



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



**Il commento****Perché la Sanità campana ora merita una rivoluzione****Paolo Mainiero**

**U**n errore è troppo, figuriamoci cinque. E quando la gomma da cancellare si consuma prima della matita vuol dire che si sta esagerando. Se poi l'errore avviene in sala operatoria è meglio fermarsi e chiudere. Adesso basta.

**Perché la Sanità campana ora merita una rivoluzione****Paolo Mainiero**

I fatti sono noti e sono fatti che gettano altro disdoro sulla sanità campana. Tomaso Stara ha 86 anni, è un professore in pensione. Due giorni fa arriva al pronto soccorso dell'ospedale di Boscotrecase per la frattura del femore sinistro. L'anziano entra in sala operatoria per l'intervento chirurgico ma l'equipe medica sbaglia e opera il femore destro. Domanda: ma cosa operano? Quando aprono nessuno si accorge che quel femore è sano? Fatto sta che la figlia, incredula, denuncia l'errore e per la seconda volta in poche ore il professore finisce sotto i ferri. Ieri la direzione generale dell'Asl Napoli 3, che si era già scusata pubblicamente, ha sospeso l'equipe coinvolta (un ortopedico, un chirurgo, un ane-

stesista, un tecnico radiologo, tre infermieri).

Vanno bene le scuse (il minimo) e va bene la sospensione (il minimo, anche questo). Ma non può finire così. In un Paese normale chi sbaglia paga e l'auspicio del signor Tomaso e di tutti i cittadini è che la giustizia faccia il suo corso fino in fondo e possibilmente in tempi anche brevi. Ma un'altra domanda è lecita: in mano a chi sta la salute dei campani? Il caso di Tomaso è solo l'ultimo di una lunga serie di episodi di malasanità che rendono, e consentiteci la franchezza, l'ospedale di Boscotrecase un presidio totalmente inaffidabile. Lo dicono i fatti, anzi le tragedie perché ad Antonia, Tommasina, Eleonora, a Maria e alla sua piccola Francesca è andata anche peggio: in quello spettro al-

la falde del Vesuvio inaugurato dopo trent'anni di lavori ci hanno rimesso la vita. E in qualche caso, in un folle tentativo di farla franca, si è pure cercato di insabbiare le prove alterando le cartelle cliniche (nel decesso della neonata Antonia o della giovane Tommasina, addirittura operata a morte avvenuta per eliminare le tracce).

Eppure l'ospedale di Boscotrecase dovrebbe essere l'ospedale di riferimento dell'area vesuviana. Il piano ospedaliero del 2009 (quello che Caldoro, eletto un anno dopo presidente della Regione, si era ritrovato tra le mani e si era rifiutato di sottoscrivere) prevedeva il ridimensionamento di alcuni ospedali (Torre del Greco e Pollena Trocchia) e l'apertura di un'unica struttura, più moderna e attrezzata, un presidio di riferimento dotato di pronto soccorso, anche ortopedico. Il Sant'Anna di Boscotrecase, appunto, dove se vai per curarti la gamba sinistra ti operano la destra. Ma l'ospedale di Boscotrecase è la punta dell'iceberg di un sistema sanitario ancora pieno di falle. Sarà anche vero che la classifica dei Lea (i livelli essenziali di assistenza) dice che la Campania ha recuperato posizioni e sarà anche vero che dopo anni di deficit si è chiuso il bilancio 2014 con un avanzo di 229 milioni, tuttavia la sanità, anzi il diritto alla salute continua a vivere in un campo minato. In molti ospedali mancano anche i fili di sutura (si è passati da un eccesso a un altro: se ne acquistavano troppi e si sprecavano, oggi ci sono medici che devono portarseli da casa); dopo decenni ancora si discute se i policlinici debbano rientrare o meno nella rete dell'emergenza; si persegue la logica, abbandonata in tutta Europa, dell'ospedale sotto casa con i sindaci in fascia tricolore a capeggiare le rivolte; abbiamo la più alta percentuale di morte per ictus (188 casi su 100mila abitanti) ma Napoli non ha una Stroke unit e in tutta la Campania ve sono appena tre (Benevento, Salerno, Caserta).

Ora il nuovo piano ospedaliero, elaborato da Caldoro e all'approvazione del ministero della Salute, indica una organizzazione diversa e apre ospedali chiusi cinque anni fa. Siamo alla tela di Penelope, si cuce e si scuce, chi governa disegna e ritaglia la propria sanità. Forse (anzi, togliamo il forse) sarebbe il caso che quando si parla di salute si mettessero da parte le casacche politiche e si ragionasse non secondo una visione di parte ma unendo le forze sane. Sarebbe il modo migliore per ricordare Antonia, Tommasina, Eleonora, Maria e Francesca.



L'Agenas ha sottolineato il ruolo determinante dei contributi dell'utenza ai fini del pareggio dei conti. Il tutto a danno della qualità dell'assistenza

La Campania ha raggiunto il miglior risultato economico d'Italia sui bilanci sanitari attraverso l'aumento dei costi e il taglio dei servizi

## I debiti pagati con la salute dei cittadini

Carla: "Sono stata ricoverata e mi è stato chiesto di portare l'ovatta, in ospedale non c'era"

di **Ciro Crescentini**

**NAPOLI** - I tagli e le politiche all'insegna dell'austerità attuati nel settore della sanità campana dalla giunta regionale hanno prodotto un risultato significativo. La nostra regione ha raggiunto il miglior risultato di gestione a livello nazionale con un attivo di bilancio di oltre 227 milioni di euro. E' quanto emerge da un report prodotto dall'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari). Un 'attivo contabile' che ha prodotto effetti devastanti sui cittadini e che ha compromesso il diritto alla salute. Un risultato positivo ed esaltante per i tecnocrati regionali che hanno praticato una politica 'lacrime e sangue' producendo costi sociali pesantissimi. In molte strutture sanitarie della Campania, mancano i farmaci, le protesi, le garze, persino gli aghi. I pazienti attendono per ore in barella nei corridoi dei Pronto soccorso prima di essere smistati nei reparti di cura. Altri, con ricoveri già prenotati, vengono dirottati in altre strutture sanitarie, a causa delle difficoltà gestionali per la carenza di personale medico e infermieristico: sono solo alcuni degli effetti dirompenti della cosiddetta 'spending review'. Le aziende ospedaliere e le Asl sono state costrette a tagliare del 5% i contratti di fornitura che riguardano i servizi di lavanderia, le mense, i pasti, i dispositivi medici di alto valore tecnologico per operare. Nell'ospedale Cardarelli mancano i guanti per l'incisione della tiroide, scarseggiano i medicinali, i ferri necessari per gli interventi chirurgici di obesi e per le protesi. Al San Giovanni Bosco, spesso mancano le garze che costringono i vertici aziendali a bloccare gli interventi chirurgici ordinari. Un disagio dovuto ai ritardi nell'espletamento delle gare d'acquisto. Al Civile di Caserta riscontrata la carenza di cateteri e protesi. Al Pellegrini vecchio e al San Paolo denunciata da alcuni lavoratori della struttura la carenza di aghi. Emergono anche tagli e ridimensionamenti nella fornitura della biancheria. In molte strutture sanitarie

vengono distribuiti meno teli per lavare i pazienti. Registrate inefficienze anche nei reparti di Chirurgia. Scarseggiano filo di sutura, bisturi e aghi per biopsia. Rilevata la mancanza di reattivi nei laboratori di analisi e di valvole cardiache. Gli uffici sono scarsamente funzionali. Le stampanti per il rilascio dei referti medici da tempo non vengono riparate o sostituite. Molti ricoverati sono costretti a portarsi i farmaci da casa. In molti ospedali riscontrate scorte limitate soprattutto di antibiotici (amoxicillina, linezolid), medicinali per malattie cardiovascolari (labetalolo) e persino per il cancro (cisplatino, metotrexato, oxaliplatino). Scene drammatiche nei reparti. Negli ospedali campani i posti letto vengono aggiunti, in caso di necessità, nei corridoi e nelle stanze. Ricoverati abbandonati nei corridoi in barella, nella migliore delle ipotesi. A Napoli e a Caserta va particolarmente male: non ci sono nemmeno più barelle da 'riciclare'. Le direzioni aziendali ospedaliere, in caso di ricovero urgente, in caso di negatività della ricerca di posti letto sul territorio e in assenza di letti di degenza e di barelle disponibili nel presidio, hanno autorizzato il ricovero dei pazienti direttamente in Pronto soccorso e l'utilizzo dei materassi sanificati anche senza letto. "Certo, le fatiscenti sono all'ordine del giorno - evidenzia **Carla Velotti**, pensionata campana - *In una struttura ospedaliere insieme ai miei familiari siamo stati costretti ad acquistare l'ovatta gigante per lavarci, a conservare le bottigliette di plastica in modo che l'infermiera le usasse per lavarci*". Le istituzioni regionali continuano a rimanere indifferenti. Muri di gomma. Muri di gomma sui quali si infrangono ragionamenti di ogni sorta e denunce di qualsiasi entità. Un muro di gomma che fa sì che le liste d'attesa per i ricoveri o le visite specialistiche siano aleatorie, i ricoveri impropri nel Pronto soccorso sono ormai definiti scelte 'normali', mentre

si moltiplicano le ricche convenzioni e consulenze in favore delle strutture private. La sanità pubblica in Campania, al di là dell'attivo di bilancio, è capitolata, è diventata poco concorrenziale rispetto alle strutture private. L'introduzione dei ticket sulle ricette e servizi ha reso il servizio pubblico più costoso, consegnando nelle mani dei privati le attività di specialistica ambulatoriale. Per esempio, un assistito che intende utilizzare un ambulatorio pubblico è costretto a sborsare un ticket di 10 euro per ogni ricetta, una sorta di 'biglietto d'ingresso'. Una volta pagata la quota fissa, il paziente deve anche pagare il ticket sui servizi fruiti, in base al numero degli stessi. Una ricetta con otto esami del sangue, ciascuno con tariffa pari a 2 euro, comporta un esborso nel settore pubblico di 26 euro (16 euro per le otto prestazioni e 10 euro per la quota fissa). Nel privato si può riuscire a cavarsela anche con 16 euro. Insomma, basta non utilizzare la ricetta e non si è tenuti a pagare la quota fissa. Ma i conti sono in ordine

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giovedì 02 LUGLIO 2015

## Manovra sanità. Le Regioni pongono le condizioni per il sì all'Intesa: "I tagli devono valere solo per il 2015". Possibile rinvio a settembre della farmaceutica

***La Conferenza dei Presidenti raggiunge l'accordo sulla [proposta di intesa per i tagli alla sanità](#). Ma ci sono tre condizioni: la prima è di limitare la manovra al 2015, e poi quella di rivedere il Patto per la Salute e i meccanismi dei tetti e del Pay back della spesa farmaceutica. Se il Governo dirà sì, l'Intesa sarà siglata oggi pomeriggio in Conferenza Stato Regioni. Ma il Veneto, per il momento, resta contrario.***

Fumata bianca, almeno per le Regioni e con alcune condizioni. L'intesa che sancisce la riduzione di 2,352 miliardi di euro del fondo sanitario a decorrere dal 2015 ha ricevuto il via libera dai Governatori che si presenteranno nel pomeriggio al tavolo della Conferenza Stato Regioni con tre richieste: che i circa 113 mld del Fsn 2016 non siano messi in discussione, che venga rivisitato il Patto per la Salute ed anche le regole e i meccanismi dei tetti e del Pay back della spesa farmaceutica.

Tant'è, che come ha annunciato il presidente Chiamparino, sulla farmaceutica si aprirà un tavolo ad hoc con l'impegno di ridiscutere entro il 30 settembre tutto il sistema di finanziamento e rimborso della farmaceutica territoriale e ospedaliera, e arrivare a un'Intesa tra Stato e Regioni entro il 15 ottobre.

Scatta quindi il conto alla rovescia per "alleggerire" in sei mesi – tanto il tempo rimasto dopo i continui rinvii – beni e servizi, dispositivi medici, specialistica, riabilitazione, cliniche private e personale. Una manovra alla quale il Veneto, nonostante alcuni anticipazioni, continua a ribadire il suo no, per questo non si presenterà al tavolo della Conferenza Stato Regioni.

"Abbiamo introdotto due elementi – ha detto il presidente **Sergio Chiamparino** – la conferma che i fondi per il 2016 saranno 113 mld e un impegno a attuare una verifica sul Patto per la salute e a procedere a una sua eventuale revisione".

Modifiche alle quali si aggiunge anche la richiesta di rivedere il governo della spesa farmaceutica. "Abbiamo rinviato la discussione a un tavolo che si concluderà entro il 30 settembre – ha aggiunto – anche se formalmente si farà riferimento ai meccanismi specifici del pay back, l'impegno è ridiscutere tutto il sistema di finanziamento e di rimborso della farmaceutica territoriale e ospedaliera con l'obiettivo di arrivare ad un'intesa sulla materia entro il 15 ottobre prossimo". "Il punto politicamente rilevante e sensibile – ha poi aggiunto – è che quest'anno abbiamo fatto buon viso a cattivo gioco, abbiamo accettato questo sacrificio per la sanità però ponendo come condizione che per il 2016 venga mantenuto, nel modo più assoluto, l'impegno di portare il fondo a circa 113 mld previsto nel piano pluriennale, per questo lo abbiamo voluto inserire nell'Intesa. Su questo siamo intransigenti altrimenti non riusciamo a dare risposte al cittadino a partire proprio dai farmaci innovativi. Mi auguro anche su questo l'Aifa, opportunamente rinnovata nei suoi componenti, sia in grado di contribuire ulteriormente a ridefinire l'equilibrio".

Chiamparino è poi intervenuto sulle dimissioni che ha formalizzato nella Conferenza di oggi: "Si è trattato di un atto dovuto, anche perché non è stato rieletto il vicepresidente – ha spiegato – ma tuttavia trovo giusta una ridefinizione dei ruoli di vertice a fronte del cambiamento degli equilibri post-elezioni, che hanno riguardato non tanto la presenza dei partiti ma scelte a livello territoriale. Entro il 30 luglio vorremmo avere una proposta sul ruolo della presidenza, sulle scelte riguardanti la vicepresidenza e la responsabilità delle commissioni, queste ultime ferme a quando la geografia politica non era quella attuale".

Mercoledì 01 LUGLIO 2015

## ***Anteprima.*** Ecco il nuovo testo della manovra sanità. Confermati tagli per 2,352 miliardi per il triennio 2015/2017. Domani alla Stato Regioni

***Toccati beni e servizi, dispositivi medici, specialistica e riabilitazione, primariati, case di cura private, farmaci e investimenti. Confermata anche la revisione del prontuario e la riduzione dei prezzi dei biotecnologici a brevetto scaduto per un risparmio annuo di 500 milioni. Ma questa parte della manovra è “fuori” dal taglio dei 2,352 miliardi oggetto dell’intesa Stato Regioni all’ordine del giorno della seduta di domani. [IL TESTO DELLA NUOVA PROPOSTA D’INTESA](#)***

E’ pronto il nuovo testo dell’intesa Stato Regioni per la riduzione di 2,352 miliardi di euro del fondo sanitario a decorrere dal 2015. Il nuovo testo è all’ordine del giorno della seduta di domani della Stato Regioni anche se alcuni rumors paventano un possibile slittamento dell’intesa alla prossima settimana in sede di Conferenza Unificata.

Le voci toccate dalla manovra, attesa a inizio anno, ma ormai da applicare, almeno per quest’anno, in soli sei mesi visti i continui slittamenti, sono beni e servizi (788 milioni), dispositivi medici (550 milioni), specialistica (106 milioni), riabilitazione (89 milioni), riduzione ricoveri in case di cura private con meno di 40 letti (12 milioni), riduzione spese per primariati (68 milioni), riorganizzazione della rete assistenziale pubblica e privata (130 milioni), riduzione finanziamento farmaceutica (308 milioni) e riduzione investimenti in corso (300 milioni).

Resta il fatto che l’intesa lascia comunque libere le Regioni di trovare misure alternative ai tagli indicati, purché si rispetti l’ammontare complessivo previsto dall’intesa.

Alle misure contemplate ai fini del raggiungimento dei 2,352 miliardi di risparmi, vanno poi aggiunti ulteriori risparmi per 500 milioni l’anno derivanti dall’introduzione dei prezzi di riferimento per tutti farmaci con la revisione del prontuario già prevista dal Patto per la Salute e dalla rinegoziazione del prezzo dei biotecnologici con brevetto scaduto.

Questi 500 milioni di euro, che scatteranno appieno solo dal 2016 (salvo i risparmi eventualmente possibili se sarà rispettata la data del 30 settembre 2015 indicata come termine per l’Aifa per la revisione del prontuario) non è però chiaro se andranno ad aumentare di fatto il “taglio” alle risorse per il Ssn o se saranno invece risparmi da reinvestire come previsto dal Patto per la Salute.

SINTESI IMPATTO MANOVRA SANITARIA SU BASE ANNUA				
	dati in milioni di euro	2015	2016	2017
<b>Beni e servizi</b>		<b>1.338</b>	<b>1.587</b>	<b>1.717</b>
rinegoziazione dei contratti di acquisto dei beni e servizi		788	795	799
rinegoziazione dei contratti di acquisto dei dispositivi medici		550	792	918
<b>Farmaceutica</b>				
Revisione del prontuario (a partire dal 30 settembre 2015)				
Rinegoziazione prezzo farmaci biotecnologici con brevetto scaduto				
<b>Inappropriatezza</b>		<b>195</b>	<b>195</b>	<b>195</b>
Riduzione delle prestazioni inappropriate di specialistica ambulatoriale (*)		106	106	106
Riduzione dei ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriatezza		89	89	89
<b>Farmaceutica</b>		<b>308</b>	<b>308</b>	<b>308</b>
effetto automatico pay-back derivante dal mancato incremento del livello del finanziamento		308	308	308
<b>Regolamento ospedaliero</b>		<b>210</b>	<b>210</b>	<b>210</b>
Riduzione dei ricoveri delle strutture con meno di 40 posti letto		12	12	12
riduzione della spesa di personale a seguito della razionalizzazione della rete ospedaliera		68	68	68
Riorganizzazione della rete assistenziale di offerta pubblica e privata		130	130	130
<b>Investimenti finanziati con contributo in c/esercizio</b>		<b>300</b>		
<b>Totale</b>		<b>2.352</b>	<b>2.301</b>	<b>2.431</b>
manovra attesa		2.352	2.352	2.352
differenza		0	-51	79

## Ma ecco le misure nel dettaglio.

### Beni e servizi

Si prevede la rinegoziazione dei contratti di acquisto in essere, compresi i contratti di concessione di costruzione e gestione, per raggiungere uno sconto medio del 5% su base annua.

*Risparmio previsto: 788 milioni nel 2015, 795 nel 2016 e 799 nel 2017*

### Dispositivi medici

Per i dispositivi medici si prevede ugualmente la rinegoziazione dei contratti, ma non si indica una percentuale media di sconto fermo restando il tetto del 4,4%. Viene poi individuata la previsione di tetti di spesa regionali, fermo restando quello nazionale, da fissare coerentemente con la composizione pubblico privata dell'offerta, secondo modalità da definirsi nell'ambito di un tavolo tecnico Stato Regioni.

Viene poi previsto che le aziende produttrici di dispositivi medici dovranno concorrere, **fin dal 2015**, in proporzione all'incidenza del proprio fatturato sul totale della spesa, al ripiano dell'eventuale sfondamento del tetto programmato in misura del 40% per il 2015, del 45% nel 2016 e del 50% nel 2017.

Sempre in tema di dispositivi medici si valuta anche il possibile impatto (senza però quantificarlo) che deriverà dall'obbligatorietà per gli enti della P.A. di fatturazione elettronica in vigore dal 31 marzo 2015. Le fatture elettroniche consentiranno di rilevare il codice di repertorio, la quantità ed il prezzo dei dispositivi medici venduti agli enti del SSN.

E proprio per monitorare il flusso della fatturazione diventerà operativo presso il Ministero della Salute l'osservatorio prezzi dei dispositivi medici per il supporto ed il monitoraggio delle stazioni appaltanti, con il compito di controllare la coerenza dei prezzi a base d'asta rispetto ai prezzi di riferimento definiti da ANAC o ai prezzi unitari disponibili nel flusso consumi del Sistema informativo e statistico del Ssn.

*Risparmio previsto: 550 milioni nel 2015, 792 nel 2016 e 918 nel 2017*

### Appropriatezza. Prestazioni specialistiche inappropriate a carico del cittadino e penalizzazioni per medici che le prescrivono

E' un altro dei pilastri della manovra. Governo e Regioni sono convinti che si possa incidere su prestazioni specialistiche e riabilitative non necessarie ma prescritte ugualmente dai medici. Sarà un decreto ministeriale ad individuare, **entro 30 giorni dall'intesa**, le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazioni di **assistenza specialistica ambulatoriale ad alto rischio di inappropriatezza**.

Al di fuori delle condizioni di erogabilità le prestazioni saranno poste a totale carico dell'assistito. All'atto della prescrizione, il medico dovrà riportare al lato della prestazione prescritta l'indicazione della condizione di erogabilità o indicazione

prioritaria.

Saranno anche attivati controlli ad hoc e qualora risulti che un medico abbia prescritto una prestazione senza osservare le condizioni e le limitazioni citate, l'azienda sanitaria locale o l'azienda ospedaliera, dopo aver richiesto al medico stesso le ragioni della mancata osservanza, ove ritenga insoddisfacente le motivazioni addotte, adotterà i provvedimenti di competenza applicando nei confronti del medico dipendente del Ssn una riduzione del trattamento economico accessorio nel rispetto delle procedure previste dal contratto nazionale e nei confronti del medico convenzionato con il Ssn una riduzione della quota variabile mediante le procedure previste dall'accordo collettivo nazionale di riferimento.

Sanzioni anche per il direttore generale di Asl o ospedale che non abbia applicato le misure penalizzanti ai medici da valutare al momento della verifica dei risultati di gestione.

Su questo le Regioni avevano proposto misure più penalizzanti per i medici andando a incidere sul loro patrimonio, ma la misura non è stata accolta dal Governo come molte altre proposte regionali.

**In relazione a questi interventi le Regioni saranno poi tenute a ridefinire i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale assicurando un abbattimento medio dell'1% del valore dei contratti in essere.**

*Risparmio previsto: 106 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.*

#### **Riduzione dei ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriata**

Previsto un altro decreto ministeriale, **sempre entro 30 giorni dall'intesa**, che individuerà i criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, con riferimento alla correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, alla distanza temporale tra il ricovero e l'evento acuto e, nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto, alla tipologia di casistica potenzialmente inappropriata.

Per i ricoveri clinicamente inappropriati ordinari e diurni, verrebbe applicata una riduzione pari al 50% della tariffa fissata dalla Regione ovvero sarebbe applicata la tariffa media fissata dalla stessa Regione per i ricoveri di riabilitazione estensiva presso strutture riabilitative extraospedaliere. Per tutti i ricoveri oltre soglia clinicamente appropriati, la remunerazione tariffaria per i ricoveri ordinari e diurni, è ridotta del 60% per le giornate oltre-soglia.

*Risparmio previsto: 89 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.*

#### **Applicazione dei nuovi standard ospedalieri**

Dall'applicazione dei nuovi standard, e in particolare, dall'incremento previsto del tasso di occupazione dei posti letto, dalla riduzione della degenza media e del tasso di ospedalizzazione

*Risparmio previsto: 130 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.*

#### **Taglio case di cura con meno di 40 posti letto**

E' previsto l'azzeramento dei ricoveri in strutture convenzionate con meno di 40 posti letto (destinate alla chiusura in base ai nuovi standard fatta eccezione per le cliniche monospecialistiche).

*Risparmio previsto: 12 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.*

**Altri risparmi sono previsti sulla spesa per il personale**, a seguito della riduzione di strutture complesse e di strutture semplici conseguente al riordino della rete ospedaliera con la conseguente riduzione degli incarichi di struttura semplice e complessa, a cui, fanno notare i tecnici ministeriali e regionali, sono associate specifiche voci retributive che a normativa vigente confluirebbero nei fondi della contrattazione integrativa. Le risorse relative al trattamento accessorio liberate a seguito delle riorganizzazioni correlate al rispetto degli standard ospedalieri, non concorrerebbero inoltre all'ammontare complessivo dei fondi destinati annualmente al trattamento accessorio.

*Risparmio previsto: 68 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.*

Si prevede anche la riduzione progressiva del numero delle Centrali operative 118, sempre in seguito alla riorganizzazione della rete ospedaliera. M il risparmio derivante da tale riduzione non è stato ancora quantificato.

#### **Farmaceutica territoriale ed ospedaliera**

Si prevede l'**introduzione dei prezzi di riferimento nel prontuario farmaceutico**. In proposito è previsto che **entro il 30 settembre 2015** AIFA provveda alla ridefinizione straordinaria del prontuario farmaceutico nazionale prevedendo l'introduzione di prezzi di riferimento relativi al rimborso massimo da parte del SSN di medicinali terapeuticamente assimilabili, sia a brevetto scaduto che ancora coperti da brevetto.

Riforma della disciplina di definizione del **prezzo dei medicinali biotecnologici dopo la scadenza brevettuale**. All'Aifa

viene dato il potere di rinegoziare in ribasso con le aziende farmaceutiche il prezzo di un medicinale biotecnologico all'indomani della sua scadenza brevettuale o del certificato di protezione complementare, in assenza di una concomitante negoziazione del prezzo per un medicinale biosimilare o terapeuticamente assimilabile. Anche in questo caso non è calcolato il risparmio atteso da questa misura ai fini del raggiungimento dell'intesa.

Introduzione di disciplina della revisione dei prezzi di medicinali soggetti a procedure di rimborsabilità condizionata (**payment-by-result, risk-cost-sharing, success fee**). Sempre all'Aifa il potere di rinegoziare con le aziende farmaceutiche in riduzione il prezzo di un medicinale soggetto a rimborsabilità condizionata dopo almeno due anni di commercializzazione, quando i benefici rilevati nell'ambito dei Registri di monitoraggio AIFA siano inferiori rispetto a quelli attesi e certificati. Al momento non è stato però quantificato l'ammontare del possibile risparmio di tale misura.

**Governo e Regioni che il complesso delle suddette misure debba comportare un risparmio annuo di almeno 500 milioni di euro.**

**Riduzione del livello di finanziamento e impatto sui livelli di spesa farmaceutica programmati.** In conseguenza dell'abbassamento del fondo sanitario 2015 di 2,352 miliardi è stato infine calcolato l'impatto di tale riduzione sull'ammontare delle risorse destinate alla farmaceutica territoriale ed ospedaliera.

Fermi restando i vigenti tetti della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera (pari rispettivamente all'11,35% e al 3,5%), **i livelli di spesa programmati diminuiranno di circa 308 milioni di euro.**

**Arrivano i tetti "regionali" per la territoriale e dell'ospedaliera.** Anche per i tetti della farmaceutica la proposta di intesa prevede, analogamente a quanto previsto per i dispositivi medici, l'individuazione di tetti regionali che sarà affidata a un tavolo tecnico Stato Regioni, fermi restando gli attuali tetti nazionali.

**Sfondo fondo per l'innovazione farmaceutica rientra nel tetto della territoriale.** Passa in parte la proposta delle Regioni di considerare ai fini del ripiano della spesa farmaceutica territoriale anche il costo per i farmaci innovativi. Nella nuova proposta di intesa viene infatti previsto che la spesa eccedente l'importo finanziato con il fondo per l'innovazione, istituito dalla legge di stabilità, concorre al raggiungimento del tetto di spesa della farmaceutica territoriale. Come è noto il fondo per l'innovazione ammonta per il 2015 a 500 milioni di euro. Ricordiamo inoltre che le aziende il cui fatturato per la produzione di un farmaco innovativo sfora i 300 mln sono già oggi tenute a un pay back del 20% dell'eventuale sfondamento del Fondo.

#### **Risparmi sugli investimenti già programmati**

Rispetto all'ultimo testo si stabilisce che le Regioni si impegnano, con riferimento ai cespiti acquisiti con contributi in conto esercizio a rivedere la programmazione degli investimenti già programmati per il 2015 e non ancora effettuati **al fine di assicurare economie non inferiori a 300 mln di euro nel rispetto dei Lea**. Per questo la Conferenza delle regioni dovrà darne informazione al tavolo di verifica degli adempimenti entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'intesa.

#### **Rideterminazione del fondo sanitario 2015/2016 e 2017 e possibilità per le Regioni di adottare misure di risparmio alternative**

L'intesa prende poi atto della riduzione, a decorrere dal 2015 (e calcolata fino al 2017), di 2,352 miliardi del fondo sanitario, prevedono anche la possibilità che le Regioni possano raggiungere gli obiettivi di risparmio con misure alternative a quelle contemplate dall'intesa.

#### **Nuove misure per la governance del sistema sanitario**

In aggiunta a queste misure, Governo e Regioni convengono sulla necessità di introdurre anche nuove misure di governance per garantire maggiore efficienza al sistema sanitario da considerare nell'ambito del lavoro di spending review in atto da parte del Governo.

#### **In particolare:**

- 1) riorganizzazione e ripensamento del sistema aziendale pubblico in una logica di valutazione e miglioramento della produttività, intesa quale rapporto tra il valore prodotto (in termini quantitativi e economici) ed i fattori produttivi utilizzati (in termini quantitativi e economici);
- 2) individuazione e utilizzo di indicatori standard relativi alla gestione degli immobili, strumentali e non, delle aziende sanitarie pubbliche;
- 3) valutazione e valorizzazione delle esperienze ed iniziative in ambito di servizi sovra-aziendali, allo scopo di diffondere rapidamente ed efficacemente le migliori pratiche;
- 4) valutazione della possibilità di realizzazione di un centro di competenza nazionale in materia di stesura dei capitolati per l'acquisizione di beni e servizi:

#### **Medicina difensiva**

Governo e Regioni sembrerebbero infine decise a dare una spinta decisiva all'introduzione di modifiche normative sulla responsabilità civile e penale dei professionisti della salute, in modo da favorire l'appropriatezza prescrittiva e limitare gli effetti della medicina difensiva. Come si sa al momento sul tema esistono già diversi ddl all'esame della Camera ma si è ancora in attesa della definizione di un testo unico.

**Contributi.** Verifiche in tempo reale per Inail, Inps e Casse edili

# Da oggi il Durc online con accesso limitato e senza silenzio assenso

## Correzione delle scoperture entro 30 giorni

**Antonino Cannioto  
Giuseppe Maccarone**

Da oggi il **Durc online** (Dol). Se tutto va come previsto, i portali Inps e Inail si arricchiscono della nuova funzione che permetterà a molti soggetti di verificare, in tempo reale, la posizione debitoria di un'azienda o di un lavoratore autonomo nei riguardi dell'**Inps**, dell'**Inail**, delle **Casse edili** e di ottenere la relativa certificazione. Si tratta dell'evoluzione del Durc telematico, oggi ottenuto tramite l'applicativo [www.sportellounicoprevidenziale.it](http://www.sportellounicoprevidenziale.it).

Tra le novità, un aspetto a cui si dovrà prestare attenzione è costituito dal fatto che la regolamentazione del nuovo Dol non prevede l'operatività del silenzio assenso, disciplinato dalle disposizioni che regolano il rilascio del Durc tramite lo Sportello unico previdenziale. È questo un aspetto di rilevante interesse; infatti, se allo scadere dei 30 giorni dalla prima richiesta di Dol non verrà inserito nel sistema alcun esito, partendo dal presupposto che sussistono cause di tipo tecnico che lo hanno impedito, la prima richiesta nonché quelle successive (se accodate) saranno annullate. Di tale annullamento verrà data notizia al soggetto richiedente tramite Pec.

Questo, e molto altro ancora, quanto precisato Inps e Inail nelle circolari (rispettivamente 126/15 e 61/15) con cui i due enti hanno diffuso la regolamentazione amministrativa del nuovo servizio online.

Per garantire il successo della nuova procedura ed evitare di incorrere nell'annullamento delle richieste, cosa che lascerebbe i richiedenti privi della necessaria verifica, l'Inps ha identificato un

percorso a cui gli Uffici dovranno attenersi. Resta confermato che in caso di inadempienza, l'ente deve trasmettere - tramite Pec - al debitore o al consulente del lavoro che l'assiste, l'invito a regolarizzare, con indicazione analitica delle cause che hanno generato l'irregolarità. Il diretto interessato (debitore) è chiamato a regolarizzare entro 15 giorni. Da rilevare che dalla data della richiesta di regolarizzazione, decorrono anche i 30 giorni entro cui l'intero procedimento deve concludersi. Sul punto il ministero del Lavoro ha chiarito (circolare 19/2015) che se la regolarizzazione avviene oltre i 15 giorni ma prima della definizione dell'esito della verifica, gli Istituti non potranno dichiarare l'irregolarità. In tale evenienza, infatti, la stessa non corrisponderebbe alla realtà poiché il debitore ha provveduto al pagamento. Al fine di ottimizzare l'intero processo e considerando il carattere perentorio dei 30 giorni, l'Inps afferma che la gestione dell'invito a regolarizzare, prodotto al momento dell'attivazione della verifica da parte della procedura di controllo automatizzato della regolarità, deve avvenire entro 72 ore (3 giorni) dalla richiesta da cui ha avuto origine l'invito stesso. In tale arco di tempo andrà verificata la correttezza delle esposizioni debitorie anche riguardo a eventuali situazioni di mancati aggiornamenti degli archivi che le hanno evidenziate, per consentire l'immediata informazione al richiedente della regolarità nei confronti dell'Inps. La maggiore preoccupazione degli addetti ai lavori risiede nell'eventuale ritardo nell'aggiornamento degli archivi: è difficile immaginare di

ottenere una consultazione online affidabile se le informazioni a cui si accede non sono costantemente allineate alla realtà.

La verifica della regolarità riguarda i pagamenti dovuti dall'impresa e scaduti fino all'ultimo giorno del secondo mese antecedente a quello in cui la verifica è effettuata, sempre che sia scaduto il termine di presentazione delle relative denunce. In ogni caso, non è considerato grave lo scostamento tra le somme dovute e quelle versate pari o inferiore a 150 euro (comprensivi di eventuali accessori e riferiti a ogni Istituto e a ciascuna Cassa edile) e l'impresa viene ritenuta regolare. Il documento di regolarità dura 120 giorni.

Un'ultima notazione sui legittimati ad agire. La circolare 19/15 del Lavoro afferma che in una prima fase di applicazione della nuova disciplina, i soggetti delegati (da imprese, lavoratori autonomi eccetera) restano esclusi, in attesa dell'adeguamento delle procedure. Fanno eccezione i consulenti del lavoro, immediatamente abilitati. Tuttavia, il Consiglio nazionale dell'Ordine professionale, rileva che la procedura va a regime in assenza di sperimentazione preventiva degli intermediari. Per la presidente Marina Calderone si deve annullare il rischio che una partenza frettolosa possa pesare sulle aziende. Per questo e altri motivi, i consulenti - con una lettera indirizzata al Presidente dell'Inps, Tito Boeri - chiedono di prorogare l'avvio della procedura "durc on line" al 30 settembre 2015, al fine di consentire ai professionisti e agli operatori dell'Istituto, tra l'altro, di definire tutte le posizioni pendenti.

---

**La procedura per accedere al Dol**

---

L'utente accreditato accede al portale Inps o Inail e seleziona il servizio "Durc On Line"

<b>SCELTE POSSIBILI</b>	
<b>Consultazione regolarità</b>	Tramite il codice fiscale del soggetto di cui deve verificare la regolarità contributiva si può, se è presente, visualizzare e prelevare un documento di regolarità in corso di validità; al contrario il sistema invita a presentare una richiesta di regolarità utilizzando l'apposita funzione
<b>Richiesta regolarità</b>	Si inserisce il codice fiscale da verificare e la Pec a cui comunicare l'esito (1). In presenza di un Csc edile, il portale richiama i servizi delle Casse edili. Se possibile, viene visualizzata la regolarità, altrimenti informa che è stata attivata una verifica. L'esito sarà comunicato con Pec
<b>Lista richieste</b>	Si può visualizzare il dettaglio o lo stato della verifica, che può essere: <ul style="list-style-type: none"><li>• regolare</li><li>• in verifica</li><li>• non regolare</li><li>• elaborazione in corso</li></ul>

Se l'esito è regolare si crea il Durc On Line in formato pdf. In caso di esito non regolare si forma un documento denominato «verifica di regolarità contributiva». L'utente riceve tramite PEC l'avviso che è disponibile l'esito della verifica della regolarità contributiva per il Codice Fiscale per il quale è stata effettuata la richiesta

(1) Le banche, gli intermediari finanziari e chiunque ne abbia interesse, in possesso di una apposita delega rilasciata dall'impresa o dal lavoratore autonomo, possono effettuare la richiesta di regolarità solo dal portale Inps

# Comunicare salute: perché il dottore deve conoscere le leve del marketing

## Pazienti in cerca di risposte online

**A** cosa serve un farmaco se il paziente non lo assume? Curare significa anche motivare i pazienti. La comunicazione è parte integrante della terapia.

Compliance e counselling si integrano con il behaviorismo per gestire la relazione tra sanitario e paziente, ma non solo. Sotto il profilo dialogico, la semantica, la maieutica e la dialettica, si integrano con la sociologia, la psicologia, il diritto e l'economia; attraverso i social media, Internet e la comunicazione pubblica.

E questo per dire che la comunicazione sanitaria fa parte integrante della «prestazione medica». Un farmaco non serve a molto se il medico non ne comunica l'importanza e quindi non motiva il paziente ad assumerlo correttamente. Va fatto però un distinguo tra il marketing etico e la pubblicità commerciale, esclusivamente finalizzata alla vendita. La pubblicità che comunica attraverso gli sconti, le offerte speciali, i last minute, è diversa dalla pubblicità politica, istituzionale, sociale e sanitaria.

A utilizzare internet come fonte di informazione sanitaria è ormai il 42% degli italiani. Di questi, il 78% usa il web per informarsi su patologie specifiche, il 29% per trovare informazioni su medici e strutture a cui rivolgersi, il 25% per prenotare visite, esami o comunicare tramite e-mail con il proprio medico (Fonte: *Censis, Monitor Biomedico 2014*).

Il decreto legislativo n. 145/2007 definisce la pubblicità come qualsiasi forma di messaggio che sia diffuso, da un soggetto economico, allo scopo di promuovere la vendita o il trasferimento di beni mobili o immobili, oppure la prestazione di opere e servizi. La definizione di pubblicità incorpora quindi tutte le forme di comunicazione che promuovono l'immagine di un bene o di un servizio. Oggi parliamo perfino di pubblicità comparativa come una parte della

comunicazione pubblicitaria con la quale un'impresa potrebbe promuovere i propri beni o servizi confrontandoli con quelli presenti sul mercato.

**Marketing in sanità.** Personalmente, ho sempre considerato prima di tutto che il marketing sanitario non significhi esclusivamente la pubblicità commerciale. La pubblicità è una delle leve del marketing e non è neanche la principale. Quando parliamo di un bene fondamentale come la salute, altre leve sono ben più efficaci, come a esempio: l'ambiente della sede (welfare), la qualità (clinica e terapeutica), le risorse umane (fiducia), il marchio (posizionamento), gli investimenti (tecnologia), gli accordi (modalità di pagamento), le infrastrutture (servizi), la referenzialità (passaparola).

La percentuale di italiani che almeno qualche volta traduce in comportamenti le informazioni sulla salute acquisite da tv, radio, giornali, internet è passata dal 30% del 2012 al 48% del 2014. Si tratta più frequentemente dell'acquisto di integratori e vitamine (35%) o farmaci (25%), ma anche di modifiche al proprio stile di vita (26%). (*Censis-Monitor Biomedico 2014*).

Le leve del marketing, nella loro complessità, sono percepite dal paziente in un modo unitario, vissute sempre nel loro insieme. Il paziente emette un giudizio di valore attraverso la qualità percepita, come una specie di sommatoria di qualità (qualità organizzativa, qualità della comunicazione, qualità clinica, qualità economica, qualità delle risorse umane e del clima, qualità tecnologica).

Una strategia di marketing etico può non utilizzare il canale di comunicazione pubblicitario in modo commerciale, ma deve adottare la pubblicità referenziale e il passaparola evoluto. Questo è possibile se l'obiettivo è raggiungere il posizionamento del servizio verso un target preciso, ben definito, motivato. È una questione di valore percepito. Un esempio: pensate se i pazienti comunicassero la loro soddisfazione sui propri profili per-

sonali dei social network o sui canali social media personali. Nasce dunque una domanda: è più efficace l'attività che centinaia di persone svolgono comunicando spontaneamente sul proprio Facebook (Referral Program) l'esperienza positiva clinica e terapeutica vissuta, o la pagina «Social-autoacclamatoria» commerciale di una clinica?

Pubblicità significa rendere pubblico il messaggio che dovrebbe essere la sintesi della strategia di marketing. È come parlare di un contenitore (la pubblicità) e del suo contenuto (il marketing). Il segreto sta nel non scindere il contenuto dal contenitore. A questo punto qual è la relazione tra il contenitore e il contenuto? Prima di parlare di pubblicità è importante profilare il target, fare l'analisi del mercato potenziale e servito, valutare la quota delle opportunità, degli investimenti e delle risorse umane.

**Comunicazione ridondante.** Un altro esempio: immaginiamo una stanza (metaforicamente questa stanza sarebbe il mercato, nello specifico la sommatoria dei clienti reali e potenziali), immaginate adesso che una persona stia comunicando, divulgando i propri servizi, promuovendosi a questo gruppo (fa quindi pubblicità), ma adesso anche un'altra persona inizia a parlare dei propri servizi (altra pubblicità) e poi altre due, tre, quattro, ...dieci persone iniziano a parlare a questo gruppo.

Immaginiamo adesso che il gruppo cominci a non sapere più chi ascoltare e che la prima per-

sona che aveva iniziato a fare pubblicità, per farsi ascoltare in questo caos inizi a gridare per richiamare maggiore attenzione, generando una reazione in tutti gli altri competitor, che alzano anche loro il tono della voce... Alla fine nessuno del gruppo può più ascoltare nessuno, l'effetto di tutta questa pubblicità è solo tanto rumore! Questo accade nella pubblicità commerciale, dove la ridondanza di azioni genera spesso un disorientamento nel consumatore che alla fine sceglie per le leve del prezzo più basso, o per la visibilità di un brand rispetto a un altro, determinando un abbattimento del Mol (Margine operativo lordo) e del Roi (Return on investment) del settore sanitario nel suo insieme.

Nella Sanità questo fenomeno genera i pazienti disorientati. Parliamo di un numero sempre maggiore di persone che non possono capire se una prestazione sanitaria sia costosa o sia cara. Una prestazione può essere «costosa» perché ha un valore molto alto di investimento e di organizzazione, quindi costa molto; una prestazione si definisce «cara» quando il valore pagato è inferiore al valore ricevuto. La confusione creata da una ridondante comunicazione commerciale in alcuni settori della sanità genera come conseguenza la riduzione del valore interno settoriale percepito dai pazienti e il rischio di una concorrenza basata sulla leva del prezzo in una prospettiva diminuzione della qualità percepita.

**Trasmettere valore.** Più del 70% degli italiani si ritiene molto o abbastanza informato sulla salute, ma cresce la quota di co-

loro che temono il rischio della confusione causata dalle troppe informazioni (il 54,5% contro il 41% del 2012). Il medico di base rimane la fonte di informazione più consultata dagli italiani (73%), seguito dallo specialista (27%). (*Censis-Monitor Biomedico 2014*).

Il controllo di gestione e l'ottimizzazione dei costi, con la conseguente riduzione del prezzo, grazie all'efficientazione delle risorse nell'economia di scala, sono azioni assolutamente etiche e sinonimo di qualità economica e che tutelano la centralità del paziente. Se invece il prezzo deriva da strategie di marketing aggressive, senza la logica corretta dell'ottimizzazione e quindi abbassando la qualità clinica, preferendo la logica meramente del profitto di impresa, il rischio è alto. Quella sanitaria è un'impresa particolare, parliamo di un «bene primario» come la salute.

Sebbene siano tutte uguali le persone, qualcuna è meno uguale delle altre: ha più bisogni, ha meno risorse, ha una cultura differente. La prima regola per gli operatori in sanità è quella di profilare i pazienti, segmentando le loro esigenze per soddisfare i loro bisogni, offrendo servizi mirati e perfezionati nel valore aggiunto. Una macroanalisi dell'offerta che si sviluppa attraverso canali informativi lineari, esponenziali e referenziali. Impostare il marketing etico, significa che spetta agli operatori sanitari acquisire le corrette conoscenze di comunicazione per capire che il marketing etico è la diagnosi e la pubblicità è come il farmaco: poco non cura, troppo intossica!

**Antonio Pelliccia**  
docente Economia  
e organizzazione aziendale

*La vacatio legis*

**I**n stallo la copertura rischi per i liberi professionisti. Cds: va prima superata la vacatio legis.

A PAG. 13

**CODICE ROSSO**

**A CURA DI CINEAS**

## Il ruolo del risk management in vista dell'assicurabilità

**L**a sofferta vicenda della copertura dei rischi da parte dei "liberi professionisti" non volge ancora al termine poiché l'entrata in vigore della legge (15 agosto 2014) è di fatto non ancora operativa tenuto conto che, con nota 19/2/2015, il Consiglio di Stato ne ha stabilito l'operatività soltanto quando sarà esaurita la vacatio legis del Dpr previsto dall'art. 3 della legge 189/2012 che disciplinerà le procedure e i requisiti per l'idoneità dei contratti assicurativi.

Va comunque precisato che, per quanto la questione sia stata trattata dalle varie fonti di informazione prevalentemente con riferimento agli operatori del settore sanitario, in effetti l'obbligo di copertura assicurativa riguarda tutti i "liberi professionisti" e quindi non solo i medici.

Ciò premesso è evidente che, per quanto riguarda questi ultimi, le resistenze sono notevoli tenuto conto dei costi delle coperture e dell'incremento rilevante delle richieste di risarcimento, spesso improprie. Per quanto riguarda invece i costi va detto che essi variano ovviamente in funzione dei diversi parametri quali l'ammontare dei massimali e delle franchigie, gli "incidenti" precedenti dell'assicurato, la retroattività e il tipo di attività svolta (chirurgo, clinico ecc.).

Limitando le nostre considerazioni al settore sanitario, non possiamo non sottolineare con viva perplessità come, nel bailamme di richieste di risarcimento, medicina «difensiva», legali, giudici, assicurazioni ecc. sembra che si siano perse di vista le persone cioè i pazienti e i loro disagi fisici e morali. Ed è anche per questo che la crescita della cultura del risk management deve costituire un imperativo perché la conoscenza approfondita del rischio clinico e

delle misure più appropriate per contrastarlo è fondamentale per la miglior conduzione del trattamento dei pazienti.

Per venire a buoni risultati in materia di approfondimento del rischio clinico non è questione da poco. Occorrono metodo, applicazione, formazione e investimenti tecnologici. Ma, soprattutto, occorre che la cultura del rischio entri a buon diritto nel Dna di tutti gli operatori sanitari divenendo un fondamentale della preparazione professionale.

In merito va sottolineato che siamo sulla buona strada in quanto numerosi sono gli Istituti che si sono dedicati a questi aspetti del problema con risultati complessivamente soddisfacenti. Purtroppo si notano ancora differenze marcate nella distribuzione regionale per cui l'auspicio è quello che si possa presto raggiungere una media elevata di cultura del rischio clinico a livello nazionale.

È importante stimolare l'attenzione dei media anche su questo aspetto, poiché è noto che ci si sofferma diffusamente soprattutto sui fatti di "mala sanità" che sono eclatanti ma che, fortunatamente, poco rilevanti sotto il profilo statistico.

Fra gli interventi da estendere in forma massiccia vi sono quelli dedicati alla formazione del personale sull'analisi e sulle misure da prendere in materia di rischi. I costi di questa formazione dovrebbero essere inclusi nel budget sanitario con pari dignità di tutti gli altri perché i benefici che ne deriverebbero sarebbero sicuramente importanti in termini di minori incidenti e, quindi, di minori costi risarcitori.

Un accenno alle procedure di risk management; sono da sottolineare, in particolare:

- la segnalazione degli eventi indesiderati;

- la loro analisi intensiva;

- le politiche di formazione (anche del personale amministrativo);

- la qualità della documentazione clinica.

Quest'ultimo punto è estremamente importante e influenza senz'altro il giudizio di idoneità alla copertura assicurativa, nonché l'entità dei premi, da parte delle compagnie. Come noto, le coperture per i rischi sanitari sono sempre più oggetto di attenzione da parte degli assicuratori in quanto i costi dei risarcimenti sono in forte progressione e non è infrequente il caso di Istituti sanitari ai quali vengono rifiutate le coperture o che rinunziano spontaneamente a esse tenuto conto della insostenibile elevazione dei premi.

Dimostrare un'alta qualità della documentazione clinica (cartelle cliniche, esami ecc.) è sovente un elemento determinante nelle decisioni delle compagnie di assicurare o meno un Istituto. In conclusione, però, ciò che deve principalmente importare è - come già detto - il concetto che, aumentando la cultura del rischio clinico, si incrementa sensibilmente la protezione del paziente. Questo è il vero obiettivo da conseguire.

**Carlo Ciani**

*Cineas - vice-presidente area Sanità  
vice-presidente Istituto europeo  
di Oncologia*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

AZIENDALIZZAZIONE/I PANNICELLI CALDI NON BASTANO PIÙ

# Quella governance del Ssn da ripensare

## Rimotiviamo il management

DI GIOVANNI MONCHIERO \*

Abbiamo visto che l'azienda sanitaria non gode di buona salute e sembra giunta, ormai, al culmine di una lunga fase di crisi. Segno più evidente dell'involuzione del concetto stesso di azienda è - come si diceva nella puntata precedente - l'assenza di criteri di finanziamento equi, predeterminati e volti a premiare l'efficienza. Ma non mancano altri settori in cui il potere politico è stato esercitato, sia a livello centrale che regionale, in modo da costruire, nei fatti, logiche di governo opposte a quelle implicite nell'aziendalizzazione.

Sull'onda dell'entusiasmo regionalista culminato nella raffazzonata riforma del Titolo V della Costituzione, si è assistito a un progressivo accentramento a livello di Giunte e assessorati regionali di molte decisioni che, normalmente, dovrebbero competere alla direzione aziendale. La voglia matta di limitare l'autonomia aziendale - non proclamabile e forse neppure confessabile - è stata spesso mascherata da operazioni di ingegneria istituzionale presentate all'opinione pubblica come terapie dolorose ma salvifiche. Fusioni di aziende e creazioni di strutture para-aziendali "intermedie" con compiti settoriali (acquisti, forniture di servizi, relazioni con Comuni e stakeholder) sono soluzioni sperimentate con varia fortuna ma, in ogni caso, a scapito della capacità di governo dell'azienda.

Giovedì, infatti, precisare che costituire, con reiterati accorpamenti, aziende sempre più grandi, non ancorate a realtà locali riconoscibili o a presidi ospedalieri "storici", comporta inevitabilmente una perdita di identità. Ebbene, in strutture pubbliche molto complesse, in cui operano centinaia di professionisti autorevoli e stimati, il senso di appartenenza è uno dei pochi elementi su cui può far leva il management aziendale. Per quanto concerne le aziende territoriali, l'invocata - e mai realizzata - integrazione ospedale-territorio presuppone un governo locale forte e riconosciuto, quale non potrà essere un distretto sperduto nell'oceano di una Asl galattica.

Aggiungerei un dato facilmente verificabile. In qualsiasi Regione, da nord a sud, da destra a sinistra, non accade mai che l'azienda più grande brilli in efficienza. Ma questa lezione della realtà è serenamente ignorata dai programmatori.

Dato alle Regioni quel che è delle Regioni, sarebbe ingiusto tralasciare i demeriti del governo centrale. Tra piani di rientro e spending review si è assistito alla progressiva contrazione delle risorse reali assegnate al sistema, accompagnata, per di più, da tagli lineari sui singoli fattori produttivi che, mentre erigevano l'inequità a filosofia di sistema, hanno prodotto l'effetto collaterale - non imprevedibile anche se, si spera, indesiderato - di penalizzare le strutture più efficienti.

Ciliegina sulla torta, una norma di legge (Dlgs 118/2011) che, contraddicendo un secolare postulato della contabilità economica, sterilizza gli ammortamenti, condannando le aziende sanitarie a una "finanziaria" di fatto.

L'assenza di visione da parte di legislatori e programmatori emerge anche dalla confusione fra valutazione del manager e valutazione dell'azienda. Mentre a quest'ultima si sottraggono

spazi di autonomia fino a farne un ufficio periferico dell'assessorato regionale, si tende a responsabilizzare i manager e si affinano i criteri di selezione e di nomina. Nel Ddl di riforma della pubblica amministrazione attualmente all'esame della Camera, si istituisce l'elenco nazionale degli aspiranti all'incarico di direttore generale. Misura che ritengo assolutamente condivisibile e che la Fiaso ha auspicato per anni, ma che, da sola, non rappresenta una riforma.

Pongo, a tale proposito, qualche questione ineludibile: come si esercita l'autonomia del manager se non esiste quella dell'azienda? Come si governa un sistema complesso se i risultati della gestione non hanno alcuna ricaduta all'interno dell'azienda? Peggio, come si può perseguire l'efficienza quando da una gestione oculata derivano conseguenze dannose per l'azienda e per chi vi opera?

Non è il momento dei pannicelli caldi. Occorre ripensare l'intero impianto della governance del Ssn, in una riforma organica ispirata da una grande unità di visione. Lo stato dell'arte è tale da mettere in discussione l'aziendalizzazione stessa. Ma l'alternativa può essere il ritorno a logiche burocratiche? Il variegato mondo della Pa non offre, a oggi, modelli applicati che sappiano sposare efficienza e qualità dei servizi resi ai cittadini. Rimane, in vario modo, ancorata alla logica dell'adempimento formale e non vi trova posto la comparazione fra le risorse impiegate (non ultima il tempo!) e l'utilità dei compiti svolti. La riforma attualmente in discussione è, sotto questo aspetto, molto deludente. Frequente ricorso al bastone (specie sulla groppa dei dirigenti), poca carota, norme più stringenti, un profluvio di deleghe generiche, nessuna visione.

Demotivare i dirigenti e costringere tutto l'apparato in una logica di "controllo" non aiuta a migliorare l'efficienza del sistema. Occorre costruire regole di governo che producano efficienza e motivino ogni singolo ufficio a fare di più e meglio. L'esperienza della nostra sanità dovrebbe costituire il termine di paragone per tutto il settore pubblico. Per superare le difficoltà del presente non saprei suggerire altro che un rilancio del processo di aziendalizzazione, che corregga gli errori di questi anni e rinnovi la logica di governo del sistema in modo coerente dal centro alla periferia.

Nella convinzione profonda che l'azienda rimane il luogo più adatto a costruire le motivazioni per perseguire l'efficienza: per i gestori della cosa pubblica, un preciso dovere.

\* *deputato Scelta civica*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Quarta e ultima di 4 puntate**  
*(le precedenti sui nn. 20, 21-22 e 24 del 2015)*

SALUTE » QUANDO LA PREVENZIONE PUÒ SALVARE LA VITA O MIGLIORARE I DECORSI TERAPEUTICI

# La diagnosi precoce oncologica migliora la qualità della vita

**C**osa vuol dire fare diagnosi? Fare diagnosi precoce significa individuare il tumore in fase iniziale, quando ancora non si è diffuso in altri organi, ovvero quando non è ancora andato in metastasi. Individuare la presenza di un tumore nella sua fase iniziale è utile perché permette di trattarlo nei suoi primi stadi, ottenendo ottimi risultati in termini di cura attraverso interventi chirurgici o farmacologici non particolarmente invasivi, che migliorano la qualità della vita della persona in terapia.

Il merito della scoperta precoce di alcuni tra i tumori più diffusi - quello al seno, al collo dell'utero e al colon - è attribuito a programmi di screening appositamente studiati.

In Italia è il Servizio sanitario nazionale a fornire gratuitamente accertamenti per la diagnosi precoce oncologica. Per quanto riguarda la prevenzione del tumore al seno, le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni sono invitate ad effettuare un esame mammografico ogni 2 anni.

Per prevenire il tumore al collo dell'utero è necessario effettuare un Pap test ogni 3 anni, per le donne tra i 25 e i 65 anni. Il tumore del colon-retto si individua ricercando sangue occulto nelle feci: uomini e donne tra i 50 e i 75 anni dovrebbero fare questo tipo di analisi ogni anno; nel caso in cui il primo esame risulti positivo, si esegue una colonscopia; in caso di familiarità per questo tumore si consiglia una colonscopia ogni 5 anni dopo i 50 anni.

Le campagne di screening possono variare per modalità e adesione da regione a regione. In Italia, ogni anno, vengono

## GOSA SONO I MARKER TUMORALI?



**I**n oncologia, i marker tumorali sono sostanze riscontrabili nel sangue, nell'urina o nei tessuti cellulari che presentano un aumento significativo della loro concentrazione in alcuni tipi di neoplasia e vengono valutati nella diagnostica oncologica per determinare la presenza del cancro. Un livello elevato di un marcatore tumorale può indicare lo sviluppo di un cancro, anche se possono esistere altre cause d'innalzamento dei loro valori. Altri marker, biomarcatori, consentono di predire la capacità di risposta dei tessuti tumorali alle terapie a bersaglio molecolare. Se l'uso di un marker tumorale a scopo di screening in soggetti asintomatici può essere più dannoso che utile, diverso è il discorso quando il paziente presenta dei sintomi, o nei follow-up di pazienti già trattati per neoplasia, per indagare recidive.

individuati allo stadio iniziale 3.500-4.000 nuovi casi di tumore del collo dell'utero, 35.000 di tumore del seno e 36.000 di tumore colonrettale, che possono essere curati con successo.

Va precisato che diagnosticare la malattia ai primi stadi è fondamentale in alcuni tipi di tumore, ma non porta grossi vantaggi in caso di tumori a rapida crescita, che danno metastasi già nelle fasi iniziali, o

## IL VACCINO CONTRO L'HPV PER LE RAGAZZE

**L'Italia è il primo Paese europeo a pianificare una strategia di vaccinazione pubblica contro il Papilloma virus (HPV), l'agente virale che può essere causa di infezioni genitali femminili e, a lunga distanza, anche del tumore della cervice uterina, che causa ogni anno circa mille morti. A partire dal mese di marzo 2008, la campagna di offerta del vaccino è attiva e gratuita ed è rivolta alle ragazze dagli 11 ai 12 anni in modo uniforme in tutto il territorio italiano (a partire dalle nate nel 1997), e negli anni produrrà una progressiva immunizzazione.**

quelli a crescita lentissima, che in alcune categorie come gli anziani non fanno in tempo a essere realmente pericolosi.

Al termine dei cicli di trattamento prescritti dal medico dopo l'individuazione del tumore è comunque importantissimo continuare a sottoporsi a periodici esami di controllo, che sono lo strumento più importante per una diagnosi precoce nel caso in cui il tumore si ripresenti.

## MINLAVORO *Disabili, assunzioni con incentivi*

DI CARLA DE LELLIS

Via libera agli incentivi sulle assunzioni di disabili. Il decreto 27 maggio 2015, pubblicato ieri sul sito internet della pubblicità legale del ministero del lavoro, infatti, stanziava e ripartisce tra le regioni i fondi necessari all'incentivo consistente nella riduzione dell'aliquota contributiva (in misura del 100 o del 50%) sulle assunzioni effettuate nell'anno 2014. In tutto ammontano a 21.910.107 euro (21.845.924 per il 2013) e sono a beneficio dei datori di lavoro del settore privato. Le risorse derivano dal fondo per il diritto al lavoro dei disabili e servono a finanziarne gli incentivi all'assunzione attraverso le convenzioni. Le agevolazioni hanno come destinatari tutti i datori di lavoro privati, soggetti o meno all'obbligo d'assunzione di disabili; le cooperative sociali e relativi consorzi; le organizzazioni di volontariato. Per fruirne, occorre stipulare una convenzione con il competente servizio per l'impiego. L'incentivo consiste nella riduzione degli oneri contributivi, per la

sola quota a carico dei datori di lavoro, in caso di assunzione dei disabili ed è previsto in due distinte tipologie: a) fiscalizzazione totale (cioè al 100%) dell'aliquota contributiva per la durata massima di otto anni, per ogni lavoratore assunto che sia disabile con riduzione della capacità lavorativa superiore al 79%; b) fiscalizzazione parziale (cioè al 50%) dell'aliquota contributiva per la durata massima di cinque anni, per ogni lavoratore assunto che sia disabile con riduzione della capacità lavorativa compresa tra il 67 e il 79%.

Allegato al decreto la tabella con la ripartizione delle risorse necessarie a coprire le richieste di contributo relativamente alle assunzioni effettuate nel 2013. Le risorse ammontano a 21.910.107 euro e vengono ripartite tra tutte le regioni in funzione delle assunzioni effettuate negli anni precedenti, ad eccezione di Valle d'Aosta e Molise. In testa, con il maggior numero di assunzioni la Lombardia cui vanno circa 6 mln di euro, seguita dal Veneto con circa 4 mln di euro e Lazio con circa 3 mln di euro. Fanalino di coda l'Abruzzo con 167 mila euro circa.

Giovedì 02 LUGLIO 2015

## Cure palliative. In GU il decreto per la certificazione dei medici

***Il decreto prevede che, per ottenere la certificazione, il medico privo di specializzazione e delle specializzazioni richieste debba avere svolto, alla data di entrata in vigore della [legge di Stabilità 147/2013](#), almeno tre anni di attività - anche non continuativi - nelle strutture pubbliche o private accreditate che erogano attività assistenziali di cure palliative. [IL DECRETO](#)***

Publicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 150 del 1-7-2015 il decreto del 4 giugno 2015 del ministero della Salute su "Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425".

Il decreto prevede che possano presentare la domanda per la certificazione dell'esperienza professionale svolta nella rete delle cure palliative anche i medici privi di specializzazione o in possesso di una specializzazione diversa da quella prevista dal [decreto del Ministero della salute 28 marzo 2013](#), i quali alla data di entrata in vigore della legge 27 dicembre 2013, n. 147 erano in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate. Ma in fase di prima applicazione del decreto possono chiedere la certificazione anche i medici in servizio presso enti o strutture che erogano attività assistenziali di cure palliative che abbiano presentato istanza per l'accreditamento istituzionale, quest'ultima documentata attraverso una attestazione del rappresentante legale della struttura o dell'ente.

Per ottenere il rilascio della certificazione i medici devono quindi provare di aver svolto, alla data di entrata in vigore della L. 147/2013, attività nel campo delle cure palliative per almeno tre anni, anche non continuativi, presso queste strutture.

L'istanza va presentata alla regione di riferimento territoriale della struttura pubblica o privata accreditata presso la quale presta servizio entro 18 mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

L'istanza deve essere corredata dallo stato di servizio rilasciato dal rappresentante legale delle struttura in cui il medico era in servizio alla data di entrata in vigore della L. 147/2013 o dalla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà. L'esperienza professionale dovrà poi essere attestata dal direttore sanitario di ogni struttura pubblica o privata accreditata della rete stessa nella quale il medico ha svolto l'attività.

La Regione, entro 90 giorni dal ricevimento della domanda, emana il decreto con il quale certifica l'esperienza professionale, necessario per operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Notizie dalle Province



La sanità, l'ospedale

# L'addio del direttore sanitario: «Ho fatto il mio dovere»

Giuseppe Matarazzo fa il bilancio della sua breve esperienza al Sant'Anna e San Sebastiano

**Ornella Mincione**

Ha inviato una lettera ai direttori dei dipartimenti, alle organizzazioni sindacali, a tutto il personale, per spiegare le proprie ragioni: l'ex direttore sanitario dell'ospedale Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta Giuseppe Matarazzo, che il 24 giugno scorso ha presentato le dimissioni (insieme al direttore amministrativo Roberta Sivo), ha sottolineato parole come passione, senso del dovere, appartenenza alla struttura, onestà, con la «consapevolezza di aver fatto il proprio dovere». Matarazzo, nominato direttore sanitario nell'ambito della direzione Muto, cessata dopo il commissariamento prefettizio avvenuto all'inizio del marzo scorso,

ora non vede più «i presupposti per continuare il rapporto di lavoro» con l'ospedale, essendo la sua nomina di tipo fiduciaria. Di qui, la decisione, dopo un termine tecnico di attesa, di rassegnare le proprie dimissioni. Nella lettera in cui ha salutato tutto il personale ospedaliero, è scritto che gli è impossibile delineare un bilancio, vista la brevità del suo mandato, ma ugualmente segnala tre criticità alle quali reputa di aver dato un concreto contributo. La prima riguarda la rimodulazione dell'atto aziendale, con la prescritta riorganizzazione delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali: «l'atto aziendale, come tutti gli altri, è in attesa di approvazione da parte delle Regione», spiega Matarazzo. Poi, nella lettera parla delle «fattive iniziative» per la conclusione della gara di appalto per l'acquisto della risonanza magnetica, con la conseguente installazione prevista entro il mese di ottobre: «sono sicuro che, al più tardi entro l'anno, verrà installata», continua l'ex direttore sanitario. In ultimo, «l'impegno continuo e costante» per la conclusione dell'iter per le autorizzazioni per l'apertura del lato ovest del padiglione F il cui utilizzo è stato programmato dal sottoscritto per la terza decade di luglio permettendo così la prosecuzione dei lavori di ristrutturazione con i finanziamenti ex art.20 legge 67/88: «In pratica, tutto ciò che ora è nel lato est passerà in quello ovest, per permettere che ci siano i lavori anche in quel lato del padiglione», spiega ancora Matarazzo. Nella lettera si parla anche di «affiatamento» nell'ambito della direzione dell'ospedale: affiatamento che, evidentemente, non è nato anche nei riguardi dei tre commissari straordinari, ora al lavoro in ospedale su un punto delicato dell'assetto, ovvero sull'organico.



**I meriti** Nuova riorganizzazione, risonanza magnetica, lavori lato est

**La nomina**  
«Essendo di tipo fiduciario e firmata dalla direzione Muto coi commissari non ha più i presupposti»

**Salute mentale, la protesta**

# L'Asl sposta il dipartimento al Maresca

Pazienti e operatori protestano per la decisione di lasciare la sede del Bottazzi

**Francesca Mari**

TORREDEL GRECO. L'Asl vuole spostare il Dipartimento di salute mentale (Dsm) dalla sede storica del Bottazzi per insediare gli uffici: è protesta. Stato di agitazione tra personale medico, operatori e pazienti del Dsm del Bottazzi dopo la comunicazione da parte della dirigenza dell'Asl Na 3 Sud di voler spostare la storica sede nei locali dell'Ospedale Maresca per questioni logistico-amministrative.

La sede del dipartimento ha radici storiche, addirittura il primo ambulatorio fu insediato nel 1979 appena dopo l'uscita della Legge Basaglia (la 180 del 13 maggio 1978) che decretava la chiusura dei manicomi. Negli ultimi anni, soprattutto grazie al lavoro del Centro Diurno, diretto dallo psichiatra Maurilio Giuseppe Tavormina, molte sono le attività terapeutiche e per i pazienti, molto spesso soli e non automuniti, la sede è diventata una casa, oltre che un luogo più facilmente raggiungibile a piedi rispetto al nosocomio maggiormente decen-

trato. «La decisione dell'Asl di delocalizzare il dipartimento - ha detto Eugenio Nemoianni, direttore del Dsm - ci preoccupa molto, temiamo una diminuzione notevole dell'utenza». La decisione è presa, bisogna solo individuare i locali nell'ospedale Maresca in via Montedoro. La comunicazione di "sfratto" al dipartimento è arrivata agli inizi di giugno e al dirigente Nemoianni è stato affidato il compito di individuare i nuovi locali al Maresca. Cosa che lo psichiatra ha puntualmente è stato: fatto ma per motivi organizzativi la ricerca non è andata a buon fine e i locali non sono stati ancora trovati. «Per i nostri pazienti - ha detto lo psichiatra Maurilio Giuseppe Tavormina - è necessario ritrovarsi in un ambiente idoneo a contribuire alla loro tranquillità, non in cui possano sorgere altri disagi e disagi, come quello della distanza. Da anni combattiamo affinché essi raggiungano sicu-

—  
**La struttura**  
Sede storica dal 1979 divenuta spesso una casa per chi non aveva mezzi

rezza in se stessi, autonomia e fiducia, con le nostre attività terapeutiche, e questo spostamento potrebbe rappresentare uno smacco, una destabilizzazione. Non contestiamo l'esigenza dell'Asl di utilizzare questi locali ma, almeno, speriamo in una collocazione più idonea e che non intacchi la salute dei pazienti». A sostenere la protesta anche



**La protesta, i luoghi** L'ingresso (sopra) della struttura del Bottazzi che attualmente ospita ancora il dipartimento di salute mentale (sotto) struttura storica nella cura e l'ascolto delle persone affette da tali patologie



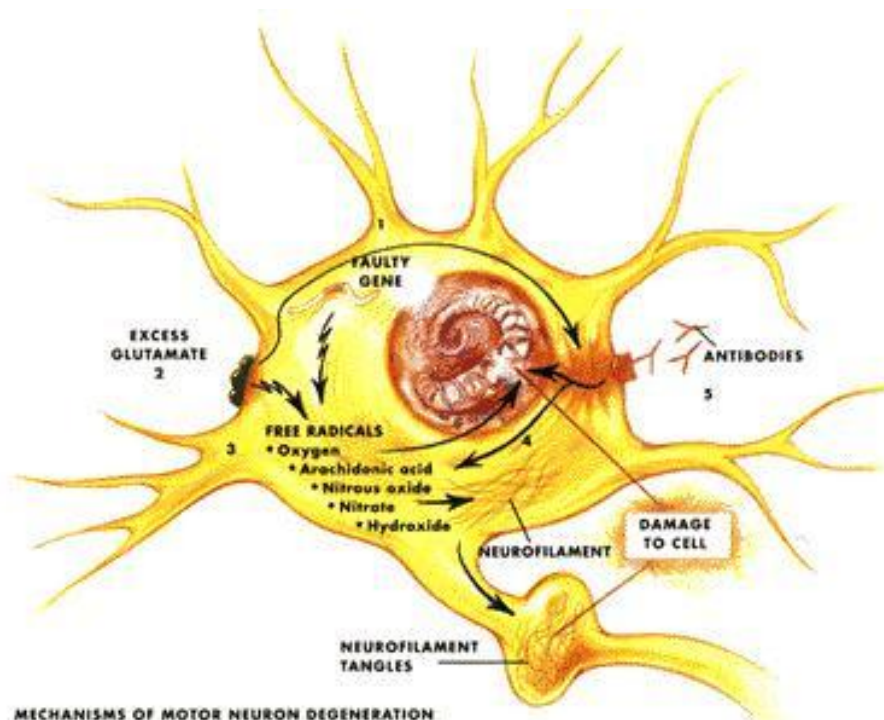
l'associazione Il Piennolo, nata per dare sostegno alle famiglie dei pazienti, alla guida dell'avvocato Graziella Silveti, vice presidente il dottor Maurilio Tavormina, comitato scientifico le dottoresse Daniela Amato e Romina Taormina. L'associazione ieri ha protocollato una seconda lettera al commissario straordinario dell'Asl Na3, Salvatore Panaro, in cui si spiegano le motivazioni del danno che potrebbe arrecare lo spostamento, visto che la prima è stata disattesa. «Il centro di Salute Mentale del "Bottazzi", che assiste un'utenza di circa 1600 pazienti, rappresenta la sede storica di un servizio conosciuto e apprezzato dai citta-

dini - si legge nella lettera - da noi familiari dei pazienti e dalle istituzioni tutte. I pazienti che arrivano al Centro, ogni giorno, si avvalgono di cure ambulatoriali, di trattamenti in Day Hospital e di specifici trattamenti nel Centro Diurno secondo programmi terapeutico-riabilitativi personalizzati. L'eventuale trasferimento del Centro Salute Mentale presso l'ospedale "Maresca" creerebbe notevoli e indicibili disagi e sofferenze soprattutto a coloro, come i soggetti con disagi psichici, che richiedono tranquillità, serenità e accoglienza, proprio per le patologie di cui sono affetti».



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



Si chiama "Micra", è il più piccolo apparecchio al mondo, lungo appena 2 centimetri, viene ancorato nella cavità cardiaca con alcuni ganci, evitando appendici esterne. Lo utilizzano già dodici ospedali italiani con i pazienti che soffrono di bradicardia. Ma l'attenzione al cuore deve cominciare a tavola

## Il pacemaker si fa mini

### LA SPERIMENTAZIONE

**E** il più piccolo al mondo, si chiama "Micra", ha già superato la sperimentazione su 700 pazienti nei cinque continenti e adesso viene utilizzato in dodici ospedali italiani. Per rispondere ai casi importanti di bradicardia, quando questa si configura come una vera e propria patologia, è arrivato in Italia un nuovo pacemaker realizzato da Medtronic, che viene impiegato a Bari, Bologna, Brescia, Cotignola, Milano, Pisa, Roma, Torino e Udine. «Con la mia équipe abbiamo seguito una formazione ad hoc per questo tipo di intervento - spiega Leonardo Calò, primario di Cardiologia al Policlinico Casilino di Roma - Si differenzia totalmente dagli altri sia perché il pacemaker è molto piccolo sia perché non necessita di alcun filo o catetere e non richiede incisioni nel torace, né la creazione di una tasca sottocutanea, eliminando, così, il rischio di potenziali complicanze legate alla procedura tradizionale».

### L'INTERVENTO

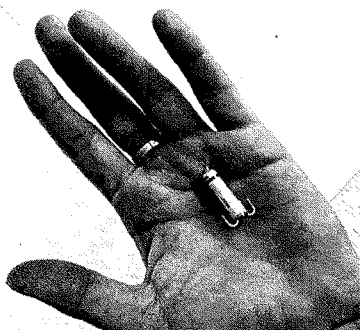
"Micra" è una cardiocapsula dal peso di 2 grammi, misura poco più di 2 cm e ha una durata che può variare dai 7 ai 14 anni. Viene impiantato direttamente nella cavità cardiaca attraverso la vena femorale e non prevede l'impianto di elettrodi di stimolazione. E' possibile inserire l'apparecchio che regola il ritmo cardiaco minimizzando i rischi legati all'intervento. Questo apparecchio è un decimo della grandezza di un pacemaker convenzionale e non richiede operazioni di innesto invasive. Una volta posizionato, infatti, il dispositivo viene ancorato al cuore attraverso piccoli ganci appositamente progettati, ed emette impulsi elettrici in grado di regolarizzare il battito cardiaco attraverso un elettrodo posto sul dispositivo.

### I VALORI

Durante il recente congresso cardiologico della Heart Rhythm Society, sono stati presentati i risultati relativi a 140 pazienti, che hanno dimostrato il successo della procedura nel 100% dei casi. Non si sarebbero verificati episodi di infezione o eventi che abbiano richiesto un nuovo intervento. In tutte le visite uno o tre mesi dopo l'impianto i valori della stimolazione elettrica rientrano nei parametri previsti.

### L'OPERAZIONE

Il pacemaker viene introdotto nella cavità cardiaca attraverso la vena femorale e ancorato con piccoli ganci



## 60-100

Battiti al minuto vengono considerati assolutamente normali quando si è a riposo

## 30mila

I pacemaker che ogni anno vengono impiantati in Italia anche ad under 50

La durata del mini apparecchio va dai sette ai 14 anni

«Con il micro pacemaker il paziente ha il vantaggio di non avere una appendice esterna, come avveniva in passato, né rischia erosioni cutanee con eventuali infezioni - afferma Calò - Chi nuota non ha alcun tipo di problema, dato che la capsula è dentro il cuore, mentre con il dispositivo tradizionale l'uso frequente del braccio usura il filo che passa sotto la clavicola. Inoltre nel 2-5% dei casi i fili cambiano posizione dopo l'intervento tradizionale e quindi il paziente va ricoverato di nuovo e rioperato, con ulteriori costi di degenza. Nel caso del pacemaker in miniatura non è necessario».

Proprio perché il cuore non va in vacanza, con l'arrivo del caldo chi soffre di patologie cardiache

deve prestare maggiore attenzione. In particolare chi ha battiti irregolari e aritmie. Si comincia dalla tavola: evitare pasti abbondanti, soprattutto la sera e limitare al massimo l'alcol. Anche l'innocua pizza con la birra, in alcuni casi, potrebbe creare qualche problema, a causa di una dilatazione eccessiva dello stomaco e relative aritmie.

### FRUTTA FUORI PASTO

Lo stesso effetto lo provoca la frutta. Per questo viene consigliata lontano dai pasti, mai a chiudere una cena. Meglio contenersi, dunque, anche se è abitudine in estate mangiarne più del solito. I cardiologi ricordano di fare attenzione, durante tutta la giornata, alla disidratazione. Sia

per gli anziani, che hanno l'abitudine di bere poco, sia per chi fa sport, che rischia di integrare i liquidi perduti solo dopo l'esercizio fisico «mentre non bisogna impoverirsi di acqua e di sali durante lo sforzo. Bisogna bere mentre si fa sport», chiarisce lo specialista.

Un tipo di aritmia a cui prestare attenzione è la "bradicardia", ov-

**IL DISPOSITIVO È PRIVO DI FILI E PUÒ ESSERE USATO ANCHE DA CHI NUOTA MA CON IL CALDO EVITARE L'ALCOL**

vero un ritmo cardiaco lento o irregolare, che nei casi più seri può consentire l'uso del nuovo pacemaker. «In estate si possono avere svenimenti, perdita di coscienza per il caldo, sudorazione eccessiva. Non bisogna cadere nel tranello di sottovalutare un evento del genere, attribuendolo solo alla stagione - prosegue Calò - Potrebbe esserci una causa più importante, il consiglio è quello di misurare il prima possibile la pressione. I nuovi apparecchi indicano anche il battito. Se è sotto ai 45 al minuto bisogna allertarsi anche se normalmente si ha un battito più lento della media. E andar subito dal medico».

Antonio Caperna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LA NOVITÀ

### Infezioni in aumento Così i batteri si insediano sui materiali

**S**PESSO diagnosticate tardivamente, sfuggono a valutazioni numeriche. Nonostante l'assenza di dati, le infezioni aumentano come le "revisioni" delle protesi, in primis di ginocchio, seguite da quelle dell'anca. Un allarme che spiega la decisione di eleggerle a tema del congresso.

Il meccanismo infettivo che parte da una colonizzazione batterica può coinvolgere sia un mezzo di sintesi (placche, chiodi o viti utilizzati per tenere uniti due monconi ossei, ndr), sia una protesi. I batteri, in pochi giorni o in una manciata di ore, creano una pellicola protettiva su se stessi, il cosiddetto biofilm. Una barriera che li rende inattaccabili dagli antibiotici. «Questo significa che c'è un'infezione radicata - spiega Luigi Zagra - e si può solo ricorrere alla chirurgia. Se risultano aggredite dai batteri la protesi oppure una placca, vanno parimenti rimosse». Oltre al dolore, prima spia di qualcosa

che non funziona, un impianto fallisce se l'infezione precoce non consente alla protesi di fissarsi all'osso, mentre se tardiva (più frequente negli anziani e nei soggetti defedati) può lesionarla irrimediabilmente.

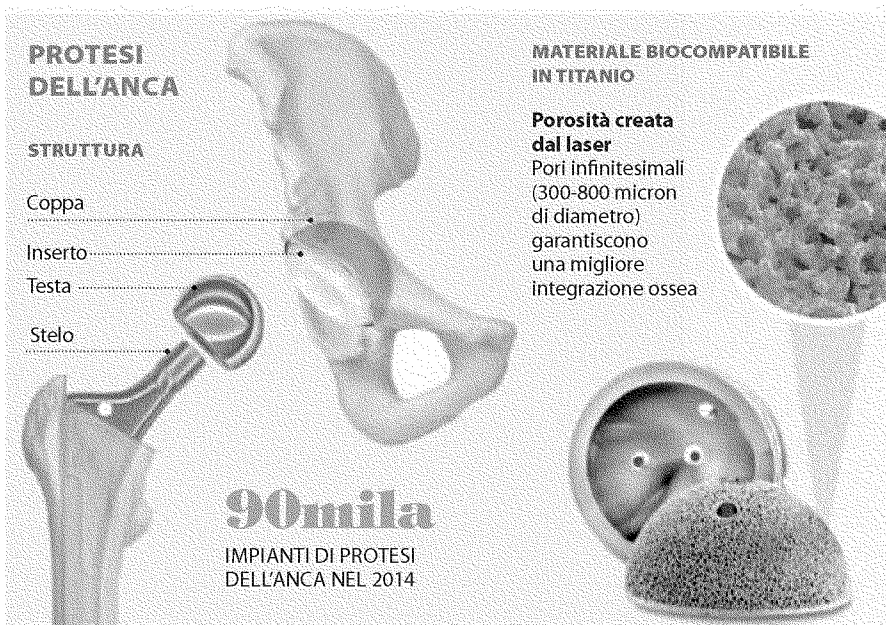
«Per la diagnosi, oltre alla scintigrafia ossea - avverte lo specialista - sono stati sviluppati test sul liquido sinoviale intraoperatorio che rivelano la presenza o meno dell'infezione. Ovviamente, l'esame culturale è fondamentale per isolare il batterio». Per evitare conseguenze irreversibili, non resta che rispettare le codificate regole della sterilità. Sul versante della ricerca, sono in studio materiali o protesi non tossiche, più difficilmente aggredibili dai batteri e idonee all'osteointegrazione. Tra le ultime novità, un gel da spalmare sulla protesi nuova ad azione antibatterica locale: «Promettente, ma il follow-up è ancora troppo breve».

(g. d. b.)

## Ortopedia. Nuovi materiali e device

conservativi fatti per durare anche vent'anni

Il dispositivo a ferro di cavallo che salva il crociato



# Quella protesi può salvare il crociato

GIUSEPPE DEL BELLO

PRAGA

**N**UOVI materiali, aumento degli impianti protesici in rapporto all'età e device sempre più conservativi. Scenario promettente al congresso Efort (la Federazione che riunisce le associazioni europee di ortopedia) che si è appena concluso a Praga. Si parte dal laser e dalla sua applicazione sulle protesi per garantirne maggiore stabilità, più capacità di aderire all'articolazione e migliore integrazione ossea. Per anca e ginocchio le nuove protesi, sempre al titanio (il materiale più biocompatibile sul mercato), si caratterizzano per la porosità. Una trama artificiale creata dai raggi emessi dal laser che plasma, a partire dalla polvere di titanio, pori infinitesimali (tra i 300 e gli 800 micron di diametro) che si alternano a picchi rendendola strutturalmente simile all'osso. Tutto questo determina un elevatissimo grip, la caratteristica che designa una superficie fatta di minuscole, quasi invisibili, asperità (spikes), vere e proprie punte che si conficcano nella parte spongiosa del tessuto osseo.

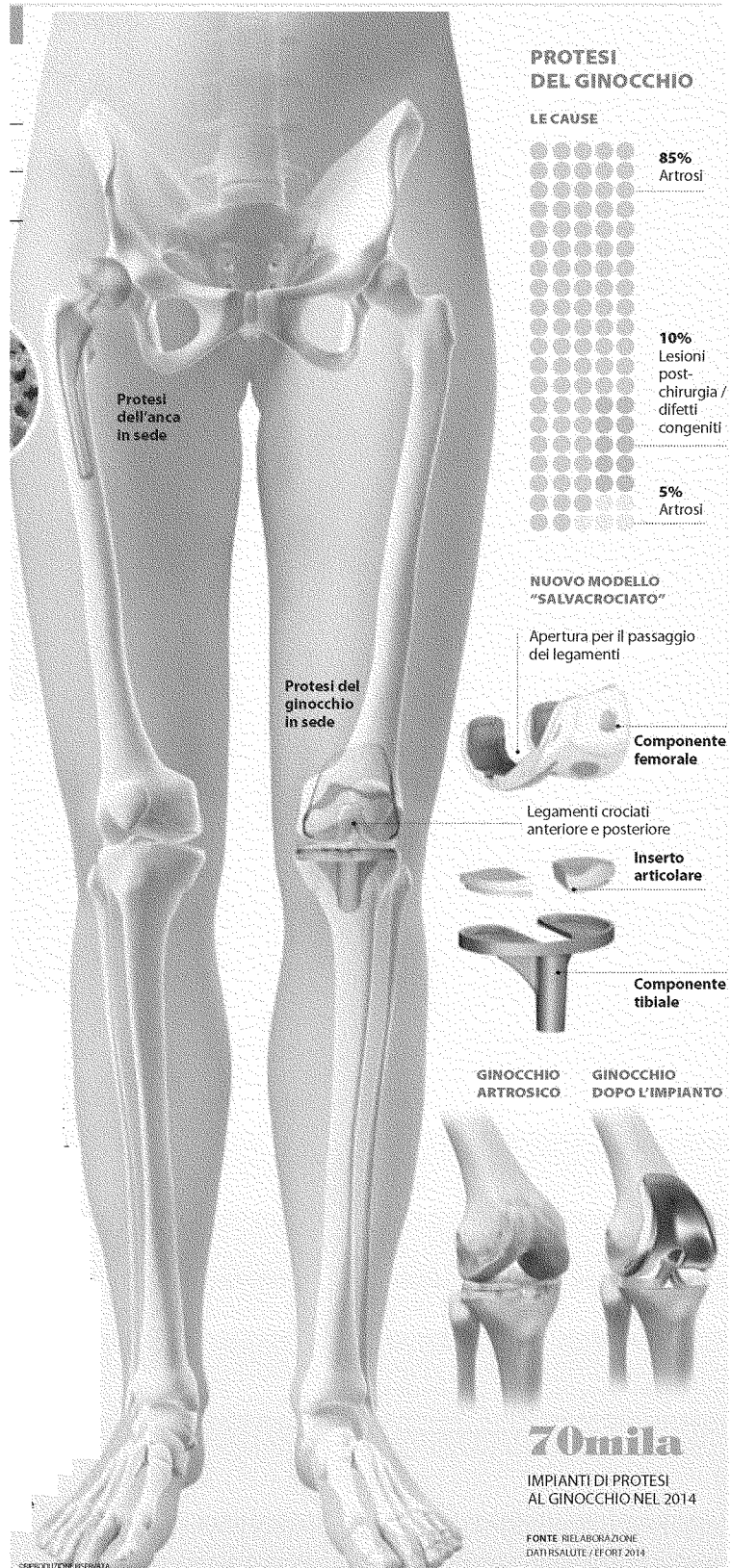
**È l'artrosi la causa principale dell'85 per cento degli impianti al ginocchio. Poi, le artriti**

Nell'ultimo anno in Italia sono state impiantate oltre 90 mila protesi dell'anca: soprattutto per artrosi, ma anche per displasia, traumi e usura da sport nei soggetti predisposti. «L'obiettivo principale della nuova chirurgia protesica - spiega Guido Grappiolo, responsabile di Chirurgia dell'anca e protesi di ginocchio dell'Humanitas Gavazzeni di Rozzano (Milano) - mira a eliminare il dolore e a recuperare rapidamente la funzione. L'intervento, ideale per gli anziani artrosici, può essere indicato anche per i giovani. Per questi ultimi, la nuova tecnologia applicata alla protesi consente di abbandonare "la vecchia artrodesi" (fusione dell'anca) che comportava invalidità, garantendo la funzionalità dell'arto e, grazie a materiali come la ceramica e il polietilene, resi più resistenti perché arricchiti con vitamina E, una adeguata durata».

Trend in aumento costante anche per le protesi di ginocchio che hanno registrato un 10% in più all'anno, arrivando oggi a circa 70 mila impianti annui. «Questi ultimi - rivela Luigi Zagra, responsabile di Chirurgia dell'Anca 1 al Galeazzi di Milano e presidente della Società italiana dell'Anca - riguardano ormai anche soggetti tra 40 e 60 anni, più dediti all'attività fisica». Ed è proprio questa la fascia che potrebbe giovare del "salvacrociato", nuova protesi dalla forma a ferro di cavallo che risparmia i legamenti crociati. I vantaggi si riassumono in un ricovero di appena 24-36 ore, nel minor dolore post-operatorio e nella durata dell'impianto che potrebbe raggiungere i 18-20 anni. «Utilizzare una protesi in grado di preservarli - continua lo specialista - favorisce un migliore funzionamento dell'articolazione, quindi una propriocettività (la capacità di "sentire" l'articolazione) fisiologica. Ed è una prerogativa che la normale protesi non può garantire, visto che deve svolgere anche funzione di crociato anteriore e posteriore. In

più, la protesi in polietilene addizionata con soluzioni di vitamina E (potente antiossidante), risente di minore usura e la durata potrebbe aumentare fino a 15-18 anni».

Nell'85% dei casi la protesi viene impiantata per contrastare l'artrosi del ginocchio, nel 5% a causa di artriti, nei restanti casi serve a correggere malformazioni congenite come il ginocchio varo o valgo, oppure per riparare lesioni post-traumatiche. E da una ricerca, effettuata dal 2005 al 2012 al Cto di Torino su 1558 operati per frattura di femore, è emerso che la mortalità a 30 giorni dall'intervento è stata del 4%, a sei mesi è salita al 14,1 e, addirittura al 18,8 entro un anno. Le cause più frequenti da attribuire a complicanze sistemiche, correlate all'immobilizzazione.



La scoperta Il lavoro degli studiosi della Seconda Università è stato pubblicato da una prestigiosa rivista scientifica

# «Una pianta vincerà il tumore al cervello»

I ricercatori hanno isolato un estratto della «ruta» contro il glioblastoma

**Marisa La Penna**

Si chiama glioblastoma. È un tumore killer del cervello. Uno dei tumori cerebrali più aggressivi, di quelli che non perdonano. Un male terribile, che aggridesce e uccide nell'arco di pochi mesi e che miete ogni anno migliaia di morti. Da oggi c'è una speranza per sconfiggerlo. Arriva da una pianta mediterranea che ammazza le cellule maligne.

La notizia viene resa nota dalla Sun. Erappresenta l'esito di uno studio condotto dai ricercatori della Seconda Università, i cui risultati sono stati pubblicati sulla rivista scientifica Plos One, tra le più autorevoli nel settore. Dalla ricerca, dunque, è emerso che l'estratto acquoso della pianta *Ruta graveolens* è capace di uccidere cellule di glioblastoma risparmiando però le cellule neuronali non proliferanti, spiegano alla Sun.

«Il glioblastoma multiforme - precisa Luca Colucci D'Amato, docente di Patologia generale del Dipartimento di Scienze e tecnologie ambientali biologiche della Sun - è un tumore cerebrale altamente aggressivo la cui prognosi è tuttora infausta». Secondo le statistiche, infatti, a oggi, nonostante la terapia chirurgica, la chemio e la radioterapia, soltanto una minima percentuale dei pazienti colpiti da glioblastoma - vale a dire poco meno del cinque per cento - riesce a sopravvivere. Mentre per gli altri la morte sopraggiunge in media entro circa quindici mesi dalla diagnosi. Lo studio pre-clinico ha mostrato come l'estratto acquoso ottenuto dalla pianta «*Ruta graveolens*» sia in grado di indurre la morte di cellule di glioblastoma coltivate in vitro. A differenza di farmaci usati nella chemioterapia del glioblastoma, inoltre, la stessa sostanza è

risultata innocua quando somministrata su cellule neuronali non proliferanti e differenziate. L'estratto di ruta sembra, pertanto, «discriminare fra le cellule cancerose e le cellule normali, uccidendo le prime e risparmiando le seconde». La ricerca, coordinata da Luca Colucci D'Amato docente di Patologia generale della Sun, ha visto la partecipazione del laboratorio di Botanica della Sun, di Farmacologia dell'Università di Genova (Tullio Florio), di Floriana Volpicelli fisiologa della Federico II e di Marina Melone neurologa della Sun. La ricerca è stata finanziata dal Network per la salvaguardia delle risorse genetiche agro-alimentari «Agrigenet», dal Progetto Sicurezza sostenibilità e competitività nelle produzioni Agroalimentari delle Campania «Carina» e dal Programma di Ricerca

Scientifica di Rilevante Interesse Nazionale. «Le sostanze naturali - ha spiegato Claudia Ciniglia, docente di Botanica della Sun - rappresentano un'importante sorgente di nuove molecole con attività terapeutica in molte malattie incluso il cancro. In particolare, *Ruta graveolens* è una pianta molto diffusa in Italia, della famiglia delle Rutacee, cui appartengono anche gli agrumi e si sviluppa in prossimità dei litorali, nelle pianure e nelle fessure dei muri». Esperimenti sono in corso per definire i meccanismi molecolari dell'azione terapeutica della ruta.

«Una scoperta importante, che apre grandi prospettive alla terapia per sconfiggere uno dei tumori più terribili che colpiscono il sistema nervoso centrale».

Il rettore della Sun, Giuseppe Paolisso, è orgoglioso del lavoro dei suoi ricercatori. E ammette: «In ogni caso prima di pensare a un farmaco bisogna pensare alle notevoli fasi applicative che separano la scoperta di una sostanza dalla sua applicazione clinica come terapia. Bisogna capire che ciò che succede in vitro è replicabile sull'uomo in vivo. Per la sperimentazione, passerà comunque qualche anno».



**Il rettore**  
«Un grande successo  
Ma prima che inizi la sperimentazione passerà ancora qualche anno»



## Una tribù amazzonica resiste agli antibiotici

DI ANGELICA RATTI

**L**a resistenza agli antibiotici è una grande minaccia per la salute pubblica e la causa spesso è supposta nelle abitudini della medicina moderna di fare troppo uso degli antibiotici, «che ammazzano gli antibiotici». Ebbene, lo studio pubblicato nell'aprile scorso sulla rivista *Science Advances* ha dimostrato che gli Yanomami, popolazione scoperta nel 2009 nel Sud del Venezuela, che ha vissuto isolata per 11 mila anni, hanno nella flora intestinale e sulla pelle alcuni batteri dotati di numerosi geni che gli conferiscono una resistenza naturale agli antibiotici moderni. È anche vero che presso gli Yanomami sono stati ritrovati bacilli, tra i quali alcuni mai riscontrati in altre popolazioni. La spiegazione è che la natura è un gigantesco laboratorio dove la selezione naturale ha inventato antibiotici da molto prima che fossero creati in maniera chimica. Studiando gli Yanomami e la loro flora batterica, così diversa, noi possiamo apprendere parecchio. Primo, perché la resistenza agli antibiotici, frutto della selezione naturale, scatena in natura lo sviluppo di una contro-resistenza. Più genericamente, è probabile che la mancanza di diversità nel microbioma degli abitanti delle società avanzate sia una fonte di debolezza sanitaria che contribuirebbe all'incidenza delle allergie. Ma le conseguenze potrebbero essere ancora più importanti. Un'incidenza elevata di infiammazioni è un fattore di rischio importante per numerose malattie croniche dell'invecchiamento delle popolazioni nelle società avanzate e principalmente nelle patologie cardiovascolari e in certi tipi di cancro. Se noi dobbiamo considerare la mancanza di diversità del nostro microbioma come un grave problema, le politiche pubbliche per la sanità dovrebbero prendere in conto l'impatto dell'utilizzo degli antibiotici sull'evoluzione della resistenza ad essi.

— © Riproduzione riservata — ■

**Pelle.** Anche a tintarella raggiunta è meglio evitare un'esposizione prolungata. I consigli per il prodotto più adatto alla propria cute e al fototipo

## Al sole protetti ma mai al mare per più di 4 ore

### L'INDICE DELLA RADIAZIONE UV SOLARE (UVI)



Più è alto il valore dell'indice, maggiore è il potenziale danno per pelle e occhi. In molti paesi viene fornito insieme alle previsioni del tempo

#### FOTOTIPI E CREME PROTETTIVE CONSIGLATE

SPF (Sun Protection Factor) filtro di protezione solare



Nei mesi estivi evitare il sole tra le ore 11 e 14

FOTOTIPO I	
CAPELLI BIONDI/ROSSI	
PELLE MOLTO CHIARA	
OCCHI CHIARI	
UV	SPF
1/3	15
4/6	30
7/9	50
10+	50+

FOTOTIPO II	
CAPELLI BIONDI/CASTANI CHIARI	
PELLE CHIARA	
OCCHI CHIARI/SCURI	
UV	SPF
1/3	12
4/6	25
7/9	40
10+	50

FOTOTIPO III	
CAPELLI CASTANI	
PELLE BRUNO-CHIARA	
OCCHI SCURI	
UV	SPF
1/3	9 15
4/6	30
7/9	50
10+	

FOTOTIPO IV	
CAPELLI CASTANI SCURI/NERI	
PELLE OLIVA SCURA	
OCCHI SCURI	
UV	SPF
1/3	6 12
4/6	20
7/9	30
10+	

CLAUDIA BORTOLATO

**N**egli USA i solari sono considerati farmaci da banco e secondo la Fda vanno applicati sulle zone che rimangono esposte dopo essersi coperti con magliette, cappello, occhiali. In Europa la comunità scientifica non demonizza il sole ma ha trasmesso l'importanza di una corretta esposizione e dell'uso ragionato e personalizzato dei filtri protettivi. «Calibrare i tempi dell'esposizione è la prima e più importante prevenzione dell'aging e di altri danni da raggi Uv, soprattutto Uva e infrarossi che, penetrando nel materiale genetico della pelle, aumentano lo stress ossidativo. Per tutti quanti, anche a tintarella raggiunta, è meglio non esporsi più di 3-4 ore al giorno e sempre con adeguata protezione», suggerisce il dermatologo Leonardo Celleno, presidente Aideco (ass. It. Dermatologia e Cosmetologia). Morale: è fuorviante credere che applicare una crema con fattore alto ripari da tutti i guai. Così com'è superato il concetto di alta o bassa protezione perché oggi le case cosmetiche propongono trattamenti complessi che vanno oltre la schermatura. «Molte formule includono sostanze, come l'ectoina o i derivati del beta-glucono, che migliorano i meccanismi di difesa della pelle. E - continua Celleno - contengono mix di filtri chimici e fisici fotostabili».

I solari inoltre sono sempre più multitasking, perché frenano l'aging, rassodano e idratano la pelle e la coprono in modo uniforme, comprese le aree con rughe. Ma, soprattutto, sono studiati anche per pelli problematiche. «Chi è predisposto

na E e C e il tè verde - consiglia la dermatologa Marcella Ribuffo, dell'Istituto Dermopatico dell'Immacolata di Roma - per frenare la formazione di nuove macchie nelle donne predisposte per questioni ormonali, come l'assunzione della pillola contraccettiva o la Tos in menopausa, buoni alleati sono le formule schermanti con complessi mirati. Ideali, per esempio, quelli con acido ferulico, vitamina C, tocotrienoli, esilresorcinolo e rutina».

Sicuramente il sole, grazie al suo effetto antinfiammatorio, può migliorare l'aspetto della pelle grassa e acneica. Ma un'esposizione scorretta può ispessire eccessivamente lo strato corneo della pelle e ostruire ulteriormente i follicoli, accentuando così la produzione di sebo, l'acne e i punti neri. «Applicare solari in emulsione oil free, che non occludono i pori, e con attivi opacizzanti, come quelli generalmente presenti nei compatti viso con protezione molto alta e che simulano la tintarella», aggiunge Celleno. Per la couperose utili gli integratori che rinforzano il microcircolo, per esempio a base di mirtillo, escina, ippocastano, centella asiatica (un mese prima dell'esposizione). «Applicare solari con filtri fisici ed estratti naturali vasoprotettivi, come rutina e rusco, e con attivi ad azione antiossidante, riparatrice e lenitiva, come aloe, mirtillo e la vitamina E», dice Ribuffo. Per tutti: utili, oltre agli integratori per bocca con licopene, betacarotene e altri antiossidanti e rinforzanti le difese immunitarie cutanee, le creme "attivatrici" della melana, con sostanze come tirosina o altri aminoacidi che, accelerando l'abbronzatura, risparmiano alla pelle una dose di aging da esposizione. Vanno applicate almeno 15 giorni prima della vacanza al sole.

#### COME PROTEGGERSI SECONDO L'OMS



Nessuna indicazione suggerita



Indumenti protettivi: cappello occhiali maglietta



#### Il concetto di bassa

o alta protezione. I cosmetici

sono oggi più complessi

all'eritema deve applicare sempre dosi generose di creme con filtri fisici e chimici molto alti e con estratti naturali antiossidanti e immunoprotettori, come il Polipodium Leucotomos, la vitami-