IPASVI VERONA

PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE

Infermieri Professionali · Assistenti Sanitari · Vigiliatrici d'Infanzia

ISTITUZIONI E TERRITORIO

LA NUOVA LEGGE SULLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

NOI E GLI ALTRI

DAL CONFRONTO, LA CRESCITA PROFESSIONALE

numero 1
gennaio - marzo 2017

SOMMARIO

EDITORIALE 1

RASSEGNA STAMPA

«Non con le mozioni» Sos da Melara: «Chiediamo posti letto al vostro ospedale» 2
Invecchiare in modo attivo 3
Medicina di gruppo. Apre il nuovo centro con sei dottori di base 4
Coletto: «La sanità digitale? Risparmio per 100 milioni» 4
«Coperti i dati sulla salute dei dipendenti Miteni» 5
La povertà aumenta, al Banco chiesti 30mila medicinali 5
L'Oms: è uno dei più grandi problemi di salute pubblica 6
Infarto acuto, due gli ospedali veronesi «promossi» 7
Borgo Trento scelta sbagliata 7
Lo smog alle stelle, più casi di asma 8
«Ulss 9, manca personale e bisogna investire di più» 9
Tagli ai farmaci biologici, protesta di malati e medici 10
Ticket, Zaia furioso: «I veneti pagano 4 volte i siciliani» 10
Ticket sanitario, Tosi contro Venezia 11
Reazioni a vaccini e farmaci, un sito per segnalarli 12
Il morbillo torna a far paura anche a Verona 12
Tosi a Zaia: «Aumenti tasse per buchi sanità» 13
Fare attacca: «La Regione attivi i 15 posti letto» 14
I 25 anni del Suem. Un soccorso ogni 2 minuti 15

ESPERIENZE DAL TERRITORIO

Il benessere organizzativo percepito dagli infermieri di una struttura riabilitativa 16
Evidence Based Practice: conoscenze e attitudini nella pratica clinica 20

ISTITUZIONI E TERRITORIO

La nuova legge sulla responsabilità professionale 25

NOI E GLI ALTRI

Dal confronto, la crescita professionale 32

RECENSIONI

Per riflettere… 36

LETTERE AL DIRETTORE 37

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso il 14 aprile 2017.

Direttore Responsabile: Marina Vanzetta
Comitato di redazione: Vallicella Franco, Dal Corso Dario, Tabarini Gabriella, Pasquetto Francesca, Vanzetta Marina, Bernardelli Stefano, Cengia Maria Grazia, Molinari Luca, Zanolli Barbara, Ballarin Silvana, Corso Maurizio, Ortolani Riccardo, Verzé Alessia, Riolfi Rita.
Redazione: Vanzetta Marina, Cengia Maria Grazia, Bernardelli Stefano, Zanolli Barbara, Molinari Luca, Marcotto Enrico.
Editore: Collegio IPASVI di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona
Note editoriali: Gli articoli inviati dovranno essere corredati dal titolo, dalle note bibliografiche, cognome e nome dell'autore e qualifica professionale, ente o istituto di appartenenza, recapito postale e telefonico. Dovranno essere inviati alla sede del Collegio IPASVI di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona - E-maili nfo@ipasviverona.com al Direttore di Prospettive Infermieristiche.

Si autorizza, nel rispetto delle comuni regole di salvaguardia delle pubblicazioni scientifiche e dei diritti d'autore, la riproduzione a scopo didattico e informativo degli articoli di Prospettive Infermieristiche purchè con citazione esplicita dell'autore e della rivista.
I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell'Editore. Manoscritti e fotografie anche se non pubblicati non saranno restituiti. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Progetto grafico e impaginazione: cocchi&cocchi [www.cocchiecocchi.it]

La nuova legge sulla responsabilità professionale: cosa cambia?

di FRANCO VALLICELLA

Presidente Collegio IPASVI
di Verona

Il parlamento ha recentemente approvato un'importante legge che è opportuno conoscere ed approfondire per le importanti implicazioni sia sul diritto dei cittadini alla tutela della salute, che in tema di responsabilità professionale. Stiamo parlando della Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante: *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché' in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.*
L'iter che ha seguito il provvedimento è stato veramente molto lungo ed è stato originato da differenti problemi:

- Il contenzioso in tema sanitario, che nel tempo è cresciuto a dismisura, tanto da rendere difficoltoso, per i professionisti e le strutture sanitarie, provvedere alle necessarie coperture assicurative;
- Maggiore sicurezza delle cure, con la necessaria evidenza di quanto obbligatorio, dal punto divista organizzativo e professionale, per rendere effettiva questa esigenza;
- Certezza, da parte del cittadino, del buon esito di eventuali azioni risarcitorie in caso di dolo o colpa professionale da parte delle strutture sanitarie o del professionista sanitario;
- Superare, con indicazioni più chiare e meno interpretabili, alcuni assunti contenuti nella legge Balduzzi che in alcune sue parti ha trattato pari argomenti.

È utile precisare, e non è da poco, che la legge non parla di responsabilità "medica" come di solito succede ed è successo per queste tematiche, ma di responsabilità del personale sanitario e quindi incluso il personale infermieristico. Ciò da una parte è un giusto riconoscimento dell'attività svolta dagli infermieri per la tutela della salute dei cittadini, ma come corrispettivo a questo implicito riconoscimento vi è la necessità di un'assunzione piena di responsabilità dell'attività svolta. Ancora, dal punto di vista professionale un'altra questione che dovremmo presidiare – per la corretta applicazione della norma - e sviluppare è l'implementazione delle linee guida da parte delle nostre associazioni e società scientifiche. Infatti centrale risulterà essere il riferimento, per la buona pratica, alle linee guida che dovranno essere da noi prodotte per quanto attiene all'attività assistenziale.

Infine interessante è la modifica, praticata dalla legge in parola, di parte degli articoli del codice penale che riguardano la responsabilità colposa: viene sospesa la punibilità per causa imperizia se applicate correttamente le linee guida validate. Rimane immutato, ovviamente, la punibilità in caso di imprudenza e/o negligenza. Anche questo è un argomento interessante che però necessita di un approfondimento ed un chiarimento giuridico.

Per quanto in sintesi schematizzato abbiamo pensato di creare le condizioni per una prima lettura ed analisi del provvedimento, in particolare in una prima fase ci interessa capire:

1. Quali sono le implicazioni professionali, ovvero cosa cambia o dovrebbe cambiare nell'attività degli infermieri rispetto all'esercizio della loro responsabilità professionale?
2. Come dovrebbe cambiare l'organizzazione per recepire i contenuti del provvedimento, sia questa del servizio sanitario regionale che privata?
3. Per il cittadino, quali maggiori tutele – rispetto al diritto alla tutela della salute - gli stiamo offrendo con l'applicazione della norma?

Per questo ti invitiamo ad un incontro il 2 maggio dalle 14.30 alle 17.30 presso il centro formativo dei Camilliani (Via Astico 2 Verona), dove con il dott. Luca Benci approfondiremo la tematica cercando di rispondere alle tre questioni fondamentali sopra puntualizzate. Vi aspettiamo.
Il sottoscritto unitamente a tutto il Consiglio Direttivo ed al Collegio dei Revisori dei Conti, augura a tutti voi ed alle vostre famiglie una serena Santa Pasqua.

Buona lettura.

a cura della REDAZIONE

L'ARENA - 28 gennaio 2017 – Legnago

«Non con le mozioni» Sos da Melara: «Chiediamo posti letto al vostro ospedale»

Il Consiglio Melara, il Comune più occidentale della provincia di Rovigo, è troppo lontano da tutti gli ospedali.
E l'amministrazione ha iniziato a preoccuparsi di avere strutture idonee a cui fare riferimento nei casi di emergenze sanitarie. Per questo motivo, infatti, Paola Davì, sindaco del municipio al confine tra le province di Verona e Mantova, ha chiesto all'assessore regionale alla Sanità, Luca Coletto, di poter dirottare al «Mater salutis» di Legnago i malati del paese che devono sottoporsi a cure urgenti.

Il primo cittadino del centro più occidentale del Polesine, che nei mesi scorsi aveva ingaggiato una vera e propria battaglia contro il capoluogo della Bassa sul progetto di rimodulazione della discarica di Torretta, ora guarda alla città del Salieri come al luogo più comodo dove poter indirizzare i propri concittadini che necessitano di cure urgenti. Tanto che l'istanza, consegnata da Davì a Coletto nei giorni scorsi a Venezia durante un incontro a cui era presente anche il consigliere regionale del Pd Graziano Azzalin, è stata corredata da oltre mille firme raccolte tra dall'Auser di Melara, promotrice dell'iniziativa. Davì ha ricordato a Coletto che due terzi dei 1.800 abitanti del centro polesano hanno oltre 65 anni di età, mentre metà popolazione è addirittura sopra i 73 anni.

«Siamo molto distanti», ha evidenziato Davì, «dai punti sanità della provincia di Rovigo: per fortuna abbiamo un servizio di trasporto di volontari dell'Auser con pulmino attrezzato, dato in dotazione dal municipio, che effettua trasporti per una media di 15mila chilometri all'anno». Le vere criticità, però, secondo il sindaco rodigino, emergono in caso di ricoveri d'urgenza effettuati con il servizio 118. «L'ospedale più vicino al nostro territorio», ha continuato il sindaco, «è quello di Trecenta (Rovigo) che, oltre ad essere distante circa 30 chilometri con strade parecchio dissestate, è stato molto depotenziato, per cui, spesso, i pazienti vengono accolti a Rovigo, a 65 chilometri, o addirittura ad Adria (Rovigo), che ne dista 112.

Tutto ciò crea notevoli disagi ai familiari, spesso molto anziani, che devono assistere i loro congiunti». Per questo, Davì ha chiesto alla Regione di prendere in considerazione la possibilità di stipulare una convenzione con gli ospedali più vicini: il «Carlo Poma» di Pieve di Coriano (Mantova), a 12 chilometri da Melara, e il «Mater salutis» di Legnago, «che dista 21 chilometri ed offre maggiori servizi di quello di Trecenta». Secondo Davì «per un'ottimizzazione dell'utilizzo dei servizi sanitari è necessario che si ragioni per aree vaste, superando i confini sia provinciali che regionali, per portare ad un miglioramento della qualità della vita delle persone ricoverate, senza aggravi di spesa».

Dal canto suo, Coletto ha dimostrato interesse per la proposta di Davì.
Quindi ha consigliato al primo cittadino di inviare a Venezia tutte la documentazione inerente il progetto, assieme alla petizione. Inoltre, l'assessore ha chiesto ai rappresentanti del Comune di Melara di inoltrare copia della richiesta anche ai direttori generali delle Asl 5 di Rovigo e 9 di Verona. «Abbiamo fatto quanto ci è stato detto», ha concluso il sindaco, «ed ora rimaniamo in fiduciosa attesa, vista l'importanza che il servizio 118 riveste per la nostra popolazione».

Fabio Tomelleri

L'ARENA - 02 febbraio 2017 – Lettere

Invecchiare in modo attivo

Invecchiamento attivo intergenerazionale: tre concetti importanti e impegnativi che sono indicati per innovare il welfare, sulla base di un rapporto sinergico (non conflittuale) fra le varie fasce d'età.

L'invecchiamento può essere una risorsa se la persona anziana è considerata un'opportunità sociale e non un peso per l'assistenza, un costo per la sanità e un onere per la previdenza.
La donna anziana e l'uomo anziano sono (anche loro) persone che come tutti i cittadini hanno diritti e doveri nell'ambito della cittadinanza attiva, e contribuiscono, soprattutto nella presente situazione di crisi, ad aiutare: i propri familiari con i loro redditi da pensione e le comunità locali con i loro impegno di sussidiarietà e di solidarietà nel volontariato.

Il valore della persona anziana caratterizza i contenuti del disegno di legge regionale, recentemente presentato dalla Giunta del Veneto, che sarà oggetto di approfondimento anche delle organizzazioni di volontariato e dei sindacati pensionati di Cgil, Cisl e Uil. Per promuovere la cultura dell'invecchiamento attivo, sono necessarie: disponibilità politiche, sedi istituzionali di confronto e azioni di costruttiva concertazione, com'è avvenuto, nei mesi scorsi in Veneto, con l'attivazione da parte della Regione di un «gruppo di lavoro» costituito dai rappresentanti delle associazioni sociali e delle organizzazioni sindacali. La concertazione non è un ostacolo, anzi rimane un'efficace opportunità.

Il Forum del Terzo Settore regionale può benissimo avviare il confronto di merito con la Regione sui temi dell'invecchiamento. Convergere su obiettivi condivisi significa dare gambe e prospettive all'invecchiamento attivo intergenerazionale. In tutto questo la politica non è un corpo estraneo, anzi è una fondamentale parte, perché chiamata a programmare e finanziare progetti d'invecchiamento attivo.

La domanda, che s'intreccia alla presente riflessione, è la seguente: in quale contesto di welfare va collocato l'invecchiamento attivo intergenerazionale? La risposta si può trovare all'interno dei progetti di quel volontariato che dialogando fra le diverse età, apre la strada a nuove opportunità per rendere dinamico l'invecchiamento all'interno del welfare di comunità, indicato ad esempio nel «progetto sociale» di Auser, e nel «welfare generativo» proposto dal compianto monsignor Giovanni Nervo e attualizzato dalla Fondazione Zancan.

Franco Piacentini
Presidente Regionale
AUSER Veneto
VENEZIA

L'ARENA - 03 febbraio 2017 – Bassa

Medicina di gruppo. Apre il nuovo centro con sei dottori di base

È arrivato il giorno dell'inaugurazione ufficiale per il servizio di Medicina di gruppo integrata di Villa Bartolomea e Castagnaro: il primo di questo tipo ad essere inaugurato sul territorio dell'ex Ulss 21 dopo quelli di Nogara e Zevio. La cerimonia, che segue di pochi giorni l'apertura dei sei ambulatori ricavati dal Comune nei locali al piano terra del municipio, avrà luogo domani, alle 11. Oltre al sindaco Luca Bersan, alla sua Giunta e agli altri consiglieri di maggioranza, saranno presenti Luca Coletto, assessore regionale alla Sanità, e Pietro Girardi, direttore generale dell'Ulss 9 Scaligera.

I sei ambulatori, dove prestano servizio altrettanti medici di base dei due centri confinanti, sono stati concepiti per offrire assistenza a tutte quelle persone che, per urgenze minori, sarebbero costrette a raggiungere il Pronto Soccorso dell'ospedale «Mater salutis». Su una superficie di 380 metri quadrati, accanto agli ambulatori di assistenza primaria, sono stati creati un'infermeria, un archivio, una sala riunioni, un'area front-office per la segreteria ed il Cup che opererà direttamente da Villa Bartolomea, ed una sala d'attesa. L'assistenza sarà garantita ai pazienti dei due Comuni per 12 ore consecutive, dalle 8 alle 20, dal lunedì al venerdì, e nella mattinata di sabato e dei giorni prefestivi.

Al servizio di Medicina di gruppo integrata si potranno ottenere visite su prenotazione oppure per le urgenze soggettive o minori. Una centrale operativa fornirà informazioni di base, richieste di consulto diretto con il medico e prenotazione delle visite. I costi per l'attivazione sono a carico della Regione. «Al Comune», precisa il sindaco Luca Bersan, «sono spettate solo quelle di adeguamento degli spazi che ammontano a circa 30mila euro».

E.P.

L'ARENA - 06 febbraio 2017 – Dai referti online alla telemedicina

Coletto: «La sanità digitale? Risparmio per 100 milioni»

«Modernità, nuovi servizi alle persone con la sanità a km zero, ma anche circa 100 milioni di euro l'anno di risparmi tra costi diretti e indiretti per aziende sanitarie e cittadini.
Questo significa l'informatizzazione in sanità, un percorso che ha, in prospettiva nemmeno tanto lontana, il completamento del fascicolo sanitario digitale, con il quale rafforzeremo la nostra leadership in Italia e in Europa, già oggi realtà sulla base dei risultati dell'analisi condotta con il metodo Emram (Electronical Medical Record Adoption Model) su 392 strutture ospedaliere italiane e 1.144 europee».
Lo ha detto l'assessore alla Sanità della Regione del Veneto Luca Coletto, intervenendo oggi a Verona ai primi due incontri con i quali si è avviato il percorso che porterà alla ridefinizione dell'Agenda Digitale del Veneto in prospettiva 2020. Oltre il Cup, Eco Farmacia, scarico del referto on line, telemedicina, Two!Salute!, Fascicolo sanitario Elettronico: sono questi solo alcuni dei progetti interamente realizzati o prossimi alla conclusione che, secondo Coletto, «costituiscono il nucleo del percorso che va sotto il nome di Sanità a Km Zero, per evitare che alcune fasce della popolazione possano restare ai margini di questa rivoluzione, diffondendo la cultura della sanità digitale, nell'ambito della quale sono già stati formati oltre diecimila professionisti tra medici e farmacisti».

L'ARENA - 09 febbraio 2017 – Est

«Coperti i dati sulla salute dei dipendenti Miteni»

«Eccessi statisticamente significativi per la mortalità». E questa la locuzione con la quale nella relazione della commissione parlamentare viene riassunta la situazione sanitaria registrata nell'area esposta all'inquinamento da Pfas.
Qui, infatti, si muore mediamente fra il 9 e l'11 per cento in più rispetto a quello che ci si attenderebbe, e situazioni particolarmente gravi sono legati a malattie cerebrovascolari, infarto, diabete, Alzheimer e tumore del rene.

A questi dati epidemiologici, poi, va aggiunto che, secondo la letteratura medica, le sostanze perfluoro-alchiliche possono causare disfunzioni polmonari, deformazioni degli spermatozoi ed il passaggio degli inquinanti dalla madre al feto. La commissione, d'altro canto, cita anche ricerche compiute su animali secondo le quali i Pfas provocano problemi nello sviluppo neonatale e prenatale, con peso ridotto dopo la nascita.
Nella sua d'indagine, poi, la commissione ha preso in esame anche lo studio dall'università di Milano sui dipendenti di Miteni, ma ha evidenziato che i dati per gli esami sono stati coperti. «Un'omissione che desta molte perplessità», dice la relazione.
Da sottolineare, infine, che la commissione ha acquisito anche la nota inviata in novembre dal direttore della sanità regionale Domenico Mantoan a tre assessori ed organi istituzionali, in cui chiede «interventi urgenti a tutela della salute dei cittadini».

LU.FI.

L'ARENA - 12 febbraio 2017 – Città

La povertà aumenta, al Banco chiesti 30mila medicinali

Quattro milioni e mezzo gli italiani che vivono sotto la soglia di povertà e ogni giorno sono costretti a tagliare la spesa per i farmaci. Verona non fa eccezione. In riva all'Adige gli enti caritativi assistono oltre 21mila persone in disagio economico e sociale, e solo per le medicine il fabbisogno è aumentato del 40% rispetto al 2016.
Quest'anno la richiesta arrivata al Banco Farmaceutico è stata di 30mila medicinali e i veronesi hanno risposto ieri durante la XVII Giornata di raccolta del farmaco che si è svolta nella nostra provincia, come in tutta Italia. Da noi sono state 121 le farmacie aderenti (erano state 116 lo scorso anno) e 450, invece, i volontari impegnati per tutto il giorno, tra cui i membri del Rotary club che ha partecipato all'iniziativa per la prima volta. Mentre sono 35, contro i 32 del 2016, gli enti benefici a cui verranno consegnate le medicine donate dalla cittadinanza.

Da sempre ogni ente è abbinato a una farmacia, così i titolari e i loro collaboratori consigliano i clienti sull'acquisto da fare basandosi sulle reali necessità di quella specifica associazione.
Per numero di farmacie aderenti e per donazioni, il nostro territorio è capofila a livello nazionale: l'anno scorso la generosità dei veronesi aveva permesso di raccogliere più di 10.500 farmaci da automedicazione, circa la metà di quelli che servivano, per un valore complessivo di quasi 50mila euro.
LA SITUAZIONE d'emergenza di quest'anno necessitava di buoni esempi e infatti i primi a entrare nella farmacia Bacchini di Borgo Roma, ieri di buon'ora, sono stati rappresentanti delle istituzioni: l'assessore regionale alla Sanità Luca Coletto, il presidente della Provincia Antonio Pastorello e il vescovo Giuseppe Zenti, poiché la farmacia era abbinata alla sua Caritas, che con l'occasione ha impartito anche la benedizione. Li accompagnava il coordinatore regionale del Banco farmaceutico Matteo Vanzan, che non ha mancato di ringraziare i farmacisti «perché senza di loro non riusciremo a mandare avan-

ti la macchina organizzativa».
Infatti oltre al tempo professionale messo a disposizione durante la giornata, gli esercizi pagano una quota di adesione che copre i costi di stoccaggio, conservazione e distribuzione dei medicinali, e quest'anno dalle farmacie veronesi sono arrivati 20mila euro.

Il sindaco Flavio Tosi si è recato nel pomeriggio, mentre a sorpresa in mattinata si sono aggiunti l'assessore all'Urbanistica del Comune Gian Arnaldo Caleffi, che vive in zona, e il comandante provinciale dei Carabinieri Ettore Bramato. PERÒ i primissimi farmaci, dell'aspirina e una confezione di compresse per la gola, sono stati donati a pochi minuti dall'apertura da un pensionato del quartiere che non manca mai l'appuntamento con la Giornata di raccolta. «Segno che la sensibilità esiste e la società non è spenta» ha commentato il vescovo Zenti.
«Ben vengano queste giornate che ci permettono di essere accanto alle tante famiglie e ai poveri di Verona che vivono situazioni disperate» è stato il messaggio della politica.

Laura Perina

L'ARENA - 19 febbraio 2017 – Città

L'Oms: è uno dei più grandi problemi di salute pubblica

Asma, problemi cardiaci, tumori fino a una riduzione della fertilità e per ultimo danni al cervello: è un vero e proprio bollettino di guerra che la ricerca scientifica di tutto il mondo traccia periodicamente per quello che riguarda il rischio sanitario legato allo smog, per il quale la Commissione Ue ha dato il via alla seconda fase della procedura d'infrazione contro l'Italia e altri Paesi - Germania, Francia, Spagna e Gran Bretagna - per l'inquinamento eccessivo da biossido d'azoto (NO2) riscontrato nell'aria di città come Roma, Milano, Berlino, Londra e Parigi.

L'Organizzazione mondiale della Sanità lo definisce «uno dei più grandi problemi di salute pubblica mondiali». Le morti per inquinamento sono infatti al quarto posto tra le cause di decesso, precedute solo da pressione alta, fumo e rischi legati all'alimentazione, e precedono quelle per alcol, droga e malattie a trasmissione sessuale.

Le riviste scientifiche più autorevoli, a partire da Lancet che ha pubblicato un preoccupante studio sulla relazione fra inquinamento e Alzheimer. Ingenti anche i danni economici che secondo l'ultimo rapporto dell'ufficio europeo dell'Oms sono di quasi 1.500 miliardi di euro l'anno nel continente europeo.
Anche se i livelli di inquinamento dovessero rimanere costanti i numeri legati a questo problema, avverte l'Oms, sono destinati a peggiorare con l'invecchiamento progressivo della popolazione, perchè le persone più anziane sono le più vulnerabili a problemi cardiovascolari, tumori ai polmoni, broncopneumopatie e infezioni polmonari, le principali patologie legate allo smog.

Ma gli effetti di polveri e gas nocivi non si limitano agli anziani, e anzi iniziano prima ancora della nascita.

Secondo uno studio recente della Boston University vivere vicino strade trafficate aumenta il rischio di infertilità dell'11%, e addirittura del 21% in caso di seconda gravidanza. L'esposizione in gravidanza poi riduce il peso alla nascita dei bebè, mentre nei bambini aumentano allergie, asma e altri problemi respiratori.

Oltre agli effetti a breve termine dei picchi di smog, inoltre, ci sono anche quelli che si manifestano a distanza di anni. Secondo la rivista Thorax dopo 30 anni dall'esposizione la mortalità aumenta del 2%.

L'ARENA - 20 febbraio 2017 – Città

Infarto acuto, due gli ospedali veronesi «promossi»

Il 49% delle strutture sanitarie italiane non raggiunge i 100 casi annui di infarto miocardico acuto di primo ricovero, soglia minima fissata dal ministero della Salute e uno dei fattori che determinano gli esiti degli interventi. Lo affermano i dati di Doveecomemicuro.it, il portale che raccoglie i dati su oltre 2mila tra ospedali e strutture territoriali.

Verona ha ben due strutture «promosse» dal sito, in particolare per il dato sulla minore mortalità a 30 giorni dal ricovero: il Don Calabria di Negrar (che ha anche il punteggio massimo in assoluto) e l'Ospedale di Borgo Trento, che hanno il bollino verde. Bollino giallo per la clinica Pederzoli di Peschiera e il policlinico di Borgo Roma, bollino arancione per gli ospedali Fracastoro di San Bonifacio e il Mater Salutis di Legnago. «Ormai sono numerose le prove in letteratura che confermano che per molte condizioni cliniche e interventi esiste un'associazione tra il volume di attività e l'esito delle cure - spiega Elena Azzolini, specialista in Sanità Pubblica e membro del comitato scientifico del portale - in particolar modo in termini di mortalità intra-ospedaliera o a 30 giorni dal ricovero/intervento».

Per l'infarto miocardico acuto le strutture più virtuose che rispettano i volumi minimi di ricoveri sono principalmente al Nord (45%), seguono il Sud e le Isole (34% complessivo) e il Centro Italia (21%). In particolare si distingue l'Emilia Romagna con le strutture Ospedale di Parma e l'Arcispedale Sant'Anna (Cona) e la Campania con l'Azienda Ospedaliera A. Cardarelli di Napoli.

Prendendo in esame gli interventi di by pass aorto-coronarico la situazione peggiora: il 76% delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate non rispetta i volumi minimi.

L'ARENA - 22 febbraio 2017 – Lettere

Borgo Trento scelta sbagliata

Vorrei scrivere due righe di protesta riguardo la gestione della sanità nella nostra città. Lasciamo perdere il posto infimo, scomodo e senza parcheggio in cui stanno investendo per l'ospedale di Borgo Trento.
Ma nessuno dice nulla che tra qualche settimana chiuderanno due presidi base di emergenza dal policlinico di Borgo Roma? Il pronto soccorso ginecologico e quello pediatrico chiusi.
Le persone nella zona sud di Verona e i comuni limitrofi dovranno attraversare la città anche nell'emergenza.
Occhio a non stare male nelle ore di punta o quando c'è una fiera o uno spettacolo in Arena. Meglio mettersi in autostrada ed andare a San Bonifacio. O chiamare le ambulanze (che non sono in numero infinito).
Un solo presidio di emergenza in tutta una città e parte della provincia.
Siamo ridicoli.

Roberta Ferraro
VERONA

L'ARENA - 22 febbraio 2017 – Città

Lo smog alle stelle, più casi di asma

Asma, problemi cardiaci, allergie, riduzione della fertilità e tumori. La lista dei rischi sanitari legati all'inquinamento è un bollettino di guerra. Sono gli effetti a lungo termine, ormai noti.

E rilanciati qualche giorno fa dall'Organizzazione mondiale della Sanità. Ma quando in città le polveri sottili superano il livello di guardia, è possibile accorgersene subito.

«Dalla fine di ottobre in poi, l'allerta smog l'abbiamo vissuta quasi ogni giorno» commenta Mariano Belloni, referente del Pronto soccorso dell'ospedale di Borgo Trento, «nel senso che abbiamo registrato un aumento significativo degli accessi in emergenza da parte di anziani con gravi insufficienze respiratorie. E in questi casi, l'inquinamento è uno degli elementi che noi consideriamo». Si tratta però «di pazienti che sono già compromessi da patologie croniche, come la bronchite, per i quali l'aria malsana ha sicuramente contribuito allo sviluppo di infiammazioni polmonari».

NELLE ULTIME settimane le polveri sottili hanno fatto il mix con le basse temperature e i virus stagionali, per quanto riguarda questi ultimi il peggio sembra passato «però gli episodi acuti, negli anziani a rischio, stanno continuando tuttora» specifica Belloni. Segno che la situazione non va presa sottogamba.

«Le malattie respiratorie più gravi possono arrivare a mortalità fino a 10 giorni dal picco di inquinamento, quelle cardiovascolari fino a 4 giorni» sottolinea Roberto Dal Negro, già primario della Pneumologia dell'ospedale di Bussolengo. «L'inquinamento gioca un ruolo potente nel mantenimento e nell'aggravamento di asma e broncopneumopatia cronico ostruttiva. È una condizione che può anche determinarle, come prima causa lo fa nel 10-15 per cento dei casi. Soprattutto in bambini e anziani, che sono le categorie più fragili».

ANCHE Dal Negro lo conferma: «c'è stata una recrudescenza molto significativa il mese scorso, e negli ultimi dieci giorni si sono riacutizzati alcuni casi di asma e bpco». Secondo le stime dell'Agenzia europea per l'Ambiente, in Italia i decessi legati a fattori inquinanti erano 66mila nel 2013, mentre sono stati 91mila l'anno scorso. Il Pm10 - le polveri sottili - sono il conduttore principale e le fonti dell'inquinamento sono soprattutto il traffico veicolare e il riscaldamento (pari al 78 per cento del totale). Solo il 22 per cento arriva dall'industria.

L'ORGANIZZAZIONE mondiale della Sanità definisce l'inquinamento atmosferico uno dei più grandi problemi di salute pubblica mondiali, con un costo in termini di spesa sanitaria che in Europa si aggira intorno ai 1.500 miliardi l'anno. «Difficile stabilire una cifra per la nostra realtà» replica Belloni, «quel che posso dire è che i malati che nelle ultime settimane hanno avuto accesso al Pronto soccorso, presentavano casi molto impegnativi sia dal punto di vista professionale sia logistico».

Laura Perina

L'ARENA - 23 febbraio 2017 – Legnago

«Ulss 9, manca personale e bisogna investire di più»

Un'organizzazione più efficiente del personale, maggiori investimenti per l'ospedale «Mater salutis» di Legnago e le altre strutture dell'ex Ulss 21, oltre all'attivazione del Centro unico di prenotazione (Cup) provinciale. Sono alcune problematiche relative alla gestione della sanità nella Bassa emerse nel mini-vertice che si è svolto a Palazzo de' Stefani tra i rappresentanti sindacali dei 1.700 dipendenti del distretto territoriale dell'Ulss 9 Scaligera ed i sindaci Paolo Marconcini di Cerea e Clara Scapin di Legnago. Questi ultimi, nei prossimi giorni, si faranno portavoce con i vertici dell'Ulss delle problematiche riscontrate durante la riunione.

All'incontro erano presenti le principali sigle di medici ed operatori: Cgil Medici, Cimo e Cisl oltre alla Rappresentanza sindacale unitaria (Rsu) di tutto il personale sanitario.
«In questi primi mesi di unificazione delle tre Ulss veronesi», riferisce Scapin, «i rappresentanti sindacali hanno evidenziato alcune difficoltà organizzative che riguardano la Bassa. Nonostante la buona volontà del direttore generale, Pietro Girardi, di armonizzare i tre sistemi di gestione delle precedenti Aziende sanitarie, sarebbero stati necessari almeno due o tre anni di transizione prima di sopprimere l'Ulss 21».
Quindi rimarca: «I sindacati hanno messo l'accento, innanzitutto, sull'assenza di un Cup unico provinciale, visto che ancora oggi agli utenti, prima di fissare una visita o altre prestazioni, gli operatori chiedono a quale delle tre vecchie Ulss appartengano.

In secondo luogo, la scelta del nuovo primario di Geriatria, al Mater salutis, è ancora bloccata, così come al Pronto soccorso mancano medici, tanto che si ricorre ad una cooperativa per garantirli». Lo stesso ragionamento, Scapin ed i sindacati, lo hanno riservato per il reparto di Anestesia, dove sono presenti 15 dottori anziché i 19 previsti dalla pianta organica. «L'ospedale legnaghese», prosegue Scapin, «in questo modo risulta veramente depotenziato, per non parlare della fatica con cui si investe su nuove apparecchiature, a discapito delle realtà private che fanno parte dell'Ulss 9, che hanno maggiori disponibilità finanziarie».

«È necessario», aggiunge Paolo Marconcini, primo cittadino di Cerea e referente del Comitato dei sindaci del distretto, «che venga chiusa al più presto la partita sulla scelta dei primari all'interno dei vari ospedali del nostro territorio. Così come servono urgenti interventi strutturali, in particolare nel polo sanitario legnaghese».
«A breve», assicura Pietro Girardi, direttore generale dell'Ulss 9, «pubblicheremo il bando per il primariato di Geriatria e ci stiamo mobilitando anche per la prossima sostituzione del direttore della Radioterapia.

Per altri reparti, come il Pronto soccorso e l'Anestesia, c'è invece poca disponibilità di personale, problema riscontrato anche nelle altre province venete. Più in generale, promettiamo che Legnago, dopo aver dato tanto all'intera Ulss Scaligera in termini di personale e competenze, riceverà altrettanto».

Sul Cup provinciale, Girardi annuncia: «Il progetto per un centralino con un numero unico contattabile da tutto il Veronese è pronto. Sarà un sovra-Cup che sovrintenderà ai tre servizi oggi attivi a livello zonale: darà la possibilità agli utenti di scegliere di effettuare visite e analisi anche in ospedali di altri distretti. Puntiamo ad attivarlo entro la fine dell'anno».

Fabio Tomelleri

L'ARENA - 08 marzo 2017 – Negrar

Tagli ai farmaci biologici, protesta di malati e medici

Farmaci biologici, la Regione ha fissato il tetto del 7 per cento all'incremento di spesa. A causa di questo taglio, però, è a rischio l'accesso alle cure di molti malati di morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa. L'allarme arriva dall'Associazione malattie infiammatorie intestinali (Amici), che rappresenta, anche a Verona, le persone affette da queste patologie, croniche e altamente invalidanti.
Il limite fissato dalla Regione avrebbe un contraccolpo pesante sull'accesso ai farmaci biologici, in molti casi efficaci per chi soffre di morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa. In Veneto, sono circa mille su circa 13mila malati, fa sapere l'associazione «Amici», i pazienti che devono ricorrere ai preparati biologici.

Manca, però, una stima precisa del numero di persona affette dalle Mici (le malattie infiammatorie croniche intestinali). Ad ogni modo, in tutta Italia, si manifestano circa 250 nuovi casi ogni 100mila abitanti. Preoccupata da questi tagli, «Amici» ha chiesto un confronto con l'assessore regionale alla Sanità, Luca Coletto, già sollecitato nei mesi scorsi sul tema per aprire un dibattito sul tema. L'assessore Coletto ha invitato per domani i delegati di «Amici» a Venezia. Dal canto suo, la delegazione scaligera dell'associazione, che ha sede all'ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar, vuol essere propositiva.

TRA I PIANI D'AZIONE che proporrà l'associazioen, c'è l'istituzione di un registro di patologia. «Il registro permetterebbe di quantificare quante persone soffrono di Mici, di usare il farmaco più efficace su un determinato paziente e non il più economico e, a lungo termine, di risparmiare sui costi della malattia», spiega la presidente veronese di «Amici», Nadia Lippa. «Ci rendiamo conto che le risorse del sistema sanitario nazionale non sono illimitate, ma va fatta una corretta informazione sul risparmio» continua. «La sostenibilità non passa solo dal taglio dei costi di farmaci, perché essi, spesso, evitano spese maggiori in termini di ospedalizzazioni e operazioni chirurgiche.
A nostro avviso si dovrebbe lavorare per ridurre i tempi tra la comparsa dei sintomi e la diagnosi: una malattia meno aggressiva, alla fine, costerebbe meno». Un simile approccio, poi, permetterebbe ai malati di curarsi meglio, senza dover ricorrere a dosi massicce di cortisone dai tanti effetti collaterali, e di migliorare la qualità di vita. Tramite le cure con i farmaci biologici, infatti, dicono letteralmente di essere tornati a vivere, ad esempio, Enrico di Legnago e Samuela di Este (Padova), seguiti come molti altri pazienti al centro specialistico istituito all'ospedale di Negrar, sotto la guida del dottor Andrea Geccherle.

Enrico ha 35 anni, da tre soffre di morbo di Crohn: è stato operato cinque volte, per un anno è stato in terapia farmacologica con i biologici. «Quattro iniezioni di questi farmaci costano in media 1.500 euro, io ne facevo una a settimana», racconta Enrico. Samuela ha 44 anni, da 20 anni è malata di rettocolite ulcerosa e da quattro è in cura a Negrar: «Con i farmaci biologici ho ricominciato a vivere e sperare».

Camilla Madinelli

L'ARENA - 12 marzo 2017 – Spesa sanitaria

Ticket, Zaia furioso: «I veneti pagano 4 volte i siciliani»

«La sanità» delle Regioni del Sud «andrebbe commissariata. Ed è scandaloso che il Governo nell'ultima legge di Stabilità abbia tolto il divieto per il governatore di fare il commissario della sanità. Nomina così chi ha fatto il disastro a commissariare sè stesso».
Così il governatore del Veneto, Luca Zaia, intervistato da Repubblica, commenta i dati di Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che rivelano grandi differenze di incasso per i ticket sanitari.
A pagare meno sono gli abitanti delle regioni del Sud. I siciliani sborsano in media 8,7 euro, i veneti 36,2.
«Le esenzioni vanno controllate, i dati anomali sono legati a quelle false, probabilmente. Ma i problemi sono tanti. Visto Loreto Mare? Un quarto dei dipendenti non va a lavorare, vi sembra una cosa normale? Se succedesse così da noi andrebbe a casa prima il governatore, poi tutta l'amministrazione e i direttori generali.
Il problema è che questo Paese si è assuefatto a tutto», afferma Zaia.

L'ARENA - 12 marzo 2017 – Città

Ticket sanitario, Tosi contro Venezia

In Veneto la spesa media pro capite per i ticket sanitari sulla diagnostica è di 36,2 euro. Il dato si riferisce al 2012.

Più dei veneti pagano gli abitanti della Valle d'Aosta (48,3), il Friuli Venezia Giulia (37,2) e la Toscana (36,7).
Restando al nord, in Lombardia la spesa media è di 22,7 euro e in Piemonte di 27,4. Le differenze di incasso per i ticket sanitari, evidenziate dall'Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, diventano abissali se il confronto si fa con alcune regioni del sud come la Campania (9,7) e la Sicilia (8,7). Un paragone che ha mandato su tutte le furie il governatore del Veneto Luca Zaia: «La sanità delle regioni del Sud andrebbe commissariata».
E aggiunge: «Una regione virtuosa non può avere una spesa pro capite per il ticket di 9-10 euro e del resto questi dati riguardano realtà con bilanci disastrati, che esportano pazienti».

Intervistato da La Repubblica, il governatore siciliano Rosario Crocetta replica: «Stiamo cercando di scoprire chi trucca le carte per non pagare il ticket sanitario, ma il vero problema è che in Sicilia incassiamo poco perché c'è una forte povertà e molte persone pur di non pagare vanno al pronto soccorso». Tuttavia, il sindaco Flavio Tosi, da ex assessore regionale, punta il dito sulla gestione della Sanità veneta. «I veneti pagano di più», commenta l'attuale assessore Luca Coletto, «perché sono più ligi e ci sono meno esenti.

Tra l'altro di falsi invalidi noi ne abbiamo beccati parecchi grazie all'accordo con la Guardia di finanza». Un sistema anti-evasori che, dice l'assessore, «sarebbe da esportare in altre regioni per correttezza verso gli italiani e per preservare un sistema di eccellenza a livello europeo». Il punto, quindi, è quello delle esenzioni per patologia o invalidità, per età (oltre i 65 anni) e per reddito (inferiori ai 36mila euro). «Il ticket sulla diagnostica», spiega Coletto, «fu introdotto nel 2011 dall'allora ministro Tremonti perché bisognava recuperare due miliardi di euro del Fondo sanitario nazionale. Il Veneto doveva contribuire con 40 milioni che con questa nuova tassa diventarono cento: 60 milioni in più per coprire gli esenti di altre regioni. Per questo», aggiunge, «ricorremmo alla Corte Costituzionale, che ci diede torto. Va però detto», puntualizza, «che noi il ticket l'abbiamo spacchettato per ridurne l'impatto sui redditi bassi.

Si tratta, ricordo, di un ticket nazionale, poiché il Veneto non ne ha mai introdotto uno regionale». Sulla maggior spesa al nord influisce anche la migrazione sanitaria, poiché il ticket si paga nella regione dove il servizio viene erogato.
Severo nei confronti della gestione della sanità veneta è invece Flavio Tosi.
«Il confronto si deve fare non con regioni dalla sanità sfasciata, ma, ad esempio, con la Lombardia, dove la media della spesa è di 22,7, molto più bassa, quindi, qualcosa di sbagliato c'è e questo provoca uno spostamento verso la sanità privata perché se la differenza tra ticket e prestazione è esigua molti preferiscono spendere di più e avere un servizio più veloce».

Tosi punta l'indice su «scelte demenziali e inutilmente costose come tenere aperti gli ospedali di notte per gli esami diagnostici, quando le prestazioni sono pochissime. Io invece», ricorda, «scelsi di comprare prestazioni dai privati per abbattere le liste d'attesa senza creare danni al servizio pubblico».

Enrico Santi

L'ARENA - 13 marzo 2017 – Università di Verona

Reazioni a vaccini e farmaci, un sito per segnalarli

Dai laboratori dell'università di Verona nasce la nuova piattaforma web per la segnalazione di reazioni avverse a farmaci e vaccini Il progetto chiamato «Vigifarmaco» (www.vigifarmaco.it) è stato realizzato per conto dell'Agenzia italiana del farmaco.
È un sistema web accessibile da operatori sanitari e cittadini, che punta allo sviluppo di sistemi per la raccolta e l'analisi dei dati della segnalazione spontanea in Italia. Il gruppo fa capo alla sezione di Farmacologia del dipartimento di Diagnostica e sanità pubblica ed è coordinato da Roberto Leone e da Ugo Moretti, e al dipartimento di Informatica con il coordinamento di Carlo Combi. I ricercatori, inoltre, collaborano con la Regione Veneto facendo parte anche del Centro Regionale di farmacovigilanza.
«Vigifarmaco - hanno spiegato gli scienziati - consente un invio rapido ed efficiente delle segnalazioni di eventi indesiderati da farmaci e vaccini, contribuendo così ad aumentare le conoscenze sui possibili danni da farmaci e ad allineare il sistema di farmacovigilanza italiano alla recente normativa europea e agli standard internazionali, che prevedono la possibilità della segnalazione via web.
Tale modalità di segnalazione, infatti, è presente in molti Paesi, soprattutto in quelli con un alto numero di segnalazioni, con percentuali che superano il 70-80% del totale delle schede inviate. Ad esempio, negli Stati Uniti oltre il 90% delle segnalazioni viaggia in formato digitale».

La Regione Veneto è stata la prima a sperimentare la piattaforma Vigifarmaco, nel 2014, e dopo una fase di test l'Aifa l'ha annunciata a fine febbraio a livello nazionale.
La piattaforma consente anche il trasferimento diretto delle segnalazioni da altri sistemi informativi come quelli dei medici di Medicina generale o le anagrafi vaccinali.
E sono in via di sviluppo applicazioni specifiche per i cellulari.

L'ARENA - 16 marzo 2017 – Città

Il morbillo torna a far paura anche a Verona

In Italia è boom di morbillo e anche a Verona la situazione si fa seria. Nel territorio dell'ex Ulss 20, a gennaio di quest'anno sono stati registrati 4 casi, altri 15 da febbraio a metà marzo.

Nell'arco di tutto il 2016 era stato segnalato solo un caso, mentre nel 2015 nessuno. Insomma, la si credeva debellata e invece la malattia è tornata a far paura. Il Ministero della Salute ha reso noti i dati nazionali, perché il calo delle vaccinazioni ha fatto registrare un'impennata allarmante della patologia.

Infatti, a fronte degli 844 casi segnalati nel 2016 (70 solo a dicembre), dall'inizio del 2017 ne sono stati registrati più di 700. Nello stesso periodo, l'anno scorso, erano stati 220. L'incremento è del 230%. Sarebbero quattro le regioni più colpite da questa epidemia: Piemonte, Lombardia, Lazio e Toscana. Più della metà dei casi arriva da lì, ma nel 2016 18 tra regioni e province autonome hanno segnalato casi di morbillo.

In Veneto erano stati 40 quelli accertati. «Da febbraio dell'anno scorso, in Romania è in corso un focolaio di morbillo che negli ultimi cinque mesi ha causato oltre tremila casi» spiega Giuseppina Napoletano, direttrice del servizio di Igiene e Sanità pubblica dell'Ulss 9 Scaligera. «Lì la copertura vaccinale per la prima e la seconda dose del vaccino è inferiore al 90%, un valore che aumenta il rischio di circolazione del virus nel Paese ed espone gli Stati europei vicini al rischio di importazione dell'epidemia». Anche in Italia siamo lontani dalla soglia di sicurezza del 95%, necessaria per impedire la diffusione del virus. La copertura media a 24 mesi di vita è dell'85,3%, mentre è un po' più alta nella nostra regione: nella coorte dei nati nel 2014 è dell'89,2%, con un incremento di due punti percentuali rispetto all'anno precedente.

In Veneto per i bambini nati dal 2008 non è più obbligatorio «ma per il morbillo non esiste una cura e il vaccino è l'unica misura di prevenzione efficace»

sottolinea Napoletano. «Probabilmente la malattia non viene considerata pericolosa, per questo è in calo l'adesione al vaccino Mpr (un complesso contro morbillo, parotite e rosolia).

Però porta delle complicanze gravi come la polmonite, in un caso ogni cento e con una mortalità del 15%, o l'encefalite in un caso ogni mille. La malattia o le sue complicanze causano uno/due decessi ogni mille persone colpite.
I casi che stiamo registrando riguardano in prevalenza giovani adulti non vaccinati ma il rischio aumenta quando a contrarre la malattia sono bambini non vaccinati o persone affette da altre patologie». Peraltro, spiega Napoletano, «siamo di fronte a una malattia infettiva molto contagiosa: per ogni caso di morbillo abbiamo dai 15 ai 17 casi secondari.

Il virus si trasmette per via aerea e ciò rende difficile prendere precauzioni. Per interromperne la trasmissione sono necessarie coperture vaccinali molto elevate con due dosi di vaccino.
Eppure il morbillo viene trasmesso solo nell'uomo, quindi eliminarlo è possibile. In America questo obiettivo è già stato raggiunto». In Italia la vaccinazione contro il morbillo è raccomandata.

Nel calendario vaccinale del Veneto, è offerta al 14° mese con un richiamo a 5, 6 anni. Ma la possono fare gratuitamente, a tutte le età, anche i soggetti non immuni. Tranne chi soffre di deficit immunitario o è sotto terapia immunosoppressiva, né le donne in gravidanza, per precauzione. Invece, è consigliata alle persone infette da Hiv che non hanno ancora sviluppato l'Aids.
«A Verona abbiamo avuto tantissime richieste di vaccinazioni per meningite, però bisogna tenere presente che il morbillo ha un'infettività molto più alta» conclude. «Abbiamo a disposizione un buon vaccino, che fornisce una buona copertura».

Laura Perina

L'ARENA - 16 marzo 2017 – La polemica

Tosi a Zaia: «Aumenti tasse per buchi sanità»

«La nota del Servizio finanziario della Regione non chiarisce nulla e non entra nel merito della questione, citando a sproposito il Fiscal compact.
La verità è che in Veneto le tasse aumenteranno di 220 milioni di euro che, tolti i 16 e mezzo necessari per la Pedemontana, saranno utilizzati per coprire i buchi della gestione sanitaria Zaia che, per le sole Ulss provinciali di Treviso e di Verona ammonteranno rispettivamente a 90 milioni per la prima e 127 per la seconda (dati ufficiali dei loro bilanci preventivi 2017), provocando una perdita complessiva a livello regionale che supera il mezzo miliardo». Il sindaco Flavio Tosi attacca duramente il governatore del Veneto ed ex compagno di partito, Luca Zaia che stasera sarà a Diretta Verona, su Telearena e in diretta streaming sul nostro sito. E aggiunge: «Se non è vero che si punta ad utilizzare i soldi per coprire altro, non ha senso aumentare le tasse dei cittadini veneti di 220 milioni all'anno, quando, per la realizzazione della Pedemontana, ne bastano 16 e mezzo.

Quindi il mutuo è l'alibi per aumentare le tasse, se Zaia vuole dimostrare il contrario applichi l'addizionale per il 2017 e la dimezzi nel 2018 e poi la cancelli: incamererà in due anni tutta la cifra utile per la Pedemontana e la spenderà solo per quella, senza accendere alcun mutuo. Ma non lo farà.
Ecco la prova: pagina 15, comma 7 della Delibera di Giunta Regionale n. 8/CR del 14/02/2017 che recita: "Che il gettito fiscale proveniente dall'applicazione della manovra fiscale in materia di addizionale Irpef regionale di cui al punto 6 del deliberato stimato, in via prudenziale, in 220 milioni di euro, finanzierà, dal 2018, la rata di ammortamento annuale – ipotizzata di euro 16,5 milioni – del prestito/mutuo che si contrarrà nel 2017 per il finanziamento del contributo in conto costruzione dell'opera Superstrada Pedemontana Veneta al fine di garantirne il rilancio e la realizzazione, e, per la restante quota, la riduzione dell'indebitamento generale complessivo dell'Ente".»

L'ARENA - 25 marzo 2017 – Est

Fare attacca: «La Regione attivi i 15 posti letto»

Era assessore regionale alla Sanità, il sindaco di Verona Flavio Tosi, quando sbloccò la situazione dell'ex ospedale Massalongo e con l'allora sindaco tregnaghese Marco Pezzotti accolse l'idea di rilanciare la struttura con i primi 15 posti letto di ospedale di Comunità, inaugurati nel 2010. Oggi è tornato a Tregnago, da presidente della conferenza dei sindaci, per dire che la Regione non può bloccare la programmazione socio sanitaria con delibera di giunta di fronte a una decisione del Consiglio.

La materia è in discussione davanti al Tar che si dovrà pronunciare a giorni, ma da più di un anno (si era agli inizi di dicembre del 2015) si ratificò la convenzione tra l'allora Ulss 20 e il Centro assistenza Fermo Sisto Zerbato, per l'avvio dell'ampliamento dell'ospedale di comunità, che poteva così aggiungere 15 nuovi posti letto ai 15 attualmente funzionanti. Si apriva così all'opportunità di assumere altri 13 nuovi posti di lavoro, portando 200 degenze per anno in più rispetto allo standard attuale dopo aver ristrutturato gli 800 metri quadrati del terzo piano dell'ex ospedale Massalongo. Sembrava filare tutto liscio e invece l'intoppo è venuto dalla Regione stessa e ora Tosi ne denuncia l'immobilismo, assieme al consigliere regionale di Fare per il Veneto, Giovanna Negro e al tregnaghese Emanuele Tosi, referente provinciale del Movimento Fare!

È lo stesso Emanuele Tosi a ricostruire la storia della convenzione, citando lo stanziamento di un milione e 280mila euro dell'allora assessore Tosi per la riqualificazione strutturale del secondo piano dell'ospedale, per gli arredi e per la gestione del primo anno di attività che si avviò nel 2010 con i primi 15 posti letto. «È il primo e unico ospedale di comunità nella provincia di Verona in quanto sperimentazione regionale», attacca Emanuele Tosi, «il primo in tutto il Veneto per la tipologia organizzativa dei servizi, soprattutto con riferimento alla presenza interna di un medico geriatra e un medico di medicina generale». Anche il servizio è di tutto rispetto: «Offre un'assistenza di alta qualità 24 ore su 24», aggiunge Emanuele Tosi, «punta non solo alla riabilitazione fisica del paziente ma anche alla riabilitazione psicologica in quanto la struttura fornisce ulteriori professionalità come un logopedista e uno psicologo su chiamata». L'utilità si estende anche a tutto il territorio: «È riconosciuto come un reale appoggio per i medici curanti della Val d'Illasi, che lo richiedono ogni qual volta ne ravvedano la necessità, senza dover sottoporre i pazienti a ricovero ospedaliero».

Il servizio si è anche evoluto, velocizzando il disbrigo delle pratiche: «È stata attivata la terapia informatizzata per una maggior certezza e sicurezza nella somministrazione dei farmaci; ha fatto parlare di sé a livello nazionale e ha ottenuto notevoli riconoscimenti anche sul piano internazionale (con la visita della Accreditation of Canada)». Resta un cruccio, però: «Ma il raddoppio dei posti letto è ancora una promessa irrealizzata. Siamo qui a diffidare il presidente Luca Zaia e l'assessore Luca Coletto a ritirare le due delibere regionali

(numero 1632 e 2174) che bloccano gli ospedali di comunità. Attivate i nuovi posti letto e attivateli subito. Siete in ritardo di oltre un anno e non possiamo più aspettare», conclude Tosi, tanto più che la precedente amministrazione del Consorzio Zerbato, che ha in gestione la struttura, ha già accantonato 800mila euro per i lavori di adeguamento. Tregnago è pronto. È pronto da troppo tempo».

Giovanna Negro alza il tiro: «C'è una delibera di 8 miliardi e mezzo di euro per sanità e sociale destinati da Roma al Veneto ma la giunta regionale ha delegato un tecnico per decidere come destinare questi soldi, affidando a terzi la risposta che la politica dovrebbe dare al territorio. Non è colpa di Roma se non abbiamo i soldi ma di politici che non si prendono le loro responsabilità. Noi continueremo la battaglia perché gli impegni siamo mantenuti».

Un'ultima stoccata è diretta all'assessore leghista alla sanità: «Coletto raccontò un anno fa che in un mese e mezzo avrebbe aperto i 15 posti di Tregnago e quelli destinati ad altri ospedali. Stiamo ancora aspettando, ma in compenso è uscita una delibera di giunta che smonta ogni decisione presa dal Consiglio», denuncia Tosi. Ora è fiducioso che la sentenza del Tar rimetterà in ordine le cose, «perché un ospedale di comunità ha una funzione importantissima che va incontro a tante famiglie. È una struttura intermedia, promessa al momento della costruzione del Polo unico».

Vittorio Zambaldo

L'ARENA - 27 marzo 2017 – Il 118 nacque a Verona

I 25 anni del Suem. Un soccorso ogni 2 minuti

Oggi il Suem 118 del Veneto compie 25 anni. Il servizio di soccorso è nato infatti il 27 marzo 1992 dopo un periodo di sperimentazione iniziato nel 1990 a Verona per i mondiali di calcio Italia 90 e a Pieve di Cadore (Belluno).

«In questi 25 anni – ricorda il presidente della Regione Veneto Luca Zaia – la sanità veneta è divenuta un modello, studiata in tutto il mondo anche per le sue percentuali di efficacia nell'urgenza-emergenza, e oggi il Suem 118 produce numeri da record, con uno dei suoi mezzi (elicotteri, ambulanze, auto mediche) impegnato in un intervento ogni meno di 2 minuti per 365 giorni all'anno, 1.026 persone soccorse al giorno, 369.411 missioni compiute nel 2016». Le chiamate nel 2016 - spiega una nota della Regione Veneto - sono state 737.974, oltre duemila al giorno, per 340.434 interventi di cui oltre 800 in montagna con il Soccorso alpino, e 390.445 assistiti. Gli interventi più numerosi sono stati in casa (222.813), in strada 40.231, in luoghi pubblici 24.523. Sul totale i codici gialli erano il 43% e i codici rossi il 14%.

Oggi il Suem 1889 in Veneto ha sette centrali operative, oltre 1000 operatori tra medici, infermieri, autisti e volontari in servizio ogni giorno, 300 mezzi di soccorso, 200 ambulanze, 4 basi di elisoccorso, oltre 90 milioni di euro di finanziamento.

«Su questa torta di compleanno occorrerebbero centinaia di migliaia di candeline, una per ogni intervento con il quale, in un solo anno, il Suem 118 salva le vite», dice l'assessore regionale alla Sanità Luca Coletto.

Il benessere organizzativo percepito dagli infermieri di una struttura riabilitativa

di Massimo Mastroluca[1], Antonio Capodilupo[2]

[1]Dottore magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

[2]Docente di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, Facoltà di Farmacia e Medicina dell'Università "La Sapienza" di Roma, Corso di LM Scienze Infermieristiche e Ostetriche - di Latina

Corrispondenza:
capodilupo@teletu.it

Le condizioni di Benessere Organizzativo determinano motivazione, senso di appartenenza e maggiore rendimento. Misurarlo è fondamentale!

PER ENTRARE NEL MERITO, L'EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI BENESSERE ORGANIZZATIVO

Agli inizi del secolo scorso, le aziende si trovarono a gestire le spinte promosse dalla seconda rivoluzione industriale, iniziata nel 1870 con l'introduzione dell'elettricità e del petrolio, e a dover, quindi, superare il modello artigianale e dilettantesco vigente, per affrontare la complessità produttiva emergente.
Si cercò allora, di perseguire il profitto del capitale investito mediante l'analisi sistematica dei processi produttivi, onde migliorare l'efficienza e incrementare la quantità dei beni lavorati, immettendoli sul mercato con standard di qualità accettata e soddisfacente.
Sul versante industriale, Frederick Winslow Taylor (1911), il cui nome è - correntemente seppur riduttivamente - associato alla "catena di montaggio", impostò il "management scientifico", consistente nello studio sistematico delle fasi del processo produttivo e nella cooperazione tra la dirigenza e gli operai specializzati, volti a tracciare un "unico miglior modo" ("one best way") per compiere una determinata operazione di lavoro.
Gli operai venivano incentivati, mediante un riconoscimento economico, ove si distinguessero per una capacità produttiva superiore alla media.
Sul versante della pubblica amministrazione, Max Weber (1919; 1922) applicò la sua concezione del capitalismo moderno, inteso come razionalismo economico, alle indagini sulla burocrazia, analizzandola nel suo aspetto di governo organizzato attraverso la conoscenza dei processi, e classificò l'autorità legittima nelle tre forme di razionale/legale, tradizionale e carismatico, assegnando alla prima la prevalenza nel mondo moderno.
Elton George Mayo (1931) spostò l'attenzione sul fattore umano nelle imprese; negli stabilimenti *Hawthorne* della *Western Electric*, a Chicago, effettuando ricerche sperimentali sulla associazione tra aspetti tecnici ambientali (quali l'illuminazione dei luoghi di lavoro, le pause del ritmo produttivo) e il rendimento dei lavoratori, osservò come – inaspettatamente - le variabili maggiormente influenti sull'incremento della produttività risiedessero nei fattori motivazionali secondari, connessi al sentirsi coinvolti in una sperimentazione ("*effetto Hawthorne*": Franke e Kaul, 1978) e al lavoro in équipe. Da qui originò lo *Human Relations Movement*.

Il ventennio successivo fu caratterizzato dall'attenzione al rapporto lavoratore/ambiente nei termini dell'Ergonomia, che Murrell (1949) condensa nell'espressione emblematica "*To fit the job to workers*" ("*Adattare il lavoro all'uomo*"): ovvero, studio dell'interazione tra gli elementi di un sistema (umani e d'altro tipo) e la funzione per cui vengono progettati, allo scopo di migliorare l'insieme delle prestazioni del sistema e la soddisfazione dell'utente.
Il decennio 1970-80 si focalizzò sulla prevenzione nel lavoro. Rosen (1986) evidenziò l'importanza degli aspetti quali il clima e la cultura aziendale per la salute nelle organizzazioni; Raymond, Wood e Patrick (1990) introdussero la *Occupational Health Psychology*, applicando le evidenze psicologiche ai *setting* organizzativi, al fine di migliorare l'ambiente lavorativo, accrescere la protezione e la sicurezza dei lavoratori e promuovere la salute

BIBLIOGRAFIA

(1) Avallone F., Bonaretti M., 2003 *Manuale Benessere Organizzativo per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche*. Roma, Rubettino Editore.

(2) Avallone, F., Paplomatas, A., 2005 *Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

(3) Bertini M., (a cura di), 1991 *Psicologia e Salute Prevenzione della patologia e promozione della salute*, NIS, Roma.

(4) Fuchs V.R., 1968 *The Service Economy*, Nber, New York.

(5) Gambini P., 2008 I*ntroduzione alla psicologia. Volume primo: i processi dinamici*. Milano, Franco Angeli.

(6) Katouzian M.A., 1970 "The Development of Service Sector: A New Approach", in: *Oxford Economic Papers*, n.3.

(7) Mayo E.G., 1931 *The Human Problems of an Industrial Civilization*. I problemi umani di una civilizzazione industriale, Ed. UTE, Torino, 1969.

(8) Murrell K.F.H., 1949 *Exposición ante el Almirantazgo británico el 12 de julio 1949*.

(9) OMS - *Carta di Ottawa per la Promozione della Salute*, 1986.

sui luoghi di lavoro.
Attualmente, i temi della sicurezza nel lavoro e quelli della salute dei lavoratori sono convogliati nel concetto di benessere organizzativo, che integra la riduzione dei rischi ambientali e psichici (stress lavoro correlato, *burn out, mobbing*) e la salute organizzativa quale benessere integrato del lavoratore e dell'azienda. Raccomanda l'OMS che *"…la salute dei lavoratori in tutti gli Stati Membri deve essere migliorata rendendo i posti di lavoro più salubri, riducendo le malattie e gli infortuni correlati con l'attività lavorativa e promuovendo il benessere delle persone al lavoro" (OMS, 1986; cfr. Bertini, 1991).*
In Italia, le norme sulla sicurezza e sulla prevenzione degli incidenti trovano espressione nel D.Lgs. n. 626/94; le sollecitazioni in ordine alla salute organizzativa permeano l'articolato del successivo D.Lgs. n. 81/08.

BENESSERE - MALESSERE ORGANIZZATIVO, GLI EFFETTI

Il *"Benessere Organizzativo fa riferimento alla capacità di un'organizzazione non solo di essere efficace e produttiva, ma anche di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico, alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi lavora"* (psicologiadellavoro.org, 2013; Avallone e Paplomatas, 2005).
I cambiamenti, che si vanno consolidando nel post-moderno, pongono istanze sul piano sociale, verso una migliore qualità della vita, ed economico, verso la terziarizzazione del lavoro e dei consumi, e determinano nuovi bisogni (Fuchs, 1968; Katouzian, 1970).
Le imprese si muovono entro uno scenario, composto da un intreccio di risorse e di relazioni, entro il quale assume importanza peculiare il capitale umano.
Spaltro (1993) inscrive il Benessere Organizzativo nell'ambito della qualità della relazione, che si crea tra le persone e il contesto lavorativo. In passato, l'individuo e l'organizzazione erano scissi da una dicotomia antagonista, tale che il bene delle persone era considerato un costo per le aziende e il profitto delle imprese un detrimento per gli addetti; ovvero il benessere delle persone era demandato a politiche paternalistiche o filantropiche.
Oggi il Benessere Organizzativo fonda sulla consapevolezza che esso produce "salute" sia per l'individuo che per l'organizzazione. Le indagini provano che le condizioni di Benessere Organizzativo determinano motivazione, senso di appartenenza e maggiore rendimento (Avallone e Bonaretti, 20013; Gambini, 2008); le condizioni di Malessere Organizzativo provocano diminuzione della produttività, assenteismo, ridotta disponibilità al lavoro, carenza di fiducia, aumento di reclami da parte del cliente/utente (Avallone e Paplomatas, 2005), oltre a generare patologie lavoro correlate (*stress, burn out, mobbing*).
Nella "Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica, sulle misure finalizzate al miglioramento del Benessere Organizzativo nelle Pubbliche Amministrazioni" del 24/03/04 si sostiene che, *"per lo sviluppo e l'efficienza delle Amministrazioni, le condizioni emotive dell'ambiente in cui si lavora, la sussistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento, l'ergonomia, oltre che la sicurezza, degli ambienti di lavoro, costituiscano elementi di fondamentale importanza"*.

BIBLIOGRAFIA

(10) Richard Herbert Franke R.H., James D. Kaul J.D., 1978 The Hawthorne Experiments: First Statistical Interpretation, *in American Sociological Review*, vol. 43, nº 5, pp. 623-643.

(11) Raymond J.S., Wood D.W., Patrick W.K., 1990 Psychology doctoral training in work and health. *American Psychologist, 45*, 1159-1161.

(12) Rosen S., 1986 The Theory of Equalizing Differences in O.C. Ashenfelter e R. Layard (eds.) – *Handbook of Labor Economics*, vol. 1, North Holland.

(13) Spaltro E.1993 *Soggettività Patron*, Bologna.

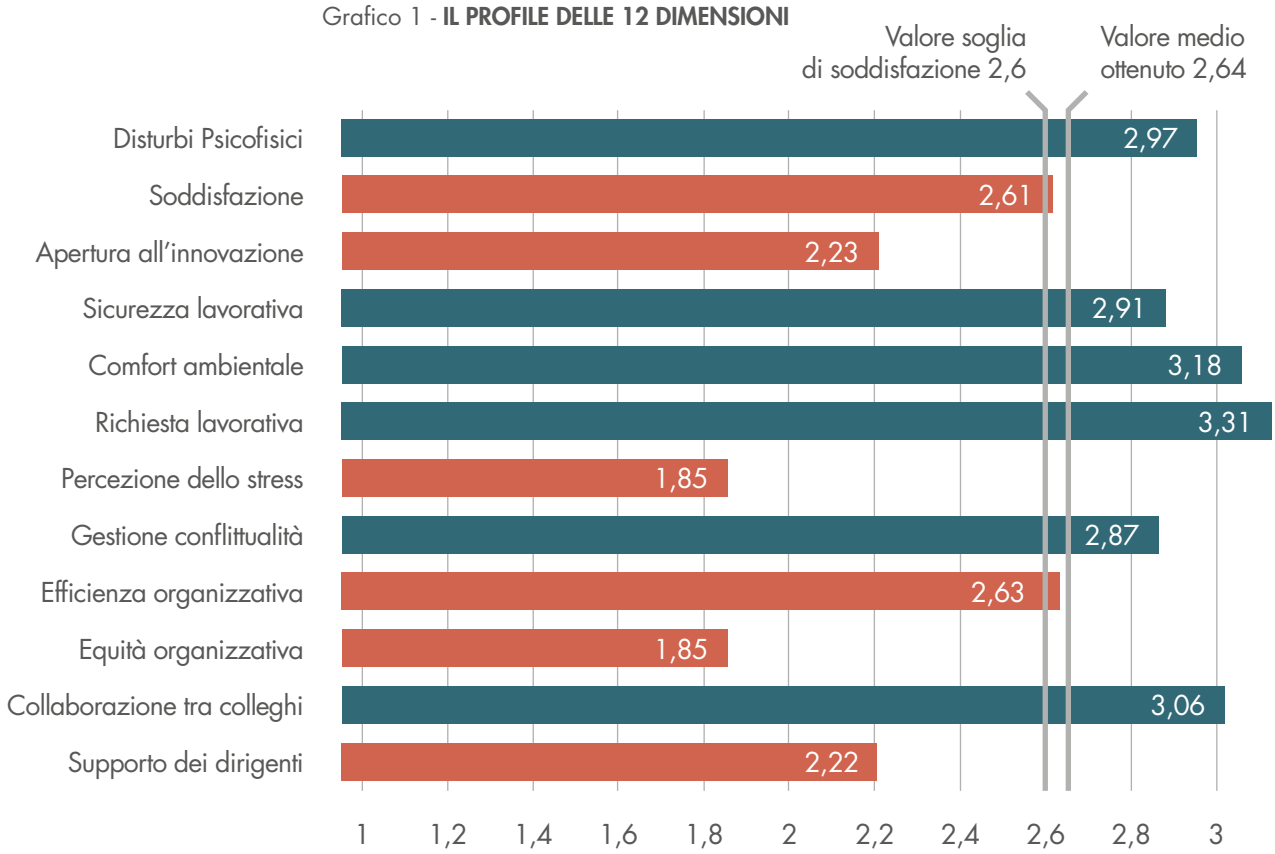
(14) Taylor F.W. 1911 *The Principles of Scientific Management*. Trad. it., *L'organizzazione scientifica del lavoro*. Ed. Etas Libri, Milano.

(15) Weber M., 1919 "Politics as Vocation". Trad. it *La politica e la scienza come professioni*, Einaudi, Torino, 2004; *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie*,1922 (postumo). Trad. it., *Economia e società*, Ed. Donzelli, 2003.

SITOGRAFIA

(1) http://www.psicologiadellavoro.org/?q=content/salute-organizzativa

Grafico 1 - **IL PROFILE DELLE 12 DIMENSIONI**



Lo stesso Dipartimento, in collaborazione con la Facoltà di Psicologia 2 dell'Università "La Sapienza" di Roma, a partire dal 2002, tramite il programma Cantieri per l'Innovazione (CantieriPA), dà il via a percorsi di ricerca e di sperimentazione di innovazioni amministrative, che producano benessere nelle amministrazioni.

LA NOSTRA INDAGINE

Gli obiettivi e il campione

L'obiettivo generale dell'indagine è stato quello di valutare il livello di "Benessere Organizzativo", percepito dagli infermieri occupati nella struttura residenziale intensiva di riabilitazione neurologica ed ortopedica dell'Istituto "Clara Franceschini" di Sabaudia, in provincia di Latina.
L'obiettivo specifico, invece, è stato definire i punti di forza e i punti di debolezza dell'organizzazione, per programmare le possibili soluzioni.
Il campione - di convenienza - è costituito dalla totalità degli infermieri ivi presenti, in numero di 30 unità, 26 maschi e 4 femmine: il 66,7% si addensa nella fascia di età fino ai 45 anni, il 13,3% nella fascia 46-55 anni e il 20% in età > 55 anni; il titolo di studio di diploma regionale è posseduto dal 36,6% e il diploma universitario o laurea dal 73,4%.

Il metodo

Agli infermieri è stato consegnato, per auto-somministrazione anonima, il questionario del "*Laboratorio sul benessere*" del programma CantieriPA, integrato con alcune domande proposte dal Comitato Pari Opportunità dell'Azienda USL Valle d'Aosta, per un totale di 68 item, di cui 16 relativi ai dati socio-anagrafici, 1 dedicato ai suggerimenti e 51 strutturati su scala Likert a 4 passi (mai, raramente, a volte, spesso), tali da definire, mediante apposita tavola di corrispondenza, 12 dimensioni di salute organizzativa.

I risultati

I risultati mostrano come il campione abbia espresso una valutazione sostanzialmente positiva del Benessere Organizzativo percepito, indicata dal valore medio totale di 2,64 superiore alla soglia di *cut-off* fissata da Avallone e Paplomatas (2005) a 2,6 quale indice di insoddisfazione/soddisfazione.
Il profilo delle 12 dimensioni è rappresentato nel Grafico 1.
Sono percepiti come insufficienti l'equità organizzativa, la percezione dello stress, l'apertura all'innovazione (tecnologie e cambiamenti), il supporto dei dirigenti (capacità di ascolto e valorizzazione dei lavoratori).
Coerentemente, i suggerimenti proposti

dagli infermieri (Grafico 2) privilegiano gli interventi che favoriscano la valorizzazione del personale, la formazione e l'aggiornamento, e i rapporti con i dirigenti.

Le conclusioni

I risultati dell'indagine pongono istanze di cambiamento all'Istituto e alla dirigenza operative. La prima, per attrezzare soluzioni tecnologiche innovative, tra cui lo sviluppo dell'informatizzazione, e per gestire il lavoro con formule innovative, tra cui il lavoro di gruppo e la formazione sul campo.
La seconda, impegnata a migliorare le competenze e le abilità di *leadership* nella figura del dirigente infermieristico, sì da incrementare lo scambio delle informazioni, bilanciare la distribuzione delle risorse professionali nelle UU.OO. secondo il portfolio di competenze degli operatori, porre attenzione, anche con appositi strumenti valutativi, a prevenire, rilevare e ridurre lo stress lavoro-correlato.
Il Benessere Organizzativo è fondamentale per l'organizzazione; questa necessita di non di eludere ma di analizzare le proprie criticità, per affrontarle ed eliminarle ridurle ciclicamente, usando un atteggiamento improntato al *Total Quality Management*.
L'Istituto riabilitativo potrà approfondire il processo di analisi, attraverso l'acquisizione di nuove informazioni e l'estensione dell'indagine ad altre figure professionali, con cui misurare accuratamente il proprio stato di salute.

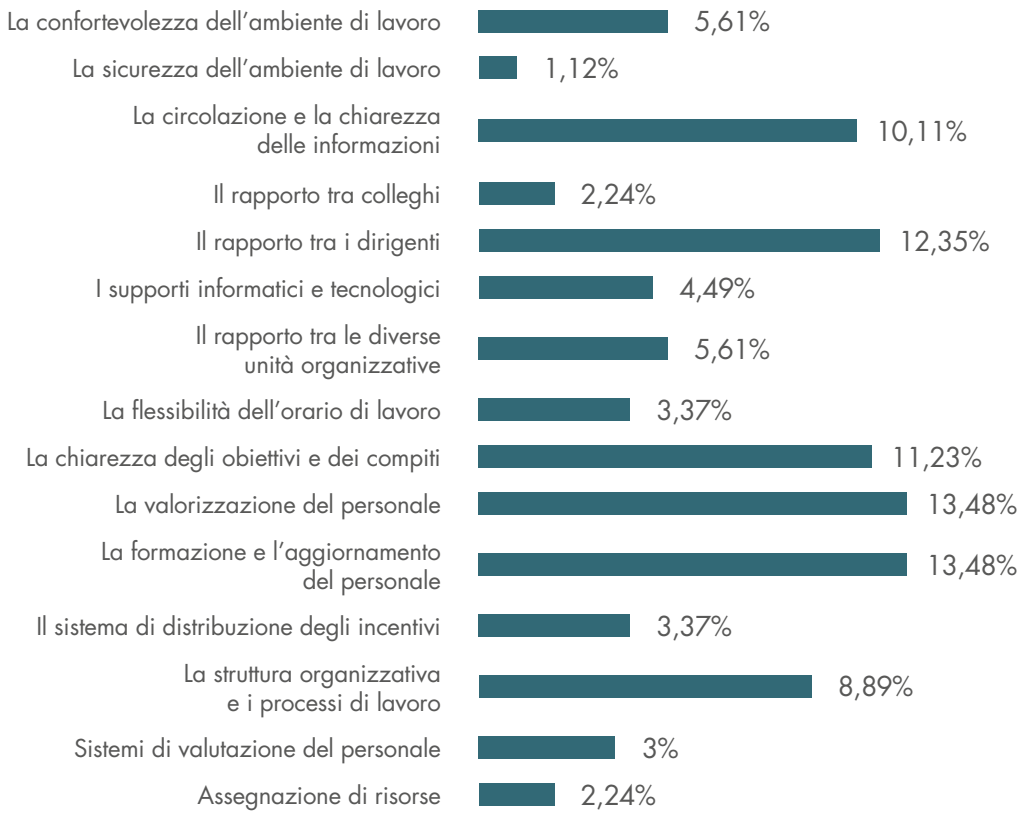


Grafico 2 - **I SUGGERIMENTI**

Evidence Based Practice: conoscenze e attitudini nella pratica clinica

di Daniela Bozza[1], Antonio Capodilupo[2]

[1]Dottore magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

[2] Docente di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, Facoltà di Farmacia e Medicina dell'Università "La Sapienza" di Roma, Corso di LM Scienze Infermieristiche e Ostetriche - di Latina

Corrispondenza:
capodilupo@teletu.it

Etimologicamente, il termine deriva dal latino ex-videre, cioè vedere con immediatezza, a indicare la caratteristica di ciò che si vede chiaramente e che non può essere messo in dubbio o che non ha bisogno di alcuna dimostrazione In sanità, è ampio il dibattito sul significato di "evidenza" delle conoscenze. E quindi?

CONOSCENZE PER LA PRATICA EFFICIENTE E EFFICACE: EBM, EBP, EBN

L'operatore sanitario, nella pratica clinica e assistenziale, può rivolgersi domande indotte dalla peculiarità del caso in esame: qual è la diagnosi giusta? qual è la terapia appropriata? qual è l'intervento adatto al particolare paziente e alla specifica situazione?
Il dubbio, da una parte può rallentare la decisione, dall'altra è generatrice di conoscenza; ed è nella condizione di incertezza che si innescano i meccanismi per apprendere e agire al meglio (Pagliaro, 2006).

In sanità, è ampio il dibattito sul significato di "evidenza" delle conoscenze. Etimologicamente, il termine deriva dal latino *ex-videre*, cioè vedere con immediatezza, a indicare la caratteristica di ciò che si vede chiaramente e che non può essere messo in dubbio o che non ha bisogno di alcuna dimostrazione.
Comunemente, l'evidenza è definita da *"i fatti disponibili, le circostanze a supporto, o una credenza, una proposizione indicante qualcosa di vero o valido"* (Di Censo et al., 2008).
Tecnicamente, in campo medico, essa assume la connotazione di "prova" e viene usata per indicare un qualsiasi elemento che dimostri l'autenticità di un fatto o la veridicità di un'affermazione.
L'*Evidence-Based Medicine* (EBM) è stata definita come *"il processo della ricerca, della valutazione e dell'uso sistematico dei risultati della ricerca contemporanea come base per le decisioni cliniche"* (Sackett et al., 1996; Timmermans et al., 2005).

Si fonda sul principio della valutazione dei migliori risultati della ricerca disponibili nel momento attuale della ricerca scientifica, a significare che sono di interesse della medicina basata su prove di efficacia gli studi clinici controllati e le linee guida di pratica clinica, ottenuti mediante una revisione sistematica degli studi esistenti, meta-analisi e *peer-review*. La fonte più accreditata è la *Cochrane Collaboration*, associazione inglese di volontari nata nel 1992; in Italia, tutta nostrana è la fondazione GIMBE, nata nel 1996. Sebbene se

BIBLIOGRAFIA

(1) Antiseri D., 2007 Le evidenze della EBM: fatti o artefatti? Kéiron. 15-31.

(2) Atkins D. et al., 2005 Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations II: pilot study of a new system. BMC Health Serv Res. Mar 23; 5(1):25.

(3) Baldacci M., Frabboni F., 2013, *Manuale di Metodologia della ricerca educativa*, Torino, UTET.

(4) Benjamin A., 2008 Audit: how to do it in practice. *BMJ*, 336: 5-210.

(5) Bonaldi A., Focarile F., Torreggiani A., 1998 *Curare la qualità. Manuale per valutare e migliorare l'assistenza sanitaria*, Ed. Guerrini e Associati, Milano.

(6) Bonner A. et al., 2008 Examining the knowledge, attitude and use of research by nurses. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 334-343.

(7) Cartabellotta A, Montalto G, Notarbartolo A. 1996 La medicina basata sulle evidenze: emerge un nuovo modello di pratica clinica. Ann It Med Int; 11: 288-94.

(8) Casati G, Panella M, Di Stanislao F, Vichi MC, Morosini P., 2005 Gestione per processi professionali e Percorsi assistenziali, in *Progetto Formazione Qualità ISS*, Manuale 1, Roma.

ne riconoscano alcuni limiti (insufficienza delle prove disponibili, cosiddetta "zona grigia"; difficoltà ad adattare le prove di efficacia alle caratteristiche individuali dei singoli pazienti; ostacoli che si incontrano nel tentativo di praticare interventi di elevata qualità), la "Medicina fondata sulle prove" è oggi considerata uno strumento irrinunciabile, sia per difendersi dai cattivi maestri (Hamer e Collinson, 2002), sia per non ridursi alla pratica routinaria e non raffinata, allo scopo di assicurare adeguati livelli di evidenza, efficacia, ed efficienza nei vari trattamenti terapeutici (Cartabellotta et al. 1996; Antiseri, 2007).

David Sackett precisa, perciò, che *"la EBM costituisce un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente"* (Sackett et al., 1996). Il dovere di attenersi alle prove di efficacia non riguarda solo la medicina, bensì tutte le scienze che si occupano della salute e degli interventi sulla malattia; di qui l'EBP – *Evidence-Based Pratice* (Hamer e Collinson, 2002).

Quotidianamente, l'infermiere assume, insieme ad altre figure professionali, scelte che incidono, direttamente e in misura rilevante, sul benessere del paziente (Raffaerty e Traynor, 2013).

È spontaneo chiedersi: su quali criteri si basano le sue scelte? sono utili all'assistito? sono le migliori conosciute o esistono alternative valide? (Liberati e Garattini, 2008). Per una risposta sistematica si realizza la EBN – *Evidence-Based Nursing* (Pisacane e Panico, 2013), nel Centro Studi italiano a Bologna.

LA PRATICA CLINICA INFERMIERISTICA, LE LINEE GUIDA

L'art 3.1 del Codice Deontologico dell'infermiere recita: *"L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze valide e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci"*.

Il comma 1° dell'art.1 del D.M. 14 settembre 1994, n.739, *"Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere"*, attribuisce all'infermiere una responsabilità piena per quanto riguarda l'assistenza generale infermieristica, dalla raccolta dei dati alla identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, alla pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico e, quindi, il processo messo in atto dall'infermiere come risposta a un bisogno specifico (commi 2°e 3°).

Il principio della responsabilità autonoma rifiuta le prassi non ancorate a prove di efficacia e si esplica nell'approccio sistematico ai problemi, alle decisioni e ai comportamenti clinici, che si ottiene mediante la formazione continua per la crescita della professionalità e adottando le linee guida quali *"raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i professionisti della salute e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche"* (PNLG, 2004). Le linee guida sono formulate sulle eviden-

BIBLIOGRAFIA

(9) Chiari P. et al., 2016 *Come gli infermieri aggiornano le proprie conoscenze: indagine in tre ospedali del nord Italia*. Assistenza infermieristica e ricerca, 29-3, 124-131.

(10) Di Censo et al., 2000 *Evidence-Based Nursing*: past, present, and future *Evid Based Nurs* 3:7- 8.

(11) Di Censo A., Cullum N. Ciliska D., 2008 Implementing evidence Based nursing: some misconpenception. *Evidence Based Nursing*. 1: 36-40.

(12) Di Censo A., Bayley L., Haynes R.B., 2009 Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evid Based Nurs* 12: 99-101.

(13) Duff L., 2012 *Linee guida cliniche. Strategie di implementazione*, McGraw Hill, Milano.

(14) Guyatt, G.H., et al., 2008 GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336: 924.

(15) Hamer S., Collinson G., 2002 *Evidence-Based practice*, McGraw-Hill, Milano.

(17) Liberati A. Garattini S., 2008 *Cenni storici ed evoluzione dell'Evidence-Based practice*. Università telematica Pegaso.

(18) Majid S., Foo S., Luyt B., Zhang X., Leng T.Y., Yun-Ke C., Mokhtar I.A., 2011 Perceptions of nurses of evidence-based practice (EBP) questionnaire *J Med Libr Assoc*. Jul; 99(3).

(19) Moiset C., Vanzetta M., Valicella F., 2003 *Misurare l'assistenza*, McGraw Hill, Milano.

(20) Morse J., Richards L., 2008 *Fare ricerca qualitativa: prima guida*. Franco Angeli, Milano.

(21) Pagliaro L., 2006 *Medicina basata sulle evidenze: l'uso della letteratura scientifica nella medicina clinica*. Il Pensiero scientifico editore, Roma, 88-171.

(22) Pisacane A., Panico S., 2013 *Evidence-Based Nursing. Manuale per infermieri e altri operatori della sanità*. Carocci Editore, Roma.

BIBLIOGRAFIA

(23) PNLG – Piano Nazionale per le Linee Guida, 2004 *Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica. Manuale metodologico.* ISS, Roma.

(24) Raffaerty A.M., Traynor M., 2013Research in nursing, midwifery and the allied healt professions. *Britsh medical journal*; 883-4.

(25) Romani S, Forni C. 2010 Conoscenze, atteggiamenti e barriere all'implementazione dell'Evidence Based Practice: indagine descrittiva. nell'Azienda USL di Reggio Emilia. *L'Infermiere*, 47-4, 23-2.

(26) Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS, 1996 Evidence based medicine: what it is and what it isn't, in *BMJ*, vol. 312, nº 7023, pp. 71–2.

(27) Santullo A., 2004 *L'infermiere e le innovazioni in sanità*. McGraw Hill, Milano.

(28) *Timmermans S, Mauck A*, 2005 The promises and pitfalls of evidence-based medicine, *in Health Aff (Millwood), vol. 24, nº 1, pp. 18–28.*

ze attualmente disponibili, dichiarandone anche il livello scientifico riscontrato e la forza delle raccomandazioni conseguenti. Il processo decisionale per produrre le linee guida adotta diversi metodi, che vanno resi espliciti.
Tra di essi:

- il metodo della RAND Corporation, basato sulla scelta dicotomica giusto/sbagliato per la valutazione di specifiche procedure diagnostiche o terapeutiche (Di Censo et al., 2009);
- la *Consensus Conference*, attraverso cui un gruppo di esperti, strutturato nella composizione e nelle regole procedurali, si ritrovano per analizzare un problema e raggiungere un accordo nel merito (Duff, 2012; Santullo, 2004; Casati et al., 2005; Benjamin, 2008);
- il metodo *Delphi*, con cui ai partecipanti, in due tornate, vengono inviati dei questionari sui quali, senza incontrarsi, esprimono la propria opinione attraverso una griglia graduata da 1 a 9, dove 1 corrisponde al non accordo rispetto quanto espresso nella raccomandazione e 9 corrisponde al massimo accordo (Morse e Richards, 2008);
- la Tecnica del Gruppo Nominale, ideata da Delbecq e Van de Ven nel 1971, nella quale i partecipanti, dopo una prima esposizione assembleare delle proprie opinioni, reiterano per iscritto la propria idea in privato (Baldacci e Frabboni, 2013);
- il metodo GRADE, che articola un processo per fasi rigorosamente definite: definizione del quesito clinico, individuazione di tutti gli *outcomes* relativi e valutazione della loro importanza, ricerca dei dati sugli effetti positivi o negativi dei diversi interventi, sintesi delle prove per singolo *outcome* ritenuto "essenziale" o "importante", valutazione della qualità delle prove per ciascun *outcome*; bilancio tra benefici e danni attribuibili all'intervento, definizione della forza della raccomandazione, formulazione della raccomandazione, implementazione e verifica di impatto (Atkins, 2005; Guyatt et al., 2008).

EBN, CONOSCENZA E USO

Qual è il grado di conoscenza degli infermieri sull'EBN? La risposta degli studi in letteratura è ampia e non priva di contraddizioni, per cui si riferiscono solo pochi studi, a titolo esemplificativo Per un verso, appare l'insufficiente preparazione degli infermieri sull'EBN: in una ricerca condotta dall'Università di Bologna, è stato somministrato loro un questionario con domande chiuse al personale di tre ospedali del nord Italia, da cui si evince che la maggior parte degli infermieri conta più sulle proprie esperienze e sulle informazioni ottenute dai protocolli e linee guida.
Solo una piccola percentuale, che ha frequentato corsi di ricerca o di EBP, continua ad aggiornarsi più frequentemente attraverso articoli pubblicati in riviste infermieristiche (Chiari, 2010).
Per altro verso, i risultati sono incoraggianti: Di Censo (2000) commenta uno studio condotto a West Auckland, in Nuova Zelanda, su infermieri che operano nella medicina generale, rilevando che l'atteggiamento, le conoscenze e le competenze verso l'EBN sono stati fattori importanti per determinare l'efficacia degli interventi.

Molti intervistati rappresentano difficoltà nell'adozione dell'EBM: Bonner (2008) rileva che tutti gli infermieri, a prescindere dalla posizione, dicono di incontrare ostacoli alla realizzazione di ricerche; Romani e Forni (2010)

individuano barriere e facilitatori per l'adozione dell'EBN: barriere organizzative, quali la mancanza di tempo e di risorse, e facilitatori quali l'opportunità di apprendimento, la disponibilità e la semplificazione nell'utilizzo delle risorse.

LA PERCEZIONE DELL'EBP, LA NOSTRA INDAGINE

Il campione

Il campione preso in considerazione è composto da 95 infermieri, occupati in presidi ospedalieri del Lazio sud e di Napoli, con le seguenti caratteristiche demografiche: 58% uomini e 42% donne; età tra i 25 e i 35 anni per il 42%, tra i 36 e i 45 anni per il 32%, tra i 46 e i 55 anni per il 15% e > 55 anni per l'11%; titolo di studio parimenti diviso tra diploma universitario e laurea (ciascuno per il 42%), seguito da master in infermieristica di I° livello (10,5%) e di 2° livello (5,5%); anzianità di servizio fino a 5 anni per il 21%, tra 5 e 10 anni per il 26%, tra 11 e 15 anni per il 16% e > 15 anni per il 37%. Sono state interessate le Divisioni di Medicina, Chirurgia, Rianimazione, Ortopedia, Nefrologia e Dialisi.

Il metodo

È stato consegnato per auto-somministrazione il *"Perceptions of nurses of evidence-based practice (EBP) questionnaire"* di Majid et al. (2011), tradotto in italiano, composto da 15 domande a risposta multipla, di cui 6 recanti l'indicazione dei dati demografici, 6 relative alla conoscenza e alle attitudini riguardo l'EBP e 3 relative all'utilizzo delle risorse informatiche e dei metodi di ricerca in letteratura.
Le 6 affermazioni sull'EBP richiedono risposta su scala Likert a 5 passi di "importanza", comprendenti "Per nulla– Poco – Moderatamente – Abbastanza – Molto"; le 3 affermazioni sull'uso dell'informatica richiedono risposta su scala Likert a 5 passi, comprendenti "Mai – Raramente – Qualche volta – Spesso – Sempre".

I risultati

Il campione riferisce di aver frequentato un corso sull'EBP per l'82% e ne fornisce per il 90% una corretta definizione quale strumento da *"utilizzare nella pratica clinica le migliori prove di efficacia in associazione con il giudizio clinico"*, ma trova l'impegno dell'aggiornamento non del tutto compatibile con il carico di lavoro per il 42%, (mentre il 21 % esprime neutralità) e considera l'EBP di limitata utilità per il 32% (mentre il 16% esprime neutralità), così che il 37% preferisce adottare i metodi tradizionali nella pratica clinica, affiancato da un 21% che si tiene neutrale.
Ciononostante, si dichiara capace, da moderatamente a completamente, di eseguire le attività tipiche dell'EBP: identificare i problemi (90%), tradurre un quesito clinico in una domanda ben formata (84%), eseguire ricerche su internet (89%), mettere in relazione i risultati di una ricerca effettuata con la pratica clinica e sottolineare analogie

e differenze (79%), usare una *check* list per valutare gli articoli di ricerca (74%), leggere un rapporto di ricerca ed avere una nozione generale circa la sua forza o debolezza (69%), applicare un intervento basato sull'evidenza più applicabile (74%), valutare l'applicazione dell'intervento ed identificare le aree di miglioramento (79%).

Al netto delle risposte non definite, tra le barriere che hanno, in qualche modo, ostacolato l'utilizzo dell'EBP, sono indicate: la difficoltà di comprensione dei termini utilizzati negli articoli di ricerca (58%), l'incapacità di comprendere i termini statistici utilizzati negli articoli di ricerca (53%), la difficoltà nel giudicare la qualità degli articoli di ricerca (37%), l'incapacità di interpretare correttamente i risultati degli studi di ricerca (32%), la difficoltà nel determinare l'applicabilità ai risultati della ricerca (37%), l'incapacità di utilizzare per la pratica clinica le raccomandazioni degli studi di ricerca (32%), la difficoltà nel ricavare il tempo necessario durante le ore lavorative per la lettura e ricerca di articoli e rapporti (74%), l'orario di lavoro insufficiente per la realizzazione di modifiche nella pratica corrente (58%), le risorse (materiali e attrezzature) insufficienti per attuare l'EBP (64%).

Per contro, tra i facilitatori sono elencati: i colleghi infermieri che abbracciano l'EBP (79%), la gestione infermieristica basata sull'EBP (79%), un adeguato training nell'EBP (68%), dare del tempo necessario per condurre l'EBP (84%), l'accesso ad un sistema di letteratura comprensibile (74%), il tutoraggio da infermieri che dispongono di adeguata esperienza sull'EBP (63%).
Circa le fonti di aggiornamento, il 53% riferisce di fare riferimento più frequentemente ai manuali, il 26% ad articoli di giornale, il 31% a riviste, il 32% a notiziari di ospedali e aziende sanitarie, il 47% a materiale bibliografico specifico, l'85% a risorse di internet, il 37% a siti sull'EBP, il 90% a colleghi e medici prossimi. Nel caso di ricerca EBP, è riferita una modalità di ricerca anche avanzata (53%), ma con scarso impiego di operatori booleani (5-10%), dato che gran parte dichiara di non conoscerne l'uso (60%).

PER CONCLUDERE

Perché l'infermiere eserciti appieno la responsabilità assistenziale professionale, è necessario che orienti il suo agire in base alle evidenze della ricerca, integrandole con l'esperienza clinica, per ottenere i migliori trattamenti di natura preventiva, curativa, educativa e riabilitativa (Bonaldi, Focarile e Torreggiani, 1998; Moiset, Vanzetta e Vallicella, 2003). Nelle risposte al questionario, verosimilmente, il campione di infermieri può aver formulato valutazioni lusinghiere sulla effettiva esecuzione delle attività di EBP, se si confronta questa con la dichiarazione delle numerose barriere incontrate. Sono, comunque, preziosi gli spunti che provengono dall'indagine e che possono essere sintetizzati in alcune raccomandazioni:

- il modello/metodo dell'EBP non può essere lasciato all'interesse e all'esercizio del singolo;
- in quanto utile/necessario per la mission sanitaria, deve essere patrocinato e facilitato dall'organizzazione, mediante risorse, materiali e training di aggiornamento;
- deve essere quasi "indotto" come modulo sistematico di formazione sul campo, secondo i nuovi stili dell'educazione adulta, blended e learning community, avvalendosi della competenza di colleghi, infermieri e medici, già preparati e di modalità di lavoro tra pari.

La nuova legge sulla responsabilità professionale

a cura della REDAZIONE

È durata quasi quindici anni l'attesa di nuove regole sulla responsabilità: Il Ddl "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" è finalmente legge.

SULLA LEGGE, ALCUNE CONSIDERAZIONI

"È una legge importantissima", così ha accolto il completamento dell'iter parlamentare sulla responsabilità professionale la nostra Presidente nazionale Barbara Mangiacavalli.
"Lo è", continua, "perché innanzitutto ristabilisce un percorso in cui non saranno più avvocati e tribunali la "guida" dei pazienti, ma una ritrovata serenità nel loro rapporto i professionisti sanitari, definendo con chiarezza quando i professionisti non sono imputabili per colpa grave e come vanno risolte le controversie". "Ma lo è anche perché riconosce l'assoluta trasversalità della rilevanza dei compiti e delle azioni di tutte le professioni impegnate nell'assistenza e per soddisfare i bisogni dei pazienti."

"Un disposto normativo", spiega la Presidente, "che ha accolto nella sua declinazione alcuni principi che la Federazione nazionale aveva richiesto di considerare durante l'iter di approvazione. Due in particolare; il primo è che le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida a cui tutti dovranno attenersi per non incorrere nei profili della responsabilità, saranno messe a punto dalle istituzioni, dalle società scientifiche, ma anche dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie.

Il secondo è che l'autorità giudiziaria dovrà affidare sempre la consulenza e la perizia a un collegio costituito da un medico specializzato in medicina legale, ma anche a uno o più specialisti con specifica e pratica conoscenza dell'oggetto del procedimento. E ci si riferisce esplicitamente a tutte le professioni sanitarie che quindi potranno far parte a tutti gli effetti dei Ctu".

ALCUNE NOVITÀ

Vengono introdotti l'assicurazione obbligatoria e il tentativo anch'esso obbligatorio di conciliazione, i limiti alla rivalsa e il meccanismo di trasparenza degli atti sanitari. È previsto che al difensore civico sia attribuita la funzione di garante del diritto alla salute, che questo sia interpellabile direttamente dai pazienti.

Ancora, si devono istituire i centri regionali per la gestione del rischio sanitario in cui sono raccolti i dati delle strutture sugli errori pe convogliarli all'Osservatorio nazionale sulla sicurezza in sanità che sarà istituito all'Agenas.
Non è citabile per colpa grave il sanitario se chiede il consenso informato del paziente e segue le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida.

PER APPROFONDIRE

2 maggio

dalle 14.30 alle 17.30
presso il centro formativo
dei Camilliani
(Via Astico 2 Verona)

RELATORE: Dr Luca Benci
esperto di diritto
delle professioni sanitarie

INSERTO SPECIALE

Leggi il testo integrale del Ddl
"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure
e della persona assistita, nonché in materia
di responsabilità professionale
degli esercenti le professioni sanitarie"

N. **259-262-1312-1324-1581-1769-1902-2155-B**

CAMERA DEI DEPUTATI

PROPOSTA DI LEGGE

APPROVATA, IN UN TESTO UNIFICATO, DALLA CAMERA DEI DEPUTATI

il 28 gennaio 2016 (v. stampato Senato n. 2224)

MODIFICATA DAL SENATO DELLA REPUBBLICA

l'11 gennaio 2017

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

FUCCI; FUCCI; GRILLO, CECCONI, DALL'OSSO, DI VITA, LOREFICE, MANTERO, BARONI, SILVIA GIORDANO; CALABRÒ, FUCCI, ELVIRA SAVINO; VARGIU, BINETTI, GIGLI, MONCHIERO; MIOTTO, LENZI, AMATO, BELLANOVA, BENI, PAOLA BRAGANTINI, BURTONE, CAPONE, CARNEVALI, CASATI, D'INCECCO, FOSSATI, GELLI, IORI, MURER, PATRIARCA, PICCIONE, SBROLLINI; MONCHIERO, RABINO, OLIARO, BINETTI, MATARRESE, GIGLI; FORMISANO

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

Trasmessa dal Presidente del Senato della Repubblica il 12 gennaio 2017

TESTO APPROVATO DALLA CAMERA DEI DEPUTATI	TESTO MODIFICATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA
Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario.	**Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.**
ART. 1.	ART. 1.
(Sicurezza delle cure in sanità).	*(Sicurezza delle cure in sanità).*
1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.	1. *Identico.*
2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.	2. *Identico.*
3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle aziende sanitarie pubbliche è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.	3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle **strutture** sanitarie **e sociosanitarie**, pubbliche **e private**, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.
ART. 2.	ART. 2.
(Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente).	*(Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente).*
1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono affidare all'ufficio del Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute e disciplinarne la struttura organizzativa, **che preveda la rappresentanza delle associazioni dei pazienti** e il supporto tecnico.	1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono affidare all'ufficio del Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute e disciplinarne la struttura organizzativa e il supporto tecnico.

2. Il Difensore civico, nella sua funzione di garante per il diritto alla salute, può essere adito gratuitamente da ciascun soggetto destinatario di prestazioni sanitarie, direttamente o mediante un proprio delegato, per la segnalazione di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria.	2. Il Difensore civico, nella sua funzione di garante per il diritto alla salute, può essere adito gratuitamente da ciascun soggetto destinatario di prestazioni sanitarie, direttamente o mediante un proprio delegato, per la segnalazione di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria **e sociosanitaria.**
3. Il Difensore civico acquisisce, anche digitalmente, gli atti relativi alla segnalazione pervenuta e, qualora abbia verificato la fondatezza della segnalazione, interviene a tutela del diritto leso con i poteri e le modalità stabiliti dalla legislazione regionale.	3. *Identico.*
4. In ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie i dati regionali sugli errori sanitari e sul contenzioso e li trasmette all'Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3.	4. In ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie **dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private** i dati regionali **sui rischi ed eventi avversi** e sul contenzioso e li trasmette **annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale**, all'Osservatorio nazionale **delle buone pratiche** sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3.
	5. All'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è aggiunta, in fine, la seguente lettera:
	« *d-bis*) predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito *internet* della struttura sanitaria ».
ART. 3.	ART. 3.
(Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità).	*(Osservatorio nazionale **delle buone pratiche** sulla sicurezza nella sanità).*
1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in	1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in

sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità, di seguito denominato « Osservatorio ».

2. L'Osservatorio acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, i dati regionali relativi agli errori sanitari nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso e individua idonee misure anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche, di linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

3. Il Ministro della salute trasmette annualmente alle Camere una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

4. L'Osservatorio, nell'esercizio delle sue funzioni, si avvale anche del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), istituito con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 11 dicembre 2009, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 8 del 12 gennaio 2010.

ART. 4.

(Trasparenza dei dati).

1. Le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private sono soggette all'obbligo di trasparenza, nel rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

2. Entro trenta giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli aventi

sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Osservatorio nazionale **delle buone pratiche** sulla sicurezza nella sanità, di seguito denominato « Osservatorio ».

2. L'Osservatorio acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, i dati regionali relativi **ai rischi ed eventi avversi** nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso **e**, anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche **e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie di cui all'articolo 5**, di linee di indirizzo, individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario **e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure** nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

3. *Identico.*

4. *Identico.*

ART. 4.

(Trasparenza dei dati).

1. *Identico.*

2. La direzione sanitaria della struttura **pubblica o privata,** entro **sette** giorni dalla

diritto, la direzione sanitaria della struttura fornisce la documentazione clinica relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico.

3. Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono **altresì** disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito *internet*, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario *(risk management)* di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dall'articolo 16 della presente legge.

ART. 5.

(Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida).

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie

presentazione della richiesta da parte degli **interessati** aventi diritto, **in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi e a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196,** fornisce la documentazione **sanitaria disponibile** relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico; **le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della suddetta richiesta. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture sanitarie pubbliche e private adeguano i regolamenti interni adottati in attuazione della legge 7 agosto 1990, n. 241, alle disposizioni del presente comma.**

3. Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito *internet*, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario *(risk management)* di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato **dagli articoli 2 e** 16 della presente legge.

4. All'articolo 37 del regolamento di polizia mortuaria, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, dopo il comma 2 è inserito il seguente:

« *2-bis.* I familiari o gli altri aventi titolo del deceduto possono concordare con il direttore sanitario o sociosanitario l'esecuzione del riscontro diagnostico, sia nel caso di decesso ospedaliero che in altro luogo, e possono disporre la presenza di un medico di loro fiducia ».

ART. 5.

(Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida).

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie

con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative e riabilitative, si attengono, salve le specificità del caso concreto, **alle buone pratiche clinico-assistenziali e** alle raccomandazioni previste dalle linee guida elaborate dalle società scientifiche iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Ai fini della presente legge, le linee guida sono inserite nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) e pubblicate nel sito *internet* dell'Istituto superiore di sanità.

con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative **e di medicina legale**, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida **pubblicate ai sensi del comma 3 ed** elaborate **da enti e istituzioni pubblici e privati nonché** dalle società scientifiche **e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie** iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro **novanta** giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, **e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.**

2. Nel regolamentare l'iscrizione in apposito elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche di cui al comma 1, il decreto del Ministro della salute stabilisce:

***a)* i requisiti minimi di rappresentatività sul territorio nazionale;**

***b)* la costituzione mediante atto pubblico e le garanzie da prevedere nello statuto in riferimento al libero accesso dei professionisti aventi titolo e alla loro partecipazione alle decisioni, all'autonomia e all'indipendenza, all'assenza di scopo di lucro, alla pubblicazione nel sito istituzionale dei bilanci preventivi, dei consuntivi e degli incarichi retribuiti, alla dichiarazione e regolazione dei conflitti di interesse e all'individuazione di sistemi di verifica e controllo della qualità della produzione tecnico-scientifica;**

***c)* le procedure di iscrizione all'elenco nonché le verifiche sul mantenimento dei requisiti e le modalità di sospensione o cancellazione dallo stesso.**

3. Le linee guida **e gli aggiornamenti delle stesse elaborati dai soggetti di cui al comma 1** sono **integrati** nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), **il quale è disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute, da emanare, previa intesa in sede di Confe-**

renza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 28, secondo periodo, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. L'Istituto superiore di sanità pubblica nel proprio sito *internet* le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità della metodologia adottata a *standard* definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.

4. Le attività di cui al comma 3 sono svolte nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali già disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

ART. 6.

(Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria).

1. Dopo l'articolo 590-*bis* del codice penale è inserito il seguente:

« ART. 590-*ter*. – *(Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario)*. – L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di cui agli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave.

Agli effetti di quanto previsto dal primo comma, è esclusa la colpa grave quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ».

ART. 6.

(Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria).

1. Dopo l'articolo **590-*quinquies*** del codice penale è inserito il seguente:

« ART. **590-*sexies*.** – (*Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario*). – **Se i fatti di cui agli** articoli 589 e 590 **sono commessi nell'esercizio della** professione sanitaria, **si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.**

Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge **ovvero, in mancanza di queste**, le buone pratiche clinico-assistenziali, **sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle** specificità del caso concreto ».

2. All'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il comma 1 è abrogato.

ART. 7.

(Responsabilità della struttura e dell'esercente la professione sanitaria ***per inadempimento della prestazione sanitaria****).*

1. La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile.

ART. 7.

(Responsabilità ***civile*** *della struttura e dell'esercente la professione sanitaria).*

1. *Identico.*

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria **ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica** ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, **salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590-*sexies* del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge.**

4. Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attività di cui al presente articolo.

5. Le disposizioni del presente articolo costituiscono norme imperative ai sensi del codice civile.

ART. 8.

(Tentativo obbligatorio di conciliazione).

1. Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente.

2. La presentazione del ricorso di cui al comma 1 costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento. In tali casi non trova applicazione l'articolo 5, comma 1-*bis*, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, né l'articolo 3 del decreto-legge 12 settembre 2014, n. 132, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 novembre 2014, n. 162. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice, ove rilevi che il procedimento di cui all'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile non è stato espletato ovvero che è iniziato ma non si è concluso, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione dinanzi a sé dell'istanza di consulenza tecnica in via preventiva ovvero di completamento del procedimento.

3. Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al

ART. 8.

(Tentativo obbligatorio di conciliazione).

1. Chi intende esercitare un'azione **innanzi al giudice civile** relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente.

2. La presentazione del ricorso di cui al comma 1 costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento. **È fatta salva la possibilità di esperire in alternativa il procedimento di mediazione ai sensi dell'**articolo 5, comma 1-*bis*, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28. In tali casi non trova **invece** applicazione l'articolo 3 del decreto-legge 12 settembre 2014, n. 132, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 novembre 2014, n. 162. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice, ove rilevi che il procedimento di cui all'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile non è stato espletato ovvero che è iniziato ma non si è concluso, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione dinanzi a sé dell'istanza di consulenza tecnica in via preventiva ovvero di completamento del procedimento.

3. *Identico.*

comma 1, il ricorso di cui all'articolo 702-*bis* del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di comparizione delle parti; si applicano gli articoli 702-*bis* e seguenti del codice di procedura civile.

4. La partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo di cui al presente articolo è obbligatoria per tutte le parti, comprese le imprese di assicurazione di cui all'articolo 10, **e per tutta la durata del procedimento**. In caso di mancata partecipazione, il giudice, con il provvedimento che definisce il giudizio, condanna le parti che non hanno partecipato al pagamento delle spese di consulenza e di lite, indipendentemente dall'esito del giudizio, oltre che ad una pena pecuniaria, determinata equitativamente, in favore della parte che è comparsa alla conciliazione.

ART. 9.

(Azione di rivalsa).

1. L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.

2. Se il danneggiato, nel giudizio di risarcimento del danno, non ha convenuto anche l'esercente la professione sanitaria, l'azione di rivalsa nei confronti di quest'ultimo può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudi-

4. La partecipazione al procedimento di **consulenza tecnica preventiva** di cui al presente articolo, **effettuato secondo il disposto dell'articolo 15 della presente legge,** è obbligatoria per tutte le parti, comprese le imprese di assicurazione di cui all'articolo 10, **che hanno l'obbligo di formulare l'offerta di risarcimento del danno ovvero comunicare i motivi per cui ritengono di non formularla. In caso di sentenza a favore del danneggiato, quando l'impresa di assicurazione non ha formulato l'offerta di risarcimento nell'ambito del procedimento di consulenza tecnica preventiva di cui ai commi precedenti, il giudice trasmette copia della sentenza all'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) per gli adempimenti di propria competenza.** In caso di mancata partecipazione, il giudice, con il provvedimento che definisce il giudizio, condanna le parti che non hanno partecipato al pagamento delle spese di consulenza e di lite, indipendentemente dall'esito del giudizio, oltre che ad una pena pecuniaria, determinata equitativamente, in favore della parte che è comparsa alla conciliazione.

ART. 9.

(Azione di rivalsa ***o di responsabilità amministrativa****).*

1. *Identico.*

2. Se l'esercente la professione sanitaria **non è stato parte del** giudizio **o della procedura stragiudiziale** di risarcimento del danno, l'azione di rivalsa nei **suoi** confronti può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o

ziale ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un anno dal passaggio in giudicato del titolo sulla base del quale è avvenuto il pagamento ovvero dal pagamento in caso di risarcimento avvenuto sulla base di un titolo stragiudiziale.

3. La decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria o sociosanitaria o contro l'impresa di assicurazione non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio.

4. In nessun caso la transazione è opponibile all'esercente la professione sanitaria nel giudizio di rivalsa.

5. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 7 deve essere esercitata dinanzi al giudice ordinario ed è esclusa la giurisdizione della Corte dei conti. La misura della rivalsa, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di rivalsa, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti né può partecipare a pubblici concorsi per incarichi superiori.

stragiudiziale ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un anno **dall'avvenuto pagamento**.

3. *Identico.*

4. *Identico.*

5. In caso di accoglimento della domanda **di risarcimento** proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 7, **o dell'esercente la professione sanitaria, ai sensi del comma 3 del medesimo articolo 7, l'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti. Ai fini della quantificazione del danno, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 1-*bis*, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, e dall'articolo 52, secondo comma, del testo unico di cui al regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214, si tiene conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato. L'importo della condanna per la responsabilità amministrativa e della surrogazione di cui all'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo.** Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di **risarcimento proposta dal**

6. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata, la misura della rivalsa, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua.

7. Nel giudizio di rivalsa il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria o dell'impresa di assicurazione.

ART. 10.

(Obbligo di assicurazione).

1. Le aziende del Servizio sanitario nazionale, le strutture e gli enti privati operanti in regime autonomo o di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi devono essere provvisti di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso **danneggiato**, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti **e il giudicato costituisce oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei** pubblici concorsi per incarichi superiori.

6. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata **o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura,** la misura della rivalsa **e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, ai sensi dell'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento,** in caso di colpa grave, non **possono** superare una somma pari al **valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la** retribuzione lorda**, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il** triplo**. Il limite alla misura della rivalsa, di cui al periodo precedente, non si applica nei confronti degli esercenti la professione sanitaria di cui all'articolo 10, comma 2.**

7. Nel giudizio di rivalsa **e in quello di responsabilità amministrativa** il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria o dell'impresa di assicurazione **se l'esercente la professione sanitaria ne è stato parte**.

ART. 10.

(Obbligo di assicurazione).

1. Le **strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private** devono essere **provviste** di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-*bis*, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito,

terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-*bis*, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso l'azienda, la struttura o l'ente. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina.

2. Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di un'azienda, struttura o ente di cui al comma 1 del presente articolo resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera *e)*, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, all'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e all'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

3. Al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa di cui all'articolo 9, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in aziende del Servizio sanitario nazionale, in strutture o in enti privati provvede alla stipula, con con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, **anche** per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso **le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica**. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria **ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale** nonché attraverso la telemedicina. **Le strutture di cui al primo periodo stipulano, altresì, polizze assicurative o adottano altre analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 7, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9. Le disposizioni di cui al periodo precedente non si applicano in relazione agli esercenti la professione sanitaria di cui al comma 2.**

2. Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di **una delle strutture** di cui al comma 1 del presente articolo **o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'articolo 7, comma 3,** resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera *e)*, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, all'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e all'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

3. Al fine di garantire efficacia **alle azioni** di cui all'articolo 9 **e all'articolo 12, comma 3**, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in **strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private** provvede alla stipula, con

oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione.

4. Le **aziende, le** strutture **e gli enti** di cui al comma 1 rendono nota, mediante pubblicazione nel proprio sito *internet*, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa.

5. Con decreto da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute, definisce i criteri e le modalità per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo esercitate dall'**Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS)** sulle imprese di assicurazione che intendano stipulare polizze con **le aziende,** le strutture **e gli enti** di cui al comma 1 e con gli esercenti la professione sanitaria.

6. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentiti l'IVASS, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei pazienti, sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie. Il medesimo decreto stabilisce i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio, richiamate dal comma 1; disciplina altresì le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione.

oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione **per colpa grave**.

4. Le strutture di cui al comma 1 rendono nota, mediante pubblicazione nel proprio sito *internet*, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa **della responsabilità civile verso i terzi e verso i prestatori d'opera di cui al comma 1**, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa.

5. Con decreto da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute, definisce i criteri e le modalità per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo esercitate dall'IVASS sulle imprese di assicurazione che intendano stipulare polizze con le strutture di cui al comma 1 e con gli esercenti la professione sanitaria.

6. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico, **da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge,** di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, **previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano,** sentiti l'IVASS, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), **le Associazioni nazionali rappresentative delle strutture private che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie,** la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela **dei cittadini e** dei pazienti, sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie **e sociosanitarie pubbliche o private** e per gli esercenti le

ART. 11.

(Estensione della garanzia assicurativa).

1. La garanzia assicurativa è estesa anche agli eventi accaduti durante la vigenza temporale della polizza e denunziati dall'assicurato nei cinque anni successivi alla scadenza del contratto assicurativo. Le imprese di assicurazione possono estendere l'operatività della garanzia assicurativa anche a eventi accaduti nei cinque anni antecedenti alla conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati alla professioni sanitarie**, prevedendo l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati**. Il medesimo decreto stabilisce i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio, richiamate dal comma 1; disciplina altresì le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione **nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati. A tali fondi si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 5 e 5-*bis*, del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67.**

7. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico da emanare, di concerto con il Ministro della salute e sentito l'IVASS, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuati i dati relativi alle polizze di assicurazione stipulate ai sensi dei commi 1 e 2, e alle altre analoghe misure adottate ai sensi dei commi 1 e 6 e sono stabiliti, altresì, le modalità e i termini per la comunicazione di tali dati da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e degli esercenti le professioni sanitarie all'Osservatorio. Il medesimo decreto stabilisce le modalità e i termini per l'accesso a tali dati.

ART. 11.

(Estensione della garanzia assicurativa).

1. La garanzia assicurativa **deve prevedere una operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza.** In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per

impresa durante la vigenza temporale della polizza. In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

ART. 12.

(Azione diretta del soggetto danneggiato).

1. Fatte salve le disposizioni dell'articolo 8, il soggetto danneggiato ha diritto di agire direttamente, entro i limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto di assicurazione, nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura assicurativa all'azienda, struttura o ente di cui al comma 1 dell'articolo 10 e all'esercente la professione sanitaria di cui al comma 2 del medesimo articolo 10.

2. Non sono opponibili al danneggiato, per l'intero massimale di polizza, eccezioni derivanti dal contratto diverse da quelle stabilite dal decreto che definisce i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie di cui all'articolo 10, comma 6.

3. L'impresa di assicurazione ha diritto di rivalsa verso l'assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione.

4. Nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'azienda, struttura o ente a norma del comma 1 è litisconsorte necessario **l'azienda**, la struttura **o l'ente** medesimo; nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'esercente la professione sanitaria a norma del comma 1 è litisconsorte neces-

le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di **efficacia della polizza, incluso il periodo di retroattività della copertura**. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

ART. 12.

(Azione diretta del soggetto danneggiato).

1. Fatte salve le disposizioni dell'articolo 8, il soggetto danneggiato ha diritto di agire direttamente, entro i limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto di assicurazione, nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura assicurativa **alle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private** di cui al comma 1 dell'articolo 10 e all'esercente la professione sanitaria di cui al comma 2 del medesimo articolo 10.

2. Non sono opponibili al danneggiato, per l'intero massimale di polizza, eccezioni derivanti dal contratto diverse da quelle stabilite dal decreto di cui all'articolo 10, comma 6, che definisce i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie **e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'articolo 10, comma 2.**

3. L'impresa di assicurazione ha diritto di rivalsa verso l'assicurato **nel rispetto dei requisiti minimi, non derogabili contrattualmente, stabiliti dal decreto di cui all'articolo 10, comma 6.**

4. Nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione **della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata** a norma del comma 1 è litisconsorte necessario la struttura **medesima**; nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'esercente la professione sanitaria a norma del comma 1 è litiscon-

sario l'esercente la professione sanitaria. L'impresa di assicurazione ha diritto di accesso alla documentazione della struttura **sanitaria** relativa ai fatti dedotti in ogni fase della trattazione del sinistro.

5. L'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione è soggetta al termine di prescrizione pari a quello dell'azione verso l'azienda sanitaria, la struttura, l'ente assicurato o l'esercente la professione sanitaria.

6. Le disposizioni del presente articolo si applicano a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 6 dell'articolo 10 con il quale sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie.

ART. 13.

(Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità).

1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio.

sorte necessario l'esercente la professione sanitaria. L'impresa di assicurazione, **l'esercente la professione sanitaria e il danneggiato hanno** diritto di accesso alla documentazione della struttura relativa ai fatti dedotti in ogni fase della trattazione del sinistro.

5. L'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione è soggetta al termine di prescrizione pari a quello dell'azione verso **la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata** o l'esercente la professione sanitaria.

6. Le disposizioni del presente articolo si applicano a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 6 dell'articolo 10 con il quale sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie **e sociosanitarie** e per gli esercenti le professioni sanitarie.

ART. 13.

(Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità).

1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. **Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione entro dieci giorni comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte. L'omissione, la tardività o**

ART. 14.

(Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria).

Vedi il comma 1

1. Con regolamento adottato con decreto del Ministro dello sviluppo economico, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e le rappresentanze delle imprese di assicurazione, è istituito il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria. Il decreto di cui all'articolo 10, comma 6, prevede che il massimale minimo sia rideterminato in relazione all'andamento del Fondo per le ipotesi di cui alla lettera *a)* del comma 2 del presente articolo.

Vedi il comma 4

l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.

ART. 14.

(Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria).

1. È istituito, **nello stato di previsione del Ministero della salute,** il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria. **Il Fondo di garanzia è alimentato dal versamento di un contributo annuale dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria. A tal fine il predetto contributo è versato all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnato al Fondo di garanzia. Il Ministero della salute con apposita convenzione affida alla Concessionaria servizi assicurativi pubblici (CONSAP) Spa la gestione delle risorse del Fondo di garanzia.**

2. Con regolamento adottato con decreto del **Ministro della salute**, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con il **Ministro dello sviluppo economico e con il Ministro** dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e le rappresentanze delle imprese di assicurazione, **sono definiti:**

a) **la misura del** contributo **dovuto** dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria;

b) **le modalità di versamento del contributo di cui alla lettera *a)*;**

Vedi il comma 7

2. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1, **istituito presso la Concessionaria servizi assicurativi pubblici (CONSAP) Spa**, risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei seguenti casi:

a) qualora il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti di assicurazione stipulati dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria;

b) qualora la struttura sanitaria ovvero l'esercente la professione sanitaria risultino assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta amministrativa o vi venga posta successivamente.

3. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 provvede al risarcimento del danno nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie **del Fondo stesso**.

4. Le imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria sono tenute a versare annualmente alla gestione autonoma del Fondo di garanzia di cui al comma 1 presso la CONSAP Spa, con le modalità stabilite dal decreto di cui al medesimo comma 1, un contributo da determinare in una percentuale del premio incassato per ciascun contratto relativo alle predette assicurazioni.

5. La misura del contributo di cui al comma 4 è **determinata e** aggiornata con cadenza annuale, con regolamento da adottare secondo la procedura di cui al comma 1.

c) **i princìpi cui dovrà uniformarsi la convenzione tra il Ministero della salute e la CONSAP Spa;**

d) le modalità di intervento, il funzionamento e il regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro.

Vedi il comma 7

3. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 **concorre** al risarcimento del danno nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie.

Vedi il comma 2, lettera a).

4. La misura del contributo di cui al comma **2, lettera *a)*,** è aggiornata **annualmente con apposito decreto del Ministro della salute,** da adottare **di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e con il Ministro dell'economia e delle finanze, in relazione alle effettive esigenze della gestione del Fondo di garanzia.**

6. Per la determinazione del contributo di cui al comma 4, la CONSAP Spa trasmette ogni anno al Ministero dello sviluppo economico un rendiconto della gestione autonoma del Fondo di garanzia di cui al comma 1, riferito all'anno precedente, secondo le disposizioni stabilite dal regolamento di cui al comma 1.

7. Con il regolamento di cui al comma 1 sono disciplinati, altresì, il funzionamento, le modalità di intervento e il regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro.

Vedi il comma 2

5. Ai fini della rideterminazione del contributo di cui al **comma 2, lettera *a)***, la CONSAP Spa trasmette ogni anno al **Ministero della salute e al** Ministero dello sviluppo economico un rendiconto della gestione del Fondo di garanzia di cui al comma 1, riferito all'anno precedente, secondo le disposizioni stabilite dal regolamento di cui al comma 2.

Vedi il comma 2, lettera d)

6. Gli oneri per l'istruttoria e la gestione delle richieste di risarcimento sono posti a carico del Fondo di garanzia di cui al comma 1.

7. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei seguenti casi:

a) qualora il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti di assicurazione stipulati dalla struttura sanitaria **o sociosanitaria pubblica o privata** ovvero dall'esercente la professione sanitaria **ai sensi del decreto di cui all'articolo 10, comma 6;**

b) qualora la struttura sanitaria **o sociosanitaria pubblica o privata** ovvero l'esercente la professione sanitaria risultino assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta amministrativa o vi venga posta successivamente;

***c)* qualora la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero l'esercente la professione sanitaria siano sprovvisti di copertura assicurativa per recesso unilaterale dell'impresa assicuratrice ovvero per la sopravvenuta inesistenza o cancellazione dall'albo dell'impresa assicuratrice stessa.**

8. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano ai sinistri denunciati per la prima volta dopo la data di entrata in vigore della presente legge.

8. Il decreto di cui all'articolo 10, comma 6, prevede che il massimale minimo sia rideterminato in relazione all'andamento del Fondo per le ipotesi di cui alla lettera *a)* del comma 7 del presente articolo.

9. *Identico.*

10. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

ART. 15.

*(Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, **dei consulenti tecnici di parte** e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria).*

1. Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria **implicanti la valutazione di problemi tecnici complessi**, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, avendo cura che i soggetti nominati non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi.

2. Negli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie

ART. 15.

(Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria).

1. Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, avendo cura che i soggetti **da nominare, scelti tra gli iscritti negli albi di cui ai commi 2 e 3**, non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi **e che i consulenti tecnici d'ufficio da nominare nell'ambito del procedimento di cui all'articolo 8, comma 1, siano in possesso di adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi**.

2. Negli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie

del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere indicate e documentate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina. In sede di revisione degli albi è indicata, relativamente a ciascuno degli esperti di cui al periodo precedente, l'esperienza professionale maturata, con particolare riferimento al numero degli incarichi conferiti e di quelli revocati.

3. Gli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e gli albi dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella medico-legale, un'idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche dell'area sanitaria, tra i quali scegliere per la nomina tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento.

ART. 16.

(Modifiche alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di responsabilità professionale del personale sanitario).

1. All'articolo 1, comma 539, lettera *a)*, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo è sostituito dal seguente: « I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono

del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere indicate e documentate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina. In sede di revisione degli albi è indicata, relativamente a ciascuno degli esperti di cui al periodo precedente, l'esperienza professionale maturata, con particolare riferimento al numero **e alla tipologia** degli incarichi conferiti e di quelli revocati.

3. Gli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e gli albi dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella medico-legale, un'idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche **riferite a tutte le professioni sanitarie**, tra i quali scegliere per la nomina tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento.

4. Nei casi di cui al comma 1, l'incarico è conferito al collegio e, nella determinazione del compenso globale, non si applica l'aumento del 40 per cento per ciascuno degli altri componenti del collegio previsto dall'articolo 53 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di spese di giustizia, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 115.

ART. 16.

(Modifiche alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di responsabilità professionale del personale sanitario).

Identico.

essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari. ».

2. All'articolo 1, comma 540, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le parole da: « ovvero » fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: «, in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore ».

ART. 17.

(Clausola di salvaguardia).

1. Le disposizioni della presente legge sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.

ART. 18.

(Clausola di invarianza finanziaria).

1. Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

ART. 17.

(Clausola di salvaguardia).

Identico.

ART. 18.

(Clausola di invarianza finanziaria).

Identico.

Dal confronto, la crescita professionale

a cura di MICHELE ZUMERLE

Infermiere del SUEM 118 Verona

Corrispondenza:
zumymike@gmail.com

L'esperienza del nostro collega Michele Zumerle, infermiere del SUEM 118, in Israele a Tel Aviv presso il Chaim Sheba Medical Center di Tel Ashomer- Tel Aviv.

A Tel Aviv …

Per partecipare come osservatore attivo al 5° corso "Mass Casualty Management for Nurses" organizzato dal Collegio IPASVI di Bergamo e dal Israel National Center for Trauma and Emergency Medicine Research – Gertner Institute for Epidemiology and Health Policy Research. Un corso che ha chiuso un percorso di formazione iniziato nel 2005 con il 1° corso base e continuato nel 2010 con il corso avanzato. I Corsisti provenienti da varie regioni e, per la maggior parte operanti in Dipartimenti di emergenza Terapie intensive e servizio territoriale dell'Emergenza (112/118), erano tutti Infermieri con la sola presenza di un Medico.

Formarsi come, la didattica

I meeting si sono svolti presso il *Gertner Institute for Epidemiology and Health Policy Research* e hanno visto una combinazione di lezioni frontali, simulazioni ed esercitazioni oltre che a visite guidate. Queste ultime sono state effettuate in reparti di degenza, Dipartimenti di Emergenza pediatrico e generale, Centro grandi ustionati, Terapie intensive e Ospedali (Brazilai Hospital ad Ashchelon a ridosso della striscia di Gaza). Sono state introdotte definizioni e linee guida relative alle Mass Casualty Event (MCE), con una approfondita panoramica sui punti chiave: approccio, principi e dati sensibili, obiettivi, modalità di suddivisione dei pazienti, importanza del triage extra ed intraospedaliero, passi organizzativi da attuare per gestire correttamente una MCE, ruolo e gestione medico/infermieristica nel dipartimento d'emergenza, con l'introduzione di concetti innovativi quali "*Triage Hospital*". Particolare enfasi è stata data all'importanza del team: significato profondo del lavoro di squadra, trauma team e suo "schieramento" intorno al malato, costruzione di modelli efficaci e di soluzioni percorribili.

Un "Sistema" flessibile

Il Prof. Kobi Peleg, direttore del Israel National Center for Trauma and Emergency Medicine Research, e Responsabile del Registro Trauma Israeliano, ha presentato diverse relazioni sui principi che regolano l'approccio ad un Mass Casualty Event: le ragioni delle scelte adottate in Israele e l'importanza della flessibilità nell'applicazione dei protocolli, mantenendo fermi i principi operativi. Il concetto più volte espresso ed enfatizzato è stato di *"Agire per Principi e non sempre e comunque per Protocolli"*.

In contesti fortemente destrutturati, chi coordina deve essere capace di adattare, se necessario, i protocolli alla situazione contingente per meglio rispondere alle problematiche presenti sullo scenario. Per esempio possiamo avere le migliori equipe sul campo o in Dipartimento d'Emergenza, ma se i Manager Aziendali non sono in grado di fornire soluzioni praticabili - prima di tutto logistiche e poi di comunicazioni (intra-extra scenario e interdipartimentali) – la bravura e l'efficacia dell'equipe vengono vanificate, i protocolli saranno rispettati ma con conseguenze facilmente immaginabili.

Per queste ragioni *Organizzazione, Comando, Controllo, Comunicazioni e Coordinamento*, sono stati indicati quali gli elementi più efficaci nel gestire situazioni quali una MCE.

Tutto ciò associato ad una seria, pragmatica e periodica revisione dei protocolli operativi con debriefing efficaci e la condivisione delle "*Lessons Learned*" dai diversi Eventi poi condivise con tutti gli interlocutori coinvolti egli altri presidi ed Enti.

Il soccorso extraospedaliero

A Petah Tikva, presso la Sede Nazionale del Magen David Adom (MDA) - l'equivalente del SUEM 112/118 italiano - Guy Caspi, Responsabile Nazionale della formazione ai Mass Casualty Incident, ha presentato la filosofia d'intervento, la struttura, le funzioni, l'organizzazione ed in particolare le procedure di risposta adottate dal MDA in caso Evento Maggiore e di atto terroristico.
Particolare rilievo è stato dato a quelle che vengono considerate le caratteristiche vincenti del sistema: *first responder*, alla capacità di Accumulo delle Risorse, Comunicazioni, Informatizzazione con integrazione Regionale e Nazionale dei dati in tempo reale e con una sistematica rivalutazione del tempo di risposta a mezzo elaborazione statistica dei dati, incrociati per area, tipo di patologia ecc...

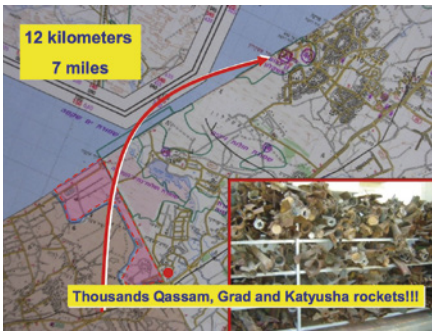
Il Triage Intraospedaliero

Sono state evidenziate le problematiche relative al triage intraospedaliero: *"Chi lo fa? Dove? Come?"*. Contemporaneamente sono state sottolineate le problematiche relative a garantire trasporti sufficienti, ma anche efficienti, fino alle diverse aree di destinazione dei pazienti: *"Con quali mezzi? Quale personale? Qual il ruolo del medico di Dipartimento e/o Pronto Soccorso?"*.
Le problematiche evidenziate sono state ricondotte a tre domande:

1. *Quali sono i bisogni prioritari?*
2. *Quanti posti letto sono realmente disponibili?*
3. *Le manovre invasive comportano serie conseguenze operative in termini di risorse umane, materiali ecc. Conosciamo gli effetti delle scelte terapeutiche fatte in ambito di Evento Maggiore?*

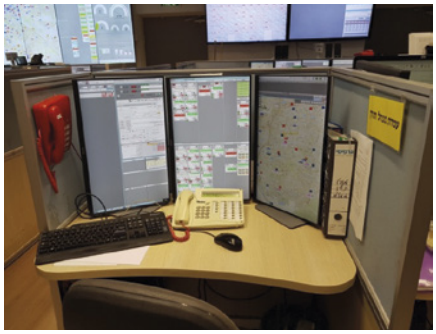
Il Centro trasfusionale

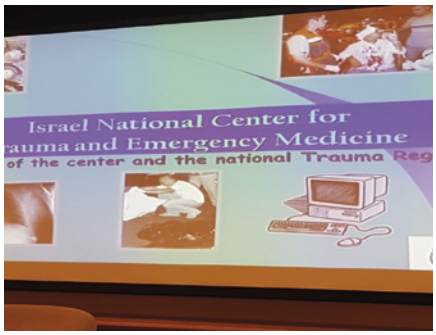
Tra le visite guidate effettuate, estremamente interessante è risultata essere quella al Centro Trasfusionale dello Sheba Medical Center - il più grande Ospedale di Israele (2.000 posti letto tra acuti e riabilitazione) e del Medio Oriente - perché ha permesso di affrontare il tema della gestione del sangue in caso di MCE .
Il sangue e suoi derivati hanno un'importanza fondamentale nella gestione di traumi gravi ma, a maggior ragione, negli Eventi Maggiori che vedono decine se non centinaia di pazienti potenzialmente coinvolti. Le problematiche sono numerose e articolate. *Quali i rischi in un massiccio afflusso di feriti? Quali scelte si impongono? Quali strategie adottare? Tipizzare tutti i pazienti potenzialmente a rischio? Quante scorte sono necessarie? Quale Interazione e Coordinamento sono necessari per rispondere adeguatamente alle richieste contemporanee e da più Ospedali? Quale e quanto personale deve essere presente presso il Centro Trasfusionale e nel Dipartimento di Emergenza? Per fare cosa? Servono macchinari di back-up? Comunicazioni?*



Il Registro Trauma Nazionale

Particolare enfasi è stata attribuita alla raccolta dati che risulta essere un elemento fondamentale. Il *trauma*, nei paesi occidentali, è la principale causa di morte nei pazienti con età inferiore ai 40 anni, con costi sanitari e sociali estremamente gravosi.
Partendo da una suddivisione delle scale di punteggio in anatomiche e fisiologiche (ISS: injury severity score) è stata posta particolare attenzione all'importanza di raccogliere ed integrare i dati dei pazienti traumatizzati che vengono ospedalizzati, quale che sia la causa del trauma, in un *Registro Trauma Nazionale* consultabile in qualsiasi ospedale Israeliano





dove anche ogni altro dato sanitario è online. Nel nostro Paese nonostante il ventennale dibattito sul tema, non esiste un Registro Trauma.
Israele al contrario ha un Registro Traumi attivo dal 1997 e sempre più utilizzato per migliorare l'approccio al paziente traumatizzato nel suo intero percorso sanitario.
Un database nazionale registra per ciascun paziente traumatizzato ricoverato oltre 200 voci che includono: informazioni demografiche, tipo di lesioni, diagnosi, indicatori di gravità, cause di lesione, trattamento diagnostico e terapeutico, utilizzo delle risorse ospedaliere, outcome. Ciò che è apparso chiaro ai corsisti è il messaggio: *"Data are power: Chi ha le informazioni ha il potere"*. Le informazioni si traducono infatti in controllo di qualità, in verifica di efficienza dei reparti e di chi li dirige, permettono una verifica dei processi intrapresi, determinano il miglioramento delle prestazioni e consentono un supporto, in termini di investimenti e risorse, di quelle aree operative che risultano deficitarie (o possono consentire dei tagli dove necessario). Nei sistemi sanitari come quelli occidentali, dove i rimborsi economici vengono erogati in base alle patologie (DRG), misurare è la chiave del problema, avere una chiara immagine della situazione permette l'ottimizzazione dei costi e degli investimenti, dando supporto all'orientamento della politica sanitaria nazionale. Senza dati non è possibile decidere obiettivamente le strategie e le politiche idonee a fornire una risposta efficace ai problemi.

Le simulazioni

Entusiasmo ed interesse ha suscitato la visita al Centro di simulazione nazionale *"Israel Center for Medical Simulation – MSR"*, inaugurato nel 2001 per introdurre standard ed approcci innovativi relativi a training alla risposta sanitaria ai più diversi scenari.
Il centro è uno dei più avanzati e sofisticati a livello mondiale e riconosciuto come centro di riferimento per la realizzazione di centri di simulazione, in particolare negli Stati Uniti e nei paesi anglosassoni. Utilizzato sia per personale militare che civile, ha visto molte decine di migliaia di allievi. Di questi più del 50% come team, complessivamente suddivisi in: 40% personale medico, 30% personale infermieristico, 30% paramedici (MDA).
Sono state realizzate anche due esercitazioni guidate, una "TABLE TOP" relativa alla gestione dei pazienti all'interno del Dipartimento di Emergenza ed una relativa ad un afflusso di feriti con esecuzione di Triage all'esterno del Dipartimento d'Emergenza con successiva destinazione dei pazienti stessi.
I partecipanti sono stati coinvolti e chiamati a ricoprire i diversi ruoli, da Trauma Coordinator a Triage Officer, a chirurgo responsabile di turno. Sono state identificate le aree di trattamento e qui destinate le diverse equipe in attesa dei 25 pazienti che in meno di mezz'ora sono stati trasportati al Dipartimento di Emergenza.
Ciascun ruolo chiave aveva presente un osservatore che ha seguito l'intero svolgersi dell'esercitazione. Al termine si è svolta una ricostruzione precisa dell'evento, con il coinvolgimento delle varie figure professionali, e l'analisi di ciascun passo significativo: debriefing.

Qualche considerazione

Il gruppo dei Corsisti ha dimostrato flessibilità, compattezza e grande disponibilità a mettersi in gioco sia durante l'attività didattica che durante gli affiancamenti- esercitazioni.
È emerso il desiderio di conoscere e confrontarsi, venendo meno quei ruoli e quelle paure ricorrenti negli allievi (timore di sbagliare o apparire poco preparati o inadatti) non appena notata la disponibilità dei docenti, impegnati nel reale sforzo di trasmettere e condividere conoscenze ed esperienze, più che nel rivendicare un primato di conoscenza.

Cosa tra l'altro favorita da un atteggiamento estremamente pragmatico ed informale, a prescindere dal ruolo o della posizione ricoperta, dote che caratterizza la società Israeliana ed in particolare l'ambito sanitario.

Per concludere

Il percorso ha sicuramente soddisfatto le aspettative dei partecipanti.
Le capacità organizzative e la didattica del *National Center for Trauma and Emergency Medicine Research* sono assolutamente una garanzia. La disponibilità dimostrata è stata molto apprezzata. Aver avuto la possibilità di confrontarsi con esperti ma anche con infermieri, paramedici e medici che normalmente operano nelle diverse realtà lavorative, su un tema importante e attuale è risultato estremamente stimolante e professionalmente gratificante.
La nostra attuale realtà è purtroppo condizionata da due fattori che al momento sembrano essere costanti. Il rischio di atti terroristici è reale e rimarrà tale ancora per molti anni.
L'attuale capacità di risposta a simili ma anche ad Eventi Maggiori - non necessariamente terroristici - di una larga parte degli ospedali italiani, è scarsa ma soprattutto manca di omogeneità a livello nazionale.

Questo corso può essere una delle risposte percorribili, non per fotocopiare e trasferire Macro Sistemi, ma per mutuare scelte, aspetti particolari e soprattutto per apprendere un modo di pensare i termini del problema ed adattarli alla realtà sanitaria italiana.
Dal mio privilegiato punto di vista, come osservatore attivo, come discente ad un retrainig mi ritrovo a confermare nuovamente tutte le considerazioni (Inf.mente 2012 n. 3-4) avanzate anni fa. Israele è una realtà in cui pragmatismo e meritocrazia vanno pari passo a costruire quotidianamente un processo evolutivo costante e questi modelli di pensiero e strategie sono sicuramente mutuabili anche nel contesto italiano.
In questo paese si pensa, si progetta, si mette in pratica, si valutano i risultati, si discute e se necessario si aggiusta il tiro in un'ottica di costante miglioramento.
"Make it simple", rendi tutto e affronta tutto nella sua versione più semplice, meno complicata e/o pesante. La costante allerta con la quale deve confrontarsi Israele ha indotto tutti a considerare tutto e tutti, qua ognuno ha la possibilità effettiva di portare avanti, di presentare una sua opinione o idea e se valida di vederla realizzarsi.

Ad esempio la semplice ma astuta applicazione per la navigazione che fa evitare il traffico Waze (https://www.waze.com/it/), gratuita ed inventata da alcuni ragazzi israeliani si è rivelata eccezionale per la gestione del soccorso extraospedaliero e ne sono state dotate tutte le ambulanze ovviamente a svantaggio dei dispositivi tradizionali più diffusi.
Inoltre il sistema di emergenza israeliano, verificato che durante una maxi emergenza le linee telefoniche tradizionali non funzionano correttamente si è "semplicemente" mosso e preparato verso sistemi di comunicazione alternativi che utilizzano vie più stabili come internet (whatsapp e messaggistica in genere con possibilità di inviare foto e filmati dal posto).
Questi sono solo alcuni esempi che sottolineano la capacità che ha il Paese israeliano di affrontare qualsiasi situazione trovandone la miglior soluzione possibile in quel momento e di guardare poi subito oltre per essere pronti per la successiva sfida.

Per riflettere…

a cura della REDAZIONE

Abbiamo voluto dedicare questo spazio alla poesia scritta da un nostro collega in pensione, Francesco.
Francesco coglie l'occasione della Santa Pasqua per richiamare l'attenzione sui principi e sui valori che dovrebbero appartenere a tutte le persone, prima come tali e poi, in quanto professionisti.
Non ha bisogno di essere commentata, va solo letta.

Pasqua 2017

Con la primavera c'è una fantastica atmosfera per festeggiare la Pasqua, le colline sono in fiore,
nell'aria si sentono i profumi, la natura si è risvegliata, tutto bello da ammirare.
Il sole fa sentire il suo calore, la sua luce ci illumini per essere rispettosi della terra, con le nostre azioni,
che è la nostra bella casa, dei nostri figli e delle future generazioni...
la colomba con il suo rametto d'olivo, ci aiuti a costruire nella vita vittorie che ci uniscono, nella solidarietà,
il vento spazzi via l'indifferenza per far prevalere l'impegno, di una cultura di pace, importante priorità.
La Pasqua illumini gli scienziati nelle loro ricerche e invenzioni, per costruire e trovare,
strategie per portare la pace in tutto il mondo, questa sarebbe l'arma vincente da progettare.
Vorrei una Pasqua, dove buttiamo via tutte le armi di distruzione, per ricominciare tutti ad amare,
le persone, i fratelli, il diverso, il vicino, sarebbe la più bella cosa da fare.
Ci vorrebbe una bella Pasqua creativa, che ci tenga allenati a essere campioni di vita, da valorizzare,
che è il bene più prezioso che abbiamo, il valore che nella nostra mente è da coltivare.
La mente funziona bene se è come il paracadute che si apre, allora si potrà scoprire il valore della diversità,
l'apertura ci fa vedere le meraviglie delle persone, la bellezza delle sue splendide qualità.
Vorrei una Pasqua luminosa, che ci dia la forza, per prendere coscienza delle persone più deboli, da aiutare,
i vecchi, i bambini, gli ammalati, i diversamente abili, gli immigrati, hanno la dignità da salvaguardare.
In questa felice Pasqua, ci vorrebbe che lo specchio diventasse magico e speciale,
quando ognuno va a specchiarsi ci sia la sorpresa, di vedere dentro, chi ha fame, chi soffre, che sta male.
Sarebbe una Pasqua di una bella riflessione, perché quello che si vedrebbe nello specchio,
potrebbe essere ognuno di noi.
Vorrei una Pasqua d'impegno, per saper ascoltare i più bisognosi, aiutare, condividere con tanta umanità,
soprattutto per guardare oltre il buio dei muri dell'egoismo, e a vedere la splendida luce della solidarietà.
La gioia della Pasqua, ci avvolga tutti in un grande e caloroso abbraccio, trasmetta serenità in ogni cuore,
porti a tutta l'umanità, pace, giustizia sociale, amicizia, amore e il bel sogno di un mondo migliore.

Francesco Lena

Pronto soccorso, troppo poco il personale sanitario

di MARINA VANZETTA

Sono un'infermiera neo laureata in attesa di iscrizione presso il vostro collegio, volevo chiederle ora che ho raggiunto il primo traguardo per esercitare la nostra bellissima professione, quali offerte vi sono nel nostro contesto locale?

Laura

Gentile Collega,

Innanzitutto complimenti per il traguardo raggiunto e benvenuta nel nostro Collegio. La professione si esplicita nei più disparati contesti, dall'ambito territoriale, all'ambito ospedaliero, dall'urgenza emergenza alle case di riposo e RSA. Senza entrare nel merito delle tue scelte mi permetto di darti alcune dritte per riuscire ad entrare nel mondo del lavoro.

Le aziende pubbliche che lavorano per conto del SSN pubblicano nei siti istituzionali bandi di concorso o selezioni a tempo determinato, dovendo inoltre dare pubblicità legale sul BUR regionale e Gazzetta Ufficiale della repubblica.
Le aziende private non avendo questo vincolo possono assumere direttamente il proprio personale, consiglio perciò di contattarle al fine di proporre la propria candidatura.

La libera professione, in espansione, è un ambito rilevante e che merita se vuoi un colloquio con un nostro consigliere che se ne occupa, contattaci per fissare un appuntamento con lui
Altri paesi europei inoltre cercano personale per il proprio servizio sanitario nazionale, e questo è un punto di forza per l'eccellente formazione infermieristica nelle nostre università italiane ma è una scelta di tipo personale.
In bocca al lupo per il tuo futuro.

Stefano Bernardelli
Consigliere

www.ipasviverona.com

IPASVI
VERONA

Segreteria Organizzativa
Collegio Provinciale IPASVI

Via Ca' di Cozzi, 14/A - 37124 VERONA
Telefono: 045.913938 - Fax: 045.914671
E-mail: info@ipasviverona.com