



**Informazione on line · a cura dell'Ufficio stampa  
dell'Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello"**

25 Novembre 2019

**L'Addetto stampa  
Massimo Bellomo Ugdulena**

HOME (/) • NEWS ED EVENTI (/?Q=NEWS-ED-EVENTI)

• L'IMPORTANZA DELLO PSICOLOGO NELLA GESTIONE DEI PAZIENTI PNEUMOLOGICI CON DISPNEA NELLE CURE PALLIATIVE

# L'importanza dello psicologo nella gestione dei pazienti pneumologici con dispnea nelle cure palliative



L'importanza dello psicologo nella gestione dei pazienti pneumologici con dispnea nelle cure palliative. **E' il tema di un *case report* del Direttore all'Hospice dell'Ospedale Cervello, Giuseppe Peralta e di Gabriella Cinà, psicologa della stessa struttura, pubblicato nella rassegna di Patologia dell'apparato respiratorio curata dall'Aipo, l'Associazione italiana pneumologi ospedalieri.**

L'articolo parte dall'esperienza di un soggetto di 65 anni, affetto da SLA, pesantemente colpito da episodi di insufficienza respiratoria, e racconta l'esperienza diretta dell'intervento dello psicologo in un caso dalla forte componente psicogena. La prima crisi di dispnea rimane impressa indelebilmente nella memoria



disegnando gradualmente all'arrivo delle successive un quadro che per molti aspetti ricalca quello delle persone a forte rischio di traumatizzazione.



**Il lavoro psicologico nei vari setting palliativi, specialmente con i pazienti pneumologici, si configura dunque come un intervento per ripristinare la sicurezza**, la stabilizzazione dei sintomi ansiosi, la modulazione affettiva, l'integrazione delle memorie traumatiche. Le tecniche meditative e di rilassamento sono un aiuto fondamentale, integrabile agli altri interventi terapeutici, e permettono di ridurre considerevolmente stress, ansia, depressione, oltre a sintomi associati quali difficoltà respiratorie, nausea e vomito, nel paziente a malattie croniche terminali.

**Le tecniche di rilassamento e meditative mirano dunque ad un accrescimento delle risorse mentali** del soggetto, aiutandolo nel confronto con la situazione critica, aumentando il senso del controllo. *“L'importanza della figura dello psicologo all'interno di Villa Sofia Cervello – sottolinea il Direttore generale Walter Messina – è confermata anche da questo interessante report, che nasce da un'esperienza sul campo e traccia un percorso di grande interesse nel campo delle cure palliative”.*

Lunedì, 25 Novembre 2019

(/#facebook) (/#twitter)  
(<https://www.addtoany.com/share?url=https://www.costruiredsalute.it/news/l-importanza-dello-psicologo-nella-gestione-dei-pazienti-pneumologici-con-dispnea-nelle-cure&title=L%27%20importanza%20dello%20p>

## Storie di buona salute

Storie di buona salute - Episodio 2



Guarda gli episodi precedenti (<https://www.costruiredsalute.it/?q=storie-di-buona-salute>)



## Lo psicologo nelle Cure palliative, pubblicato "case report" dell'Hospice del Cervello

[insanitas.it/ruolo-dello-psicologo-nelle-cure-palliative-pubblicato-case-report-dellhospice-del-cervello/](https://insanitas.it/ruolo-dello-psicologo-nelle-cure-palliative-pubblicato-case-report-dellhospice-del-cervello/)

Redazione, Michele Ferraro, Redazione, Michele Ferraro, Redazione

November 25, 2019



L'importanza dello psicologo nella gestione dei pazienti pneumologici con dispnea nelle cure palliative. E' il tema di un case report del Direttore all'Hospice dell'Ospedale Cervello, Giuseppe Peralta (nella foto) e di Gabriella Cinà, psicologa della stessa struttura, pubblicato nella rassegna di Patologia dell'apparato respiratorio curata dall'Aipo, l'Associazione italiana pneumologi ospedalieri.

L'articolo parte dall'esperienza di un soggetto di 65 anni, affetto da SLA, pesantemente colpito da episodi di insufficienza respiratoria, e racconta l'esperienza diretta dell'intervento dello psicologo in un caso dalla forte componente psicogena.

La prima crisi di dispnea rimane impressa indelebilmente nella memoria, disegnando gradualmente all'arrivo delle successive un quadro che per molti aspetti ricalca quello delle persone a forte rischio di traumatizzazione. Il lavoro psicologico nei vari setting palliativi, specialmente con i pazienti pneumologici, si configura dunque come un intervento per ripristinare la sicurezza, la stabilizzazione dei sintomi ansiosi, la modulazione affettiva, l'integrazione delle memorie traumatiche.

Le tecniche meditative e di rilassamento sono un aiuto fondamentale, integrabile agli altri interventi terapeutici, e permettono di ridurre considerevolmente stress, ansia, depressione, oltre a sintomi associati quali difficoltà respiratorie, nausea e vomito, nel paziente a malattie croniche terminali. Le tecniche di rilassamento e meditative mirano dunque ad un accrescimento delle risorse mentali del soggetto, aiutandolo nel confronto con la situazione critica, aumentando il senso del controllo.

"L'importanza della figura dello psicologo all'interno di Villa Sofia Cervello – sottolinea il Direttore generale Walter Messina – è confermata anche da questo interessante report, che nasce da un'esperienza sul campo e traccia un percorso di grande interesse nel campo delle cure

palliative".

SALUTE

# Il ruolo dello psicologo nel paziente con dispnea nelle cure palliative – pubblicato un case report dell'Hospice del Cervello

Redazione - 14minuti ago 1

L'importanza dello psicologo nella gestione dei pazienti pneumologici con dispnea nelle cure palliative. E' il tema di un *case report* del Direttore all'Hospice dell'Ospedale Cervello, Giuseppe Peralta e di Gabriella Cinà, psicologa della stessa struttura, pubblicato nella rassegna di Patologia dell'apparato respiratorio curata dall'Aipo, l'Associazione italiana pneumologi ospedalieri.

L'articolo parte dall'esperienza di un soggetto di 65 anni, affetto da SLA, pesantemente colpito da episodi di insufficienza respiratoria, e racconta l'esperienza diretta dell'intervento dello psicologo in un caso dalla forte componente psicogena. La prima crisi di dispnea rimane impressa indelebilmente nella memoria, disegnando gradualmente all'arrivo delle successive un quadro che per molti aspetti ricalca quello delle persone a forte rischio di traumatizzazione. Il lavoro psicologico nei vari setting palliativi, specialmente con i pazienti pneumologici, si configura dunque come un intervento per ripristinare la sicurezza, la stabilizzazione dei sintomi ansiosi, la modulazione affettiva, l'integrazione delle memorie traumatiche. Le tecniche meditative e di rilassamento sono un aiuto fondamentale, integrabile agli altri interventi terapeutici, e permettono di ridurre considerevolmente stress, ansia, depressione, oltre a sintomi associati quali difficoltà respiratorie, nausea e vomito, nel paziente a malattie croniche terminali. Le tecniche di rilassamento e meditative mirano dunque ad un accrescimento delle risorse mentali del soggetto, aiutandolo nel confronto con la situazione critica, aumentando il senso del controllo. *“L'importanza della figura dello psicologo all'interno di Villa Sofia Cervello – sottolinea il Direttore generale Walter Messina – è confermata anche da questo interessante report, che nasce da un'esperienza sul campo e traccia un percorso di grande interesse nel campo delle cure palliative”.*



Giuseppe Peralta

Com. Stam.

Un dispositivo ger  
sì che il tuo PC tor  
essere come nuov

Ann. ThisWentViral

Apri

HOME (/) • NEWS ED EVENTI (/?Q=NEWS-ED-EVENTI)

• AL VIA LA SETTIMANA DI PREVENZIONE SULLE INFEZIONI DA MALATTIE TRASMESSE SESSUALMENTE: ECCO DOVE FARE I TEST GRATUITI E SENZA PRENOTAZIONE



# Al via la settimana di prevenzione sulle infezioni da malattie trasmesse sessualmente: ecco dove fare i test gratuiti e senza prenotazione



Al via oggi in Sicilia la settimana di prevenzione per le malattie sessualmente trasmissibili. Fino a domenica 1 dicembre, in 40 ambulatori presenti su tutto il territorio siciliano, sarà possibile effettuare degli screening specifici. I test, rivolti alla popolazione in fascia di età compresa tra i 18 e i 40 anni, **sono gratuiti non occorre ricetta medica e non serve prenotare.**

Sarà possibile effettuare lo screening ematico per epatiti virali, sifilide, e HIV ed il tampone vaginale/uretrale /o esame urine con campione delle prime urine del mattino (solo per soggetti di sesso maschile) per la ricerca di chlamydia, trichomonas, e neisseria gonorrhoeae

**I punti d'accesso sono aperti: lunedì 25 - sabato 30 novembre dalle ore 8.00 alle ore 17.00  
domenica 1 dicembre dalle ore 8.00 alle ore 12.00**

Intanto, secondo l'Istituto superiore di Sanità, calano per la prima volta dopo diversi anni, in particolare dal 2010, le nuove diagnosi di Hiv in Italia, scese del 20% rispetto al 2017, ma sono in aumento le diagnosi tardive.

La riduzione, scrive l'Istituto, interessa tutte le modalità di trasmissione, sia eterosessuali che MSM (Maschi che fanno Sesso con Maschi) ed è probabilmente da attribuire in modo principale all'efficacia delle terapie antiretrovirali ed alle nuove Linee Guida Terapeutiche che prevedono di iniziare la terapia precocemente dopo la diagnosi.

I giovani tra i 25 e i 29 anni costituiscono il gruppo maggiormente colpito in termini di incidenza. "Dai dati emerge che l'offerta del test Hiv in contesti informali (test in piazza, auto test, test in strada, test in sedi extrasanitarie) costituisce uno strumento prezioso per raggiungere i giovani e identificare nuove diagnosi". Nel 2017 sono stati diagnosticati 690 nuovi casi di AIDS pari a un'incidenza di 1,1 nuovi casi per 100.000 residenti.

Sempre nel 2016 dalla distribuzione dei casi per tipo di IST è emerso che le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali ( 51,8% del totale ), la Sifilide I-II ( 8,8% del totale ).

Sono state osservate inoltre le uretriti non NG-NC in circa il 9% del totale degli uomini in studio e le cervico vaginiti non NG-NC nel 25,7% del totale delle donne.

#### **ECCO I PUNTI D'ACCESSO DOVE E' POSSIBILE EFFETTUARE I TEST ASP PALERMO**

- P.O.S. CIMINO TERMINI-VIA SALVATORE CIMINO – Termini Imerese via S. Cimino ,2 Tel. 091 8151111
  - P.O. CIVICO PARTINICO- Partinico Via Circonvallazione,1 TEL 0918911111
  - UOC MEDICINA TRASFUSIONALE P.O. NUOVO CEFALU' Contrada Pietrapollastra Via Pisciotto Tel. 0921 920 111
  - AMBULATORIO Dell' UNITA' MOBILE DI STRADA UOC DIPENDENZE PATOLOGICHE
- Via La Loggia EDIFICIO 46 Palermo Tel. 0917034609 / Cellulare 335 5263791
- UNITA' MOBILE DI STRADA UOC Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche e NPIA

Lunedì 25/11/2019 Presso Ateneo Universitario dalle ore 12.00 alle ore 17.00

Mercoledì 27/11/2019 Presso Ateneo Universitario dalle ore 12.00 alle ore 17.00

Venerdì 29/11/2019 Presso Ateneo Universitario dalle ore 12.00 alle ore 17.00

Venerdì 29/11/2019 Piazza S. Anna dalle ore 20.00 alle ore 02.00 Palermo

Sabato 30/11/2019 Discoteca Fabric via Ugo La Malfa,95 Palermo dalle ore 20.00 alle ore 02.00

· UNITA' MOBILE DI STRADA DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

LERCARA FRIDDI POLIAMBULATORIO ASP PALERMO Viale delle Rose, 33

GIOVEDÌ 28/11/2019 dalle ore 9.00 alle ore 14

BAGHERIA c/o CENTRO LEVANTE Via Papa Giovanni XXIII, 40

SABATO 30/11/2019 dalle ore 9.00 alle ore 14

### **ASP MESSINA**

•Ex Ospedale "Regina Margherita" di Messina Via Libertà Consultorio familiare II Piano Dott.ssa L. Dotto tel. 090 36 53 824 / 090 36 53 821

•Laboratorio Analisi Piano terra Dott. A. Trimarchi tel. 090 36 53 800 / 090 36 53 804

• Presidio Ospedaliero di Barcellona Pozzo di Gotto 1° piano Laboratorio Analisi Dott. A. Calabrò tel. 090 97 51 701 / 090 97 51 702 Malattie Infettive Dott.ssa L. Panella tel. 090 97 51 569

•Consultorio familiare Dott.ssa M. Magliarditi

• Presidio Ospedaliero "San Vincenzo" di Taormina Laboratorio analisi Dott. M. Rizzo - Piano terra tel. 094 25 79 308 Ostetricia e Ginecologia Dott.ssa L. Klein - III Piano- tel. 094 25 79 378

• Presidio Ospedaliero Sant'Agata di Militello Ostetricia e Ginecologia Dott. U. Musarra - II Piano tel. 094 17 20 343

• Presidio Ospedaliero "Barone Ignazio Romeo" Patti Laboratorio analisi Dott. G. Aragona tel. 094 12 44 29

### **ASP AGRIGENTO**

• Presidio Ospedaliero di Sciacca U.O.C. Ginecologia/Ostetricia Ambulatorio Ginecologia

Via Pompei tel. 0925 962271

• Presidio Ospedaliero "San Giovanni di Dio" di Agrigento Contrada Consolida tel. 0922 442111

• Presidio Ospedaliero "Barone-Lombardo" di Canicattì via Antonino Saetta tel. 0922 733111

• Presidio Ospedaliero "Fratelli Parlapiano" di Ribera Consultorio Distretto Sanitario

via Circonvallazione tel. 0925 562111

- Consultorio Distretto Sanitario di Favara via della Sanità

### **ASP CALTANISSETTA**

- Presidio Ospedaliero "Vittorio Emanuele" di Gela

Via Palazzi 173 tel. 0933 831488

- Poliambulatorio di Caltanissetta

Via Malta 71 tel. 0934 506816 0934 506818

Coordinatore Dott. A. Bonura (Direttore del Dipartimento di Prevenzione)

Referente Dott.ssa F. Sferrazza Consultorio Familiare CL 1

### **ASP CATANIA**

- Presidio Ospedaliero "S. Marta e S. Venera" di Acireale U.O. Ginecologia e Ostetricia

Via Caronia tel. 095 76 77 059

- Presidio Ospedaliero di Caltagirone U.O. Ginecologia e Ostetricia

Via Portosalvo 2 tel 0933 39387

- Presidio Ospedaliero di Biancavilla U.O. Ginecologia e Ostetricia padiglione B 1° piano

Via Via C. Colombo tel 095 77 16 016

### **ASP ENNA**

- Presidio Ospedaliero "Umberto I" di Enna 1° piano c/o sala d'attesa OBI - contrada Ferrante

per informazioni:

Dipartimento Materno-Infantile tel. 0935 520459

URP tel 0935 516791

Numero Verde 800 319141

**ASP RAGUSA**

- Presidio Ospedaliero "Giovanni Paolo II" di Ragusa Ambulatorio di Ostetricia  
tel. 0932 60 06 41 - 0932 60 06 43
- Presidio Ospedaliero "Maggiore" di Modica Ambulatorio di Ostetricia tel. 0932 44 83 88
- Presidio Ospedaliero "Guzzardi" di Vittoria Ambulatorio di Ostetricia tel. 0932 99 93 57

**ASP SIRACUSA**

- Unità Operativa di Educazione e Promozione della Salute Aziendale tel/fax 0931 48 41 78
- Unità Operativa Semplice HIV (per prelievo e counseling) tel 0931 72 41 17 / 0931 72 42 09
- Centro Gestionale Screening (per prelievo e counseling) tel 0931 48 41 69

**ASP TRAPANI**

- Trapani Via Marino Torre 216 tel. 0923 20962
- Marsala presso ex ospedale tel. 0923 71223
- Alcamo Via Madonna del Riposo 151/B tel. 0924 28793
- Castelvetro Via Brandimarte 9 tel. 0924 930269
- Mazara del Vallo via Castelvetro 28 tel. 0923 901617
- Erice Cittadella della Salute Palazzo Carrubo tel. 0923 472387
- Marsala Bosco via Trapani 346 tel. 0923 968200

**Lunedì, 25 Novembre 2019**

A Palermo confronto fra mille esperti provenienti da tutto il mondo

# Malattie infettive, allarme per un batterio

Resiste agli antibiotici. In Sicilia, tra il 2013 e il 2018, ha colpito 726 persone con 74 decessi

**Carmelo Nicolosi**

**PALERMO**

Circa mille specialisti, tra infettivologi, radiologi, chirurghi intensivisti, pneumologi, microbiologi, gastroenterologi e di altre discipline, italiani e stranieri, presenti a Palermo al XVIII congresso nazionale della SIMIT, la Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali, che si inaugura oggi alle 17.30 al Politeama, presieduto dal professore Antonio Cascio e dal dottore Luigi Guarneri. I lavori continueranno domani e dopodomani al San Paolo Palace.

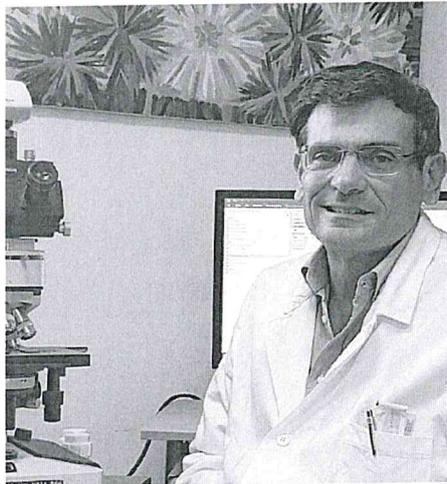
Una intera sessione è dedicata a un fenomeno rilevante: l'assunzione incontrollata di antibiotici, che può causare una catastrofe, segnalata agli Stati dall'Organizzazione mondiale della Sanità. E già i segnali sono evidenti. Molti antibiotici hanno perso la loro efficacia verso specie batteriche mutate.

Un problema rilevante, proprio legato all'eccessivo uso di antibiotici è il clostridiosi difficile, re-

sponsabile del 15-20% di tutte le diarreie associate all'uso di antibiotici e responsabile di gravi manifestazioni di malattia e mortalità. «Induce - spiega Cascio, direttore dell'Unità di malattie infettive del Policlinico di Palermo e del Centro regionale di riferimento AIDS - una colite pseudomembranosa che può arrecare la perforazione intestinale, la peritonite, lo shock settico».

In Sicilia, i casi sono in forte aumento: passati da 55 nel 2013 a 162 nel 2017 e a 213 nei primi sette mesi del 2018 (data dell'ultima rilevazione). Nel complesso del periodo 2013-2018, l'infezione da clostridiosi difficile ha colpito 726 persone e causato 74 decessi. La media dell'età è di 78 anni.

**Lotta all'Aids  
Nell'Isola sono stati  
registrati 278 nuovi  
casi: le donne  
le più contagiate**



Antonio Cascio. Direttore dell'Unità di malattie infettive del Policlinico

Nel 61% dei casi la patologia ha interessato donne con una media di degenza ospedaliera di 18 giorni. I ceppi «selvaggi», comparsi intorno al Duemila, sono resistenti alla barriera acida dello stomaco (germinano nel colon dove producono tossine), al calore, alle radiazioni, all'essiccamento, ai comuni disinfettanti e possono persistere nell'ambiente per molti mesi.

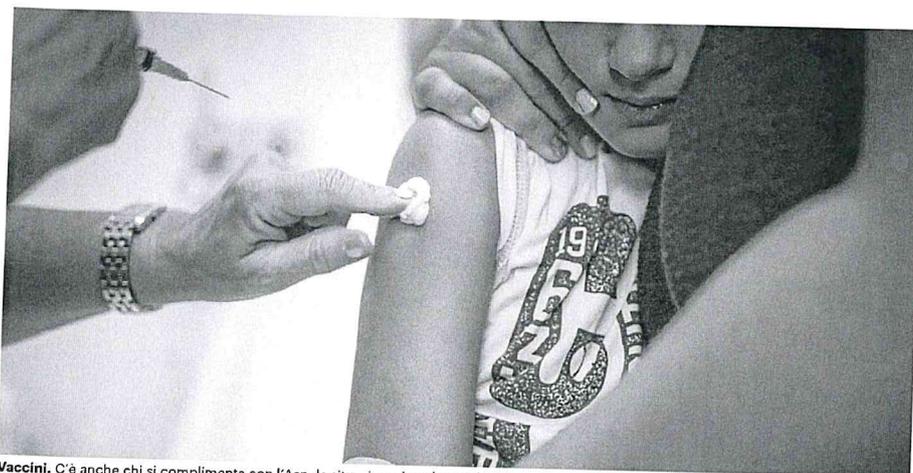
«I dati sono molto preoccupanti - sottolinea Cascio - le principali cause della malattia sono l'eccessivo uso di antibiotici e di farmaci inibitori della pompa protonica, utilizzati per ridurre la produzione degli acidi gastrici».

La caratteristica di questo batterio è quella di diffondersi facilmente, in particolare all'interno degli ospedali, a causa della scarsa attenzione alle pratiche igieniche. La trasmissione può avvenire attraverso le mani dopo contatto col paziente (usare sempre guanti), con oggetti contaminati dalle spore come comodini, rubinetti, scarichi dei bagni, termometri, telefoni cellulari e altri oggetti e dispositi-

vi. Altro problema affrontato al congresso è la tubercolosi. In Sicilia, non solo la malattia non si allontana, ma va in controtendenza al dato nazionale. Nell'Isola, ad essere affetti sono di più gli autoctoni che gli stranieri, mentre nel Paese, si riscontra una maggiore presenza della malattia nei non italiani.

«La tubercolosi, nella nostra terra, continua a dimostrarsi una rilevante causa di ricovero ospedaliero», osserva il professore Cascio. Di fatto, in meno di cinque anni si sono registrati 2.855 ricoveri per tubercolosi. Tra i casi che riguardano gli stranieri, l'81% è rappresentato da africani, principalmente provenienti dalla Somalia, dal Gambia e dall'Entrea.

Cosa dire del virus Hiv, il responsabile dell'Aids? Nell'Isola nel 2017 sono stati registrati 278 nuovi casi di infezione. Il numero maggiore di contagiati si è avuto tra le donne attraverso rapporti eterosessuali. Negli uomini nostrani con incontri omosessuali. (C.M.)



Vaccini. C'è anche chi si complimenta con l'Asp: la situazione è molto migliorata

Ditelo in diretta, segnalati disservizi in tre ambulatori

## Vaccinazioni, proteste e lunghe attese Ma l'Asp nega: «Non ci sono code»

L'azienda: in via Pietratagliata 60 somministrazioni al giorno

**Gabriele Messina**

Lunghe attese e proteste nei centri di vaccinazione a Palermo. In via Massimo D'Azeglio ma anche in via Pietratagliata e a Boccadifalco, i genitori lamentano code già dalle prime ore del mattino.

«Sono venuta ad agosto per prenotare dei vaccini per la meningite per mio figlio di 15 anni e mi hanno riservato una prenotazione prima ad ottobre, poi una novembre, una a gennaio ed un'altra ancora ad aprile. C'è un calendario fitto è vero ma ogni volta ci ritroviamo ad attendere cinque sei ore e poi ritornare la volta successiva. Una perdita di tempo per tutti, per il personale, per i bambini che devono andare a scuola e anche per noi genitori costretti a saltare intere giornate di lavoro. Speriamo si possa trovare un modo migliore per gestire le prenotazioni ed evitare il caos», si legge in un sms in-

viato da una mamma, a Ditelo in diretta la trasmissione radiofonica in onda, dal martedì al sabato su Rgs.

C'è chi segnala, persino, attese di mesi per le prenotazioni che però non risultano all'Azienda sanitaria provinciale né nel presidio Pietratagliata, né in quello di via D'Azeglio. In ogni caso, dicono dalla direzione dell'Asp, le prenotazioni non ravvicinate nel tempo riguardano solo le somministrazioni con calendario flessibile come ad esempio per il papilloma virus e non quelle per le vaccinazioni obbligatorie di tutto il ciclo primario, ovvero relative al primo e secondo

**Prenotazioni nel mirino  
Smentite le presenze  
di cartelli con indicazioni  
di trasferimenti  
o mancanza di medici**

anno di vita.

Non risulterebbero, inoltre, attese dalle prime ore del mattino a Boccadifalco, né sono stati affissi dagli operatori dell'Asp cartelli con indicazioni su presunti trasferimenti o mancanza di medici, spiegano da Asp.

«Devo riconoscere che la situazione è molto migliorata in città negli ultimi tempi, anche se non mancano le criticità - scrive un lettore a Ditelo in diretta - questa settimana è stata molto caotica con tanta gente in coda ma è doveroso ammettere che il sistema funziona bene. Riceviamo attenzione e professionalità dal personale delle strutture e dai medici. Ci sarebbe ancora molto da fare per migliorare il servizio ma possiamo ritenerci tutto sommato soddisfatti».

Dagli uffici dell'Asp si scusano per i disagi arrecati e dalla direzione aziendale assicurano la massima attenzione per i centri di vaccinazione. Due dei dodici centri

presenti in città, quello di via Turrisi Colonna e quello che si trova nella zona della Guadagna sono stati recentemente ristrutturati e dotati di maggiori comfort per mamme e bambini.

Dal Servizio Epidemiologia dell'Asp fanno sapere inoltre che ogni giorno nel presidio di via Pietratagliata vengono vaccinati sia soggetti con prenotazione che senza prenotazione con una media complessiva di 60 somministrazioni al giorno. Dall'Asp, chiedono poi ai cittadini, nel caso avessero ricevuto diverse indicazioni o informazioni da parte delle strutture, di mettersi in contatto con la direzione generale per segnalare il problema.

È possibile segnalare disagi e disservizi contattando il numero Whatsapp 3358783600, tramite mail all'indirizzo di posta elettronica ditelo@gds.it, o attraverso i profili Facebook e Instagram della trasmissione e di Gds.it.

# quotidianosanità.it

Lunedì 25 NOVEMBRE 2019

## Per i medici e i dirigenti del Ssn il prossimo contratto deve essere *value based*. Ecco come

***Prima di tutto sarebbe necessaria una politica contrattuale, a livello nazionale, di valorizzazione della retribuzione di risultato dei dirigenti, oggi quasi inesistente, per una migliore leva da utilizzare come sistema premiante e per garantire ulteriormente la qualità del sistema, schiacciato su livelli retributivi che non riescono a valorizzare e premiare adeguatamente il livello di impegno e capacity dei dirigenti. Ma non solo***

Il Consiglio dei Ministri ha approvato, il 22 novembre, il CCNL dirigenza medica e sanitaria 2016-2018, siglato a luglio scorso. Il contratto (sicuramente il migliore che, date le condizioni, si potesse ottenere), oltre a consentire un incremento retributivo dopo quasi 10 anni di stallo nelle retribuzioni, contiene buone soluzioni sul versante della tutela dei nuovi assunti, delle donne in maternità, dei medici sottoposti a disagio lavorativo. Tuttavia, credo sia necessario interrogarsi sulle esigenze che dovranno essere affrontate nella prossima tornata contrattuale 2019-2021, alcune di carattere organizzativo, altre di carattere economico.

L'atto che più di ogni altro ha condizionato l'organizzazione sanitaria italiana è, senza dubbio, riconducibile al CCNL della dirigenza medica e sanitaria del giugno 2000, elaborato in un momento storico in cui l'emergenza economico-finanziaria all'interno del Sistema sanitario nazionale non si era ancora manifestata in tutta la sua rilevanza (la prima legislazione in materia di piano di rientro è del dicembre 2004 con la legge n. 311/2004), contestualmente alla prima forma di federalismo fiscale per il finanziamento del SSN (D.Lgs n. 56/2000), subito dopo la riforma del 1999 del D.Lgs n. 502/1992.

Il CCNL del 2000 ha scandito la distinzione tra incarichi professionali e gestionali, rimarcando, con riguardo a questi ultimi, la distinzione tra strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici, standardizzando, in tal modo, una organizzazione per silos che tuttora connota, in larga parte, la realtà sanitaria italiana, nonostante, nel decennio successivo all'approvazione di quel contratto, il sistema sanitario abbia dovuto elaborare nuovi modelli organizzativi sotto la pressione dell'esigenza di sostenibilità, da un lato, e del mutato quadro demografico ed epidemiologico, dall'altro.

Una logica organizzativa che, pur spinta da legittime istanze di valorizzazione, da un lato, ha talvolta comportato un incremento di costi (ad esempio attraverso l'assegnazione di personale dedicato, anche dove non fosse rispondente ad una logica di ottimizzazione frazionare le assegnazioni di risorse) e, dall'altro, ha favorito una frammentazione del percorso diagnostico-terapeutico, talora anche a scapito dell'appropriatezza e qualità degli esiti, con compromissione di una compiuta e strutturata "presa in carico" del paziente.

Inoltre, tale assetto organizzativo-dopo l'introduzione dei criteri adottati dal Comitato Lea nel 2012 (una struttura complessa ogni 17,5 p.l.), che ha necessariamente comportato una consistente riduzione del numero di strutture complesse in tutta Italia - ha spesso prodotto inutili frizioni all'interno delle aziende (tra management e professionisti e/o tra professionisti) e frustrazioni in chi, aspirando ad una struttura complessa, si è visto assegnare una struttura dipartimentale, vivendo tale modifica quale grave *diminutio* professionale, nonostante il medesimo grado di autonomia caratterizzante l'incarico di struttura complessa e quello di struttura dipartimentale.

Il CCNL approvato dal Cdm il 22 novembre 2019 non ha prodotto innovazioni a questo schema, che è rimasto sostanzialmente immutato, a parte il *restyling* consistente nella introduzione dell'incarico c.d. di "altissima professionalità" e nella *espressa* previsione dell'obbligo di conferire un incarico a tutti i dirigenti (principio, questo, che, in realtà, avrebbe dovuto ritenersi implicitamente scontato anche nell'ambito degli assetti derivanti dal precedente contratto, ancorché, in realtà, quasi mai applicato).

**Quello che manca è una decisa configurazione degli incarichi per *processi***, per cui anche gli incarichi professionali si fermano sul perimetro delle strutture, al più a valenza dipartimentale, ma pur sempre collocati funzionalmente all'interno di una struttura. Ne è conferma il fatto che il contratto individuale di lavoro deve riportare la sede e l'unità operativa dell'attività lavorativa, quasi volesse eliminare in radice la possibilità di utilizzo condiviso di risorse, funzionale ad una organizzazione per processi.

Ad esempio, chi governa una *rete* clinica, con quali strumenti organizzativi può farlo? Con quali assetti contrattuali, tutti fondati sulla logica perimetrale della "struttura" specialistica, si può presidiare, con autonomia e connessa responsabilità, il governo di un complesso percorso sviluppato trasversalmente in termini di processo?

**Altro problema riguarda l'entità (bassa) delle retribuzioni (così come per tutte le professioni sanitarie).** Non è facile trovare finanziamenti aggiuntivi, ma un percorso (molti pensano giustamente alla defiscalizzazione di alcune quote di retribuzione) va individuato.

A fronte del grave impoverimento del capitale umano della sanità pubblica, dovuto sia alla carenza in alcune discipline per sottodimensionata programmazione nazionale delle borse di specializzazione (sono stati presentati emendamenti di maggioranza al disegno di legge di bilancio per l'incremento di 2000 borse di specializzazione), sia per le basse retribuzioni che stanno favorendo una progressiva "migrazione" verso le strutture private, in grado di assicurare livelli stipendiali più alti ai migliori (dopo onerosi investimenti in formazione a carico delle strutture pubbliche), il testo della manovra 2020 non registra, allo stato, risorse per il nuovo contratto; tuttavia, sono stati presentati emendamenti di maggioranza sulla RIA che potrebbero consentire di incrementare i Fondi contrattuali a disposizione della contrattazione integrativa.

Le retribuzioni dei nostri dirigenti medici e sanitari sono tra le più basse d'Europa, peraltro bloccate per quasi 10 anni e con nuove scarsissime risorse a disposizione del contratto appena approvato, che ha deciso di convogliarle in maniera preponderante sullo stipendio tabellare e sulla retribuzione di posizione/indennità.

Dopo il conglobamento della retribuzione di risultato nelle voci base della retribuzione, effettuato con il CCNL 2005, che ha notevolmente abbassato la capienza dei Fondi di risultato, la nuova ipotesi di CCNL prevede, altresì, la possibilità di spostamento fino al 30% del fondo di risultato a vantaggio del fondo per la retribuzione degli incarichi.

Inoltre, a detrimento delle risorse destinate a remunerare il risultato, si prevede che l'indennità per le sostituzioni nel nuovo CCNL venga finanziata proprio con il fondo per la retribuzione di risultato.

**Sarebbe necessaria una politica contrattuale, a livello nazionale, di valorizzazione della retribuzione di risultato dei dirigenti**, oggi, come visto, quasi inesistente, per una migliore leva da utilizzare come sistema premiante e per garantire ulteriormente la qualità del sistema, schiacciato su livelli retributivi che non riescono a valorizzare e premiare adeguatamente il livello di impegno e capacity dei dirigenti. La logica, comprensibile e quasi necessitata dopo 10 anni di attesa, e' stata che, in presenza di risorse limitate da destinare alla contrattazione, si dovesse puntare ad incrementi il più possibili generalizzati e fissi, indipendenti dai livelli di performance.

Una recente riflessione di Kpmg, Bocconi e Cerismas, avente ad oggetto "Nuova governance del SSN" rileva che *"il fatto che gli incarichi gestionali siano remunerati di più degli incarichi professionali, contraddice la natura di aziende "brain intensive" come sono quelle sanitarie. Inoltre, l'eccessiva uniformità dell'indennità di posizione nelle aziende sanitarie pubbliche, impedisce la competitività rispetto alle aziende sanitarie private, che sono in grado di attrarre tutte le migliori professionalità, soprattutto nei profili per i quali mancano candidati."*

Inoltre, rileva lo studio, *"le migliori risorse professionali sono attratte e tendono a spostarsi nei territori con i sistemi sanitari più forti e nelle aree più urbanizzate del paese, contribuendo alla crescita dei differenziali di capacity, di competence e quindi di servizio, sia nel divario tra aree urbane e rurali, sia tra Nord Sud."* La misura individuata sarebbe di *"Permettere alle regioni di istituire e promuovere sistemi di incentivi economici (dedicando una quota del monte salari), professionali (rapidità di carriera) e simbolici per la mobilità da aree urbane a rurali e inter-regionale dei clinici, del middle management e del top management. La mobilità può essere permanente, a tempo determinato o costruita con logiche di gemellaggio/rotazione e quindi con presenze programmate (es. un giorno la settimana, o una settimana al mese) o altra soluzione ritenuta funzionale ad es. per arricchire una equipe chirurgica di maggiori competenze"*.

Al riguardo, le Regioni, in sede di formulazione del Patto per la Salute, hanno proposto di prevedere, per il periodo di vigenza del presente patto, che le Regioni in equilibrio economico o che abbiano migliorato il loro

conto economico nei 3 anni precedenti, e che abbiano garantito i livelli essenziali di assistenza e avviato con atti di Consiglio regionale o di Giunta il processo di adeguamento alle disposizioni di cui al DM 2 aprile 2015, n. 70, possano mettere a disposizione delle aziende ed enti del SSR, anche con finalità perequative relativamente alle consistenze medie dei fondi, un ammontare di risorse dall'1% al 3%, aggiuntivo rispetto alle vigenti previsioni contrattuali, calcolato sul monte salari regionale al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018, allo scopo di:

- valorizzare le professionalità dei dirigenti medici, veterinari e sanitari e degli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione del comparto sulla base di criteri definiti da linee di indirizzo regionali;
- remunerare i dirigenti medici, veterinari e sanitari che effettuano attività di lavoro per guardia medica e/o in pronta disponibilità con una adeguata maggiorazione dei compensi e delle indennità previste dai contratti di lavoro;
- riconoscere ai dirigenti medici, veterinari e sanitari e agli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione del comparto che operano in zone disagiate e in servizi disagiati specifiche indennità volte a ristorare il relativo disagio, sulla base di linee di indirizzo regionali che andranno a definire anche le zone e i servizi disagiati in parola, considerando tale previsione alternativa alle risorse aggiuntive regionali già previste dai contratti collettivi nazionali.

Il Mef ha presentato proposta alternativa che prevede che le Regioni in equilibrio economico, che hanno garantito i livelli essenziali di assistenza e attuato, con atti di Consiglio regionale o di Giunta, il processo di adeguamento alle disposizioni di cui al DM 2 aprile 2015, n. 70, ferma restando la soglia di spesa per il personale fissata normativamente, possano, al solo fine di perseguire la graduale perequazione del trattamento accessorio fra aziende ed enti del servizio sanitario delle predette regioni – per valorizzare le professionalità dei dirigenti medici, veterinari e sanitari e degli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione del comparto sulla base di criteri definiti da linee di indirizzo regionali, anche tenendo conto delle attività svolte in zone disagiate (aree interne) - destinare alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2 per cento del monte salari regionale al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018, da definirsi nell'ambito del tavolo di verifica per gli adempimenti.

In coerenza con quanto sostenuto in sede di Patto per la Salute, tra gli emendamenti richiesti dalle Regioni al disegno di legge di Bilancio all'esame della Commissione Bilancio del Senato, c'è la richiesta di **Risorse aggiuntive regionali (RAR)**.

La modifica si propone di consentire alle Regioni in equilibrio economico di autorizzare l'incremento, da parte delle aziende ed enti del proprio Sistema sanitario regionale, dei fondi premialità e fasce del personale del comparto sanità e dei fondi di risultato del personale dirigenziale, in applicazione delle clausole dei relativi Ccnl che prevedono tale incremento in misura percentuale del monte salari, in presenza di avanzi di amministrazione e pareggio di bilancio ovvero della realizzazione di programmi, correlati ad incrementi quali-quantitativi di attività del personale, finalizzati al pareggio di bilancio entro un termine prestabilito.

Tale politica, sicuramente suggestiva e rispondente alla giusta e necessaria logica della sostenibilità, rischia tuttavia di squilibrare ulteriormente alcune realtà a danno di altre, rendendo sicuramente preferibile, almeno con riguardo alla valorizzazione delle risorse destinate alla remunerazione del risultato e della qualità, la prefigurazione di una misura strutturale e generalizzata per tutta l'area, che prescindendo dalle condizioni di equilibrio degli aggregati economici regionali di base: correlare il finanziamento della parte retributiva concernente il risultato a detti aggregati rischia di aggravare le distanze tra servizi regionali in termini di attrattività e performance (uno dei problemi che si dovrà vagliare prioritariamente in ambito di regionalismo differenziato).

Al fine di superare il problema della carenza di medici, soprattutto in alcune discipline destinate all'emergenza, sarebbe forse utile, oltre alle altre misure strutturali a cui si è già fatto cenno, valutare la esigenza, in sede di implementazione dei Contratti collettivi, di valorizzare, già in termini di graduazione e differenziazione della stessa retribuzione di posizione, quei fattori organizzativi oggettivamente implicanti una posizione di maggiore esposizione allo stress lavorativo e alla responsabilità medico legale afferente.

Al riguardo, di recente la Simeu ha elaborato una serie di proposte, tra le quali la richiesta di una maggiore valorizzazione economica del lavoro in Emergenza Urgenza, attraverso provvedimenti che tengano conto anche dell'impossibilità dei medici di Emergenza e Urgenza di svolgere attività libero professionale, diversamente dalla massima parte dei colleghi, allo scopo non solo di premiare un'attività oggettivamente difficile e faticosa, ma anche di arrestare l'attuale fuga dai Pronto Soccorso di professionisti preziosi e difficilmente sostituibili.

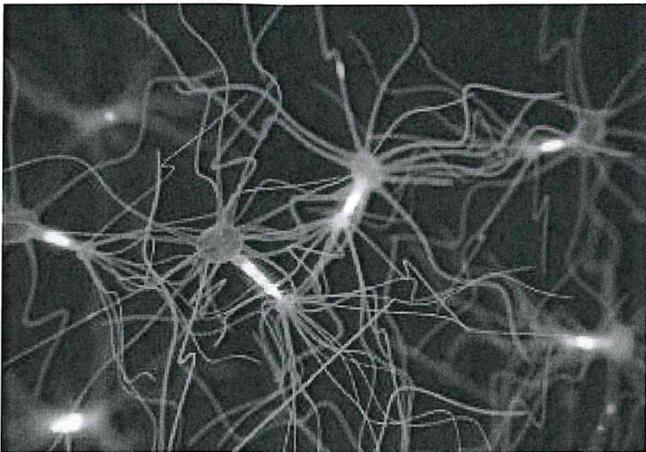
Federsanità, consapevole della centralità di queste tematiche per la salvaguardia del Sistema Salute, ha organizzato un convegno dedicato a **“L’impatto organizzativo sui percorsi assistenziali del CCNL della dirigenza e dell’accordo dei MMG. Quali ipotesi per le nuove tornate contrattuali?”**, che si terrà nell’ambito del Forum Risk Management, il 28 novembre, alle ore 9, a Firenze, nel corso del quale verranno resi noti i risultati di una survey tra direttori generali su queste tematiche.

**Tiziana Frittelli**

Presidente Federsanità



*Dallo studio del prof. Paolo Zamboni, ordinario di Chirurgia vascolare e Direttore del Centro di Malattie Vascolari dell'Università di Ferrara, chiare evidenze che a un anno dall'angioplastica, i pazienti idonei all'intervento hanno una probabilità elevatissima di non sviluppare nuove lesioni cerebrali*



Ferrara, 22 novembre 2019 - La sclerosi multipla è una malattia che colpisce circa 2,5-3 milioni di persone nel mondo, 600.000 in Europa e circa 122.000 in Italia, in particolare donne. Da anni a Ferrara il prof. Paolo Zamboni, ordinario di Chirurgia vascolare e Direttore del Centro di Malattie Vascolari dell'Università di Ferrara, studia l'apporto di interventi di tipo chirurgico-vascolare contro questa malattia invalidante.

Tramite lo studio no profit Brave Dreams (Sogni Coraggiosi), finanziato dalla Regione Emilia-Romagna e promosso dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Zamboni sta studiando gli effetti del ripristino del flusso venoso giugulare e quindi della riattivazione di un corretto afflusso di sangue al cervello.

Concentrandosi sugli interventi di angioplastica sulle vene cerebrali extracraniche, Brave Dreams indaga se questi possano portare benefici ai malati.



Prof. Paolo Zamboni

I più recenti risultati dello studio sono stati presentati oggi, venerdì 22 novembre a New York. Riferendosi al report pubblicato sul *Journal of Endovascular Therapy*, Zamboni ha presentato una nuova fase del progetto che ha coinvolto un campione più ampio rispetto alle prime fasi della ricerca. E il risultato lascia molto ben sperare: integrando nel campione anche i pazienti con forma di sclerosi multipla secondariamente progressiva, e non soltanto quelli con la forma recidivante-remittente, i risultati sono positivi.

I pazienti con tipi di vena idonea all'angioplastica con pallone hanno un'elevatissima probabilità di non sviluppare nuove lesioni o di espandere vecchie lesioni nel cervello a un anno dall'intervento. In particolare, il 79% dei pazienti con vene idonee all'intervento del pallone dilatatore non ha sviluppato nuove lesioni cerebrali. Viceversa, i pazienti con vene non idonee all'intervento del pallone, oppure quelli sottoposti ad un finto intervento, sviluppavano molto più facilmente lesioni cerebrali viste dalla risonanza magnetica.

Il primo report di questo studio, pubblicato nel gennaio 2018 su *JAMA Neurology*, dimostrava che l'intervento di angioplastica sulla giugulare e sulla vena azigos, un grosso vaso che si trova nella cavità toracica e addominale, era sicuro ma non aveva effetti significativi sulla disabilità e sulle placche visibili nella risonanza magnetica del cervello. L'articolo però concludeva ipotizzando che potesse essere presente un sottogruppo di pazienti che potesse rispondere al trattamento.

Nella seconda fase dello studio, rigorosissima e in doppio cieco, sono stati usati criteri validati di analisi delle flebografie per suddividere i pazienti in categorie "idonei" e "non idonei" all'intervento di angioplastica. Sono stati considerati idonei i tipi di vena su cui il pallone utilizzato nell'angioplastica per allargare le vene è in grado di ripristinare il flusso, mentre sono stati considerati non idonei quelli in cui il pallone non è in grado di dilatare e di migliorare il flusso.

La distinzione è stata affidata a una Commissione esterna, composta dal prof. Sclafani (docente di Radiologia Vascolare all'Università di Stato di New York) e dal prof. Setacci (Past President della

Società Europea di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare), che ha rivisto indipendentemente i filmati delle procedure. Uno statistico indipendente ha incrociato i dati delle flebografie con quelle delle risonanze magnetiche cerebrali.

“Il risultato di questa ricerca - mette in evidenza il prof. Zamboni - è a nostro avviso il risultato ideale di una sperimentazione clinica, specialmente in campo chirurgico. I dati sperimentali del primo studio indicano che l'intervento è sicuro, ma se viene eseguito a tappeto senza nessun criterio di selezione non porta vantaggio alcuno alle persone affette da sclerosi multipla. Il risultato del nuovo studio invece identifica un sottogruppo di pazienti che possono trarre vantaggi e benefici dall'intervento, e indica inoltre un serio percorso che un domani potrebbe essere tranquillamente seguito”.

“Un percorso ideale - prosegue Zamboni - dovrebbe prevedere una selezione clinica da parte del neurologo per identificare i pazienti che possono essere studiati con ecoDoppler; quelli che presentano criteri idonei all'angioplastica con pallone potranno essere sottoposti all'intervento”.

Il percorso dovrà essere eseguito in centri appositamente formati; la Regione Emilia-Romagna ha già finanziato la fase di preparazione per sei centri sul suolo nazionale: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e l'ospedale Santa Maria delle Croci di Ravenna in Emilia-Romagna, Novara, Milano Besta, Ancona-Macerata e Catania sul suolo nazionale.