



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

31 GENNAIO 2018

RASSEGNA STAMPA



L'addetto Stampa
Massimo Bellomo Ugdulena

Villa Sofia- Cervello, al via la stabilizzazione dei precari: pubblicato l'avviso di ricognizione del personale

www.insanitas.it/villa-sofia-cervello-al-via-la-stabilizzazione-dei-precari-pubblicato-lavviso-ricognizione-del-personale/

January 30, 2018



PALERMO. Anche a **Villa Sofia- Cervello** al via l'iter per stabilizzare i precari. Con un avviso pubblicato sul sito internet aziendale ([clicca qui](#)), l'azienda ospedaliera guidata dal commissario Maurizio Aricò ha dato il via alla ricognizione del personale a tempo determinato.

Chi avrà i requisiti previsti dalla recente direttiva dell'assessore **Ruggero Razza** e dal decreto Madia potrà aspirare alla trasformazione a tempo indeterminato del proprio contratto di lavoro. La scadenza per la presentazione delle domande è fissata per giorno 8 febbraio.

Nella foto @Insanitas: il direttore sanitario **Pietro Greco**, il commissario **Maurizio Aricò** e il direttore amministrativo **Nora Virga**

Dirigenti esclusi dalle stabilizzazioni in Asp e Ospedali. Chiesto un incontro con l'assessore Razza

www.insanitas.it/dirigenti-esclusi-dalle-stabilizzazioni-in-asp-e-ospedali-chiesto-un-incontro-con-l-assessore-razza/

January 30, 2018



Stabilizzazioni sì, ma non per tutti. La firma di un contratto a tempo indeterminato al momento è solo una chimera per quasi tutti i dirigenti delle Asp e degli Ospedali siciliani. Gli unici profili dirigenziali inseriti nella circolare assessoriale distribuita ad Asp e Ospedali sono quelli dei dirigenti di pronto soccorso.

“La questione risale a molto tempo fa- afferma la dottoressa **Roberta La Rocca** della **CGIL**- Seguiamo questa vicenda con attenzione dal quando, il 6 marzo 2015, è stato pubblicato il Dpcm relativo alla disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto sanità. A fronte di una norma di legge che prevedeva la stabilizzazione di tutto il personale, **il decreto attuativo ha di fatto escluso dalle stabilizzazioni** i dirigenti dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo. E c'è di più, la direttiva emanata nei giorni scorsi dall'assessorato *non esclude solo i dirigenti amministrativi, ma anche i dirigenti sanitari*. Fra questi ci sono ad esempio i farmacisti, i biologi, etc. Una scelta che ci ha colti alla sprovvista”.

Secondo i sindacati che rappresentano la dirigenza s.p.t.a. (sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa) l'unico motivo che potrebbe giustificare tale esclusione sarebbe la ricollocazione, ancora in corso, del personale delle Province. Un'ipotesi che non convince i sindacati.

“Abbiamo chiesto un incontro con l'assessore Ruggero Razza- continua La Rocca- La soluzione che abbiamo in mente per superare l'empasse è quella di sottoscrivere con l'assessorato un **protocollo d'intesa** per superare i limiti posti dalla legge al fine di consentire l'estensione delle procedure di stabilizzazione anche alla dirigenza. Soluzione questa già adottata in altre regioni. La richiesta di convocazione è stata inviata dai nostri uffici ieri mattina, sappiamo che nei giorni scorsi l'assessore ha incontrato la dirigenza medica. Speriamo di poter trovare insieme una soluzione che metta tutti sullo stesso piano».

Sulla vicenda intervengono **Pietro Pata, segretario regionale Anaao Assomed e Giuseppina Parrinello resp. reg.le Anaao Assomed** dirigenza medica, che evidenziano come “le figure della dirigenza sanitaria quali farmacisti, biologi, psicologi, chimici, fisici, pur facenti parte del servizio sanitario nazionale sono escluse dalle ricognizioni aziendali interne, prima, e dalla stabilizzazione poi”.

Ed aggiungono: “Tali figure rientrano tra quelle per le quali **deve essere operativa la procedura di stabilizzazione** ai sensi dei commi 1 e 2 dell'art. 20 del D.L. 75/2017. In quanto, come sottolinea la circolare 3/2017 del Ministero della Funzione Pubblica: personale direttamente adibito allo svolgimento delle attività che rispondono all'esigenza, prescritta dalla norma, di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari”; figure professionali che sono state chiaramente ricomprese nell'art. 1 c. 813 della Legge n. 205 del 23 dicembre 2017,

DITELO IN DIRETTA. Gli ospedali cittadini sono al collasso e senza posti letto per i pazienti in continuo arrivo. Anche gli operatori sgomenti: non succedeva da anni

L'influenza fa intasare i pronto soccorso Disagi per i malati E scoppia la protesta

◆ Storie di sofferenza: a 76 anni aspetta in barella da 10 giorni



I lettori denunciano disagi e tempi di attesa troppo lunghi al pronto soccorso dell'ospedale Cervello

I familiari delle persone più gravi minacciano di chiamare le forze dell'ordine per il trattamento che loro definiscono «disumano»: i pazienti abbandonati per giorni nei corridoi

Anna Cane

*** Ospedali senza più posti letto, pronto soccorso al collasso con barelle in corridoio e decine di pazienti in attesa di ricovero per giorni. Al momento è la condizione di tutti gli ospedali della città e a soffrire di più sono coloro che, dopo la visita al pronto soccorso, hanno bisogno di cure ma non c'è posto per loro in reparto. Nelle loro condizioni di salute non possono lasciare l'ospedale e devono rimanere sotto osservazione, in attesa che si liberi un posto in reparto, rimangono sulle barelle per giorni e settimane anche, senza possibilità alcuna di riposare.

Tante le segnalazioni arrivate in questi giorni a «Ditelo in diretta», rubrica che dà voce ai lettori, da martedì a sabato su Rgs e Tgs. Il papà di S.P. ha 76 anni e da nove giorni è al pronto soccorso dell'ospedale Cervello in attesa di essere ricoverato nel reparto di medicina generale. Da una settimana su una barella, senza lenzuola, pasti e senza acqua calda, perché questi

sono riservati solo ai pazienti ricoverati in reparto, e dopo nove giorni di attesa, ieri era ancora quarto nella lista dei ricoveri, ovvero quattro persone prima di lui ancora dovevano essere ricoverate. Questo significa che al pronto soccorso rimarrà ancora almeno per un'altra settimana. Moglie e figlia del paziente minacciano di chiamare anche le forze dell'ordine per il trattamento che loro definiscono «disumano» dei pazienti, abbandonati per giorni nei corridoi. «Mio padre si trova in una stanza senza finestra – spiega S.P. - Per lavarlo andiamo a prendere con una bacinella dell'acqua calda in reparto e le lenzuola dobbiamo portarle noi da casa. In queste condizioni facciamo fatica a tenere buono mio padre che vorrebbe andare via perché non ce la fa più. Ha dolori alla schiena a forza di stare su quella barella, legato ad una flebo senza mangiare da giorni e senza sapere quanto ancora durerà questa tortura».

La preoccupazione dei pazienti e dei familiari è legata anche alla commistione dei malati che al pronto soccorso. «Accanto alla barella di mio padre – continua l'autrice della segnalazione – c'era una donna che, dopo qualche giorno, è stata messa in isolamento perché rischiava di contagiare la sua patologia ad altri pazienti. Ma per gior-

ni è stata lì con noi. Sono tutti ammassati nei corridoi, ognuno con la propria sofferenza e non c'è privacy. Uomini e donne insieme, a soffrire e lamentarsi sotto gli occhi di tutti. Tra loro anche molti anziani, con dolori alla schiena e in altre parti del corpo per i tanti giorni in barella».

Medici, infermieri e tutti gli operatori sanitari devono fare i conti con una situazione che a detta della stessa azienda sanitaria, ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello, «non si registrava da anni e sta richiedendo da parte di tutti gli operatori uno sforzo straordinario». L'azienda si scusa per i disagi legati alla necessità di assicurare a tutti la dovuta assistenza. «Il pronto soccorso dell'Ospedale Cervello, così come tutti i pronto soccorso cittadini – spiega l'azienda in una nota - vive una fase di altissima congestione, a causa della sindrome influenzale, e quindi del continuo accesso di soggetti con problemi di insufficienza respiratoria e di polmoniti. Una vera e propria emergenza, con i reparti di Pneumologia e di Medicina, completamente saturi, con tutti i posti letto occupati da un numero davvero elevato di casi, con le polmoniti che ormai non si contano più, e con le situazioni più gravi assegnate a Rianimazione». (ACAN)



VILLA SOFIA-CERVELLO. Esportati nelle Marche i protocolli operativi palermitani Il modello di gestione del rischio clinico approda a Fano

*** Gestione del rischio clinico e promozione della qualità delle cure nelle strutture ospedaliere. La Sicilia in questo campo ha fatto grandi passi avanti, grazie a scelte e investimenti regionali mirati, con l'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello all'avanguardia. L'esperienza siciliana è stata presentata come modello virtuoso negli scorsi giorni a Fano, in occasione di un evento formativo regionale, promosso dall'Azienda Sanitaria Unica Regionale (Asur) - Area Vasta 1 delle Marche. Sono stati Tommaso Mannone, Risk Manager, e Ignazia Lo Burgio, coordinatrice infermieristica, dell'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello, ad illustrare le iniziative messe in campo per la sicurezza del paziente e la qualità delle cure. L'istituzione del-

la rete regionale del rischio clinico vede insieme i Risk Manager delle 17 aziende sanitarie regionali. Un'iniziativa nata nell'ottica di condividere nella maniera più capillare possibile informazioni, dati ed iniziative volte ad aumentare la sicurezza dei pazienti negli ospedali. La Regione Sicilia ha applicato un metodo di analisi della documentazione clinica, per individuare indizi di eventi avversi tramite la verifica mensile su un campione di cartelle cliniche selezionate a caso. La metodologia, nota come «Global Trigger Tool», introdotta dall'Institute for Healthcare Improvement, fornisce strumenti idonei ad identificare errori ed eventi avversi e a monitorare il loro andamento nel tempo. Tale monitoraggio consente di valutare se le azioni correttive che

sono state introdotte stanno migliorando la sicurezza dei processi di cura. Il sistema è gestito, dopo una prima fase cartacea, tramite un'applicazione via web. «La Rete regionale dei Risk Manager, su indicazione dell'Assessorato alla Salute», ha detto Tommaso Mannone, «ha inoltre da anni avviato un percorso per l'applicazione degli standard di sicurezza di Joint Commission International». «Il successo della presentazione del dottor Mannone a Fano ha fatto proporre la adozione di questo modello anche in altre regioni, tra cui le Marche. Siamo fieri di questo riconoscimento al lavoro dei nostri professionisti e della intera sanità Siciliana», commenta il Commissario dell'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Maurizio Aricò.

SANITÀ



UNA SALA OPERATORIA

Rischio clinico, Sicilia modello virtuoso

ANTONIO FIASCONARO

PALERMO. La Sicilia è all'avanguardia rispetto ad altre regioni sotto l'aspetto del rischio clinico in ambito sanitario. Infatti, l'Isola in questo campo ha fatto negli ultimi anni grandi passi in avanti, grazie a miriate scelte ed investimenti.

L'esperienza siciliana che ha avuto il suo inizio già dal 2010 è stata presentata come modello virtuoso a Fano, in occasione di un evento formativo regionale e promosso dall'azienda sanitaria unica regionale (Asur) Area Vasta 1 delle Marche.

L'istituzione della rete regionale del rischio clinico vede insieme i "Risk Manager" delle 18 tra Asp, ospedali, Policlinici e Irccs. Un'iniziativa nata nell'ottica di condividere nella maniera più capillare possibile informazioni, dati ed iniziative volte ad aumentare la sicurezza dei pazienti negli ospedali.

L'esperienza siciliana è stata presentata a Fano dall'azienda ospedaliera "Villa Sofia-Cervello" di Palermo, dal "Risk Manager" Tommaso Mannone, e Ignazia Lo Burchio, coordinatrice infermieristica.

La Regione, infatti, ha applicato un metodo di analisi della documentazione clinica, per individuare indizi di eventi avversi tramite la verifica mensile su un campione di cartelle cliniche selezionate a caso. La metodologia, nota come "Global Trigger Tool", introdotta dall'Institute for Healthcare Improvement, fornisce strumenti idonei ad identificare errori ed eventi avversi e a monitorare il loro andamento nel tempo. Tale monitoraggio consente di valutare se le azioni correttive che sono state introdotte stanno migliorando la sicurezza dei processi di cura: il sistema è gestito, dopo una prima fase cartacea, tramite un'applicazione via web.

«La Rete regionale dei Risk Manager, su indicazione dell'assessorato alla Salute - rileva Tommaso Mannone - ha inoltre da anni avviato un percorso per l'applicazione degli standard di sicurezza di Joint Commission International, la massima autorità internazionale per la valutazione della qualità e la sicurezza delle cure nelle strutture ospedaliere, utilizzando 101 standard specifici. Sicurezza delle sale operatorie, trasporto del paziente, gestione delle infezioni, gestione degli antibiostici, gestione farmaci in sicurezza, documentazione clinica del paziente, alcuni dei punti più "caldi" oggetto delle attività dei Risk Manager».

Palermo, 30 gennaio 2018 - Gestione del rischio clinico e promozione della qualità delle cure nelle strutture ospedaliere. La Sicilia in questo campo ha fatto grandi passi avanti, grazie a scelte e investimenti regionali mirati, con l'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello all'avanguardia.

L'esperienza siciliana è stata presentata come modello virtuoso negli scorsi giorni a Fano, in occasione di un evento formativo regionale, promosso dall'Azienda Sanitaria Unica Regionale (Asur) – Area Vasta 1 delle Marche. Sono stati Tommaso Mannone, Risk Manager, e Ignazia Lo Burgio, coordinatrice infermieristica, dell'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello, ad illustrare le iniziative messe in campo per la sicurezza del paziente e la qualità delle cure.

L'istituzione della rete regionale del rischio clinico vede insieme i Risk Manager delle 17 aziende sanitarie regionali. Un'iniziativa nata nell'ottica di condividere nella maniera più capillare possibile informazioni, dati ed iniziative volte ad aumentare la sicurezza dei pazienti negli ospedali.

Gestione eventi avversi e standard di sicurezza

La Regione Sicilia ha applicato un metodo di analisi della documentazione clinica, per individuare indizi di eventi avversi tramite la verifica mensile su un campione di cartelle cliniche selezionate a caso. La metodologia, nota come "Global Trigger Tool", introdotta dall'Institute for Healthcare Improvement, fornisce strumenti idonei ad identificare errori ed eventi avversi e a monitorare il loro andamento nel tempo. Tale monitoraggio consente di valutare se le azioni correttive che sono state introdotte stanno migliorando la sicurezza dei processi di cura. Il sistema è gestito, dopo una prima fase cartacea, tramite un'applicazione via web.

"La Rete regionale dei Risk Manager, su indicazione dell'Assessorato alla Salute - come ha illustrato Tommaso Mannone - ha inoltre da anni avviato un percorso per l'applicazione degli standard di sicurezza di Joint Commission International, la massima autorità internazionale per la valutazione della qualità e la sicurezza delle cure nelle strutture ospedaliere, utilizzando 101 standard specifici. Sicurezza delle sale operatorie, trasporto del paziente, gestione delle infezioni, gestione degli antiblastici, gestione farmaci in sicurezza, documentazione clinica del paziente, alcuni dei punti più "caldi" oggetto delle attività dei Risk Manager".

"Il successo della presentazione del dott. Mannone a Fano ha fatto proporre la adozione di questo modello anche in altre regioni, tra cui le Marche. Siamo fieri di questo riconoscimento al lavoro dei nostri professionisti e della intera sanità Siciliana", commenta il Commissario dell'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Maurizio Aricò.

Home > Salute e Sanità > Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente, il modello del Villa Sofia-Cervello esportato nelle Marche


SALUTE E SANITÀ IL SISTEMA È GESTITO TRAMITE UN'APPLICAZIONE VIA WEB

Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente, il modello del Villa Sofia-Cervello esportato nelle Marche



30/01/2018

f facebook t twitter G+ google+ m messenger | 1 CONDIVISIONI

Gestione del rischio clinico e promozione della qualità delle cure nelle  **spedaliere. La Sicilia in questo campo ha fatto grandi passi avanti, grazie a scelte e investimenti regionali mirati, con l'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello all'avanguardia.**

L'esperienza siciliana è stata presentata come modello virtuoso negli scorsi giorni a Fano, in occasione di un evento formativo regionale, promosso dall'Azienda Sanitaria Unica Regionale (Asur) – Area Vasta 1 delle Marche. Sono stati Tommaso Mannone, Risk Manager, e Ignazia Lo Burgio, coordinatrice infermieristica, dell'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello, ad illustrare le iniziative messe in campo per la sicurezza del paziente e la qualità delle cure. **L'istituzione della rete regionale del rischio clinico vede insieme i Risk Manager delle 17 aziende sanitarie regionali.** Un'iniziativa nata nell'ottica di condividere nella maniera più capillare possibile informazioni, dati ed iniziative volte ad aumentare la sicurezza dei pazienti negli ospedali.

La Regione Sicilia ha applicato un metodo di analisi della documentazione clinica, per individuare indizi di eventi avversi tramite la verifica mensile su un campione di cartelle cliniche selezionate a caso. La metodologia, nota come "Global Trigger Tool", introdotta dall'Institute for Healthcare Improvement, fornisce strumenti idonei ad identificare errori ed eventi avversi e a monitorare il loro andamento nel tempo.

Tale monitoraggio consente di valutare se le azioni correttive che sono state introdotte stanno migliorando la sicurezza dei processi di cura. **Il sistema è gestito, dopo una prima fase cartacea, tramite un'applicazione via web.** "La Rete regionale dei Risk Manager, su indicazione dell'Assessorato alla Salute" come ha illustrato Tommaso Mannone, "ha inoltre da anni avviato un percorso per l'applicazione degli standard di sicurezza di Joint Commission International, la massima autorità internazionale per la valutazione della qualità e la sicurezza delle cure nelle strutture ospedaliere, utilizzando 101 standard specifici. Sicurezza delle sale operatorie, trasporto del paziente, gestione delle infezioni, gestione degli antiblastici, gestione farmaci in sicurezza, documentazione clinica del paziente, alcuni dei punti più "caldi" oggetto delle attività dei Risk Manager".

"Il successo della presentazione del Dr. Mannone a Fano ha fatto proporre la adozione di questo modello anche in altre regioni, tra cui le Marche. Siamo fieri di questo riconoscimento al lavoro dei nostri professionisti e della intera sanità Siciliana", commenta il Commissario dell'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello Maurizio Aricò.

di Redazione

f facebook t twitter G+ google+ | 1
CONDIVISIONI

Commenti: 0

Ordina per



Aggiungi un commento...

Plug-in Commenti di Facebook



PALERMOTODAY

La sanità palermitana fa scuola: il modello di gestione del rischio clinico vola nelle Marche

Il metodo di analisi della documentazione clinica utilizzato dall'Azienda ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello è stato illustrato a Fano: è in grado di individuare indizi di eventi avversi e, tramite il monitoraggio, di valutare se le azioni correttive stanno funzionando

Redazione

30 gennaio 2018 11:45



L'Azienda ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello fa scuola nel campo della gestione del rischio clinico e nella promozione della qualità delle cure nelle strutture ospedaliere. Utilizza un metodo di analisi della documentazione clinica in grado di individuare indizi di eventi avversi, tramite la verifica mensile su un campione di cartelle cliniche selezionate a caso, e attraverso il monitoraggio di studiarne l'andamento nel tempo. In questo modo i medici riescono a valutare se le azioni correttive che sono state messe in atto stanno migliorando la sicurezza dei processi di cura. Il sistema è gestito, dopo una prima fase cartacea, tramite un'applicazione via web.

L'esperienza siciliana è stata presentata negli scorsi giorni a Fano, in occasione di un evento formativo regionale, promosso dall'Azienda sanitaria unica regionale (Asur) – Area Vasta 1 delle Marche ed ha convinto molti esperti. Sono stati Tommaso Mannone, risk manager, e Ignazia Lo Burgio, coordinatrice infermieristica, ad illustrare le iniziative messe in campo per la sicurezza del paziente e la qualità delle cure. "La presentazione è stata un successo - commenta il commissario dell'Azienda ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello, Maurizio Aricò - ed ha fatto proporre la adozione di questo modello anche in altre regioni, tra cui le Marche. Siamo fieri di questo riconoscimento al lavoro dei nostri professionisti e della intera sanità Siciliana".

"La rete regionale dei risk manager, su indicazione dell'assessorato alla Salute - ha illustrato Tommaso Mannone - ha da anni avviato un percorso per l'applicazione degli standard di sicurezza di Joint Commission International, la massima

autorità internazionale per la valutazione della qualità e la sicurezza delle cure nelle strutture ospedaliere, utilizzando 101 standard specifici. Sicurezza delle sale operatorie, trasporto del paziente, gestione delle infezioni, gestione degli antiblastici, gestione farmaci in sicurezza, documentazione clinica del paziente, alcuni dei punti più caldi oggetto delle attività dei risk manager”.

I più letti della settimana

Sbagliano il calcolo della pensione, Inps perde causa contro 4 operai palermitani

Si spoglia e lascia i vestiti sulla spiaggia di Mondello: ore d'ansia per una donna

Piazza Sant'Anna, tenta di mettere fine ad un pestaggio: finisce in ospedale con il naso rotto

La segue e poi le mostra le parti intime, paura per una tredicenne in via Fichidindia

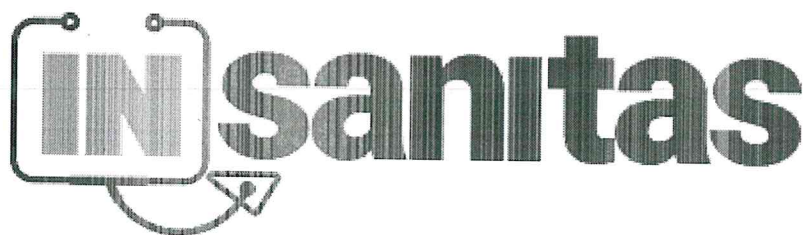
Insultata e tormentata con lettere anonime, a processo "l'incubo" di Eleonora Abbagnato

Furti d'auto ed estorsioni con il "cavallo di ritorno", 14 condanne e 2 assoluzioni

Gestione del rischio clinico, il modello di Villa Sofia- Cervello illustrato "in trasferta" a Fano

www.insanitas.it/gestione-del-rischio-clinico-modello-villa-sofia-cervello-illustrato-trasferta-fano/

January 30, 2018



PALERMO. Gestione del **rischio clinico** e promozione della qualità delle cure nelle strutture ospedaliere: l'esperienza siciliana è stata presentata come modello virtuoso negli scorsi giorni a Fano, in occasione di un evento formativo regionale, promosso dall'Azienda Sanitaria Unica Regionale (Asur) – Area Vasta 1 delle Marche.

Sono stati **Tommaso Mannone**, Risk Manager, e **Ignazia Lo Burgio**, coordinatrice infermieristica, dell'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello, ad illustrare le iniziative messe in campo per la sicurezza del paziente e la qualità delle cure. L'istituzione della rete regionale del rischio clinico vede insieme i Risk Manager delle 17 aziende sanitarie regionali. Un'iniziativa nata nell'ottica di condividere nella maniera più capillare possibile informazioni, dati ed iniziative volte ad aumentare la sicurezza dei pazienti negli ospedali.

Gestione eventi avversi e standard di sicurezza

La Regione Sicilia ha applicato un **metodo di analisi** della documentazione clinica, per individuare indizi di eventi avversi tramite la verifica mensile su un campione di cartelle cliniche selezionate a caso.

La metodologia, nota come "**Global Trigger Tool**", introdotta dall'Institute for Healthcare Improvement, fornisce strumenti idonei ad identificare errori ed eventi avversi e a monitorare il loro andamento nel tempo. Tale monitoraggio consente di valutare se le azioni correttive che sono state introdotte stanno migliorando la sicurezza dei processi di cura. Il sistema è gestito, dopo una prima fase cartacea, tramite un'applicazione via web.

«La Rete regionale dei Risk Manager, su indicazione dell'Assessorato alla Salute- come ha illustrato Mannone- ha inoltre da anni avviato un percorso per l'applicazione degli standard di sicurezza di **Joint Commission International**, la massima autorità internazionale per la valutazione della qualità e la sicurezza delle cure nelle strutture ospedaliere, utilizzando **101 standard specifici**. Sicurezza delle sale operatorie, trasporto del paziente, gestione delle infezioni, gestione degli **antiblastici**, gestione farmaci in sicurezza, documentazione clinica del paziente, alcuni dei punti più "caldi" oggetto delle attività dei Risk Manager».

«Il successo della presentazione del Dr. Mannone a Fano ha fatto proporre la adozione di questo modello anche in altre regioni, tra cui le Marche. Siamo fieri di questo riconoscimento al lavoro dei nostri professionisti e della intera sanità Siciliana», commenta il Commissario di Villa Sofia-Cervello, **Maurizio Aricò**.

Gestione del rischio clinico, "Villa Sofia-Cervello" esporta il modello siciliano nelle Marche

Di redazione **ilsitodisicilia** - martedì 30 gennaio 2018



Gestione del rischio clinico e promozione della qualità delle cure nelle strutture ospedaliere. La Sicilia in questo campo ha fatto grandi passi avanti, grazie a scelte e investimenti regionali mirati, con l'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello all'avanguardia.

L'esperienza siciliana è stata presentata come modello virtuoso negli scorsi giorni a Fano, in occasione di un evento formativo regionale, promosso dall'Azienda Sanitaria Unica Regionale (Asur) – Area Vasta 1 delle Marche. Sono stati Tommaso Mannone, Risk Manager, e Ignazia Lo Burgio, coordinatrice infermieristica, dell'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello, ad illustrare le iniziative messe in campo per la sicurezza del paziente e la qualità delle cure.

L'istituzione della rete regionale del rischio clinico vede insieme i Risk Manager delle 17 aziende sanitarie regionali. Un'iniziativa nata nell'ottica di condividere nella maniera più capillare possibile informazioni, dati ed iniziative volte ad aumentare la sicurezza dei pazienti negli ospedali.

che ha modificato e integrato l'art. 20, c. 11 del D. Lgs, 75/2017 sostituendo le parole "tecnico-professionale e infermieristico del Servizio sanitario nazionale" con le parole "dirigenziale e non, di cui al comma 10".

"Con tale precisazione – prosegue la nota – sono venute definitivamente a cadere eventuali riserve, qualora ce ne fossero state, **sull'applicabilità delle disposizioni in materia di stabilizzazione** dei precari di cui all'art. 20 del D. Lgs. 75/2017 anche alla dirigenza medica e sanitaria del SSN".

Ed ancora "la stessa circolare n. 3/2017 esplicita in modo chiaro a quali amministrazioni pubbliche si rivolge, riportando in maniera dettagliata le **single categorie professionali** che rimangono disciplinate dai rispettivi ordinamenti. Ed è proprio il caso di evidenziare come la categoria della dirigenza sanitaria non medica non è riportata nell'elenco delle figure professionali non ricomprese nel Decreto 75/2017".

Nella nota, infine, l'Anaa Assomed "richiede un intervento immediato della S.S. volto a ribadire alle amministrazioni delle aziende sanitarie, ospedaliere e IRCCS, che "more solito" stanno procedendo in modo non univoco, **la legittima inclusione delle figure attinenti la dirigenza sanitaria** nelle procedure di reclutamento di cui ai commi 1 e 2 dell'art.20 in osservanza delle norme legislative e da ultimo del suo atto di indirizzo" sottolinea anche "come molte aziende abbiano pubblicato avvisi per la partecipazione alle procedure dell'art. 20, senza preventiva informazione alle organizzazioni sindacali come espressamente indicato nella circolare 5824 del 23 gennaio scorso".

IN AULA IL 21 FEBBRAIO. Fu denunciata da una tunisina che consegnò agli investigatori una registrazione fatta col cellulare. I legali del medico: lei era consenziente

Violenza sessuale su una paziente, via al processo al ginecologo Adile

••• A giudizio il ginecologo Biagio Adile, accusato di violenza sessuale su una paziente tunisina che lo aveva denunciato fornendo agli investigatori anche una registrazione fatta col suo cellulare, che documenterebbe gli abusi. Il processo inizierà il 21 febbraio davanti alla seconda sezione del tribunale.

È stata dunque accolta la richiesta di giudizio immediato avanzata dal sostituto procuratore Giorgia Righi, che ha coordinato le indagini e che riteneva di avere prove granitiche contro il medico, tanto da rendere superflua l'udienza preliminare. A sua volta Adile, difeso dagli avvocati Antonino Agnello e Andrea Treppiedi, ha deciso di non scegliere riti alternativi - che, in ca-

so di condanna, gli avrebbero permesso di ottenere sconti di pena - e sarà quindi processato con l'ordinario. La presunta vittima è invece parte civile con l'assistenza dell'avvocato Michele Calantropo.

Adile, primario del reparto di Uroginecologia dell'ospedale Villa Sofia (è stato poi sospeso proprio per questa vicenda), era finito agli arresti domiciliari lo scorso 2 novembre. La misura cautelare era stata poi confermata anche dal tribunale del riesame. Ad accusarlo è una paziente straniera di 28 anni che si sarebbe rivolta a lui sperando di poter risolvere i suoi gravissimi problemi di salute, dopo aver subito ben tredici interventi nel suo Paese di origine. Tuttavia, come ha

denunciato la donna, in due occasioni il medico avrebbe abusato di lei, approfittando - secondo la Procura - anche del suo stato di bisogno.

«Era la settimana prima di Capodanno - ha messo a verbale la giovane - ed eravamo nello studio privato di Adile, c'erano tante persone». Secondo la sua versione, però, sarebbe stata ricevuta per ultima e, durante la visita, il ginecologo l'avrebbe palpeggiata. E, sempre in base al suo racconto, all'appuntamento successivo l'imputato si sarebbe spinto anche oltre, costringendola ad un rapporto orale, dopo aver chiuso a chiave la sua stanza. Un incontro, questo, che la tunisina aveva documentato registran-

dolo con il cellulare. «Facciamo questa cosa, un poco e basta», «un altro poco... non c'è nessuno» dice tra l'altro il ginecologo che rimarca anche «senza di me che avresti fatto?». Una sorta di ricatto, come sostiene l'accusa. «Ha fatto il giro della scrivania - ha riferito ancora agli investigatori la paziente - si è messo in piedi davanti a me, si è abbassato i jeans e poi... lo dicevo no, mi veniva da vomitare, allora lui mi lasciava e poi mi riprendeva la testa...».

La registrazione è composta da due file, tra i quali c'è un'interruzione e la difesa del ginecologo ha contestato sin dall'inizio quella che poi è la prova regina del processo. Secondo gli avvocati di Adile inoltre quel rapporto con la paziente sarebbe stato consenziente. Ed è quello che cercheranno di dimostrare davanti ai giudici, durante il dibattimento che inizierà tra tre settimane. («SAFI»)

SA. FL.



Il primario del reparto di Urologia di Villa Sofia, Biagio Adile

Pochi impiegati, mille utenti al giorno cambiare medico è un'odissea

Una giornata all'Asp di via Cusmano dove il turno si fa anche per pagare il ticket o chiedere l'esenzione. E agli sportelli sono solo in 24

GIUSI SPICA

La signora Rita, 73 anni, stringe il biglietto numero 254. Aspetta il suo turno da quasi due ore. Davanti a lei ci sono ancora 150 persone. Deve prenotare una visita medica ed è al terzo tentativo. Per due volte è tornata a casa a mani vuote. Ma oggi è convinta di farcela: «Un signore in fila prima di me ha deciso di andarsene e mi ha offerto il suo biglietto per un euro». L'anziana è solo una dei mille palermitani che ogni giorno assediano gli uffici dell'Asp di via Giacomo Cusmano per pagare il ticket, ottenere l'esenzione, cambiare il medico curante, farsi autorizzare la richiesta di materiale per disabili, richiedere una visita a domicilio. Mille cittadini ostaggio dell'ufficio trappola dove lavorano solo 24 addetti agli sportelli. Ognuno di loro porta a termine in media 40 operazioni in quattro ore. E c'è chi, come i sette impiegati seduti del centro unico di prenotazione, ne esegue anche 60: una ogni quattro minuti. Alle 11, quando ancora mancano due ore alla chiusura, nella sala d'attesa con un centinaio di posti a sedere si stringono almeno 500 persone. Il metronotte che dirige il traffico, prova a scoraggiare i nuovi arrivati: «Ormai è tardi, non ci arriva più. Le conviene tornare domattina prestissimo, verso le 6,30, per iscriversi nel foglio». Lo guardano perplesse mamme con carrozzine e bimbi al seguito, donne in gravidanza, anziani e pensionati. Uomini e donne che hanno chiesto un giorno di ferie o qualche ora di permesso in ufficio. Molti saranno costretti a tornare. Su 10 postazioni del Cup, solo sette sono attive. A fine turno i sette impiegati concluderanno 428 operazioni. Ma i biglietti per il turno staccati sono molti di più. Alcuni utenti sono andati via prima rassegnati, altri hanno sperato fino all'ultimo. «Inutilmente», allarga le braccia Mimma Cangialosi che da settimane fa la spola tra via Cusmano e via La Loggia per un'autorizzazione: «Mi rimpallano da uno sportello all'altro, c'è sempre qualcosa che non va». Le è già accaduto due volte. Come alla signora Giuseppa D'Andrea: «Si fanno turni di ore per tutto ma si rischia di non concludere nulla». E pensare che negli uffici dell'Asp di Palermo, l'azienda sanitaria più grande del Meridione, lavora un esercito di 1.377 amministrativi (684 dipendenti e 693 contrattisti) distribuiti tra staff di direzione, quindici dipartimenti, dieci distretti e cinque ospedali. Solo due su dieci (340 circa) sono abilitati a svolgere servizi di front office ai cittadini di Palermo e provincia. Almeno sulla carta. Considerando ferie, permessi e malattie, in realtà ai 700 mila assistiti finiscono per rispondere molti meno. L'ultimo allarme viene dal servizio Anagrafe, che si occupa di assegnare o cambiare il medico o il pediatra di famiglia. In via Cusmano, dei quattro impiegati assegnati, ne sono in servizio tre. Uno è stato trasferito d'ufficio a Lampedusa. Un altro ha diritto ai



La coda ieri mattina agli sportelli dell'Asp in via Cusmano

tre giorni di permesso al mese concessi dalla legge 104 ai familiari dei disabili. Solo due lavorano a pieno regime. E ci sono giorni in cui allo sportello resta un solo dipendente. «In tre anni -

spiegano dalla direzione generale dell'Asp - sono andati in pensione 90 amministrativi. Non li abbiamo sostituiti a causa del blocco delle assunzioni. L'ultimo concorso risale al 1999».

Dei 208 coadiutori amministrativi (gli unici che per contratto possono essere impiegati agli sportelli), ne sono in servizio 192. E poi ci sono i contrattisti impiegati soprattutto in periferia: 70, per

esempio, sono nel distretto Termini Imerese, altrettanti a Partinico. A Palermo sono solo una cinquantina. Il paradosso più grande è nelle corsie degli ospedali. All'Ingrassia ci sono ben 50 amministrativi (20 di ruolo e 30 contrattisti), alcuni impiegati come segretari personali dei primari.

Nel 2013 il manager Antonio Candela aveva dichiarato guerra agli imboscati. Ma dopo averne stanati una ventina, ha dovuto arrendersi di fronte a paletti contrattuali e sindacali. E così ha scelto di puntare sui servizi online: «Attraverso lo sportello digitale è possibile cambiare il medico, richiedere l'esenzione dal ticket, ritirare i referti. Inoltre abbiamo attivato Smartcode, una app per prenotare da casa il turno. In tre anni, abbiamo eseguito più di 800 mila prestazioni». Eppure le code non sono cessate. Non importa quanta gente ci sia a turno: «Alle 13 si chiude», avverte il metronotte. E le quattro di ricevimento sono di fatto tre ore e venti, perché ogni 50 minuti è prevista una pausa di 10. «Chi vuole torni domani». All'alba.

CRIP/RODOLFO PIERRETTA

I punti



Dipendenti e sportelli le cause del disagio

1 Dipendenti
Sono 1.377 i dipendenti amministrativi che figurano nella dotazione organica dell'Asp di Palermo: 684 di ruolo e 693 contrattisti. Di questi solo il 24 per cento può per contratto essere assegnato agli uffici aperti al pubblico

2 Gli sportelli
Nel poliambulatorio Palermo-Centro di via Giacomo Cusmano ieri erano attivi 24 sportelli aperti al pubblico. Sette sportelli sono dedicati alla prenotazione di visite ed esami e al pagamento dei ticket sanitari.

3 Le file
In quattro ore sono state eseguite 1.012 operazioni dai 24 impiegati agli sportelli. Ma decine di utenti in fila per ore sono tornati a casa senza riuscire ad ottenere la prestazione richiesta.

4 Le prenotazioni
Su dieci postazioni che attendono alle funzioni di centro di prenotazione unico per visite specialistiche solo sette sono attive

5 I pensionamenti
Negli ultimi anni sono andati in pensione circa 90 amministrativi





SALUTE. Venti milioni gli italiani che ricorrono ad esami e visite private per la carenza dei servizi sanitari. E nell'Isola i farmaci costano di più

Le famiglie rinunciano alle cure, la Sicilia più colpita

Carmelo Nicolosi
PALERMO

••• Sono circa 20 milioni (77,5%) le famiglie italiane che per la carenza dei servizi sanitari sono costrette a ricorrere alla spesa privata che, tra visite specialistiche, esami diagnostici, cure odontoiatriche e farmaci non dispensati dal Servizio Sanitario, ha raggiunto la cifra record di 36,2 miliardi di euro lo scorso anno. In media, 596,7 a persona, bambini compresi. E oggi si parla di spese catastrofiche e di impoverimento sempre più rilevante delle famiglie.

Nella penisola c'è un 17,1% dei nuclei residenti (4,4 milioni) che, a discapito della salute, limita le spese sanitarie, mentre 1,13 milioni le ha annullate del tutto. Le famiglie più esposte alla spesa di tasca propria sono le siciliane, le calabresi e le pugliesi, evidenza di come la sanità pubblica, in queste regioni, non riesca a soddisfare le esigenze di salute dei propri cittadini, con

un evidente allargamento delle disparità, tra nord, centro e meridione.

Secondo uno studio del Censis, negli ultimi cinque anni, il livello assistenziale offerto dal Servizio sanitario nazionale è percepito dal 45% dei cittadini in peggioramento, contro il 29% del 2011. Il malcontento è legato all'allungamento dei tempi, talora impossibili, delle liste d'attesa. Una piaga, per restare in casa nostra, che si trascina da tempo e alla quale nessuno, finora, ha saputo porre adeguati rimedi.

La maggiore quota di rinunce alla diagnostica e alle cure (33,9%) si concentra nelle famiglie con età media dei componenti di 51-69 anni, seguita (28,8%) dalla fascia 30-50, mentre il 12,5% è relativo agli anziani (età media over 70). Da dati forniti dal rapporto sanità 2017, approntato dal Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità e promosso dall'Università di Roma "Tor Vergata" e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, il Mezzogiorno è

l'area maggiormente esposta al fenomeno della rinuncia a prendersi cura della propria salute per ragioni economiche. Le regioni più colpite dal fenomeno sono la Basilicata (8,0%), la Sicilia (7,7%) e la Calabria (6,8%). Quasi esenti Lombardia (0,8%) e Toscana (1,0%).

La speranza di vita? Anche qui i siciliani non sono messi bene, rispetto ad altre regioni. L'Isola si posiziona tra le tre in cui la speranza di vita è più bassa: Campania (81,1), Sicilia (81,8) e Valle d'Aosta (81,9).

Dove si vive di più? Nella provincia autonoma di Trento, nelle Marche e nella provincia autonoma di Bolzano.

Dal 2000, a livello nazionale, è stato abolito il ticket sui farmaci. Ma chi se n'è accorto? Le regioni hanno aggirato l'ostacolo imponendo, ognuna in modo diverso, una "partecipazione alla spesa". Gioco fatto!

Perché il proverbio siciliano o cannuccia u sfardatu non venga smentito, da dati Federfarma, emerge che la

Sicilia fa pagare ai propri assistiti la partecipazione alla spesa farmaceutica più alta d'Italia: quattro euro a confezione per farmaci con prezzo al pubblico fino a 25 euro (2 euro per gli equivalenti) e 4,50 sopra i 25 euro (2,50 per gli equivalenti). Inoltre, cosa impensabile, anche gli affetti da patologie croniche, invalidanti e rare, devono pagare un ticket: 1,50 euro a confezione per medicinali fino a 25 euro. Oltre tale prezzo 2 euro.

Al secondo posto, per aggravati di costi sui medicinali, solo il Lazio con 4 euro a confezione. Le altre regioni? Non superano i 2 euro a confezione, mentre la Basilicata, l'Emilia Romagna, l'Umbria e la Toscana hanno introdotto un ticket in base al reddito familiare. Oltre i 100.000 euro si pagano 3 euro a confezione. In Toscana 4. Le fasce minori 1 euro da 36.000 a 70.000 euro e 2 fino a 100.000.

Altra sorpresa consiste nel pagamento da parte dell'assistito di una quota fissa di 10 euro, oltre al costo del-

la prestazione, sulla specialistica ambulatoriale nel servizio pubblico (visite mediche, esami di laboratorio, diagnostica per immagini, terapie riabilitative. Va detto, che non tutte le regioni hanno recepito l'iniziativa nazionale. La Sicilia è stata per il sì. Di fatto, si tratta di una supertassa sulla salute. In molti casi, l'assistito si trova a pagare la prestazione molto di più di quanto costa alla struttura che la pratica. Un esempio: una visita specialistica ha una tariffa di quasi 19 euro. L'assistito ne viene a pagare 29, ma l'Asp di competenza ne riceverà sempre 19.

Queste spese a carico del cittadino potevano essere tollerate allorché la Sicilia si trovava tra quelle che venivano definite "le regioni canaglia". Ma quei tempi sono finiti, la fase di rientro rispettata. Sarebbe l'ora di rispettare anche le tasche dei conterranei e intraprendere i passi necessari perché i nostri malati riescano a trovare nel servizio pubblico una pronta risposta. (rcv)



29 gen
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

Specialisti Ssn, il rebus tra formazione e fabbisogni. Ecco l'algoritmo dell'Anaaio

di Rosanna Magnano

PDF [Lo studio di Anaaio Giovani su programmazione e fabbisogni](#)

La formazione specialistica in Italia è un punto fondamentale delle agende politiche sia nazionale che regionali, perché su essa si basa il futuro del nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn), anche se purtroppo non riceve l'attenzione critica che meriterebbe. Per questo Anaaio propone una chiave di lettura tecnica, un algoritmo e una serie di proposte per un calcolo appropriato tra domanda e offerta, ampliando le possibilità del post lauream. Cinque i presupposti: facilitare il precoce ingresso nel Ssn; svincolare il percorso formativo dall'Università, almeno in parte; confrontarsi con l'Europa; prevedere una forma di part time ospedaliero in cui il giovane medico, adeguatamente tutorato, gradualmente "sostituisce" l'over 60 che potrà su base volontaria lavorare nel territorio; migliorare l'inquadramento previdenziale.



L'iter di formazione di un medico è tra i più lunghi nell'ambito delle discipline scientifiche. Infatti, dopo il conseguimento di una laurea magistrale a ciclo unico (sei anni, unicum tra le lauree), è obbligatorio, per accedere al Ssn, il superamento dell'esame di stato (circa tre mesi di tirocini obbligatori più la prova finale) e il conseguimento di un diploma di specializzazione o di formazione specifica in medicina generale (della durata variabile, a secondo del percorso scelto, dai tre anni fino a un massimo di cinque anni), con accesso alla formazione post lauream generalmente oltre un anno dopo dal conseguimento della laurea. Pertanto, un medico specialista impiega, nella maggioranza dei casi, circa 11-12 anni per poter lavorare per il Ssn.

«In ambito di formazione medica - spiega **Carlo Palermo**, vice segretario nazionale vicario Anaaio Assomed - un'attenta e puntuale programmazione adeguata ai fabbisogni del Ssn è essenziale per la gestione ottimale delle risorse umane ed economiche, per poter propendere al top della qualità della sanità pubblica. Invece nell'ultimo decennio si è assistito a una pianificazione frettolosa, approssimativa ed errata, con risvolti allarmanti, quali la perdita della continuità formativa specialistica per molti neo-laureati in Medicina e Chirurgia e l'inesorabile scadimento della qualità assistenziale medica del Ssn».

«Queste problematiche - conclude Palermo - se continuerà l'invarianza di programmazione, si aggraveranno di anno in anno fino a far collassare l'intero sistema sanitario».

Si parte dagli accessi a Medicina. La "cura" Anaaio è semplice: «ridurre gli accessi a medicina a 6.200/anno fino al 2022-2023 per assorbire gli eccessi degli iscritti in sovrannumero», spiega **Domenico Montemurro**, responsabile nazionale di Anaaio Giovani.

«Lo Stato sa di quanti medici ha bisogno - continua Montemurro - e interviene programmando esso stesso gli accessi al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e mettendo a bando contratti statali di formazione specialistica. È inutile formarne di più, perché farlo ha un costo non irrisorio. Pertanto, se si conosce il

fabbisogno di medici specialisti (numero espresso dalle Regioni triennialmente), la programmazione della formazione medica diventa abbastanza semplice, almeno sulla carta».

Servono 3.228 contratti di specializzazione in più all'anno

E per il post lauream? Alla luce dei dati, secondo un obiettivo di pareggio delle cessazioni nei prossimi 10 anni, e un obiettivo di applicazione standard su base Dm 70 a invarianza di "carico di lavoro medio nazionale", il numero di contratti di formazione specialistica attuali (media 6.100) devono essere incrementati nel prossimo quinquennio nell'ottica di potenziare le attuali assunzioni nel Ssn di 3.228 medici/anno».

Ma la coperta è corta. Quindi, fatti salvi i 6.105 contratti pagati con l'attuale fondo statale per la formazione specialistica, «sarebbe auspicabile che le Regioni contribuissero all'aumento dei contratti di formazione specialistica - sottolinea l'Anaa- diventando protagoniste della programmazione e del cammino formativo dei giovani medici specializzandi e della sostenibilità generale del sistema. Con il loro aiuto e lo stanziamento di ulteriori 1.862 contratti (differenza tra posti Miur e fabbisogno regionale calcolata sull'ultimo anno accademico), il gap tra partecipanti al concorso e posti a bando si ridurrebbe sensibilmente negli anni a venire.

Il costo complessivo dell'operazione, secondo il sindacato, è stimabile in quasi 190 milioni di euro (per specializzazioni di durata quadriennale) e ammonterebbe a poco più di 9 milioni di euro per le 20 Regioni italiane. «Una cifra oggettivamente alla portata di ogni bilancio regionale. Pertanto, le Regioni dovrebbero farsi carico della differenza tra posti ministeriali e fabbisogno, che esse stesse devono indicare ogni 3 anni», ribadisce Montemurro.

La formazione «on the job»

La recente legge Lorenzin prevede l'individuazione della rete formativa. Attraverso modalità negoziate dovranno essere individuati Teaching hospital deputati a una formazione "on the job".

«Nel dettaglio, la nostra proposta prevederebbe, dopo i primi anni passati tra le mura universitarie, il completamento della formazione per 24 mesi in ospedali extra-universitari che abbiano specifici requisiti di "ospedali di apprendimento" come previsto dal DM sull'accreditamento delle Scuole di Specializzazione, mediante la stipula di un contratto ad hoc di formazione medica abilitante a tempo determinato, con finanziamento integrativo regionale, al posto dell'attuale contratto di formazione specialistica. In alternativa l'integrazione di contratti a carico delle Regioni potrebbe essere destinato fin dall'inizio ad un percorso formativo post-lauream aggiuntivo a quello Universitario basato interamente sulla programmazione regionale, valorizzando l'immenso patrimonio culturale e di casistica presente negli ospedali del Ssn. «In pratica per i neolaureati - conclude Montemurro - è ipotizzabile un contratto di formazione-lavoro a tempo determinato a tutele crescenti, a invarianza della dotazione organica degli ospedali di rete, con insegnamento della parte teorica a carico delle Università e contestuale rilascio da parte della stessa con una valutazione finale che preveda la partecipazione del tutor ospedaliero».

LEGGI IL SERVIZIO COMPLETO SU «ILSOLE 24 ORE SANITA'» N. 3/2018

© RIPRODUZIONE RISERVATA