

garantire la prevenzione delle malattie metaboliche ereditarie, mediante una misura obbligatoria da inserire nei Lea (livelli essenziali di assistenza) relativa ad accertamenti diagnostici da effettuare su tutti i neonati per consentire diagnosi precoci e un tempestivo trattamento delle patologie. I soggetti a cui è rivolta questa misura possono essere nati da parti effettuati in strutture ospedaliere o a domicilio.

Come si ricordava precedentemente, l'art. 1, comma 167, della legge di stabilità per il 2015 (L. 190/2014) ha previsto in via permanente l'incremento, pari a 5 milioni di euro a decorrere dal 2015, dell'autorizzazione di spesa prevista per lo screening neonatale, anche in via sperimentale, per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie. Infatti, come sopra ricordato, la misura era stata disposta dall'art. 1, comma 229, della legge di stabilità per il 2014 (L. 147/2013) che, allo scopo, aveva già stanziato, a decorrere dal 2014, una somma pari a 5 milioni di euro. Pertanto, **lo stanziamento a regime finalizzato al menzionato screening neonatale ammonta, a decorrere dal 2015, a 10 milioni di euro.**

L'ambito di applicazione, definito all'articolo 2 della proposta in esame, si riferisce agli **accertamenti diagnostici nell'ambito degli screening neonatali obbligatori per le malattie metaboliche ereditarie.**

L'articolo 3 prevede un **Centro di coordinamento sugli screening neonatali**, volto a favorire la massima uniformità nell'applicazione sul territorio nazionale della diagnosi precoce neonatale, istituito presso l'Istituto superiore di sanità. Il comma 2 prevede che esso sia composto da:

- il direttore generale dell'Istituto superiore di sanità, con funzioni di coordinatore;
- 3 membri designati dall'Istituto superiore di sanità, dei quali almeno uno con esperienza medico-scientifica specifica in materia;
- 3 membri delle associazioni maggiormente rappresentative dei soggetti affetti dalle patologie in esame e dei loro familiari;
- un rappresentante del Ministero della salute;
- un rappresentante della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

La partecipazione dei componenti del Centro sarà a titolo gratuito.

A tal proposito, sempre la **legge di stabilità 2014** aveva già previsto l'istituzione di un **Centro di coordinamento sugli screening neonatali presso l'Agenas.**

Al comma 4 vengono spiegati nel dettaglio i compiti affidati al Centro:

- monitorare e promuovere la massima uniformità di applicazione degli screening neonatali sul territorio nazionale e defi-

nire le dimensioni del bacino d'utenza di ciascun centro di riferimento regionale al fine di accorpate, se necessario, aree geografiche contigue. Per queste due finalità, in particolare, si prevede inoltre il compito di stabilire le modalità di raccolta dei campioni di sangue da inviare ai centri di riferimento regionale entro ventiquattrore dalla raccolta;

- collaborare con le regioni per la diffusione delle migliori pratiche in tema di screening neonatale; individuare standard comuni per la realizzazione degli screening neonatali;
- fornire informazioni codificate e standardizzate ai servizi ter-

ritoriali per l'assistenza alle famiglie dei neonati sui rischi derivanti dalle patologie metaboliche ereditarie e sui benefici conseguibili attraverso l'attività di screening. A tali informazioni si aggiungono quelle sulla terapia e sulle migliori cure disponibili per la specifica malattia metabolica;

- istituire un archivio centralizzato sugli esiti degli screening neonatali per rendere disponibili dati per una verifica dell'efficacia, anche in termini di costo, dei percorsi intrapresi.

L'articolo 4 definisce le norme per un **protocollo operativo** per la gestione degli screening neonatali, con il quale definire le

modalità della presa in carico dei pazienti risultati positivi agli accertamenti e dell'accesso alle terapie. A predisporre tale protocollo è chiamato il Ministro della salute, dopo aver acquisito il parere dell'Istituto superiore di sanità e della Conferenza Stato Regioni, e delle società scientifiche di riferimento.

Il comma 2 stabilisce in proposito che l'**Agenas compia una valutazione di HTA** (Health technology assessment) su quali tipi di screening neonatale effettuare.

L'articolo 5 detta una **disposizione transitoria** al fine di prevedere l'attuazione delle presenti norme da parte delle regioni,

entro sei mesi dalla data di entrata in vigore delle stesse.

L'articolo 6, infine, detta **disposizioni per l'attuazione e la copertura finanziaria**, prevedendo che, con la procedura di cui al comma 2, da completare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge, si provvede ad inserire nei Lea gli accertamenti diagnostici neonatali con l'applicazione dei metodi aggiornati alle evidenze scientifiche disponibili, per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie.

La copertura degli oneri derivanti dall'attuazione delle predette norme valutate in **25.715.000 euro annui.** **Y**

Assicurazioni. Il rapporto Marsh

"Errori da parto tra i sinistri più costosi"

Nel 2014 si registra una lieve riduzione nel numero di sinistri per struttura, mentre si confermano in cima alla classifica quelli causati da errori chirurgici. Questo è quanto emerge dalla settima edizione del *Medmal Claims Italia*, il report del gruppo Marsh che quest'anno ha analizzato le richieste di risarcimento danni dal 2004 al 2014, su un campione di 59 strutture della sanità pubblica, per un totale di circa 15.600 sinistri.

Nel Rapporto si evidenzia subito come "il valore (tra somme effettivamente liquidate e somme stanziate dalle assicurazioni) dei sinistri nella sanità pubblica in Italia sul campione analizzato da Marsh nel periodo 2004-2014 sia pari alla cifra di **1,4 miliardi di euro**".

Ma il Report evidenzia come "se questa cifra è da capogiro, non è meno impegnativo il costo medio di 90.000 euro all'anno per sinistro, in aumento del 13% dall'inizio del periodo considerato".

Andando a considerare solo gli importi liquidati, il focus Marsh "registra un incremento continuo del costo medio per anno di chiusura dall'inizio del periodo considerato, ma fra questi i risarcimenti per errori da parto si confermano come i più elevati in assoluto in termini di importo liquidato medio, con un caso che ha toccato oltre 4 milioni di euro.

Gli errori da parto costituiscono, infatti, quasi il 20% dei top claim, ovvero i sinistri in cui il costo di denuncia è uguale o superiore ai 500.000 euro. Il medesimo trend in aumento si riscontra nell'andamento degli importi riservati medi per anno di denuncia, che rilevano un aumento di circa il 20% dal 2013 al 2014".

Per quanto riguarda la **frequen-**

Costituiscono infatti quasi il 20% dei top claim, ovvero i sinistri in cui il costo di denuncia uguale o superiore ai 500.000 euro.

In generale però il numero dei sinistri è in calo, mentre aumenta il costo medio che arriva a 90mila euro. L'Ortopedia resta la specialità che subisce più richieste di risarcimento danni. Ostetricia e ginecologia al quarto posto



za annua dei sinistri essa "è di 30 per ogni singola struttura nel 2014, in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente (35), una cifra che fa registrare un tasso di rischio di 7 sinistri ogni 100 medici, di 3 ogni 100 infermieri e di 1 ogni 1000 ricoveri, per valori assicurativi che superano i 6.000 euro per medico e si attestano sui 2.400

euro per infermiere". La **classifica degli errori** "vede anche quest'anno gli errori chirurgici al primo posto (31,64%), seguiti da errori diagnostici (16%) e terapeutici (10%). Dopo le cadute accidentali all'8%, troviamo una preva-

lenza di infezioni (3,59%) ed errori da parto/cesareo (3,16%). Andando ad analizzare l'incidenza dei sei errori che impattano maggiormente nel periodo di tempo analizzato, la percentuale degli errori chirurgici negli ultimi anni sta diminuendo, anche come conseguenza del miglioramento delle tecniche chirurgiche, mentre la percentuale degli errori da parto sta aumentando".

"Si confermano - fa notare il rapporto - come nelle precedenti edizioni, **tempi molto lunghi per le denunce dei sinistri**, basti pensare che meno dell'80% delle richieste di risarcimento danni per le infezioni e per gli errori da parto è denunciato entro i primi 4 anni. Solo gli errori diagnostici vengono denunciati molto rapidamente ed entro il primo anno raggiungono il 50%, per superare la quota di 80% entro i tre anni. E' però interessante rilevare che sono ancora numerosi i casi in cui il sinistro viene denunciato in prossimità dei termini di prescrizione: ciò significa che non è possibile ritenere completato il manifestarsi di un'intera generazione di sinistri neppure a distanza di

► **Segue a pagina 30**

Secondo il rapporto gli errori più diffusi in Ostetricia e Ginecologia sono quelli chirurgici (come un errato intervento di chirurgia all'ovaio), al secondo posto gli errori da parto/cesareo (ad esempio la morte di un neonato a seguito di parto)

► Segue da pagina 9

“Errori da parto tra i sinistri più costosi”

10 anni dall'erogazione delle prestazioni”.

“Le specialità cliniche – si legge – che subiscono la maggiore frequenza di richieste di risarcimento danni sono **Ortopedia e Traumatologia** (13%), seguita da **Chirurgia Generale** (12%), **DEA/Pronto Soccorso** (12%), **Ostetricia e Ginecologia** (8%) e le parti comuni/la struttura con quasi il 7%. Da un esame complessivo di tutte le tipologie di eventi all'interno delle Unità Operative si può riscontrare che in Ortopedia l'errore più diffuso è quello chirurgico (ad esempio lesione dopo un intervento di protesi all'anca), seguito da quello diagnostico; in Chirurgia Generale si riscontra una prevalenza di errori chirurgici e di infezioni; in DEA/Pronto Soccorso gli errori più frequenti sono quelli diagnostici (ad es. fratture non diagnosticate) e quelli terapeutici (ad esempio errato trattamento prescritto per l'ipertensione), seguiti dalle cadute accidentali; in Ostetricia e Ginecologia invece si rileva una maggioranza di errori chirurgici (come un errato intervento di chirurgia all'ovaio), mentre al secondo posto si trova-

no gli errori da parto/cesareo (ad esempio la morte di un neonato a seguito di parto); nelle parti comuni della struttura si possono riscontrare soprattutto cadute accidentali, ma anche infortuni ad operatori”.

Se poi si analizzano gli **errori per tipologia di ospedale**, i risultati “mostrano che gli ospedali ortopedici presentano il più alto livello di rischio con oltre 45 sinistri per anno, seguono gli ospedali universitari, le strutture di primo livello, quelle di secondo livello e infine quelle materno-infantili”.

La **tipologia di procedimento più frequente è quella stragiudiziale** (72,3%), “a conferma di trend di un crescita del ricorso al procedimento stragiudiziale che non si è mai arrestato nel corso degli anni presi in esame dal report. Se il maggiore ricorso al procedimento stragiudiziale può aiutare ad abbreviare i tempi di chiusura dei sinistri - il 68,3% di questi viene chiuso entro il secondo anno -, occorre comunque aspettare in media otto anni per la chiusura della totalità dei sinistri aperti in un dato anno”. **Y**

Il saluto dell'Aogoi al Professor Achille Ianniruberto

Il Professor Achille Ianniruberto nasce a Terlizzi il 17 luglio 1932. Studia a Napoli dove si laurea in Medicina e Chirurgia nel 1957, conseguendo successivamente la Specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia. Frequenta contemporaneamente la sezione scientifica della Fondazione Senatore Pascale – Istituto dei Tumori di Napoli con compiti di ricerca scientifica.

Trasferitosi negli Usa viene assunto nel 1966 come Assistente Ostetrico Ginecologo presso il Misericordia e Fordham Hospital di New York, emanazione della Facoltà di Medicina dell'Università “New York Medical College”. Nel 1970 è già Chief del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia e della annessa Scuola di Specializzazione sempre presso il Fordham Hospital.

Sarà Clinical Instructor del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia presso la A. Einstein College of Medicine of Yeshiva University of New York.

Nel 1971 consegue la libera docenza in Ostetricia e Ginecologia presso l'Università di Roma.

Ritornato in Italia, ricoprirà il ruolo di Primario della Divisione di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale “M. Sarcone” di Terlizzi fino al pensionamento avvenuto nel 1998.

Durante la permanenza negli Stati Uniti colleziona un gran numero di Diplomi di Perfezionamento ed Attestati di Merito. L'Am-

Il ricordo di un grande maestro, classe 1932, che si è spento in questi giorni: un'eccellenza nel campo della Ginecologia e Ostetricia e della Ecografia Ostetrica e Ginecologica. Qui ricordiamo il suo prestigioso curriculum e il grande amore per il suo lavoro. Fino all'ultimo, con scrupolo e passione immutati, ha curato la sua ultima opera che presto sarà data alle stampe

erican Medical Association gli conferisce nel 1970 e nel 1971 il prestigioso Attestato di Eccellenza nella Professione Medica.

Viene, inoltre, nominato **Membro a Vita della World Medical Association**.

In Italia verrà eletto nel 1977 **Presidente Nazionale della sezione di**



Due immagini del Prof. Achille Ianniruberto con il premio F.I.G.O. a Montreal nel 1994 e mentre riceve l'ultimo premio “Luigi Coppola” a Gallipoli nel 2015



Ecografia Ostetrica e Ginecologica della SISUM che contribuì a fondare. Successivamente sarà **Vice Presidente della SIEOG** dal 1981 al 1984.

Alcuni anni dopo gli sarà conferito il titolo di **Presidente onorario** della stessa Società.

Sarà **Co-direttore** dei corsi di Perfezionamento in Diagnostica Ultrasonografica in Ostetricia e Ginecologia presso l'**Università degli Studi di Chieti** e Professore a contratto del Corso integrativo di Ecografia Ostetrica e Ginecologica dell'**Università degli Studi di Bari**. È stato **autore di oltre 400 lavori scientifici** pubblicati su riviste italiane ed estere.

Ha pubblicato come autore o co-autore 20 testi scientifici e testatlante riguardanti la diagnostica prenatale.

In questi giorni, con scrupolo e passione immutati, ha curato la sua ultima opera che presto sarà data alle stampe.

► Segue da pagina 7

LA FOTO DELL'ISTAT La salute delle donne. Vivono di più ma si ammalano di più degli uomini

con la graduatoria generale della mortalità del 2012 si trova che al terzo posto ci sono gli altri stati morbosi con un quoziente di 82,7 per 100 mila abitanti.

Anche per queste cause il comportamento cambia a seconda del genere e il quoziente è il terzo più elevato per le donne (91,5 per 100 mila) mentre è il quarto per gli uomini (73,2). Il terzo posto per gli uomini è occupato dalle malattie del sistema respiratorio con un quoziente pari a 81,9 per 100 mila abitanti, mentre per le donne il tasso per queste cause è di 64,6, quinta posizione in graduatoria. **Altro gruppo di cause con i quozienti tra i più elevati è**

quello dei disturbi psichici e malattie del sistema nervoso che per le donne da una mortalità pari a 85,8 per 100 mila abitanti e per gli uomini 55,5. Il quoziente per le cause di morte violenta, nel 2012, per gli uomini è pari a 47,8 per 100 mila, circa il 50 per cento più elevato di quello delle donne (32,5 per 100 mila).

Lo stato di salute percepito. La percentuale di persone che dichiarano di godere di un buono stato di salute è più elevata tra gli uomini (73,4 per cento) che tra le donne (66,5 per cento). All'aumentare dell'età decresce la prevalenza di persone che danno un giudizio positivo sul proprio stato di salute: scende al 40,2 per cento tra le persone anziane di 65-74 anni e raggiunge il 24,8 per cento tra gli ultra settantacinquenni.

A parità di età, già a partire dai 45 anni emergono nette le differenze di genere a svantaggio delle donne: nella fascia di età 45-54 anni il 72,5 per cento degli uomini si considera in buona salute contro il 68,6 per cento delle coetanee; le differenze maggiori si hanno tra i 65-74 anni (44,3 per cento contro il 36,6 per

cento) e i 75 anni e oltre (29,6 per cento contro il 21,6 per cento). A livello territoriale la quota di persone che si dichiara in buona salute è più elevata nel Nord-est (72,3 per cento), mentre meno al Sud e nelle Isole (rispettivamente 68,7 per cento e 68,5 per cento). Tra le regioni italiane le situazioni migliori rispetto alla media nazionale si rilevano soprattutto a Bolzano (85,8 per cento), a Trento (78,8 per cento) e in Valle d'Aosta (72,4 per cento), mentre quella peggiore si ha in Calabria (60,8 per cento) e in Sardegna (64,7 per cento).

Malattie croniche. Il 38,3 per cento dei residenti in Italia ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate (scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche). Il dato risulta stabile rispetto al 2014. Le patologie cronico-degenerative sono più frequenti nelle fasce di età più adulte: già nella classe 55-59 anni ne soffre il 51,5 per cento e tra le persone ultra settantacinquenni la quota raggiunge l'85,2 per cento.

Come per la salute, lo svantaggio del sesso

femminile emerge anche dall'analisi dei dati relativi alla quota di popolazione che soffre di almeno una malattia cronica. Sono, infatti, le donne ad esserne più frequentemente colpite, in particolare dopo i 55 anni. Il 19,8 per cento della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche, con differenze di genere molto marcate a partire dai 45 anni.

Tra gli ultra settantacinquenni la comorbilità si attesta al 65,4 per cento (57,3 per cento tra gli uomini e 70,9 per cento tra le donne). Rispetto al 2014 diminuisce la quota di chi dichiara due o più patologie croniche nella fascia di età 45-54 anni (-2,8 punti percentuali). Nel 2015 le persone che, pur dichiarando di essere affette da almeno una patologia cronica, si percepiscono in buona salute sono pari al 42,3 per cento. Le malattie o condizioni croniche più diffuse sono: l'ipertensione (17,1 per cento), l'artrosi/artrite (15,6 per cento), le malattie allergiche (10,1 per cento), l'osteoporosi (7,3 per cento), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (5,6

per cento), il diabete (5,4 per cento).

Ad eccezione delle malattie allergiche, tutte le altre malattie croniche riferite aumentano con l'età e con nette differenze di genere, in linea di massima a svantaggio delle donne. Lo svantaggio femminile nelle età più anziane si rovescia solo per bronchite cronica e malattie del cuore. In particolare gli uomini di 75 anni e più sono più colpiti da bronchite cronica (19,4 per cento) rispetto alle loro coetanee (16,0 per cento) e da malattie del cuore (18,2 per cento contro il 14,1 per cento).

Uso dei farmaci. Il 41,0 per cento della popolazione ha fatto uso di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista dell'Istat. Le donne più degli uomini hanno dichiarato di aver assunto farmaci nel periodo considerato (45,0 per cento contro 36,8 per cento). Le quote di consumatori aumentano all'avanzare dell'età: per entrambi i sessi si raggiunge la metà della popolazione già dai 55 anni fino a raggiungere l'89,1 per cento tra le donne ultra settantacinquenni e l'86,7 per cento tra gli uomini della stessa fascia d'età.