombardia	1.297	7,4
• Ospedale Gravina e San Pietro - Caltagirone	CT	Sicilia	463	7,7
• Ospedale Galmarini - Tradate	VA	Lombardia	605	7,7
Le peggiori				
• Cca Villa Cinzia - Napoli (1)	NA	Campania	511	95,1
• Cca Sanatrix Spa - Napoli (1) (2)	NA	Campania	643	87,6
• Cca Villa Bianca Spa - Napoli (1) (2)	NA	Campania	977	87,6
• Cca Ospedale Internazionale - Napoli (1)	NA	Campania	515	82,9
• Cca Santa Lucia - San Giuseppe Vesuviano (1)	NA	Campania	157	82,6

(1) Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati
(2) Audit richiesto nel 2014 - Non effettuato

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

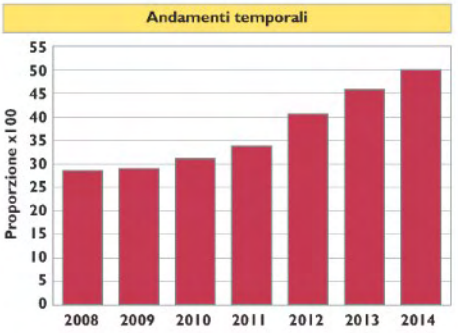
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

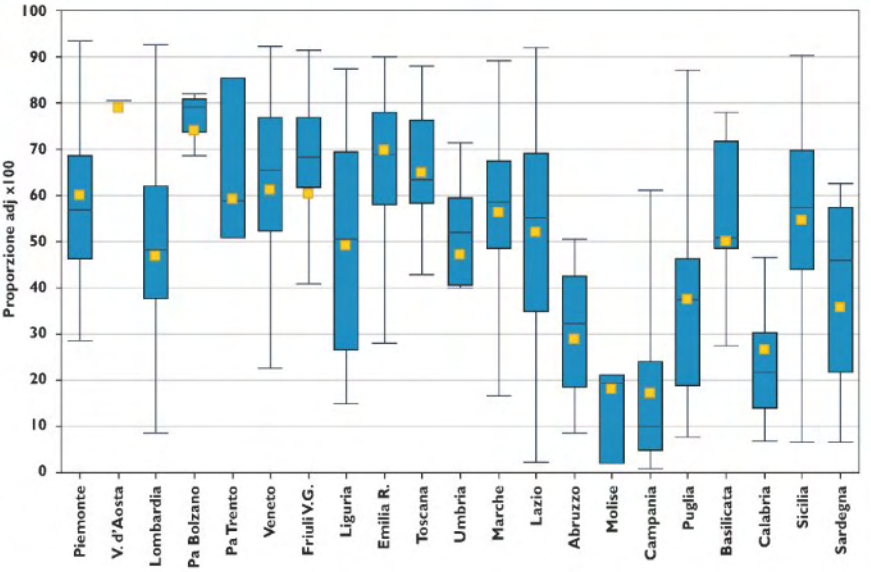
Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-NOV-2015
da pag. 2
foglio 4 / 5
www.datastampa.it

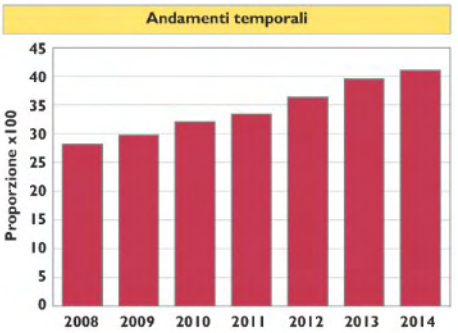
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni (andamenti temporali e variabilità intra-regionale 2014)

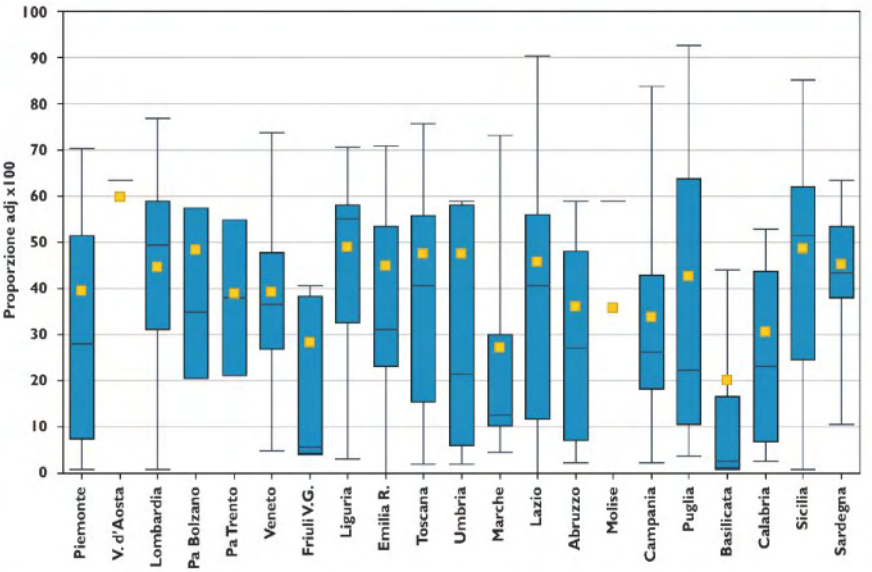




Il regolamento del ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 60% la proporzione minima per struttura di interventi chirurgici entro 48 ore su pazienti con frattura di femore di età > di 65 anni. Le strutture che rispondevano a questo standard erano solo 70 nel 2010-2011 e sono 161 nel 2014. Tuttavia, sono solo 44 le strutture con valori superiori all'80% e, viceversa, ben 64 le strutture con valori inferiori al 20% (un intervento su 5 entro i due giorni). Restano infatti ancora 270 circa le strutture al di sotto dello standard previsto.

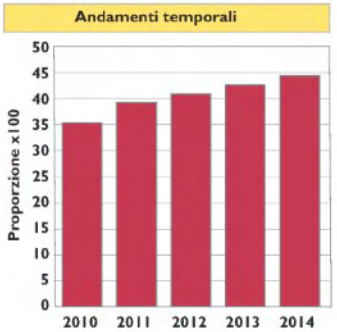
Infarto miocardico acuto: proporzione di trattati con Ptca entro 2 giorni (andamenti temporali e variabilità intra-regionale 2014)

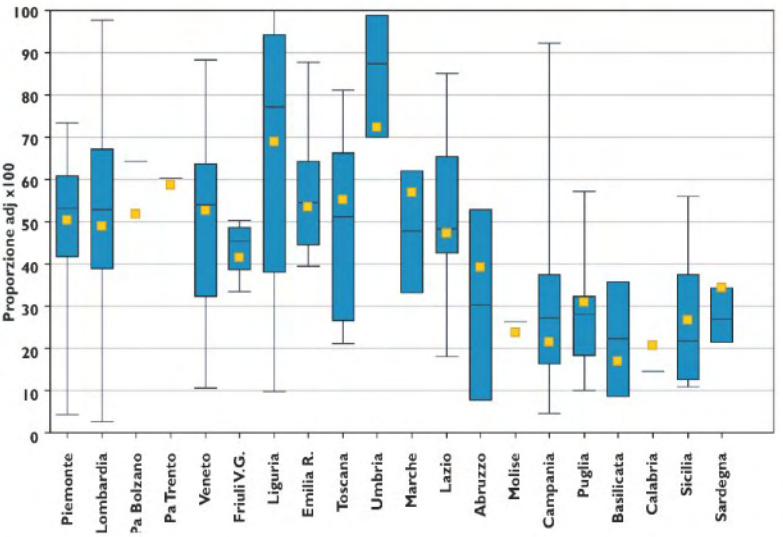




L'angioplastica primaria è un intervento di provata efficacia nel ridurre la mortalità per infarto acuto del miocardio (Ima). Il regolamento del ministero fissa al 60% per struttura la quota minima di angioplastica coronarica percutanea entro 90 minuti dall'accesso in Ps in pazienti con Ima Stemi. La proporzione di infarti trattati con Ptca entro 2 giorni è passata dal 32% (2010) al 41% del 2014. A fronte di una media del 41,4%, si osserva minore variabilità interregionale e una maggiore variabilità intra-regionale rispetto ad altri indicatori di esito, con valori per struttura che variano dallo 0,7% al 91 per cento.

Intervento chirurgico per Tm mammella: proporzione interventi di ricostruzione (and. temp. e variabilità intra-regionale 2014)





La ricostruzione immediata della mammella dopo mastectomia permette di semplificare il processo ricostruttivo e di ridurre l'impatto psicologico e sociale dell'intervento demolitivo, senza modificare il percorso terapeutico. La proporzione di interventi di ricostruzione nel ricovero indice per intervento chirurgico per carcinoma della mammella è passata dal 35% del 2010 al 45% del 2014.

LEGENDA

Nei grafici, la figura di sinistra rappresenta l'andamento temporale in Italia, quella di destra rappresenta la variabilità intra e interregionale: i rettangoli, che rappresentano i valori dell'indicatore nel 50% delle strutture regionali, mostrano la variabilità intra-regionale e sono divisi al loro interno da una linea che rappresenta il valore mediano. I segmenti che partono dai rettangoli sono delimitati dal valore minimo e massimo assunto dalle strutture ospedaliere nelle Regioni, mentre il quadratino giallo rappresenta la media regionale.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

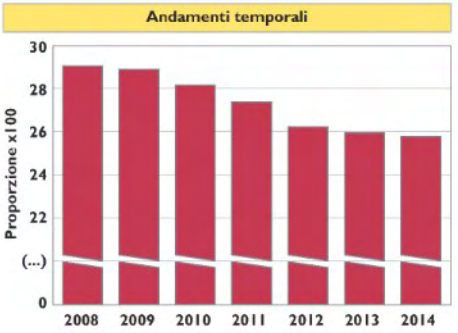
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

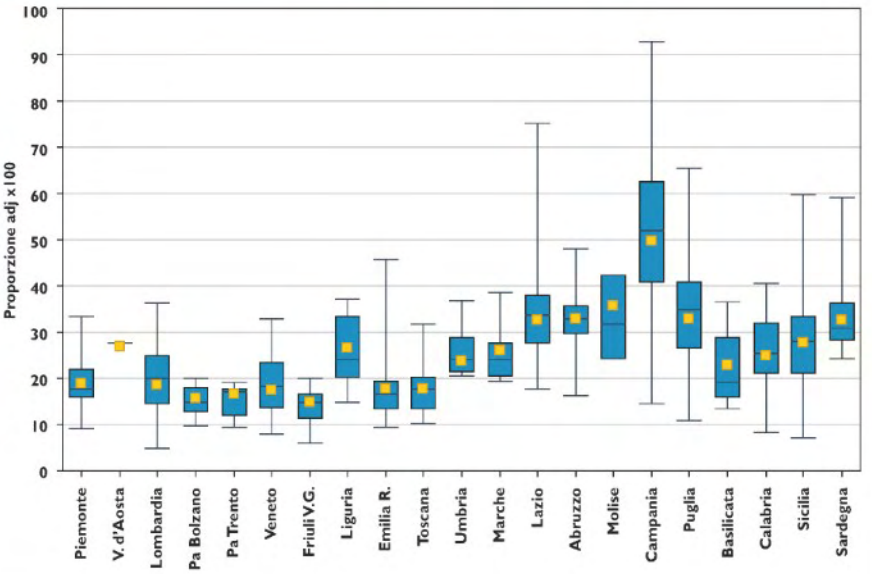
Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-NOV-2015
da pag. 2
foglio 5 / 5
www.datastampa.it

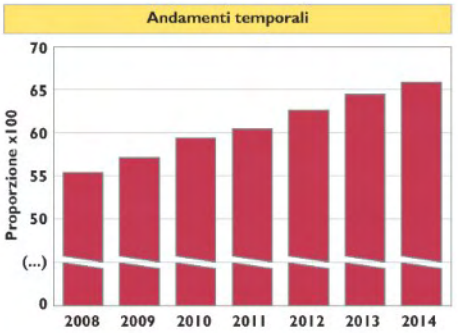
Proporzione di parti con taglio cesareo primario (andamenti temporali e variabilità intra-regionale 2014)



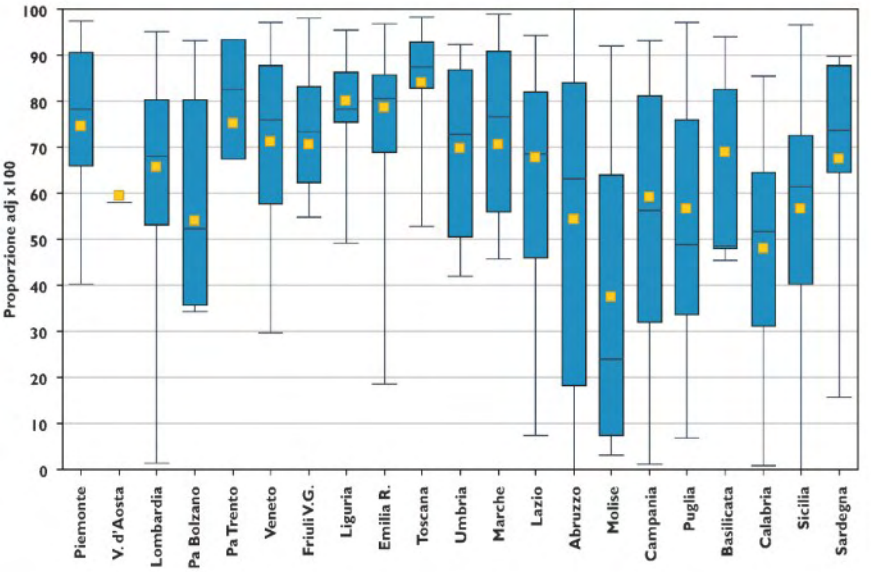
La proporzione di parti cesarei primari scende lievemente ma progressivamente dal 28,3% del 2010 al 25,7% del 2014, con grandi differenze tra le Regioni e all'interno delle Regioni. In termini assoluti, la riduzione corrisponde a 32.000 donne alle quali è stato evitato un cesareo primario negli ultimi 4 anni, con conseguente esposizione a un minore rischio di successivo parto chirurgico. Il regolamento del ministero sugli standard dell'assistenza ospedaliera fissa al 25% la quota massima di cesarei primari per le maternità con più di 1.000 parti e al 15% per le maternità con meno di 1.000 parti.



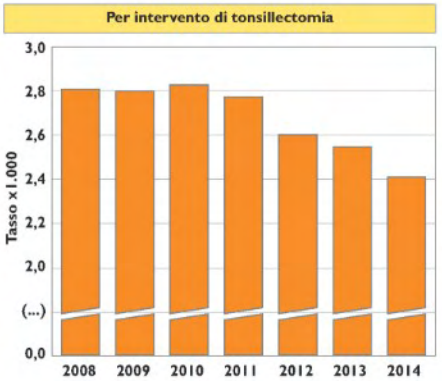
Colecistectomia laparoscopica: proporzione interventi con degenza post-op. inferiore a 3 gg (andamenti temporali e variabilità intra-regionale 2014)



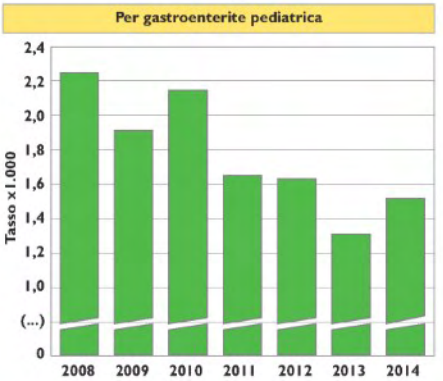
Le proporzioni di interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni è passata dal 58,8% del 2010 al 66,5% del 2014. I valori per struttura variano dallo 0% a un massimo del 98%. Il regolamento sugli standard dell'assistenza ospedaliera fissa al 70% per struttura la quota minima di colecistectomie con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni. Le strutture in regola con lo standard erano 204 nel 2010 e sono 253 nel 2014. In 4 anni sono circa 18mila i pazienti trattati, di cui 5.500 nell'ultimo anno, con più di 120mila giornate di degenza risparmiate.



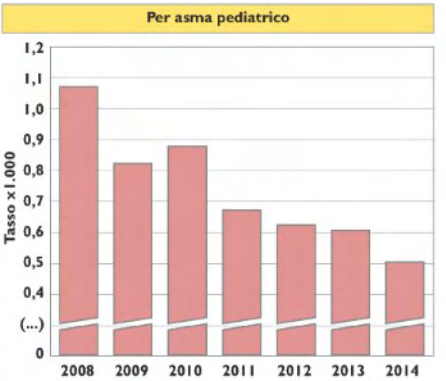
CURE PEDIATRICHE/ Indicatori di ospedalizzazione (andamenti temporali Italia)



Il tasso di ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia è diminuito leggermente nel tempo, passando dal 2,8 per mille del 2010 al 2,4 per mille nel 2014. Questa riduzione corrisponde a circa 10.000 bambini in meno operati per un intervento ad alto rischio di inappropriatezza negli ultimi 4 anni di cui 3.800 nel 2014. A fronte di un tasso medio del 2,4 per mille, si osserva un'elevata variabilità intra e interregionale



Il tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica si è ridotto dal 2,1 per mille nel 2010 all'1,5 per mille nel 2014. Questa riduzione corrisponde a circa 24.000 bambini in meno ricoverati in ospedale, di cui 6.000 nel 2014, per una condizione che non dovrebbe richiedere l'ospedalizzazione. A fronte di un valore nazionale medio dell'1,5 per mille nel 2014, si osserva un'elevata variabilità intra e interregionale



Il tasso di ospedalizzazione per asma pediatrico si è ridotto dallo 0,9 per mille del 2010 allo 0,5 per mille nel 2014. Questa riduzione corrisponde a circa 11.000 bambini, di cui 3.500 nel 2014, che hanno evitato il ricovero in ospedale per una condizione che può essere trattata a livello territoriale. A fronte di un valore nazionale medio dello 0,5 per mille nel 2014, si osserva un'elevata variabilità intra e interregionale

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-NOV-2015
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

CASSAZIONE PENALE

Assolto chi sbaglia seguendo i colleghi

Applicati i paletti della "Balduzzi"

Niente omicidio colposo per il medico a domicilio che sbaglia la diagnosi, appiattendosi sulle conclusioni dei colleghi che avevano osservato il paziente nel corso di un ricovero. La Corte di cassazione, con la **sentenza 45527/2015**, amplia il raggio d'azione della legge Balduzzi, che depenalizza la colpa medica lieve, estendendola anche ad addebiti diversi dall'imprudenza, precisando che «pur trovando terreno d'elezione nell'ambito dell'imperizia» può essere applicata anche quando in discussione sia la diligenza. Del principio beneficia qui un medico di continuità assistenziale (l'ex guardia medica), che, nel corso di una visita a casa non aveva inviato al pronto soccorso un paziente con dolore al torace che si irradiava al braccio. L'uomo era morto per una sindrome coronarica acuta la sera stessa. L'esito fatale non aveva impedito al Gip di assolvere il sanitario per l'assenza dell'elemento soggettivo della colpa, con la formula «perché il fatto non costituisce reato», applicando di fatto, la "legge Balduzzi" (189/2012) un mese prima della sua entrata in vigore.

Secondo il giudice per l'udienza preliminare, l'imputato si era "fidato" delle valutazioni effettuate pochi giorni prima, nel corso di un ricovero, dal quale il paziente era uscito con la diagnosi di «sospetta colica addominale». Per i giudici di appello, che lo avevano condannato, il medico avrebbe dovuto sentirsi svincolato dai precedenti giudizi e procedere a una autonoma valutazione dei sintomi, considerato anche che la vittima era stata dimessa contro la volontà dei sanitari e prima che fossero ultimati gli accertamenti. Ma la condanna non è abbastanza motivata.

La Cassazione sottolinea che è illogico parlare di imperizia senza tenere conto che alla base della diagnosi c'è un'attività di anamnesi che comprende la storia clinica del paziente, precedenti ricoveri compresi. Correttamente dunque il giudice di primo grado aveva tenuto in debito conto il peso che le valutazioni dei colleghi avevano avuto nel depistare l'imputato. La Corte d'appello ha poi sbagliato a non considerare la possibilità di applicare la depenalizzazione Balduzzi anche quando è in discussione la diligenza e non solo l'imperizia. Il medico del servizio di continuità assistenziale, come sottolineato dal giudice di primo grado, si era «conformato ai princìpi di scienza medica rapportati agli elementi e alle risorse disponibili». L'iniziativa di mandare il paziente al pronto soccorso, in presenza degli stessi sintomi, avrebbe costituito quindi «un eccesso di prudenza». Per la Cassazione la legge Balduzzi deve essere considerata uno "scudo" contro istanze punitive non giustificate da errori gravi rispetto al "sapere codificato". Ora i giudici di appello sono chiamati a rivedere il verdetto.

Pa.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-NOV-2015
da pag. 11
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

PARLA SANTINO SEVERONI (OMS EUROPA)

«Italia best practice nella presa in carico»

Focus su formazione e piani comuni per gestire le emergenze

Vertice a Roma su standard Ue

«Tutti i 53 sistemi sanitari dell'area hanno le capacità operative per gestire eventuali emergenze legate a improvvisi flussi migratori, ma sul piano della preparazione bisogna ancora lavorare mettendo in campo protocolli standard, formazione e programmi di comunicazione. In molti di questi ambiti l'Italia si pone come modello virtuoso da seguire». All'indomani della Conferenza Oms di alto livello sulla salute dei rifugiati e dei migranti organizzata non a caso a Roma e ospitata dal ministero della Salute, **Santino Severoni**, coordinatore del settore Salute pubblica e migrazione dell'Oms Europa fa il punto su priorità e possibili risposte da dare al fenomeno migrazioni.

Ora flussi e dinamiche sono cambiati. Oltre al Mediterraneo i nuovi arrivi si concentrano nell'area balcanica. Devono cambiare anche le strategie?

Il nostro ufficio proseguirà e intensificherà l'azione messa in campo già a partire dal 2011 in Sicilia, Malta e Grecia: non ci inseriamo a gamba tesa nelle scelte nazionali ma offriamo un supporto tecnico proponendo un approccio standardizzato nelle procedure di salute pubblica. Sta poi ai singoli Paesi recepire e declinare questi input.

Ritiene che tutti gli Stati siano pronti?

Nei piani di contingenza generalmente si inseriscono emergenze come terremoti, alluvioni o epidemie. Nel caso di flussi migratori improvvisi e concentrati nel tempo siamo di fornte a "falsi disastri" rispetto ai quali però bisogna farsi trovare preparati.

Non ci sono quindi realmente rischi di salute pubblica da gestire?

I migranti, come è noto, non sono persone con malattie particolarmente pericolose. C'è troppa enfasi sul pericolo di importare patologie. Il vero rischio di salute pubblica si si corre quando le strutture di accoglienza sono decadenti o sovraffollate o non si sia preaparata un'accoglienza adeguata a sostenere l'impatto di numeri anche importanti di persone in arrivo. L'esperienza della Sicilia insegna. Il suo piano di contingenza ha permesso di mettere in campo fin dal 2011 una efficace sorveglianza sindromica e di attivare programmi di vaccinazione che si sono rivelati utili. Positiva anche la risposta offerta dall'Italia nel 2014: nel complesso il Paese ha assorbito ben 180mila arrivi in piena emergenza Ebola. In questi anni l'Italia ha sviluppato, accompagnata anche dal nostro ufficio, un know how utile a tutti gli stati membri che per la prima volta si trovano di fronte ad attuali o possibili emergenze.

Servono risposte differenziate a seconda che i profughi siano in transito o siano già arrivati nel Paesi di destinazione?

È chiaro che nei paesi di primo arrivo la situazione rischia di essere convulsiva ed esige preprazione, piani e competenze mirati. Relativamente più facile è invece la gestione nei Paesi di ultima destinazione, dove si avvia un processo di integrazione e assimilazione del migrante. Mentre in questi ultimi mesi nei Balcani si è creata una situazione del tutto nuova, con persone in fuga talmente forsennata da rifiutare addirittura qualsiasi asssitenza sanitaria. Questo è un classico caso in cui vanno sviluppati modelli di intervento nuovi.

Appunto: la situazione evolve molto rapidamente e presenta scenari differenziati. In che tempi si potrà arrivare alla condivisione ufficiale di una strategia basta su standard comuni?

La riunione di Roma ci è servita per identificare priorità e punti di debolezza in vista del passo successivo del lavoro del comitato regionale che a settembre 2016 dovrà proporre dei documenti di politica sanitaria che serviranno a ispirare e guidare i Paesi membri

Intanto la realtà incalza...

Così come in attesa della nuova legge di Stabilità un paese non si ferma, anche le cure ai migranti proseguiranno con le competenze tecniche e organizzative che ci sono. E che sono già molte.

B.Gob.
Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

I must dell'assistenza ai migranti secondo l'Ecdc

1. Screening delle malattie. Secondo una recente indagine nei in paesi Ue, gli screening per le malattie trasmissibili tra i migranti sono attualmente focalizzati sulla tubercolosi (Tb). Lo screening Tb può essere eseguito in diversi momenti (ad esempio al momento dell'arrivo o post-arrivo). Tuttavia, ci sono una serie di fattori chiave da prendere in considerazione nel decidere se implementare o meno questo tipo di test in un ambiente di immigrati irregolari. Altre malattie sulle quali si focalizzano alcuni Stati membri sono epatite B, epatite C, malattie da Hiv, malattie sessualmente trasmissibili, malattie prevenibili attraverso vaccini, colera, malaria, elminti, protozoi intestinali e malattia di Chagas. Qualsiasi screening dovrebbe essere collegato a un processo di diagnosi e trattamento. Andrebbero previsti anche screening per individuare infestazioni da pidocchi

2. Sorveglianza sindromica. Secondo l'esperienza degli Stati membri dell'Ue, le sindromi da considerare comprendono: malattie delle vie respiratorie, sospetta tubercolosi polmonare, diarrea sanguinolenta, diarrea, febbre e rash cutaneo, meningite/encefalite o encefalopatia/delirio, linfoadenite con febbre, la malattia botulino-simile, sepsi o di shock inspiegabile, malattia emorragica, ittero acuto, infezione della pelle da parassiti. Tuttavia, uno screening generale dovrebbe essere eseguito indipendentemente dalla presenza di sintomi. Ecdc ha avviato un progetto, da rendere operativo nell'autunno 2015, che svilupperà un protocollo per sostenere l'attuazione di sorveglianza sindromica in centri di accoglienza dei migranti

3. Il follow up della salute pubblica. Andrebbe implementato in ogni Stato un sistema per monitorare lo stato di salute dei migranti. I parametri sotto la lente: vaccinazioni, esiti di cura, accesso ai farmaci e gestione delle malattie croniche

4. Le vaccinazioni. Le vaccinazioni da considerare tra i migranti sono: morbillo (immunizzazione di massa preferenzialmente con il vaccino Mmr, con priorità per i bambini fino a 15 anni); poliomielite (va prevista per bambini e adulti provenienti da paesi esposti, come Afghanistan e Pakistan, Nigeria, Somalia, o paesi che rimangono vulnerabili alla diffusione della malattia, tra cui Camerun, Guinea Equatoriale, Etiopia, Iraq, Israele e Siria); malattia meningococcica e difterite

5. Misure igieniche generali. Vanno implementate per impedire o ridurre il sovraffollamento nei centri di accoglienza per migranti

6. Educazione sanitaria e promozione della salute. Sessioni di educazione sanitaria e promozione della salute dovrebbero essere mirate a sottolineare gli aspetti positivi dei monitoraggi sullo stato di salute e i benefici degli screening, dell'immunizzazione e del trattamento delle malattie trasmissibili per una vita sana e produttiva nel paese ospitante

7. Accesso all'assistenza sanitaria. L'accesso alle cure dovrebbe essere a titolo gratuito, per diagnosi e trattamento delle malattie trasmissibili inclusa assistenza sanitaria primaria ed emergenza

data stampa
dal 1980 monitoraggio media