



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# Riabilitazione, insorgono i centri «Tetti di spesa contro gli accordi»

## Il caso

Le società che operano nell'Asl2 pronte a rinunciare ai contratti e a dimettere cinquemila pazienti

### Ettore Mautone

Torna in primo piano l'assistenza per i disabili. Mentre il presidente della Regione Vincenzo De Luca s'impegna ad approvare, a stretto giro (nell'arco di questo mese) nuove norme in grado di vincolare in capo alle Asl i fondi per il versante sociosanitario, sottraendo risorse alle funzioni indistinte svolte dai Piani di zona (gestiti dai Comuni) - si registra una nuova levata di scudi dei titolari di tutti i centri riabilitativi per l'handicap dell'Asl Napoli 2 nord. Una protesta che potrebbe presto allargarsi anche alle altre Asl della regione. All'indice ci sono due recenti decreti del commissario per la Sanità Joseph Polimeni (il n. 8 del 16 febbraio e il successivo n. 12 della fine dello scorso mese) che, secondo gli erogatori, trascurano anni di trattative, ricorsi e controricorsi, confluiti in una storica transazione sulla rivalutazione delle tariffe man-

data nel dimenticatoio a un passo dal traguardo. Accordo finito in un decreto del maggio 2015 che andrebbe solo recepito dai ministeri vigilanti. E invece ignorato da una programmazione considerata ulteriormente penalizzante: si va dai tetti di spesa per singola struttura, anziché per macroarea assistenziale, alla ripartizione in dodicesimi del tetto di spesa un tempo annuo, ai vincoli di una programmazione che sarebbe inadeguata ai lunghi cicli di terapia cui sono sottoposti i disabili. Date le premesse a nulla vale proporre la sottoscrizione di accordi biennali con le Asl.

Da quila rinuncia ai contratti, considerati capestro, l'annuncio di dimissioni, seppure protette verso le strutture pubbliche (che non ci sono), dei circa 5 mila disabili oggi in carico e l'avvio del licenziamenti di gran parte del personale per passare a un regime non più convenzionato ma esclusivamente privato. Questo il distillato di una lettera inviata nei giorni scorsi al commissario ad acta per la Sanità regionale, al governatore De Luca e al commissario della Asl.

«Chiediamo un tavolo di confronto in cui poter collaborare a stilare le regole che segnano il nostro destino - dicono le associazioni di categoria -



**Il caso**  
Entro marzo tornano alle aziende sanitarie i fondi del socio assistenziale

negli ultimi anni non abbiamo fatto un solo giorno di sciopero e abbiamo continuato ad erogare le prestazioni senza soluzioni di continuità come invece accade a fine anno per ambulatori e la diagnostica. Ma non possiamo accettare provvedimenti inadeguati e unilaterali assunti dalla struttura commissariale che retrocedono la programmazione di questo settore al 2003». Una scelta provocatoria quanto si vuole ma che colpisce un settore assistenziale che non ha alternative nel pubblico e che dovrebbe rispondere a controlli sull'appropriatezza e qualità della prestazioni da un lato ma anche a regole certe e condivise per funzionare senza intoppi dall'altro. Del resto che la piega dei rapporti tra il fronte degli accreditati e la struttura commissariale sia ormai di dura contrapposizione lo si evince anche dalla conferenza stampa convocata per il prossimo martedì a Palazzo Partanna, presso la sede di Confindustria Sanità, da parte di tutte e tre le Macroaree (specialistica ambulatoriale, ospedalità, riabilitazione) della Sanità privata accreditata che accendono i fari sul rischio sopravvivenza delle imprese che gestiscono servizi sanitari pubblici in convenzione. In campo sono già scesi Aiop Campania, Anpric, Aris, Aspat Campania (in coordinamento con Anisap, Anpric, Agidae, Confapi e Fras), Confederazione Centri Antidiabete, Confindustria Campania, Coordinamento Aias, Anffas, Federcardio, Federlab Campania, Nova Campania e Snr.

Tutela del paziente. È fondamentale un deciso passo in avanti delle Regioni nell'attuazione del Fascicolo sanitario elettronico

## Serve un circolo virtuoso tra privacy e sanità

di **Licia Califano**

**L'**esigenza di protezione della privacy rischia di impedire la corretta erogazione delle cure sanitarie?

Questa domanda, così come è stata posta, esige una risposta chiara, perché su questo terreno si incrociano non solo i due diritti fondamentali alla protezione dei dati personali e alla tutela della salute, ma anche priorità legate all'ammodernamento del nostro Paese e all'attuale agenda politica-economica; dall'ottimizzazione dei servizi alla semplificazione delle operazioni con conseguente riduzione dei tempi e dei costi.

Superfluo, ma forse necessario, ricordare che è l'esistenza stessa di una pluralità di diritti e di valori a racchiudere in sé la possibilità di un loro conflitto e la conseguente definizione dei limiti che essi reciprocamente incontrano nell'ordinata convivenza civile. La via d'uscita è il loro bilanciamento che deve essere operato anzitutto dal legislatore e che, in ogni caso, non può mai comportare la prevalenza assoluta dell'uno sull'altro.

Va poi osservato che la relazione di reciproca integrazione fra privacy e salute trova una composizione che non sempre e non necessariamente comprime al "contenuto essenziale" uno dei due diritti in discussione ma, al contrario, li può rafforzare entrambi nella salvaguardia della dignità della persona.

Nel processo di digitalizzazione della sa-

nità, in particolare nell'ambito delle banche dati contenenti le informazioni sullo stato di salute dei pazienti accessibili dagli operatori sanitari, la volontà virtuosa di velocizzare le procedure e migliorare i servizi ha portato alla proliferazione di archivi "delocalizzati": i cosiddetti dossier sanitari elettronici istituiti presso ciascuna struttura sanitaria. In assenza di una cornice normativa in materia, il Garante ha svolto un ruolo di supplenza quando, nel giugno 2015, ha emanato apposite Linee guida per provare a dare un po' di ordine a iniziative disomogenee, con lo scopo di garantire l'esattezza, l'integrità e la disponibilità dei dati, nonché la protezione da rischi di accessi non autorizzati o trattamenti non consentiti. Ciò al fine di assicurare un reale potere di scelta in autodeterminazione informativa del paziente, in un quadro di tutela della salute più forte, perché fondato su dati esatti e aggiornati, al riparo da indebite comunicazioni che purtroppo spesso sono state segnalate e affrontate dall'Autorità.

Ci chiediamo allora: perché mancano le norme di legge sul dossier sanitario? La risposta è semplice: perché il legislatore ha scelto un'altra strada e ha investito su un altro strumento, il fascicolo sanitario elettronico che ha il pregio, rispetto al dossier sanitario, di accumulare le informazioni cliniche non di una singola azienda, bensì di tutti gli organismi sanitari di ogni Regione. Questo percorso ormai è ben tracciato e condiviso: il Parlamento ha approvato la legge, il Ministero ha emanato il regola-

mento, e anche il Garante ha dato un contributo importante, nel senso di rafforzare le garanzie in termini di potere di scelta consapevole dei pazienti e di irrobustimento delle fondamentali misure di sicurezza nella comunicazione e conservazione dei dati.

Oggi, a fronte di statistiche ancora basate sulla diffusione dei fascicoli sanitari attivati, spetta alle Regioni un passo deciso sia nella direzione della definitiva attuazione del percorso di implementazione sia, al contempo, nel far comprendere ai cittadini l'importanza che questo strumento riveste per l'erogazione delle cure migliori, perché consente al medico che si cura in un ospedale di poter attingere alle informazioni precedentemente raccolte presso una struttura sanitaria situata in un'altra provincia dello stesso territorio regionale.

È all'interno delle regole correttamente definite, anche con il contributo del Garante, che si migliora la garanzia del diritto alla salute con la semplificazione degli adempimenti, la velocizzazione delle procedure, la riduzione dei costi delle prestazioni sanitarie: alla certezza che le informazioni registrate siano esatte (e quindi anche le conseguenti diagnosi e prognosi) si accompagna la consapevolezza che esse siano condivise doverosamente (ma esclusivamente) dai soli medici curanti, al riparo da accessi indesiderati, non dovuti ma, soprattutto, lesivi per la nostra dignità.

*Autorità Garante per la protezione dei dati personali*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lunedì 22 FEBBRAIO 2016

## Pagamenti Pa. “Problema irrisolto. Nelle Asl del Sud ritardi spaventosi fino a 412 giorni. Debiti per 30 mld”. Il Focus della Cgia di Mestre

**Analisi dell'Ufficio studi sui tempi di pagamento delle aziende sanitarie. Critica la situazione per le regioni del centro sud. Asl Molise, Asl Napoli 1 Centro e Asl Roma A le più 'lente'. Al vertice per celerità l'Usl della Valle d'Aosta, l'Ausl di Bologna, l'Asl 3 di Genova e l'Asl di Milano che liquidano invece definitivamente i propri creditori con 3 giorni di anticipo rispetto al limite massimo stabilito dalla legge (60 giorni). [LO STUDIO](#)**

“Le Asl del Sud non pagano i fornitori. O meglio - sottolinea la CGIA - lo fanno con ritardi spaventosi. Gli ultimi dati del 2015 ci dicono che l'Azienda sanitaria regionale del Molise salda i propri creditori dopo 412 giorni dal limite previsto dalla legge che, ricordiamo, stabilisce che la transazione economica debba avvenire entro 60 giorni dall'emissione della fattura. L'Asl di Napoli 1 Centro, invece, presenta un ritardo medio di 401 giorni, mentre quella di Roma A si ferma a 397 giorni, quella di Catanzaro a 315 e quella di Bari a 92 giorni”. Questi risultati sono il frutto di un'analisi che ha condotto l'**Ufficio studi della CGIA** che ha estrapolato l'indice di tempestività dei pagamenti delle principali Asl in ciascuna regione che, per legge, hanno l'obbligo di pubblicare periodicamente nel proprio sito internet.

**Debito sanità a 30 mld e fattura elettronica non velocizza tempi al Sud.** “Sebbene negli ultimi anni l'andamento dello stock del debito sanitario risulta leggermente in calo – dichiara il coordinatore dell'Ufficio studi **Paolo Zabeo** – è verosimile ritenere che quest'ultimo si aggiri ancora oggi attorno ai 30 miliardi di euro. Quasi la metà dei 70 miliardi di euro che tutta la nostra Pubblica amministrazione deve alle imprese. E sebbene anche le Asl abbiano l'obbligo dal 31 marzo 2015 di ricevere solo fatture su base elettronica, questa novità, almeno al Sud, non ha velocizzato i tempi di pagamento”.

**Il virtuosismo del centro-nord.** Salvo qualche eccezione, al Centro-Nord, invece, la situazione presenta dei livelli di virtuosità che fino a qualche anno fa sembravano difficilmente raggiungibili. Se l'Usl della Valle d'Aosta, l'Ausl di Bologna, l'Asl 3 di Genova e l'Asl di Milano liquidano definitivamente i propri creditori con 3 giorni di anticipo rispetto al limite massimo stabilito dalla legge (60 giorni), l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige e quella di Trento fanno ancora meglio: ci impiegano 4 giorni in meno, mentre quella dell'Aquila “accelera” addirittura di 9 giorni, anche se la palma delle migliori pagatrici va all'Usl Umbria 1 e all'Azienda sanitaria 1 di Trieste. Se la prima onora i propri debiti con 23 giorni di anticipo rispetto alla scadenza pattuita, nella città giuliana i fornitori vengono saldati addirittura 25 giorni prima degli accordi intercorsi tra le parti.

**Un problema irrisolto.** “Più in generale - ricorda la CGIA - il problema del pagamento dei debiti della Pubblica amministrazione rimane ancora irrisolto. Un'anomalia, purtroppo, che anche Bruxelles ha avuto modo di rimproverarci. Segnala il segretario della CGIA **Renato Mason**: “Il 18 giugno 2014 la Commissione europea ha aperto una procedura di infrazione contro l'Italia, ritenendoci responsabili di aver violato la Direttiva europea sui ritardi dei pagamenti entrata in vigore nel marzo del 2013. Ricordo che, ad oggi, la procedura è ancora in atto e nonostante gli sforzi finanziari che sono stati messi in campo dagli ultimi esecutivi, la risoluzione di questa vicenda che sta mettendo in difficoltà moltissime imprese e ben lungi dall'essere risolta”.

**STATO-REGIONI**

## Studi odontoiatrici, rinvio sui nuovi standard

**E** stata rinviata per ulteriori approfondimenti l'intesa alla Conferenza Stato Regioni del 3 marzo scorso sul documento in materia di requisiti minimi di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie deputate all'erogazione di prestazioni odontostomatologiche. Il provvedimento ha lo scopo di uniformare sul territorio nazionale gli standard finora dettati dalle singole regioni, con criteri autorizzativi diversi a seconda del territorio.

Un'esigenza dettata tra l'altro dalla crescente complessità delle prestazioni erogate all'interno degli studi odontoiatrici ma anche dall'ingresso nel settore di nuove strutture organizzativamente più complesse e non più riconducibili al classico studio gestito in forma singola o associata da professionisti iscritti all'albo.

Stanno infatti prendendo piede strutture più complesse che erogano prestazioni odontostomatologiche e che spesso fanno capo a società di capitali o strutture in franchising.

Rientrano nella definizione di «strutture sanitarie a elevata complessità organizzativa» quelle che hanno un numero di «riuniti odontoiatrici superiore a cinque unità» o un numero di professionisti odontoiatri operanti stabilmente con rapporto di lavoro continuativo superiore a tre unità. Tali strutture devono avere un direttore sanitario iscritto all'albo degli odontoiatri e la sostituzione del direttore deve essere comunicata entro dieci giorni agli uffici regionali.

Il provvedimento detta i paletti sui requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi ed elenca la documentazione da produrre ai fini del rilascio dell'autorizzazione.

Particolare attenzione è stata data anche alla normativa nazionale in materia di radioprotezione, smaltimento dei rifiuti, gestione dei taglienti, sicurezza.

**Ro.M.**

## "Sanità del Sud penalizzata da tagli alle risorse". Omceo Napoli e Bari lanciano campagna di denuncia

***La campagna è rivolta all'opinione pubblica e ha lo scopo di denunciare "una situazione che mette in pericolo la tutela della salute dei cittadini italiani e di coloro che abitano nelle regioni meridionali in particolare. Esiste infatti una nuova 'questione meridionale' in sanità legata ad una iniqua distribuzione delle risorse sul territorio***



**04 MAR** - Un paziente oncologico, che ha perso completamente i capelli in seguito alle cure, accompagnato dall'headline "Ho un tumore. In Norvegia sopravviverei di più. La sopravvivenza cresce nei paesi che investono in Sanità. Più Risorse, più Salute". È questa l'immagine scelta per la campagna contro i tagli alla Sanità lanciata dagli Ordini dei Medici di Bari e Napoli. La campagna è rivolta all'opinione pubblica e ha lo scopo di denunciare "una situazione che mette in pericolo la tutela della salute dei cittadini italiani e di coloro che abitano nelle regioni meridionali in particolare. Esiste infatti una nuova 'questione meridionale' in Sanità legata ad una iniqua distribuzione delle risorse sul territorio che penalizza maggiormente le regioni del sud".

Perentorio **Silvestro Scotti**, presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli. “Non è più possibile aspettare il nuovo riparto del fondo sanitario nazionale per chiedere una nuova serie di regole della distribuzione delle risorse – sottolinea -, una Regione può mettere il veto sulla ripartizione ed è stata sempre la strategia dei Governatori campani che si sono succeduti alla Regione per elemosinare i fondi per il nostro sistema sanitario ma vanno cambiati i criteri di distribuzione dei fondi previsti dalla Legge Calderoli, secondo cui il finanziamento stabilito in base a parametri come numero di abitanti e alle fasce d’età. La Campania presenta una media d’età più bassa ma l’aspettativa di vita è più bassa di tre-quattro anni, questi meccanismi vanno rivisti, bisogna tener conto di indicatori sociali, culturali, reddituali. Basta elemosina, bisogna cambiare, non è che la Sanità campana non funzioni ma semplicemente non ha i mezzi economici per garantire le migliori cure per i cittadini”. Il presidente dell’Ordine dei Medici invita la Regione a puntare i piedi con il Governo sulla questione finanziamenti, “assicurando –continua il presidente Scotti – a mettere in campo i meccanismi di controllo contro gli sprechi, al fianco delle Istituzioni punendo chi si appropriasse dei fondi pubblici per interessi personali, non per la salute dei cittadini, ma il dato è che è che medici e professionisti della sanità sono in sofferenza”.

“Abbiamo scelto un tema particolarmente delicato, cui l’opinione pubblica è sensibile e un’immagine e uno slogan forti, perché vogliamo segnalare l’emergenza – spiega **Filippo Anelli**, Presidente dell’OMCeO di Bari -. Il Piano di rientro prima, la nuova legge di stabilità ora stanno comprimendo costantemente le risorse investite in Sanità e penalizzando soprattutto regioni del sud come la Puglia. Esiste una correlazione diretta tra povertà e malattia. Tutte le statistiche lo dicono. Se continuiamo a effettuare tagli al sistema sanitario nazionale, non solo avremo una Sanità in cui chi può pagare si può curare e chi non se lo può permettere rinuncerà alle cure, ma potremo fare meno prevenzione e avremo nel complesso una popolazione con un’incidenza maggiore di malattie. Come Ordine chiediamo che sia applicato l’art. 3 della Costituzione italiana, secondo cui è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli che limitano l’eguaglianza dei cittadini”, conclude Anelli.

La campagna prende le mosse dai risultati del Rapporto Ericare 5 (European Cancer Registry), il progetto europeo di ricerca sulla sopravvivenza al cancro promosso dall'Istituto tumori di Milano e dall'Istituto Superiore di Sanità, i cui risultati sono stati discussi ieri alla sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bari.

I dati di Eurocare 5 dimostrano che la sopravvivenza per tumore è più elevata nei paesi del Nord Europa (59.6%) e Centro Europa (58%), intermedia nel Sud Europa (54.3%) e in Irlanda e UK (50%), e ai livelli più bassi nell'Est Europa (45%). La sopravvivenza è correlata con la spesa sanitaria nazionale totale e i maggiori incrementi di sopravvivenza si sono registrati nei paesi dove la spesa è aumentata maggiormente. Ne deriva che le probabilità di sopravvivenza per un abitante del Nord Europa colpito da tumore sono più alte di un italiano affetto dalla stessa patologia.

"L'Italia - spiega l'Omceo di Bari - spende, pro-capite 3.027\$, molto meno dei Paesi limitrofi quali Austria (4.593\$), Francia (4.121\$) e Germania (4.650\$). Dal 2009 al 2012 la spesa sanitaria pro-capite in Italia è scesa dell'1,1% (Dati Ministero del Lavoro). In rapporto al PIL spendiamo in Sanità meno della Grecia: 8,8% contro il 9,2% (OCSE Health Statistics 2015) e siamo al 22° posto nella classifica EuroHealth Consumer Index 2015. Inoltre, si nota anche a livello nazionale una disparità territoriale nella distribuzione delle risorse investite in Sanità. La spesa sanitaria in Puglia nel 2014 è stata di 7,1 miliardi di euro, mentre a parità di popolazione una regione come l'Emilia Romagna ne ha spesi 8,7 miliardi (Dati Agenas)".

"Nel corso del Piano di Rientro 2011-2013 - prosegue la nota dell'Omceo di Bari - il blocco del turn over in Puglia ha determinato un depauperamento di risorse pari al 6% del personale del SSN (circa 3500 unità). Con conseguenze che erano evidenti già nel 2012: la Puglia aveva 89,6 unità di personale sanitario ogni 10mila abitanti contro i 133,5 dell'Emilia Romagna e i 135,4 della Toscana (dati Istat 2012). Se guardiamo solo a medici e odontoiatri, ogni 10mila abitanti nel 2012

erano 19,6 in Emilia Romagna e 22,1 in Toscana contro i 15,4 della Puglia. E l'equità territoriale non è riscontrabile nemmeno se si guardano i numeri dei posti letto. I posti letto per assistenza residenziale ogni 10mila abitanti erano 16,8 in Puglia, contro i 39,9 della Toscana e i 47,9 dell'Emilia Romagna. Infine, benché elevato in termini assoluti, il costo per abitante del personale in Puglia è tra i più bassi d'Italia, dopo Lazio e Campania".

“Una diseguaglianza territoriale nell'accesso al diritto alla salute certificata dalla Corte dei Conti”, afferma l'Ordine di Bari ricordando la Relazione 2014 della Corte dei Conti sugli andamenti della finanza territoriale che cita: “La fruibilità del diritto alla salute da parte dei cittadini non sembra uniforme sul territorio nazionale”.

**04 marzo 2016**

© Riproduzione riservata

## Arriva il pin unico per la Pa on line scuola, fisco e sanità

### SEMPLIFICAZIONE

ROMA E' uno dei perni della rivoluzione digitale promessa dal premier Matteo Renzi. Entro il 2017, ciascun cittadino potrà disporre di un recapito elettronico attraverso il quale dialogare con la Pa e sbrigare in questo modo comodamente da casa affari che oggi costano lunghe trafale presso gli uffici. Il Pin unico sarà presentato dal governo nel corso di questa settimana. Ma la filosofia della riforma l'ha anticipata alcuni giorni fa il ministro della Pubblica amministrazione Marianna Madia spiegando che «lo strumento diventerà per ogni cittadino un pò come il codice fiscale per consentirgli, attraverso un solo sistema di autenticazione, di avere i servizi pubblici online, di adempiere agli obblighi verso lo Stato e di scambiare in via telematica dati e informazioni».

### ANTICIPO

In 5 Regioni italiane ci sono già più di 300 servizi online a cui si può accedere attraverso il Pin unico. Si va da tutti quelli di Inps e Inail, ad alcuni servizi delle Entrate (come le dichiarazioni dei redditi, gli studi di settore, i rimborsi, i versamenti e le risultanze catastali) a quelli delle Regioni (modello unico per l'edilizia e fascicolo sanitario elettronico), alla scuola. Come funzionerà il sistema pubblico di identità digitale (Spid)? Il sistema consenti-

**PASSWORD DIGITALE  
AD OGNI CITTADINO  
PER DIALOGARE  
CON TUTTI I SERVIZI  
DELL'AMMINISTRAZIONE  
PUBBLICA**

rà di accedere ai servizi online della PA e delle imprese tramite un Pin unico che potrà essere rilasciato sia dagli enti pubblici (tra i quali Inps ed Agenzia delle Entrate) ma anche da provider privati. In quest'ottica, l'Agenzia per l'Italia digitale ha reclutato Poste, Telecom Italia e InfoCert. Si tratta delle tre società che hanno ottenuto dall'Agenzia l'abilitazione per poter diventare identity provider, ovvero coloro che dovranno fornire le credenziali di accesso a quanti intenderanno utilizzare i servizi online della pubblica amministrazione, ma anche quelli dei privati che aderiranno. Per ottenere un'identità Spid l'utente deve farne richiesta al gestore il quale, dopo aver verificato i dati, emette l'identità digitale rilasciando le credenziali all'utente. Il cittadino può scegliere il gestore di identità digitale che preferisce. Sebbene l'identità digitale contenga una serie di informazioni sul cittadino, Spid risponde al principio di condivisione minima degli attributi. Un gestore di servizi potrebbe richiedere la conoscenza del nome, del cognome e la data di nascita del titolare per poter accedere al proprio servizio: i dati verranno passati dal gestore dell'Identità Digitale solamente se vi sarà l'esplicito consenso. L'identità è costituita da credenziali con caratteristiche differenti in base al livello di sicurezza richiesto per l'accesso. Tre i livelli di sicurezza: il primo permette l'autenticazione tramite ID e password stabilita dall'utente, il secondo aggiunge la generazione di una one-time password aggiuntiva e il terzo prevede l'aggiunta di una smart card. E proprio nel terzo livello che si potranno realizzare sinergie con la carta di identità elettronica sulla quale il governo punta molto.

**Michele Di Branco**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SALUTE E DIRITTO**

## Tutta la Cassazione 2015

*Massimario civile: le più importanti sentenze sanitarie*

**A**nche quest'anno la Corte di cassazione fa il sunto degli orientamenti giurisprudenziali, con la rassegna quest'anno coordinata dal dott. Giuseppe Fuochi Tinarelli e opera dei magistrati dell'Ufficio del Massimario civile. I riflettori in sanità sono puntati sui grandi temi del diritto alle cure e all'autodeterminazione. La gran parte dei temi

affrontati sono i consueti pilastri della responsabilità medica: colpa della struttura, ripartizione dell'onere della prova, consenso del paziente. E nelle aule giudiziarie irrompe il tema dell'«appropriatezza».

FERRARI A PAG. 2-3

RASSEGNA MASSIMARIO CIVILE/ Le principali sentenze emesse dalla Suprema corte

# 2015: la sanità in Cassazione

Tra tutele e responsabilità clinica l'appropriatezza debutta nei giudizi

**C**ome ogni anno, la Cassazione fa il sunto degli orientamenti giurisprudenziali, con la rassegna quest'anno coordinata dal dott. Giuseppe Fuochi Tinarelli ed è opera dei magistrati dell'Ufficio del Massimario.

I riflettori, in ambito di sanità, sono puntati sui grandi temi del diritto alle cure e all'autodeterminazione.

La gran parte dei temi affrontati sono i consueti pilastri della responsabilità medica: quando la colpa ricade sulla struttura, ripartizione dell'onere della prova e consenso del paziente. Tra le pieghe della giurisprudenza si fa sempre più insistente il tema della valutazione del termine "appropriatezza" al fine di dare concretezza al diritto costituzionale alla salute.

pagine a cura di **Paola Ferrari**  
avvocato

**A**lcuni temi affrontati sono i classici della responsabilità medica: responsabilità della struttura, ripartizione dell'onere della prova e consenso informato.

**La responsabilità verso il paziente**

Quanto alla natura del rapporto tra paziente e struttura ospedaliera, sezione 3, n. 18610/2015, ha riaffermato in via generale che esso ha la sua fonte in un atipico contratto a prestazioni corri-

spettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente), insorgono a carico della casa di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo latu sensu alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni o emergenze.

Nello stesso ambito, è stato precisato da sezione 3, n. 21090/2015, che la responsabilità di un nosocomio per contratto cosiddetto di ospedalità deriva dall'obbligo di erogare la propria prestazione con massima diligenza e prudenza; essa comprende, oltre all'osservanza delle normative di ogni rango in tema di dotazione e struttura delle organizzazioni di emergenza, la tenuta in concreto, per il tramite dei suoi operatori, di condotte adeguate alle condizioni disperate del paziente, anche in rapporto alle precarie o limitate disponibilità di mezzi o risorse, pur conformi alle dotazioni o alle istruzioni previ-

ste dalla normativa vigente, adottando di volta in volta le determinazioni più idonee a scongiurare l'esito infausto.

Nella fattispecie, la Corte di merito, pur rilevando che il paziente fosse giunto nel nosocomio in condizioni disperate, aveva correttamente individuato, quali potenziali cause letali, il ritardo nella comunicazione dei decisivi dati di laboratorio e nell'avvio dell'intervento chirurgico, così come «le modalità di manipolazione del già devastato bacino del paziente», mentre anche un'eventuale conformità della non adeguata scorta di sangue alle previsioni normative, non avrebbe potuto esentare l'azienda ospedaliera dalla immediata richiesta di altro sangue a strutture più dotate, o dall'immediato trasferimento del paziente in struttura più attrezzata.

**La struttura è responsabile anche se il medico è quello di fiducia**

La Corte ha ribadito la natura contrattuale della responsabilità della cura (o dell'ente) nei confronti del paziente che può conseguire, ai sensi dell'articolo 1218 del codice civile, all'inadempimento della prestazione medico professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale, non rilevando in contrario la circostanza che il sanitario risulti essere anche di fiducia dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto.

**La transazione tra medico e paziente chiude la causa anche con la struttura**

Nella differente ipotesi in cui la domanda risarcitoria abbia a oggetto solo l'opera del medico e non anche i profili strutturali e organizzativi della struttura sanitaria, sezione 3, n. 15860/2015, ha ritenuto che la transazione tra medico e danneggiato, con conseguente declaratoria di cessata materia del contendere, impedisce la prosecuzione dell'azione nei confronti della struttura medesima, perché questa è convenuta in giudizio solo in ragione del rapporto di lavoro subordinato col professionista, e dunque per fatto altrui, sicché la transazione raggiunta tra il medico e il danneggiato, escludendo la possibilità di accertare e dichiarare la colpa del primo, fa venir meno la responsabilità della struttura, senza che sia neppure possibile invocare l'articolo 1304 del codice civile.

**La struttura è responsabile per le procedure di sicurezza clinica**

La sezione 3, n. 24213/2015, ha affermato che in tema di inadempimento di obbligazioni professionali il comma 2 dell'articolo 1176 del Cc, prescrive un criterio più rigoroso di accertamento della colpa e che la nozione del professionista medio secondo la giurisprudenza della Corte sottende un professio-

nista «bravo, serio, preparato, zelante, efficiente».

In applicazione di tale principio, la Corte ha confermato la decisione di merito che aveva ritenuto responsabile l'azienda ospedaliera per lesioni derivate da un trapianto di cornee infette fornite dalla "banca degli occhi" gestita dalla stessa struttura ospedaliera.

**Quando il paziente transita in strutture diverse la responsabilità non può essere frazionata**

Restando in tema, ma sul versante dell'accertamento dell'efficienza concausale di un fattore naturale, sezione 3, n. 08995/2015, ha ritenuto che, una volta accertato il nesso causale tra l'inadempimento e il danno lamentato, l'incertezza circa l'eventuale efficacia concausale di un fattore naturale non rende ammissibile, sul piano giuridico, l'operatività di un ragionamento probatorio semplificato che conduca a un frazionamento della responsabilità, con conseguente ridimensionamento del quantum risarcitorio secondo criteri equitativi. In applicazione di tale principio, la Corte ha confermato la decisione con cui il giudice di merito, in relazione al danno celebrato patito da un neonato, aveva posto l'obbligo risarcitorio interamente a carico della struttura sanitaria in cui egli era stato ricoverato immediatamente dopo il parto - avvenuto in altra struttura - e presso la quale aveva contratto un'infezione polmonare, e ciò sebbene le risultanze della consulenza tecnica d'ufficio non avessero escluso la possibilità che un contributo concausale al pregiudizio lamentato fosse derivato da una patologia sviluppata in occasione della nascita.

**Responsabilità dell'Asl per l'atto del Mmg - danno da vaccinazione**

Con riferimento poi al rapporto tra medico generico e Azienda sanitaria locale, sezione 3, n. 06243/2015, ha affermato la responsabilità della Azienda sanitaria locale ex articolo 1228 del Cc in ordine al fatto illecito commesso dal medico generico, con essa convenzionato, nell'esecuzione delle prestazioni curative che siano com-

prese tra quelle assicurate e garantite dal Servizio sanitario nazionale in base ai livelli stabiliti dalla legge.

In tema di ripartizione degli oneri probatori, sezione 3, n. 21177/2015, ha ribadito che, da un lato, l'attore deve provare l'esistenza del rapporto di cura, il danno e il nesso causale, allegando solo la colpa del medico; dall'altro, questi deve provare che l'eventuale insuccesso dell'intervento, rispetto a quanto concordato o ragionevolmente attendibile, è dipeso da causa a sé non imputabile.

Principio affermato a conferma della impugnata decisione di merito che aveva escluso la responsabilità del medico per una vaccinazione inoculata per via intramuscolo, eseguita nel rispetto dei protocolli per la localizzazione e le modalità operative della iniezione, riconducendo l'evento dannoso al caso fortuito ovvero all'andamento variabile e imprevedibile del nervo circonflesso, come accertato nella consulenza tecnica d'ufficio.

**La scelta tra atti terapeutici**

Quanto al profilo della colpa in relazione alla possibile scelta che il medico può operare tra diversi tipi di trattamento sanitario, di sicuro interesse, appare sezione 3, n. 19213/2015, secondo cui, qualora nel corso di un trattamento terapeutico o di un intervento, emerga una situazione la cui evoluzione può comportare rischi per la salute del paziente, il medico, che abbia a disposizione metodi idonei a evitare il verificarsi della situazione pericolosa, è tenuto a impiegarli, essendo suo dovere professionale applicare metodi che salvaguardino la salute del paziente, preferendoli a quelli che possano anche solo esporla a rischio, sicché, ove egli privilegi il trattamento più rischioso e la situazione pericolosa si determini, non riuscendo egli a superarla senza danno, la colpa si radica già nella scelta inizialmente compiuta.

In applicazione di tale principio, la Corte ha cassato la sentenza impugnata che aveva ritenuto esente da colpa un medico in relazione alla scelta compiuta di sotto-

porre un paziente, affetto da paraparesi spastica, ad intervento di emia discale per via transarticolare, in luogo del meno rischioso intervento anteriore alla colonna attraverso toracotomia destra, con determinazione della situazione pericolosa connessa al detto rischioso intervento e conseguente necessità di un secondo intervento, attraverso toracotomia, all'esito del quale era residua una lesione dell'integrità psicofisica stimata pari al 68 per cento.

**La statistica non libera il medico**

Rilevante appare, inoltre, sezione 3, n. 13328/2015, che ha affermato come al medico convenuto in un giudizio di responsabilità - per superare la presunzione a suo carico posta dall'articolo 1218 del codice civile - non basti dimostrare che l'evento dannoso per il paziente costituisca una "complicanza", rilevabile nella statistica sanitaria, dovendosi ritenere tale nozione priva di rilievo sul piano giuridico e soltanto indicativa "nel lessico medico" di un evento, insorto nel corso dell'iter terapeutico, astrattamente prevedibile ma non evitabile, nel cui ambito il peggioramento delle condizioni del paziente può solo ricondursi a un fatto o prevedibile ed evitabile, e dunque ascrivibile a colpa del medico, ovvero non prevedibile o non evitabile, si da integrare gli estremi della causa non imputabile.

Va parimenti segnalata sezione 3, n. 06438/2015, Petti, Rv. 634965, che ha affermato come il primario ospedaliero, in ferie al momento del contatto sociale, del ricovero e dell'intervento, non possa essere chiamato a rispondere delle lesioni subite da un paziente della struttura ospedaliera solo per il suo ruolo di dirigente, non essendo configurabile una

sua responsabilità oggettiva.

#### Condotta omissiva

Sempre in tema di responsabilità, ma con riguardo alla condotta omissiva del medico, sezione 3, n. 07682/2015, ha confermato la decisione con cui il giudice di merito aveva ravvisato la responsabilità di un aiuto primario di ostetricia che, accertato il grave stato di sofferenza del feto sulla base delle inequivocabili risultanze dell'esame del tracciato cardiocografico e di quello amnioscopico, a dispetto dell'estrema urgenza dell'intervento, ometteva di procedere - in attesa dell'arrivo del primario - all'esecuzione del parto cesareo, di per sé eseguibile anche da un solo medico con l'ausilio di uno strumentista. In particolare, la Corte ha aggiunto che il contegno tenuto dall'aiuto primario nella fattispecie sopra sinteticamente descritta ha violato gli obblighi su di esso gravanti, i quali includono non solo quello di attivarsi secondo le regole dell'arte medica, avuto riguardo al suo standard professionale di specialista, ma anche di salvaguardare, ai sensi dell'articolo 1375 del codice civile, la vita del paziente.

#### L'accertamento del nesso causale

Quanto al criterio di accertamento del nesso causale, sezione 3, n. 03390/2015, ha ribadito l'utilizzo del criterio della preponderanza dell'evidenza (altrimenti definito anche del più probabile che non), già più volte utilizzato dalla Corte (tra le decisioni più recenti: sezione 3, n. 22225/2014, Rv. 632945), criterio che implica una valutazione della idoneità della condotta del sanitario a cagionare il danno lamentato dal paziente che deve essere correlata alle condizioni del medesimo, nella loro irripetibile singolarità.

Nella fattispecie in esame,

la Corte ha ritenuto immune da vizi logici la decisione con cui il giudice di merito aveva affermato la responsabilità di una struttura sanitaria, in relazione alla paralisi degli arti inferiori subita da un paziente sottoposto a un intervento di trombectomia, per essere stato omissivo un trattamento preventivo a base di eparina, sebbene lo stesso non fosse previsto da alcun protocollo, ma solo raccomandato in via precauzionale nella letteratura scientifica perché in astratto idoneo a prevenire tale complicità, attesa l'oggettiva gravità del rischio, sul piano causale, a carico del paziente per le sue particolari condizioni personali, trattandosi di soggetto fumatore, affetto da diabete e, verosimilmente, da vasculopatia.

#### La cartella clinica non completa inchioda il medico

La sezione 3, n. 12218/2015, ha ritenuto che l'eventuale incompletezza della cartella clinica costituisca una circostanza di fatto che il giudice può utilizzare per ritenere dimostrata l'esistenza di un valido legame causale tra l'operato del medico e il danno patito dal paziente soltanto quando proprio tale incompletezza abbia reso impossibile l'accertamento del relativo nesso eziologico e il professionista abbia comunque posto in essere una condotta astrattamente idonea a provocare la lesione. Nel caso risulti accertata una condotta che depone per la responsabilità del medico operante e, conseguentemente, della struttura sanitaria, secondo sezione 3, n. 08989/2015, spetta all'uno e all'altra, in applicazione del principio della vicinanza della prova (o di riferibilità), provare che il risultato "anomalo" o "anormale", rispetto al convenuto esito dell'intervento, sia dipeso da un evento imprevedibile, non superabile con l'adeguata diligenza.

#### Danno da consenso informato

Con riferimento al danno cagionato dalla mancata acquisizione del consenso informato del paziente in ordine all'esecuzione di un intervento chirurgico, sezione 3, n. 12205/2015, ha affermato che esso è risarcibile, ancorché apparisse, ex ante, necessitato sul piano terapeutico e sia pure risultato, ex post, integralmente risolutivo della patologia lamentata, integrando comunque tale omissione dell'informazione una privazione della libertà di autodeterminazione del paziente circa la sua persona, in quanto preclusiva della possibilità di esercitare tutte le opzioni relative all'espletamento dell'atto medico e di beneficiare della conseguente diminuzione della sofferenza psichica, senza che detti pregiudizi vengano in alcun modo compensati dall'esito favorevole dell'intervento.

#### Il danno da mancato consenso e da malpractice non coincidono

Nello stesso ambito, va segnalata sezione 3, n. 02854/2015, che ha ritenuto come l'acquisizione del consenso informato del paziente, da parte del sanitario, costituisca prestazione altra e diversa rispetto a quella avente a oggetto l'intervento terapeutico, di talché l'errata esecuzione di quest'ultimo dà luogo a un danno suscettibile di ulteriore e autonomo risarcimento rispetto a quello dovuto per la violazione dell'obbligo di informazione, anche in ragione della diversità dei diritti - rispettivamente, all'autodeterminazione delle scelte terapeutiche e all'integrità psicofisica - pregiudicati nelle due differenti ipotesi. In forza di tale principio, la Suprema corte ha cassato la decisione con cui il giudice di merito aveva ritenuto assorbito, nel risarcimento del danno da mancata acquisizione del consenso informato, anche il pregiudizio cagionato da un medico ortopedico per avere imprudentemente sottoposto a intervento di artroscopia un paziente affetto da gotta, esponendolo al rischio - poi

effettivamente concretizzato - di riaccutizzazione flogistica.

#### Il consenso informato non deve essere "fugace" e "improprio"

Meritevole di menzione anche sezione 3, n. 19212/2015, secondo cui il medico viene meno all'obbligo di fornire idonea ed esaustiva informazione al paziente, al fine di acquisirne un valido consenso, non solo quando omette del tutto di riferirgli della natura della cura prospettata, dei relativi rischi e delle possibilità di successo, ma anche quando ne acquisisca con modalità improprie il consenso, sicché non può ritenersi validamente prestato il consenso espresso oralmente dal paziente. Nel caso di specie, la Corte ha negato che - in relazione a un intervento chirurgico effettuato sulla gamba destra di un paziente, privo di conoscenza della lingua italiana e sotto narcosi - potesse considerarsi valida modalità di acquisizione del consenso informato all'esecuzione di un intervento anche sulla gamba sinistra, l'assenso prestato dall'interessato verbalmente nel corso del trattamento.

#### Il paziente che chiede i danni li deve dettagliare

Tra le pronunzie di natura eminentemente processuale, da un lato, sezione 3, n. 13328/2015 che ha precisato come nei giudizi risarcitori la domanda debba descrivere in modo concreto i pregiudizi dei quali si chiede il ristoro, senza limitarsi a formule generiche, come la richiesta di risarcimento dei danni subiti e subendi, perché tali domande, quando non nulle ex articolo 164 del codice di procedura civile, non obblighino il giudice a provvedere sul risarcimento di danni che siano concretamente descritti solo in corso di causa.

# quotidianosanita.it

Giovedì 03 MARZO 2016

## Direttori Generali Asl si cambia. Dalla Conferenza Unificata parere positivo al decreto che ridefinisce la disciplina degli incarichi

***È arrivato nella seduta di oggi il via libera al D.lgs attuativo della legge delega sul PI che recepisce quanto previsto dall'art. 11 per ridefinire le procedure di nomina, valutazione e decadenza dei Direttori generali, sanitari, amministrativi e socio sanitari di Asl, Ao e Aziende Ospedaliere Universitarie. La scelta dei manager avverrà solo tra quelli inseriti in un elenco ad hoc. [IL TESTO](#)***

Un elenco nazionale, presso il Ministero della Salute, dei soggetti idonei a ricoprire l'incarico di Direttore generale di Asl, Ao e altri Enti del Ssn, Aziende Ospedaliere Universitarie comprese. Disposizioni ad hoc per il conferimento degli incarichi e decadenza da Direttore generale in caso di gravi disavanzi, per violazioni di legge o per il mancato rispetto delle norme in materia di trasparenza. Nuove misure per il conferimento degli incarichi di Direttore sanitario, amministrativo e socio sanitario.

La "benedizione" al cambio di passo per manager&co delle Aziende sanitarie del Ssn, comprese quelle ospedaliere universitarie è arrivata oggi dalla Conferenza Unificata che ha espresso parere positivo all'oschema di decreto legislativo attuativo della legge di riforma della Pa in applicazione dell'articolo 11, lettera p) della legge delega sulla Pubblica Amministrazione.

Un giro di boa per il sistema di conferimento degli incarichi dei manager della sanità pubblica. Con il provvedimento ([approvato dal CdM il 20 gennaio scorso](#)) vengono infatti ridefinite le procedure di nomina, valutazione e decadenza dei manager per uniformarle a principi di trasparenza e di merito, con l'obiettivo di slegare i vertici delle aziende dalle influenze della politica regionale e agganciarli a valutazioni tecnico professionali basate sulle competenze.

### **Vediamo in sintesi cosa cambia.**

**Elenco nazionale.** Viene istituito, presso il Ministero della Salute, un elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di Dg delle aziende sanitarie e degli altri enti del Ssn. L'elenco dovrà essere aggiornato ogni due anni. E sempre con cadenza biennale. per la formazione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei, verrà nominata una Commissione ad hoc composta da cinque esperti di comprovata competenza ed esperienza che potranno essere nominati una sola volta e resteranno in carica per il tempo necessario alla formazione dell'elenco.

Alla selezione sono ammessi i candidati che non abbiano compiuto 65 anni di età in possesso di: diploma di laurea; comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori; attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

Non possono essere reinseriti nell'elenco nazionale coloro che siano stati dichiarati decaduti dal precedente incarico di Direttore generale per violazione degli obblighi di trasparenza.

Le Regioni potranno procedere a nominare Direttori generali esclusivamente gli iscritti all'elenco

nazionale. Una commissione regionale composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, ed uno designato dall'Agenas, procederà poi a una valutazione per titoli e colloquio dei candidati, tenendo conto anche di eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza.

Il presidente della regione sceglierà poi tra una terna di candidati quello che presenta i requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire.

Nella terna proposta, non potrà essere inserito chi ha ricoperto già per due volte l'incarico di Direttore generale nella stessa Asl, Ao o Ente del Ssn.

La durata dell'incarico di direttore generale non potrà essere inferiore a tre anni e superiore a cinque. In caso di Commissariamento delle Aziende sanitarie il commissario verrà scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale.

**Verifiche e decadenza degli incarichi.** Trascorsi 24 mesi dalla nomina di ciascun Direttore generale, la Regione, entro sessanta giorni, dovrà verificare i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi e, in caso di esito negativo, il manager perderà immediatamente la poltrona con risoluzione del relativo contratto. Una decadenza immediata che potrà avvenire anche in caso di gravi e comprovati motivi o nel caso in cui la gestione dovesse presentare una situazione di grave disavanzo o ancora in caso di manifesta violazione di legge o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, nonché per violazione degli obblighi in materia di trasparenza.

**Aziende ospedaliere universitarie.** Tutte le disposizioni si applicano anche alle Aziende ospedaliere universitarie, ferma restando per la nomina del Direttore generale l'intesa del Presidente della Regione con il Rettore.

**Direttori sanitari e amministrativi.** Per quanto riguarda le disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e di direttore dei servizi socio-sanitari di strutture sanitarie enti del Ssn la commissione dovrà valutare i titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati, secondo specifici criteri indicati nell'avviso pubblico. Anche in questo caso l'elenco regionale sarà aggiornato con cadenza biennale, e l'incarico di direttore amministrativo, di direttore sanitario e di direttore dei servizi socio sanitari non potrà avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.

Il conferimento di questi incarichi sia incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

**E.M.**

## *Il prospetto disabili diventa telematico*

Via libera al nuovo prospetto informativo online sui disabili. In attuazione della riforma Jobs act, infatti, il ministero del lavoro ha modificato la documentazione degli standard relativi al prospetto disabili e le classificazioni, con novità che entreranno in vigore dal 15 aprile. Da tale data e fino al 15 maggio, pertanto, si potrà presentare il prospetto relativo all'anno 2015. Lo spiega il ministero del lavoro nella nota prot. n. 1349 del 4 marzo.

L'aggiornamento dei codici. Un primo aggiornamento concerne gli standard del sistema informativo delle comunicazioni obbligatorie (Co), che incide anche su ogni altra tipologia di comunicazione effettuata tramite il sistema cliclavoro, quindi anche per il nuovo prospetto disabili. Nel dettaglio, gli interventi sono due e riguarderanno: l'aggiornamento della tabella «Comuni e stati esteri», per via della eliminazione di alcuni comuni; la chiusura della tipologia di contratto «L.02.00 = associazione in partecipazione».

Il nuovo prospetto. Numerose sono le novità che aggiornano il prospetto informativo disabili (il modello Unipi). Tra l'altro, nella sezione 2 del modello, relativa ai «dati provinciali» (da compilare tante volte quante sono le province di competenza del datore di lavoro), è adesso possibile indicare, nel campo «N° Disabili in invalidità superiore al 50% o ascrivibile alla quinta categoria, in base alla tabella allegata al dpr n. 246/1977, assunti con contratto a tempo parziale, a prescindere dall'orario di lavoro svolto. In tal caso, cioè possono essere considerati a tempo pieno e conteggiati come un'unità, sia dai datori di lavoro pubblici sia da quelli privati che occupano da 15 a 35 dipendenti.

Altre novità. Altra novità è l'introduzione di una sezione riservata alle aziende che hanno autocertificato l'esonero parziale rispetto all'obbligo dell'assunzione dell'art. 3 della legge n. 68/1999, per la presenza di lavoratori per i quali pagano un tasso di premio ai fini Inail pari o superiore al 60 per mille. La possibilità di autocertificare l'esonero dall'assunzione di disabili opera in cambio del pagamento del contributo di 30,64 euro per giorno e per disabile non assunto, e interessa i datori di lavoro privati e gli enti pubblici economici. Le istruzioni al nuovo modello spiegano che, qualora sono presenti più autocertificazioni inviate nell'anno di riferimento del prospetto informativo, deve essere indicata soltanto la più recente.

Altra novità è l'aggiornamento della sezione relativa alle «compensazioni territoriali» al fine di considerare l'introduzione, a favore soltanto dei datori di lavoro pubblici, della facoltà di una compensazione automatica. Questa può avvenire solo con riferimento a unità produttive di una stessa regione. I datori di lavoro pubblici che se ne avvalgono devono trasmettere in via telematica il prospetto informativo a ciascuno degli uffici competenti, anche in assenza di cambiamenti nella situazione occupazionale tale da modificare l'obbligo o da incidere sul computo della quota di riserva.

Il prospetto a maggio. Tutte le novità (i nuovi standard per cliclavoro), precisa la nota ministeriale, entreranno in vigore dal 15 aprile. Di conseguenza, il prospetto informativo, come già anticipato dallo stesso ministero del lavoro con la nota prot. 970/2016, su *ItaliaOggi* del 19 febbraio), si potrà presentare nell'arco dei 30 giorni che va dal 15 aprile al 15 maggio.

*Daniele Cirioli*



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



Oggi alle 12 l'audizione in commissione sulle carenze di presidi e ospedali dell'area sorrentina

## L'emergenza sanitaria arriva in Regione

**SORRENTO (sf)** - Una giornata importante quella di oggi per la sanità nell'area sorrentina. Alle 12, infatti, presso la V Commissione della Regione Campania, presieduta da **Raffaele Topo**, si terrà un'audizione per rappresentare necessità e individuare prospettive per la sanità pubblica locale. Un'audizione che segue di poche ore l'ultima visita nell'ospedale di Sorrento del commissario dell'Asl Na 3 Sud, **Antonietta Costantini**. Una visita 'indotta' anche dalle polemiche crescenti nel nosocomio cittadino in relazione al paventato rischio di trasferire il day hospital oncologico. Su Palazzo Santa Lucia sono quindi puntati gli occhi dei primi cittadini dei comuni della

zona, a partire da quello sorrentino. "Un intervento da me sollecitato, al quale hanno preso parte anche i sindaci di Sant'Agnello, Piergiorgio Sagristani e Vico Equense, Benedetto Migliaccio, e il consigliere

regionale **Loredana Raia** - ha detto, infatti, **Giuseppe Cuomo**, fascia tricolore di Sorrento - Alla dottoressa Costantini, i primari dei vari reparti hanno manifestato in primo luogo la carenza presso gli

ospedali riuniti di Sorrento e Vico Equense, di personale medico e paramedico, per garantire l'assistenza minima ai pazienti, oltre alla necessità di occupare gli spazi non utilizzati". Saranno molteplici, dunque, le problematiche che oggi verranno portate in Regione, anche sulla scorta di relazioni e dichiarazioni d'urgenza cui hanno lavorato i primari dei reparti ospedalieri. I sindaci, a seguito dell'incontro avvenuto con il commissario straordinario si dicono fiduciosi. A Costantini è stato evidenziato come la penisola sorrentina sia stata penalizzata sul fronte dell'assistenza sanitaria nel corso degli ultimi anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## LA RELAZIONE

# Asl Napoli 3, altro che spending review La Corte dei Conti boccia i bilanci

■ Sono ancora da approvare gli esercizi degli ultimi due anni: 2014 e 2015  
I costi della sanità restano invariati: «Nessun effetto sul piano di rientro»

La Corte dei Conti boccia i bilanci dell'Asl Napoli 3 Sud. Altro che spending review ai tempi dei piani di rientro ordinati dalla Regione Campania. Nel mirino finiscono gli esercizi degli ultimi due anni, stando alla relazione annuale della Procura della magistratura contabile: «Per quanto riguarda l'Asl Napoli 3 - si legge - nella relazione trasmessa ai fini del monitoraggio del Programma Operativo Azienda predisposto in risposta alla delibera della Corte dei Conti numero 17/2015, si rappresenta che alla data del 15 gennaio 2016 risultano totalmente regolarizzate le carte contabili relative agli esercizi 2013 e precedenti, mentre sono in corso di regolarizzazione carte contabili per un valore complessivo di circa 18,7 milioni di euro re-



### L'ASL NAPOLI 3

Da poco commissariata, la manager Costantini è all'opera per rimettere in sesto l'ente

lative all'esercizio 2014 ed un residuo valore di carte contabili da regolarizzare relative all'esercizio 2015 pari a circa 20 milioni».

C'è poi il capitolo dei costi, che non sarebbe dovuto lievitare. Anzi, erano previsti abbattimenti per quanto riguarda l'acquisto di beni per la sanità, cosa che invece non è avvenuta stando ai numeri snocciolati dalla magistratura contabile.

Infatti si legge: «L'incidenza del costo per acquisti di beni e servizi risulta costante per il periodo considerato, assestandosi intorno al 24%. Non hanno prodotto gli effetti previsti le azioni contemplate dalle norme sulla spending review».

DADIMAR

## SANITÀ

# Cartelle cliniche, buco da 360mila

■ Copie [sottopagate], si chiudono le indagini della magistratura contabile negli ospedali  
Pronte le richieste di risarcimento ai direttori sanitari: disattesa una delibera del 2010

**DANIELE DI MARTINO**  
CASTELLAMMARE DI STABIA

Cartelle cliniche "sottopagate", si chiude il cerchio sullo scandalo degli ospedali dell'Asl Napoli 3 Sud. La Corte dei Conti è pronta a chiedere i risarcimenti alle direzioni sanitarie che negli anni non si sono adeguate alla nuova normativa. Si parla quindi di «mancato rispetto del regolamento vigente presso la Asl Napoli 3 Sud in tema di accesso agli atti e diritti da pagare in caso di estrazione di copia delle cartelle cliniche», come si legge nella relazione annuale della Procura della magistratura contabile. Un danno ormai quantificato e che ammonta a 363.698,35 euro.

In particolare è l'ospedale San Leonardo tra le strutture sanitarie finite sotto il controllo serrato della Corte dei Conti, che in un anno e mezzo ha messo in fila le migliaia di cartelle cliniche sequestrate dalla guardia di finanza. Nell'inchiesta restano coinvolte tutte le strutture ospedaliere dell'intera Asl, tranne il nosocomio di Nola. Proprio da quest'ultimo ospedale è partito l'esposto destinato a causare l'ennesimo terremoto finanziario nella sanità campana. Il procedimento in atto riguarda un danno erariale che sarebbe stato causato da una cattiva interpretazione di una delibera della direzione generale dell'Asl. Il provvedimento risale al 2010 e regolamenta i costi da sostenere dagli utenti per le copie di atti, tra cui anche le cartelle cliniche degli ospedali. In pratica si tratta delle spese di segreteria, previste ormai in tutti gli enti pubblici. Un regolamento che mette i paletti ai costi delle tariffe per le relative copie. In questo caso, la delibera dell'Asl Napoli 3 Sud ha fissato il costo di 50 centesimi di euro ogni foglio stampato fronte-retro costerebbe all'utente un euro.

Il regolamento, però, sarebbe stato rispettato solo dall'ospedale di Nola, che ha applicato alla lettera le tariffe approvate dall'Asl a partire dal 2010. Gli altri ospedali di Castellammare in primis, poi Boscotrecase, Vico Equense e Sorrento non avrebbero affatto rispettato tali disposizioni, continuando a chiedere una cifra "forfettaria" di cinque euro per ogni fascicolo richiesto dagli utenti. Una differenza di almeno 20-25 euro per ogni cartella clinica, che in base alle nuove disposizioni sarebbe costata tra i 30 e 40 euro considerata l'enorme mole di fogli. Qui si consumerebbe il danno erariale causato dagli ospedali dell'Asl Napoli 3 Sud, grazie a una sbagliata interpretazione della delibera. Infatti il provvedimento del direttore generale non indicherebbe espressamente le cartelle cliniche, ma copie di atti in genere provenienti dagli uffici legati all'Asl. Per questo i direttori sanitari avrebbero continuato a far rispettare le vecchie disposizioni, cioè far pagare la cifra forfettaria di cinque euro per ogni cartella clinica richiesta dai pazienti.

La segnalazione, però, è partita dall'ospedale di Nola e diretta agli uffici della Procura della Corte dei conti. La delega di indagini è poi

passata alla guardia di finanza di Nola. I militari delle fiamme gialle da un anno e mezzo hanno avviato le indagini e fatto visita a tutti gli ospedali coinvolti nella vicenda, acquisendo tutte le cartelle cliniche per quantificare il danno arrecato all'ente.

In particolare le indagini si sarebbero concentrate all'ospedale di Castellammare ma riguarderebbero solo le cartelle dal 2010 fino ai primi mesi del 2014. Infatti, dopo i primi accertamenti delle fiamme gialle, anche il nosocomio stabiese si è adeguato alle disposizioni della famosa delibera del 2010. Non senza proteste da parte dell'utenza, che si è ritrovata a dover pagare cifre esagerate. A rischiare grosso però sono i diversi direttori sanitari che si sono avvicendati nel frattempo nei diversi ospedali. Manager sanitari che hanno interpretato diversamente una delibera e rischiano di dover rimetterci la bellezza di 360mila euro circa.

■ Copie sottopagate per gli utenti: ■ Finanza negli ospedali di Bosco, solo cinque euro per ogni atto ■ Castellammare, Vico e Sorrento

## Cartelle cliniche, sequestri in corsia

DANIELE DI MARTINO  
Castellammare/Nola

Cartelle cliniche sottopagate. In alcune strutture della Asl Napoli 3 Sud, pagamento milliaia di cartelle cliniche dalla guardia di finanza. I costi richiesti sono consistenti. Non richiesta la restituzione delle cartelle cliniche. Il provvedimento in atto riguarda un danno erariale che sarebbe stato causato da una cattiva interpretazione di una delibera della direzione generale dell'Asl. Il provvedimento risale al 2010 e regolamenta i costi da sostenere dagli utenti per le copie di atti, tra cui anche le cartelle cliniche degli ospedali. In pratica si tratta delle spese di segreteria, previste ormai in tutti gli enti pubblici. Un regolamento che mette i paletti ai costi delle tariffe per le relative copie. In questo caso, la delibera dell'Asl Napoli 3 Sud ha fissato il costo di 50 centesimi di euro ogni foglio stampato fronte-retro costerebbe all'utente un euro.



Il servizio di guardia di finanza della Asl Napoli 3 Sud

**IRRESPONSABILI**  
Nel mirino i direttori sanitari: rischiano i manager degli ospedali

A rischio come segnalati i direttori sanitari degli ospedali di Castellammare, Boscotrecase, Vico Equense e Sorrento. La Procura della magistratura contabile ha chiesto il risarcimento per ogni cartella clinica, che in base alla nuova normativa ha una contabilità tra i 30 e 40 euro e costerà l'ennesimo di euro. Qui si consumerebbe il danno erariale causato dagli ospedali dell'Asl Napoli 3 Sud, grazie a una sbagliata interpretazione della delibera. Infatti il provvedimento del direttore generale non indicherebbe espressamente le cartelle cliniche, ma copie di atti in genere provenienti dagli uffici legati all'Asl. Per questo i direttori sanitari avrebbero continuato a far rispettare le vecchie disposizioni, cioè far pagare la cifra forfettaria di cinque euro per ogni cartella clinica richiesta dai pazienti.

Il vice direttore a Sorrento vorrebbe rita ripartire la spesa per le cartelle cliniche, che in base alla nuova normativa ha una contabilità tra i 30 e 40 euro e costerà l'ennesimo di euro. Qui si consumerebbe il danno erariale causato dagli ospedali dell'Asl Napoli 3 Sud, grazie a una sbagliata interpretazione della delibera. Infatti il provvedimento del direttore generale non indicherebbe espressamente le cartelle cliniche, ma copie di atti in genere provenienti dagli uffici legati all'Asl. Per questo i direttori sanitari avrebbero continuato a far rispettare le vecchie disposizioni, cioè far pagare la cifra forfettaria di cinque euro per ogni cartella clinica richiesta dai pazienti.



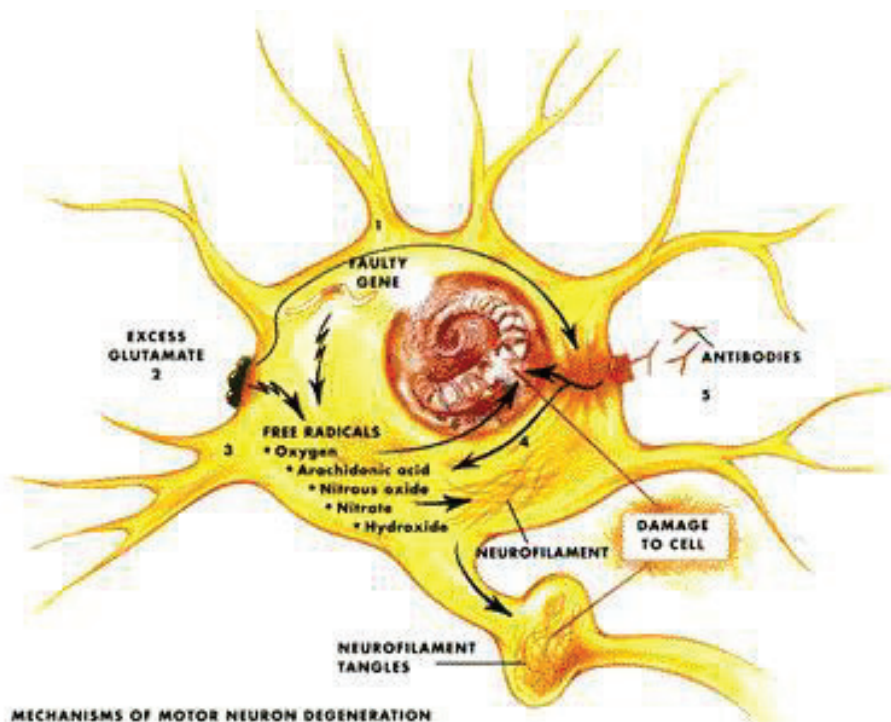
### L'INCHIESTA

La notizia pubblicata da Metropolis lo scorso 5 novembre 2014 sull'acquisizione dei documenti da parte della guardia di finanza, su delega della Procura della Corte dei Conti. Ora l'inchiesta si è chiusa



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



LA SCIENZA PER TUTTI

a cura di Michele Sanvitale

## Parkinson: e se fosse colpa di accumuli di ferro?

**I**l morbo di Parkinson è tra le patologie più frequenti che colpiscono la sfera dei movimenti e dell'equilibrio. È una malattia neurodegenerativa, che presenta un'evoluzione lenta ma progressiva. Nonostante l'incidenza e la conoscenza della patologia che da secoli, secondo antichi documenti indiani e cinesi, è nota, solo nel XIX secolo un medico farmacista londinese ne descrisse in modo scientifico i sintomi racchiudendo i suoi studi nel "Trattato sulla paralisi agitante".

Si sa che colpisce indifferentemente pazienti di ogni etnia, di entrambi i sessi (con una minima prevalenza in quello maschile), con età media di manifestazione intorno ai 60 anni, ma con un 5% di casi anche tra 21 e 40 anni.

Di essa si sa ancora che colpisce particolari aree del cervello note come gangli della base (nuclei caudato, putamen e pallido) che sovrintendono alla corretta esecuzione dei movimenti del corpo. Si manifesta al calare della produzione di dopamina a causa della degenerazione di neuroni; contemporaneamente dal midollo al cervello compaiono accumuli di alfa-sinucleina, una proteina che, quasi fosse un virus, si insinua nelle cellule danneggiandole.

Qui praticamente terminano le "certezze" sulla malattia: non si sa, infatti, la durata della fase preclinica, ovvero il tempo che intercorre tra l'inizio della degenerazione neuronale e la manifestazione dei primi sintomi, né quali possano essere le cause che la scatenino. Alcune ipotesi sono di carattere genetico, con mutazioni che ne sarebbero alla base, tra cui proprio dell'alfa-sinucleina; è presente un fattore ereditario nel 20% circa dei casi; si sono riscontrate connessioni tra l'insorgere della malattia e l'esposizione ad alcune sostanze tossiche che rendono alcune professioni più vulnerabili rispetto ad altre: idrocarburi-solventi (es-



trielina), pesticidi, contatto prolungato con metalli pesanti (ferro, zinco, rame). Il fumo di sigaretta, paradossalmente, sembrerebbe essere un fattore protettivo, andando, forse, a ridurre la comparsa della malattia.

Una ricerca del Buck Institute, istituto di ricerca statunitense, avrebbe individuato un potenziale fattore di insorgenza della malattia nella presenza di ferro nel cervello. Tale accumulo produrrebbe un deterioramento del lisosoma, un organo che esercita un'attività di riciclaggio cellulare delle proteine danneggiate. A causa del suo malfunzionamento, per età o altri fattori non ancora individuati, l'attività del lisosoma diventa sempre più carente non riuscendo a contrastare l'accumulo di ferro che, entrando nei neuroni, produce uno stress ossidativo che può essere predisponente per il morbo di Parkinson.

Julie K. Andersen, ricercatrice che ha coordinato lo studio, illustra i passaggi principali della ricerca: «È stato recentemente scoperto che una delle

funzioni più importanti del lisosomi è quella di immagazzinare ferro in una parte della cellula in cui non può creare reazioni di stress ossidativo. Ora abbiamo dimostrato che una mutazione in un gene lisosomiale (Atp13a2) provoca il rilascio tossico di ferro all'interno della cellula con conseguente morte delle cellule neuronali. Le mutazioni in

questo stesso gene sono state recentemente associate anche a forme sporadiche di Parkinson. Questi risultati suggeriscono quindi che il progressivo malfunzionamento dei lisosomi legato all'invecchiamento, che danneggia la capacità dei neuroni di mantenere il corretto equilibrio del ferro, è probabilmente una delle cause che determinano lo sviluppo del Parkinson».

La stessa ricercatrice già nel 2003 condusse uno studio che indicava in una terapia che impedisse l'accumulo di ferro la mancata insorgenza nelle cavie del morbo. La ricerca odierna supera i limiti della precedente, come chiarisce la stessa autrice: «Questi farmaci però sono molto poco specifici: tirano fuori il ferro dalle cellule indiscriminatamente, e questa sostanza è necessaria per svolgere molte funzioni biologiche in tutto il corpo. Ora abbiamo un obiettivo specifico su cui concentrarci, che potrebbe permetterci di colpire selettivamente la tossicità del ferro solamente all'interno dei neuroni coinvolti».

Convegno in Senato con il supporto non condizionato di Sanofi

# Diabete: servono aderenza appropriatezza e continuità

In Italia in un decennio la percentuale di malati è passata dal 3,7% al 5,5%

DI LARA LUCIANO

**S**econdo le stime dell'International Diabetes Federation, nel 2015 sono 415 milioni le persone con diabete nel mondo (1 adulto su 11), il 46,5% delle quali non ha ancora una diagnosi. In Italia si stima che le persone con diabete siano 3,5 milioni, ovvero circa il 5% della popolazione. E proprio con l'intento di avere una visione generale sulla situazione attuale del diabete in Italia e stimolare la collaborazione tra tutti gli operatori coinvolti si è svolto in Senato, con il supporto non condizionato di Sanofi, il convegno 'Il paziente diabetico: modelli di appropriatezza ed aderenza, per una corretta gestione integrata', che ha visto il coinvolgimento di rap-

presentanti delle istituzioni, società scientifiche, farmacisti, economisti sanitari e associazioni di pazienti, che hanno esaminato anche le migliori best practice, riconoscendo all'esperienza di gestione multidisciplinare un ruolo fondamentale. L'obiettivo finale è la valutazione di nuove soluzioni mirate alla tutela del paziente cronico, senza dimenticare la sostenibilità del sistema sanitario. «Come indicato nel 'Piano nazionale sulla malattia diabetica' è la gestione integrata la reale chiave di volta - ha spiegato Paola Pisanti, Presidente Commissione Nazionale Diabete e Coordinatore Gruppo di lavoro sulle Cronicità del Ministero della Salute - per garantire al soggetto diabetico e/o insulino-dipendente, il miglior percorso terapeutico. È stato un confronto tra tutte le figure del panorama sanitario coinvolte al fine di trovare le migliori soluzioni possibili, mettendo, come sempre, le problematiche del malato di diabete, al centro di ogni iniziativa

migliorativa». «Il diabete in Italia determina una spesa per il SSN pari a 9,5 miliardi di Euro ogni anno a cui vanno aggiunti oltre 10 miliardi di costi indiretti - ha tenuto a precisare Francesco Saverio Mennini, Research Director, Centre for Economic Evaluation and HTA (EEHTA), Università di Roma Tor Vergata - La metà dei pazienti con diabete è, inoltre, affetto da almeno 2 o 3 comorbidità (ipertensione, coronopatia, insufficienza renale e disturbi oculari). Tutto questo determina un aggravio importante per le risorse del sistema sanitario. Uno studio che abbiamo effettuato recentemente ha dimostrato come sia possibile risparmiare circa 1 miliardo di euro potenziando congiuntamente anche il monitoraggio di microalbuminuria e colesterolo, grazie ad una migliore gestione della malattia e alla conseguente riduzione delle comorbidità associate e delle ospedalizzazioni».

## BONORA: «ATTENZIONE ALLE PRESCRIZIONI»

«Il diabete è malattia sistemica e complessa nella patogenesi, nella fisiopatologia e nella sua espressione clinica - ha detto Enzo Bonora, Presidente Società Italiana di Diabetologia (SID) - è molto diffuso perché ormai 4 milioni di italiani ne sono consapevolmente affetti mentre un altro milione ha la malattia senza saperlo. È cronico e può durare molte decadi. La sua gestione nel singolo paziente richiede il coinvolgimento di molti professionisti e una partecipazione attiva da parte dell'interessato che è il vero protagonista della cura. Tale gestione, per ottenere i maggiori benefici clinici e per evitare spreco di preziose risorse, deve basarsi su una rigorosa appropriatezza in chi prescrive esami, farmaci, presidi, procedure e in chi organizza il sistema di cura ma anche una scrupolosa aderenza in chi riceve le prescrizioni». (L. L.)



Enzo Bonora

# La segale e l'avena contribuiscono a prevenire il diabete

## Valutazioni

Il rapporto fra amidi e fibre da cereali è un nuovo criterio per decidere che cosa portare in tavola

**N**ella relazione fra carboidrati e diabete conta più la quantità o la qualità? E che ruolo hanno l'amido, di cui sono ricchi pane, pasta, riso, patate, e la fibra, come quella dei cereali integrali, della frutta e della verdura? Se lo sono chiesti alcuni ricercatori della *Harvard T.H.Chan School of Public Health* di Boston, che all'argomento hanno dedicato uno studio pubblicato dall'*American Journal of Clinical Nutrition*. Per cercare una risposta gli studiosi hanno valutato la relazione fra consumi di carboidrati, amido e fibra e l'in-

sorgere di diabete di tipo 2 in 70 mila donne, seguite per 24 anni nello studio osservazionale *Nurses' Health Study*.

Mentre l'apporto totale di carboidrati non è risultato associato con l'insorgenza di diabete si è visto che il rischio aumentava in presenza di elevati consumi di amido o di bassi consumi di fibra. Tuttavia, quello che rappresentava il migliore parametro per predire l'insorgenza della malattia era il rapporto fra amido e fibra proveniente dai cereali. Considerando questo rapporto (calcolato dividendo i grammi di amido per i grammi di fibra da cereali) gli esperti hanno notato che quando tale rapporto risultava più elevato, il rischio di diabete aumentava significativamente. Secondo i ricercatori questo rapporto potrebbe divenire un nuovo criterio per valutare la qualità dei carboidrati in relazione al diabete. «La proposta — commenta Gabriele Riccardi, professore di Endocrinologia e

Malattie del Metabolismo all'Ateneo Federico II di Napoli — valorizza gli alimenti a base di cereali integrali, scarsamente utilizzati nel nostro Paese, e potrebbe indurre a un ampliamento della varietà dei cereali presenti sulle nostre tavole: non più quasi esclusivamente frumento, riso e mais, ma anche segale, orzo e avena, che hanno un elevato contenuto di fibre, in particolare di quelle solubili, che aiutano a controllare la sazietà e la risposta glicemica postprandiale, contribuendo a ridurre il rischio di sovrappeso e di diabete. Non ha senso "temere" i carboidrati: scegliere gli alimenti ricchi in fibre o con basso indice glicemico (come pasta e riso par-boiled) non solo non aumenta, ma riduce il rischio di diabete. Da noi però solo il 23% degli adulti li utilizza, anche solo sporadicamente e questo ci colloca agli ultimi posti in Europa».

**Carla Favaro** Nutrizionista  
© RIPRODUZIONE RISERVATA

## A confronto

I carboidrati con il rapporto amido-fibra più basso sembrano essere i più indicati per ridurre il rischio di diabete 2.

Valori per etto di alimento (al crudo)

Alimenti	Amido g	Fibra g	Rapporto amido/fibra	Energia kcal
Muesli	41,4	6,4	6,5	364
Orzo perlato	64,1	9,2	7	319
Farro	58,5	6,8	8,6	335
Pane di segale	39,5	4,6	8,6	219
Pane integrale	51,3	5,7	9	243
Pane tipo 00	59,1	3,2	18,5	289
Farina di mais	72,1	3,1	23,2	362
Pasta di semola	68,1	2,7	25,2	353
Riso integrale	69,2	1,9	36,4	337
Riso bianco (brillato)	72,9	1	72,9	332

Fonte: tabelle di composizione degli alimenti INRAN agg. 2000 e [www.iao.it/bda](http://www.iao.it/bda) - CdS

## L'altra cucina Dalla Svizzera una «pappa» per la colazione

**C**apita spesso che il cibo più sano, non sia quello che, a occhio, fa venire l'acquolina in bocca. Come nel caso del Bircher Muesli: una pappa da prima colazione, a base di fiocchi di avena ammollati per ore in poca acqua con succo di limone, mescolati con un po' di latte condensato, mele crude grattugiate, buccia compressa, e spolverizzati con nocciole e mandorle sminuzzate. A inventare questo miscuglio, a cavallo del primo novecento, è stato il medico

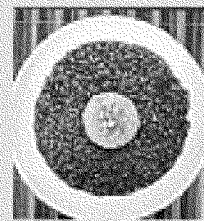
svizzero Maximilian Oskar Bircher-Benner, appassionato di medicina naturale e dietetica, sostenitore di una dieta a base di vegetali crudi. Legittima, l'iniziale diffidenza. Ma immotivata. Perché questo pappone è buonissimo, se lo si mangia dopo averci versato sopra del latte tiepido o uno yogurt, un po' di uva passa e magari anche dei frutti di bosco. Per un pieno di fibre (e non solo) che, come minimo, fanno felice l'intestino.

**Roberta Salvadori**

## La ricetta della salute

Orzo con cavolo viola, noci e olive

**Ingredienti per 4 persone:** 280 gr di orzo, 300 gr di cavolo viola, 50 gr olive taggiasche, finocchietto, 10 noci, 40 ml di olio extravergine d'oliva, 5 gr di semi di finocchio, sale



**Preparazione:** lavare l'orzo, bollire il cavolo cappuccio a listarelle in acqua salata. Quando l'acqua sarà viola, togliere il cavolo. Versare l'orzo nell'acqua di cottura del cavolo e scolarlo al dente, unirlo al cavolo e condire con il pesto preparato frullando olive, noci, semi di finocchio e finocchietto e aggiungendo l'olio a filo. **Valutazione nutrizionale a porzione:** proteine g 11, grassi g 21 (di cui saturi g 2,4) carboidrati g 52, energia kcal 428

Ricetta dello chef Luca Giovanni Pappalardo

## Il commento

In uno studio sul *British Journal of Nutrition*, ricercatori della Lund University (Svezia) hanno confrontato gli effetti del consumo per tre giorni consecutivi, 3 volte al giorno di pane bianco o di pane fatto per l'85% di chicchi d'orzo. Con l'orzo si è avuta una riduzione dei livelli di glicemia e di insulina e un miglior controllo dell'appetito. Il merito va al particolare tipo di fibre dell'orzo che favorirebbero la crescita di batteri "buoni" ed il rilascio di ormoni che regolano il metabolismo e l'appetito.

# Videogiochi fin da piccoli per arginare la **dislessia**

In chi ha problemi con la lettura sono non di rado carenti le capacità *visuospaziali*. Che possono essere migliorate con specifici software ricreativi

**Approccio sbagliato**  
Difficoltà nel calcolo?  
Va cambiato il modo  
d'insegnare: i numeri  
non sono lettere

**Q**uando di parla di dislessia, su un'affermazione sono tutti d'accordo: la diagnosi precoce è fondamentale. Sia per iniziare quanto prima un'azione di recupero, sia per evitare che i primi approcci con la scuola si traducano in una *débaclé* tale da scoraggiare i bambini e farli sentire, una volta per tutte, inadeguati. Una dislessia "certificata" permette infatti ai bambini, o meglio ai loro genitori, di chiedere - e agli insegnanti di concedere - una serie di misure compensative: dal tempo in più per svolgere i compiti in classe, all'uso delle tabelline scritte, alla maggior attenzione al contenuto, che alla forma, dei primi "temi".

Ma se fino ad oggi le diagnosi arrivavano, in genere, tra la fine della prima e l'inizio della seconda elementare (e in alcuni casi solo alle medie o oltre), adesso un nuovo metodo promette di individuare i disturbi di apprendimento già a due, tre anni. «Diagnosi in fase prescolare in realtà già si possono fare — puntualizza Stefano Vicari, direttore della Unità operativa complessa di neuropsichiatria infantile del Bambino Gesù di Roma —, basandosi sulle difficoltà di linguaggio. Non si tratta di un generico parlare in modo troppo infantile per l'età cronologica, ma avere difficoltà *metafonologiche*, cioè nella distinzione dei diversi suoni - e quindi delle diverse future lettere - che compongono una parola».

Non sempre però queste difficoltà sono in grado di predire una futura dislessia, e c'è anche chi non le ha, ma ugualmente diventerà un alunno dislessico. Ora un gruppo di studio - che fa capo al *Developmental & Cognitive Neuroscience Laboratory* dell'Università di Padova, guidato dal dottor Andrea Facoetti, in collaborazione con il professor Simone Gori dell'Università di Bergamo - ha elaborato un nuovo metodo per individuare i disturbi di apprendimento che

si basa sulla valutazione dell'attenzione *visuospaziale*. Cioè l'abilità ad estrarre da un contesto complesso le informazioni rilevanti, "oscurando" quelle irrilevanti. Abilità che si sviluppa a due anni e che si può valutare con semplici test. «Il nostro lavoro, pubblicato su *Current Biology* — spiega Facoetti — è nato da ricerche di psicofisiologia iniziate negli anni Ottanta, in cui si metteva in rilievo che chi legge male ha problemi anche nell'elaborazione visiva che avviene nella parte alta del cervello, il sistema dorsale; mentre il circuito cerebrale ventrale, legato all'ortografia, poteva non denotare problemi».

Ma come può avere un ruolo la parte del cervello legata alla percezione del movimento con la lettura? I fogli stanno fermi... «Sì, ma quando si impara a leggere — chiarisce Facoetti — si devono vedere le varie lettere come un "insieme" che compone la parola. E quando si passano a leggere delle frasi intere, si deve essere in grado di vedere la parola assieme a tante altre».

Come si può migliorare l'abilità *visuospaziale*? «Con un metodo certo non sgradito ai bambini: i videogiochi di movimento. A patto che non siano violenti, per ovvie ragioni, vanno bene anche quelli in commercio, ma ora nel nostro laboratorio - anche grazie a un finanziamento che si spera arrivi dalla Comunità europea - stiamo elaborandone alcuni mirati ai disturbi di apprendimento. Ci saranno video giochi per migliorare la capacità visiva, altri per imparare a segmentare le parole, altri ancora per accelerare la capacità di accedere dalla visione dell'oggetto al suo nome, un'abilità caren-

te nei dislessici. I video saranno adatti a bambini dai quattro-cinque anni, usati prima dell'età scolare potrebbero prevenire la dislessia».

«Teniamo anche presente — aggiunge Giacomo Stella, professore di psicologia clinica alla Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Modena e Reggio Emilia — che in chi soffre di dislessia, oltre a esserci problemi di attenzione visuospaziale, c'è un problema di memoria di lavoro. Faccio un esempio: se scriviamo una parola sul bagnasciuga, la sabbia, compattata, "trattiene" quello che scriviamo. Il dislessico è come se scrivesse sulla sabbia asciutta, i segni si cancellano mentre vengono tracciati. Se l'insegnante dice: "scrivete duemilatrecentosessantacinque", il dislessico sbaglia perché, mentre scrive, dalla sua memoria di lavoro scompare la prima parte del numero. E non va certo meglio nella comprensione del testo: si perdono per strada le parole e le frasi. Migliorare le capacità di lettura con la logopedia è utile, ma non basta. Esiste però il *brain training*, un lavoro, in parte svolto al computer, in parte con carta e penna, che serve a potenziare la memoria di lavoro».

«Adesso in letteratura i disturbi del calcolo — aggiunge Daniela Lucangeli, docente di Psicologia dello Sviluppo all'Università di Padova — sono considerati disarmonie dello sviluppo, con componenti genetiche e soprattutto epigenetiche. Poiché questa disarmonia nasce da un incrocio tra geni e ambiente, quello su cui possiamo agire è l'ambiente. E quindi il modo con cui si insegna. Se noi diciamo la parola "aria" e poi la ripetiamo al contrario otteniamo "aira": qualcosa privo di senso. Viceversa se scriviamo "123" e poi lo capovolgiamo, ottenendo "321", abbiamo qualcosa di sensato. Insegnare la matematica come se fosse una lingua porta ai risultati terribili che hanno i nostri studenti nei test ed è "veleno" per i dislessici che diventano automaticamente anche discalculici, mentre la discalculia vera che è una totale "cecità al numero", ed è innata, è rarissima. Meno calcolo scritto e più a mente aiuterebbe a comprendere il concetto di quantità, ma nelle nostre scuole il calcolo a mente sta a quello scritto in un rapporto di 1 a 10. Si imparano automaticamente procedure di calcolo ma non le si "intendono"».

**Daniela Natali**  
© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Sul web**

Informazioni in rete si possono trovare sul sito dell'Associazione italiana dislessia ([www.aiditalia.org/it](http://www.aiditalia.org/it)). Nella sezione «Cos'è la dislessia» si trova: come si manifesta e si riconosce, che cosa fare dopo

la diagnosi, quali sono gli interventi riabilitativi, come devono comportarsi genitori e insegnanti. Cliccando su «Domande frequenti» si trovano le risposte sulle agevolazioni cui si ha diritto, che cosa sono gli strumenti compensativi e dispensativi, qual'è il ruolo degli insegnanti

**I NUMERI**

**3-3,5%**  
La percentuale di persone che soffrono di **disturbi specifici dell'apprendimento** (dislessia, discalculia, disortografia, disgrafia)

**QUANDO SOSPETTARE LA DISLESSIA**

- ♥ In presenza di difficoltà a distinguere i diversi suoni che compongono un parola
- ♥ Davanti a scarse capacità di attenzione visuo-spaziale
- ♥ In presenza di frequenti scambi, durante la scrittura, delle lettere: **p/b; d/q; f/v; a/e/o**
- ♥ Quando la lettura è stentata, cioè lettera per lettera, alla fine della prima elementare

**A SCUOLA**

**STRUMENTI COMPENSATIVI**  
**Gli ausili previsti**

- ♥ tabella dell'alfabeto e dei caratteri
- ♥ ruota dei mesi e dei giorni della settimana
- ♥ tavola pitagorica
- ♥ tabella delle misure
- ♥ tabella delle formule geometriche
- ♥ sintetizzatore vocale
- ♥ audiolibri
- ♥ registratore
- ♥ computer

**INTERVENTI SULLA DIDATTICA**  
**L'allievo può essere esonerato**

- ♥ dalla lettura ad alta voce
- ♥ dalla scrittura veloce sotto dettatura
- ♥ dalla scrittura alla lavagna
- ♥ dallo studio mnemonico delle tabelline

**L'allievo ha diritto a**

- ♥ tempi più lunghi (30% in più) per le prove scritte

**Ricerca**

**Una «scossa» raddoppia l'abilità matematica**

Un' impercettibile scossa al cervello sembra migliorare la capacità di far calcoli. Detta così la notizia è piuttosto inquietante ma, come spiega Andrea Facoetti del *Developmental & Cognitive Neuroscience Laboratory* dell'Università di Padova: «L'esperimento, condotto da Cohen Kadosh, al Dipartimento di Psicologia Sperimentale di Oxford, consisteva nel somministrare una stimolazione magnetica a 9 volt - non certo una scossa elettrica - a soggetti impegnati nello svolgere un compito

matematico. La stimolazione, peraltro già usata nella cura della depressione, rende i neuroni più plastici, più ricettivi al cambiamento. Insomma, si apprende meglio perché vengono tolti quei "blocchi" che impediscono al nostro cervello di accumulare troppe notizie - e troppo rapidamente - allo scopo di evitare sovrapposizioni e confusione». Nell'esperimento con la stimolazione, le abilità matematiche arrivavano a raddoppiare

© RIPRODUZIONE RISERVATA