



11^a Conferenza Nazionale GIMBE

SSN: uno per tutti, tutti per uno

Bologna, 4 marzo 2016

**Il valore dell'integrazione professionale
un confronto culturale
in territorio neutrale**

Alessandro Beux

Presidente

Federazione Nazionale Collegi Professionali Tecnici Sanitari



Antonio Bortone

Presidente

Coordinamento Nazionale Associazioni Professioni Sanitarie



Roberta Chersevani

Presidente

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



Beatrice Mazzoleni

Segretario Nazionale

Federazione Nazionale Collegi Infermieri Professionali,
Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'Infanzia



Maria Vicario

Presidente

Federazione Nazionale Collegi Ostetriche



AREA TECNICO SANITARIA

Area tecnico - diagnostica

- AITA Tecnici Audiometristi
- AITN Tecnici di Neurofisiopatologia
- ANTEL , ASSIATEL e AITC
Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico

Area tecnico-assistenziale

- AIDI e UNID Igienisti Dentali
- ANAP Tecnici Audioprotesisti
- ANDID Dietisti
- ANPEC Tecnici di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionamento Cardiovascolare
- ANTOI e FIOTO Tecnici Ortopedici



AREA DELLA RIABILITAZIONE

- AIFI Fisioterapisti
- AIP e AMPI Podologi
- AIORAO Ortottisti Assistenti in Oftalmologia
- AITeRP Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica
- AITNE e ANUPI Terapisti della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva
- AITO Terapisti Occupazionali
- ANEP Educatori Professionali
- FLI Logopedisti

AREA DELLA PREVENZIONE

- ASNAS e FENAAS - Assistenti Sanitari
- UNPISI e AITEP - Tecnici della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro

Evidence-based Working Group

Evidence-Based Medicine
A new approach to teaching
the practice of medicine

JAMA, 4 November 1992

From EBM to EBP

- **Physicians** Evidence-based Medicine
- **Nurses** Evidence-based Nursing
- **Midwifery** Evidence-based Midwifery
- **Physiotherapist** Evidence-based Physiotherapy
- **Pharmacist** Evidence-based Pharmacy



Evidence-based Practice

Debate

Open Access

Sicily statement on evidence-based practice

Martin Dawes*¹, William Summerskill², Paul Glasziou³,
Antonino Cartabellotta⁴, Janet Martin⁵, Kevork Hopayian⁶, Franz Porzsolt⁷,
Amanda Burls⁸ and James Osborne⁹



APPRAISAL OF GUIDELINES FOR RESEARCH & EVALUATION II



AGREE II

Checklist per Valutare la Qualità delle Linee Guida

The AGREE Next Steps Consortium

Maggio 2009

Versione italiana a cura della Fondazione GIMBE

 **GIMBE**
EVIDENCE FOR HEALTH

23 item in 6 dimensioni

- Obiettivi della LG
- Coinvolgimento stakeholders
- Rigore metodologico
- Chiarezza espositiva
- Applicabilità
- Indipendenza editoriale

4. Il gruppo che ha elaborato la linea guida include tutte le categorie professionali rilevanti

1 Disaccordo totale	2	3	4	5	6	7 Accordo totale
-------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

Come assegnare il punteggio

Il contenuto dell'item include i seguenti CRITERI

Per ogni componente del gruppo che ha elaborato la LG sono riportate le seguenti informazioni:

- nome e cognome
- professione (ad es: medico, ostetrica, economista)
- specialità (ad es: neurochirurgo, cardiologo)
- istituzione di appartenenza con relativa area geografica
- ruolo nel gruppo che ha sviluppato la LG

Patient safety

[Patient safety](#)[Research](#)[Campaigns](#)[Education & training](#)[Implementing change](#)[Patient engagement](#)[Information centre](#)[News and events](#)

Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide

[Share](#)[Print](#)

What is the Curriculum Guide?

Patient safety is not specific to one health profession; all health professional learning should include patient safety competencies. The 2011 WHO Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide was developed to satisfy this demand for a single coordinated approach, pulling individual strands of work from health-care professionals into a systems-based, team-dependent approach, to ensure patient safety learning is delivered in an integrated way.

- [Patient safety curriculum guide](#)

- [Tools and resources](#)

↓ [Reproduction and adaptation guide](#)
 pdf, 86kb



Feedback

[Please tell us that you have downloaded the Curriculum Guide](#)
This will help us to track the use of the Curriculum Guide.



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

Patient Safety Curriculum Guide

Multi-professional Edition





1. Perché in tutti i dibattiti pubblici che mettono le professioni sanitarie "l'un contro l'altra armate" non si riesce mai a ripartire dal valore dell'integrazione multi-professionale per i pazienti e per la società?



Art. 22.

La salute delle persone deve essere obiettivo primario di ogni forma di **associazione professionale,**

trasformando le innumerevoli corporazioni competitive nei nodi di un **network** collaborativo.



www.salviamo-ssn.it

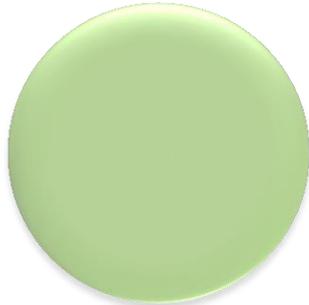
#salviamoSSN



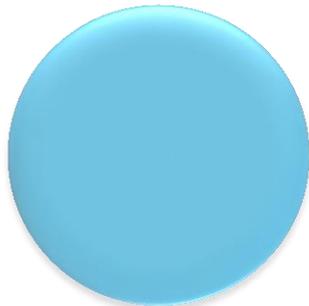
619 Ordini e Collegi Provinciali
8 Federazioni Nazionali



> 600 società scientifiche nazionali
> 1300, includendo le sezioni regionali



22 sindacati
70, includendo le sedi regionali



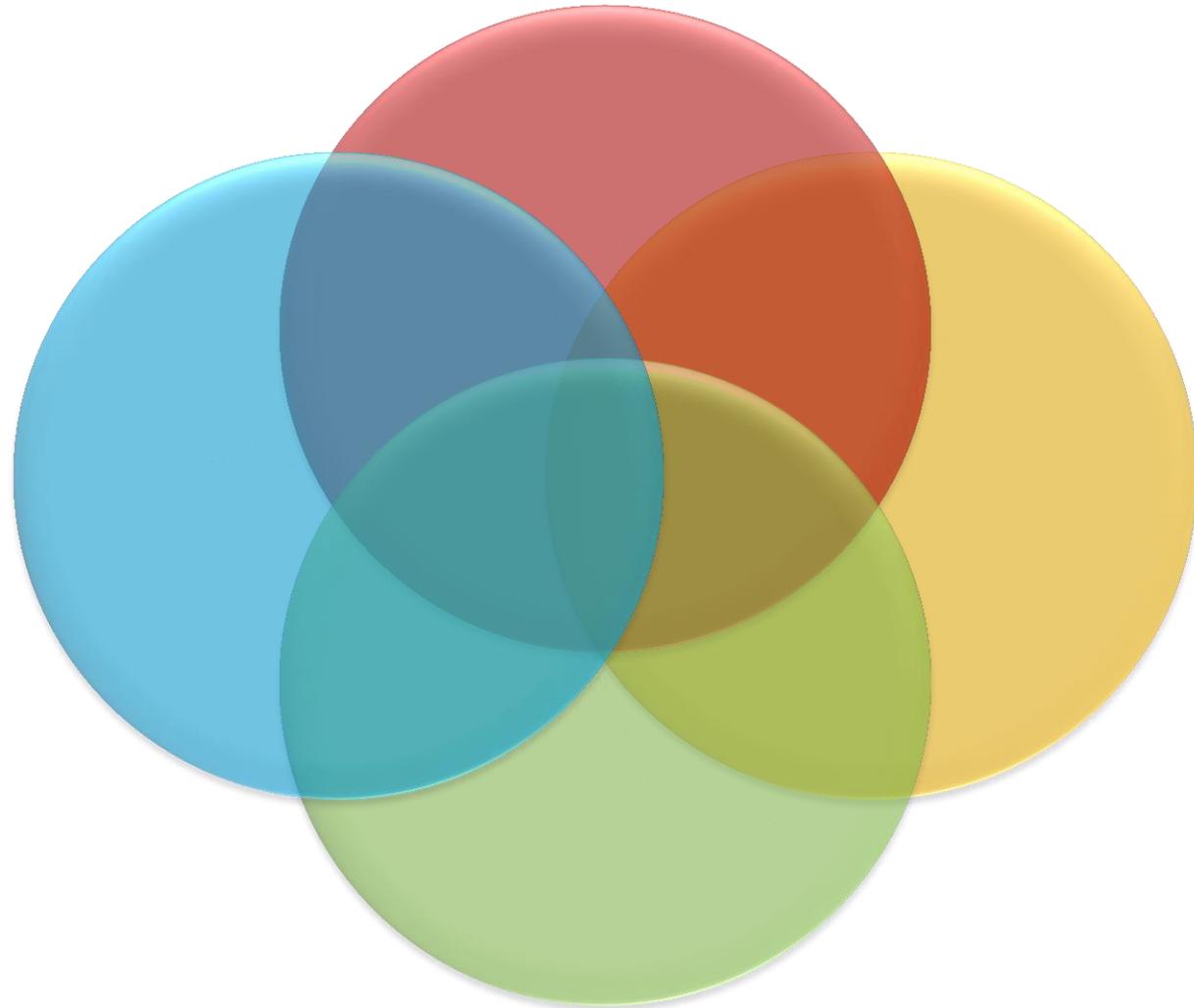
21 Regioni
153 ASL
1822 strutture di ricovero

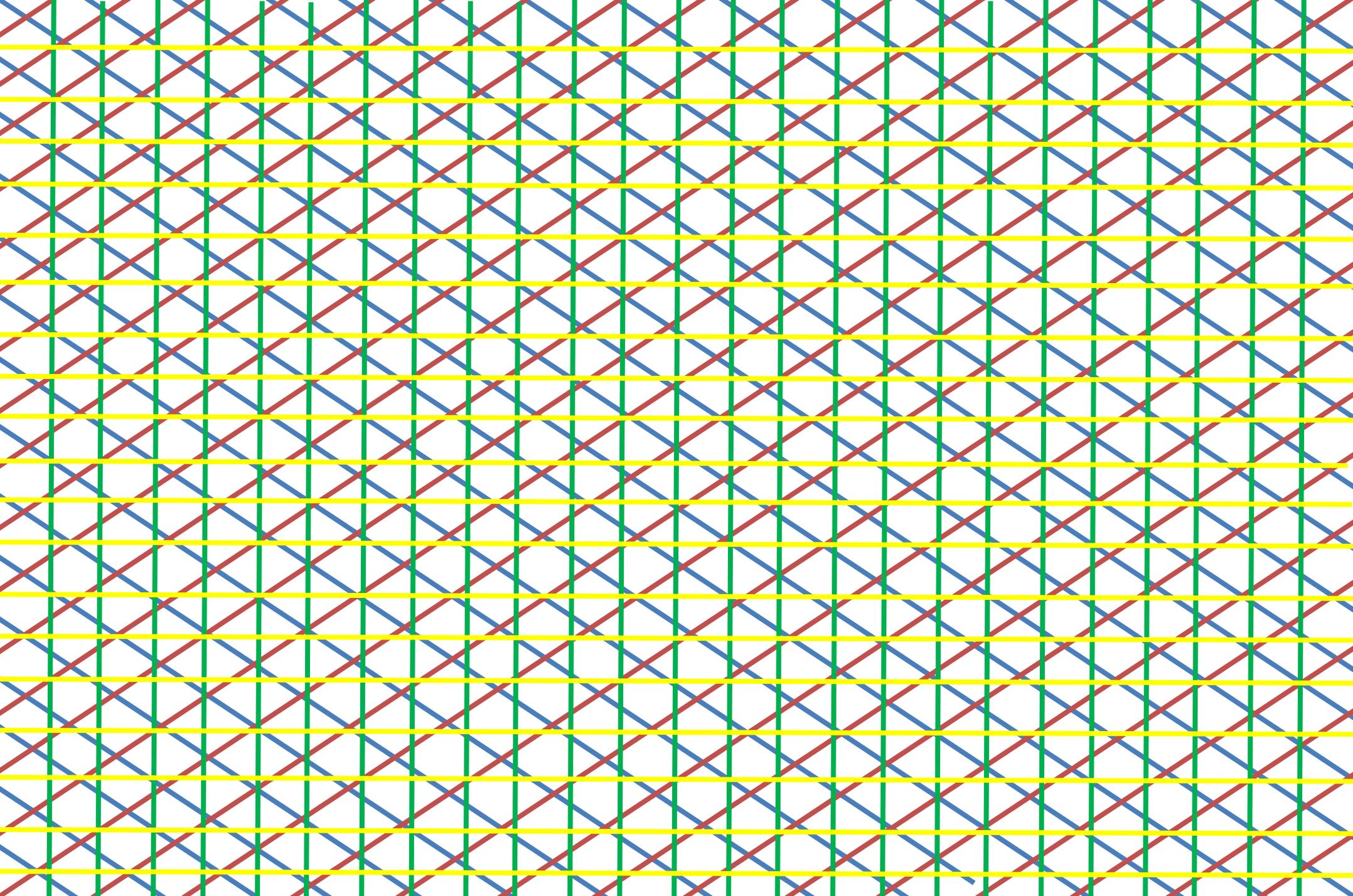
Piani sanitari regionali
Criteri accreditamento
Atti aziendali
Accordi sindacali

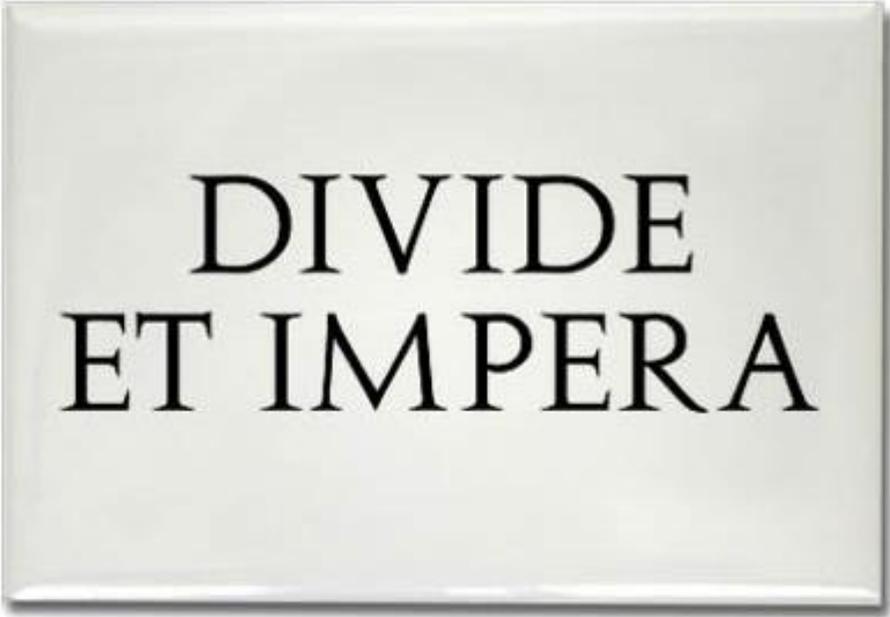
**Codici
deontologici**

Statuti

Statuti
Tutela interessi
Rappresentatività



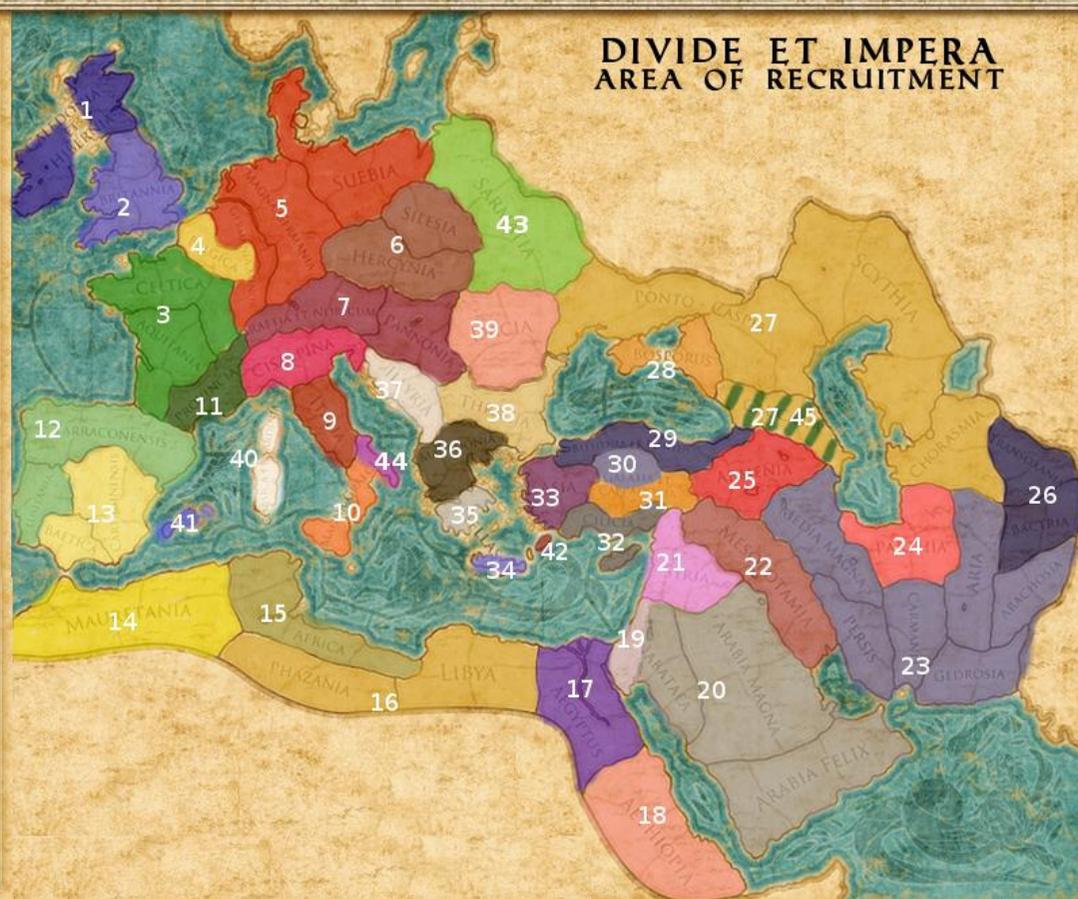




DIVIDE
ET IMPERA

La migliore strategia per controllare e governare un popolo è dividerlo, provocando rivalità e fomentando discordie

DIVIDE ET IMPERA AREA OF RECRUITMENT



- 1. North Britannia**
(C)Pictone Painted Swordsmen, Caledonian Levies, Skirmishers
- 2. South Britannia**
(C)Casse Champions, Light Cavalry, Ambushers, Siluri Warband
- 3. Gaul**
(C)Gallic Swordsmen, (C)Gallic Spearman, Horsemen, Levies
- 4. Belgium**
(C)Belgae Heavy Cavalry, Hunters, Levies, Spearmen
- 5. Germania**
(C)Germanic Heavy Infantry, Hunters, Levies, Swordsmen, Light Cavalry
- 6. Hercynia / Silesia**
(C)Germanic Swordsmen, Hunters, Levies
- 7. Alps**
(C)Alpine Phalanx, Alpine Levies, Swordsmen
- 8. North Italia**
Ligurian Levies, Cavalry, Spearmen
- 9. Italia**
Italian Levies, Swordsmen, Rformed Swordsmen
- 10. Sicily**
Italian Levies, Slingers Greek Marines, Colonist Levies
- 11. Provincia**
(C)Massalian Hoplites, (C)Thorax Hoplites, (C)Greek Levies, Celtic Horsemen, Levies, Gallo-Hellenic Infantry
- 12. Northwest Hispania**
(C)North Iberian Cavalry, Spearmen, Axemen, Levies
- 13. Southeast Hispania**
South Iberian Levies, Slingers, Horsemen, Scutarii, Loricati
- 14. Numidia**
(C)Numidian Cavalry, Javelins, Slingers
- 15. Africa**
Libyan Horsemen, Infantry, Levies, Javelins
- 16. Libya / Phazania**
African Javelins, Levies, Elephants
- 17. Egypt**
Egyptian Horsemen, Archers, Levies
- 18. Ethiopia**
Ethiopian Horse Skirmishers, Levies, Nubian Archers, African Elephants
- 19. Judea**
Jewish Levies, Slingers
- 20. Arabia**
Arabian Levies, Camel Archers
- 21. Syria**
Syrian Archers, Levies, Elephants
- 22. Mesopotamia**
(C)Mesopotamian Heavy Spearmen, Archers, Levies
- 23. Eastern Provinces**
Persian Horsemen, Archers, Levies, Indian Elephants
- 24. Parthia**
Parthian Horse Archers, Levies, Cataphracts
- 25. Armenia**
Armenian Archers, Levies
- 26. Baktria**
Baktrian Levies

*C denotes units available only from provincial capitals.

- 27. The Steppes**
(C)Roxolani Lancers, Levies, Scythian Archers, Horse Archers
- 28. Bosphorus**
(C)Scythian Hoplites, (C)Warriors, (C)Thracian Warriors, (C)Peltasts, (C)Heavy Peltasts, Protoslav Levies, Scythian Archers, Skirmishers, Archers, Horse Archers, Foot Archers
- 29. Pontus**
Paphlagonian Cavalry, Pontic Levies, Archers, Cappadocian Lancers
- 30. Galatia**
(C)Galatian Chosen Swords, (C)Warriors, Light Cavalry, Swords, Levies
- 31. Cappadocia**
(M)Cappadocian Lancers, (M)Galatian Light Cavalry, (M)Levies, (M)Swordsmen, Cappadocian Levies
- 32. Cilicia**
Cilician Peltasts, Levies, Galatian Swordsmen, Light Cavalry, Levies
- 33. Asia Province**
(C)Ephesian Pikemen, (C)Karian Axemen, Phrygian Levies, Mysian Slingers
- 34. Crete**
Cretan Archers, Cretan Levies
- 35. Greece**
(C)Athenian Hoplites, (C)Thorax Hoplites, (M)Spartan Hoplites, (M)Thorax Hoplites, (M)Skiritai Peltasts, (M)Swordsmen, Greek Levies, Light Hoplites, Thureos Spears
- 36. Macedonia**
(C)Thessalonian Cavalry, (C)Pikemen, Greek Levies, Light Peltasts, Light Hoplites, Thureos Spears
- 37. Illyria**
(C)Illyrian Hoplites, Coastal Levies, Cavalry, Thureos Spears
- 38. Thrace**
(C)Agrian Axemen, Assault Infantry, (M)Scordisci Elite Infantry, Thracian Peltasts, Warriors
- 39. Dacia**
Dacian Falkmen, Levies
- 40. Corsica et Sardinia**
(C)Sardinian Levies, (C)Archers, (M)Corsican Coastal Levies
- 41. Balearic Isles**
Balearic Slingers
- 42. Rhodes**
Rhodian Slingers
- 43. Sarmatia**
Sarmatian Horse Archers, Cataphracts
- 44. Brundisium**
Tarantine White Shields, Cavalry, Greek Levies, Light Hoplites, Thureos Spears
- 45. Caucasia**
Georgian Swordsmen, Caucasian Levies, Archers

*C denotes units available only from provincial capitals.
*M denotes units available only from minor towns.



2. L'estrema frammentazione delle categorie professionali presente in Italia, può essere ridotta?



Il Regolamento



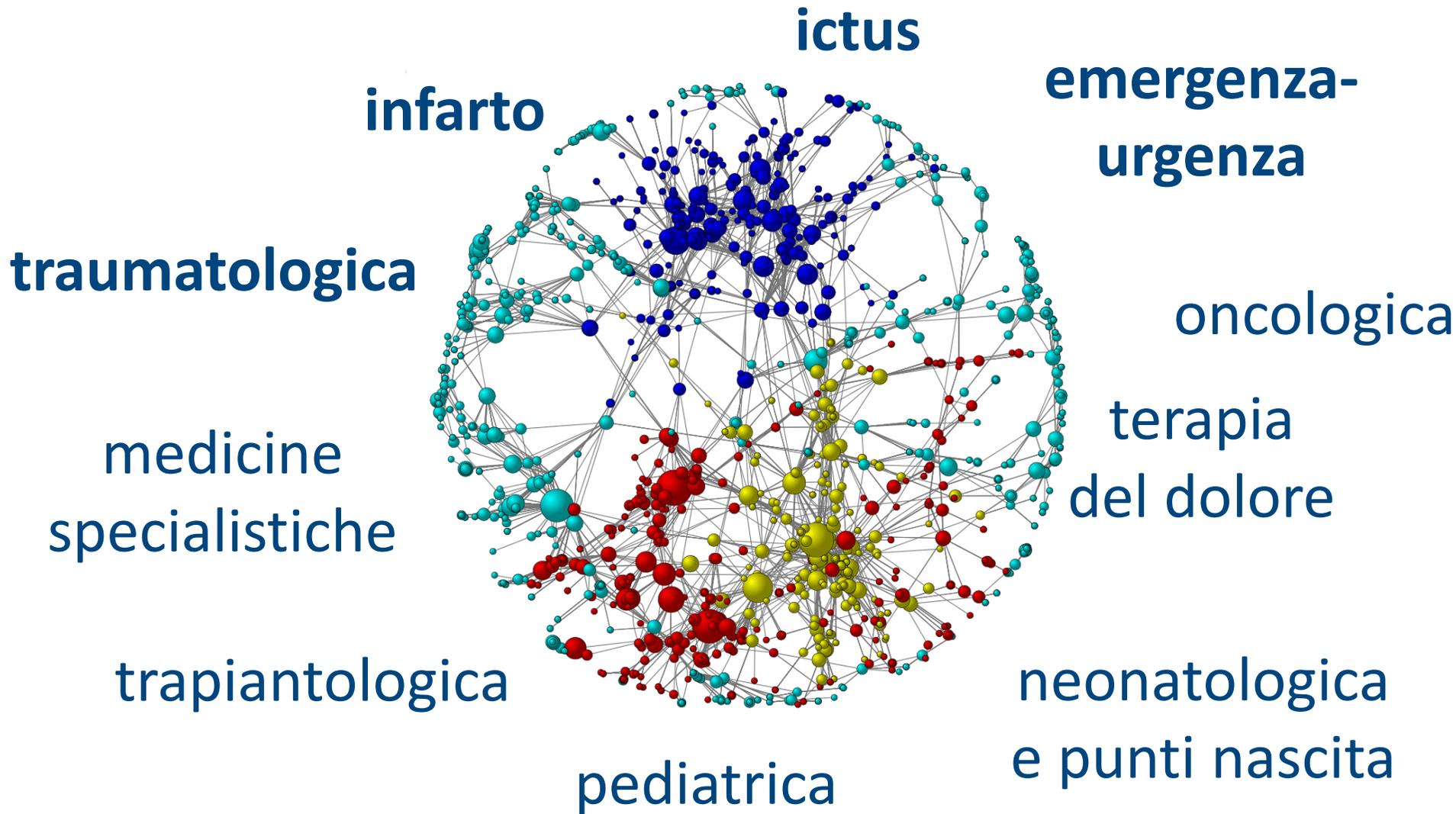
Presidenza del Consiglio dei Ministri

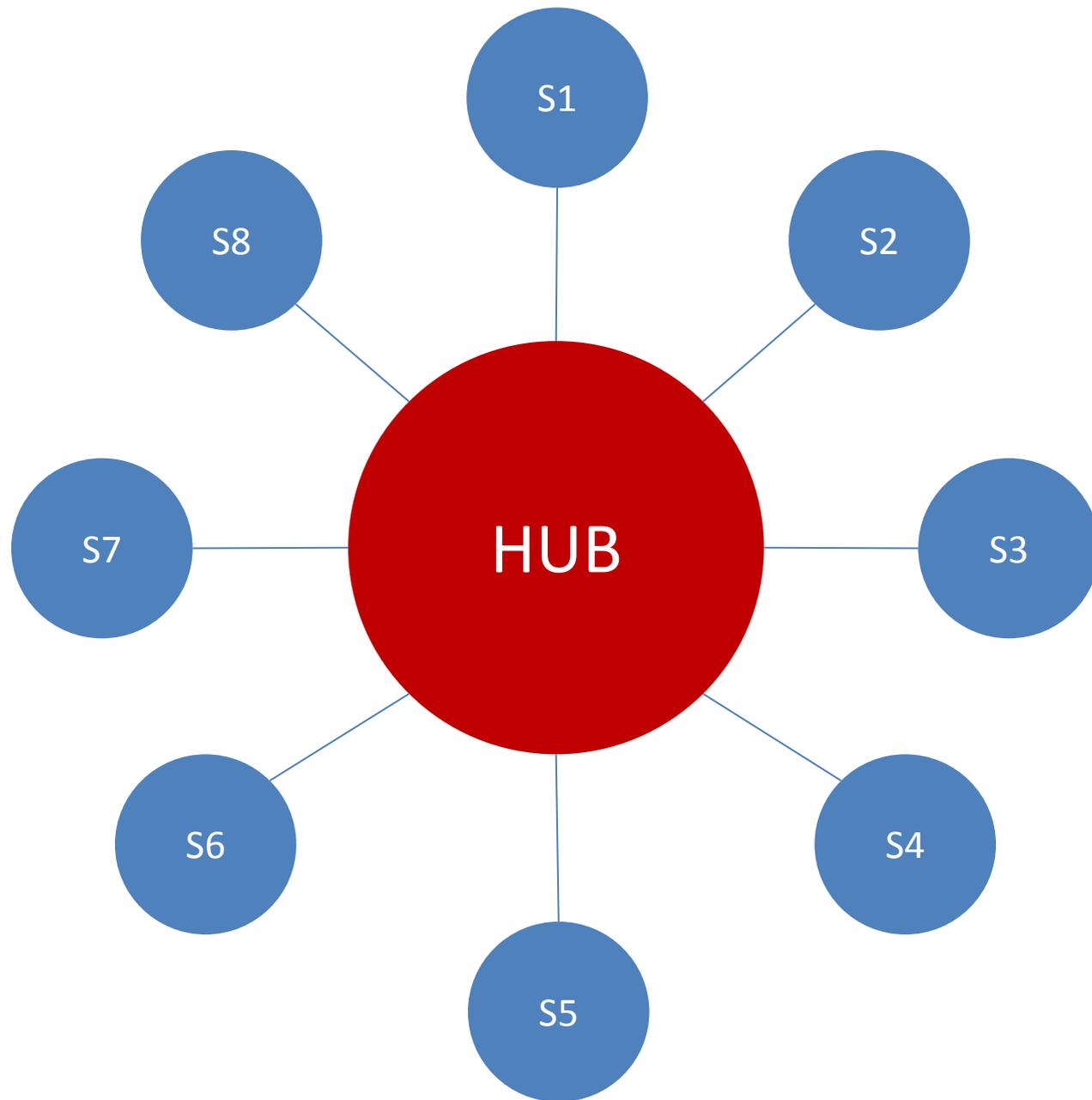
Regolamento recante: “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, in attuazione dell’articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311” e dell’articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135

Repertorio Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015

Reti ospedaliere

"All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale"





Art. 16.

La riorganizzazione dei servizi sanitari deve prevedere **modelli sovra-aziendali**

per **condividere** percorsi assistenziali, tecnologie e risorse umane.



www.salviamo-ssn.it

#salviamoSSN

Art. 17.

La dicotomia ospedale-territorio
deve essere **superata**



con una variabile
articolazione di setting assistenziali
per **intensità di cura** e con modalità
avanzate di **integrazione socio-sanitaria**.



www.salviamo-ssn.it

#salviamoSSN

OSPEDALE

- Area critica
- Area degenza
 - Alta intensità
 - Media intensità
 - Bassa intensità
- DEA, PS, OBI
- Week hospital
- Day hospital
- Day/one-day surgery
- Day service
- Ambulatori

Transitional
care



TERRITORIO

- Cure intermedie
- Riabilitazione
- RSA
- ADI
- DSM, SERT
- Ospedale a domicilio
- Hospice
- Cure primarie
 - UCCP
 - AFT

Art. 23.

Competenze e responsabilità di tutti i professionisti sanitari



devono integrarsi
in **percorsi assistenziali condivisi**,
basati sulle evidenze e centrati sul paziente.

www.salviamo-ssn.it

#salviamoSSN



3. La (ri)programmazione sanitaria, indispensabile per disinvestire da sprechi e inefficienze, è compatibile con le normative vigenti e i contratti di lavoro?



INTRODUZIONE

FONTI

METODI

APPENDICE



Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Il Programma Nazionale Esiti sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, che può essere definita come: Stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari.

Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN. PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi.

Accedi

username

password

Entra



Per accedere al sito è necessario registrarsi. I dati forniti durante la registrazione verranno utilizzati solo per il monitoraggio degli accessi.

Se hai dimenticato la password [clicca qui](#)

agenas.  AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

PNE 2015

Programma Nazionale Esiti - PNE



Struttura Ospedaliera/ASL



Sintesi per struttura/ASL



Strumenti per audit



S.I. Emergenza Urgenza



Sperimentazioni regionali

News

17/11/2015

Aggiornamento dati al 2014

La nuova edizione del Programma Nazionale Esiti - PNE presenta l'aggiornamento al 2014 per 63 indicatori di esito/processo, 57 volumi di attività e 26 indicatori di ospedalizzazione.

17/11/2015

Definizione e calcolo di nuovi indicatori

Nella edizione 2015 del PNE sono stati introdotti nuovi indicatori calcolati per

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni		minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età >= 65 anni		minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti		massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti		massimo 25%
Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta		minimo 60%
Intervento di By pass aorto-coronarico isolato, mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni		massimo 4%
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle TAVI), mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni		massimo 4%

Programma Nazionale Esiti - PNE

Proporzione di parti con taglio cesareo primario				
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	% ADJ
Italia		ITALIA	372717	25,69
CCA Villa Cinzia-Napoli*	NA	CAMPANIA	511	95,05
CCA Sanatrix SPA-Napoli**	NA	CAMPANIA	643	87,62
CCA Villa Bianca SPA-Napoli**	NA	CAMPANIA	977	87,58
CCA Ospedale Internazionale-Napoli*	NA	CAMPANIA	515	82,92
CCA S. Lucia-San Giuseppe Vesuviano*	NA	CAMPANIA	157	82,62
CCA S. Paolo-Aversa*	CE	CAMPANIA	371	76,95
CC Mater Dei-Roma*	RM	LAZIO	175	76,4
CCA S. Rita-Atripalda*	AV	CAMPANIA	152	76,37
CCA Villa Maione-Villaricca*	NA	CAMPANIA	368	75,92
CCA Villa dei Fiori-Acerra**	NA	CAMPANIA	701	74,59

*Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

**Audit richiesto nel 2014 - NON EFFETTUATO

Troppi parti cesarei in Campania. Vittorio Di Maro: "È un primato positivo, altro che maglia nera"

Intervista allo specialista responsabile del reparto Ostetrico di Villa Cinzia, la clinica in cui oltre il 90 per cento dei parti viene effettuato con taglio chirurgico

di GIUSEPPE DEL BELLO



Lo leggo dopo

26 gennaio 2016



Una corsia di ospedale

"Si tratta di un primato positivo, altro che maglia nera. E io ne sono orgoglioso orgoglioso". Non ha alcun dubbio Vittorio Di Maro, lo specialista responsabile del reparto Ostetrico di Villa Cinzia, la clinica in cui oltre il 90 per cento dei parti viene effettuato con taglio chirurgico. La classifica riportata ieri da "Repubblica" assegna alla **Campania** il primo posto tra tutte le regioni. "Il parto cesareo è un vantaggio e una sicurezza. Per il nascituro e per la mamma",

aggiunge dal suo studio al pian terreno della casa di cura di via Epomeo, fondata dal padre (pure lui ginecologo, nel '60).

E quindi, dice lei, il cesareo programmato mette a riparo da ogni pericolo?

"Sicuramente offre maggiori garanzie, sia alla futura mamma che al neonato. Eppoi, scusi, ma ci sarà un motivo per cui l'Italia è la nazione in cui si registrano la mortalità e la morbilità neonatale più bassa. Ecco, questo dato rivela in maniera imoppugnabile che il parto cesareo tutela più di quello naturale e fa registrare un numero di eventi avversi senz'altro più basso. E con minor rischio di complicanze anche la mortalità è inferiore. Se fosse il contrario avremmo delle cifre ben diverse".

Scusi dottore, ma allora lei contesta ciò che dicono l'Oms e il ministero della Salute, cioè che il cesareo è più rischioso di quello naturale?

"Certo. E' vero proprio il contrario. Il parto spontaneo ha molte più variabili. Alcune, come la grandezza del feto o il cordone ombelicale attorcigliato attorno al collo, sono prevedibili; altre, come la distocia di spalla (che ostacola la giusta posizione del feto) sono imprevedibili".

Scandalo nascite. Più di un parto su tre col cesareo e la stragrande maggioranza dei punti nascita a rischio è ancora in funzione. L'Accordo Stato Regioni del 2010 è miseramente fallito

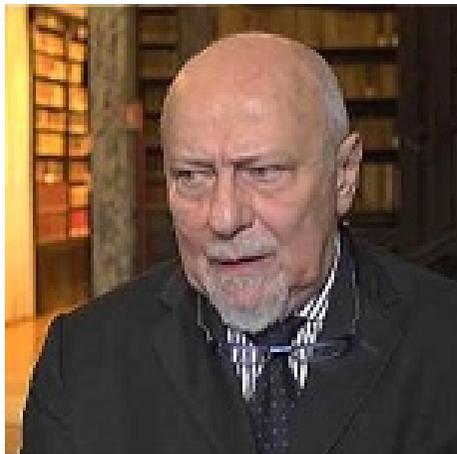
A quasi cinque anni dall'Accordo che prevedeva di ridurre al 20% i cesarei e di chiudere i punti nascita con meno di 500 letti perché considerati poco sicuri, non è cambiato nulla. I cesarei sono ancora il 35,9% del totale (erano il 38,2 nel 2010) e i punti nascita troppo piccoli rappresentano tuttora il 28,1% del totale con una riduzione, rispetto al 2010, di appena lo 0,8%.



12 SET - Ancora troppi parti cesarei e ancora troppi punti nascita piccoli e poco sicuri. A distanza di quasi cinque anni [dall'Accordo Stato Regioni del dicembre 2010](#), fortemente voluto dall'allora ministro della Salute **Ferruccio Fazio**, i due principali target da raggiungere, e cioè l'abbattimento delle percentuali di ricorso al cesareo per avvicinarsi allo standard del 20% stabilito dal Piano sanitario nazionale e la chiusura dei punti nascita con meno di 500 parti l'anno, non sono

Responsabilità professionale. Ogni anno oltre 34mila cause. Aogoi: "Serve subito una legge"

Per il segretario nazionale, Antonio Chiantera: "Nella sola Campania 4.000 denunce contro i camici bianchi. Siamo costretti a lavorare in un clima da 'caccia alle streghe' e aumenta il ricorso alla medicina difensiva che costa 12 miliardi. I provvedimenti in discussione alla Camera dei Deputati devono quanto prima entrare in vigore".



15 GEN - "Il contenzioso medico legale sta seriamente minando la qualità del sistema sanitario nazionale. Bisogna attivare al più presto provvedimenti per fermare il boom delle cause contro i medici e regolare la responsabilità professionale". E' questo l'avvertimento lanciato oggi dagli specialisti riuniti a Caserta per il Congresso regionale dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi) dal titolo *'Update ed Applicazioni Pratiche in Ostetricia e Ginecologia'*. Da oggi fino a Sabato oltre 600 camici bianchi provenienti da tutta Italia si riuniscono nella città campana per discutere temi di grande attualità scientifica, sociale e politica. All'evento partecipano diversi esponenti delle istituzioni locali e nazionali.

Linee guida per l'assistenza a partorienti sane e neonati e per la scelta del setting del parto

Antonino Cartabellotta^{1*}, Antonio Simone Laganà², Maria Matera³, Onofrio Triolo²

¹Medico, Fondazione GIMBE, ²Medico in Formazione Specialistica, U.O.C. di Ginecologia ed Ostetricia, Università di Messina, ³Ostetrica, Foggia, ⁴Medico, Direttore U.O.C. di Ginecologia ed Ostetricia, Università di Messina



3 lug
2015

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

STAMPA | 🖨

LAVORO E PROFESSIONE

Fondazione Gimbe: «Il parto non è una malattia, il percorso nascita deve essere riorganizzato»

PDF

[Linee guida Nice per l'assistenza a partorienti sane e neonati](#)

«Invece di avviare un confronto multi-professionale sulla riorganizzazione del percorso nascita basata su criteri di appropriatezza clinica e orientato dai reali bisogni della donna – conclude il presidente – il dibattito politico, manageriale, professionale e sociale ripropone continuamente le stesse criticità: la strenua difesa dei punti nascita con meno di 500 parti/anno, i tassi di parti cesarei che in tutte le Regioni del centro-sud oscillano tra 35% e 65%, nonostante anni di Piano di rientro, dimostrando l'inefficacia di questo strumento nel favorire la riorganizzazione dei servizi e i rischi medico-legali, sicuramente reali, ma inevitabilmente condizionati dall'eccessiva medicalizzazione del parto».

Box 1. Setting del parto

- **Domicilio**
- **Centro nascita *freestanding***: situato all'esterno a una struttura di ricovero è gestito esclusivamente da ostetriche; dispone di ambulanza per un'eventuale trasferimento in ospedale in caso di complicanze che richiedono intervento medico.
- **Centro nascita *alongside***: collocato all'interno di una struttura di ricovero, generalmente accanto alla sala parto; è gestito esclusivamente da ostetriche e in caso di complicanze che richiedono intervento medico la donna viene trasferita nella sala parto adiacente.
- **Sala parto**: si trova sempre all'interno di una struttura di ricovero ed è gestito dal personale medico insieme alle ostetriche.