



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Regioni, la giungla delle spese pubbliche

La mappa

La Valle d'Aosta spende per convegni e manifestazioni più della Lombardia. Sfatato il mito del Sud dissipatore

Antonio Calitri

ROMA. Regioni virtuose e regioni spendaccione, a Nord come a Sud. Dimenticate la vecchia divisione tra le amministrazioni dell'Italia settentrionale più attente ai soldi pubblici e quelle meridionali infestate da clientele e spese spropositate. Grazie al sito Soldi Pubblici (soldipubblici.gov.it) lanciato dal governo lo scorso dicembre per permettere ai singoli cittadini di controllare le spese dei comuni e delle regioni, si scopre una realtà molto diversa.

Per non parlare delle regioni a statuto speciale a partire dalla Valle d'Aosta che con i suoi poco più di 125.000 abitanti spende per alcune voci più della Lombardia che di abitanti ne ha oltre 9 milioni. A partire dalle spese per l'organizzazione di convegni e manifestazioni che nella più piccola regione d'Italia nello scorso anno hanno raggiunto la cifra di 5.577.200 euro contro i 1.765.922 euro di quella più popolosa. E che dire del Friuli Venezia Giulia che per le indennità missioni e rimborsi viaggi ha speso nel 2014 la bellezza di 1.300.015 euro, meno della Valle d'Aosta che svetta ancora al vertice con i suoi 1.927.918 euro, ma quasi il doppio del



I consulenti La sede della Regione Piemonte: suo il record di spesa per il sottobosco politico

Piemonte che ha speso "solo" 743.529 euro?

L'esperimento del sito Soldi pubblici è sicuramente da migliorare e a volte i dati non sono sempre omogenei ma in linea di massima danno la percezione della giungla che si è creata dopo la riforma del titolo 5 della Costituzione del 2001. Partiamo da una voce molto importante nei bilanci, quella dell'assistenza informatica e manutenzione software, importante per l'infrastruttura regionale ma che varia di tantissimo tra un ente e l'altro. Si va da 1.174.052 euro della Puglia agli 80.213.292 del

Friuli Venezia Giulia. Dietro il Friuli V.G. spicca la Lombardia con 31.460.822 euro e l'Emilia Romagna con 15.187.887 euro. E ancora Liguria e Veneto intorno ai 12 milioni di euro l'una. Prima del Sud è la Sicilia con 9.311.166 euro. Nell'Italia centrale il Lazio spende 7.490.158 euro, la Toscana 5.670.704 un po' più di un milione di euro rispetto all'Umbria che è quattro volte più piccola e spende 4.310.671 euro.

Nei patrocini legali la classifica si rovescia. A fronte di una spesa complessiva Italia di 46.041.000 euro, Sicilia (10.527.000 euro) e Calabria (10.094.000 euro) rappresentano quasi la metà del totale, esattamente il 45%. Al terzo posto tra le regioni che spendono di più per le liti troviamo l'Emilia Romagna con 6.661.000 euro e ancora la Puglia con 3.395.000 euro, Lazio e Piemonte con circa 2.600.000 euro l'una. Fanalini di coda, Trentino con appena 26 mila euro e Friuli V.G. con 99 mila euro.

Una delle spese che probabilmente fa arrabbiare di più i cittadini è la voce-calderone che comprende studi, consulenze, indagini e gettoni di presenza, 53.723.853 euro complessivi dove molte volte finiscono contributi per il sottobosco della politica. Ebbene prima regione per queste spese risulta il Piemonte con 7.158.000 euro seguita dalla Sardegna con 4.224.000 euro e dalla Calabria con 4.061.081 euro. A sorprendere di più però è la spesa di molte piccole regioni, a partire dalla Basilicata, quinta dopo l'Emilia Romagna, che spende 3.717.000 euro. E ancora la Valle d'Aosta con 2.453.000 euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Boom di spesa pro capite per i farmaci e di casi di ricorso ai privati per esami clinici: strutture pubbliche alla deriva

Attese infinite e costi alle stelle, Sanità a picco

Migliaia di euro per Tac ed ecografie. Fallito l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi del 90%

di Giuseppe Palmieri

NAPOLI - Mentre la politica si dedica ad annunci di assunzioni e di apertura di ospedali i cui effetti sono tutti da verificare, la Sanità campana annaspa. La situazione negli ospedali è drammatica e gli sprechi sono all'ordine del giorno. Alcuni studi avevano segnalato la necessità impellente per la Campania di ridurre la spesa di oltre il 33% e aumentare la qualità di quasi il 90%. I costi si sono ridotti, vero, ma a scapito della qualità con ospedali che sono alla deriva, presidi sanitari locali chiusi e

utenti allo sbando e costretti ad affidarsi a strutture private anche per gli esami più banali (a spese proprie). Già negli anni scorsi si segnalavano tariffe ben diverse per gli stessi servizi tra la Campania, il Sud e il resto del Paese. Colpa del federalismo? Sì, ma anche dell'inefficienza della politica locale. Gli esami al cuore costano in Sardegna 450 euro, più del doppio rispetto ai 214 euro della Toscana e ai 205 del Piemonte. La Tac 1.554 euro in Campania, 1.397 euro nel Lazio, 1.027 in Emilia Romagna. Differenze pesanti che vanno ad alimentare il costo che ogni famiglia deve sostenere ogni anno per la spesa sanitaria. Ottanta euro di farmaci non utilizzati, almeno. Venticinque euro per ogni accesso in codice bianco al pronto soccorso. Tredici miliardi l'anno di spesa sanitaria sul piano nazio-

nale che, secondo gli esperti, si potrebbero risparmiare. Risanare i conti della Sanità salvaguardando la qualità dei servizi, dunque, si potrebbe. Ma non è stata questa la strada intrapresa dalla Regione Campania. Un esempio? L'appena 'inaugurato' Ospedale del mare di Napoli. "Dopo dieci anni di attesa, l'apertura di un reparto dell'Ospedale del Mare avviene casualmente a ridosso delle elezioni regionali. Al Governo e al ministro Lorenzin vorrei ricordare che per la costruzione dell'ospedale saranno spesi oltre 400 milioni di euro, più del doppio dei 119 milioni previsti. Un raddoppio dei costi che pesa sui cittadini napoletani, in una sanità, quella campana, in cui i servizi vengono negati per garantire il piano di rientro dei debiti", hanno evidenziato dal Movimento 5 Stelle. Va detto che, in alcuni casi, ad aumentare i costi ci sono anche comportamenti scorretti dei cittadini che 'abusano' degli esami clinici (soprattutto quelli legati alle gravidanze). Ma le colpe principali del disastro della Sanità vanno ricercate in politiche che non hanno portato i risultati sperati. I rincari sul ticket, il ricorso costante a strutture private da parte dei pazienti per via delle liste d'attesa troppo lunghe. Le organizzazioni sindacali hanno fornito dati drammatici. Per usufruire di una mammografia bisogna attendere 540 giorni, 420 per ecografie testicolari, 270 per una

risonanza magnetica, 240 per un'ecocardiogramma e 220 per un'ecografia tiroide. Pure Penelope, probabilmente, avrebbe preferito spendere qualcosa in più per accedere a esami privati in tempi meno da Odissea omerica. Il governo nazionale sta, con lo sblocco del turn over, cercando di restituire almeno in parte una dignità ai servizi della sanità campana. La Regione, dopo anni di tagli lineari, a poche settimane dalle elezioni sembra essersi resa conto che negli ospedali, forse, c'è qualche problema. Dalla prossima giunta regionale, sul dramma sanità, ci si aspetta un cambio di passo vero. Per ora la crisi e il conseguente risanamento dei conti sono soltanto sul già salato conto dei cittadini campani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ogni anno
i residenti comprano
80 euro di medicine
che non utilizzano
Per un esame
specialistico
in Emilia risparmiano
oltre 500 euro

Tariffe aggiuntive:
25 euro per accedere
in codice bianco
al pronto soccorso

LA SANITÀ È IN CONTINUA EMERGENZA

MAURIZIO BIFULCO

“
La griglia per
l'anno 2013
dei Livelli
Essenziali di
Assistenza
sui territori
regionali vede
la Toscana
al primo posto
e la Campania
fanalino
di coda

ANCORA pagelle nella sanità e ancora la Campania maglia nera. Questa volta è la griglia dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) che fornisce una panoramica complessiva dell'effettiva erogazione delle prestazioni assistenziali sui territori regionali e che, attraverso un punteggio finale, chiarisce chi lavora meglio o peggio in sanità. È in via di conclusione in questi giorni la certificazione finale per l'anno 2013 con la Toscana che risulta nei punteggi al primo posto e la Campania fanalino di coda. Tutto ciò mentre il presidente Caldoro scrive su Twitter: «Primi al Sud e terzi in Italia su miglioramenti Lea». In verità la sanità in Campania è oramai in una fase costantemente critica: a sostenerlo anche l'Associazione Nazionale Primari Ospedalieri (Anpo) che traccia un quadro preoccupante per la nostra salute pubblica.

Le griglie di valutazione dell'erogazione dei Lea sono un buon riflesso dell'andamento della sanità campana, ma non delle oggettive difficoltà in cui versa il sistema assistenziale, ospedaliero e domiciliare della Regione. Il decreto regionale 2010 ha probabilmente fallito nel suo tentativo di riorganizzazione: i tagli ai fondi pubblici hanno, di fatto, determinato il blocco del turnover del personale sanitario, in particolare anestesisti e personale ausiliario, ma non solo, riducendo il numero di unità lavorative e incrementando, al contempo, il carico di lavoro degli addetti attualmente in servizio costituiti tra l'altro, in gran parte, da precari. Era immaginabile che gli effetti di tali scelte avrebbero avuto ripercussioni serie, per non dire drammatiche, in una regione, come la Campania, che vanta da decenni la più alta percentuale di concorsi pubblici in sanità banditi e mai espletati, nonché un consistente numero di bandi di mobilità del personale piuttosto che di assunzione di nuove unità. Inoltre, la carenza di posti letto sufficienti per l'utenza ospedaliera ha generato il "fenomeno barelle". Dislocate nei corridoi, spesso in prossimità degli ascensori rappresentano una situazione indecorosa e inaccettabile.

Cosa può rilevare di più e risolvere le paventate visite a sorpresa del ministro della Salute, al di là di quello che è già sotto gli occhi di tutti? Sarebbe molto più utile per il ministero raccogliere direttamente e in maniera continua tutte le segnalazioni dai vari ospedali e dagli stessi operatori, le cri-

ticità ma anche le cose che funzionano bene, le eccellenze, le nuove "best practice" per costruire una mappa completa della sanità sul territorio.

Altre indiscutibili criticità, già peraltro evidenziate dalle griglie Lea del 2012, sono rappresentate dalla totale insufficienza dei posti disponibili per le così dette prestazioni "residenziali", cioè le prestazioni sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti affetti da patologie croniche o a lunga degenza non assistibili a domicilio, servizi di cui necessitano migliaia di pazienti anziani, disabili, affetti da neoplasie terminali. Sono certo servizi indiscutibilmente ad alto costo, ma che coinvolgono quelle categorie deboli che un servizio sanitario efficiente non può non tutelare.

Cosa, dunque, non funziona? Quello che manca soprattutto, e che al più potrà sembrare scontato, è la totale

assenza di dialogo: tra pazienti e medici di famiglia, tra ospedali appartenenti allo stesso territorio, tra questi e le istituzioni pubbliche. Non a caso altro punto nero delle valutazioni Lea è il basso numero di soggetti che partecipano ai programmi di screening di primo livello per patologie neoplastiche ben pubblicizzati in regioni quali Lombardia, Emilia Romagna e Toscana. La mancanza di una rete costruita per favorire lo scambio di informazioni, di richieste, di esigenze è, inoltre, responsabile dell'intasamento del Pronto Soccorso, che da aree destinate alla gestione delle emergenze si sono trasformate in luoghi prescelti per il trattamento di patologie croniche che non trovano risposta nella specialistica ambulatoriale del territorio.

La sanità pubblica è un tema sensibile, sempre fonte di discussioni e polemiche, complice un sistema di interessi e inefficienze che si protrae da tempo e che si trasforma in malasanità. Nonostante ciò non è tutto da buttare. La sanità italiana ha un buon credito, con alcune eccellenze anche in Campania, e occupa una buona posizione in ambito internazionale, un dato che viene spesso dimenticato e offuscato dai continui episodi di malasanità. Solo andando al di là delle classifiche e dei numeri, ma proprio a partire da questi, si può decidere di operare un piano di investimenti mirato alla gestione dei punti deboli e al potenziamento dei punti di forza di un sistema con buone potenzialità e che, a costo di enormi sacrifici e a dispetto dei bilanci, deve mettere in primo piano la salute dei pazienti campani, fermando l'emorragia dei tanti costretti a "emigrare" in altre regioni, del Nord in particolare, con i disagi e i costi che tutto ciò comporta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettere:

Riviera di Chiaia 215
80121 Napoli



Fax:

081498285



Internet:

napoli@repubblica.it

Riflessioni

Rete territoriale della sanità no ai doppioni

Francesco Guglielmotti

La nuova rete territoriale di assistenza sanitaria prevista dalla Regione Campania aspira a garantire la continuità dei servizi integrati tra ospedale e territorio, senza risolvere le gravi criticità attuali che penalizzano il diritto alla salute dei cittadini.

È alto il rischio, infatti, di procedere a una politica di riassetto senza un'analisi preliminare, strutturale e condivisa sulla complessità del sistema gravato da gestioni politiche clientelari e vincoli di bilancio. Si rende indispensabile, pertanto, la revisione organizzativa distrettuale di compiti, funzioni e specializzazioni, evitando inutili e costose duplicazioni, che non può prescindere da scelte meritocratiche capaci di garantire servizi sanitari competitivi in termini di valutazione costi-ricavi, insieme all'efficacia e all'efficienza delle cure e dell'emergenza sanitaria.

Una missione difficile ma non impossibile, evitando sprechi ulteriori che derivano dalla conclamata sperequazione del trattamento retributivo con eccedenze di costi inammissibili e contenendo, altresì, le attuali forme improprie di lavoro straordinario nei limiti consentiti contrattualmente. Tanto più in conformità al programma comunitario Horizon 2020, previsto dalla Commissione europea, che introduce l'obbligo della prevenzione sanitaria contro le patologie oncologiche, l'esigenza di assicurare una gestione caratterizzata da economie di scala, la promozione dei costi standard e la pubblicazione in rete dei risultati.

Dalla prima di cronaca

Rete territoriale della sanità...

Francesco Guglielmotti

Ma la sanità regionale, lungi da ricorrenti salvezze autoreferenziali in clima elettorale, non risponde per incapacità soggettiva e oggettiva del sistema alle emergenze oncologiche (che costano fino a trecento milioni di euro per gli esborsi relativi ai ricoveri esteri ed extraregionali), alla disabilità sociale che è costretta ad indebitarsi per pagare rette e ticket (da ottobre a dicembre di ogni anno perché si esauriscono i tetti di spesa regionali), alla prevenzione collettiva per tutelare la sanità pubblica (come sta accadendo per le patologie tumorali denunciate dal

comitato Salute e Vita di Fratte che rivendica da anni la delocalizzazione delle Fonderie Pisano).

In queste condizioni, non è più possibile perseguire una spesa corrente invece di riorganizzare i fattori produttivi, liberando le risorse per favorire gli investimenti necessari alla migliore agibilità e funzionalità del sistema.

Un obiettivo programmatico che, secondo la Società italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria (Siquas), deve interagire tra pubblico e privato sullo sviluppo sinergico delle prestazioni sanitarie in una logica di network, mettendo in rete il migliore know how sui temi della sicurezza, qualità, monitoraggio e validazione fino al modello di gestione competitiva del management sanitario, nella considerazione che la tutela della salute pubblica non può prescindere dai requisiti fondamentali della conoscenza, della passione e della competenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

+

Pubblica amministrazione Che cosa cambia nei rapporti tra aziende ed enti

Dal 31 marzo la scomparsa della fattura Via la carta, potrà essere soltanto digitale

I Digital Champions nelle Camere di Commercio preparano la rivoluzione De Caro: «Sistema a prova di bambino, più brevi i tempi di pagamento»

DI PAOLA CACACE

Vecchia fattura addio. Dal prossimo 31 marzo diventerà obbligatoria la fatturazione elettronica per le imprese che forniscono beni e servizi alla pubblica amministrazione. Una novità a cui le aziende si dovranno adeguare velocemente ma che potrebbe cambiare in meglio i rapporti tra fornitori e pubblica amministrazione, riducendo i costi dei materiali di consumo e risparmiando una cifra media annua stimata attorno a 1,5 miliardi di euro su scala nazionale. Addio quindi a carta, buste e bolli. Benvenuti file Xml.

Per illustrare i dettagli di questa novità, il Governo Renzi ha «inviato» nelle Camere di Commercio di tutta Italia i suoi Digital Champions. Lunedì 9 marzo si è quindi «celebrato» quello che è stato rinominato il Digital Day, giornate aperte a tutte le aziende, i commercianti e i liberi professionisti in cerca di un modo semplice e veloce di adeguarsi alla novità. «Il nostro scopo è - spiega Giovanni De Caro, Digital Champion di Napoli, presente alla giornata con l'altro campione digitale Giuseppe D'Anna - aiutare la trasmissione del digitale nella PA fra imprese e cittadini e rendere questi ultimi digitali. Un sistema che oserei definire a misura di bambino per la sua facilità, che inoltre darà certezza alle transazioni e accorcerà i tempi di pagamento. Il tutto con una grande bella spinta in direzione della massima trasparenza. Il nostro ruolo di Digital Champions è quello di facilitare questo passaggio, segna-

lando eventuali malfunzionamenti e chiarendo i dubbi che ci possono essere».

Una spinta innovativa in direzione di un'amministrazione più trasparente e di una fatturazione più rapida. «Abbiamo avuto una domanda pubblica che è sempre stata poco attenta ai processi di innovazione - afferma il vicepresidente vicario della Camera di Commercio di Napoli, Luigi Iavarone - Ora se la politica cambia, come sta cambiando, e se la domanda di innovazione viene anche dalla pubblica amministrazione, chiaramente le imprese e i cittadini si dovranno adeguare. È una politica lungimirante che, secondo me, porterà a dei frutti estremamente positivi».

Tra questi ovviamente la sostenibilità come è stato rimarcato anche durante l'incontro analogo alla Camera di Commercio di Bari. «Ancora una volta - sottolinea il segretario generale dell'ente barese, Angela Patrizia Partipilio - il sistema delle Camere di Commercio è in prima linea. Siamo stati pionieri nella firma digitale ed altresì con la comunicazione unica abbiamo interpretato operativamente il bisogno di semplificazione e quindi di facilitazione della nascita di nuove attività economiche. Dal

2012 al gennaio di quest'anno, la Camera di Commercio di Bari ha rilasciato agli imprenditori 29.625 firme digitali. Tutto questo anche a tutela di una maggiore trasparenza delle attività amministrative e quindi di maggiore legalità».

È l'era della rivoluzione digitale. Le Camere di Commercio, infatti, offrono una guida, e un tutorial video, per orientare gli operatori economici sulle novità nei rapporti commerciali con la PA <https://fattura-pa.in->



La fatturazione elettronica sostituirà carta e vecchi fascicoli

focamere.it. Strumenti ai quali si può accedere anche tramite i siti dei vari enti camerali territoriali. «Un supporto - sottolinea Mario Esti, segretario generale della Camera di Commercio di Napoli - dato alle nostre aziende e a tutte quelle del sistema camerale italiano dalle rispettive Camere di Commercio che si riconfermano un punto di eccellenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dal 31 marzo andrà a regime l'obbligo per tutti fornitori (tranne quelli stabiliti all'estero)

Fatture alla p.a., al traguardo il passaggio da carta a online

Pagina a cura

DI ROBERTO ROSATI

Addio alla carta per la fatturazione alle pubbliche amministrazioni: dal 31 marzo prossimo andrà a regime l'obbligo della fattura elettronica per tutti i fornitori, con la sola eccezione di quelli stabiliti all'estero. Giunge così a completamento il lungo percorso avviato oltre otto anni fa dalla legge n. 244/2007, svoltosi nel solco dell'evoluzione tecnologica e del passaggio all'amministrazione digitale. Un cammino segnato da varie tappe, la penultima delle quali è datata 6 giugno 2014, quando la fattura elettronica divenne obbligatoria nei rapporti con ministeri, agenzie fiscali e enti nazionali di previdenza e assistenza. A meno di un anno siamo ora al traguardo definitivo della generalizzazione della fattura elettronica nelle transazioni che vedono come destinatario un soggetto pubblico individuabile in base agli specifici riferimenti normativi, oppure incluso nell'elenco compilato dall'Istat ai fini del conto economico consolidato.

La platea è dunque molto più ampia rispetto a quella interessata dallo speciale meccanismo Iva dello «split payment», includendo anche numerosi soggetti di diritto privato (es. Sogei Spa, Equitalia, fondazioni lirico-sinfoniche ecc.). Come sottolinea la circolare congiunta finanze-funzione pubblica n. 1 del 9 marzo scorso, questa platea deriva dalla somma dei destinatari individuati dalle diverse norme di legge, spesso sovrapponibili in quanto il medesimo ente rientra in più disposizioni, mentre non è limitata ai soggetti compresi nell'elenco Istat, il quale rappresenta soltanto una delle fonti.

L'ambito dei soggetti pubblici destinatari della fattura elettronica, consultabile all'indirizzo web.indicepa.gov.it, comprende al momento quasi 22 mila enti, articolati in oltre 68 mila unità organizzative. A fare la parte del leone i comuni e loro consorzi (oltre 8 mila) e gli istituti scolastici (oltre 9 mila). E si tratta di un elenco ancora incompleto, tanto che il ministro Padoan lunedì scorso ha inviato una lettera ai sindaci e ai presidenti di regioni e province, per sollecitare, in vista del termine di fine marzo, l'esecuzione delle attività tecnico-amministrative necessarie alla fatturazione elettronica, inclusa l'informazione ai fornitori. Ma rivediamo le peculiari caratteristiche della fattura elettronica alla pubblica amministrazione.

Specialità della «fattura elettronica p.a.». Secondo l'art. 1, comma 209, della legge n. 244/2007, l'emissione, la trasmissione, la conservazione e l'archiviazione delle fatture emesse nei rapporti con le amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, della legge n. 196/2009, nonché con le amministrazioni autonome, deve avvenire esclusivamente in forma elettronica. Il regolamento con le disposizioni di attuazione è stato adottato con dm n. 55 del 3 aprile 2013. Questo regolamento, discostandosi sotto più aspetti dalla norma generale dell'art. 21 del dpr 633/72, che definisce fattura elettronica il documento emesso e ricevuto in qualsiasi formato elettronico e prevede che l'autenticità della fattura possa essere garantita anche mediante controlli di gestione, stabilisce invece che le fatture elettroniche emesse nei confronti delle pubbliche amministrazioni devono essere rappresentate in file Xml; nell'allegato B al regolamento, contenente le regole tecniche, viene precisato che il file deve essere sottoscritto con firma elettronica qualificata o digitale.

Le fatture devono contenere le indicazioni riportate nell'allegato A al dm, nonché i seguenti elementi prescritti

dall'art. 25 del dl n. 66/2014:

- il Codice identificativo di gara (Cig), tranne i casi di esclusione dall'obbligo di tracciabilità di cui alla legge n. 136/2010

- il Codice unico di progetto (Cup), in caso di fatture relative a opere pubbliche, interventi di manutenzione straordinaria, interventi finanziati da contributi comunitari, nonché quando previsto ai sensi dell'art. 11 della legge n. 3/2003.

In mancanza di detti codici, le pubbliche amministrazioni non possono procedere al pagamento delle fatture elettroniche.

Anche l'emissione, trasmissione e ricevimento delle fatture elettroniche alla p.a. seguono regole particolari, definite nel già citato allegato B al regolamento. È previsto, tra l'altro, che la trasmissione del file deve effettuarsi tramite uno dei seguenti canali:

- sistema Pec o analogo sistema basato su tecnologie che certifichino data e ora dell'invio e della ricezione, nonché integrità del contenuto delle fatture;

- sistema di cooperazione applicativa su rete internet attraverso protocollo Https;

- sistema di cooperazione applicativa tramite porte di dominio su rete Spc (Sistema pubblico connettività);

- sistema di trasmissione dati tra terminali remoti basato su protocollo FTP all'interno di circuiti chiusi e garantiti;

- sistema di trasmissione telematica su rete internet attraverso protocollo Https per i soggetti accreditati.

La fattura elettronica p.a. si considera trasmessa e ricevuta solo a fronte del rilascio della ricevuta di consegna da parte del sistema di interscambio (Sdi) gestito dall'agenzia delle entrate per il tramite della Sogei, al quale le fatture elettroniche devono essere inviate per il successivo inoltramento agli enti destinatari, ognuno dei quali è identificato da un codice univoco. Secondo la circolare congiunta finanze-funzione pubblica n. 1 del 31 marzo 2014, qualora il fornitore, non avendo ricevuto alcuna comunicazione da parte dell'amministrazione, abbia rilevato l'assenza della stessa in Ipa (indice pubbliche amministrazioni), il codice ufficio da inserire in fattura può assumere il valore di default indicato nelle specifiche allegato al dm 55/2013. In proposito, le specifiche allegato al decreto ricordano che «la mancata comunicazione degli elementi necessari al completamento dell'indice e del loro aggiornamento è valutata ai fini della responsabilità dirigenziale e dell'attribuzione della retribu-

I destinatari della fattura elettronica dal 31/3

(circolare n. 1/2015)

- Soggetti di cui all'art. 1, comma 2, dlgs n. 165/2001: amministrazioni dello stato, compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello stato ad ordinamento autonomo, le regioni, le province, i comuni, le comunità montane, loro consorzi e associazioni, istituzioni universitarie, istituti autonomi case popolari, camere di commercio e loro associazioni, enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, amministrazioni, aziende ed enti del servizio sanitario nazionale, Aran, agenzie di cui al dlgs n. 300/1999, Coni
- Soggetti di cui all'art. 1, comma 2, legge n. 196/2009: soggetti indicati ai fini statistici dall'Istat nell'elenco annuale, autorità indipendenti
- soggetti di cui all'art. 1, comma 209, legge n. 244/2007: amministrazioni autonome

Conservazione gravosa per i più piccoli

L'art. 39, terzo comma, del dpr 633/72 stabilisce che le fatture elettroniche «sono conservate in modalità elettronica», secondo le disposizioni del dm 17 giugno 2014. Questo obbligo, che pure si inquadra nella gestione naturale, completamente automatizzata, dei documenti immateriali, finisce per rappresentare, allo stato attuale, un aggravio per molti contribuenti, soprattutto di piccole dimensioni, che alla fatturazione elettronica verso la p.a. continueranno ad affiancare quella cartacea nei confronti degli altri clienti. In tal caso, infatti, si renderà opportuno, se non necessario,

adottare distinte serie di numerazione delle due tipologie di fatture; si dovrà inoltre monitorare «manualmente» la fatturazione elettronica, ai fini delle liquidazioni periodiche dell'Iva.

Se la fatturazione elettronica è affidata all'esterno, inoltre, parrebbe obbligatorio darne comunicazione all'agenzia delle entrate mediante una variazione dati, ai sensi dell'art. 35, dpr 633/72, onde segnalare l'incarico del servizio quale depositario del registro elettronico delle fatture emesse. Su tali aspetti non risultano al momento indicazioni ufficiali aggiornate.

zione di risultato ai dirigenti responsabili».

La citata circolare evidenzia poi l'opportunità di individuare disgiuntamente le condizioni alle quali la fattura elettronica può ritenersi emessa dal fornitore e ricevuta dal destinatario, in considerazione della particolarità rappresentata dalla frapposizione, fra i due soggetti, del Sdi; di conseguenza, per quanto riguarda il fornitore, la fattura può considerarsi emessa ai sensi della normativa fiscale (quindi agli effetti del rispetto del termine previsto dalla legge Iva) anche nel caso in cui il Sdi notifichi all'emittente un messaggio di mancata consegna del documento.

Gli operatori economici possono avvalersi di intermediari per la trasmissione, la conservazione e l'archiviazione delle fatture elettroniche. Al fine di evitare che l'obbligo gravi economicamente in modo eccessivo sugli assoggettati, il regolamento ha imposto al ministero dell'economia di predisporre e mettere gratuitamente a disposizione delle piccole e medie imprese, sul proprio portale elettronico, i servizi e gli strumenti informatici di supporto per la generazione delle fatture elettroniche; inoltre, l'agenzia per l'Italia digitale mette a disposizione, sempre gratuitamente, il supporto per lo sviluppo di strumenti informatici «open source» per la fatturazione elettronica. Questi servizi sono disponibili nel portale degli acquisti della pubblica amministrazione, all'indirizzo www.acquistinretepa.it. Possono avvalersene coloro che dichiarano di appartenere alla categoria delle piccole e medie imprese (pmi) secondo i requisiti previsti dalla raccomandazione della Commissione europea 2003/361/Ce del 6 maggio 2003, ossia:

- numero di dipendenti non superiore a 250;
- fatturato dell'ultimo bilancio chiuso non superiore a 50 milioni di euro;
- totale di bilancio (attivo patrimoniale) non superiore a 43 milioni di euro.

Le informazioni normative e tecniche sulla fatturazione elettronica sono reperibili sul sito www.fatturapa.gov.it, nel quale è possibile, tra l'altro, effettuare il controllo dei file di fattura elettronica, visualizzare i messaggi del Sdi, accreditare il canale di trasmissione che si intende utilizzare, inviare la fattura via web e di monitorarla dopo l'emissione. Dal sito è inoltre scaricabile il «modulo di fatturazione attiva» reso disponibile dalla Regione Lazio.

Il giallo della spending review Fermo il decreto sulle nomine

L'incarico a Gutgeld e Perotti. Padoan: con i tagli di spesa meno tasse

ROMA Da oltre 5 mesi, cioè dall'ottobre scorso, quando Carlo Cottarelli è tornato al Fondo monetario internazionale, la poltrona di commissario straordinario per la *spending review* è vuota. E a chi pensa che di revisione della spesa pubblica qualcuno, forse, abbia un po' di nostalgia, ieri il ministro dell'Economia, Pier Carlo Padoan, è arrivato a dire: «La *spending review* è viva e vegeta: è necessaria per introdurre tagli alle tasse sostenibili e permanenti. Questo continuerà anche nella prossima legge di Stabilità». «Ringrazio Cottarelli per il suo lavoro che ci ha dato un grande input — aggiunge Padoan —. Il governo è impegnato a fare tagli che porteranno a efficienza e risparmi nella spesa pubblica. La *spending review* ha una parte centrale nell'attività dell'esecutivo».

Lascia comunque da pensare il fatto che nei giorni scorsi da Palazzo Chigi sia filtrata la voce di un imminente incarico

a un tandem di esperti, Yoram Gutgeld (54 anni, deputato pd) e Roberto Perotti (53, docente all'Università Bocconi), anche in virtù del fatto che entrambi sono già consulenti di Renzi per l'economia. Qualche ben informato era pronto addirittura a giurare su un imminente decreto del presidente del Consiglio che ufficializzasse le nomine. In realtà, però, l'altro ieri a sorpresa l'argomento non è stato neppure sfiorato nella riunione dell'esecutivo che ha promosso la riforma della scuola.

Che fine ha fatto allora la *spending review*? A parole in molte occasioni sia il premier Matteo Renzi che lo stesso ministro dell'Economia hanno ribadito la volontà di proseguire nel difficile percorso di risanamento dei conti pubblici. «La *spending review* servirà a disinnesicare le clausole di salvaguardia che molti considerano il segnale che la pressione fiscale aumenterà — precisa Pa-

doan il 1° marzo scorso nell'intervista sul *Corriere della Sera* —. Invece le misure sulla spesa ci saranno e la pressione non aumenterà». Come si ricorderà, le clausole di salvaguardia, che di fatto nell'ultima legge di Stabilità offrivano garanzie solidissime all'Unione Europea (già preoccupata per il rinvio del pareggio di bilancio dell'Italia al 2017), senza adeguate misure di risparmio prevedevano un poderoso aumento dell'Iva e delle accise (per un totale di 12,4 miliardi per il prossimo anno, 17,8 nel 2017 e 21,4 nel 2018).

Intanto il debito pubblico a gennaio è aumentato di 31 miliardi, annuncia Bankitalia, salendo a 2.165,9 miliardi, molto vicino al massimo storico di 2.167,7 miliardi registrato a luglio del 2014. L'incremento è dovuto all'aumento di 36,3 miliardi delle disponibilità liquide del Tesoro, pari a fine gennaio a 82,6 miliardi (contro 46,3 a dicembre del 2014), solo

in parte compensato dall'avanzo di cassa delle amministrazioni pubbliche (4,6 miliardi).

Se la *spending review* dovesse disinnesicare le clausole di salvaguardia, nella prossima legge di Stabilità l'esecutivo sarebbe chiamato a sostituire la tremenda mazzata fiscale che si potrebbe abbattere sugli italiani con tagli di spesa altrettanto consistenti tra ministeri e enti locali. Ma chi scriverà la prossima legge di Stabilità? Il ministero dell'Economia o Palazzo Chigi? Il ministro Padoan oppure il tandem Gutgeld-Perotti? Cottarelli (nominato dal governo Letta nell'ottobre 2013) non aveva mai avuto un rapporto idilliaco con Renzi. Gutgeld e Perotti, sotto questo punto di vista, dovrebbero essere avvantaggiati perché con il premier già collaborano spesso.

Francesco Di Frischia

I nodi

La revisione

1

Il dossier di revisione della spesa pubblica è «ancora vivo e vegeto», ha dichiarato ieri il ministro del Tesoro Pier Carlo Padoan. Nonostante l'uscita di Carlo Cottarelli il governo sta pensando di affidarla agli esperti Gutgeld e Perotti

Le clausole

2

La *spending review* servirà a disinnesicare le «clausole di salvaguardia» che molti considerano il segnale di una crescita della pressione fiscale. Riguardano l'aumento delle accise e dell'Iva nel 2017 e 2018

Il debito

3

Il debito pubblico a gennaio è aumentato di 31 miliardi, rileva la Banca d'Italia, salendo a 2.167,7 miliardi. L'incremento è dovuto all'aumento di 36 miliardi delle disponibilità liquide del ministero del Tesoro

30

miliardi di euro l'obiettivo di riduzione della *spending review* immaginato dal governo su una spesa sociale che supera gli 800 miliardi di euro

Chi sono



● In alto Yoram Gutgeld, 54 anni, deputato del Pd e consigliere economico del governo

● In basso Roberto Perotti, 53 anni, docente di Economia politica all'Università Bocconi di Milano

IO Lavoro

Dalla famiglia
all'emergenza,
nuovi ruoli per
gli infermieri

da pag. 43

Manager in corsia

Tra modifiche normative e trasformazioni sociali, l'infermiere tradizionale cede il passo a figure sempre più specializzate

Tra modifiche normative ed evoluzione sociale la professione è in grande trasformazione

Dalla famiglia all'emergenza, nuovi ruoli per gli infermieri

Pagine a cura
DI **BENEDETTA PACELLI**

Infermieri che facilitano i processi organizzativi, che coordinano la gestione delle risorse umane, specializzati nell'assistenza ospedaliera e in quella territoriale. Tutto con una forte propensione alla multidisciplinarietà e allo svolgimento di attività integrate grazie allo scambio con altri professionisti. Sono i nuovi ruoli tagliati a misura di infermiere, profili che guardano al futuro cercando di raggiungere due obiettivi: offrire al management sanitario un contributo concreto e creare nello stesso tempo nuovi spazi di attività per la professione. Lo dice una ricerca (Cerismas, il Centro ricerche e studi in management sanitario dell'Università Cattolica) lo conferma l'Ipasvi,

la Federazione nazionale dei collegi degli infermieri, e lo sancisce una legge dello stato, il comma 566 della legge di stabilità 2015 (legge 23 dicembre 2014, n. 190, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* del 29 dicembre) tanto attesa dalla categoria, ma altrettanto osteggiata da altre professioni, medici in testa.

Le nuove aree di competenza. Cure primarie e servizi territoriali o distrettuali, in sostanza il cosiddetto infermiere di famiglia, e poi l'area intensiva e dell'emergenza-urgenza, quella medica, chirurgica, la neonatologica e pediatrica e infine la salute mentale e dipendenze: sono le sei aree per lo sviluppo delle competenze specialistiche degli infermieri, che l'accordo Stato-Regioni e poi la legge di stabilità rita-

glia per i professionisti della sanità, e che aspettano solo di trovare attuazione attraverso una nuova mappa di relazioni tra medico e infermiere e gli altri professionisti sanitari sia in ospedale che sul territorio.

Il contesto normativo. Il dibattito delle competenze, finora piuttosto acceso, non è nuovo per medici e infermieri. Già nel 2011 l'ordine dei medici di Bologna aveva dichiarato

guerra alla delibera della regione Toscana del «See and treat», un modello angloamericano di riorganizzazione sanitaria che abilitava gli infermieri a fare diagnosi per piccoli casi. Poi arrivò nel 2012 il documento che il ministero della salute stilò d'intesa con gli assessorati regionali della sanità per ridefinire le future competenze degli infermieri. Immediata le barricate della componente medica che all'epoca ebbe la meglio, tanto da far finire nel cassetto il progetto. Dopo due anni di dibattiti arrivò, infine, il via libera del governo: nell'aprile del 2014 il ministro della salute Beatrice Lorenzin firma la proposta di Accordo Stato-Regioni con il quale verranno definite nuove competenze avanzate e specialistiche per gli infermieri. A eliminare le ulteriori polemiche (secondo alcuni senza una legge dello Stato non si potevano apportare innovazioni e modifiche nelle relazioni fra le professioni sanitarie né tantomeno ridefinire attività, competenze e responsabilità delle diverse categorie professionali), arriva la legge di Stabilità.

Le nuove competenze. Tra le modifiche normative e i cambiamenti della società,

come l'aumento dell'età media della popolazione, associata all'evoluzione scientifica e tecnologica, quella dell'infermiere è una professione in grande evoluzione e in grado di offrire diverse opportunità di lavoro. Dal bed manager all'infermiere di area critica, dal manager di piattaforma all'infermiere libero professionista sul territorio. È finita, quindi, l'era dell'infermiere tutto fare, la professione del domani sarà fatta da super specialisti. Del resto come sostengono gli addetti ai lavori è proprio il modello organizzativo a essere cambiato: l'infermiere sarà sempre più al centro sia a livello di coordinamento per garantire l'efficienza delle piattaforme tecnologiche e logistiche, sia per l'integrazione delle competenze nella gestione dei pazienti. Ecco quindi che la figura del tradizionale caposala del blocco operatorio o del dipartimento di diagnostica per immagini (manager di piattaforma tecnologica) si trasformerà in quella di manager di piattaforma, un profilo di coordinamento, cioè, orientato alla programmazione delle attività e alla gestione delle risorse tecnologiche ed umane. E se poi in prospettiva, come rileva negli ultimi

anni il Censis, la domanda di prestazioni infermieristiche per l'assistenza domiciliare e per quella sul territorio è destinata a aumentare, secondo gli addetti ai lavori sarà determinante la figura di community matron che ha un ruolo di coordinamento specifico per questo tipo di attività. Si tratta di figure che hanno la responsabilità su gruppi di pazienti (circa 50) e hanno una missione ben precisa: ridurre le ospedalizzazioni evitabili.

Grande slancio poi potrà avere anche l'esercizio della professione in forma libera, e non in regime di dipendenza come avviene nella maggior parte dei casi. In questo senso diverse sono le strade possibili. Tra queste l'integrazione nella farmacia dei servizi sul territorio, applicando norme già in vigore che prevedono nella farmacia dei servizi spazi dedicati a prestazioni che possono essere anche offerte dalle professioni sanitarie, la realizzazione di pacchetti di assistenza infermieristica per la sanità integrativa e infine la possibilità di aprire le porte sul territorio, bilanci e regioni permettendo, a un «infermiere convenzionato» in analogia con il medico di medicina generale.

Per i medici l'interazione in corsia è possibile

Possibilità di prevedere competenze avanzate? Infermiere specialista? Per i camici bianchi questo non è un problema. Anzi, per 9 medici su 10 l'interazione in corsia è possibile. A dirlo è un'indagine condotta per l'Ipasvi dall'Eures, l'Istituto di ricerche economiche e sociali. È la soddisfazione il sentimento dominante tra i medici intervistati in merito ai rapporti instaurati con le altre figure sanitarie che operano nella propria unità organizzativa: in particolare tale indicazione raccoglie il 94,2% delle adesioni relativamente al rapporto con gli infermieri, il 93,3% in relazione al rapporto con gli altri medici e il 92,4% per quanto riguarda il rapporto con le altre figure sanitarie. La più alta percentuale di medici soddisfatti del rapporto con gli infermieri si riscontra nell'area intensiva e dell'emergenza-urgenza (96,8%, a fronte del valore «minimo»

del 91,3% nell'area medica), mentre la maggiore soddisfazione per i rapporti con gli altri medici (97,1%) si registra nell'area neonatologica-pediatria. Dunque il problema delle relazioni tra medici e infermieri, messo in evidenza recentemente per le critiche al «comma 566» della legge di stabilità 2015 che offre il sigillo normativo alla possibilità di prevedere competenze avanzate, se c'è, è a livello di «comando». A livello di dirigenza (primari soprattutto) in un quarto in media delle strutture non si affronta in genere la questione della collaborazione tra le diverse figure sanitarie, mentre il 4,2% la «tollera» pur non incentivandola, e un residuale 0,5% la ostacola. Inoltre otto medici intervistati su dieci (il 79,3%) sono favorevoli all'introduzione dell'infermiere specialista (anche se non tutti conoscono nel dettaglio la previsione):

in particolare il 25,6% dei medici si dice «del tutto favorevole» e il 53,7% «abbastanza favorevole», mentre il 20,7% è contrario (il 16,1% «piuttosto» e il 4,6% «del tutto»). Oltre i due terzi dei medici sono convinti che la presenza dell'infermiere specialista sarà «molto» o «abbastanza utile ed efficace» in tutte le aree mediche in cui sarà impegnato. A «volarli» nel proprio reparto sono soprattutto quelli di medicina generale (75,5%) e di neonatologia/pediatria (74,3%), seguiti dai medici impegnati nell'area intensiva e dell'emergenza/urgenza e da quelli della salute mentale e dipendenze (66,7% in entrambi i casi). Una valutazione positiva della loro utilità c'è anche tra i chirurghi (63,5%) e i medici dell'area delle cure primarie e servizi territoriali (55%), tra i quali tuttavia gli «scettici» sono il 45%.

I nuovi profili professionali

CASE MANAGER	È il titolare del trattamento e in alcune realtà è individuato come infermiere referente
DISCHARGE MANAGER	Gestisce il paziente dall'accesso, il momento della dimissione del paziente (a casa, in un'altra struttura, in un altro ospedale), svolgendo la sua attività in stretto contatto con il team medico
CARE MANAGER	È la figura di collegamento tra le strutture ospedaliere, le strutture territoriali e i medici di famiglia
RESEARCH MANAGER	È colui che si dedica allo sviluppo delle attività di ricerca clinica e alla gestione del percorso del paziente inserito all'interno di un trial clinico
RISK MANAGER	Si occupa della gestione degli strumenti per la prevenzione e il monitoraggio degli errori in medicina all'interno della struttura ospedaliera in stretto contatto con le altre funzioni di governo clinico
MANAGER DI PIATTAFORMA	È l'evoluzione del caposala del blocco operatorio o del dipartimento di diagnostica per immagini (manager di piattaforma tecnologica) ma anche del responsabile infermieristico di dipartimento o del caposala in un reparto tradizionale (manager di piattaforma logistica)
COMMUNITY MATRON	Ha un ruolo di coordinamento per le attività assistenziali a livello territoriale e domiciliare, ha la responsabilità su gruppi di pazienti (circa 50) e la sua missione è la riduzione delle ospedalizzazioni evitabili

In crescita il bisogno di assistenza anche a casa (a carico delle famiglie)

In un anno si sono rivolti privatamente a un infermiere, pagandolo di tasca propria, circa 8 milioni e 700 mila italiani, per una spesa totale 2,7 miliardi di euro.

Nella maggioranza dei casi la necessità era, più che una prestazione continuativa, un servizio una tantum: iniezioni, infusioni o flebo, assistenza in generale, medicazioni e bendaggi, assistenza notturna sono, nell'ordine, le prestazioni più richieste.

Ad avere bisogno sono state prima di tutto persone non autosufficienti, poi malati cronici e ultrasessantenni.

«C'è un numero considerevole di persone che ha bisogno di assistenza e si impegna economicamente per ottenerla, rivolgendosi però solo in parte agli infermieri — commenta Annalisa Silvestro, Presidente della Federazione nazionale dei colleghi infermieri Ipasvi, che ha commissionato una ricerca in materia al Censis —. C'è chi attua un fai-da-te rischioso, che non di rado finisce con una corsa al Pronto soccorso, e chi chiede aiuto a persone disponibili (badanti, familiari, conoscenti) ma prive di competenze specifiche, con il rischio di manovre sbagliate e gravi conseguenze».

I numeri del Censis confermano: oltre 4,2 milioni di connazionali nel 2014 si sono rivolti a figure non professionali. Se poi c'è una badante in casa, è quasi certo che finisca per indossare pericolosamente anche il "camice bianco" e gestire farmaci, punture, esigenze sa-

nitarie varie. «Il 51 per cento degli intervistati ricorre alla badante perché ritiene che pagare un infermiere in modo continuativo sia troppo costoso, — aggiunge Silvestro — ma è anche vero che il dato più macroscopico emerso dal sondaggio riguarda le carenze di assistenza sul territorio: oltre un quarto degli italiani ha difficoltà a trovare un infermiere privato dove vive, per cui molti sfruttano l'intermediazione informale di parenti, amici e conoscenti».

Che cosa fare per colmare il vuoto tra l'assistenza ospedaliera e quella a casa? «Assun-

Necessità

Le prestazioni richieste sono soprattutto iniezioni, flebo, presenza notturna

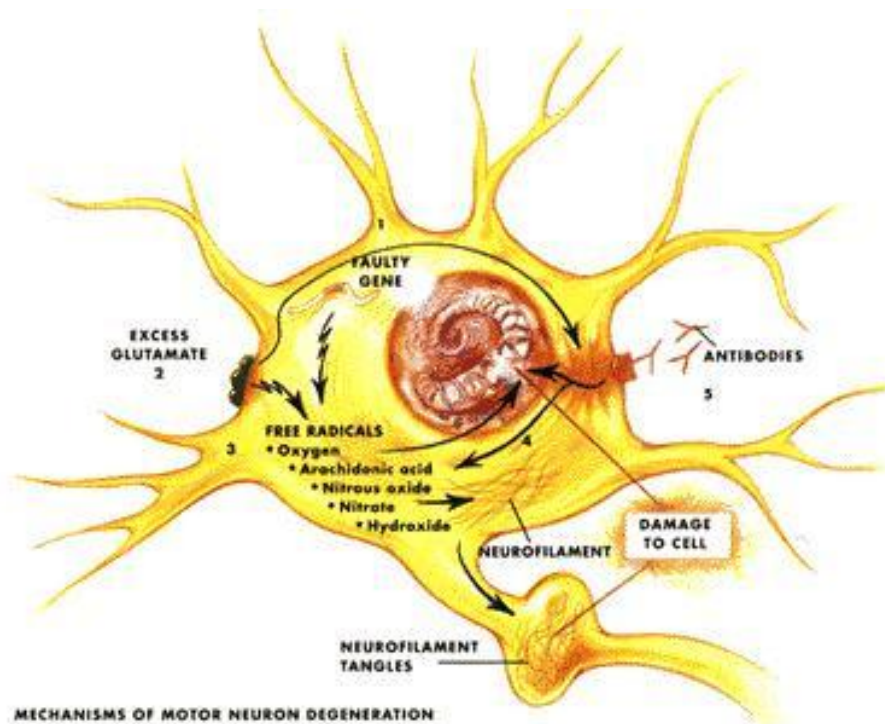
zioni non se ne fanno e i giovani laureati non trovano facilmente sbocchi nel settore pubblico — commenta Carla Collicelli, vicedirettore generale del Censis —. Da un lato, le strutture sanitarie pubbliche dovrebbero attivarsi allo scopo di favorire la continuità assistenziale dopo il ricovero; dall'altro, gli infermieri devono iniziare a far propria l'idea, finora poco valutata, dell'esercizio libero professionale sul territorio, che può aprire importanti sbocchi lavorativi e soddisfare in modo competente la grande domanda».

Vera Martinella
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Dagli Usa. Un test del sangue per diagnosticare l'Alzheimer

Los Angeles. Un semplice esame del sangue potrebbe presto essere utilizzato per diagnosticare la malattia di Alzheimer. A raccogliere le prove in uno studio, i ricercatori dell'Università della California (Ucla) a Los Angeles, che ne parlano sulla rivista *Neurology*. Si stima che soltanto negli Stati Uniti circa 5 milioni di persone convivano con una malattia neurodegenerativa. Nonostante questi numeri, non esiste ancora un test affidabile per diagnosticare l'Alzheimer, la principale di queste patologie.

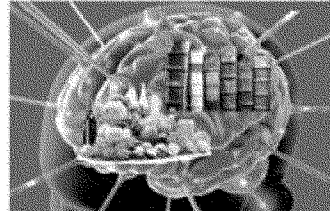
«I biomarcatori ematici avrebbero l'importante vantaggio di essere sicuri, convenienti e facili da gestire anche in grandi gruppi o in aree prive di strumentazioni, e quindi un test del sangue potrebbe avere un enorme impatto sulla cura e sugli studi clinici», ha detto Liana Apostolova, direttore del laboratorio di Neuroimaging presso il Mary S. Easton Center for Alzheimer's Disease Research della Ucla e capo del team di ricerca che ha condotto lo studio. «Adesso – ha aggiunto la ricercatrice – dobbiamo perfezionare e migliorare la potenza di questo test introducendo nuovi parametri correlati alla malattia, ma i primi dati indicano che l'esame è fattibile e potrebbe sbarcare sul mercato in breve tempo».

↳ BREVI

'Nutrire il cervello': dieta e malattie neurologiche

Dal 16 al 22 marzo la settimana mondiale del cervello celebrata dalla SIN

Anche quest'anno la Società Italiana di Neurologia (SIN) celebrerà, dal 16 al 22 marzo, la Settimana Mondiale del Cervello, ricorrenza dedicata a sollecitare la pubblica consapevolezza nei confronti della ricerca su questo organo affascinante e ancora in parte misterioso e a mostrare i progressi della neurologia e le patologie delle quali essa si occupa. "Nutrire il cervello. Dieta e malattie neurologiche" al centro dell'edizione 2015. In un momento in cui, grazie anche a Expo Milano 2015, l'opinione pubblica è particolarmente sensibile alle questioni relative all'alimentazione, la SIN intende sottolineare il ruolo della nutrizione nella protezione del nostro cervello dall'insorgenza di gravi malattie neurologiche. «Il ruolo della prevenzione - sostiene il Prof. Aldo Quattrone, Presidente della SIN - è cruciale in medicina; in ambito neurologico la prevenzione si basa anche su un corretto nutrimento del cervello, da intendersi tanto in senso stretto, come accorta e sana alimentazione, quanto in senso più ampio, come esercizio fisico e allenamento intellettuale. Entrambe buone pratiche per prevenire l'invecchiamento cerebrale e la comparsa di malattie neurologiche degenerative e vascolari». (E. SER.)



Chi non sa tenere a freno la collera rischia davvero di avere un **infarto**

Il cuore batte più veloce, la pressione sale, le coronarie si stringono, e così cresce la probabilità che placche aterosclerotiche si rompano, formando trombi

Una lite in famiglia, un'incomprensione sul lavoro, un alterco nel traffico. E la rabbia sale a livelli di guardia: pugni stretti, sangue che va alla testa, sensazione di essere sul punto di esplodere. Stiamo rischiando un infarto. Secondo uno studio del Royal North Shore Hospital di Sidney, infatti, nelle ore dopo uno scoppio d'ira la probabilità di un attacco di cuore sale di oltre 8 volte rispetto al normale. E pure le "crisi d'ansia" fanno male, perché nel giro di 2 ore il pericolo di infarto cresce di circa 9 volte.

«I dati confermano l'esperienza: moltissimi ammettono di essersi arrabbiati poco prima di avere un infarto — osserva Francesco Prati, presidente della Fondazione centro lotta contro l'infarto —. Il meccanismo è simile a quello dell'evento scatenato da uno sforzo fisico troppo intenso: negli eccessi

di collera il cuore batte più veloce, la pressione sale, le coronarie si stringono e cresce la probabilità di rottura di placche aterosclerotiche ricche di colesterolo, una delle cause classiche di infarto. In alcuni succede tutto entro brevissimo tempo; nei pazienti in cui il cuore "cede" dopo un paio di giorni dal momento di rabbia è possibile che la placca si rompa, ma che il trombo vada a occludere le arterie solo nelle ore successive».

Uno studio appena pubblicato su *Circulation* sottolinea che anche l'ansia e lo stress cronici compromettono la sa-

Latenza

Può accadere tutto in brevissimo tempo, ma la crisi può arrivare anche dopo due giorni

lute del cuore: nelle donne giovani, ancora più in tensione rispetto agli uomini per la necessità di far quadrare il cerchio fra famiglia, figli e lavoro, sarebbero responsabili di infarti e di un recupero più complicato dopo gli eventi cardiaci.

«In caso di ansia e stress "perenni" la pressione è mediamente più alta e si modifica la quantità di ormoni in circolo (come il cortisolo, ndr) tanto da alterare la pervietà delle arterie e l'aggregazione delle piastrine: tutto ciò favorisce l'attacco di cuore, perfino nelle donne giovani parzialmente protette dagli estrogeni — spiega Prati —. Con lo stress cronico non c'è la tipica rottura di placca, ma l'aumento del tono dei vasi favorisce la formazione improvvisa di un trombo che poi occlude un'arteria cardiaca. Un equilibrio ormonale delicato protegge i vasi dallo sviluppo di coaguli pericolosi,

lo stress lo "sbilancia" e per questo può essere pericoloso. Nelle donne, inoltre, rabbia, ansia e stress sono alla base della sindrome di Tako-Tsubo o del cuore spezzato: in questi casi le arterie cardiache sono pervie, ma si verifica lo stesso una sorta di infarto, perché un grosso dispiacere o una forte stress comportano una produzione abnorme di catecolamine (adrenalina e noradrenalina, ndr) che mandano "in tilt" il cuore».

Perciò, meglio imparare a gestire ira e nervosismo ed evitare per quanto possibile situazioni che ci fanno saltare la mosca al naso, anche perché uno studio della Columbia University di New York ha dimostrato che alti livelli di stress associati a depressione sono per il cuore una vera "tempesta perfetta", che incrementa del 48% il rischio di morte e infarto nel breve periodo. «Non è facile tenere sotto controllo stress e reazioni dovute alla collera, ma è bene ricordarsi che possono provocarci un attacco cardiaco — dice il cardiologo —. Per chi è ad alto rischio e ha già problemi cardiaci possono essere utili farmaci come i beta-bloccanti: oltre a ridurre la frequenza cardiaca e la pressione hanno una blanda azione ansiolitica, per cui si oppongono ai meccanismi alla base dell'infarto da attacco di rabbia».

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il pericolo

L'incremento del rischio di infarto nelle 2-48 ore successive un **attacco di rabbia** (corpo in tensione, pugni stretti, denti che digrignano fino a essere infuriati, fuori controllo)



Fonte: Buckley et al. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care 2015

Corriere della Sera

Tra le malattie osteo-articolari è quella che fa soffrire il maggior numero di italiani, specialmente le donne

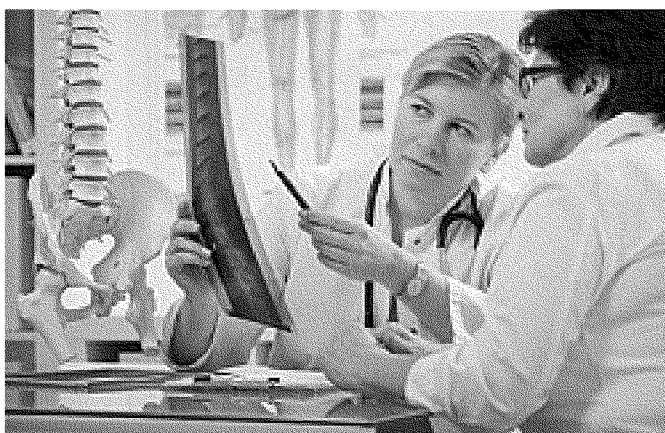
Quando colpisce... non guarda in faccia nessuna articolazione

Colpisce ogni specie di vertebrato: dal cavallo al cane, dalla balena al delfino, tutti ne vanno soggetti. L'artrosi è indubbiamente la più frequente malattia osteo-articolare e gli italiani che ne sono affetti sono circa 4 milioni, con una netta prevalenza fra le donne rispetto agli uomini e con una diffusione che aumenta decisamente dopo i faticosi cinquantanni. Si tratta di una malattia ad evoluzione cronica caratterizzata da lesioni degenerative, con anche una componente infiammatoria, a carico della cartilagine articolare, cioè del tessuto connettivo altamente specializzato che ricopre le ossa all'interno dell'articolazione. Ancora non si conosce con esattezza la sua causa, ma si ritiene che probabilmente sia multifattoriale.

DI COSA SI TRATTA

In parole semplici, in chi soffre di artrosi la cartilagine articolare va incontro a un rammolimento, a una perdita di elasticità e alla comparsa di erosioni, fessurazioni e spaccature. Come conseguenza si verifica una riduzione di mobilità dell'articolazione che si sbilancia nel tentativo di ri-

Provoca sintomi facilmente riconoscibili: dolore intenso quando si muove l'articolazione colpita, rigidità e ridotta mobilità



pristinare le funzioni perse e si deforma. Gradualmente la cartilagine si distrugge del tutto e mette a nudo l'osso sottostante che si indurisce e forma delle escrescenze, dette osteofiti, che sporgono ai margini dell'articolazione. I segnali dell'artrosi? Il principale è il dolore che viene risvegliato dal

movimento ed è alleviato dal riposo. Tuttavia con l'aggravarsi della malattia, il dolore può talvolta insorgere anche a riposo o può essere suscitato da movimenti anche minimi o in seguito a particolari posture. Altri sintomi tipici sono la rigidità che insorge dopo inattività ed è di breve durata e la ridotta

mobilità che compare quando la malattia è avanzata.

SONO TUTTE A RISCHIO

Tutte le articolazioni possono essere soggette all'artrosi. La forma in assoluto più frequente è quella del tratto lombare della colonna vertebrale seguita da quella del tratto cervicale, mentre è poco colpito quello dorsale. A lungo andare l'artrosi della colonna vertebrale può portare come conseguenza alla stenosi vertebrale, cioè a un restringimento del canale vertebrale che causa difficoltà a deambulare. Le altre articolazioni più colpite sono in ordine decrescente quelle del ginocchio, delle anche, delle mani, del piede, in particolare quasi sempre quelle dell'alluce in quanto l'artrosi compare spesso in chi è affetto da alluce valgo, e della spalla e del gomito, anche se quest'ultime più raramente.

Una buona gestione dello stress è parte integrante della riabilitazione dopo un «evento» cardiaco

Lo stress e la rabbia fanno male anche dopo un infarto: sono infatti riconosciuti come fattori di rischio che possono scatenare un nuovo evento cardiovascolare e come spiega Pompilio Faggiano, presidente del Gruppo italiano di cardiologia riabilitativa e preventiva (Gicr): «Non a caso in tutti i programmi di riabilitazione cardiovascolare dedicati ai pazienti che hanno già avuto un problema cardiaco grave (infarto, intervento cardiocirurgico, episodio di scompenso) è prevista la presenza di uno psicologo: figura indispensabile, perché una buona gestione dello stress è fondamentale quanto l'adozione di uno stile di vita sano e l'aderenza alla terapia prescritta».

Peccato che quando si parla di prevenzione

«Rinforzo» psichico

In tutti i programmi strutturati per i pazienti dopo un problema cardiaco grave è prevista l'assistenza di uno psicologo

Calo nell'aderenza alle terapie

Nell'anno successivo alla «crisi» si registra un incremento dei nuovi ricoveri. Segno che l'attenzione alle cure e allo stile di vita viene meno

secondaria, ovvero quella che serve ad evitare che persone già colpite da qualche guaio cardiovascolare abbiano ulteriori problemi, le buone intenzioni rimangono spesso nel cassetto: stando ai risultati della recente indagine Euroaspire IV dell'European society of cardiology, infatti, meno della metà degli europei che hanno avuto un infarto entra in un programma di riabilitazione cardiovascolare o mette in pratica le buone regole per non ricascarci.

«In Italia solo il 20% delle vittime di infarto viene inserito in un programma strutturato di riabilitazione — conferma Faggiano —. Questo spiega anche perché, stando ai dati raccolti nello

studio italiano Blitz 4, a fronte di un calo evidente della mortalità nella fase acuta dell'infarto (nelle unità di terapia intensiva coronarica sopravvive ormai circa il 95% dei pazienti, ndr) nell'anno successivo all'evento si registra invece una tendenza all'aumento dei decessi e dei nuovi ricoveri. Segno che l'attenzione alle terapie e allo stile di vita pian piano viene meno».

I risultati dell'indagine europea, che fanno il paio con analoghi dati italiani, sono sconcertanti: solo un terzo dei pazienti mantiene livelli accettabili di glicemia e pressione, meno di due terzi ha il colesterolo a livelli bassi. Ma la vera *débâcle* si ha con le cattive abitudini, che la maggioranza si guarda bene dall'abbandonare: un fumatore su due continua ad amare le sigarette dopo l'infarto (sebbene smettere di fumare riduca di almeno il 36% il rischio di nuovi eventi), la maggioranza ha problemi di peso e circa la metà non segue un'alimentazione adeguata per tornare in forma, mentre appena 4 pazienti su 10 fanno almeno venti minuti di attività fisica vigorosa o moderata una o più volte alla settimana.

«Le barriere sono tante: gli anziani ad esempio faticano a seguire correttamente le cure, perché spesso devono prendere molti farmaci e qualcuno viene "dimenticato" — dice Faggiano —. Inoltre, i reparti di cardiologia riabilitativa in Italia sono circa 200 e non riuscirebbero a seguire tutti i malati: per questo due anni fa abbiamo proposto percorsi diversi e personalizzati a seconda del profilo dei pazienti. A un infartuato giovane possono bastare, oltre ai farmaci "irrinunciabili", pochi controlli periodici specifici; per chi invece ha avuto danni cardiaci consistenti o soffre di malattie che aumentano il rischio di formare nuovi trombi, meglio un ricovero in cardiologia riabilitativa o un percorso strutturato anche ambulatoriale. L'importante è mantenere nel lungo periodo le buone intenzioni delle prime settimane, quando tanti smettono di fumare o iniziano un'attività fisica: lo studio italiano Icaros mostra che partecipare a un programma di riabilitazione cardiovascolare aiuta a riuscirci, perché c'è un continuo "rinforzo" dei messaggi positivi».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA