



Periodico del Collegio Infermieri Assistenti Sanitari Vigilatrici d'Infanzia della Provincia di Bologna

Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/B
40138 Bologna
Tel. 051/393840 - Fax 051/344267

Orari uffici

Lunedì - Mercoledì ore 9-12

Martedì - Giovedì - Venerdì ore 14-17

Negli altri orari è in funzione la
segreteria telefonica

E-mail: info@ipasvibo.it

bologna@ipasvi.legalmail.it

Sito Internet: www.ipasvibo.it



IPASVI

PROFESSIONE *Infermiere*

SOMMARIO

EDITORIALE

Indicazioni attuative del Piano socio sanitario 2013 - 2014
Pag. 1
Dott.ssa Maria Grazia Bedetti

PROFESSIONE

Un viaggio, una realtà - *IL MADASCAR* Pag. 3
Dott. Vito Pedrazzi

Master universitario di primo livello in "Assistenza infermieristica penitenziaria" Pag. 6

Indagine conoscitiva sull'uso ed abuso di alcol rivolto agli studenti delle scuole medie superiori di Anzio - Roma Pag. 7
Federica Massaro

Esperienza - vissuta e raccontata - nella casa circondariale di Bologna Pag.10
Nadalina Assueri, Michele Esposito, Ingrid Negroni
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituzione gestione separata ENPAPI: cambia la tutela assistenziale e previdenziale per le collaborazioni continuate e continuative e le collaborazioni non abituali (C.D. Mini Co.co.co) Pag.13
Dott.ssa Silvia Morselli

Obblighi PEC: comunicazioni e novità Pag.15
Dott.ssa Silvia Morselli

Nuova convenzione per le polizze responsabilità civile professionale e tutela legale Pag.17
Dott.ssa Silvia Morselli

NORMATIVA

Ministero della Salute - Metodologia per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera Pag.19
Sintesi - Febbraio 2013

CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

L'esperienza del Team Carrick nel progetto "bed management" dell'Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna Pag.43
Bellini A., Carangelo N., Falcinella R., Fiore A., Gualandri R., Natali F., Palazzo G.

La valutazione delle competenze, la proposta di un modello realizzato dal dipartimento d'emergenza dell'Ospedale Maggiore di Bologna Pag.44
R. Fabbri, S. Musolesi, F. Mugelli, R. Ridolfi, F. Cordenons.

AGENDA Pag.48

PROFESSIONE INFERMIERE PERIODICO DEL COLLEGIO I.P.A.S.V.I. DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

Distribuzione gratuita
SPED. IN A.P. ART. 2 COMMA 20/C
L. 662/96 FILIALE DI BO
REG. TRIBUNALE DI BOLOGNA N. 5729
del 20/04/1989
PUBBLICAZIONE TRIMESTRALE
ANNO XXIV - N. 1 - LUGLIO 2013

Editoriale

Indicazioni attuative del Piano socio sanitario 2013 - 2014

Dott.ssa Maria Grazia Bedetti

In questi giorni l'Assemblea legislativa regionale ha approvato le Indicazioni attuative del Piano socio sanitario 2013 - 2014 confermando, nell'impianto generale, le scelte di fondo dei precedenti Piani aggiornate però alla particolare situazione economica (si consideri che è la prima volta dagli anni '70 che vengono ridotte le risorse del Fondo sanitario regionale) e ai vincoli imposti dalla normativa più recente fra cui il raggiungimento dell'obiettivo dei 3,7 posti letto per ogni 1.000 abitanti (attualmente in Emilia Romagna sono disponibili 4,6 posti letto per ogni per 1.000) e il conseguente riordino della rete dei servizi territoriali (come previsto dal D.L.158/2012 il cosiddetto Decreto Balduzzi).

Un documento sulle linee di sviluppo del sistema sanitario regionale quindi di grande interesse per la nostra Comunità professionale impegnata da tempo in progetti di innovazione organizzativa e sperimentazione di nuovi modelli assistenziali e che, per le misure di contenimento dei costi messe in campo (tagli lineari sul costo del personale), incomincia a registrare pesanti ricadute in termini occupazionali (ad un anno dalla laurea il

Direttore responsabile
MARIA GRAZIA BEDETTI

Redazione
CONSIGLIO DIRETTIVO

Editore
COLLEGIO IPASVI - BOLOGNA

Impaginazione e stampa:
GRAFICHE BIME s.r.l. - Molinella (BO)

tasso occupazionale è passato dal 94% del 2007 all'83% nel 2010 con segni oggettivi di un'ulteriore riduzione).

Le indicazioni attuative espresse dall'Assessore alle politiche della salute Carlo Lusenti e dall'Assessore alle politiche sociali Teresa Marzocchi confermano le linee già tratteggiate nel precedente Piano 2008 - 2010 (integrazione, partecipazione, riorganizzazione anziché razionamento) per rispondere ai bisogni prevalenti legati all'invecchiamento della popolazione e quindi alla cronicità ma anche alle nuove fragilità legate all'impoverimento del ceto medio, alla disoccupazione giovanile, al calo delle risorse in tutti i settori.

Il modello organizzativo delineato è costituito da reti integrate di servizi: tra ospedali, servizi sanitari, servizi socio-sanitari e sociali del territorio e rilancia il ruolo del Distretto quale punto di programmazione dei servizi gestiti dal pubblico (Aziende USL, Asp, Comuni) o dal privato sociale profit e no profit per la popolazione di riferimento.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera viene confermato il modello delle reti integrate di servizi Hub & Spoke (ospedali ad alta specializzazione collegati a ospedali del territorio) e l'indicazione a prevedere unità assistenziali che meglio rispondano ai bisogni degli assistiti piuttosto che in funzione della disciplina che rappresenta l'organo "malato", andando quindi a confermare e promuovere i modelli organizzativi per complessità assistenziale già sperimentati nella nostra provincia all'interno dei quali gli infermieri svolgono un ruolo primario per garantire la standardizzazione dei percorsi e la pianificazione personalizzata dell'assistenza.

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale trovano allo stesso modo conferma e indicazioni di sviluppo l'esperienza dell'infermiere di famiglia e dell'infermiere di comunità, quella dei Punti Unici

di Accesso delle Case della Salute, degli ambulatori a gestione infermieristica, in particolare là dove nel documento si sottolinea la necessità di realizzare programmi di medicina di iniziativa secondo il modello del Chronic Care Model e l'attivazione di percorsi di integrazione con l'ambito ospedaliero.

Il documento sottolinea infine come l'assistenza territoriale, oltre ad integrarsi a quella ospedaliera dovrà prepararsi a sostituirla ogni qualvolta il ricovero in una struttura ad alta specializzazione non abbia valore aggiunto per le condizioni di salute della persona.

In tal senso, in relazione alla riconversione dei posti letto ospedalieri, si prevede lo sviluppo di strutture sanitarie intermedie o, altrimenti dette ospedali di comunità od ospedali di prossimità, di degenza temporanea che, vicino al domicilio del cittadino, all'interno di programmi di presa in carico e di continuità delle cure, come ha sottolineato l'Assessore alle Politiche per la Salute, Carlo Lusenti, durante la Conferenza Stampa di presentazione del Piano, *"siano in grado di intercettare il bisogno quando questo si manifesta, di dare soluzione alla riacutizzazione di una condizione cronica, di riaccompagnare il cittadino al suo domicilio prendendosi carico dei bisogni per quelli che sono in quel momento e non più un passaggio burocratico e automatico e, molto spesso, non raccordato tra il domicilio e un ospedale che dimette con una lettera di dimissione affidando non si sa a chi poi la gestione di quel paziente"*.

Tali strutture, indipendentemente dalla loro collocazione (all'interno delle Case della Salute o dei presidi ospedalieri) dovranno quindi assicurare ricovero e assistenza di natura prevalentemente infermieristica.

Come Organo di rappresentanza degli infermieri della provincia di Bologna, se da un lato non possiamo che esprimere soddisfazione per le indicazioni attuative del Pia-

no sociale e sanitario 2013 - 2014 approvate dall'Assemblea legislativa regionale per:

- la grande attenzione posta ai nuovi bisogni della popolazione che subisce gli effetti della pesante crisi economico-sociale in atto e che è stata duramente colpita dal terremoto del maggio 2012;
- la volontà di mantenere un welfare universalistico, pubblico nella programmazione e definizione dei bisogni, basato sulla integrazione tra politiche sanitarie e politiche sociali;
- l'impegno a coinvolgere gli operatori nei processi di programmazione e valutazione.

Non possiamo non ribadire la nostra preoccupazione per i continui interventi sul costo del personale perché, come hanno sottolineato i magistrati della Corte dei Conti in occasione del Rendiconto generale dello Stato per il 2012, la carenza/mancanza di infermieri mette a rischio:

- il mantenimento dei LEA;
- lo sviluppo della rete dei servizi territoriali;
- il superamento dei modelli organizzativi per discipline e la realizzazione dei percorsi clinico assistenziali integrati;
- l'attivazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie intermedie;
- l'orientamento alla presa in carico dei cittadini fragili e/o con patologie cronico degenerative.



IPASVI

Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Bologna rende noto che, nella seduta del 19/06/2013, dopo aver preso atto delle dimissioni dalla carica di Revisore dei Conti del Dott. Lusini Marco, per motivi personali, ha nominato la Dott.ssa Alessia di Cecco, già Revisore supplente, Revisore effettivo del Collegio dei Revisori dei conti del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna.

PROFESSIONE

• Un viaggio, una realtà: *il Madagascar*

Dott. Vito Pedrazzi

*Dipartimento Igienico Organizzativo
Responsabile SATeR*

*Azienda Unità Sanitaria Locale
di Bologna*

Solo dopo che l'aereo si è alzato in volo e vedo Bologna sempre più piccola realizzo pienamente che dopo 15 ore di volo (Bologna, Parigi, Antananarivo, Tulear) e 8 di jeep sarò all'ospedale "VEZU" di Andavadoaka, un piccolo villaggio di capanne abitato da pescatori, circa 1.800 persone, a sud ovest del Madagascar, sul canale di Mozambico.

I miei pensieri, fino a quel momento, erano fortemente ancorati al giorno precedente: 12-12-2012 - ed all'importante iniziativa organizzata dal Collegio IPASVI della Provincia di Bologna, dalle Direzioni Infermieristiche dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna e di Imola, dell'Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola-Malpighi e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli con la partecipazione degli Assessori alla Sanità dei Comuni di Bologna ed Imola e dell'Assessore alla Sanità della Provincia di Bologna.

L'incontro era teso ad un confronto tra i professionisti Infermieri, dipendenti pubblici e privati, iscritti all'Albo del Collegio IPASVI di Bologna o ad altri Collegi nazionali ed esercitanti la professione in questa Provincia; ed i Rappresentanti istituzionali, allo scopo di determinare il ruolo che potranno assumere gli infermieri per la sostenibilità e per l'innovazione del sistema salute nella Provincia di Bologna: nuove Case della Salute e Ospedali organizzati per intensità di cura e complessità assistenziale.

Questi pensieri si sono scontrati con la nuova realtà all'arrivo ad Antananarivo (Tanà), la capitale del Madagascar. A Tanà il passaggio climatico, da 0° a +40° aiuta a focalizzare l'attenzione al viaggio.

Il paesaggio dell'altopiano centrale (etnia Merina), dove si estende la capitale, assomiglia per molti versi alle grandi città orientali per caos, moltitudine di persone e ricchezza di colori. Tanà si



distingue per la diversità del centro storico arrampicato su tredici colli.

In alcuni angoli delle strade, nei negozi, nella tipologia delle abitazioni, è riconoscibile l'influenza francese che per il viaggiatore si sintetizza al "Cafe de la Gare" ristorante bistrò, angolo di antica bellezza estetica, culinaria, architettonica dove la multi-etnicità è la consuetudine e i molti giovani che si incontrano incarnano lo spirito nuovo della capitale.

Nella periferia di Tanà spiccano i rettangoli verdissimi delle coltivazioni di riso, molto diversa da Tulear (etnia Vezu), a sud del Madagascar sul tropico del Capricorno, una piccola cittadina in grande sviluppo dove il sorriso delle persone ti avvolge come il suo caldo soffocante. Da queste parti del Madagascar, non volano solo gli uccelli e gli angeli ma iniziano a volare anche i sogni.

E' mattina presto quando partiamo da Tulear verso l'ospedale "VEZU" di Andavadoaka lasciandoci alle spalle una cittadina ancora intenta al risveglio.

Ci attendono otto ore di jeep su una pista in molti tratti battuta, ove il rischio di insabbiarsi è dietro ogni curva, ma dove il cuore non va mai fuori strada perché le difficoltà del viaggio sono ampiamente mitigate da scorci di panorama sul mare e passaggi nella foresta che ti lasciano senza respiro.

In questo percorso la sensazione per me più forte è data dagli innumerevoli incontri con i monoliti viventi del Madagascar, i Baobab.

Questi alberi millenari imponenti in tutta la loro magnificenza sono la vera ricchezza ed essenza del paese.

In un piccolo villaggio vicino a Morombè ho visto un Baobab con una circonferenza di più di trenta metri e, dicono, di più di tremila anni, nato ai tempi dello sviluppo della civiltà egizia, (regno di Ramses III) e di quella cinese, (dinastia Chou).

Lungo il tragitto, piccoli paesi di pescatori dove le case non sono muri stretti attorno alle persone, ma semplici capanne davanti ad un mare turchese e a dune bianche che si stagliano nello sfondo argentato degli alberi. Tutto questo è solo un piccolo assaggio di quanto ci attende al nostro arrivo ad Andavadoaka e Ampasilava.

Una sosta a metà percorso non è obbligatoria ma serve a corroborare il fisico, a sgranchirsi le articolazioni e iniziare a lasciarsi andare al respiro del mare.

L'arrivo all'ospedale "Vezu" di Andavadoaka è sempre un'emozione fortissima: Roman, vigile guardiano, apre il cancello con il suo raggianti sorriso, i volti conosciuti di Sandro, Rosi, Manuela ed Ernesto e quelli sconosciuti di volontari: medici, infermieri e civili che collaborano al buon andamento dell'ospedale, ti creano quella sensazione di incognita che è subito cancellata dai baci, dagli abbracci e dalle strette di mano.

"Vezu", il nome dell'ospedale, trae origine dall'etnia che vive in quella zona, una delle 18 etnie dell'isola, pescatori nomadi insediati nel sud ovest del Madagascar sul canale di Mozambico.

Mi piace pensare che l'ospedale abbia due genitori putativi. Il villaggio di Ampasilava, dove è nato il primo ambulatorio nell'anno 2004 e il villaggio



di Andavadoaka dove è stato identificato il luogo più adatto per costruire l'ospedale e dove i lavori sono terminati nel 2008. Poi ci sono i due genitori naturali: Sandro e Rosi che con tanto impegno, fin dall'inizio, hanno "partorito", seguito e realizzato questo progetto.

L'ospedale, unico nel suo genere, è inserito nella sanità Malgascia ma a differenza di essa è completamente gratuito. Copre un territorio di circa 200 Km. E i villaggi di riferimento sono circa 180 con una popolazione di circa 200.000 abitanti.

Gli elementi che permettono a questa struttura sanitaria di essere così attiva ed efficiente sono diversi:

- i volontari provenienti da Bologna e da tutta Italia: medici, infermieri,

civili che, attraverso una programmazione annuale e semestrale, prestano la loro opera gratuitamente;

- le donazione: in denaro, in mezzi e strumenti biomedicali;
- le cene di sovvenzione che periodicamente vengono organizzate dall'Associazione "Amici di Ampasilava".

L'ospedale è strutturato con tre ambulatori, attrezzati anche per svolgere attività di odonto-stomatologia ed oculistica, un laboratorio, una radiologia, una sala operatoria polifunzionale e due ampie camere di degenza, per un totale di otto letti. E' attivo non solo di giorno ma, essendo l'unico di quel territorio, copre turni di guardia notturna per le urgenze di pazienti che possono giungere a piedi, aiutati e sorretti

dai famigliari o con il carretto trainato da zebù.

Le attività sanitarie sono supportate da tre interpreti locali che, conoscendo la lingua malgascia, il francese e l'italiano facilitano la relazione tra infermieri, medici, volontari e la popolazione locale assistita.

Le attività di supporto relative al funzionamento complessivo dell'ospedale vengono effettuate da persone del luogo che si occupano della manutenzione ordinaria e straordinaria: muratori, carpentieri, fabbri, falegnami, giardinieri, inservienti che svolgono attività di pulizia, sanificazione degli ambienti, lavanderia, stireria ed infine cucina e dispensa.

L'alimentazione elettrica è fornita da un generatore a gasolio che, per gli elevati costi, è in funzione solo quando l'ospedale è attivo. Per il tempo restante l'energia è procurata da un piccolo impianto fotovoltaico che permette l'attività ordinaria della "Corte dei gechi", costruzione adiacente all'ospedale, dove risiedono i volontari.

L'acqua è prelevata da un pozzo in prossimità della struttura sanitaria, è filtrata e purificata, distribuita sia all'ospedale che alla residenza dei volontari.

Recentemente tutta l'attività ambulatoriale, di sala operatoria e di degenza è stata informatizzata e tutti i dati delle attività sanitarie svolte sono contenuti in un server che ha un'ampia possibilità di estrazione ed elaborazione delle informazioni raccolte.

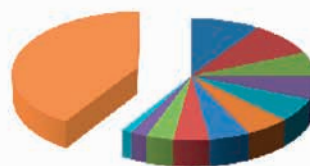
Oggi, quindi, le attività sanitarie svolte presso l'ospedale sono il frutto di una attenta analisi dei bisogni, individuati direttamente dagli operatori



In dettaglio:

LOMBALGIA 1904	CIRROSI 121
DERMO 1845	RB 113
PARASSITOSI 1308	ANEMIA 103
CERVICALGIA 1248	RINITE 101
BRONCO 1247	CISTITE 96
TRAUMA 1096	EPATOPATIA 94
GINECOLOGIA 1027	GONORREA 89
TOSSE 874	BILARZIOSI 88
IPERTENSIONE 682	TIROIDE 81
OCCHIO 653	SIFILIDE 72
COLON 624	FIBROMA 68
DENTE 568	CISTI 61
BEVUKA 479	RENE 61
GASTRO 477	ERNIA 58
ENTERITE 406	APPENDICITE 48
TBC 404	FISTOLA 45
CHIRURGIA 348	MALNUTRIZIONE 42
DIABETE 315	ALLERGIA 40
USTIONI 307	GONARTROSI 37
OTITE 273	EMORROIDI 36
MALARIA 254	ICTUS 36
ARTROPATIA 253	TETANO 31
ASMA 247	ABORTO 28
PROSTATA 237	LITIASI 28
TONSILLITE 236	CATARATTA 27
CONGIUNTIVITE 185	PAROTITE 23
CARDIO 168	CISTI OVARICA 22
NEOPLASIA 155	MALFORMAZIONE 21
SINUSITE 154	CANDIDOSI 13
DEPRESSIONE 149	GOTTA 3
ASCESSI 145	LEUCEMIA 3
NEURO 132	FILARZIOSI 2
EPILESSIA 124	COMA 1

Visite Ospedale Vezo
Andavadoaka
Anno 2012
TOT: 20.211



- Lombalgia 1.904
- Dermo 1.845
- Parassitosi 1.308
- Cervicalgia 1.248
- Bronco 1.247
- Trauma 1.096
- Ginecologia 1.027
- Tosse 874
- Ipertensione 682
- TBC 404
- Malaria 254
- Altro 8322

e dalle richieste esplicite della popolazione, unita ad una approfondita ricerca svolta in Italia sulle disponibilità dei volontari, rispetto alle loro specifiche professionalità. Il tutto si concretizza nella definizione di un'agenda di programmazione di intervento semestrale o annuale che definisce le attività dell'ospedale, a cui la popolazione fa riferimento per usufruire delle cure necessarie (sui dati di attività vedi tabella allegata).

Per sostenere tale attività sanitaria ero-

l'attività ambulatoriale, dopo pranzo, sempre che non si sia di guardia, è consuetudine un giro al villaggio, distante alcune centinaia di metri, come pure dedicarsi ad un bagno di sole o alle immersioni.

Il contesto in cui è inserito l'ospedale è splendido da un punto di vista naturalistico: la foresta spinosa con i suoi baobab, i lemuri e le tante specie di uccelli, il mare con la sua barriera corallina che contiene una moltitudine di pesci esotici.



gata gratuitamente ad Andavadoaka, l'Associazione svolge periodicamente alcuni incontri in Italia (mediamente due o tre al mese), per informare, orientare, istruire e organizzare i volontari in partenza.

All'arrivo all'ospedale Vezu, dopo un'attenta programmazione, con i miei colleghi volontari, stabiliamo che la mia attività nelle prime due settimane, assieme a Tessa e a Francesca, sia dedicata all'ambulatorio. Qui viene effettuato un primo inquadramento dei pazienti con la rilevazione dei parametri vitali, la visione attenta della cute e delle mucose, l'auscultazione del respiro e del battito cardiaco, la valutazione della postura e dello sguardo, oltre a medicazioni, terapia per via intramuscolare ed endovenosa.

Oltre all'attività infermieristica vengono effettuate attività di laboratorio per la ricerca dei principali batteri, mediante l'utilizzo di un microscopio, su campioni di sangue, feci, urine ed escreato. Poi, ci sono le attività amministrative che prevedono l'inserimento dei dati in computer ed, infine, la sistemazione ed il riassetto degli ambienti.

Durante la giornata tipo, terminata

Nel mese di giugno, poco al largo di Andavadoaka, esiste la possibilità di incrociare le balene che, nel loro migrare con i piccoli, dal polo sud ai punti più caldi e pescosi dell'Oceano Indiano, attraversano il canale di Mozambico.

Ma ciò che caratterizza il Madagascar è lo spettacolo di ciò che nelle società

sviluppate occidentali ormai nessuno vede più perché viene nascosto da una frenesia che oscura i sensi:

- le albe sono caratterizzate da esplosioni di giallo dove il sole in poche minuti diventa protagonista della vita, albe dove puoi vedere un carretto trainato da zebù contornato da una famiglia malgascia che avanza lento, immerso nel giardino dell'Eden e solo il silenzio fa rumore, a volte, sovrastato dal canto degli uccelli;
- i tramonti dove il rosso infuocato dona emozioni ancestrali e il sole, tuffandosi in un mare turchese, fa diventare protagonista la notte;
- una notte che è piena di luce perché la luna e la via lattea illuminano anche i colori e l'invito della sera all'oscurità non riesce a venire, una notte dove non esiste la guerra del rumore ma la guerra del silenzio.

Dopo Natale con l'arrivo di Francesco, il chirurgo oculista, iniziano le due ultime settimane di attività svolte dal sottoscritto in questo viaggio.

La sala operatoria diventa la mia nuova destinazione e assieme a Tessa si inizia l'attività.

I pazienti, avvisati per tempo dell'arrivo del medico, si presentano in ambulatorio alle prime luci dell'alba.

I principali interventi eseguiti sono stati: cataratte, calazi, asportazioni di neoplasie. L'attività di sala operatoria spesso si prolunga fino al tardo pomeriggio perché la prima parte della mattinata è dedicata alla visita e all'inquadramento dell'intervento.

A volte un mese sembra un tempo infinito, in questo caso un mese è passato in un baleno.



Credo che l'attività di volontariato si possa svolgere in ogni luogo dove vi sia necessità di attività, di aiuto e di sostegno, sotto casa o nei luoghi più remoti della terra. Nel mio caso l'incontro con l'associazione amici di Ampasilava è stata del tutto casuale, ad una cena di beneficenza.

Questo mio atteggiamento di solidarietà e di sforzo attivo è stato ampiamente ricambiato dai sorrisi e dal riconoscimento delle persone assistite. Nel viaggio di ritorno mi viene da pensare che il Madagascar sia uno di quei luoghi dove più ti allontani e più sai in quale sogno vuoi ritornare.

Un grazie a tutte le persone malgascie incontrate, gente dignitosa e semplice che non nega mai un sorriso, anche quando le condizioni di vita sono veramente difficili.

Un grazie a tutti coloro che mi hanno permesso di ritornare alle origini della mia professione, la più bella del mondo, essere infermiere.



**NOTE RELATIVE
AL MADAGASCAR**

Superficie: 587.040 km²

Lunghezza: km 1.600

Larghezza: km 570

Popolazione: 19.448.815

Densità: 26.2 ab/km²

Speranza di vita media: 62 anni

Ordinamento: repubblica presidenziale

Capitale: Antananarivo - "Tanà"

Religione: animista 48%, cattolica 25%, protestante 20%.

Lingua: malgascio, francese

Popolazione: di ceppo indo-malese a cui, nel tempo, si sono sovrapposti influssi arabi ed africani. La popolazione malgascia è suddivisa in 18 etnie che corrispondono, in linea di massima, agli antichi regni presenti prima dell'unificazione avvenuta alla fine del 1700.

Già gli arabi, attraverso il commercio, conoscevano l'isola e la chiamavano "isola della luna".

Marco Polo fu il primo europeo a riferire dell'esistenza di una "grande isola rossa" che chiamò Magadascar.

Solo nel 1500, con l'arrivo della flotta portoghese, i primi europei misero piede nell'isola.

Alla fine del 1600, la costa orientale del Madagascar, con il centro di Sainte Marie, divenne il quartier generale dei pirati come testa di ponte per incursioni nell'Oceano Indiano.



Alla fine del 1700, Ramboasalama, capo della stirpe merina, unifica tutta l'isola in un solo regno, una serie di regni indigeni si susseguono fino al 1896 quando i francesi fanno del Madagascar una loro colonia.

Il 26 giugno 1960, il Madagascar conquista l'indipendenza.

La cultura malgascia è caratterizzata da un particolare atteggiamento che in malgascio significa "fihavanana" ossia atteggiamento conciliante o di fra-

tellanza, una mentalità che predica la necessità di evitare conflitti e la ricerca di un compromesso in tutti i campi della vita. I cittadini di quest'isola non hanno mai l'espressione malinconica, sono cortesi, riservati e non sono da confondere con l'apertura e l'espansività degli africani da cui spesso si vogliono distinguere. La famiglia è il cardine della vita sociale e si allarga non solo ai lontani cugini, ma anche agli antenati ormai defunti.

**MASTER UNIVERSITARIO DI PRIMO LIVELLO in
"ASSISTENZA INFERMIERISTICA PENITENZIARIA"**

Università Cattolica del Sacro Cuore - A.A. 2013/2014

Il Master è attivato presso la Piccola Casa della Divina Provvidenza - Presidio Ospedaliero Cottolengo - Via Cottolengo, 13 - TORINO

Le attività si svolgono presso il centro di Formazione dello stesso Presidio Ospedaliero.

Finalità e Obiettivi del Master (come da bando).

Il Master universitario in "Assistenza infermieristica penitenziaria" ha lo scopo di favorire, da parte degli infermieri/ostetriche, l'acquisizione di competenze avanzate, nell'ambito assistenziale, gestionale, organizzativo ed etico-deontologico, necessarie per garantire un'assistenza globale, continua ed integrata all'interno dell'ambito penitenziario.

Le competenze acquisite sono rivolte a: persone detenute o internate, reclusi in istituti penitenziari o reparti speciali ospedalieri, utenti di comunità trattamentali - riabilitative, pazienti ricoverati presso ospedali psichiatrico - giudiziari, adolescenti e giovani adulti reclusi in strutture per minori.

Coordinatori didattici:

Prof.ssa Suor Anna Maria Derossi - e-mail: sra.derossi@ospedalecottolengo.it

Prof. Giuseppe Marmo - e-mail: g.marmo@ospedalecottolengo.it

Per ulteriori informazioni digitare: Master universitario di primo livello in "Assistenza Infermieristica Penitenziaria"

• Indagine conoscitiva sull'uso ed abuso di alcol rivolto agli studenti delle scuole medie superiori di Anzio - Roma

Infermiera

Federica Massaro

Aspetti metodologici

La metodologia e gli strumenti di ricerca

Scopo, ipotesi e domanda di ricerca

Lo studio si propone di rilevare conoscenze, informazioni, atteggiamenti e comportamenti relativi all'assunzione di bevande alcoliche, di acquisire elementi che consentano di valutare l'efficacia dei programmi di prevenzione, di valutare l'insieme di opinioni, e situazioni che inducono i giovani ad abusare di alcol ed inoltre, di costruire, sulla base delle conoscenze acquisite, un modello di intervento preventivo nelle scuole. Infine lo studio intende approfondire un fenomeno finora poco considerato da adulti ed educatori.

Modalità rischiose di consumo di alcol in età precoce, bere fuori dai pasti e aumento degli episodi di ubriachezza, sono fenomeni che riguardano le nuove generazioni, tale fenomeno non può essere considerato separatamente dalla cultura generale e dai comportamenti degli adulti e di conseguenza le strategie preventive andrebbero inquadrare in un approccio di comunità. Dimostrare in maniera sistemica l'esistenza di fattori che influenzano i giovani all'uso dell'alcol.

La **domanda**, alla quale la ricerca si propone di offrire una risposta, è:

- quali sono le dinamiche relazionali, sociali che inducono i giovani all'abuso di alcol?

Lo strumento della rilevazione

Lo strumento utilizzato è un questionario a risposte chiuse dicotomiche, alcune delle quali seguono risposte ad imbuto, composto da 20 items e somministrato in forma anonima. Il diritto all'anonimato è stato garantito in quanto dalle risposte dei soggetti non si può risalire alla loro identità. Per la sua realizzazione abbiamo adot-

tato il seguente processo:

- Rassegna di alcune ricerche sul tema dell'alcol;
- Tematizzazione e definizione dei concetti da valutare;
- Formulazione degli items e scelta di batterie di items o indicatori già adottati in precedenti ricerche;
- Accertamento dell'attendibilità delle risposte, dei problemi di interpretazione e correzione di alcune domande;
- Formulazione delle istruzioni per gli intervistati
- Somministrazione del questionario.

Le domande contenute nel questionario sono di tipo chiuso. Gli items vertono su informazioni di tipo: - socio-demografico, (relative ai rispondenti) ed alle opinioni degli intervistati rispetto alla propria esperienza diretta e indiretta sul fenomeno oggetto di studio.

L'indagine ha indagato le conoscenze dei ragazzi in tema di alcol, al fine di promuovere attività di informazione e formazione sui rischi legati all'uso e abuso di alcol. Il questionario, inoltre, è stato suddiviso in 4 aree, esse comprendono le caratteristiche del campione, il rapporto personale con l'alcol, la conoscenza dell'alcol e dei suoi effetti ed infine alcol ed i giovani. Di ogni item sono state calcolate le frequenze e le percentuali.

Le modalità di somministrazione del questionario

Per la somministrazione del questionario, è stata richiesta l'autorizzazione ai Dirigenti Scolastici degli Istituti superiori che afferiscono al territorio della AUSL RMH in cui si è svolta l'indagine.

Alla richiesta di autorizzazione è stata allegata una copia del questionario. Una volta ottenuto il nullaosta dai Dirigenti Scolastici, è stato concordato un incontro preliminare con gli stessi Dirigenti, per definire gli obiettivi dello studio e pianificare la somministrazione. L'autore dello studio è rimasto a disposizione degli intervistati per chiarire eventuali dubbi, al fine di ridurre possibili errori di interpretazione e compilazione.

Il campione

Lo studio è stato realizzato su un campione di convenienza (casuale stratificato) composta da 146 studenti che frequentano gli istituti superiori liceo scientifico Innocenzo VI ed il professionale Colonna-Gatti in provincia di Roma.

Le caratteristiche socio-demografiche del campione

L'analisi del questionario ha evidenziato che la componente maggiormente rappresentativa del campione è composta da: 60% femmine e 32% maschi, con una frequenza di 88 intervistate e 47 intervistati. In termini percentuali le risposte al questionario indicanti il sesso femminile sono pari al 60% delle risposte valide.

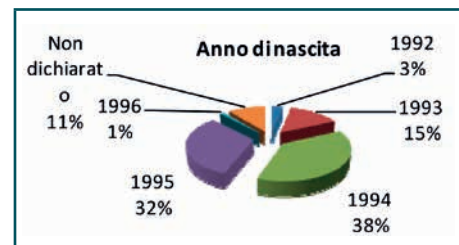


Grafico n.1: totale per fascia di età

Come si evidenzia dal grafico n. 1 e dal grafico n. 2, il 38% del campione rappresentativo, appartiene all'anno di nascita 1994 (18 anni), il 32% alla classe 1995 (17 anni) e solo l'1% alla classe 1996 (16 anni); inoltre, del totale del campione, il 60% è di sesso femminile, il 32% di sesso maschile e l'8% non dichiarato, ed infine, come si evince dal grafico n.3, il 68% del campione afferma di abitare con entrambi i genitori, il 22% con la mamma e il 6% risponde con altro.

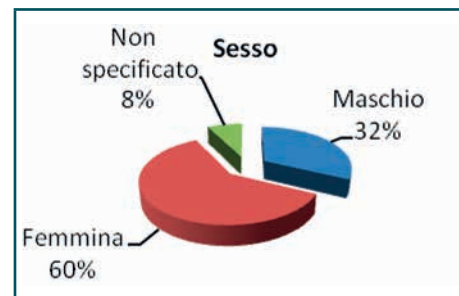


Grafico n. 2: sesso



Grafico n. 3: nucleo abitativo

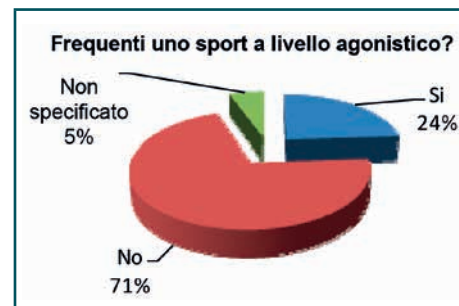


Grafico n. 4: numero studenti che frequentano uno sport a livello agonistico

La maggior parte del campione, pari al 75%, afferma di non frequentare uno sport a livello agonistico, e quando gli viene chiesto se hanno un partner stabile, il 55% degli intervistati dichiara di non averlo, e il 45% afferma di averlo.

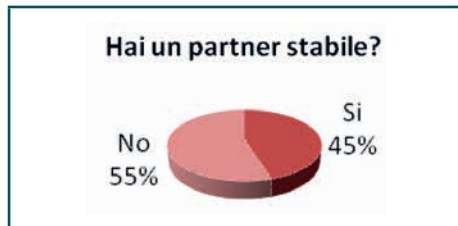


Grafico n. 5: numero studenti con partner stabile

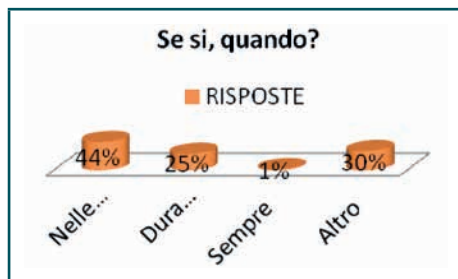
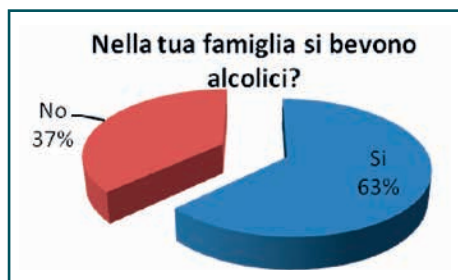


Grafico n. 6 e n. 7: il consumo di bevande alcoliche in famiglia

Alla domanda relativa all'uso di bevande alcoliche in famiglia, il 63% degli intervistati risponde "sì" e riferiscono che l'utilizzo di alcol avviene prevalentemente nelle occasioni e durante i pasti.

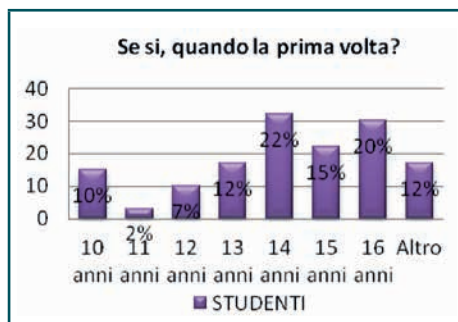


Grafico n. 8 e n. 9: numero studenti che hanno bevuto alcolici e quando la prima volta

Quando gli viene chiesto se hanno mai bevuto alcolici e quando per la prima volta, l'89% del campione risponde di "sì" e solo l'11% afferma di "no" dichiarando inoltre che tra coloro che hanno bevuto alcolici, il 57% ha bevuto per la prima volta tra i 14 ed i 16 anni, ma è di interesse evidenziare, come emerge dal grafico, che il 10% del campione ha bevuto per la prima volta all'età di 10 anni.

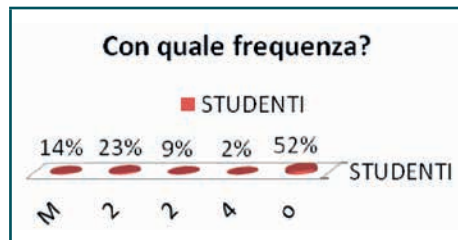


Grafico n. 10: frequenza dell'uso di alcol

Inoltre, gli viene chiesto con quale frequenza bevono alcolici ed il 52% dichiara occasionalmente ed il 23% 2-4 volte al mese.

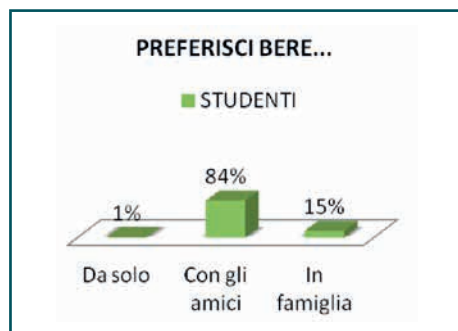


Grafico n. 11 e 12: con chi e dove maggiormente preferiscono bere

Come si evidenzia dai grafici 11 e 12, l'84% del campione preferisce bere con gli amici e il luogo dove maggiormente consumano alcolici risulta essere pub/birreria con il 42% delle risposte e il luogo di ritrovo con gli amici con il 22% delle risposte.

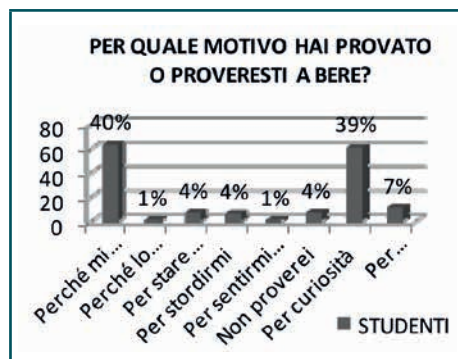


Grafico n. 13: motivazione degli studenti che ha provato o proverebbe a bere alcolici

Da questi dati emerge che il 40% del campione beve o proverebbe a bere alcolici perché gli piace e il 39% per

curiosità, solo il 4% non proverebbe a bere alcol.



Grafico n. 14: come si sentono gli studenti dopo che hanno bevuto

La metà del campione, pari al 50%, afferma di sentirsi allegro dopo aver bevuto, il 13% di sentirsi più libero e solo l'1% dichiara di sentirsi in colpa.

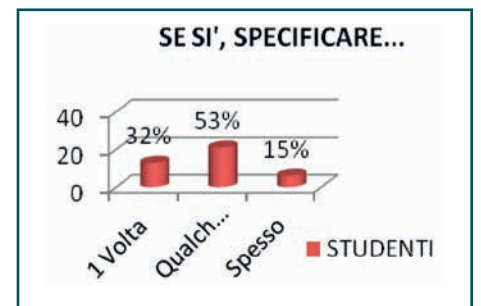
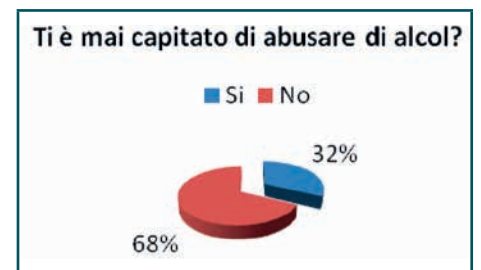


Grafico n. 15 e n. 16: numero studenti che hanno abusato di alcol e quante volte

Alla domanda relativa se hanno abusato di alcol e quante volte, il 68% degli intervistati risponde di "sì" e il 53% del campione dichiara che è capitato qualche volta, e le bevande alcoliche più utilizzate risultano la vodka, il rum e la birra.

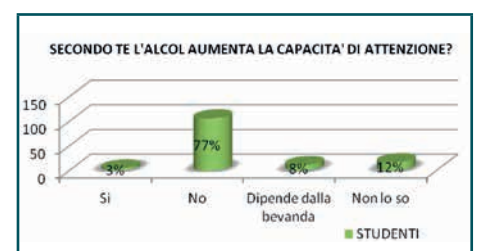


Grafico n. 17: capacità di attenzione

I seguenti dati dimostrano che il 77% del campione sono a conoscenza che l'alcol non aumenta la capacità di attenzione e solo il 3% dichiara il contrario.



Grafico n. 18: consapevolezza della dipendenza da alcol

Il presente grafico evidenzia che il 97% del campione è consapevole che l'alcol può creare dipendenza.

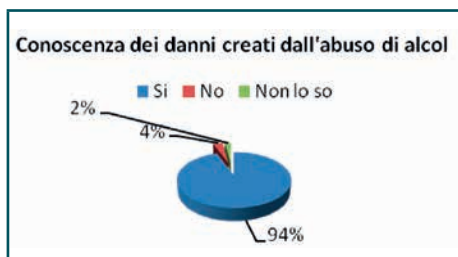


Grafico n. 19: conoscenza dei danni alla salute fisica e mentale causati dall'alcol

Dal grafico emerge che il 94% degli intervistati dichiara di essere a conoscenza che l'abuso di alcol può determinare danni alla salute fisica e mentale della persona.

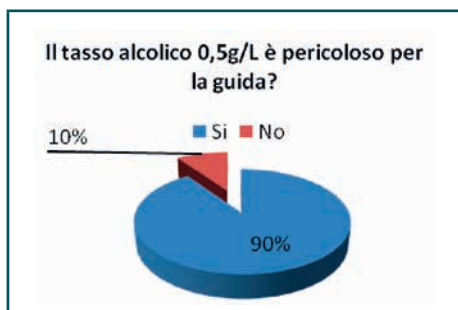


Grafico n. 20: consapevolezza della pericolosità per la guida del tasso alcolico pari a 0,5g/L



Grafico n. 21

I grafici 20 e 21, dimostrano che il 90% del totale è a conoscenza che il tasso alcolico pari a 0,5g/L è pericoloso per la guida ed il 98% del totale è consapevole che la guida in stato di ebbrezza, secondo la normativa vigente, determina la decurtazione dei punti dalla patente.

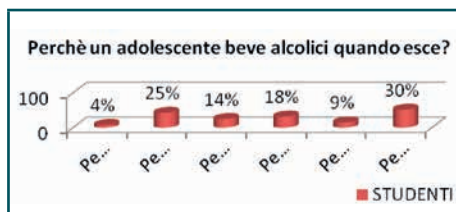


Grafico n. 22: motivazioni per cui un adolescente beve alcolici

Dai seguenti dati è emerso che il 30% del campione afferma che un adolescente beve quando esce per trasgredire, il 25% dichiara per non sentirsi escluso e il 18% per essere meno timido.

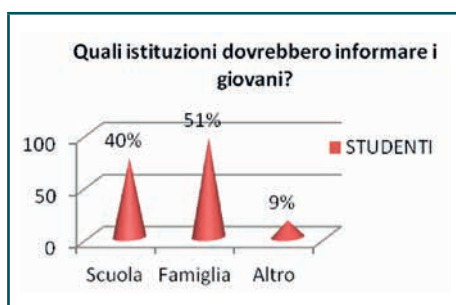


Grafico n. 23: efficacia dei programmi di informazione e formazione

Alla domanda relativa ai programmi di formazione e informazione e se sono esaustivi a far comprendere i rischi da abuso di alcol, il 62% risponde di no, dichiarando che le istituzioni che dovrebbero informare i giovani sull'uso e abuso di alcol sono la famiglia con il 51% delle risposte e la scuola con il 40% delle risposte.

Discussione

I risultati emersi dalla ricerca evidenziano che una buona parte del campione esaminato beve alcolici ed il 57% dichiara di aver bevuto per la prima volta nella fascia di età compresa tra i 14 ed i 16 anni, da non trascurare inoltre, che il 10% afferma di aver bevuto alcolici per la prima volta all'età di soli 10 anni. I dati confermano che il 52% degli interessati beve occasionalmente, il 23% 2-3 volte al mese. I soggetti interessati, pari al 63%, ha dichiarato che nella loro famiglia bevono alcolici occasionalmente e durante i pasti, quindi la famiglia non ha in-

fluenzato negativamente il comportamento dei soggetti, non appartenendo appunto ad un nucleo familiare di bevitori. Inoltre, dai dati si è riscontrato che il 40% del campione beve perché gli piace, il 39% per curiosità e solo il 4% non proverebbe a bere alcolici. Per quanto riguarda l'assunzione di alcolici, si è riscontrato che nel campione l'84% preferisce bere con gli amici e il luogo dove maggiormente gli capita di bere risulta essere pub/birreria, con una percentuale pari al 42%, e nel luogo di ritrovo con gli amici, pari al 22% delle risposte. Alla domanda relativa al motivo per cui hanno provato o proverebbero a bere alcolici, il 40% degli studenti risponde perché gli piace, il 39% per curiosità e solo il 4% ha risposto che non proverebbe a bere, inoltre il 50% afferma che dopo aver bevuto si sente allegro. E' interessante evidenziare che quando gli viene chiesto se hanno mai abusato di alcol, il 32% degli intervistati afferma di sì dove il 21% dichiara che gli è capitato qualche volta, e le bevande alcoliche più utilizzate risultano essere la birra e superalcolici come la vodka e il rum. Per quanto riguarda le conoscenze in materia di alcol e guida e problemi alcol-correlati, dallo studio sappiamo che gli studenti sono a conoscenza che l'alcol può creare dipendenza, che l'abuso di alcol può determinare danni alla salute fisica e mentale della persona, che il tasso alcolico pari a 0,5g/L è pericoloso per la guida, che l'alcol altera la capacità di attenzione, e che l'alcol non aumenta le capacità sessuali, ma ciò nonostante l'89% di essi, corrispondenti ad una frequenza di 130 studenti su 146, beve alcolici. Nel campione, si è evidenziato come le "credenze popolari" abbiano coinvolto anche le giovani generazioni, infatti il 48% degli studenti, dichiara che il vino fa buon sangue e che l'alcol dà calore. Viene poi chiesto agli intervistati il motivo per cui un adolescente beve alcolici quando esce, ed il 55% del campione risponde per trasgredire e per non sentirsi escluso, forse perché l'uso di alcol viene considerato come strumento socializzante e disinibente, che dà loro il senso di appartenenza al gruppo. Infine, si è voluto indagare su quali istituzioni dovrebbero informare i giovani sull'uso e abuso di alcol, i rischi ad esso connessi e all'efficacia di essi, ottenendo che il 62% degli intervistati risponde che i programmi di formazione ed informazione non sono esaustivi e le istituzioni che dovrebbero

informare i giovani sono la scuola e la famiglia con il 40% e il 51% delle risposte dove il dato rilevante risulta essere che gli interessati vedono la famiglia come prima istituzione educativa, forse perché si sentono sicuri e non vedono nelle loro parole un obbligo ma solo le parole delle persone di cui essi si fidano di più.

CONCLUSIONE

L'uomo convive con l'alcol da molti anni ed esso ha rappresentato e rappresenta nelle diverse società, non solo una bevanda come le altre, non solo una componente dell'alimentazione, ma anche un mezzo di socializzazione e di comunicazione, uno strumento di estraniamento. Purtroppo l'uso e abuso di questa sostanza ha un'incidenza negativa causando patologie alcol-correlate, incidenti stradali, rendendo difficili i rapporti sociali, soprattutto in ambito familiare e nonostante diverse politiche di prevenzione, l'abuso di alcol sembra essere ancora un argomento non affrontato. I risultati della ricerca ci consentono di evidenziare che i giovani sono sufficientemente informati sul piano cognitivo dei pericoli associati all'uso di alcol ma l'assunzione sembra rispondere a bisogni profondi che richiedono interventi preventivi appositamente pensati non solo per informare, ma anche per far partecipare attivamente i giovani. In effetti i giovani intervistati considerano l'uso di alcol come uno strumento socializzante e disinibente, in grado di favorire le relazioni con il gruppo dei pari la cui perdita, in questa fase evolutiva, sembra costituire il rischio più grave. Per i giovani il pericolo di non integrarsi nel gruppo, o di avere un ruolo marginale al suo interno appare ben più grave di quello che comporta la guida in stato di ebbrezza. E' evidente che i programmi di formazione ed informazione attuati per far comprendere i rischi da abuso di alcol non sono esaustivi ed in merito ho elaborato un opuscolo informativo che racchiude i principali effetti dannosi alcol-correlati perché è importante, per la prevenzione, cercare di garantire un'informazione corretta ed esauriente che contribuisca a rendere i giovani maggiormente abili e capaci nella gestione del bere, evitando di esporli agli effetti di una probabile inesperienza connessa all'adozione di un comportamento relativamente nuovo.

Inoltre gli intervistati vedono la famiglia in prima linea come fonte di

informazione e formazione ed a tale proposito è auspicabile programmare degli incontri dove partecipino attivamente sia i genitori che i loro figli. Parlare con i propri figli dell'alcol e informarli sugli effetti del bere è un compito non semplice, ma indispensabile per favorire scelte sane e sicure. In una fase, come quella giovanile, in cui l'atteggiamento oscilla tra il vissuto di persecuzione e il bisogno di protezione, la garanzia che ci sia qualcuno che si occupa di sicurezza offre un'importante conforto.



• **Esperienza** **-vissuta e raccontata-** **nella Casa**

Circondariale di **Bologna**

Nadialina Assueri

Coordinatore Infermieristico

Michele Esposito

Infermiere

Ingrid Negroni

Infermiera

Azienda Unità Sanitaria Locale di
Bologna

Negli ultimi anni abbiamo assistito a numerose e significative trasformazioni che hanno riguardato l'evoluzione della professione infermieristica. Queste hanno comportato e tutt'oggi comportano la necessità di continue e approfondite riflessioni, non solo sulle nuove e più complesse competenze che l'infermiere è chiamato a garantire nell'esercizio della professione, ma anche sul patrimonio di contenuti che arricchiscono costantemente la disciplina infermieristica.

In questo dinamico contesto di rinnovamento e affermazione della figura infermieristica, si inserisce oggi in modo preponderante l'assistenza infermieristica all'interno degli Istituti Penitenziari. La storia dell'assistenza in carcere ha origini molto antiche, già i romani si resero conto che il detenuto, nonostante avesse peccato contro la società e le sue leggi fondamentali, era e rimaneva, al di là del reato del quale si era macchiato, un essere umano, un individuo unico e speciale come ogni altro cittadino libero. Agli inizi del '900 dopo un concordato Stato-Chiesa, le confraternite religiose che fino a quel momento si erano occupate dei bisogni del detenuto, divennero a tutti gli effetti enti pubblici. Nacque così in Italia la prima vera assistenza nelle carceri. Successivamente gli anni bui del fascismo e delle guerre che si susseguirono misero un freno al profondo rinnovamento che si stava vivendo. Solo negli anni '50, l'Amministrazione Penitenziaria, rivolgerà attenzione ai problemi sanitari ed elaborerà una sostanziale riforma riguardante i medici penitenziari. Gli infermieri

anch'essi dipendenti della stessa amministrazione, erano classificati, sul piano giuridico ed economico, come operai specializzati e comunque in numero molto esiguo. L'assistenza infermieristica era demandata per la maggior parte agli agenti di custodia, che a seguito di sommaria selezione, o per particolari attitudini, erano scelti a svolgere questo servizio. Dopo un breve aggiornamento teorico-pratico, gli agenti seguivano gli infermieri ed assistevano i detenuti, senza che loro stessi fossero tutelati dai rischi che l'assistenza comporta. Negli anni 1960-1970, l'amministrazione penitenziaria permetterà l'ingresso nella struttura penitenziaria, fino ad allora chiusa in se stessa e senza veri contatti con il mondo esterno, di infermieri civili in possesso di regolare Diploma appartenenti ad una struttura ospedaliera, per affiancare gli "agenti infermieri", inadeguati a rispondere all'assistenza richiesta da una popolazione detenuta sempre più bisognosa di cure complesse. Per molti anni a seguire e comunque fino all'anno 2008 l'assistenza sanitaria nelle carceri fu totalmente appannaggio del Ministero della Giustizia che annoverava nelle proprie dotazioni organiche, anche se con trattamenti diversi, figure e ruoli sanitari come medici, infermieri e tecnici che garantivano la gestione di tutti i servizi all'interno degli Istituti. Con tale organizzazione, per quanto il diritto alla salute, art 32 della Costituzione, fosse tutelato, il sistema in realtà si trovava ad essere in conflitto con i principi basilari del Servizio Sanitario Nazionale sanciti nella L.833/78, tra i quali citiamo i principi di universalità, equità e globalità degli interventi per la tutela della salute di tutti i cittadini. Pertanto la legislazione italiana si trovò a dover risolvere tramite apposite norme, questo problema. Tale prospettiva si è poi recentemente tradotta nell'emendamento inserito nella Legge Finanziaria 2008 e la successiva emanazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, emanato l'1.04.2008 che indica le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, umane e strumentali, della sanità penitenziaria, dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria al SSN. Il processo di adeguamento ver-

so un'assistenza più idonea alla tutela della salute delle persone sottoposte a regime "ristretto" è stato avviato e a tutt'oggi si può dire che fa ancora fatica ad essere completato. Infatti sta richiedendo un grosso impegno agli operatori che sono chiamati a investire le risorse disponibili ed integrare le proprie competenze ed esperienze in un settore particolare dell'assistenza sanitaria e di grande complessità. Stesso impegno è richiesto tutt'ora alle Aziende Sanitarie Locali.

Infatti il modello organizzativo sanitario, fortemente consolidato nelle Aziende Sanitarie del Sistema Sanitario pubblico non è e non può essere proposto in una struttura ove le persone sono presenti per ragioni che ne condizionano la libertà. La persona detenuta è esposta a condizioni di vita precarie, è portatrice di bisogni sanitari al pari se non superiori alla media del contesto sociale. In questo complesso scenario si inserisce il professionista infermiere che rappresenta l'anello di congiunzione tra un sistema sanitario pubblico ed un sistema ristretto nel quale la persona detenuta, al di là dei problemi che può avere con il sistema delle regole, possa sentirsi ed essere a tutti gli effetti una persona assistita e curata. Nello specifico l'assistenza sanitaria, nella Casa Circondariale di Bologna, viene attualmente fornita da un'equipe comprendente diverse figure sanitarie: medici, infermieri, operatori socio sanitari (OSS) e personale amministrativo. In dettaglio, sono presenti 23 infermieri ed 1 oss e l'assistenza è fornita ad una popolazione carceraria che oscilla tra gli 850 e i 1200 detenuti. Nella Casa Circondariale di Bologna, il servizio sanitario è di competenza del Dipartimento Cure Primarie dell'Azienda Sanitaria Locale di questa città e l'assistenza medica ed infermieristica è garantita 24 ore al giorno, fornendo l'assistenza primaria e la continuità assistenziale, con risposta alle urgenze.

IL Dipartimento di Salute Mentale è presente con medici psichiatri ed infermieri dedicati, il Servizio Tossicodipendenze, (SerT) eroga l'assistenza con la medesima équipe dei servizi territoriali.

E' presente un poliambulatorio con varie specialità mediche: dermatologia, ginecologia, odontoiatria, cardiologia, oculistica, infettivologia. Inoltre

dopo il passaggio determinato dal DPCM 1/4/2008 è stata attivata la tele radiologia mediante un servizio radiologico ed ecografico interno.

Per comprendere ed inquadrare meglio l'attività infermieristica nell'Istituto Penitenziario, è necessario descrivere alcune caratteristiche della popolazione presente. L'infermiere opera in collaborazione con l'Equipe multidisciplinare composta da medici, infermieri, OSS, tecnici radiologi, ostetrica con l'obiettivo di preservare la salute della persona. Nella Casa Circondariale di Bologna (comunemente definita della Dozza), sono presenti circa il 60% di persone straniere. E' importante quindi considerare la cultura di provenienza della persona e utilizzare, quando è possibile, il servizio di Mediazione Culturale. Le persone con problemi di dipendenza da droghe, rispetto alla popolazione generale, necessitano di competenze specifiche. Inoltre, il disagio in carcere, si manifesta spesso con disturbi del comportamento o manifestazioni di tipo psichiatrico.

In questa struttura vengono prese in carico, dal punto di vista socio sanitario, anche le persone detenute affette da patologie croniche che per la loro condizione di disagio sociale hanno trascurato la loro patologia fino all'ingresso nella Casa Circondariale e, per la realtà della Dozza, rispetto al numero elevato di persone presenti, tra le persone con patologie croniche ve ne sono alcune che necessitano di trattamenti assistenziali di media intensità: ad esempio anziani con polipatologie, pazienti già sottoposti a trapianto d'organo quindi in terapia immunosoppressiva, pazienti in trattamento chemioterapico in regime di DH e che, come tali devono essere accompagnati all'ospedale periodicamente.

L'ambiente carcerario è un'Istituzione Totale¹ cioè un luogo di vita nel quale la persona è obbligata a sottostare ad una serie di regole che incidono profondamente sulla propria vita. Il detenuto viene sottoposto ad una deprivazione sociale (cessa, se presente, la propria attività lavorativa e di socializzazione), affettiva (può incontrare i propri cari solo una volta alla settimana in un colloquio), cambia le abitudini alimentari, quelle dell'igiene del proprio corpo. E' co-

1. Goffmann E. , 1968 Asylums, Einaudi Editore

stretto a convivere con persone che non ha scelto. Nel periodo di restrizione deve necessariamente fare i conti con un'identità personale profondamente cambiata e mettere in atto una serie di cambiamenti e di adattamenti al nuovo ambiente. L'adattamento ha interazioni asimmetriche e le limitazioni della libertà può generare reazioni che incidono profondamente sulla salute (depressioni reattive, autolesionismo...)². Nella persona affetta da patologie croniche il contesto carcerario può peggiorare lo stato di salute.

Le suddette considerazioni, presenti per la tipologia dell'Istituzione in esame, dimostrano, ancora una volta l'importanza della relazione infermiere/persona assistita, relazione sulla quale il nostro Profilo insiste per ben due volte.

Perciò, anche se la presenza dell'infermiere accanto alla persona ristretta, è temporalmente breve, poichè limitata alla prestazione assistenziale, questo professionista agisce tenendo presente, oltre alla relazione verbale, anche quella non verbale, altrettanto significativa ed importante come pure l'ascolto dei bisogni di salute della persona stessa.

Il Codice Dentologico costituisce un importante strumento di guida per l'assistenza anche in questa Istituzione.

L'esercizio della professione infermieristica nell'Istituto Penitenziario richiede di adattare le proprie capacità e competenze professionali a questo ambiente specifico, non è un ospedale e per le ragioni su descritte (persone non libere) e lo stato di salute è spesso precario. Bisogna essere consapevoli che l'assistenza è erogata a persone, che sono tali al di fuori dei loro problemi giudiziari, occorre tenere presente le regole che devono essere osservate dalle persone che accedono alla struttura per motivi di servizio e quelle comportamentali da porre in essere per garantire la propria sicurezza. Quindi osservare gli spazi, la presenza del personale di polizia penitenziaria, le differenti culture delle due amministrazioni pubbliche (AUSL e Amministrazione Penitenziaria). La collaborazione, per lo stretto contatto

nel proprio operare con il personale dell'amministrazione penitenziaria può creare, in alcuni casi, difficoltà ed incomprensioni, più che altro dovute ai diversi mandati (sicurezza e sanità). Ciò nonostante, con il tempo e la conoscenza reciproca, si è sviluppato un processo di collaborazione con tutti i professionisti del contesto penitenziario.

La collaborazione, che si è instaurata, rappresenta un fondamentale ed importante punto di riferimento e di aiuto per il nostro lavoro, a vantaggio della salute dei detenuti che trovano, nell'infermiere e nel medico, soggetti neutrali che operano per la tutela della loro salute. Si è perciò "lavorato" molto per trovare formule di interazione con gli operatori dell'Amministrazione Penitenziaria (Agenti di Polizia ed Educatori). Una delle esperienze più costruttive è stata la partecipazione ad un corso di formazione integrato tra le due Amministrazioni Pubbliche e preceduto da una Conferenza dei Servizi tra Amministrazione Penitenziaria e AUSL di Bologna. Il corso è stata un'esperienza che ha permesso a tutti gli operatori Sanitari, Sociali e Penitenziari di riflettere sul proprio ruolo all'interno del contesto carcerario e di conoscersi reciprocamente rispetto ai mandati istituzionali e alle differenti professionalità possedute. Sono stati trattati i temi relativi alla formazione specifica dei professionisti presenti, indi alle competenze possedute, all'organizzazione del lavoro reciproco, agli aspetti etici e deontologici. Pertanto sono stati superati pregiudizi e conflitti, dovuti alla non conoscenza dei percorsi formativi e dei ruoli, acquisiti nella società, dai diversi profili di operatori presenti nell'istituzione penitenziaria. Ad esempio la figura dell'infermiere, vista la sua progressiva evoluzione professionale, non era conosciuta dal contesto ed era percepita in modo distorto. Dopo il corso sono migliorate le relazioni intra ed interprofessionali e si è sviluppato un clima di maggiore collaborazione reciproca.

Tuttavia, stante anche il tempo relativamente breve del servizio sanitario dell'AUSL, nella Casa Circondariale di Bologna, esistono molte possibilità di miglioramento, in tutti i settori, a totale beneficio del buon funzionamento della struttura in tema di tute-

la della salute delle persone presenti. Il gruppo infermieristico è per circa metà composto da infermieri dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale ed i rimanenti sono somministrati da Agenzia Interinale. Questi ultimi sono, in genere, Infermieri neolaureati pertanto effettuano concorsi per cui frequentemente lasciano il servizio per essere assunti a tempo indeterminato in una struttura pubblica. Pertanto pur considerato che gli infermieri neolaureati portano arricchimento al gruppo di lavoro, idee ed entusiasmo, dall'altro è presente molto turn-over che determina poca stabilità nel gruppo.

Attualmente è in corso un lavoro per costruire un collegamento con i servizi socio-sanitari del territorio, per dare continuità alla presa in carico sanitaria/sociale delle persone "fragili", al momento dell'uscita dal carcere.

La Regione Emilia-Romagna ha appena emesso una circolare (n° 15/2012), che definisce il piano di assistenza per la persona detenuta. La circolare è il frutto del lavoro di medici ed infermieri di tutti gli Istituti Penitenziari regionali. Questo documento dà indirizzi e procedure per lo sviluppo dei servizi socio sanitari all'interno delle carceri, viene considerato il percorso sanitario nelle sue fasi, che hanno criticità differenti rispetto all'ingresso della persona nell'Istituto di Pena, alla detenzione, all'uscita dall'Istituto stesso.

Nella concezione olistica della salute, alla quale da molto tempo si fa riferimento in concreto, declinare la propria professionalità per le persone detenute è una stimolante sfida che richiede impegno, costanza e professionalità. È altresì evidente che tale impegno non è sufficiente fino a che la società in generale e le sue rappresentanze politiche non si fanno carico della qualità di queste strutture, troppo spesso considerate marginali. Certamente la congiuntura economica attuale non è favorevole al miglioramento della qualità di vita nelle Case Circondariali del nostro Paese, ma è necessario ricordare anche l'ultima sentenza della Corte Europea che ha condannato il nostro sistema penitenziario per avere leso i diritti dell'uomo a causa del sovraffollamento nel sistema carcerario. Questo è uno degli indici di cattivo funzionamento della società.

2. Assueri Nadialina in S.Scalorbi, Infermieristica Preventiva e Comunità, McGraw-Hill - 2012.

• **Istituzione gestione separata ENPAPI:**

cambia la tutela assistenziale e previdenziale per le collaborazioni continuate e le collaborazioni non abituali

(C.D. Mini Co.Co.Co)

Dott.ssa Morselli Silvia

ENPAPI, con il nuovo Regolamento di Previdenza 2013, approvato dai Ministeri Vigilanti il 29/03/2013, ha istituito una **Gestione Separata** così come previsto dal comma 4 ter inserito in sede di conversione di legge 7 agosto 2012 n. 135 nell'art. 8 del Decreto Legge 6 luglio 2012 n.95.

Chi si deve iscrivere alla gestione separata ENPAPI?

Alla Gestione Separata ENPAPI devono obbligatoriamente iscriversi gli Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici che, nello svolgimento delle attività previste dai singoli profili professionali, percepiscono redditi derivanti dall'attività libero professionale svolta secondo le seguenti modalità¹:

- **rapporto di collaborazione coordinata e continuativa,**
- **contratto a progetto,**
- **collaborazioni occasionali** di cui all'art. 61, comma 2, D.Lgs. 276/2003 (mini Co.Co.Co.).

1. Per tutti gli altri liberi professionisti che traggono reddito dallo svolgimento dell'attività professionale mediante titolarità di partita IVA Individuale, in forma associata o tramite Società tra Professionisti o in qualità di soci di cooperativa di tipo A, rimane l'assoggettamento previdenziale alla Gestione Principale ENPAPI.

Hanno obbligo di iscrizione alla gestione separata tutti i professionisti quindi che percepiscono compensi per lo svolgimento di attività attribuite al professionista in ragione della sua particolare competenza, anche se non rientranti nell'oggetto dell'arte o professione. Pertanto rientrano nell'obbligo di iscrizione:

- **i componenti gli organi di amministrazione e controllo di Studi Associati e Cooperative;**
- **i componenti gli organi di amministrazione e controllo dei Collegi Provinciali IPASVI qualora svolgano contestualmente attività di lavoro di autonomo, anche sottoforma di collaborazione, con obbligo di iscrizione ad ENPAPI (attraazione del reddito nella sfera libero professionale);**
- **le docenze.** L'attività di docenza si configura infatti come attività tipica dell'Infermiere, così come stabilito dall'art.1, comma 4, del D.M. 14 settembre 1994, n. 739 (Profilo professionale dell'Infermiere), che dispone che *"L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca"*. Gli Infermieri, gli Infermieri Pediatrici e gli Assistenti Sanitari (inclusi i lavoratori dipendenti autorizzati dalla propria struttura) che effettuino attività di docenza in materie sanitarie presso Università, scuole professionali o altri istituti, con contratti a progetto, collaborazioni continuate e coordinative o contratti di collaborazione non abituale (cd. mini co.co.co.) sono anch'essi destinatari della riforma.

Le uniche forme di prestazioni occasionali che non prevedono l'assoggettamento dei redditi derivati a ENPAPI sono quelle prive dei requisiti di abitualità e di professionalità.

Quanto si deve versare

L'entità e la struttura della contribuzione, nonché il riparto tra lavoratore e Committente, sono equiparate a quelle previste per i

Collaboratori iscritti alla Gestione Separata INPS. L'individuazione della corretta l'aliquota IVS da applicare è pertanto legata alla contestuale assenza o presenza di un'assicurazione presso un'altra forma di previdenza obbligatoria o all'essere titolari di trattamento pensionistico.

- **Titolari di rapporto di collaborazione non contestualmente assicurati presso altra forma di previdenza obbligatoria o titolari di trattamento pensionistico**

ANNO	ALIQUOTA IVS
2012 e 2013	27%
2014	28%

In aggiunta ai contributi di cui sopra è dovuto un ulteriore contributo pari, attualmente, **allo 0,72%** destinato al finanziamento dell'indennità di maternità, del congedo parentale, dell'assegno per il nucleo familiare, e dell'indennità di malattia e di degenza ospedaliera.

- **Titolari di rapporto di collaborazione contestualmente assicurati presso altra forma di previdenza obbligatoria o titolari di trattamento pensionistico**

ANNO	ALIQUOTA IVS
2012	18%
2013	20%
2014	21%

La contribuzione, determinata con le aliquote esposte, è dovuta e applicata sul reddito dell'iscritto fino al limite del massimale di reddito paria a:

- € 96.149,00 per l'anno 2012
- € 99.034,00 per l'anno 2013

Le norme non prevedono un importo minimo sul quale è comunque dovuto il contributo. L'importo dovuto deve essere rapportato al reddito effettivo.

La contribuzione dovuta alla Gestione Separata, compresa la percentuale dello 0,72% qualora dovuta, non è tutta a carico del Collaboratore, ma divisa nella misura di due terzi (2/3) a carico del Committente e un terzo (1/3) a carico del Professionista.

E' prevista anche la possibilità di una **contribuzione volontaria** per tutti gli iscritti che cessino l'attività libero professionale e vogliano proseguire il versamento della contribuzione all'En-

te, nel caso in cui abbiano i seguenti requisiti:

- versamento contributivo per almeno un anno nell'ultimo quinquennio;
- versamento contributivo per almeno tre anni in qualsiasi epoca;
- non abbiano copertura previdenziale presso altra gestione obbligatoria ovvero non siano titolari di pensione diretta.

Chi deve versare il contributo e come

Il Collaboratore ha solo l'obbligo di presentare la domanda di iscrizione presso la Gestione Separata ENPAPI, comunicando tempestivamente successivamente ogni variazione dei dati anagrafici comunicati, e di comunicare al proprio Committente la sua condizione previdenziale (se iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria, pensionato, o privo di altra copertura previdenziale), se ha già presentato domanda di iscrizione, nonché altri dati a valenza fiscale.

E' compito invece dei Committenti sia la denuncia dei compensi sia il versamento dei contributi, anche per quanto riguarda la quota a carico del Collaboratore previa trattativa del relativo importo in busta paga, dopo aver provveduto alla registrazione quali aziende contribuenti presso la Gestione Separata ENPAPI.

Il Committente deve effettuare il versamento della contribuzione complessivamente dovuta entro il giorno 16 del mese successivo a quello di corresponsione del compenso.

Al momento attuale il pagamento delle contribuzioni deve avvenire a mezzo bonifico bancario sul conto corrente, intestato ad ENPAPI, appositamente attivato presso la Banca Popolare di Sondrio (IBAN: IT 10 D 05696 03211 00007888X31) rispettando le istruzioni fornite da ENPAPI per la compilazione dell'ordine di bonifico (specialmente per quanto riguarda la causale ed il periodo di riferimento, fac simile di ordine di bonifico viene appositamente elaborato direttamente dal software DARC scaricabile dal sito di ENPAPI). ENPAPI ha già intrapreso l'iter necessario per richiedere la stipula di una con-

venzione con l'Agenzia delle Entrate, se il procedimento darà esito positivo in futuro sarà possibile per gli utenti ENPAPI effettuare il versamento dei contributi mediante riscossione unificata (F24).

Il Committente è inoltre tenuto ad inviare mensilmente i dati retributivi dei propri collaboratori a ENPAPI attraverso l'utilizzo del software DARC fornito dallo stesso, entro l'ultimo giorno del mese successivo a quello di pagamento del compenso e a trasmettere il file contenente tale denuncia, elaborato con la procedura DARC, all'Agenzia delle Entrate utilizzando gli appositi programmi ENTRATEL o FISCONLINE.

Da quando parte l'obbligo per l'iscrizione alla gestione separata enpapi

L'obbligatorietà dell'iscrizione è stata fissata retroattivamente a decorrere dal 1° gennaio 2012, con delibera n. 142 assunta dal Consiglio di Amministrazione ENPAPI riunitosi in data 16/04/2013, è stato previsto un periodo transitorio necessario per permettere a tutti i Committenti di adeguarsi ai nuovi obblighi previsti dal Regolamento di Previdenza a Assistenza della Gestione Separata ENPAPI: entro il 30/06/2014 dovranno pervenire all'Ente le denunce retributive e contributive arretrate (dal 01/01/2012) in relazione a ciascun Collaboratore, nonché i pagamenti relativi ai periodi arretrati per i quali è stata presentata la denuncia.

Si ricorda che, essendo i compensi percepiti per lo svolgimento dell'attività mediante contratto di collaborazione, anche non abituale, fiscalmente assimilabili ai redditi da lavoro dipendente, **i compensi percepiti dai collaboratori entro il 12 gennaio 2012, se riferibili all'anno 2011 e dichiarati fiscalmente nell'anno 2011, sono assoggettati alla normativa previgente.**

Ai Committenti interessati alla regolarizzazione del periodo pregresso entro il 30/06/2014 non sarà applicata nessuna delle sanzioni previste dal regime sanzionatorio vigente.

Il Collaboratore sarà tenuto a restituire al Committente la maggiorazione pari al 4% (al 2% se Pubblica Ammi-

nistrazione) percepita sui compensi relativi all'anno 2012 oltre alla quota, pari ad 1/3 del totale, a carico del Collaboratore stesso.

Sanzioni previste per gli inadempienti

La normativa prevede specifici tipi di inadempienze, in relazione alla gravità dei quali vengono applicate sanzioni diversificate, tenuto conto anche del comportamento del trasgressore. La Legge 388/2000, infatti, ha previsto un trattamento più severo per i casi di evasione contributiva rispetto all'omissione contributiva, in considerazione della maggiore pericolosità sociale della condotta.

La prima fattispecie si verifica in caso di registrazioni o denunce obbligatorie omesse o non conformi al vero, con l'intenzione specifica di non versare i contributi o premi, occulta i rapporti di lavoro in essere ovvero le retribuzioni erogate (casi di infedeltà delle denunce stesse). La seconda si applica, invece, nel caso di mancato o ritardato pagamento dei contributi o premi, il cui ammontare è ricavabile dalle denunce e/o registrazioni obbligatorie.

ENPAPI ha costituito un ufficio ispettivo per vigilare sul corretto inquadramento contrattuale, fiscale e previdenziale delle prestazioni.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

ENPAPI - Circolare n.1/2013 prot. 5195/2013

ENPAPI - Circolare n.2/2013 prot. 5196/2013

ENPAPI - Circolare n.3/2013 prot. 8314/2013

ENPAPI - Circolare n.4/2013 prot. 10349/2013

ENPAPI - Circolare n.5/2013 prot. 10631/2013

ENPAPI - Delibera n. 142 del 16/04/2013

ENPAPI - Regolamento di Previdenza 2013

ENPAPI - Regolamento Gestione Separata 2013

<http://www.enpapi.it/GSE/gse.htm>

• **Obblighi PEC:
comunicazioni e
novità**

Dott.ssa Silvia Morselli



Gli indirizzi @postacertificata.gov.it non sono validi per adempiere all'obbligo di dotarsi di una casella PEC (Decreto Legge 185/08, convertito nella Legge n. 2 del 28/01/2009)

La PostaCertificat@ (@postacertificata.gov.it) è rilasciata ai sensi dell'art. 16-bis del Decreto Legge del 29 novembre 2008, n. 185, recante "Misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale", convertito in legge del 28 gennaio 2009, n. 2 e del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6 maggio 2009 recante disposizioni in materia di rilascio e di uso della casella di Posta Elettronica Certificata ai cittadini.

L'annuncio della nascita di questo servizio gratuito, che consente ai cittadini di comunicare con le Pubbliche Amministrazioni, ha avuto un forte riscontro mediatico che ha contribuito, a volte, a creare confusione sulle sue reali caratteristiche dello stesso. **Si chiama PostaCertificat@, ma è erroneo definirla PEC (Posta Elettronica Certificata).**

E' più opportuno chiamare questo servizio di mail CEC-PAC, ovvero Comunicazione Elettronica Certificata tra Pubblica Amministrazione e Cittadino.

La CEC-PAC consente quindi di dialogare esclusivamente con indirizzi PEC, registrati presso il DigitPA, della Pubblica Amministrazione, e non può essere utilizzata per comunicazioni tra aziende, professionisti o tra cittadini o mail non Pec della Pubblica Amministrazione, è quindi un canale di comunicazione chiuso ed esclusivo tra Pubblica Amministrazione e cittadino. Non sono, infatti, previste comunicazioni al di fuori di tale canale, per esempio traccittadino e cittadino

o nelle relazioni tra realtà aziendali, nei rapporti con banche, clienti e fornitori.

Mentre invece la PEC (Posta Elettronica Certificata) è un sistema che permette di comunicare con QUALSIASI soggetto (aziende, professionisti, cittadini, Pubblica Amministrazione) e potenzialmente con qualsiasi tipo di indirizzo di posta elettronica certificata.

Entrambe le tipologie consentono di dare valore legale (al pari di una tradizionale raccomandata con ricevuta di ritorno) a un messaggio di posta elettronica inviato verso un altro indirizzo di posta elettronica certificata, ma la CEC-PAC permette di darlo SOLO ED ESCLUSIVAMENTE per comunicazioni tra cittadino e Pubblica Amministrazione, mentre la Pec permette di darlo alle comunicazioni da e verso TUTTI I SOGGETTI.

	Casella PEC	Casella CEC-PAC
Pubblica Amministrazione	√	√
Aziende	√	X
Professionisti	√	X
Privati	√	X

Ricordiamo, inoltre, che il Decreto 185/2008 convertito successivamente nella legge n. 2 del 28/01/2009 stabilisce, per le società, i professionisti e le Pubbliche Amministrazioni, l'obbligo di attivare una casella PEC, che identifichi la versione "virtuale" della sede legale degli stessi soggetti.

L'obbligo dei professionisti iscritti ad un Albo di comunicare entro il 29 Novembre 2009 al proprio Ordine o Collegio il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (o analogo indirizzo di posta elettronica basato su tecnologie che certifichino data e ora dell'invio e della ricezione delle comunicazioni e l'integrità del contenuto delle stesse, garantendo l'interoperabilità con analoghi sistemi internazionali) non può essere assolto comunicando il proprio indirizzo @postacertificata.gov.it in quanto, come illustrato sopra, trattasi di CEC-PAC e non di PEC.

Si invitano tutti gli iscritti che hanno fornito un indirizzo di posta terminante in @postacertificata.gov.it ad aprire una casella di posta elettronica PEC e di comunicarla tempestivamente al Collegio, utilizzando l'apposito modulo (a cui va allegato documento di identità).



**Comunicazione indirizzi PEC
dei professionisti a INI-PEC**

Al fine di favorire la presentazione di istanze, dichiarazioni e dati, nonché lo scambio di informazioni e documenti tra la pubblica amministrazione e le imprese e i professionisti in modalità telematica, ai sensi dell'art. 5 comma 3 del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, è stato istituito presso il Ministero dello Sviluppo Economico l'Indice Nazionale degli indirizzi di posta certificata delle imprese e dei professionisti (INI-PEC).

Pubbliche amministrazioni, professionisti, imprese, gestori o esercenti di pubblici servizi e tutti i cittadini potranno, tramite sito web senza necessità di autenticazione, consultare un registro composto da due sezioni, rispettivamente dedicate alle imprese e ai professionisti:

- **"Sezione Imprese"** che riporterà provincia, codice fiscale, regione sociale/denominazione e indirizzo PEC.
- **"Sezione Professionisti"** che riporterà provincia, Ordine o Collegio Professionale, codice fiscale, nominativo e indirizzo PEC.

L'Indice nazionale sarà realizzato a partire dagli elenchi di indirizzi PEC costituiti presso il registro delle imprese e gli Ordini o Collegi Professionali. Il Collegio IPASVI di Bologna ha già provveduto a comunicare gli indirizzi in proprio possesso al Ministero e invita tutti gli iscritti, che non vi avessero già adempiuto, a comunicare il proprio indirizzo di posta elettronica certificata, utilizzando l'apposito modulo (a cui va allegato documento di identità) in modo da poter aggiornare l'elenco con i nominativi mancanti.



IPASVI

Al Presidente del

**COLLEGIO PROVINCIALE INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI E VIGILATRICI D'INFANZIA
Della Provincia di Bologna**

Via G. Zaccherini Alvisi, 15/B - 40138 BOLOGNA
e-mail: bologna@ipasvi.legalmail.it
Fax (051) 34.42.67

OGGETTO: Comunicazione attivazione indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)

___I___ sottoscritt___ _____

nat___ a _____ Prov. _____ il _____

Tel _____ cell _____

Iscritto all'Albo IPASVI della Provincia di Bologna con il n. _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445) e in ottemperanza a quanto di quanto disposto dalla legge n.2 del 28 gennaio 2009 sulla "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, recante misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale"

DICHIARA

ai sensi degli art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445 **che il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) è il seguente** (pregasi scrivere in maniera chiara e distinguendo bene le lettere minuscole dalle maiuscole):

E si impegna a comunicare per iscritto a questo Collegio ogni sua successiva variazione.

Si allega copia di un documento di identità in corso di validità.

.....
Luogo, data

.....
Firma

• Nuova convenzione per le polizze responsabilità civile professionale e tutela legale

Dott.ssa Silvia Morselli

A scadenza della convenzione tra Pro. Me.Sa.¹ e CARIGE sono state sottoscritte due nuove convenzioni rispettivamente con **XL Insurance Company Limited** per la Polizza di “**Responsabilità Civile Professionale**” e con **ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs AG** per la Polizza di “**Tutela Legale Penale**”.

Come in precedenza le polizze sono intermedie da Willis Italia S.p.A e gli Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici iscritti agli albi IPA-SVI, in regola con le quote associative, possono aderirvi in qualsiasi momento nel corso dell'anno.

Il Premio previsto per le due coperture, non acquistabili separatamente, è € 60 se il premio è pagato dalle ore 24.00 del 30/04 alle ore 24.00 del 31/10 e di € 30 a se il premio è pagato dalle ore 24.00 del 01/11 alle ore 24.00 del 29/04. Rimangono invariati le garanzie e i massimali rispetto all'anno appena passato, ricordiamo comunque le caratteristiche principali delle due Polizze.

Copertura di qualsiasi attività

Entrambe le polizze garantiscono sia l'attività come dipendente (pubblico o privato), sia la libera professione, sia il volontariato, svolti da Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici nell'ambito della loro professione.

Polizza “Responsabilità Civile Professionale”

Massimale di Euro 2.000.000,00 per sinistro, per anno e per assicurato; la polizza è prestata nella forma “Claims Made”².

Con sottoscrizione di tale Polizza la Società Assicuratrice si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge³:

- **a titolo di risarcimento** (capitale, interessi e spese) **di danni involontariamente cagionati a terzi**⁴, per morte, per lesioni personali e per distruzione o deterioramento di cose, in relazione all'esercizio dell'attività professionale di Infermiere, Assistente Sanitario e Infermiere Pediatrico, anche nell'ambito

dell'attività di Emergenza 118, svolta nel rispetto della relativa normativa attualmente vigente.

- **a titolo di rivalsa esercitata dall'Ente presso cui esercita la propria attività professionale, per i casi di colpa grave accertata con sentenza passata in giudicato.**

L'Assicurazione vale inoltre per la responsabilità civile derivante:

- dall'uso di apparecchi ritenuti utili per l'attività dell'Assicurato;
- per i danni conseguenti all'impiego di apparecchiature e strumenti medicali inerenti l'attività svolta dall'Assicurato compreso l'impiego di apparecchi a raggi X esclusivamente per scopi diagnostici;
- da malattia collegata all'HIV (compreso AIDS), virus C e virus Delta (in questi casi il massimale di polizza si intende ridotto nella misura del 50%);
- dal fatto doloso di persone delle quali debba rispondere;
- dall'applicazione del Dlgs. 196/2003;
- da colpa grave;
- dai danni causati agli strumenti e/o apparecchiature di proprietà di terzi, il cui utilizzo viene richiesto dall'attività professionale svolta dall'assicurato.

La garanzia fornita dall'Assicurazione è valida anche, in caso di attività diversa da quella di dipendente, per la proprietà e conduzione locali adibiti a studio professionale e delle attrezzature ivi esistenti ad eccezione dei danni derivanti da:

- lavori di straordinaria manutenzione, ampliamenti, sopraelevazione o demolizione, spargimento di acqua derivante da rotture non accidentali di tubature e/o condutture e/o altri impianti;
- rigurgiti di fogne;
- umidità, stitlicidio ed in genere insalubrità dei locali
- amianto/asbesto, silice, e o fibra di ceramica refrattarie.

Tale garanzia si estende anche alla responsabilità civile verso i prestatori di lavoro.

L'Assicurazione infine assume anche, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze designando ove necessario legali o tecnici, e assumendosene le relative spese in base ai limiti posti dal massimale e dal contratto stesso, eventuali spese sostenute dall'assicurato per legali o tecnici non sono mai riconosciuti se non preventivamente approvati dall'Assicuratore.

Polizza “Tutela Legale Penale”

Massimale Euro 5.000,00 per sinistro. L'Assicurazione R.C.O. vale, per il mondo intero, per i fatti per i quali la necessità di ricorrere all'azione di tutela in base alle garanzie previste dal presente contratto emerge per la prima volta durante il tempo dell'Assicurazione, in conseguenza di un evento originario accaduto durante la vigenza del presente.

La garanzia comprende:

- l'assistenza di un avvocato nel caso in cui l'assicurato venga assunto come testimone in quanto persona informata sui fatti (art. 377 c.p.p.) o imputata in procedimento connesso (art. 210 c.p.p.);
- la difesa dall'accusa di aver commesso un reato;
- Nel caso di procedimenti penali sussiste la garanzia comprende le spese per la difesa dall'accusa di aver commesso:
 - un reato colposo;
 - un reato doloso, così come specificato all'art. 5 CSP 2011.
- Nel caso di illeciti amministrativi la garanzia comprende il Ricorso avverso una sanzione amministrativa pecuniaria emessa nei confronti dell'Assicurato così come specificato all'art. 5 CSP 2011.

Retroattività di 36 mesi

Sono garantite le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'Assicurato durante il periodo di validità del contratto, purché relative a comportamenti colposi posti in essere non oltre 36 mesi prima della data di decorrenza della copertura.

Garanzia postuma

Nel caso di cessazione del rapporto assicurativo conseguente a decesso dell'Assicurato o a cessazione dell'attività, l'Assicurazione vale altresì per i danni derivanti da comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di validità del contratto, denunciati alla Società Assicurativa entro 12 mesi dalla cessazione del contratto stesso. La massima esposizione della Società per l'intero periodo assicurato, indipendentemente dal numero dei sinistri denunciati, non potrà superare il massimale annuo stabilito in polizza. L'Assicurato e i suoi eredi hanno inoltre la facoltà di prorogare ulteriormente il contratto, allo scadere dei suddetti dodici mesi, mediante

apposita appendice, per un periodo di ulteriori 48 mesi, dietro versamento in unica soluzione di un premio pari a 2 volte il premio dovuto nell'ultimo periodo di Assicurazione trascorso.

Presenza di altre assicurazioni

E' necessario comunicare a Willis Italia sia l'esistenza, sia la successiva stipulazione, di altre assicurazioni per lo stesso rischio descritto dalle polizze.

Come aderire alla RC-Professionale Tutela Legale-Penale

L'adesione è possibile solo on-line sul sito <https://clientportal.willis.it/Ipasvi/Wait.aspx> dove occorre registrarsi prima di procedere all'acquisto.

Per perfezionare l'adesione, dopo aver completato la navigazione online, è necessario seguire accuratamente le istruzioni per il pagamento e per la spedizione dei documenti richiesti (da restituire firmati), in quanto indispensabile per il buon fine dell'attivazione della copertura.

La richiesta di adesione online non potrà perfezionarsi (e quindi la copertura non sarà attiva) se:

- è stato effettuato il pagamento ma non è stata inviata tramite fax, e-mail o posta la documentazione firmata;
- è stata inviata la documentazione firmata ma non è stato effettuato il pagamento.

L'Assicurazione avrà decorrenza dalle ore 24 del giorno riportato sul modulo di adesione se il premio è stato pagato, altrimenti partirà dalle ore 24 del giorno del pagamento, indipendentemente dal momento della stipula, la scadenza è invece uguale per tutti ed è fissata alle ore 24:00 del 30/04 di ogni anno.

Rinnovare l'Assicurazione

La sostituzione della Convenzione con Carige è stata fatta con continuità pertanto, oltre a essere rimasti inalterati le garanzie e i massimali, sono restati tali anche i termini di retroattività della copertura che ogni singolo assicurato ha maturato al 30/04/2013, e non si è resa necessaria la sottoscrizione di nessun nuovo modulo di adesione da parte di chi è stato assicurato nell'annualità scaduta ad aprile 2013.

Per poter rinnovare l'Assicurazione a partire dalla sua scadenza era necessario pagare entro il 10/06/2013 il premio secondole modalità indicate

dall'Assicurazione. Chi non lo avesse fatto può comunque ancora rinnovare la propria copertura assicurativa, che rimarrà sospesa fino alle ore 24 del giorno del pagamento del rinnovo, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Assicurazione <https://clientportal.willis.it/ipasvi/Rinnovi.aspx>.

Per il rinnovo per l'anno 2014 è necessario come sempre attendere a casa la lettera di da parte dell'Assicurazione, per ulteriori indicazioni su modalità e scadenze sarà possibile consultare il sito dell'assicuratore ad Aprile 2014.

Conferma della Copertura

Per ogni nuova adesione, viene inviata una "Lettera di Conferma Copertura", con tempi che possono rivelarsi anche notevolmente lunghi. In ogni caso, anche nell'evenienza che la conferma non sia ancora arrivata, fa fede, per la dimostrazione dell'esistenza della copertura assicurativa, la data del bonifico effettuato per il pagamento del premio stesso (di cui è necessario sempre avere copia).

Disdetta

La disdetta deve essere comunicata per iscritto, tramite raccomandata, almeno 60 giorni prima della data di scadenza dell'Assicurazione (il 30 aprile di ogni anno).

Sinistri

Le denunce di sinistro vanno comunicate, tramite raccomandata A/R, obbligatoriamente entro 9 giorni da quando il contraente ne ha avuto conoscenza (art. 1913 c.c.) unitamente all'apposito questionario e a tutta la documentazione prevista dal contratto di Assicurazione.

Per maggiori informazioni

Il Dott. Pozzi di Willis Italia è a disposizione degli iscritti che avessero necessità di chiarimenti, **esclusivamente sul contenuto del contratto assicurativo**, all'indirizzo pozzi@willis.com.

Per ogni altro altra necessità inerente alla propria posizione assicurativa o alle modalità di rinnovo è possibile rivolgersi all'Assicurazione utilizzando i consueti contatti:

Numero verde: 800 637 709

E-mail: IT_affinity@willis.com

Fax: +39 011 2443.464

Posta ordinaria: Willis Italia Spa - Affinity Groups - Via Tortona, 33 20144 Milano

NOTE:

1. Pro.Me.Sa. Associazione finalizzata allo sviluppo di forme di protezione per le professioni sanitarie individuata dalla Federazione IPASVI per lo sviluppo del proprio Sistema di Protezione.
2. Claims Made significa che l'Assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta dall'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione, purché conseguenti ad un comportamento colposo posto in essere non oltre tre anni prima della data di effetto della copertura assicurativa.
3. L'Assicurazione R.C.T. vale per i danni che avvengono nel mondo intero, con esclusione dei territori degli U.S.A., del Canada e Messico
4. Non sono considerati terzi ai fini dell'Assicurazione R.C.T.: il coniuge, il convivente, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente, il personale dipendente soggetto all'Assicurazione INAIL. Tuttavia, nel caso in cui detti soggetti subiscano danno per morte o lesioni personali, la garanzia sarà operante limitatamente per le rivalse esperite nei confronti dell'Assicurato da parte dell'ente ospedaliero che abbia dovuto risarcire il danno.



IPASVI

NORMATIVA

• *Ministero della Salute Metodologia per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera. Sintesi, Febbraio 2013*

La Redazione di "Professione Infermiere"

Considerazioni in merito alla pubblicazione, in questo numero della rivista "Professione Infermiere", del documento emanato dal Ministero della Salute su: "Metodologia per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera".

Il predetto documento, di seguito riportato, è rivolto principalmente agli Amministratori delle strutture sanitarie, ma è di interesse, per la professione infermieristica, poichè nell'ambito dei Servizi di Riabilitazione e relative Unità Operative assistenziali, sono presenti anche gli infermieri.

La conoscenza e la riflessione su quanto sia ancora possibile e necessario fare, con l'impegno di tutti, per migliorare la salute dei cittadini e la qualità della vita, non deve essere disgiunto da criteri di appropriatezza ed efficienza anche nell'ambito della riabilitazione post-acuzie e ciò è chiaramente dimostrato nell'elaborato ministeriale proposto da cui emerge invece la potenziale inappropriata organizzativa.

La riflessione che coinvolge gli infermieri deriva dall'art. 47 del Codice Deontologico che recita:

"L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti dell'assistito, l'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale"

Il documento del Ministero della Salu-

te, concentrandosi sulla inappropriata, dimostra la necessità di un miglioramento nell'ambito riabilitativo. Per questo ne consigliamo la lettura e l'approfondimento da parte di tutti gli infermieri appartenenti al Collegio IPASVI di Bologna.

PREMESSA

La **metodologia per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza e efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera** è stata elaborata nell'ambito di un **Tavolo Tecnico multidisciplinare** attivato e coordinato dal SiveaS (Sistema Nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria), grazie al contributo ed alla collaborazione di numerose figure esperte in materia di riabilitazione (sia esterni che interni al Ministero della Salute), che a diverso titolo partecipano alla rete SiVeAS, ed alcuni referenti della Commissione Ministeriale sulla Riabilitazione.

Tale lavoro è il risultato di un lungo percorso di studio del settore della settore delle postacuzie, che, fin dall'inizio, aveva evidenziato:

- **dal lato dell'offerta**, una distribuzione di posti letto per 1.000 abitanti di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza postacuzie fortemente diversificata tra le Regioni;
- **dal lato della domanda**, una situazione di elevata variabilità regionale in termini di frequenza di ricoveri e giornate di degenza, anche tra le Regioni tradizionalmente considerate "virtuose",
- **rispetto al sistema di tariffazione**, una profonda differenziazione regionale sia in termini di livello di assegnazione della tariffa (MDC, DRG, ecc), sia nel valore delle tariffe, sia nei valori soglia e nelle percentuali di abbattimento delle tariffe stesse.

In aggiunta, la normativa, pur riferendosi a un medesimo provvedimento legislativo nazionale (Linee Guida 1998), non è riuscita, nelle diverse attuazioni regionali, a promuovere l'omogeneizzazione delle risposte assistenziali.

Pertanto, la diversa organizzazione di interventi riabilitativi e setting assistenziali, nonché l'assenza di criteri e requisiti che ne stabiliscano l'appropriatezza d'uso in base alle risor-

se a disposizione, hanno comportato **risposte assistenziali diversificate**, con un conseguente sbilanciamento dei volumi di attività e della distribuzione dei servizi fra le Regioni.

A fronte di tale situazione, il tavolo tecnico ha elaborato una metodologia per rispondere ai seguenti obiettivi:

- identificare i criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera;
- definire un cruscotto di indicatori di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera.

Il Tavolo Tecnico ha concentrato il lavoro sul settore della riabilitazione ospedaliera, in una prima fase, attesa la diversità riscontrata all'interno del settore delle postacuzie e la difformità in termini assistenziali e organizzativi regionali che caratterizzano tale settore.

L'analisi è stata predisposta sulla base **Flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) 2009 e 2010**, il cui contenuto informativo (diagnosi di dimissione, correlazione della diagnosi con il ricovero acuto precedente, diagnosi secondarie e procedure), ha consentito di disporre degli elementi che costituiscono una **buona proxy delle situazioni di potenziale inappropriata**.

Operativamente, il Tavolo ha svolto la propria attività mediante sottogruppi di lavoro (*focus group*), differenziati per le quattro principali tipologie di riabilitazione (*sistema nervoso, apparato respiratorio, apparato cardiocircolatorio e sistema muscolo scheletrico*) data la specificità clinica e organizzativo-gestionale che caratterizza i diversi ambiti.

METODOLOGIA

Il modello di riferimento utilizzato per la definizione della metodologia e rappresentato di seguito individua in **appropriatezza, efficienza ed efficacia** gli strumenti per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di equilibrio economico.

La metodologia è basata sulla **ricostruzione del percorso longitudinale dell'individuo**: per la prima volta, infatti, è stata predisposta **un'analisi centrata sul paziente** in grado di "seguire" l'individuo in tutta la sequenza di ricoveri ospedalieri, nelle diverse ti-

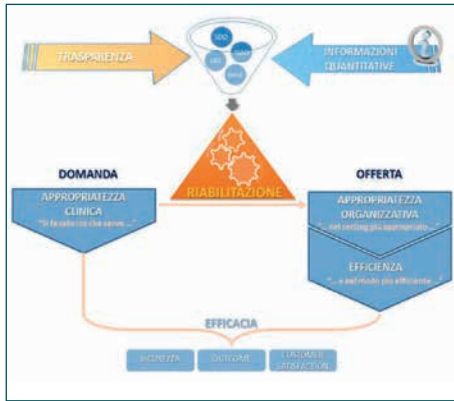


Figura 1: modello di riferimento

pologie di attività (acuti, riabilitazione e lungodegenza) e nei diversi setting assistenziali (regime ordinario e diurno).

La ricostruzione di tutte le possibili "sequenze" di ricovero effettuate da ciascun paziente ha fatto emergere una enorme varietà e complessità dei percorsi ospedalieri (si veda a titolo di esempio la figura di seguito) e la necessità di porre alla base del modello un focus sul tema del percorso del paziente e quindi della sua provenienza (ospedaliera o territoriale).

In questo senso, come mostra la figura 2, la metodologia definisce criteri di appropriatezza ed efficienza diversificati in base al fatto che un ricovero di riabilitazione ospedaliera sia preceduto da evento acuto (ovvero ricoveri di riabilitazione seguiti ad un precedente contatto del paziente con una struttura ospedaliera per un ricovero in acuzie) oppure non preceduto da un evento acuto (ovvero ricoveri di riabilitazione non legati ad un precedente ricovero in acuzie, quindi provenienti direttamente dal territorio).

L'analisi di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera è stata effettuata in riferimento ai due principali aspetti che caratterizzano questa tipologia di attività ospedaliera, ovvero la numerosità di ricoveri e la loro durata. Pertanto, la metodologia individua, per ciascuna delle quattro tipologie di riabilitazione:

- il criterio della potenziale in appropriatezza clinica, con riferimento alla numerosità di ricoveri;
- il criterio della potenziale in appropriatezza organizzativa e po-

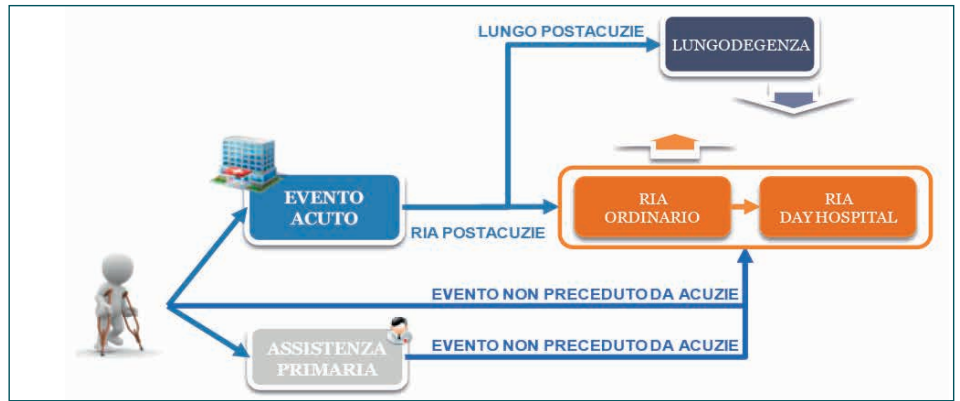


Figura 2: rappresentazione percorso del paziente di riabilitazione

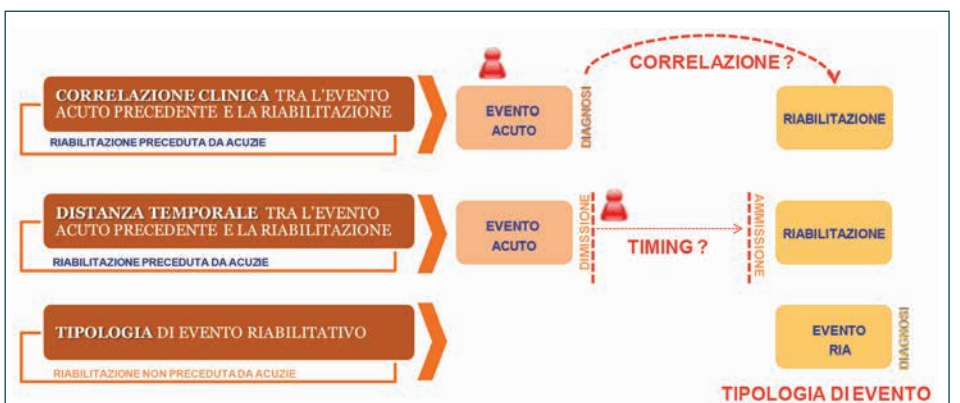


Figura 3: criteri di potenziale in appropriatezza clinica

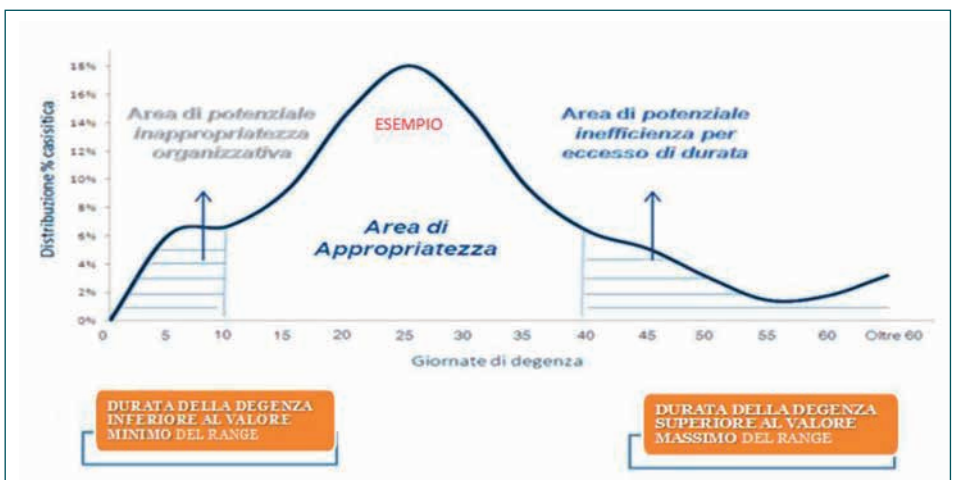


Figura 4: criteri di potenziale in appropriatezza organizzativa e potenziale inefficienza

tenziale inefficienza, con riferimento alla durata dei ricoveri.

La **potenziale in appropriatezza clinica** nei ricoveri preceduti da evento acuto viene valutata sia considerando la coerenza tra evento di riabilitazione e tipologia di evento acuto precedente (**criterio della correlazione clinica**) sia considerando le giornate intercorse tra la dimissione dall'evento acuto e l'ammissione in riabilitazione (**criterio della distanza temporale**); nei ricoveri di riabilitazione non preceduti da evento acuto viene

esaminata la casistica potenzialmente inappropriata per ciascun tipo di ricovero riabilitativo non preceduto da evento acuto (**criterio della tipologia casistica**).

La **potenziale in appropriatezza organizzativa** è analizzata rispetto alla durata di degenza del ricovero riabilitativo (**criterio dell'intervallo temporale**), definendo un **limite minimo di giornate di degenza**, al di sotto del quale si determina un'area di **potenziale in appropriatezza**. Si tratta tipicamente di ricoveri con una durata eccessivamente ridotta, che

avrebbero dovuto essere trattati in regime diurno/ambulatoriale o sul territorio.

La **potenziale inefficienza** è analizzata rispetto alla durata di degenza del ricovero riabilitativo (**criterio dell'intervallo temporale**), definendo un **limite massimo di giornate di degenza**, al di sopra del quale si determina un'area di **potenziale inefficienza**, in quanto oltre una certa soglia l'intervento riabilitativo ospedaliero dovrebbe essere completato ed il paziente dimesso o, se necessita di ulteriore assistenza, trattato in altro setting assistenziale ospedaliero o sul territorio.

Di conseguenza gli **indicatori** per la valutazione di **appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera** sono stati identificati a partire dai tre principali elementi:

- **potenziale inappropriata clinica**, l'indicatore quantifica l'incidenza percentuale del numero di ricoveri ad alto rischio di inappropriata clinica rispetto al totale dei ricoveri. L'indicatore considera la **domanda soddisfatta di ricoveri** (prestazioni ricevute dai cittadini residenti ovunque siano state erogate).
- **potenziale inappropriata organizzativa**, l'indicatore quantifica l'incidenza percentuale del numero di ricoveri ad alto rischio di inappropriata organizzativa rispetto al totale dei ricoveri appropriati clinicamente. L'indicatore considera **le prestazioni erogate a cittadini residenti e non residenti**.
- **potenziale inefficienza**, l'indicatore quantifica l'incidenza % delle giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza rispetto al totale delle giornate appropriate clinicamente. L'indicatore considera le **giornate di degenza che superano la soglia massima del range appropriato** e fa riferimento alle **giornate erogate a cittadini residenti e non residenti**.

RISULTATI

CONTESTO DI RIFERIMENTO

Nell'anno 2010, il **totale dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera** è stato pari a circa 321 mila, di cui l'82% in

regime ordinario ed il rimanente 18% in regime diurno, con un'incidenza percentuale della componente privata dell'offerta pari al 69%.

La riabilitazione ospedaliera, in Italia, è un **fenomeno prevalentemente rivolto a pazienti anziani**: i pazienti over 65 rappresentano il 61% della casistica complessiva, valore che si mantiene costante negli anni (dal 2007 al 2010).

Circa l'85% della casistica (273.165 ricoveri) risulta concentrata nelle quattro principali tipologie di riabilitazione: sistema muscolo scheletrico (39%); sistema nervoso (24%); apparato cardio-circolatorio (16%); apparato respiratorio (6%).

I ricoveri oggetto di analisi nell'ambito della metodologia è stato pari a **257.720 casi (circa l'80% del totale)** ed è composto:

- **per circa il 64%** da ricoveri di **riabilitazione neurologica, pneumologica, cardiologica e ortopedica preceduti da un evento acuto** nell'anno oggetto di analisi o negli ultimi tre mesi dell'anno precedente;
- **per circa il 15%** da ricoveri di **riabilitazione neurologica, pneumologica, cardiologica e ortopedica non preceduti da un evento acuto**.

RISULTATI DELL'APPLICAZIONE

Prima di entrare nel merito dei risultati occorre tener presente i seguenti elementi:

- **il flusso informativo delle SDO** può essere utilizzato **solo parzialmente** per rappresentare e quantificare la potenziale inappropriata ed inefficienza dei ricoveri di riabilitazione, in quanto non consente di rilevare alcuni parametri quali stato funzionale e multimorbilità dei pazienti, variazione dello stato di salute all'inizio ed alla fine ricovero, outcome dell'intervento riabilitativo, prestazioni erogate nell'ambito del ricovero, che sono necessari per la completa valutazione del ricovero¹. Risente, inoltre, dell'elevata variabilità nelle modalità di codifica dei ricoveri tra le Regioni.
- **i ricoveri che non rispondono ai criteri/parametri di appropriatezza non sono considerati inappro-**

priati in assoluto ma "potenzialmente inappropriati" o "ad alto rischio di inappropriata", in quanto analisi di maggior dettaglio potrebbero evidenziare la presenza di particolari condizioni che renderebbero gli stessi ricoveri comunque appropriati. In questo senso, anche l'estrema variabilità dei comportamenti regionali lascia ragionevolmente supporre che una situazione di potenziale inappropriata possa essere dovuta a problematiche socio-assistenziali, o in altri casi anche a disomogeneità organizzative nell'offerta ospedaliera e territoriale.

- **la potenziale inappropriata riguarda solo setting e percorso clinico terapeutico**
- **è estremamente difficoltoso stimare le situazioni di potenziale inadeguatezza**, ovvero di domanda di prestazioni da parte dei cittadini che potrebbe non essere espressa (e soddisfatta) a causa di una carenza di offerta, soprattutto in alcune Regioni e per alcune tipologie di riabilitazione (es. cardiologica e pneumologica).

L'applicazione dei criteri di potenziale inappropriata clinica, potenziale inappropriata organizzativa e potenziale inefficienza, sia ai ricoveri preceduti da evento acuto che ai ricoveri non preceduti da evento acuto, determina una situazione complessiva potenzialmente inappropriata nell'anno 2010 pari al 27% del totale giornate di degenza (riferite al Sistema Nervoso, Apparato Respiratorio, Apparato Cardio-Circolatorio, Sistema Muscolo-Scheletrico), che corrisponde a 1.813.641 giornate di degenza, secondo la distribuzione regionale del grafico riportato a pag. 22.

¹ A tal proposito è stata elaborato un primo documento illustrativo di Scheda Informativa delle attività di riabilitazione ospedaliera (SDO-r) ed un Glossario della Riabilitazione, da porre alla base dello sviluppo di strumenti e metodologie da applicare alla riabilitazione e diffondere come "linguaggio comune" di riferimento per tutti gli operatori del settore.

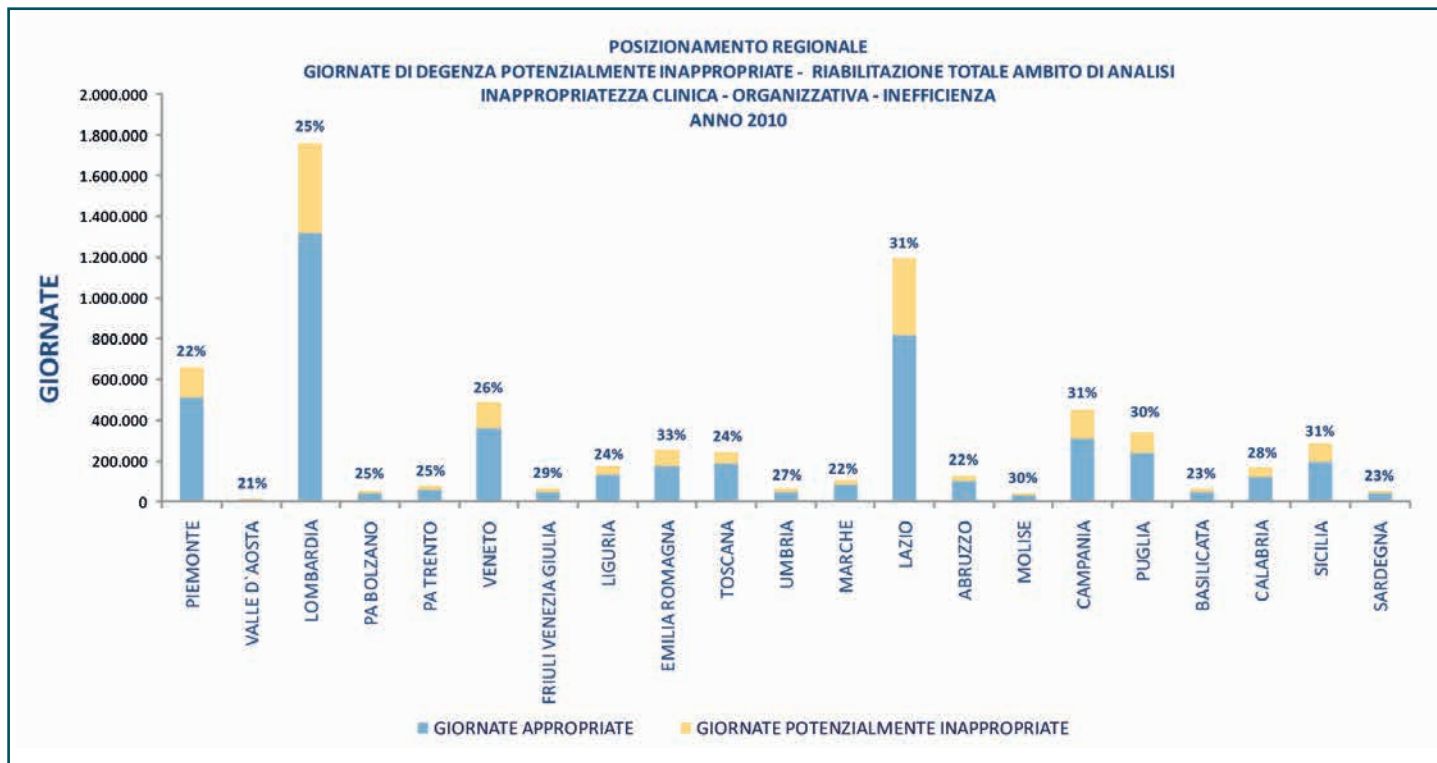


Grafico 1: distribuzione regionale giornate di degenza appropriate e potenzialmente inappropriate (riabilitazione ospedaliera)

Anche nella Regioni cd “virtuose”, si individua un’elevata percentuale di casistica potenzialmente inappropriata/inefficiente, come evidenziato nella Figura 5, in almeno uno dei tre ambiti di analisi.



Figura 5: crusotto indicatori

La metodologia ha consentito di evidenziare che:

- la potenziale inappropriata è maggiormente concentrata nei ricoveri di riabilitazione che non provengono da un evento acuto,
- il numero di ricoveri potenzialmente inappropriati dal punto di vista clinico è più elevato nelle strutture private (67% privato – 33% pubblico), così come le giornate di degenza potenzialmente inefficienti (79% privato

– 21% pubblico), mentre la potenziale inappropriata organizzativa è quasi equamente distribuita (52% privato – 48% pubblico);

- l’assistenza riabilitativa ospedaliera in regime diurno risulta particolarmente critica e necessita di criteri puntuali di standardizzazione organizzativa e gestionale;
- a livello regionale, la potenziale in appropriatezza neurologica sembra essere maggiormente concentrata nelle regioni Lombardia e Lazio, quella pneumologia in Lombardia, Campania e Puglia, quella cardiologica in Molise e nella PA di Bolzano, quella ortopedica nel Lazio e Campania;
- spesso l’eccessivo ricorso all’assistenza ospedaliera dei ricoveri di riabilitazione è determinato dalla carenza di soluzioni territoriali alternative all’ospedale, che consentano di evitare l’utilizzo dell’ospedale stesso da ricoveri ad elevato rischio di inappropriata;
- la difformità delle soluzioni e delle risposte assistenziali regionali, genera, oltre che uno sbilanciamento dei volumi di attività e della distribuzione dei servizi fra le Regioni, anche una difficoltà di lettura del dato, di interpretazione dello stesso e, quindi, di puntuale descrizione del fenomeno.

DIPARTIMENTO DELLA
PROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO
DEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE

DIREZIONE GENERALE
DELLA PROGRAMMAZIONE
SANITARIA

UFFICIO X - SIVEAS
(SISTEMA VERIFICA E
CONTROLLO
SULL'ASSISTENZA
SANITARIA)



Sistema nazionale
di **Verifica** e controllo
sull'**Assistenza**
Sanitaria



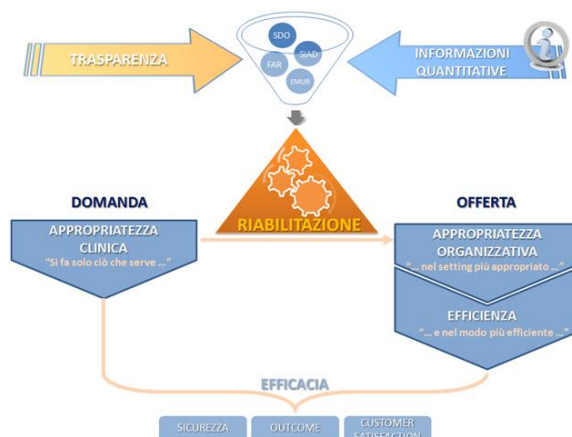
Ministero della Salute

Metodologia per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera

Risultati

SINTESI PERCORSO EFFETTUATO E MODELLO DI RIFERIMENTO

- Nel maggio 2010, il SiVeAS ha avviato un'analisi dell'attività di assistenza ospedaliera postacuzie (riabilitazione ospedaliera e lungodegenza), con l'obiettivo di sviluppare una **metodologia per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri postacuti** e per la quantificazione del "fabbisogno" di ricoveri in riabilitazione ospedaliera e lungodegenza ed il relativo dimensionamento ottimale della rete di offerta (posti letto).
- A tal fine, è stato istituito nel 2011 presso il SiVeAS un **Tavolo Tecnico multidisciplinare** in cui sono stati coinvolti **esperti esterni all'Amministrazione** (sia clinici che referenti istituzionali) **ed esperti interni al Ministero della Salute**, focalizzato sulla sola **riabilitazione ospedaliera**, rinviando ad una fase successiva l'approfondimento sulla lungodegenza postacuzie. Tra gli esperti esterni sono stati coinvolti alcuni referenti della precedente **Commissione Ministeriale per la Riabilitazione**, nell'ottica di mantenere una forte continuità rispetto al percorso tracciato dalle "*Linee di indirizzo della Riabilitazione*".
- Il modello di riferimento utilizzato per la definizione della metodologia individua in **appropriatezza, efficienza ed efficacia** gli **strumenti per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza** in condizioni di equilibrio economico.



TAVOLO TECNICO: PARTECIPANTI

Dott. Massimo Fini

Esperto Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria Riabilitazione motoria e sensoriale
Esperto Ministero della Salute
Commissione Ministeriale per la riabilitazione

Dott. Alessandro Giustini

Past President European Society of Physical and Rehabilitation Medicine
Commissione Ministeriale per la riabilitazione

Dott. Andrea Naldi

Direttore UO Medicina Fisica Riabilitativa, Ospedale Bufalini – Cesena
Commissione Ministeriale per la riabilitazione

Dott.ssa Federica Gamna

Direttore SCDO Medicina Fisica e Riabilitazione, Direttore Dipartimento di Riabilitazione della Disabilità Complessa (e Continuità delle Cure) A.O.U San Luigi Gonzaga - Orbassano

Dott. Michele Vitacca

Responsabile Unità Operativa di Pneumologia, Fondazione "Salvatore Maugeri I.R.C.C.S. Lumezzane

Dott. Maurizio Volterrani

Responsabile Riabilitazione Cardiologica IRCCS "San Raffaele Pisana" – Roma
Commissione Ministeriale per la riabilitazione

Dott. Federico Posteraro

Direttore Dipartimento di Riabilitazione USL 12 Viareggio/ Auxilium Vitae ASL5 PISA
Commissione Ministeriale per la riabilitazione

Dott.ssa Lucia Lispi coordinamento

Ufficio X DG Prog (Ministero della Salute)

Dott. David A. Fletzer

Past President Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa
Commissione Ministeriale per la riabilitazione

Dott.ssa Giovanna Beretta

Direttore Dipartimento Neuroscienze – Medicina riabilitativa e neuro riabilitazione, AO Ospedale Niguarda – Milano Commissione Ministeriale per la riabilitazione

Dott. Cesare Greco

Direttore UOC Cardiologia per la riabilitazione cardiologica - Ospedale San Giovanni Addolorata - Roma

Dott.ssa Rita Formisano

Direttore dell'Unità post-coma, IRCCS Fondazione Santa Lucia – Roma

Dott. Marcello Imbriani

Direttore Centro Interuniversitario di ricerche in medicina ambientale e medicina del lavoro Fondazione Salvatore Maugeri – Pavia (Commissione Ministeriale per la riabilitazione)



Andrea Fortuna, Valeria Messina, Giuseppe Lorusso, Alessio Carone, Ervin Mara

Consulenti RTI - PwC Advisory

Dott. Antonio Spanevello

Direttore Dipartimento di pneumologia riabilitativa, Fondazione "Salvatore Maugeri I.R.C.C.S. – Lumezzane (Commissione Ministeriale per la riabilitazione)

Dott.ssa Silvia Arcà

Ufficio II DG Prog (Ministero della Salute)

Dott. Giulia Maffioli

Ufficio X DG Prog (Ministero della Salute)

Dott. ssa Anna Banchemo

Esperto Siveas

AGENAS

Dott. Francesco Bottiglieri

Ufficio VII DG Prog (Ministero della Salute)

Dott. Pietro Granella

Ufficio VI DG Prog (Ministero della Salute)

Dott.ssa Flavia Carle

Ufficio VI DG Prog (Ministero della Salute)

Dott. ssa Cristina Tamburini

Ufficio II DG SI (Ministero della Salute)

Dott. Filippo Basso

Ufficio VII DG Prog (Ministero della Salute)

CARATTERISTICHE DELLA METODOLOGIA DI ANALISI IL PERCORSO LONGITUDINALE DEL PAZIENTE

- La metodologia è basata sulla **ricostruzione del percorso longitudinale dell'individuo** (si veda schema in basso): è stata per la prima volta predisposta un'analisi centrata sul paziente, che, grazie all'utilizzo del codice individuale anonimizzato presente nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) nazionale, ha consentito di individuare e "ricomporre" la sequenza di ricoveri ospedalieri erogati a ciascun paziente di riabilitazione, "seguendolo" nelle diverse tipologie di attività (acuti, riabilitazione e lungodegenza) e nei diversi setting assistenziali (regime ordinario e diurno).
- La metodologia, inoltre, utilizza la **classificazione ACC** (Aggregati Clinici di Codici), omogenea dal punto di vista clinico, come strumento di aggregazione dei codici di diagnosi (classificazione ICD9CM v. 2009) su cui effettuare lo studio di appropriatezza ed efficienza.
- La **ricostruzione di tutte le possibili "sequenze" di ricoveri associati al paziente** ha fatto emergere una situazione di estrema complessità per tipologia e numerosità, a fronte della quale si è deciso di impostare il modello concentrandosi sulle **principali tipologie di riabilitazione** (ortopedica, neurologica, cardiologica e pneumologica) e focalizzando l'analisi sulle **principali casistiche individuate dallo studio delle "sequenze" di ricovero**.
- In questo senso l'analisi è focalizzata sui **ricoveri di riabilitazione preceduti da evento acuto** e sui **ricoveri di riabilitazione non preceduti da evento acuto** (per i soli pazienti che hanno effettuato un solo ricovero di riabilitazione nell'anno oggetto di analisi). Altre tipologie residuali di casistiche ed altre tipologie di riabilitazione sono state, pertanto, escluse dal percorso metodologico.
- Le **attività del Tavolo Tecnico** sono state organizzate operativamente in **quattro sottogruppi di lavoro**, denominati "focus group", composti dai referenti clinici di ciascuna delle quattro principali attività riabilitative. Per ciascuna di queste attività, distinguendo i ricoveri per codice di disciplina e setting assistenziale, sono stati identificati tre criteri: **appropriatezza clinica, appropriatezza organizzativa ed efficienza**.



Si riporta di seguito una sintesi della metodologia e dei principali risultati e lo schema di indicatori.

ELEMENTI OGGETTO DI ATTENZIONE



La metodologia per la valutazione dei criteri/parametri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione è basata sul **flusso SDO**, il cui **contenuto informativo** (diagnosi di dimissione, correlazione della diagnosi con il ricovero acuto precedente, diagnosi secondarie e procedure) **può essere utilizzato solo parzialmente per rappresentare e quantificare la potenziale inappropriatezza ed inefficienza dei ricoveri di riabilitazione**. La SDO, infatti, non consente di rilevare alcuni parametri quali stato funzionale e multimorbilità dei pazienti, variazione dello stato di salute all'inizio ed alla fine ricovero, outcome dell'intervento riabilitativo, prestazioni erogate nell'ambito del ricovero, che sono necessari per la completa valutazione del ricovero. Si risente, inoltre, dell'**elevata variabilità delle modalità di codifica** dei ricoveri tra le Regioni.



I ricoveri che non rispondono ai criteri/parametri di appropriatezza non sono considerati inappropriati in assoluto ma **"potenzialmente inappropriati" o "ad alto rischio di inappropriatezza"**, in quanto analisi di maggior dettaglio potrebbero evidenziare la presenza di particolari condizioni che renderebbero gli stessi ricoveri comunque appropriati. In questo senso, anche l'estrema variabilità dei comportamenti regionali lascia ragionevolmente supporre che una situazione di potenziale inappropriatezza possa essere dovuta a problematiche socio-assistenziali, o in altri casi anche a disomogeneità organizzative nell'offerta ospedaliera e territoriale.



La **potenziale inappropriatezza** quantificata dalla metodologia **non valuta il bisogno espresso dall'individuo**, che deve essere comunque soddisfatto, ma **è considerata in termini di opportunità che tale bisogno possa essere soddisfatto in maniera appropriata e con costi inferiori in un *setting* assistenziale diverso e/o sul territorio**.

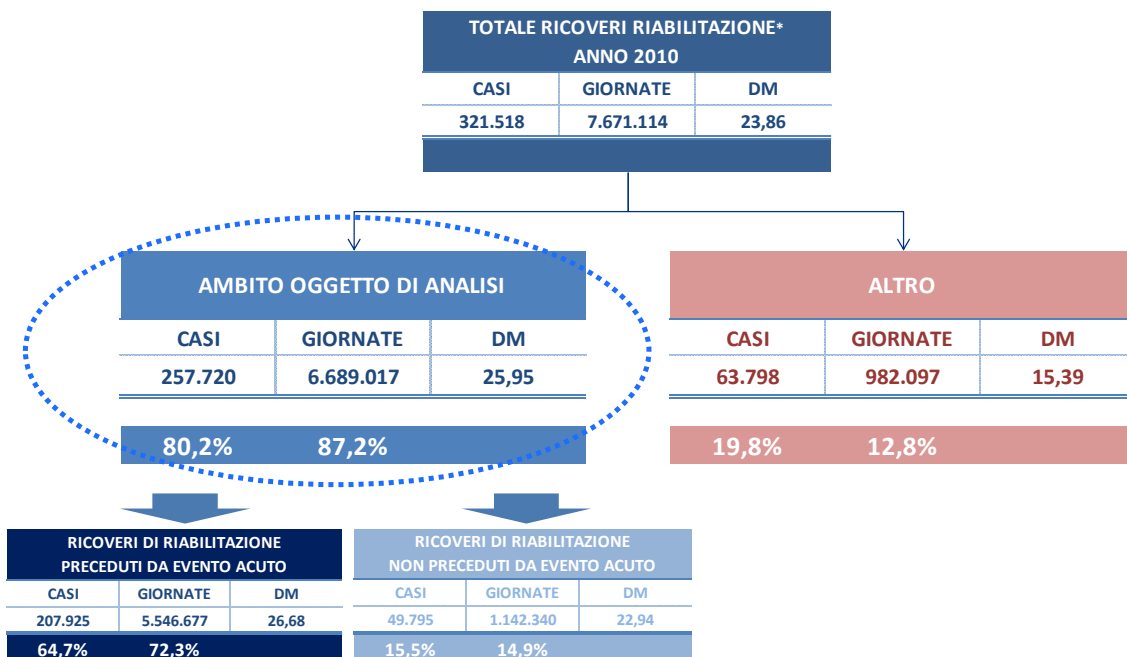


La difficoltà della metodologia di studiare e valutare il bisogno della popolazione determina anche **l'impossibilità**, ad oggi, di **stimare le situazioni di potenziale inadeguatezza**, ovvero di domanda di prestazioni da parte dei cittadini che potrebbe non essere espressa (e soddisfatta) a causa di una carenza di offerta, soprattutto in alcune Regioni e per alcune tipologie di riabilitazione (es. cardiologica e pneumologica).

AMBITO DI ANALISI

L'ambito di analisi riguarda l'attività di riabilitazione ospedaliera postacuzie, sulla base delle informazioni fornite dal flusso SDO. Pertanto, tutto ciò che non è tracciato da tale flusso informativo non è oggetto di analisi.

RIABILITAZIONE – RICOVERI OGGETTO DI INDAGINE TOTALE ANNO 2010



Note:

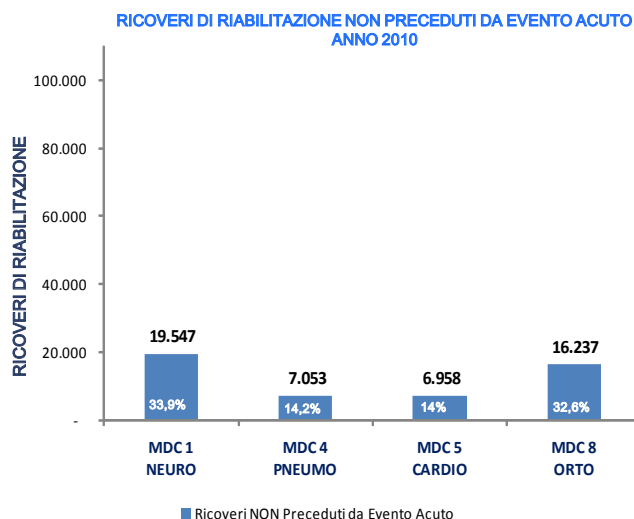
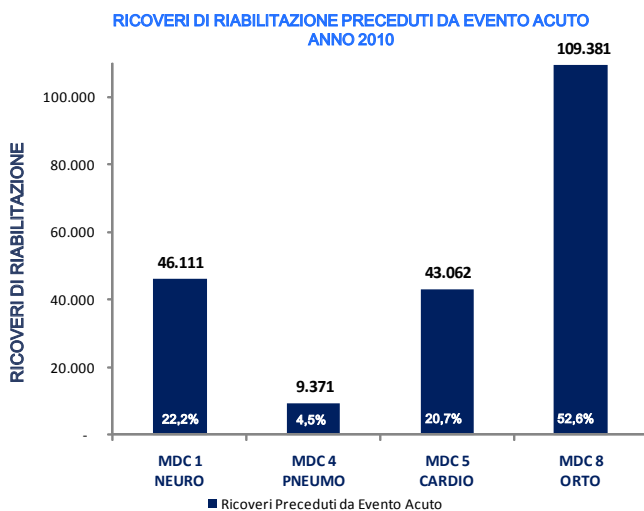
- **AMBITO OGGETTO DI ANALISI:** ricoveri di riabilitazione preceduti da evento acuto + ricoveri di riabilitazione non preceduti da evento acuto.
- **RICOVERI DI RIABILITAZIONE PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO:** ricoveri di riabilitazione ortopedica, pneumologica, cardiologica e neurologica dell'anno oggetto di analisi, che sono stati preceduti da un evento di ricovero in acuzie nell'anno in corso o fino a tre mesi dell'anno precedente. Sono stati esclusi i casi relativi a pazienti deceduti, trasferiti ad altro reparto per acuti e dimessi volontariamente a domicilio.
- **RICOVERI DI RIABILITAZIONE NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO:** ricoveri di riabilitazione ortopedica, pneumologica, cardiologica e neurologica riferiti ad pazienti con un solo ricovero singolo di riabilitazione nell'anno oggetto di analisi. Sono stati esclusi i casi relativi a pazienti deceduti e dimessi volontariamente a domicilio.
- **ALTRO:** altre tipologie di riabilitazione (MDC diversi da 1-4-5-8) e altri ricoveri riferiti ad altre "sequenze del paziente" minori.
- Le analisi si riferiscono a ricoveri in regime ordinario e diurno.

Fonte: Dati SDO - Anno 2010

RIABILITAZIONE – RICOVERI OGGETTO DI INDAGINE DETTAGLIO PER TIPOLOGIA DI RIABILITAZIONE (MACROCATEGORIE DIAGNOSTICHE – MDC)

RICOVERI DI RIABILITAZIONE PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO		
CASI	GIORNATE	DM
207.925	5.546.677	26,68
64,7%	72,3%	

RICOVERI DI RIABILITAZIONE NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO		
CASI	GIORNATE	DM
49.795	1.142.340	22,94
15,5%	14,9%	

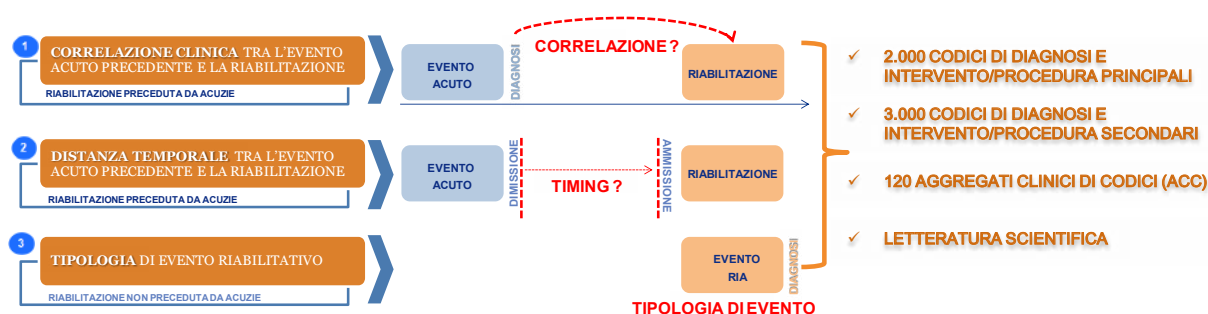


Fonte: Dati SDO - Anno 2010

METODOLOGIA

METODOLOGIA: CRITERI DI ANALISI (1/2) POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA CLINICA

La potenziale **inappropriatezza clinica** è studiata sulla “**domanda soddisfatta**”^{*} ed è individuata dai seguenti tre criteri:



Per i **ricoveri di riabilitazione preceduti da evento acuto** sono stati individuati i seguenti criteri:

1. **correlazione clinica tra l'evento acuto e l'evento riabilitativo**, mediante:
 - ✓ raggruppamento dei ricoveri di riabilitazione sulla base della tipologia di evento acuto precedente (ACC);
 - ✓ individuazione puntuale delle tipologie di evento acuto (ACC) appropriate in relazione al successivo intervento riabilitativo e di quelle potenzialmente inappropriate.
2. **distanza temporale tra l'evento acuto e l'evento riabilitativo**, mediante:
 - ✓ raggruppamento dei ricoveri di riabilitazione sulla base della tipologia di evento acuto precedente (ACC);
 - ✓ individuazione, per ciascuna tipologia di evento acuto precedente (ACC), della distanza (in giorni) considerata appropriata tra la dimissione dall'evento acuto e l'ammissione nella riabilitazione.

Per i **ricoveri di riabilitazione non preceduti da evento acuto** è stato individuato il criterio:

3. **tipologia della casistica dell'evento riabilitativo**, mediante:
 - ✓ identificazione dei ricoveri in base alla diagnosi di dimissione (codice ICD9CM);
 - ✓ individuazione puntuale dei codici di diagnosi di dimissione dell'evento riabilitativo appropriati e di quelli potenzialmente inappropriate.

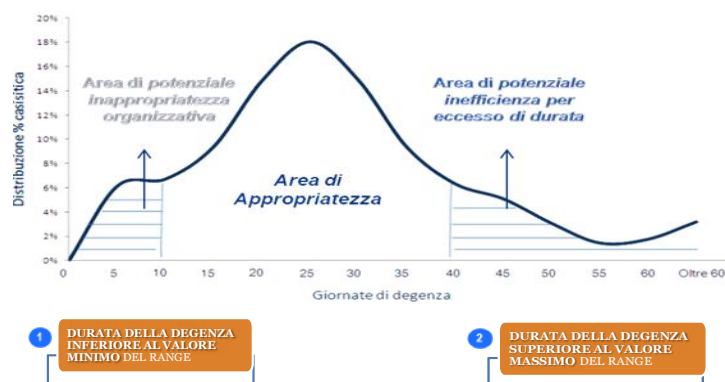
METODOLOGIA: CRITERI DI ANALISI (2/2) POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA ED INEFFICIENZA

La metodologia analizza, successivamente, la **durata del ricovero** per valutare le **situazioni a rischio di inappropriatezza organizzativa ed inefficienza**. Tale analisi è effettuata sui ricoveri erogati a cittadini residenti e non residenti.

Sia per i **ricoveri preceduti da evento acuto** che per i **ricoveri non preceduti da evento acuto risultati appropriati clinicamente**, è stata analizzata la durata di degenza e definito un **"intervallo temporale" ("range")** appropriato di durata, specifico per ciascuna tipologia di riabilitazione, per ciascun codice di disciplina (56-75-28) e per ciascun *setting* assistenziale.

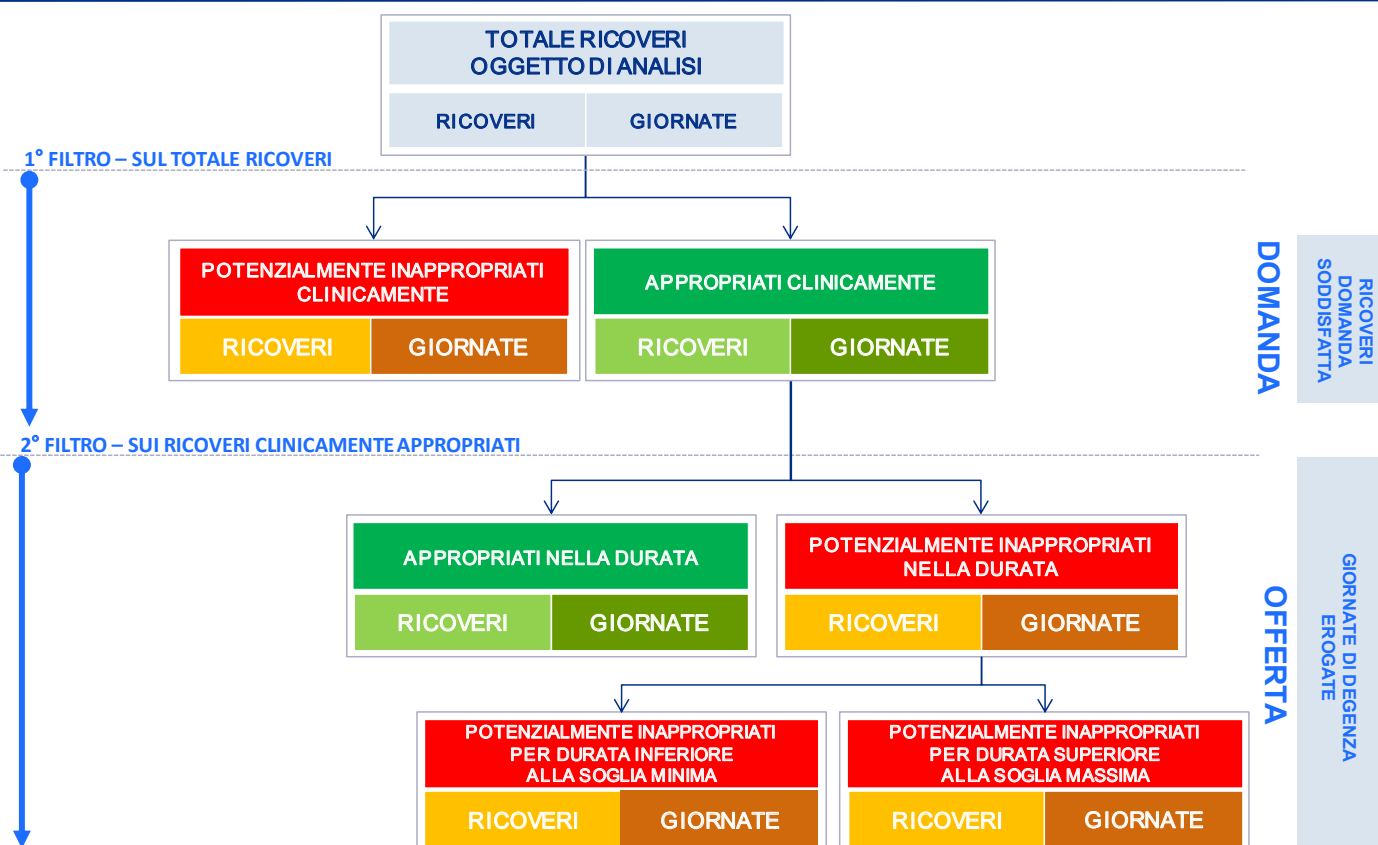
L'intervallo, come mostra la figura esemplificativa riportata di seguito, è definito da:

- 1 • **un limite minimo di giornate di degenza**, al di sotto del quale si determina un'area di **potenziale inappropriatezza organizzativa**, cioè presumibilmente connessa alla tipologia di *setting* assistenziale in cui il ricovero è stato erogato;
- 2 • **un limite massimo di giornate di degenza**, al di sopra del quale si determina un'area di **potenziale inefficienza**, generata da un potenziale *excesso* della durata del ricovero.



Nota: il criterio ha considerato, in caso di ricovero in regime diurno, il numero di accessi erogati nell'ambito di ciascun ricovero. Anche in questo caso è stato identificato un intervallo di appropriatezza, definito da un valore soglia minimo di numero di accessi e da un valore soglia massimo di numero di accessi.

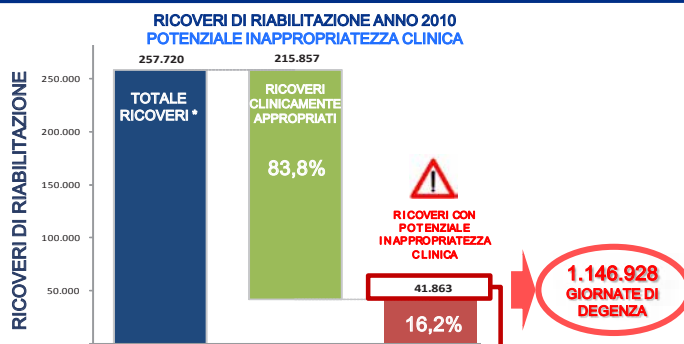
II "FILTRO" DELLA POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA



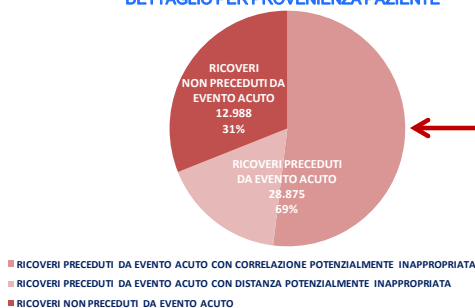
APPLICAZIONE E RISULTATI

RISULTATI: POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA CLINICA SITUAZIONE COMPLESSIVA

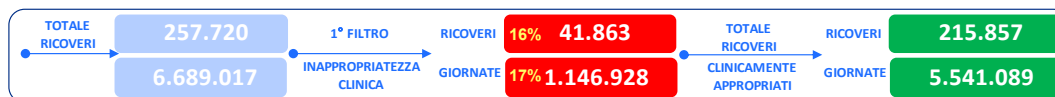
- Il totale dei ricoveri di riabilitazione anno 2010 (regime ordinario e diurno) oggetto di analisi (257.720) è ripartito in:
 - ✓ 215.857 ricoveri clinicamente appropriati (83,8%)
 - ✓ 41.863 ricoveri con potenziale inappropriatezza clinica (16,2%).
- Come mostra il grafico a torta, del totale ricoveri che risultano potenzialmente inappropriati, la quota maggiore 28.875 (69%) è riferita ai ricoveri che provengono da evento acuto.
- Se si considera, però, l'incidenza del numero di ricoveri a rischio di inappropriatezza rispetto alle due tipologie oggetto di analisi (preceduti e NON preceduti da evento acuto), i ricoveri che non provengono da evento acuto risultano potenzialmente più inappropriati per circa il doppio (26% contro 13%).



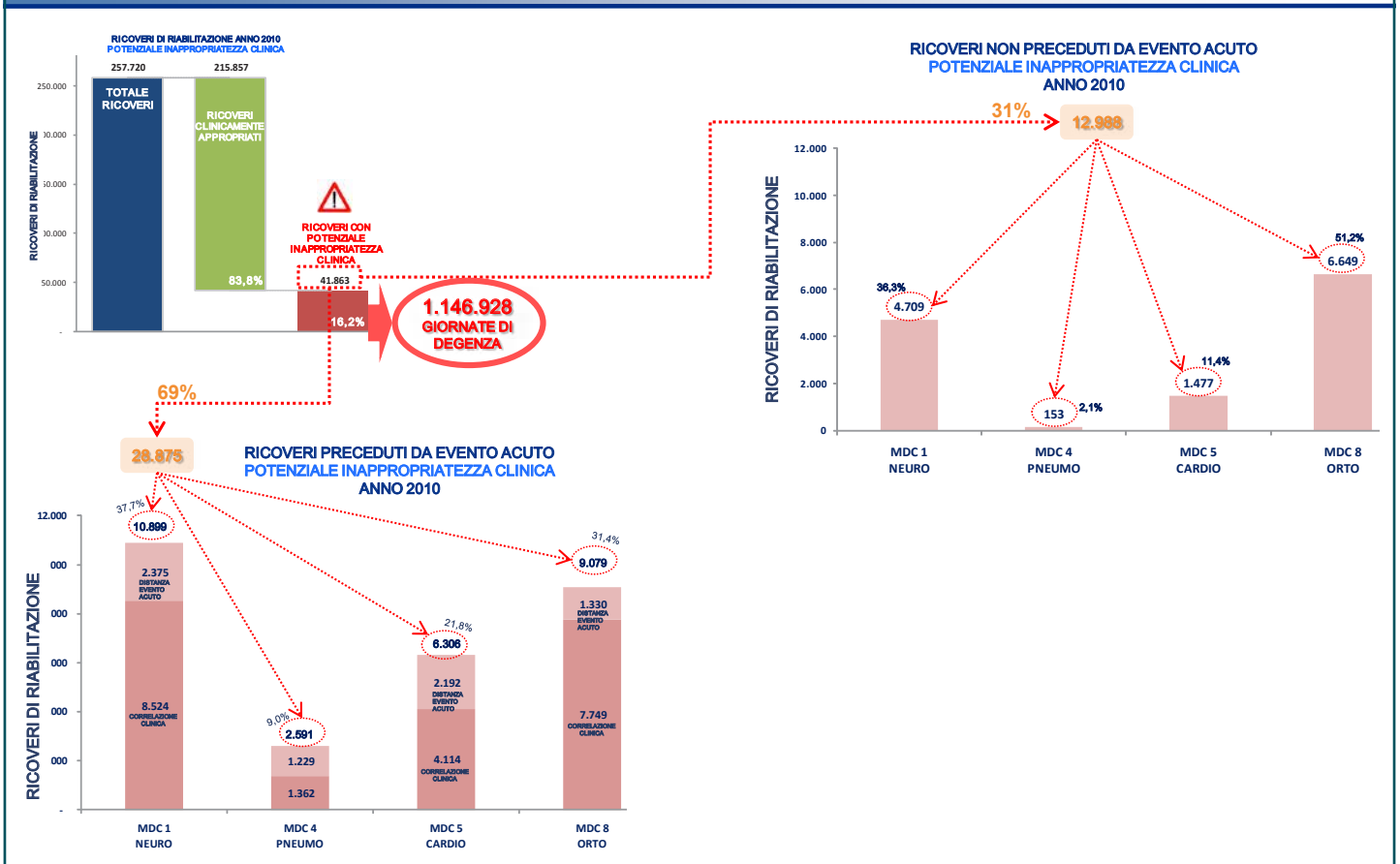
**RICOVERI DI RIABILITAZIONE ANNO 2010
POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA CLINICA
DETTAGLIO PER PROVENIENZA PAZIENTE**



* Nota: il totale ricoveri di riabilitazione oggetto di analisi comprende i ricoveri di riabilitazione ortopedica, pneumologica, cardiologica e neurologica preceduti da un evento acuto o riferiti a pazienti con un solo ricovero singolo di riabilitazione nell'anno oggetto di analisi. Sono stati esclusi i casi relativi a paziente deceduti, trasferiti ad altro reparto per acuti e dimessi volontariamente domicilio.

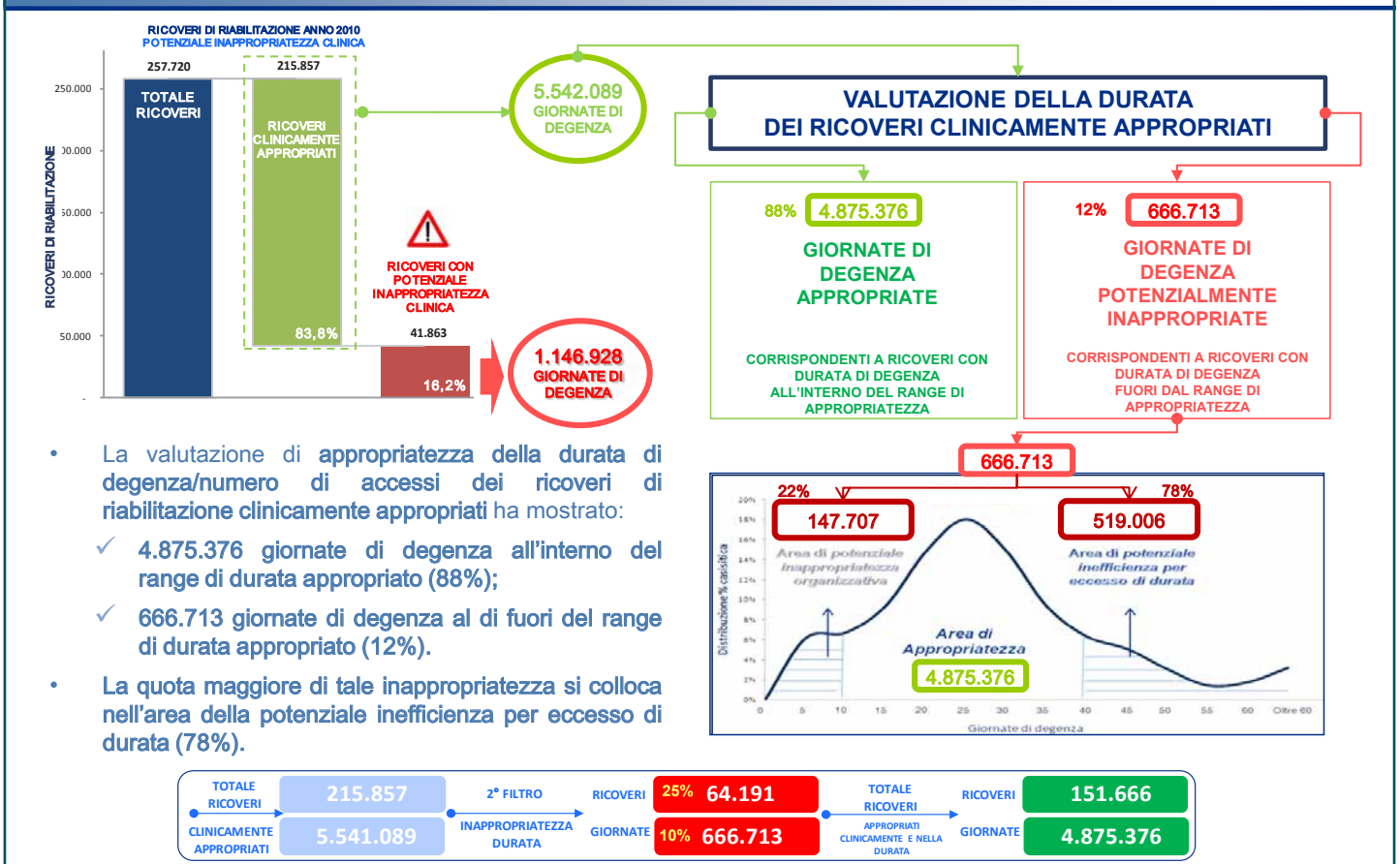


RISULTATI: POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA CLINICA DETTAGLIO PER PROVENIENZA PAZIENTE E TIPOLOGIA DI RIABILITAZIONE (MDC)



Fonte: Dati SDO - Anno 2010

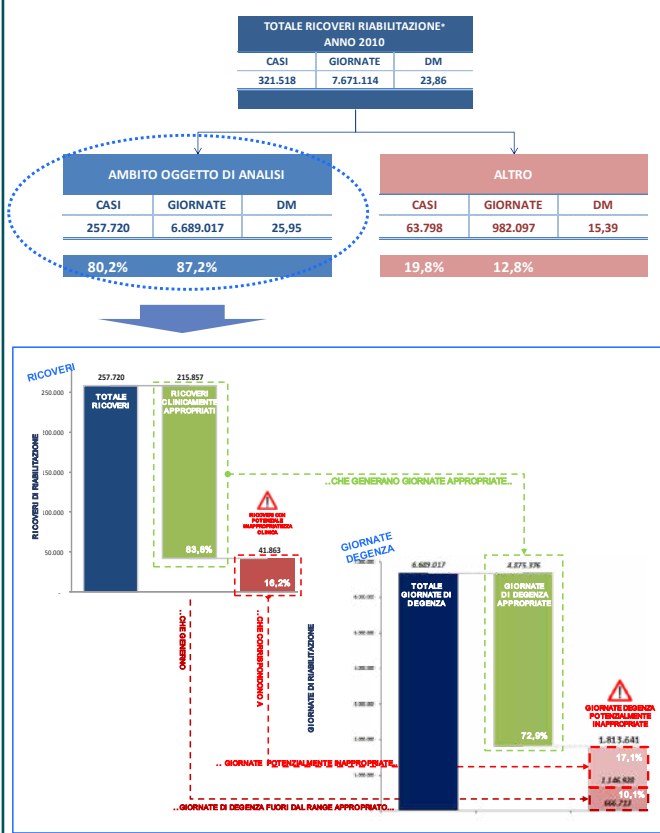
RISULTATI: POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA ED INEFFICIENZA SITUAZIONE COMPLESSIVA



- La valutazione di appropriatezza della durata di degenza/numero di accessi dei ricoveri di riabilitazione clinicamente appropriati ha mostrato:
 - ✓ 4.875.376 giornate di degenza all'interno del range di durata appropriato (88%);
 - ✓ 666.713 giornate di degenza al di fuori del range di durata appropriato (12%).
- La quota maggiore di tale inappropriata si colloca nell'area della potenziale inefficienza per eccesso di durata (78%).

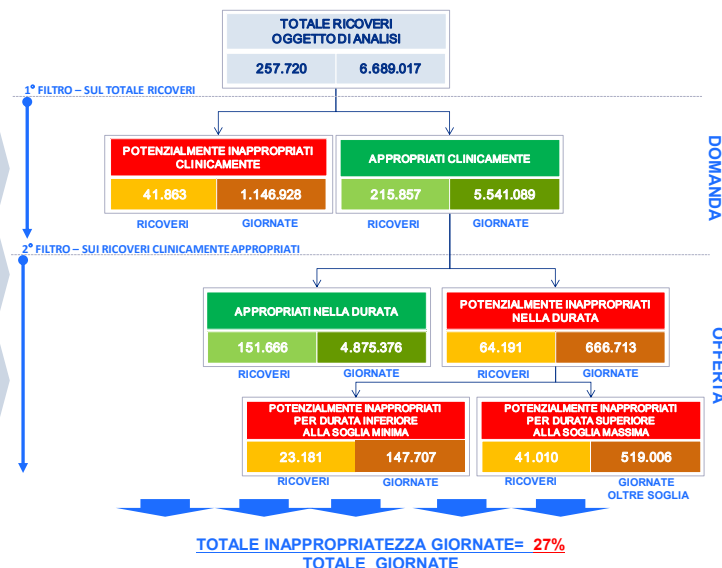
SINTESI RISULTATI

POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA CLINICA – ORGANIZZATIVA - INEFFICIENZA



L'applicazione della metodologia all'ambito oggetto di analisi individua **1.815.541** giornate di degenza ad elevato rischio di inappropriata suddivise in:

- ✓ **1.146.948** giornate di degenza potenzialmente inappropriate relative a ricoveri con potenziale inappropriata clinica (41.863);
- ✓ **666.713** giornate di degenza potenzialmente inappropriate, relative a ricoveri clinicamente appropriati ma con *durata di degenza fuori dal range appropriato*.

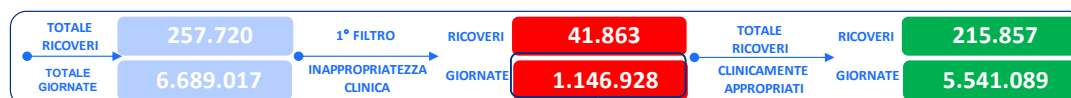


Fonte: Dati SDO - Anno 2010

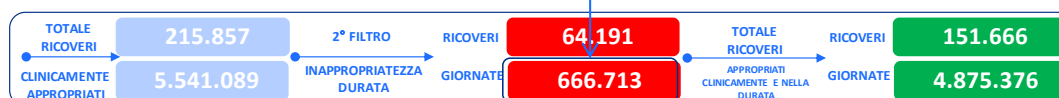
SINTESI RISULTATI

QUANTIFICAZIONE TOTALE GIORNATE DEGENZA POTENZIALMENTE INAPPROPRIATE

A QUANTIFICAZIONE POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA CLINICA



B QUANTIFICAZIONE POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA E DELLA POTENZIALE INEFFICIENZA DEI RICOVERI CLINICAMENTE APPROPRIATI



A + B

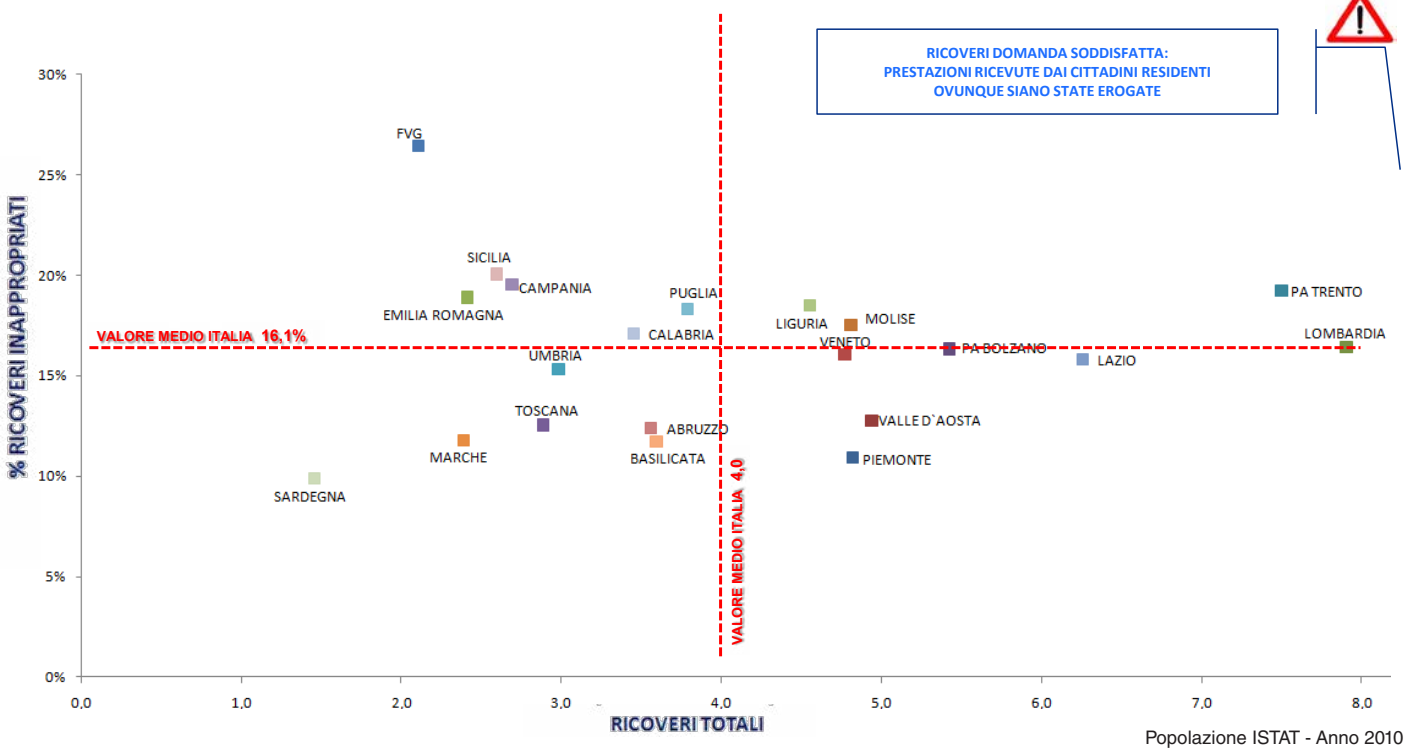
1.813.641

QUANTIFICAZIONE TOTALE GIORNATE DEGENZA POTENZIALMENTE INAPPROPRIATE

Fonte: Dati SDO - Anno 2010

POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA CLINICA (1/2)
SITUAZIONE REGIONALE COMPLESSIVA – RICOVERI DOMANDA SODDISFATTA

POSIZIONAMENTO REGIONALE
PER NUMERO DI RICOVERI E INCIDENZA % POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA CLINICA
VALORI STANDARDIZZATI PER 1.000 ABITANTI-ANNO 2010

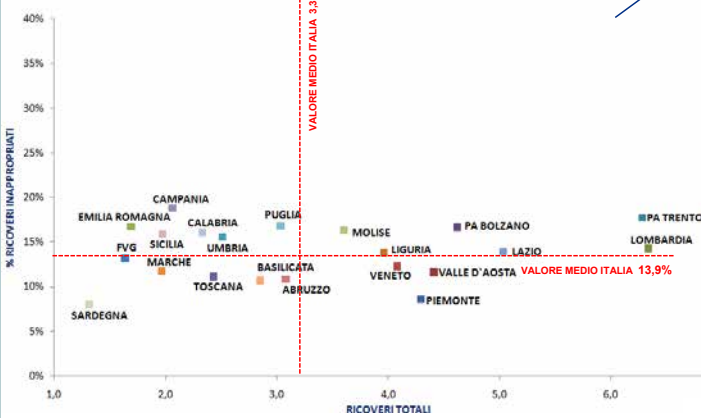


Fonte: Dati SDO - Anno 2010

POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA CLINICA (2/2)
SITUAZIONE REGIONALE PER PROVENIENZA PAZIENTE – RICOVERI DOMANDA SODDISFATTA

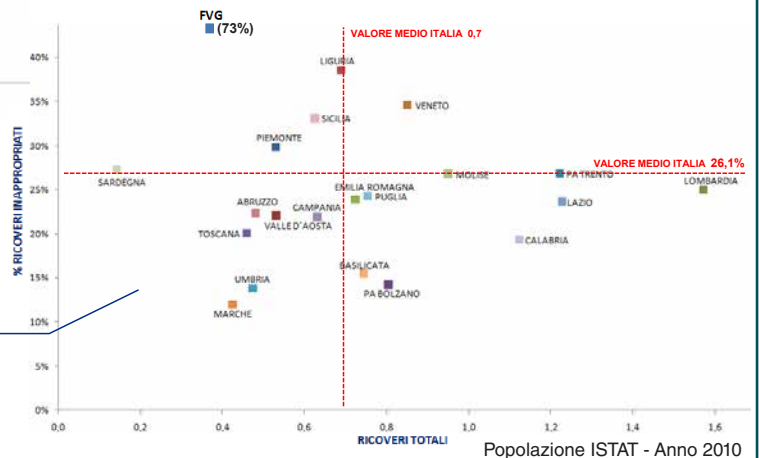
RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

POSIZIONAMENTO REGIONALE
PER NUMERO DI RICOVERI E POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA CLINICA
VALORI STANDARDIZZATI PER 1.000 ABITANTI - ANNO 2010



RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

POSIZIONAMENTO REGIONALE
PER NUMERO DI RICOVERI E POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA CLINICA
VALORI STANDARDIZZATI PER 1.000 ABITANTI - ANNO 2010

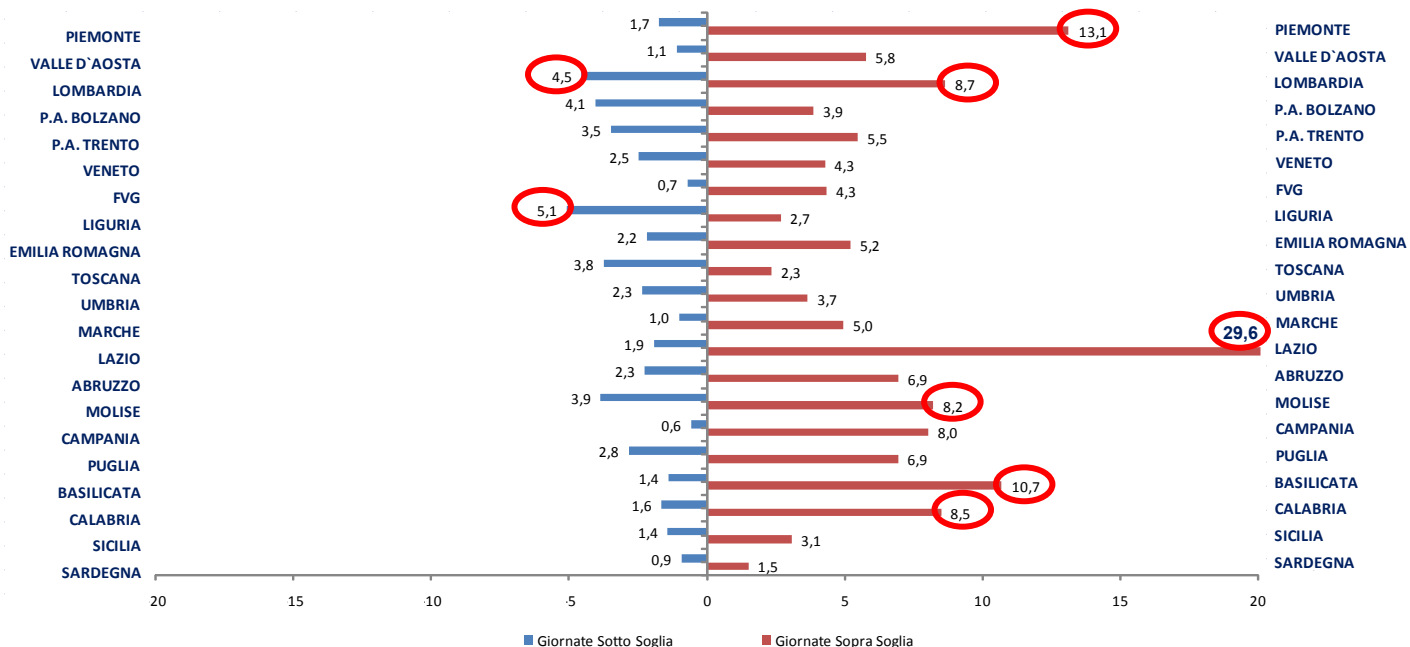


Fonte: Dati SDO - Anno 2010

POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA NELLA DURATA SITUAZIONE REGIONALE – NUMERO GIORNATE FUORI RANGE DI DURATA APPROPRIATO

- Il grafico mostra la distribuzione regionale del numero di giorni di degenza x 1.000 abitanti inferiori alla soglia minima (linea blu) e superiori alla soglia massima (linea rossa) individuata per le diverse tipologie di riabilitazione.

POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA NELLA DURATA - DETTAGLIO NUMERO GIORNATE FUORI DAI "RANGE" GIORNATE DI DEGENZA EROGATE A CITTADINI RESIDENTI E NON RESIDENTI VALORI x 1.000 ABITANTI - ANNO 2010

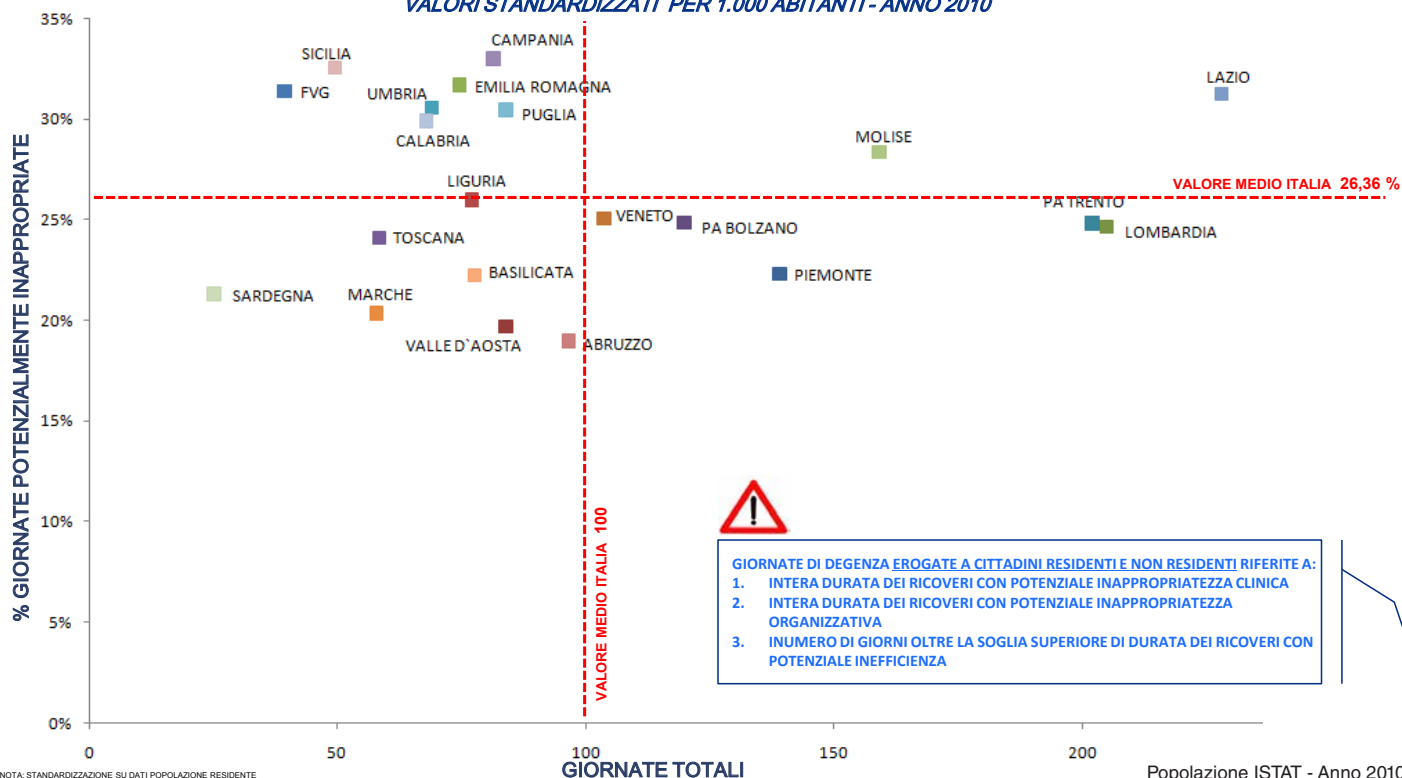


Popolazione ISTAT - Anno 2010

Fonte: Dati SDO - Anno 2010

POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA TOTALE (1/2) SITUAZIONE REGIONALE COMPLESSIVA – GIORNATE DI DEGENZA EROGATE

POSIZIONAMENTO REGIONALE PER NUMERO DI GIORNATE DI DEGENZA E POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA VALORI STANDARDIZZATI PER 1.000 ABITANTI - ANNO 2010



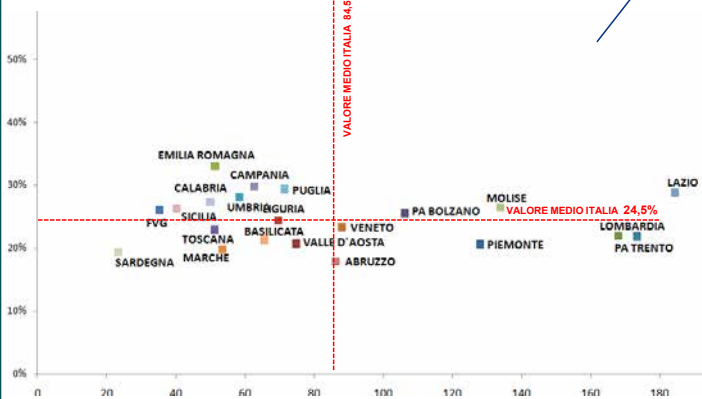
Fonte: Dati SDO - Anno 2010

Popolazione ISTAT - Anno 2010

POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA TOTALE (2/2) SITUAZIONE REGIONALE PER PROVENIENZA PAZIENTE – GIORNATE DEGENZA EROGATE

GIORNATE DEGENZA RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

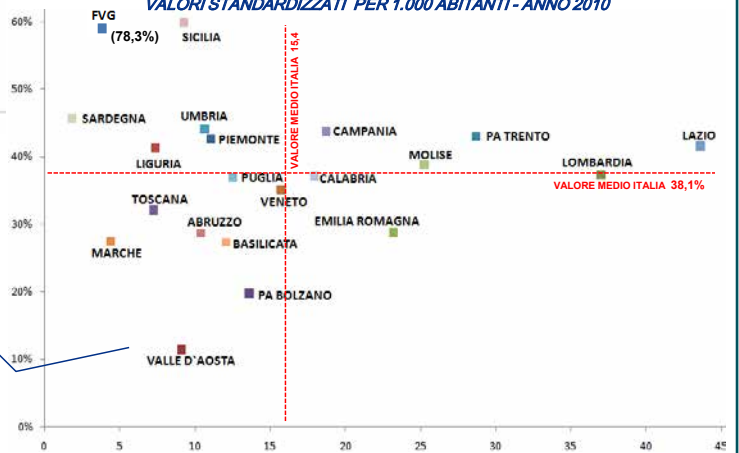
POSIZIONAMENTO REGIONALE
PER NUMERO DI GIORNATE E POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA
VALORI STANDARDIZZATI PER 1.000 ABITANTI - ANNO 2010



- GIORNATE DI DEGENZA EROGATE A CITTADINI RESIDENTI E NON RESIDENTI RIFERITE A:
1. INTERA DURATA DEI RICOVERI CON POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA CLINICA PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO
 2. INTERA DURATA DEI RICOVERI CON POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO
 3. INUMERO DI GIORNI OLTRE LA SOGLIA SUPERIORE DI DURATA DEI RICOVERI CON POTENZIALE INEFFICIENZA PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

GIORNATE DEGENZA RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

POSIZIONAMENTO REGIONALE
PER NUMERO DI GIORNATE E POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA
VALORI STANDARDIZZATI PER 1.000 ABITANTI - ANNO 2010



- GIORNATE DI DEGENZA EROGATE A CITTADINI RESIDENTI E NON RESIDENTI RIFERITE A:
1. INTERA DURATA DEI RICOVERI CON POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA CLINICA NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO
 2. INTERA DURATA DEI RICOVERI CON POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO
 3. INUMERO DI GIORNI OLTRE LA SOGLIA SUPERIORE DI DURATA DEI RICOVERI CON POTENZIALE INEFFICIENZA NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

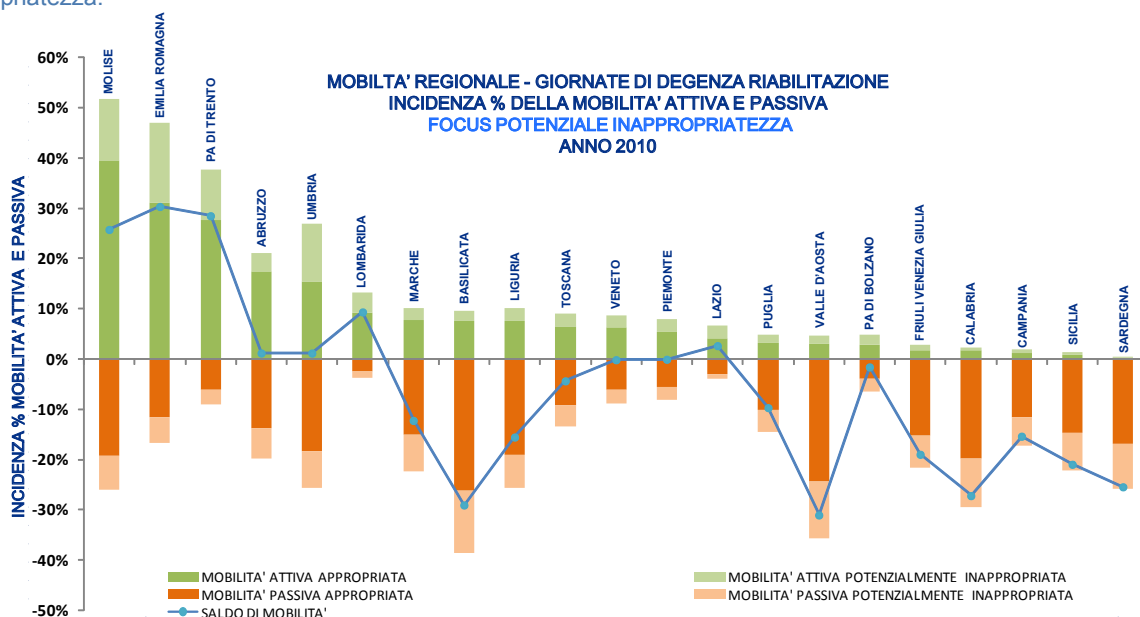
NOTA: STANDARDIZZAZIONE SU DATI POPOLAZIONE RESIDENTE

Popolazione ISTAT - Anno 2010

Fonte: Dati SDO - Anno 2010

ANALISI DI MOBILITÀ – GIORNATE DI DEGENZA DETTAGLIO POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA

- Il grafico evidenzia i **flussi di mobilità regionale** in termini di giornate di degenza di riabilitazione. In particolare in verde è riportata l'incidenza percentuale delle giornate di degenza in **mobilità attiva** rispetto al totale di ciascuna Regione, in arancio la **mobilità passiva**. La variazione cromatica esprime in entrambi i casi la quota di giornate di degenza **potenzialmente inappropriato**.
- Molise, Emilia Romagna, P.A. di Trento e Umbria presentano un'alta incidenza percentuale di mobilità attiva sul totale delle giornate ed una quota elevata di potenziale inappropriato. Basilicata, Valle d'Aosta, Campania e Calabria presentano un'alta incidenza percentuale di mobilità passiva sul totale delle giornate ed una quota elevata di potenziale inappropriato.



Fonte: Dati SDO - Anno 2010

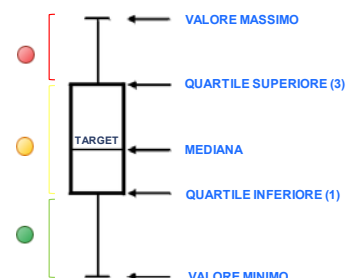
CRUSCOTTO INDICATORI

CRUSCOTTO INDICATORI PER LA RIABILITAZIONE OSPEDALIERA (1/2)

- Come mostra lo schema di seguito, il cruscotto di indicatori per la valutazione dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera è composto da tre indicatori principali (**%potenziale inapproprietezza clinica**, **%potenziale inapproprietezza organizzativa** e **%potenziale inefficienza**) e ulteriori indicatori di dettaglio.



- Ai fini della classificazione dei diversi posizionamenti regionali, è stato costruito un **modello semaforico** (si veda schema a destra) secondo cui:
 - ✓ i valori compresi tra il terzo quartile ed il valore massimo individuano una situazione di **potenziale inapproprietezza elevata (semaforo rosso)**;
 - ✓ i valori compresi tra il primo ed il terzo quartile individuano una situazione di **potenziale inapproprietezza moderata (semaforo giallo)**;
 - ✓ I valori compresi tra il valore minimo ed il primo quartile individuano una situazione di **potenziale inapproprietezza non elevata (semaforo verde)**.



CRUSCOTTO INDICATORI PER LA RIABILITAZIONE OSPEDALIERA (2/2)

INDICATORE LATO DOMANDA

PRESTAZIONI RICEVUTE DAI CITTADINI RESIDENTI
OVUNQUE SIANO STATE EROGATE

1

% INAPPROPRIATEZZA CLINICA

% RICOVERI
AD ALTO RISCHIO DI
INAPPROPRIATEZZA
CLINICA

% GIORNATE DI
DEGENZA
AD ALTO RISCHIO DI
INAPPROPRIATEZZA
CLINICA

INDICATORE PRINCIPALE

DETTAGLI

1.1 RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI
INAPPROPRIATEZZA CLINICA – DISTANZA
EVENTO ACUTO EVENTO RIABILITATIVO

1.2 RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI
INAPPROPRIATEZZA CLINICA –
CORRELAZIONE CLINICA

1.3 RICOVERI NONPRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI
INAPPROPRIATEZZA CLINICA –
TIPOLOGIA CASISTICA

INDICATORE LATO OFFERTA

PRESTAZIONI EROGATE A CITTADINI
RESIDENTI E NON RESIDENTI

2

% INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

% RICOVERI
AD ALTO RISCHIO DI
INAPPROPRIATEZZA
ORGANIZZATIVA

% GIORNATE DI
DEGENZA
AD ALTO RISCHIO DI
INAPPROPRIATEZZA
ORGANIZZATIVA

INDICATORE PRINCIPALE

DETTAGLI

2.1 RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI
INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA
RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

2.2 RICOVERI NONPRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI
INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA
RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

INDICATORE LATO OFFERTA

PRESTAZIONI EROGATE A CITTADINI
RESIDENTI E NON RESIDENTI

3

% INEFFICIENZA

% RICOVERI
AD ALTO RISCHIO DI
INEFFICIENZA

% GIORNATE DI
DEGENZA
AD ALTO RISCHIO DI
INEFFICIENZA

INDICATORE PRINCIPALE

DETTAGLI

3.1 RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI
INEFFICIENZA
RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

3.2 RICOVERI NONPRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI
INEFFICIENZA
RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

INAPPROPRIATEZZA CLINICA

1

% INAPPROPRIATEZZA CLINICA

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA CLINICA

TOTALE	
RICOVERI STD X 1.000 ABITANTI	
% INAPPROPRIATEZZA CLINICA	
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	26,4%
190-SICILIA	20,0%
150-CAMPANIA	19,5%
042-PROV. AUTON. TRENTO	19,2%
080-EMILIA ROMAGNA	18,9%
140-MOLISE	18,5%
160-PUGLIA	18,4%
050-VENETO	17,5%
180-CALABRIA	17,1%
030-LOMBARDIA	16,4%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	16,3%
070-LIGURIA	16,1%
120-LAZIO	15,8%
100-UMBRIA	15,3%
020-VALLE D' AOSTA	12,8%
090-TOSCANA	12,5%
130-ABRUZZO	12,4%
110-MARCHE	11,8%
170-BASILICATA	11,7%
010-PIEMONTE	10,9%
200-SARDEGNA	9,9%
MEDIA ITALIA	16,1%
MEDIA REGIONI NON IN PRD	15,8%

% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA CLINICA

TOTALE	
GIORNATE STD X 1.000 ABITANTI	
% INAPPROPRIATEZZA CLINICA	
190-SICILIA	22,9%
140-MOLISE	20,7%
080-EMILIA ROMAGNA	20,3%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	19,9%
150-CAMPANIA	19,7%
042-PROV. AUTON. TRENTO	19,2%
100-UMBRIA	18,8%
050-VENETO	18,6%
160-PUGLIA	17,8%
070-LIGURIA	17,7%
030-LOMBARDIA	17,6%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	17,1%
120-LAZIO	16,2%
180-CALABRIA	16,0%
020-VALLE D' AOSTA	15,0%
090-TOSCANA	14,9%
200-SARDEGNA	14,4%
110-MARCHE	13,4%
130-ABRUZZO	12,6%
010-PIEMONTE	12,2%
170-BASILICATA	11,6%
MEDIA ITALIA	17,0%
MEDIA REGIONI NON IN PRD	16,8%

INDICATORE	% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA CLINICA
NUMERATORE	RICOVERI CLINICAMENTE INAPPROPRIATI
DENOMINATORE	TOTALE RICOVERI DI RIABILITAZIONE
	16,3% VALORE MEDIANO ITALIA

INDICATORE	% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA CLINICA
NUMERATORE	TOTALE GIORNATE DI DEGENZA GENERATE DA RICOVERI CLINICAMENTE INAPPROPRIATI
DENOMINATORE	TOTALE GIORNATE DI DEGENZA
	17,6% VALORE MEDIANO ITALIA

INAPPROPRIATEZZA CLINICA

DISTANZA EVENTO ACUTO EVENTO RIABILITATIVO – RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

1.1

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA CLINICA – DISTANZA EVENTO ACUTO EVENTO RIABILITATIVO

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA PER DISTANZA EVENTO ACUTO

RIABILITAZIONE PRECEDUTA DA EVENTO ACUTO	
RICOVERI STD X 1.000 ABITANTI	
% DISTANZA DA EVENTO ACUTO	
150-CAMPANIA	7,0%
080-EMILIA ROMAGNA	6,1%
160-PUGLIA	5,9%
180-CALABRIA	5,3%
042-PROV. AUTON. TRENTO	4,8%
140-MOLISE	4,7%
110-MARCHE	4,7%
190-SICILIA	4,5%
050-VENETO	3,7%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	3,5%
170-BASILICATA	3,4%
030-LOMBARDIA	3,3%
130-ABRUZZO	3,1%
020-VALLE D' AOSTA	2,6%
100-UMBRIA	2,5%
090-TOSCANA	2,4%
120-LAZIO	2,1%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	1,9%
070-LIGURIA	1,8%
200-SARDEGNA	1,6%
010-PIEMONTE	1,4%
MEDIA ITALIA	3,6%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	3,3%

% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA PER DISTANZA EVENTO ACUTO

RIABILITAZIONE PRECEDUTA DA EVENTO ACUTO	
GIORNATE STD X 1.000 ABITANTI	
% DISTANZA DA EVENTO ACUTO	
080-EMILIA ROMAGNA	6,9%
150-CAMPANIA	6,4%
180-CALABRIA	5,6%
160-PUGLIA	5,5%
140-MOLISE	5,4%
190-SICILIA	4,6%
042-PROV. AUTON. TRENTO	4,5%
050-VENETO	4,3%
170-BASILICATA	4,0%
110-MARCHE	3,9%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	3,7%
030-LOMBARDIA	3,3%
090-TOSCANA	2,8%
020-VALLE D' AOSTA	2,6%
100-UMBRIA	2,6%
200-SARDEGNA	2,4%
070-LIGURIA	2,3%
120-LAZIO	2,1%
130-ABRUZZO	2,1%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	2,0%
010-PIEMONTE	1,7%
MEDIA ITALIA	3,8%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	3,5%

INDICATORE	% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA CLINICA - DISTANZA EVENTO ACUTO EVENTO RIABILITATIVO	
NUMERATORE	RICOVERI INAPPROPRIATI PER DISTANZA DALL'EVENTO ACUTO	
DENOMINATORE	TOTALE RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
	3,4%	VALORE MEDIANO ITALIA

INDICATORE	% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA CLINICA - DISTANZA EVENTO ACUTO EVENTO RIABILITATIVO	
NUMERATORE	GIORNATE DI DEGENZA GENERATE DA RICOVERI INAPPROPRIATI PER DISTANZA DALL'EVENTO ACUTO	
DENOMINATORE	TOTALE GIORNATE DI DEGENZA RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
	3,7%	VALORE MEDIANO ITALIA

INAPPROPRIATEZZA CLINICA

CORRELAZIONE CLINICA – RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

1.2

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA CLINICA – CORRELAZIONE CLINICA

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA PER CORRELAZIONE CLINICA

RIABILITAZIONE PRECEDUTA DA EVENTO ACUTO	
RICOVERI STD X 1.000 ABITANTI	
% CORRELAZIONE CLINICA	
041-PROV. AUTON. BOLZANO	13,2%
100-UMBRIA	13,1%
042-PROV. AUTON. TRENTO	12,9%
120-LAZIO	11,8%
150-CAMPANIA	11,8%
140-MOLISE	11,6%
190-SICILIA	11,4%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	11,3%
160-PUGLIA	11,0%
030-LOMBARDIA	10,9%
180-CALABRIA	10,7%
080-EMILIA ROMAGNA	10,7%
070-LIGURIA	10,5%
050-VENETO	10,2%
020-VALLE D' AOSTA	9,0%
090-TOSCANA	8,7%
130-ABRUZZO	7,8%
170-BASILICATA	7,3%
010-PIEMONTE	7,1%
110-MARCHE	7,1%
200-SARDEGNA	6,4%
MEDIA ITALIA	10,2%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	10,1%

% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA PER CORRELAZIONE CLINICA

RIABILITAZIONE PRECEDUTA DA EVENTO ACUTO	
GIORNATE STD X 1.000 ABITANTI	
% CORRELAZIONE CLINICA	
100-UMBRIA	16,0%
080-EMILIA ROMAGNA	15,0%
070-LIGURIA	14,6%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	13,8%
042-PROV. AUTON. TRENTO	13,5%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	13,5%
190-SICILIA	13,4%
140-MOLISE	13,3%
050-VENETO	13,1%
120-LAZIO	13,0%
150-CAMPANIA	12,6%
030-LOMBARDIA	12,5%
160-PUGLIA	12,3%
020-VALLE D' AOSTA	11,9%
090-TOSCANA	11,7%
180-CALABRIA	10,8%
200-SARDEGNA	10,1%
110-MARCHE	9,4%
130-ABRUZZO	9,2%
010-PIEMONTE	9,0%
170-BASILICATA	7,7%
MEDIA ITALIA	12,2%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	12,5%

INDICATORE	% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA CLINICA - CORRELAZIONE CLINICA EVENTO ACUTO EVENTO RIABILITATIVO	
NUMERATORE	RICOVERI INAPPROPRIATI PER CORRELAZIONE CLINICA	
DENOMINATORE	TOTALE RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
	10,7%	VALORE MEDIANO ITALIA

INDICATORE	% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA CLINICA - CORRELAZIONE CLINICA EVENTO ACUTO EVENTO RIABILITATIVO	
NUMERATORE	GIORNATE DI DEGENZA GENERATE DA RICOVERI INAPPROPRIATI PER CORRELAZIONE CLINICA	
DENOMINATORE	TOTALE GIORNATE DI DEGENZA RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
	12,6%	VALORE MEDIANO ITALIA

INAPPROPRIATEZZA CLINICA TIPOLOGIA CASISTICA – RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

1.3

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA CLINICA – TIPOLOGIA CASISTICA

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA PER TIPOLOGIA CASISTICA

RIABILITAZIONE NON PRECEDUTA DA EVENTO ACUTO	
RICOVERI STD X 1.000 ABITANTI	
% INAPPROPRIATEZZA CLINICA	
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	72,8%
070-LIGURIA	38,5%
050-VENETO	34,6%
190-SICILIA	33,1%
010-PIEMONTE	29,9%
200-SARDEGNA	27,3%
042-PROV. AUTON. TRENTO	26,9%
140-MOLISE	26,8%
030-LOMBARDIA	25,0%
160-PUGLIA	24,4%
080-EMILIA ROMAGNA	23,9%
120-LAZIO	23,7%
130-ABRUZZO	22,3%
020-VALLE D' AOSTA	22,1%
150-CAMPANIA	21,9%
090-TOSCANA	20,0%
180-CALABRIA	19,3%
170-BASILICATA	15,5%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	14,2%
100-UMBRIA	13,8%
110-MARCHE	11,9%
MEDIA ITALIA	26,1%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	26,7%

% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA PER TIPOLOGIA CASISTICA

RIABILITAZIONE NON PRECEDUTA DA EVENTO ACUTO	
GIORNATE STD X 1.000 ABITANTI	
% INAPPROPRIATEZZA CASI	
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	50,4%
190-SICILIA	42,0%
200-SARDEGNA	31,1%
140-MOLISE	28,7%
042-PROV. AUTON. TRENTO	25,9%
030-LOMBARDIA	25,6%
010-PIEMONTE	25,6%
050-VENETO	25,3%
070-LIGURIA	24,2%
130-ABRUZZO	23,4%
150-CAMPANIA	22,1%
120-LAZIO	20,9%
020-VALLE D' AOSTA	20,2%
100-UMBRIA	20,0%
160-PUGLIA	17,5%
090-TOSCANA	16,6%
080-EMILIA ROMAGNA	16,0%
180-CALABRIA	14,8%
110-MARCHE	14,3%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	13,6%
170-BASILICATA	11,2%
MEDIA ITALIA	23,3%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	22,6%

INDICATORE	% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA CLINICA - TIPOLOGIA EVENTO RIABILITATIVO	
NUMERATORE	RICOVERI INAPPROPRIATI PER TIPOLOGIA CASISTICA	
DENOMINATORE	TOTALE RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
	23,9%	VALORE MEDIANO ITALIA

INDICATORE	% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA CLINICA - TIPOLOGIA EVENTO RIABILITATIVO	
NUMERATORE	GIORNATE DI DEGENZA GENERATE DA RICOVERI INAPPROPRIATI PER TIPOLOGIA CASISTICA	
DENOMINATORE	TOTALE GIORNATE DI DEGENZA RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
	22,1%	VALORE MEDIANO ITALIA

INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

2

% INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

TOTALE	
RICOVERI STD X 1.000 ABITANTI	
% INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	
160-PUGLIA	21,5%
090-TOSCANA	20,6%
180-CALABRIA	20,2%
070-LIGURIA	18,7%
190-SICILIA	17,1%
100-UMBRIA	14,9%
080-EMILIA ROMAGNA	14,3%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	12,1%
140-MOLISE	11,6%
170-BASILICATA	10,8%
110-MARCHE	10,7%
200-SARDEGNA	10,4%
030-LOMBARDIA	9,5%
130-ABRUZZO	8,9%
050-VENETO	7,6%
120-LAZIO	7,6%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	6,9%
150-CAMPANIA	5,6%
010-PIEMONTE	5,5%
042-PROV. AUTON. TRENTO	5,5%
020-VALLE D' AOSTA	4,1%
MEDIA ITALIA	11,6%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	11,2%

% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

TOTALE	
GIORNATE STD X 1.000 ABITANTI	
% INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	
090-TOSCANA	6,9%
070-LIGURIA	6,7%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	4,7%
160-PUGLIA	4,6%
200-SARDEGNA	4,4%
100-UMBRIA	4,2%
190-SICILIA	4,0%
080-EMILIA ROMAGNA	3,7%
180-CALABRIA	3,0%
140-MOLISE	3,0%
050-VENETO	3,0%
030-LOMBARDIA	2,8%
130-ABRUZZO	2,5%
042-PROV. AUTON. TRENTO	2,3%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	2,1%
170-BASILICATA	1,9%
110-MARCHE	1,9%
020-VALLE D' AOSTA	1,5%
010-PIEMONTE	1,3%
120-LAZIO	1,0%
150-CAMPANIA	1,0%
MEDIA ITALIA	3,2%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	3,6%

INDICATORE	% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	
NUMERATORE	RICOVERI CON DURATA INFERIORE AL VALORE MINIMO DEL RANGE DI DURATA APPROPRIATO	
DENOMINATORE	TOTALE RICOVERI (AD ESCLUSIONE DEI RICOVERI CLINICAMENTE INAPPROPRIATI)	
	10,7%	VALORE MEDIANO ITALIA

INDICATORE	% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	
NUMERATORE	GIORNATE DI DEGENZA GENERATE DA RICOVERI CON DURATA INFERIORE AL VALORE MINIMO DEL RANGE DI DURATA APPROPRIATO	
DENOMINATORE	TOTALE GIORNATE DI DEGENZA (AD ESCLUSIONE DEI RICOVERI CLINICAMENTE INAPPROPRIATI)	
	3,0%	VALORE MEDIANO ITALIA

INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

2.1

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

RIABILITAZIONE PRECEDUTA DA EVENTO ACUTO	
RICOVERI STD X 1.000 ABITANTI	
% INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	
090-TOSCANA	21,0%
160-PUGLIA	19,8%
070-LIGURIA	15,6%
080-EMILIA ROMAGNA	14,0%
100-UMBRIA	12,1%
140-MOLISE	11,4%
190-SICILIA	11,3%
180-CALABRIA	11,1%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	10,1%
170-BASILICATA	9,9%
200-SARDEGNA	9,8%
130-ABRUZZO	8,4%
030-LOMBARDIA	7,6%
050-VENETO	7,1%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	7,0%
110-MARCHE	6,7%
150-CAMPANIA	5,7%
120-LAZIO	5,6%
010-PIEMONTE	4,4%
020-VALLE D' AOSTA	4,4%
042-PROV. AUTON. TRENTO	4,2%
MEDIA ITALIA	9,9%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	10,0%

% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

RIABILITAZIONE PRECEDUTA DA EVENTO ACUTO	
GIORNATE STD X 1.000 ABITANTI	
% INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	
090-TOSCANA	7,3%
070-LIGURIA	6,0%
160-PUGLIA	4,6%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	4,5%
200-SARDEGNA	4,2%
080-EMILIA ROMAGNA	4,0%
100-UMBRIA	4,0%
190-SICILIA	3,3%
140-MOLISE	3,2%
050-VENETO	2,9%
030-LOMBARDIA	2,6%
130-ABRUZZO	2,5%
180-CALABRIA	2,3%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	2,1%
170-BASILICATA	2,0%
110-MARCHE	1,8%
042-PROV. AUTON. TRENTO	1,8%
020-VALLE D' AOSTA	1,7%
010-PIEMONTE	1,3%
150-CAMPANIA	1,1%
120-LAZIO	0,9%
MEDIA ITALIA	3,0%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	3,4%

INDICATORE	% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
NUMERATORE	RICOVERI CON DURATA INFERIORE AL VALORE MINIMO DEL RANGE DI DURATA APPROPRIATO - RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
DENOMINATORE	RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO (AD ESCLUSIONE DEI RICOVERI CLINICAMENTE INAPPROPRIATI)	
	9,8%	VALORE MEDIANO ITALIA

INDICATORE	% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
NUMERATORE	GIORNATE DI DEGENZA GENERATE DA RICOVERI CON DURATA INFERIORE AL VALORE MINIMO DEL RANGE DI DURATA APPROPRIATO - RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
DENOMINATORE	TOTALE GIORNATE DI DEGENZA RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO (AD ESCLUSIONE DELLE GIORNATE GENERATE DA RICOVERI CLINICAMENTE INAPPROPRIATI)	
	2,6%	VALORE MEDIANO ITALIA

INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

2.2

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

RIABILITAZIONE NON PRECEDUTA DA EVENTO ACUTO	
RICOVERI STD X 1.000 ABITANTI	
% INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	
070-LIGURIA	47,0%
190-SICILIA	42,0%
110-MARCHE	40,8%
180-CALABRIA	34,9%
100-UMBRIA	31,1%
160-PUGLIA	29,9%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	23,6%
200-SARDEGNA	23,0%
010-PIEMONTE	20,7%
030-LOMBARDIA	18,2%
090-TOSCANA	17,0%
120-LAZIO	16,1%
170-BASILICATA	15,6%
080-EMILIA ROMAGNA	14,7%
042-PROV. AUTON. TRENTO	14,6%
130-ABRUZZO	13,6%
140-MOLISE	12,3%
050-VENETO	10,2%
150-CAMPANIA	5,5%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	4,1%
020-VALLE D' AOSTA	2,2%
MEDIA ITALIA	20,8%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	20,2%

% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

RIABILITAZIONE NON PRECEDUTA DA EVENTO ACUTO	
GIORNATE STD X 1.000 ABITANTI	
% INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	
070-LIGURIA	13,6%
190-SICILIA	9,0%
200-SARDEGNA	8,1%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	6,3%
042-PROV. AUTON. TRENTO	6,2%
100-UMBRIA	5,9%
180-CALABRIA	5,1%
090-TOSCANA	4,2%
160-PUGLIA	4,0%
030-LOMBARDIA	3,9%
050-VENETO	3,8%
080-EMILIA ROMAGNA	3,0%
110-MARCHE	2,8%
130-ABRUZZO	2,6%
010-PIEMONTE	2,4%
140-MOLISE	2,1%
170-BASILICATA	1,9%
120-LAZIO	1,4%
150-CAMPANIA	0,8%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	0,6%
020-VALLE D' AOSTA	0,2%
MEDIA ITALIA	4,2%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	4,7%

INDICATORE	% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
NUMERATORE	RICOVERI CON DURATA INFERIORE AL VALORE MINIMO DEL RANGE DI DURATA APPROPRIATO - RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
DENOMINATORE	RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO (AD ESCLUSIONE DEI RICOVERI CLINICAMENTE INAPPROPRIATI)	
	17,0%	VALORE MEDIANO ITALIA

INDICATORE	% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
NUMERATORE	GIORNATE DI DEGENZA GENERATE DA RICOVERI CON DURATA INFERIORE AL VALORE MINIMO DEL RANGE DI DURATA APPROPRIATO - RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
DENOMINATORE	TOTALE GIORNATE DI DEGENZA RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO (AD ESCLUSIONE DELLE GIORNATE GENERATE DA RICOVERI CLINICAMENTE INAPPROPRIATI)	
	3,8%	VALORE MEDIANO ITALIA

INEFFICIENZA

3

% INEFFICIENZA

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INEFFICIENZA

TOTALE	
RICOVERI STD X 1.000 ABITANTI	
% INEFFICIENZA	
170-BASILICATA	40,7%
120-LAZIO	36,4%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	32,5%
020-VALLE D'AOSTA	32,0%
150-CAMPANIA	31,7%
180-CALABRIA	30,1%
110-MARCHE	25,5%
130-ABRUZZO	24,7%
010-PIEMONTE	22,5%
160-PUGLIA	20,3%
140-MOLISE	19,5%
190-SICILIA	19,2%
050-VENETO	15,3%
080-EMILIA ROMAGNA	13,9%
100-UMBRIA	13,5%
030-LOMBARDIA	13,3%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	12,4%
042-PROV. AUTON. TRENTO	8,5%
200-SARDEGNA	8,0%
090-TOSCANA	7,9%
070-LIGURIA	7,1%
MEDIA ITALIA	20,7%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	17,7%

% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INEFFICIENZA

TOTALE	
GIORNATE STD X 1.000 ABITANTI	
% INEFFICIENZA	
120-LAZIO	16,5%
180-CALABRIA	15,9%
150-CAMPANIA	15,7%
170-BASILICATA	15,0%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	12,8%
160-PUGLIA	11,1%
010-PIEMONTE	10,1%
110-MARCHE	9,2%
190-SICILIA	9,0%
080-EMILIA ROMAGNA	8,7%
130-ABRUZZO	7,9%
020-VALLE D'AOSTA	7,8%
200-SARDEGNA	7,4%
100-UMBRIA	6,5%
140-MOLISE	6,2%
030-LOMBARDIA	5,4%
050-VENETO	5,3%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	4,6%
090-TOSCANA	4,3%
042-PROV. AUTON. TRENTO	3,5%
070-LIGURIA	3,5%
MEDIA ITALIA	8,9%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	7,2%

INDICATORE	% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INEFFICIENZA	
NUMERATORE	RICOVERI CON DURATA SUPERIORE AL VALORE MASSIMO DEL RANGE DI DURATA APPROPRIATO	
DENOMINATORE	TOTALE RICOVERI (AD ESCLUSIONE DEI RICOVERI CLINICAMENTE INAPPROPRIATI)	
	19,5%	VALORE MEDIANO ITALIA

INDICATORE	% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INEFFICIENZA	
NUMERATORE	GIORNATE DI DEGENZA OLTRE LA SOGLIA SUPERIORE DEL RANGE DI DURATA APPROPRIATO	
DENOMINATORE	TOTALE GIORNATE DI DEGENZA (AD ESCLUSIONE DELLE GIORNATE GENERATE DA RICOVERI CLINICAMENTE INAPPROPRIATI)	
	7,9%	VALORE MEDIANO ITALIA

INEFFICIENZA RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

3.1

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INEFFICIENZA RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INEFFICIENZA

RIABILITAZIONE PRECEDUTA DA EVENTO ACUTO	
RICOVERI STD X 1.000 ABITANTI	
% INEFFICIENZA	
170-BASILICATA	41,5%
120-LAZIO	35,7%
020-VALLE D'AOSTA	34,6%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	32,5%
110-MARCHE	27,2%
180-CALABRIA	27,1%
150-CAMPANIA	26,6%
130-ABRUZZO	25,0%
010-PIEMONTE	21,8%
160-PUGLIA	18,5%
190-SICILIA	18,0%
140-MOLISE	18,0%
050-VENETO	15,5%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	14,0%
100-UMBRIA	12,7%
030-LOMBARDIA	12,0%
080-EMILIA ROMAGNA	11,9%
042-PROV. AUTON. TRENTO	8,5%
090-TOSCANA	7,5%
200-SARDEGNA	7,1%
070-LIGURIA	6,6%
MEDIA ITALIA	20,1%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	17,8%

% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INEFFICIENZA

RIABILITAZIONE PRECEDUTA DA EVENTO ACUTO	
GIORNATE STD X 1.000 ABITANTI	
% INEFFICIENZA	
120-LAZIO	14,7%
170-BASILICATA	14,5%
180-CALABRIA	12,8%
150-CAMPANIA	12,4%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	12,3%
160-PUGLIA	9,6%
010-PIEMONTE	9,3%
110-MARCHE	8,8%
190-SICILIA	8,3%
020-VALLE D'AOSTA	8,1%
130-ABRUZZO	7,2%
200-SARDEGNA	6,8%
080-EMILIA ROMAGNA	6,2%
100-UMBRIA	5,6%
140-MOLISE	5,2%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	5,1%
030-LOMBARDIA	4,3%
050-VENETO	4,2%
090-TOSCANA	3,7%
042-PROV. AUTON. TRENTO	3,2%
070-LIGURIA	3,0%
MEDIA ITALIA	7,9%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	6,6%

INDICATORE	% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INEFFICIENZA RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
NUMERATORE	RICOVERI CON DURATA SUPERIORE AL VALORE MASSIMO DEL RANGE DI DURATA APPROPRIATO - RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
DENOMINATORE	TOTALE RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO (AD ESCLUSIONE DEI RICOVERI CLINICAMENTE INAPPROPRIATI)	
	18,0%	VALORE MEDIANO ITALIA

INDICATORE	% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INEFFICIENZA RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
NUMERATORE	GIORNATE DI DEGENZA OLTRE LA SOGLIA SUPERIORE DEL RANGE DI DURATA APPROPRIATO - RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
DENOMINATORE	TOTALE GIORNATE DI DEGENZA RICOVERI PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO (AD ESCLUSIONE DELLE GIORNATE GENERATE DA RICOVERI CLINICAMENTE INAPPROPRIATI)	
	7,2%	VALORE MEDIANO ITALIA

INEFFICIENZA RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

3-2

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INEFFICIENZA RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INEFFICIENZA

RIABILITAZIONE NON PRECEDUTA DA EVENTO ACUTO	
RICOVERI STD X 1.000 ABITANTI	
% INEFFICIENZA	
150-CAMPANIA	48,0%
120-LAZIO	39,0%
170-BASILICATA	36,1%
180-CALABRIA	34,9%
010-PIEMONTE	32,4%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	32,0%
160-PUGLIA	29,4%
140-MOLISE	27,8%
200-SARDEGNA	25,0%
190-SICILIA	24,4%
130-ABRUZZO	22,0%
030-LOMBARDIA	19,6%
100-UMBRIA	18,1%
080-EMILIA ROMAGNA	17,2%
050-VENETO	14,3%
020-VALLE D' AOSTA	13,6%
110-MARCHE	12,3%
090-TOSCANA	11,5%
070-LIGURIA	11,5%
042-PROV. AUTON. TRENTO	8,3%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	3,4%
MEDIA ITALIA	22,9%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	17,2%

% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INEFFICIENZA

RIABILITAZIONE NON PRECEDUTA DA EVENTO ACUTO	
GIORNATE STD X 1.000 ABITANTI	
% INEFFICIENZA	
150-CAMPANIA	27,1%
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	26,4%
120-LAZIO	24,8%
180-CALABRIA	24,0%
010-PIEMONTE	20,7%
160-PUGLIA	19,7%
170-BASILICATA	17,9%
200-SARDEGNA	16,7%
110-MARCHE	14,5%
190-SICILIA	14,0%
130-ABRUZZO	13,8%
080-EMILIA ROMAGNA	13,6%
100-UMBRIA	12,3%
140-MOLISE	12,1%
050-VENETO	11,7%
030-LOMBARDIA	11,1%
090-TOSCANA	9,2%
070-LIGURIA	8,6%
042-PROV. AUTON. TRENTO	6,2%
020-VALLE D' AOSTA	5,1%
041-PROV. AUTON. BOLZANO	0,9%
MEDIA ITALIA	14,8%
MEDIA REGIONI NON IN PDR	11,9%

INDICATORE	% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI INEFFICIENZA RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
NUMERATORE	RICOVERI CON DURATA SUPERIORE AL VALORE MASSIMO DEL RANGE DI DURATA APPROPRIATO - RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
DENOMINATORE	TOTALE RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO (AD ESCLUSIONE DEI RICOVERI CLINICAMENTE INAPPROPRIATI)	
	22,0%	VALORE MEDIANO ITALIA

INDICATORE	% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO RISCHIO DI INEFFICIENZA RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
NUMERATORE	GIORNATE DI DEGENZA OLTRE LA SOGLIA SUPERIORE DEL RANGE DI DURATA APPROPRIATO - RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO	
DENOMINATORE	TOTALE GIORNATE DI DEGENZA RICOVERI NON PRECEDUTI DA EVENTO ACUTO (AD ESCLUSIONE DELLE GIORNATE GENERATE DA RICOVERI CLINICAMENTE INAPPROPRIATI)	
	13,8%	VALORE MEDIANO ITALIA

QUADRO SINOTTICO – INDICATORI PRINCIPALI

INDICATORE LATO DOMANDA

INDICATORE LATO OFFERTA

INDICATORE LATO OFFERTA

1

2

3

REGIONI

%INAPPROPRIATEZZA CLINICA

%INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

%INEFFICIENZA

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI
INAPPROPRIATEZZA CLINICA

% RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI
INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

% GIORNATE DI DEGENZA AD ALTO
RISCHIO DI INEFFICIENZA

VALLE D' AOSTA	12,8%	4,1%	7,8%
LOMBARDIA	16,4%	9,5%	5,4%
PROV. AUTON. BOLZANO	16,3%	12,1%	4,6%
PROV. AUTON. TRENTO	19,2%	5,5%	3,5%
VENETO	17,5%	7,6%	5,3%
FRIULI VENEZIA GIULIA	26,4%	6,9%	12,8%
LIGURIA	16,1%	18,7%	3,5%
EMILIA ROMAGNA	18,9%	14,3%	8,7%
TOSCANA	12,5%	20,6%	4,3%
UMBRIA	15,3%	14,9%	6,5%
MARCHE	11,8%	10,7%	9,2%
BASILICATA	11,7%	10,8%	15,0%
SARDEGNA	9,9%	10,4%	7,4%
PIEMONTE	10,9%	5,5%	10,1%
LAZIO	15,8%	7,6%	16,5%
ABRUZZO	12,4%	8,9%	7,9%
MOLISE	18,5%	11,6%	6,2%
CAMPANIA	19,5%	5,6%	15,7%
PUGLIA	18,4%	21,5%	11,1%
CALABRIA	17,1%	20,2%	15,9%
SICILIA	20,0%	17,1%	9,0%

ORDINE GEOGRAFICO

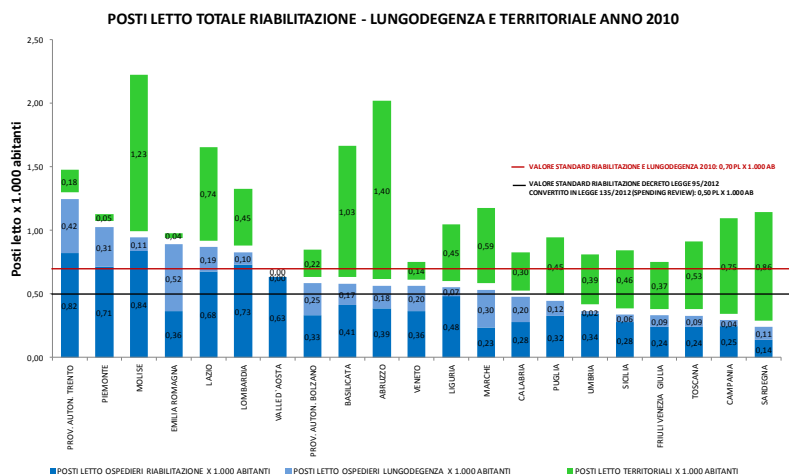
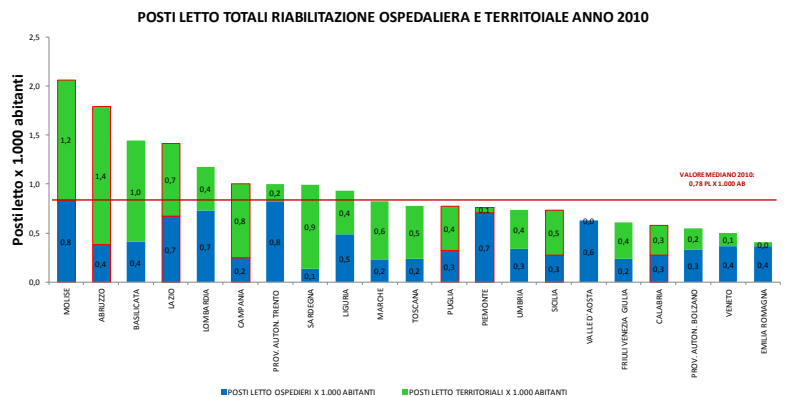
REGIONI IN PDR

NOTA: IL MODELLO SEMAFORICO RAPPRESENTA I QUARTILI DI RIFERIMENTO DELLE RISPETTIVE DISTRIBUZIONI

L'OFFERTA DI POSTI LETTO DELLA RIABILITAZIONE OSPEDALIERA

LA DOTAZIONE DI OFFERTA DELLA RIABILITAZIONE OSPEDALIERA

- Il diagramma a barre riportato a destra mostra la dotazione regionale di **posti letto x 1.000 abitanti** distinti tra **riabilitazione ospedaliera e territoriale** (anno 2010).
- Risulta evidente l'elevata variabilità della distribuzione dei posti letto tra le diverse Regioni.
- Si rileva, inoltre, un fenomeno di **"compensazione"** tra elevata dotazione di posti letto ospedalieri e bassa dotazione di quelli territoriali o viceversa, soprattutto in alcune Regioni.
- Tale evidenza viene sottolineata ulteriormente dal diagramma in basso, che considera anche la dotazione regionale di posti letto di lungodegenza postacuzie.



I posti letto di riabilitazione ospedaliera ammontano complessivamente al 49% circa della capacità produttiva totale della riabilitazione.

CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

• *L'esperienza del Team Carrick nel progetto "Bed management" dell'Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna*
Bellini A., Carangelo N., Falcinella R., Fiore A., Gualandi R., Natali F., Palazzo G.

*Coordinatori Infermieristici - Infermieri:
Azienda Ospedaliera Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna*

"Carrick" è un nodo di giunzione, resistente e forte, utilizzato in marina per definire il nodo perfetto che unisce corde di grosso spessore, tradotto dall'irlandese significa ROCCIA, quindi indica un nodo molto solido.

Questo è il nome dato ad un gruppo di progetto sul "bed management" nato nel Policlinico S. Orsola - Malpighi di Bologna, costituito da coordinatori infermieristici e infermieri che quotidianamente lavorano all'interno delle Unità Operative, mentre durante i festivi e nei fine settimana gestiscono le problematiche relative alla risorsa posto letto.

E' proprio sul significato di questo nome che il gruppo agisce, creando una sinergia di azioni per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, seguendo principi di equità, trasparenza e appropriatezza al fine di ottimizzare i percorsi e la risorsa posto letto.

Coordinati dalla figura del Bed Manager1, il gruppo di lavoro, che segue il progetto aziendale, da ormai due anni, può ritenersi pronto a riflettere sull'operato sino ad ora svolto.

Il progetto nasce all'interno del Policlinico bolognese, una realtà strutturale complessa, a padiglioni, organizzata

in sette Dipartimenti dove si contano circa 1700 posti letto. Un'ampia area nella quale si fa assistenza, ricerca, formazione e dove quotidianamente si risponde ad una elevata domanda di salute proveniente da un bacino di utenza regionale ed extraregionale.

Il gruppo Carrick si è inserito nell'Azienda Ospedaliera, iniziando a partecipare al governo di una parte significativa del bisogno di salute espresso dai cittadini, con l'obiettivo di migliorare il complicato flusso di pazienti che accedono al Pronto Soccorso generale, utilizzando quotidianamente competenze, cultura infermieristica e cultura organizzativa.

Inizialmente, il tutto sembrava ambizioso e di difficile realizzazione, poiché doveva impegnare delle risorse per lavorare su un progetto di bed management in fase di avvio, che fino a poco tempo prima era stato gestito unicamente dai medici della Direzione Sanitaria dell'ospedale.

Elemento a favore è stata la scelta di individuare i coordinatori/infermieri, dei due dipartimenti dell'area internistico-geriatrica, dipartimenti nei quali accedono il maggior numero di malati provenienti dal Pronto Soccorso e dalla Medicina D'Urgenza dell'ospedale.

Tale motivazione ha indirizzato la scelta strategica nell'individuare gli operatori giusti, con specifiche competenze, conoscenze e abilità organizzative nell'ambito e realmente interessati e coinvolti nelle problematiche di iperafflusso e gestione dei ricoveri inviati dal Pronto Soccorso.

1) Bandini A. Pellecchia C. Tabanelli C. Taddia P. "IL BED MANAGER: l'esperienza del Policlinico S.Orsola-Malpighi - Periodico del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna - N.2/2012.

La Direzione Infermieristica, il bed manager e la direzione medica hanno organizzato e pianificato incontri informativi sia per favorire la conoscenza del gruppo ma soprattutto per condividere i contenuti operativi e uniformare i comportamenti sulle tematiche trattate.

A completamento è stata attivata anche la formazione sul campo, insieme al Bed Manager, con la finalità di conoscere, grazie alla simulazione di casi specifici anche il sistema informatico. Il bed manager ha promosso e promuove una serie di incontri periodici

per ottenere il feed-back sull'attività svolta nei giorni festivi e durante i fine settimana. Ciò ha contribuito al consolidamento del gruppo, tanto da renderlo uniforme nelle linee di comportamento, (questa è stata la percezione dei professionisti dell'azienda), nella gestione delle problematiche, seppur diverse, che scaturiscono da contesti operativi fortemente eterogenei.

Nello specifico, il gruppo, sulla base di un calendario turnistico, presta il proprio servizio nel fine settimana (sabato dalle 8.30 alle 13.00 in servizio, dalle 13.00 alle 19.00 in pronta disponibilità, domenica e festivi dalle 8.00 alle 19.00 in pronta disponibilità) previa acquisizione di informazioni da parte del Bed Manager, trasmesse il venerdì a conclusione della settimana lavorativa. L'obiettivo principale è dare continuità alla gestione del bed management. In tale fascia oraria è presente il medico di direzione sanitaria e l'infermiere dirigente a cui fare riferimento in caso di criticità (iperafflusso dal P.S. e mancata disponibilità di accoglimento dei pazienti nelle UU.OO.).

L'esistenza di questo gruppo ha determinato un cambiamento aziendale importante e una miglior definizione delle modalità di gestione di quello che viene definito in gergo "cruscotto letti", che riserva un numero quotidiano, definito, di ricoveri per ogni Unità Operativa diviso per genere.

Ciò ha permesso di creare una rete informativa tra il personale che opera nell'Area Emergenza e le UU.OO che accettano quotidianamente i pazienti dal Pronto Soccorso nell'ottica della continuità della funzione di bed manager.

Ogni componente del gruppo, di fatto, è stato individuato come interlocutore utile e privilegiato sia alla propria unità operativa di appartenenza che a tutte le altre.

E' stata una grande occasione di crescita per tutti gli operatori coinvolti, che hanno iniziato a guardare anche fuori dai loro "recinti" operativi e occasione di ulteriore apertura alle diverse realtà assistenziali presenti in azienda, per comprendere sempre meglio l'operatività di tutta la complessa realtà aziendale. A tal proposito bisogna sottolineare l'importanza che ciò ha avuto nella relazione tra UU.OO. e l'area costituita da Pronto Soccorso e

Medicina D'urgenza, in cui l'operatore funge da nodo focale durante l'intero percorso comunicativo/relazionale.

Gestire la risorsa posto letto nel Policlinico S.Orsola-Malpighi, da parte di un gruppo fortemente caratterizzato dalla cultura infermieristica di appartenenza, ha dato risalto a competenze insite in ognuno degli operatori coinvolti nel progetto, esse sono esplicitate, ad esempio, nella corretta interpretazione dei dati informatizzati, nella capacità di controllo delle situazioni più stressanti, nella facilità di dialogo con la componente medica, nella volontà di chiarimento, mettendo finalmente in luce capacità professionali spesso non agite.

Per la nostra esperienza il nodo Carrick si nutre non solo delle competenze professionali che scorrono lungo le fibre di cui è costituito, ma anche dei momenti in cui si snoda e si espande in contesti più conviviali, che contribuiscono ad alimentarlo e a dargli la forza necessaria per continuare ad esistere.

In sintesi i risultati raggiunti possono essere indirizzati su due versanti: per le unità operative, la percezione di avere la costante presa in carico sul tema posti letto durante tutta la settimana, compresi i giorni festivi, evitando la frammentazione delle informazioni, mentre, sul versante del gruppo Carrick la conoscenza dei meccanismi aziendali sulla gestione dei posti letto, ha consentito la messa in campo di azioni migliorative dentro la propria realtà organizzativa assistenziale migliorando al contempo la quotidiana gestione dei flussi dei pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- Bandini A., Govoni G., Malaguti MT., Pellecchia C., Scotton C., Tabanelli C., Taddia P., Tietz C., "Il Bed Management nel sistema dell'emergenza dell'Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola - Malpighi" di Bologna - Periodico dell'A.N.M.D.O. - N° 2/11;
- Bandini A., Pellecchia C., Tabanelli C., Taddia P. "IL BED MANAGER: l'esperienza dell' Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna" - Periodico del Collegio IPA-SVI della Provincia di Bologna - N° 2/2012.

• La valutazione delle competenze - la proposta di un modello realizzato dal dipartimento d'emergenza dell'Ospedale Maggiore di Bologna

R. Fabbri*, **S. Musolesi***
F. Mugelli*, **R. Ridolfi****,
F. Cordenons***

* *Infermiere Ausl di Bologna*

** *Infermiere ASS n° 4 Medio Friuli, Ospedale di San Daniele del Friuli*

*** *SATeR - Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna*

Introduzione

Se qualunque persona potesse voltarsi e guardare indietro, vedrebbe che già in epoca anteriore al 1200 sono documentati tentativi ed azioni per l'organizzazione di sistemi di assistenza per poveri e malati nella città di Bologna. A queste organizzazioni assistenziali risalgono le origini dell'Ospedale della Vita - 1260¹, divenuto Ospedale Maggiore nell'anno 1336 a seguito della fusione con l'Ospedale di S. Maria della Morte.

(In questa breve introduzione è necessario citare anche la nascita dell'Ospedale S. Orsola avvenuta nel 1592 ed anch'esso destinato, all'inizio, all'accoglienza delle persone emarginate e successivamente dei malati incurabili)².

Nel corso degli anni ed in particolare dell'ultimo secolo, questi sistemi sono mutati fino ad arrivare ai giorni nostri, dove l'organizzazione delle strutture sanitarie pone al centro dell'attenzione le persone bisognose di cure ed assistenza, ma anche le persone che lavorano in queste strutture in quanto risorsa strategica in un contesto in continua evoluzione e caratterizzato da un'elevata variabilità ed incertezza. Si è quindi superata l'idea di un'organizzazione del lavoro basata su mansioni e compiti predefiniti per lasciare spazio al concetto di figura professionale, intesa come l'insieme delle funzioni relative ad uno stesso processo di lavoro, connotato da peculiari caratteristiche professionali e formative. Fondamentale risulta anche considerare la necessità di ampliare le

competenze professionali in sintonia con il continuo progresso tecnologico a cui assistiamo ogni giorno, le quali devono essere indirizzate anche in senso decisionale e relazionale. Per tali ragioni il percorso formativo dei professionisti non può essere statico ma si deve evolvere seguendo le necessità organizzative e di sviluppo. Possiamo quindi distinguere due tipologie di percorso, ossia una indirizzata all'acquisizione delle competenze necessarie per l'esercizio della professione ed una volta al mantenimento e all'aggiornamento di tali competenze.

Metodo

Il modello delle competenze è lo strumento atto all'elaborazione e all'organizzazione dei concetti appena espressi, ed ha conseguito largo consenso in seguito all'intuizione dello psicologo David Mc Clelland (1973) che per primo parlò della competenza come una risorsa da sostituire ai tradizionali test attitudinali. Egli riteneva infatti che i test attitudinali non fossero efficaci nella selezione del personale, in quanto non erano predittivi nell'identificare quale fosse la persona giusta da mettere al posto giusto e non erano in grado di valutare l'attitudine al lavoro. Era per lui quindi necessario passare all'utilizzo del concetto di competenza piuttosto che quello di intelligenza, in quanto risultava completo nel considerare tutti gli aspetti che portano ad un determinato comportamento. Le competenze appartengono alla dimensione psicologica, esse si esprimono attraverso i comportamenti, ma è necessario correlarli ad un insieme di capacità che li rendono possibili. La mancanza, anche di una sola capacità, rende il comportamento diverso. Il passaggio dalla competenza al comportamento è assicurato dalla motivazione. Ad oggi in ambito professionale la competenza è considerata la moneta del XXI secolo, per cui mediante il modello delle competenze sarebbe quindi possibile ricavare un percorso formativo peculiare per ogni operatore mirato a colmare il GAP che intercorre tra competenze possedute e competenze richieste, ottimizzando così le risorse ed evitando sprechi, oltre che individuare profili di competenza in grado di allocare il personale in maniera razionale ed equa. Ciò a cui mira un modello basato sulle competenze è lo sviluppo organizzativo che coinvolge sia il singolo professionista, a cui viene garantita la possibilità di ottenere

un bilancio delle proprie competenze e di svilupparle secondo personali preferenze ed esigenze aziendali, sia la stessa organizzazione, la quale subisce un potenziamento dato da una mirata allocazione delle risorse e dalla crescita professionale. Attualmente il modello non è ufficialmente in vigore nella nostra Azienda anche se si stanno delineando buone basi che ne consentiranno l'implementazione.

Problema

La valutazione delle performance organizzative ed individuali è una tappa fondamentale del ciclo di gestione della competenza, istituito dal decreto legislativo 150/2009³. Tutte le organizzazioni, per gestire il cambiamento e garantire un'elevata qualità dei servizi, devono fondarsi sulla conoscenza e sulle competenze⁴. Devono pertanto assicurare il diritto alla formazione permanente, in quanto le competenze costituiscono l'esito di un processo continuamente mutevole e perciò devono essere coltivate e conservate. Ogni competenza viene individuata tenendo conto di tutti gli elementi sentinella (comportamenti osservabili e misurabili) e graduandoli in livelli, qualora possibile, per esempio attraverso il modello a T rovesciata.

Tale processo viene attivato mediante la costruzione dei profili di competenza per ogni ruolo/area che si intende prendere in considerazione individuando quali siano le competenze da prendere in esame, in questo caso si tratta dei ruoli che vengono attribuiti agli infermieri del Dipartimento di Emergenza dell'Azienda AUSL di Bologna. Il risultato che ne deriva rappresenta lo strumento principale per la valutazione dei singoli professionisti, per l'allocazione del personale e per la costruzione di percorsi formativi specifici allo scopo di colmare i "gap" formativi che intercorrono tra competenze richieste e quelle possedute.

Discussione

Il presente lavoro è stato realizzato da un gruppo di lavoro infermieristico operante nel dipartimento di Emergenza e 118 dell'azienda AUSL di Bologna, su mandato aziendale, al fine di elaborare una strategia migliorativa sulla prospettiva di un rinnovo dell'accreditamento. L'obiettivo primario del lavoro è l'individuazione delle competenze tecnico-professionali del personale che presta servizio in Pronto Soccorso e in Ambulanza, con lo scopo ultimo di determinare un modulo unico for-

mativo per gli operatori neoassunti o neo-inseriti. La mappatura delle competenze viene effettuata contestualizzando nella realtà, oggetto dello studio, la logica del modello ISFOL (Istituto per la Formazione Professionale). Come primo passo è stato individuato un gruppo di lavoro composto da infermieri appartenenti a tutte le diverse aree di lavoro prese in considerazione, il cui primo mandato è stato quello di definire i vari step intermedi e i tempi di esecuzione del progetto (tabella 1).

Sono stati quindi definiti gli obiettivi e la metodologia di lavoro, ossia l'individuazione di macroaree e la loro successiva frammentazione in attività e sub attività. Nello specifico per attività si intende "cosa bisogna fare" in un'ottica generalista, mentre per sub attività si prendono in considerazione i particolari propri di ogni attività (Tabella 2).

Nella fase successiva sono state elencate le conoscenze (sapere), le abilità (saper fare) e gli atteggiamenti (saper essere) che l'operatore deve possedere per poter svolgere l'attività stessa, oltre che l'inserimento del livello formativo minimo previsto, poiché la stessa competenza può essere pre-

	1 ^a settimana	2 ^a settimana	3 ^a settimana	4 ^a settimana	5 ^a settimana	6 ^a settimana
Definizione Macro Aree	Eseguito					
Studio Materiale Didattico						
Codifica Attività per ogni Macro Area		Eseguito				
Confronto con Responsabile Progetto sulla Bozza di Lavoro		Eseguito				
Condivisione/Integrazione Attività all'interno delle UUOO Coinvolte						
Definizione Competenze (Conoscenze, Abilità, Comportamenti) per singola Attività			Eseguito in parte	Eseguito in parte	Terminato	
Definizione per la singola Competenza del Livello Minimo Previsto per la Funzione Analizzata					Terminato	
Definizione corsi FSC di Inserimento						Terminato
Definizione Percorso di inserimento					Impostato lavoro	Terminato
Definizione Qualifica						Terminato

Tabella 1. Obiettivi intermedi e tempi di esecuzione del progetto.

MACRO AREA	ATTIVITA'	SUB ATTIVITA'
Alertamento	Ricezione Emergenza	Utilizzo del Software terminale di Bordo Utilizzo radio Bordo/Portatile Utilizzo cellulare
	Decodifica Emergenza	Attivazione su target esterno. Trasferimento verso centro Hub
	Comunicazione CO	Conferma ricezione
	Identificazione Evento	Comunicazione Partenza Trascrizione Dati (Scheda Paziente Mezzo ILS)

Tabella 2. Esempio della metodologia utilizzata per la stesura del progetto

Attività	Conoscenza	Abilità	Atteggiamento.	Livello Minimo Previsto
Ricezione Emergenza	Procedura Alertamento Tempi, fasi e stato della Ricezione: - Selettiva e comparsa del servizio sul Terminale Bordo - Identificazione propria attivazione	Utilizzo Terminale di Bordo e/o Radio		Avanzato
Decodifica Emergenza Primario	- DPR 27 marzo 1992 (Decreto 118): Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza - Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza		Schemi mentali di approccio all'evento e di anticipazione (preparazione del materiale)	Avanzato
Decodifica Emergenza Secondario	Tipologie di trasporto in uso per l'area di competenza: - STEN - TEST Ubicazione territoriale rete strutture sanitarie (provincia e regione ed extraregione)	Approntare la dotazione del mezzo di soccorso al tipo di trasporto		Avanzato
Comunicazione CO	Procedura Alertamento Tempi, fasi e stato della Ricezione.	Utilizzo Terminale Bordo o Via Radio		Base

Tabella 3

attività	conoscenza	abilità	atteggiamento	Livello minimo previsto	Titolo corso	Chi/sede	metodo
Ricezione emergenza	Procedura Alertamento Tempi, fasi e stato della Ricezione: - Selettiva e comparsa del servizio sul Terminale Bordo - Identificazione propria attivazione	Utilizzo Terminale di Bordo e/o Radio		Avanzato	CO 118	Tutor CO	FSC

Tabella 3 bis

sente o necessaria in gradi diversi, in questo caso ne sono stati presi in considerazione due: base ed avanzato, intendendo per base un livello in cui l'operatore possiede quella competenza ad un livello standard e per avanzato il possesso della stessa attività ad un livello più elevato, conoscendone quindi non solo gli elementi essenziali ma anche i particolari propri di tale attività (l'operatore garantisce sia la messa in atto sia l'insegnamento ad altri di una competenza), per esempio all'infermiere viene richiesto un livello base per quanto riguarda l'utilizzo del terminale di bordo poiché la stessa competenza è posseduta a livello avanzato dall'autista di ambulanza.

Una volta individuati i livelli formativi per ogni singola attività si è passati alla seconda fase del lavoro, rappresentata dalla definizione del percorso formativo necessario ad ottenere le competenze al livello previsto, e la metodologia di tale apprendimento. La formazione prevista è stata per comodità raccolta in alcuni percorsi predefiniti a cui è stato attribuito un titolo, una modalità di svolgimento ed una figura di riferimento in grado di occuparsi del raggiungimento degli obiettivi stabiliti. Le tipologie formative prese in considerazione sono la formazione sul campo (FSC), formazione a distanza (FAD) e formazione residenziale (FR).

Conclusioni

Il presente lavoro è stato presentato ai coordinatori dipartimentali, i quali hanno rilevato come esso possa rappresentare un punto di partenza cui sarà necessario dare seguito mediante l'attribuzione di indicatori per ogni attività allo scopo di valutare le competenze in maniera oggettiva. Sarà poi necessario procedere identificando e formando un gruppo di osservatori che potranno valutare le competenze dei colleghi e sottoporre un test di autovalutazione delle competenze allo scopo di identificare un punto zero da cui partire con i progetti formativi.

L'implementazione di tale modello non richiederebbe un cospicuo impiego di risorse, e ne deriverebbe una riduzione degli sprechi allocando le risorse in maniera equa ed efficiente, e distribuendo la formazione in modo calcolato ed utile al sistema, non ultimo ne risulterebbe una crescita professionale personale ed organizzativa.

Il limite evidente di tale proposta sta nell'accezione negativa personale del termine "valutazione", per cui ne scaturisce una difficoltà di condivisione del modello con gli operatori, che si troverebbero mal disposti nel sapersi "valutati". Utile sarebbe un programma di sensibilizzazione all'argomento in cui poter esplicitare agli operatori quali siano i fini di tale modello, spiegando altresì che in questo contesto l'atto di valutare esprime un concetto positivo ed utile al professionista in primis. Nel nostro caso "valutare" ha il solo scopo di misurare, ossia identificare quali competenze sono presenti e a che livello per ogni professionista, in modo da poter creare un percorso formativo individualizzato e mirato a riempire i gap formativi evitando ripetizioni.

Allo stato di oggi, grazie a tale progetto, il Dipartimento è in grado di garantire percorsi formativi strutturati per personale neoassunto o neo inserito oltre che ad assegnare in maniera più appropriata le risorse a disposizione.

NOTE:

1. "Sette secoli di vita ospitaliera in Bologna" - A cura dell'Amministrazione degli Ospedali di Bologna in occasione del VII centenario della fondazione dell'Ospedale della Vita ora Ospedale Maggiore - Ed. Cappelli 1960.
2. A cura di Raffaele A. Bernabeo: "Il Sant'Orsola di Bologna - 1592-1992" - 1992 - Nuova Alfa Editoriale.
3. Le novità del Decreto in merito alla fase di valutazione si ispirano alle migliori pratiche disponibili a livello internazionale, prendendo spunto, in particolare, dai modelli sviluppati in Canada, Francia, Portogallo, Regno Unito e Spagna.
4. Direttiva emanata dal Dipartimento della Funzione Pubblica - 13 dicembre 2001 sulla formazione e la valorizzazione del personale delle Pubbliche Amministrazioni.

BIBLIOGRAFIA:

- Berberio C., Hargreaves L., Nichols A., Collaborative healthcare immersive learning dynamic: transitioning to simulation-based learning, *Clin Nurse Spec*, 26(1):42-7, Gennaio 2012.
- Issenberg SB, Chung HS, Devine LA., Patient safety training simulations

based on competency criteria of the accreditation council for graduate medical education, *Mt Sinai J Med*, 78(6):842-53, msj 20301, Novembre 2011.

Spencer L, Spencer M, *Competenza nel lavoro*, 1995.

Le Boterf G, *De la competence. Essai sur un attracteur étrange*, Les Editions d'Organization, Paris 1995.

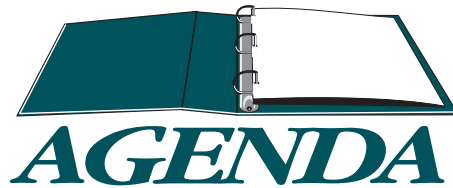
Carretta A., Daziel Murray M., Mitrani A., *Dalle risorse umane alle competenze*, Franco Angeli, Milano, 1992, p. 28-29-30.

Ajello M, *La competenza*, Il Mulino, 2002, p. 35.

Gandini T, *Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità - una proposta metodologica per definire le competenze dell'infermiere con funzioni di coordinamento*, Franco Angeli, Milano, 2005, p. 22.



CONVEGNI - CONGRESSI - CORSI



Fondazione ANT
International Congress
“The Dignity of Life until last
Breath – Innovative Models in
Cancer Palliative Care”

12-14 Settembre 2013

Sede:

Centro San Domenico
Salone Bolognini
Piazza San Domenico, 13 - Bologna

Informazioni e iscrizioni:

Studio E.R. Congressi
Triumph Group
Tel. 051/42 10 559
Fax 051/42 10 174
www.ercongressi.it;
ercongressi@triumphgroup.it

Infermieri dei Blocchi Operatori e
delle Aree Chirurgiche
“III Congresso per Infermieri di
Camera Operatoria”

27-28 Settembre 2013

Sede:

Centro Congressi Hotel Palace
San Marino

Informazioni e iscrizioni:

Infermieri dei Blocchi Operatori e
delle Aree Chirurgiche
Tel. 335/56 00 380
Cell. 335/69 06 768
www.infermieribo.com;
convegnosalaoperatoria@gmail.com

Medicus Mundi Italia
“Corso di aggiornamento in
malattie tropicali”

Dal 30 Settembre
al 18 Ottobre 2013

Sede:

Medicus Mundi Italia
Via Martinengo da Barco, 4 - Brescia

Informazioni e iscrizioni:

Medicus Mundi Italia.
Segreteria corso malattie tropicali
Tel. 030/37 52 517
Fax 030/43 266

Studio Infermieristico Associato
Cecchetto & Ass.
“Le responsabilità dell’infermiere
tra gestione del rischio, obbligo di
garanzia verso l’assistito e tutela
del professionista”

1 Ottobre 2013

Sede:

R.S.A. Corte Briantea
Via Italia, 70 - Muggiò (MB)

Informazioni e iscrizioni:

Studio Infermieristico Associato
Cecchetto & Ass.
(dalle ore 09.00 alle ore 13.00)
Tel. 02.96790145 - Fax 02.39547883
Cell. 392.9008812
www.studioinfermieristicocecchetto.it;
ecm@studioinfermieristicocecchetto.it

Studio Infermieristico Associato
Cecchetto & Ass.
“Crisi e stress, quali fattori di
cambiamento”

10-11 Ottobre 2013

Sede:

Collegio IPASVI Bologna
Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/I -
Bologna

Informazioni e iscrizioni:

Studio Infermieristico Associato
Cecchetto & Ass. (dalle ore 9 alle 13)
Tel. 02/96790145 - Fax 02/39547883
Cell. 392/9008812
www.studioinfermieristicocecchetto.it;
ecm@studioinfermieristicocecchetto.it

Coordinamento Nazionale Caposala
Coordinatori abilitati alle
Funzioni Direttive dell’Assistenza
Infermieristica
Master in management per le
Funzioni di Coordinamento
XI Congresso Nazionale
dei Caposala/Coordinatori
Infermieristici “Il Coordinatore
per un’assistenza efficace –
Competenze e responsabilità nei
diversi contesti della cura”

16-17-18 Ottobre 2013

Sede: Teatro Lyrick

Santa Maria degli Angeli
Via Gabriele d’Annunzio - Assisi (PG)

Informazioni e iscrizioni:

Segreteria Organizzativa Soluzioni
Omnia Media srl
Tel. 045/803 45 53
Fax 045/802 16 69 - 054/210 99 66
www.soluzioniverona.it;
congressi@soluzioniverona.it

Accademia delle Scienze di
Medicina Palliativa
“Etica della cura: approcci
integrati per una cura etica”

25 Ottobre 2013

Sede:

Accademia delle Scienze di Medicina
Palliativa
Via Aldo Moro, 16/3 - Bentivoglio (Bo)

Informazioni e iscrizioni:

Accademia delle Scienze di Medicina
Palliativa
Tel. 051/19933737 - Fax 051/19933738
segreteria@asmepa.org

Società Italiana di Cure Palliative
XX Congresso Nazionale della
Società Italiana di Cure
Palliative (SICP)

27-30 Ottobre 2013

Sede:

Palazzo della Cultura e dei Congressi
Bologna

Info

sicpnazionale2013@aimgroup.eu
Tel. +39 0633053333

Iscrizioni

Claudia Richichi
sicpnazionale2013.reg@aimgroup.eu
Tel. +39 0633053333

Gutenberg
Società specializzata in Formazione
“Forum Risk Management in Sanità”

26 - 29 Novembre 2013

Sede:

Arezzo Fiere e Congressi
Via Spallanzani, 23 - Arezzo

Informazioni e iscrizioni:

Gutenberg - Tel. 0575/40 86 73
Fax 0575/20 394 - 0575/35 22 99
www.gutenbergonline.it;
info@gutenbergonline.it