



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Asl 2, assistenza ai diabetici in tilt dopo lo stop alle strutture private

Il caso

Domani il sit in dei pazienti alla sede di Monterusciello contro le scelte del commissario

Ettore Mautone

Assistenza ai diabetici, acque agitate all'Asl Na2 nord: in programma domani davanti alla sede dell'azienda sanitaria di Monterusciello una manifestazione alla quale parteciperanno i pazienti, i medici e i sindacati dei centri diabetologici privati ai quali il responsabile del settore accreditamenti della Pasquale Bove dal primo gennaio di quest'anno ha tirato il freno. Lo stop riguarda una dozzina di strutture private in attesa di accreditamento.

Da quanto trapela nonostante alcune titubanze e richieste di approfondimento il commissario della Asl Antonio D'Amore starebbe per ratificare con una delibera il provvedimento di stop alle erogazioni delle prestazioni a fronte di un potenziamento delle attività distrettuali attraverso il conferimento di carenze a specialisti ambulatoriali pubblici. Sul piede di guerra ci sono le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, ossia l'Aspat, i centri anti-diabete e la Federlab. «L'attività

di assistenza ai pazienti diabetici - avverte Pierpaolo Polizzi, presidente Aspat - va avanti da oltre 10 anni e dal 2005 con contratti di servizio che prendono le mosse proprio dalla mancanza di centri specialistici territoriali pubblici e dall'elevato numero di pazienti assistiti. Tutto ciò certifica un inderogabile fabbisogno assistenziale ribadito anche in sede di contenzioso legale da ordinanze del Tar cui le ultime amministrazioni si sono ispirate per prorogare il servizio. A nostro avviso si sta consumando una grave violazione dei diritti dei pazienti a ricevere la continuità assistenziale a fronte di una perentoria, ingiustificata quanto manifestamente illegittima decisione della Asl di sospendere il contratto da anni affidato ai centri erogatori in attesa di accreditamento».

Dal canto suo il commissario della Asl giustifica il provvedimento nell'ambito dell'azzeramento di tutti i contratti in proroga con i fornitori di beni e servizi. «In attesa che l'iter per l'accREDITAMENTO delle strutture sia completato - dicono dai vertici dell'azienda - potenzieremo le attività dei nostri 11 distretti». Il nodo è però il tempo che servirà a mettere a regime l'offerta assistenziale. Il rischio concreto è che la spirale di contenzioso interrotta nel 2012 da un accordo transattivo ora riaccenda i motori con l'inevitabile scia di costi



L'impegno
Il manager: potenzieremo le attività dei nostri undici distretti. Ma è corsa contro il tempo

legali, spese istruttorie e disagi per i malati.

Quel che è certo è che le liste di attesa, in alcuni distretti, superano i due mesi, addirittura 74 giorni al distretto di Marano e gli stessi medici hanno già chiesto rinforzi. «Ora come nel 2011 - rimarca Polizzi - il legittimo affidamento del contratto di servizio trova riscontro nella carenza di strutture pubbliche. Anche precedentemente al 2005 i centri anti-diabete operavano con un rapporto di assistenza indiretta. Gran parte dei pazienti sono in carico da circa 20 anni nei nostri centri con un evidente risparmio per la Asl in virtù dei tetti di spesa e delle regressioni tariffarie che scattano in caso di superamento dello stesso».

Oggi il tetto di spesa della Asl Napoli 2 nord per le prestazioni di diabetologia è di 1,35 mld di euro e i centri associati Aspat sono quattro su 12 per una percentuale di fatturato del 60% sul totale a cui corrispondono circa 9 mila assistiti. «L'Asl Napoli 2 nord - conclude Claudia Dello Iacovo del direttivo Federlab - non ha in organico i diabetologi indispensabili per il funzionamento delle attività pubbliche distrettuali. I medici dovrebbero essere assunti attingendo alle graduatorie di specialistica ambulatoriale. Tali unità una volta in servizio, verrebbero a costare circa 1,1 mln annui solo per le visite laddove tutti i centri privati ambulatoriali sono in grado di erogare, al costo annuo complessivo di 1,3 mln, non solo le visite ma anche i servizi collaterali di oculistica, nefrologia, cardiologia, analisi cliniche e diagnostica strumentale in corso di terapia».

QUALIANO

Stop alle prestazioni per i pazienti diabetici, il sindaco De Luca scrive all'Asl: disagi crescenti per gli utenti

L'azienda sanitaria locale annuncia una maggiore sinergia con i medici

QUALIANO (tc) - "Sul territorio di Qualiano vi sono circa duemila persone affette da patologie diabetiche a vario titolo, che oggi, subiscono gravi disagi dalle scelte operate dal Servizio sanitario regionale. A far data dal primo gennaio 2016, in conseguenza di provvedimenti in corso di adozione da parte della direzione generale della Asl Napoli 2 Nord è stata sospesa l'erogazione di prestazioni in favore dei soggetti affetti da patologie diabetiche e tale stato di fatto sta causando crescenti disagi a livello locale, proprio perché i pazienti, per lo più

anziani, hanno serie difficoltà a recarsi ai luoghi dove curare la propria patologia". È polemico il sindaco di Qualiano, **Ludovico De Luca**, che commenta la lettera inoltrata al commissario straordinario pro-tempore **Antonio D'Amore**, attualmente alla guida della Asl Napoli 2 nord, affinché ripristini con immediatezza l'erogazione dei servizi, già garantiti ai pazienti affetti da diabete. Ma proprio nella giornata di ieri l'azienda sanitaria ha annunciato un aumento delle ore di specialistica per i centri di diabetologia dei distretti sanitari, mag-

gior coordinamento coi medici di medicina generale e facilitazioni per il rinnovo dei piani terapeutici. L'intento è assicurare l'assistenza ai circa 9mila pazienti diabetici residenti nei 32 comuni di propria competenza e che, da quest'anno, non possono più rivolgersi ai centri diabetologici privati attivi sul territorio dell'Asl. "Stiamo mettendo in campo le misure utili a garantire corretti percorsi assistenziali ai pazienti affetti da diabete mellito, attraverso i medici di medicina generale e i centri diabetologici dei distretti sanitari - fa sapere il commissario straordinario dell'Asl Napoli 2 Nord, **Antonio D'Amore** - Nell'Asl Napoli 2 Nord, infatti, circa 2 diabetici su 3 sono arruolati in specifici percorsi di assistenza, gestiti in collaborazione coi medici di famiglia, cui è demandato il compito di rinnovare i piani terapeutici e di monitorare lo stato di salute dei pazienti. Ai centri diabetologici presso i distretti sanitari, invece, spetta il compito di gestire gli esami di approfondimento e di gestione delle complicanze, assicurando il necessario supporto specialistico".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità

«No ai tagli» Il commissario Polimeni va dal governatore

Il presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca ha incontrato il commissario per la Sanità Joseph Polimeni e il sub commissario Claudio D'Amario. Insieme, si legge in una nota, «in un clima di sinergia e piena collaborazione, è stato affrontato l'esame delle linee di intervento rispetto alle priorità e le criticità della sanità campana». Nel corso dell'incontro si è parlato della rete ospedaliera; del fabbisogno di personale e tecnologie. È in corso - è stato reso noto - una verifica delle reali esigenze di personale nelle aziende ospedaliere e nelle aziende sanitarie della regione che avviene contestualmente a una ricognizione delle tecnologie esistenti e di quelle mancanti, delle reti salvavita e dell'accreditamento dei privati. «Con i commissari - ha detto De Luca - abbiamo tenuto un'importante e proficua riunione di lavoro. Abbiamo registrato la piena sintonia sulla svolta radicale che abbiamo avviato nella sanità campana, a cominciare dal personale, dalle reti dell'emergenza, dal rapporto tra le strutture pubbliche e private, concordando sulla necessità di intervenire in tempi brevissimi».

Caos prenotazioni Cambiano i codici, ricette carta straccia

Sanità, i medici di famiglia lanciano l'allarme

La vicenda

● L'obiettivo dell'introduzione dei nuovi codici è quella di far sparire le classiche prescrizioni di carta in favore di un processo esclusivamente

NAPOLI Sono centinaia le ricette dei medici di famiglia diventate poco più che carta straccia a causa dell'introduzione dei nuovi codici di prenotazione in vigore dal primo gennaio. L'allarme arriva dalla Fimmg Napoli per voce dei dirigenti provinciali Luigi Sparano e Corrado Calamaro. «A causa di un problema tecnico — spiegano — moltissimi cittadini stanno avendo proble-

mi ad eseguire gli esami prescritti. La situazione è kafkiana, ed è importante che la Regione intervenga al più presto per rimettere le cose a posto». Il problema tecnico del quale parlano i leader partenopei della sigla sindacale di categoria è legato ad un tema che in Campania va avanti da anni, vale a dire alla dematerializzazione connessa all'introduzione delle ricette elettroniche. Detta così sembra una questione molto complessa, in realtà si tratta di un concetto abbastanza semplice: far sparire le classiche prescrizioni di carta in favore di un processo esclusivamente informatizzato. È nell'ambito di questo progetto che in Campania da gennaio sono stati rivisti tutti i codici del nomenclatore tariffario, codici che i medici e le strutture utilizzano per le prenotazioni di esami, analisi del sangue e così via. «Un processo giusto — aggiungono Sparano e Calamaro — che in Campania, come al solito, ha preso una strada sbagliata. Nel passaggio dal vecchio al nuovo è stata fatta un bel po' di confusione, con il risultato che i medici di famiglia si trovano a prescrivere con codici che non corrispondono più a quelli in possesso delle strutture che devono erogare la prestazione. E addirittura alcuni esami non si trovano più». Il risultato di questo caos digitale è che moltissimi pazienti vengono rispediti casa con un nulla di fatto. E anche i medici di famiglia hanno difficoltà a rintracciare i nuovi codici per prescrivere in maniera aggiornata l'esame. L'unica in molti casi è tornare indietro di anni, con le vecchie ricette scritte a mano. Un problema di dimensioni enormi, visto il numero di ricette che ogni giorno vengono compilate dai

medici di famiglia. Si pensi che solo la Fimmg Napoli conta 1.200 medici, per un totale di più di 1.500 studi sul territorio. Questo significa un bacino d'utenza che è di circa un milione e 400mila cittadini. «In attesa di una soluzione serve una proroga — concludono i medici di famiglia — soprattutto ora in cui si sta manifestando il picco influenzale». E la febbre ed i problemi respiratori stanno facendo letteralmente esplodere gli ospedali cittadini. I ricoverati sono ormai così tanti che in molti casi le barelle non bastano e ci si deve arrangiare con le lettighe della ambulanza. Le situazioni più gravi sono quelle del Loreto Mare e del Cardarelli. Nell'ospedale di via Marina ieri si sono contate più di 20 barelle, mentre al Cardarelli (nell'intero blocco dell'emergenza) si è arrivati a poco meno di cento.

Raffaele Nespoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



informatizzato. È nell'ambito di questo progetto che in Campania da gennaio sono stati rivisti tutti i codici del nomenclatore tariffario

mi ad eseguire gli esami prescritti. La situazione è kafkiana, ed è importante che la Regione intervenga al più presto per rimettere le cose a posto». Il problema tecnico del quale parlano i leader partenopei della sigla sindacale di categoria è legato ad un tema che in Campania va avanti da anni, vale a dire alla dematerializzazione connessa all'introduzione delle ricette elettroniche. Detta così sembra una questione molto complessa,

Sanità. Alanciare l'allarme è il Parlamento. Un cittadino su sei rinuncia alle terapie. E tra i poveri va ancora peggio. Colpa dei reparti chiusi, dei medici che mancano. E dei ticket cresciuti del 20 per cento in pochi anni

Costi molto alti gli italiani non si curano più

ROBERTO PETRINI

GLI ITALIANI, CHE SECONDO un comune cliché sarebbero ipocondriaci e ansiosi, stanno cambiando atteggiamento e hanno cominciato a trascurare la propria salute. Colpa dei costi troppo alti dei ticket, dell'eccessiva distanza dei presidi sanitari e delle liste d'attesa. Esasperati dalla crisi e con sempre meno soldi in tasca rinunciano al dentista. Tra le fasce più povere della popolazione fino al 15 per cento degli italiani si priva delle cure.

A lanciare l'allarme non è un semplice centro di studi sociologici e di monitoraggio delle tendenze degli italiani, ma l'Ufficio parlamentare di bilancio, il ferreo presidio di ricerca che ha il compito di fare da cane da guardia ai conti pubblici sulla scorta delle regole europee. I dati riguardano il 2013, prima dell'esecutivo Renzi, e risentono soprattutto delle politiche di austerità messe in atto da Monti tra il 2011 e il 2012, ma suonano comunque come un monito rispetto ai potenziali effetti dei tagli al Fondo sanitario nazionale praticati con la nuova legge di Stabilità 2016.

Dalle statistiche fornite dall'Upb, e firmate Eurostat, si scopre che il 7,1 per cento degli italiani rinuncia a farsi visitare perché - queste le motivazioni addotte - il costo della prestazione è troppo alto, la lista d'attesa è troppo lunga oppure l'ospedale è troppo distante. Con il diminuire del reddito il disagio cresce: la rinuncia alla cura sale al 14,6 per cento nel caso in cui gli interpellati appartengano al 20 per cento più povere della popolazione italiana.

Non è sempre stato così. Prima della Grande crisi del 2007-2009 e della Grande austerità europea del 2011-2012, gli italiani che facevano a meno di curarsi erano in numero assai inferiore: nel 2004, ad esempio, solo il 3,6 per cento rinunciava per eccesso di costi e si arrivava al 5,2 per cento

considerando anche gli altri elementi di disagio, come la distanza o la lista d'attesa. A preoccupare è anche il dato delle cure dentistiche: il 18,6 per cento, circa un quinto dei più poveri, ha dovuto scartare l'idea di farsi curare i denti.

Le spiegazioni che gli italiani danno del proprio comportamento sono realistiche? Purtroppo sì, e gli economisti dell'Upb confermano la correlazione tra tagli alla sanità e aumento dei tassi di trascuratezza nei confronti della salute. Già in termini generali la spesa corrente per la sanità non è alta come comunemente si crede: siamo a due terzi di quella tedesca, a tre quarti di quella francese e addirittura il 60 per cento di quella Usa. Il rigore degli ultimi anni è stato pesante: la spesa sanitaria corrente, che tra il 2003 e il 2006 cresceva in media del 5,8 per cento, tra il 2007 e il 2010 è salita solo del 2,8 e addirittura nel periodo 2011-2014 è cresciuta a tasso "zero" (dati della Ragioneria generale dello Stato).

A fare le spese dei tagli e della caccia alle risorse ci sono proprio le voci che sembrano stare a monte del disagio denunciato dai cittadini. Ad esempio il numero dei posti letto negli ospedali è diminuito dal 4 per mille nel 2005 al 3,4 nel 2012 contro una media europea di 5,3 per mille. La riduzione delle degenze avrebbe dovuto essere compensata dai day hospital, ma - come segnala il rapporto Upb - è sempre di più la gente che si affida al pronto soccorso per superare file e risparmiare. Contribuisce a limitare l'offerta anche la riduzione del personale: è stata dell'1,8 per cento tra il 2007 e il 2013 e di un ulteriore 0,6 nei primi mesi

del 2014. Vale la pena citare le parole dell'Upb che sintetizzano il senso dello studio diffuso nei giorni scorsi: «Emergono alcuni segni di limitazione dell'accesso fisico (razionamento) ed economico (compartecipazioni) e tracce di una tensione nell'organizzazione dei servizi, legata alla limitatezza delle risorse finanziarie e umane, che potrebbero rivelarsi insostenibili se prolungate nel tempo». Linguaggio tecnico, ma inequivocabile.

Gli ampi passaggi dello studio degli uffici del Parlamento italiano, che riguardano i ticket, confermano la situazione di allarme. L'Upb spiega che per molte prestazioni l'aumento delle compartecipazioni ha «reso conveniente optare per il settore privato». Del resto il rincaro c'è stato ed è evidente: i ticket sono aumentati del 33 per cento tra il 2010 e il 2014. Se si guarda alla sola spesa per ticket farmaceutici l'aumento è stato del 50 per cento, mentre sulla specialista ambulatoriale, a seguito del super-ticket da 10 euro per ricetta, è salito al 19 per cento nel biennio 2001-2012.

Tagliare ulteriormente e in modo indiscriminato può portare conseguenze disastrose, se non si interviene sull'obiettivo principale: gli sprechi che, come segnala opportunamente l'Ocse, non a caso citata nel rapporto Upb. Basta guardare alla spesa per beni e servizi, prodotti farmaceutici compresi, che è l'unica a continuare a crescere. La spending review dovrà servire anche per reindirizzare verso i servizi quello che oggi ingrassa spesso rendita e malcostume.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'emergenza. Farmaci

occhiali, protesi. Da Marghera alla Sicilia, ecco quelli che non ce la fanno

Quando i veneti cercano aiuto insieme ai profughi

MICHELE BOCCI

L TICKET? «TROPPO caro, mia moglie ha aspettato due anni per fare una visita ginecologica». Nell'Italia delle venti sanità c'è un comune denominatore: i cittadini espulsi dal sistema perché troppo poveri. In tutte le regioni ci sono persone costrette a chiedere aiuto anche per una pomata per le mani da meno di 15 euro. Pure in Veneto, dove da cinque anni c'è una specie di ancora di salvezza per i disperati: l'ambulatorio di Emergency di Marghera. È nato nel 2010 per gli immigrati irregolari e profughi che non hanno possibilità di accedere alle cure ma da subito è stato frequentatissimo anche dagli italiani, circa 300 l'anno scorso. I nostri connazionali fanno la coda per due cose fornite gratuitamente dall'associazione di Gino Strada: la dentiera e gli occhiali. Andrea, quello della mo-

glie che ha dovuto rimandare lo specialista, è arrivato perché con il lavoro ha perso anche tutti i denti. «Ero un imprenditore nel campo alberghiero - racconta - Le cose sono iniziate ad andare male e nel 2010, a cinquant'anni, ho dovuto gettare la spugna. In famiglia siamo in cinque ed è stata molto dura. Adesso ho un lavoro stagionale ma non basta a pagarmi tutte le cure». In primo luogo quelle odontoiatriche. «Per anni non sono riuscito ad andare dal dentista e piano piano ho perso tutti i denti. Mi ha aiutato Emergency». Andrea di recente è riuscito ad avere un'esenzione dalla Asl. «Siamo stati senza a lungo, ma non sapevamo nemmeno esistesse la possibilità di non pagare il ticket, e per fortuna non abbiamo avuto tanti problemi di salute - racconta - Comunque per risparmiare abbiamo rimandato certi controlli, come quello di mia moglie dal

ginecologo. Ora che non pago il ticket, devo comunque sopportare liste di attesa lunghe. Perché non posso permettermi un medico privato o in intramoenia per fare prima».

La coordinatrice del poliambulatorio di Emergency a Marghera è Marta Carraro. «Siamo aperti dalle 9 alle 18 dal lunedì al venerdì - spiega - Ci occupiamo degli immigrati irregolari ma i pazienti italiani sono tanti da sempre, rappresentano la prima o seconda nazionalità tra chi ci chiede aiuto. Molti vorrebbero anche più servizi di quelli che offriamo. C'è chi si presenta con ricette specialistiche oppure prescrizioni di farmaci importanti che il Ssn non fornisce, e dice di non saper come fare a pagare. Purtroppo non possiamo aiutarli». Un esempio di chi non può comprare medicinali? Iris, 62 anni, e nessun parente. «Ho bisogno di una pomata per le mani - dice - ma quella meno cara costa 13 euro e non posso comprarla», racconta. Anche a lei è andata male con il lavoro, ha perso l'impiego in un'azienda di macellazione a causa di una malattia e adesso lavora qualche ora alla settimana presso una struttura religiosa. Si è rivolta ad Emergency per non spendere 700 euro di dentiera. «È dura dover contare i soldi per curarsi, per acquistare certi farmaci. E se devo fare una visita, come quella oculistica, la Asl mi fa aspettare un anno. Non ho alternative, non posso permettermi uno specialista privato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

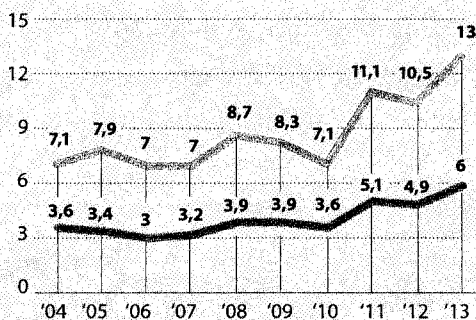
PERCHÉ NON VANNO DAL DOTTORE

TROPPO COSTOSO IN % SULLA POPOLAZIONE

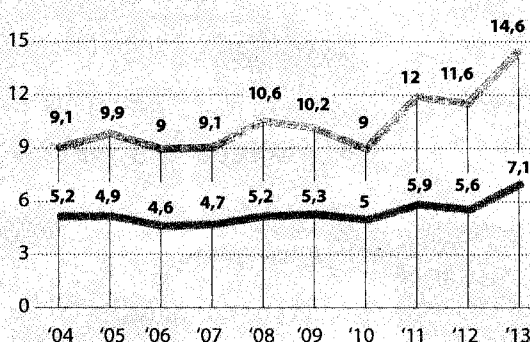
LEGENDA

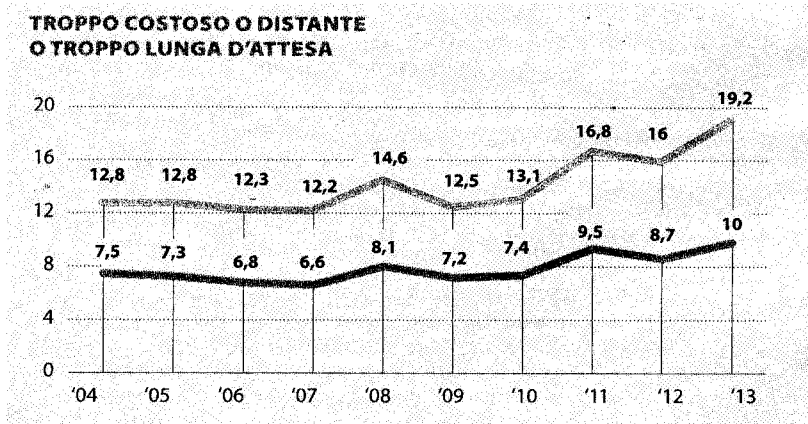
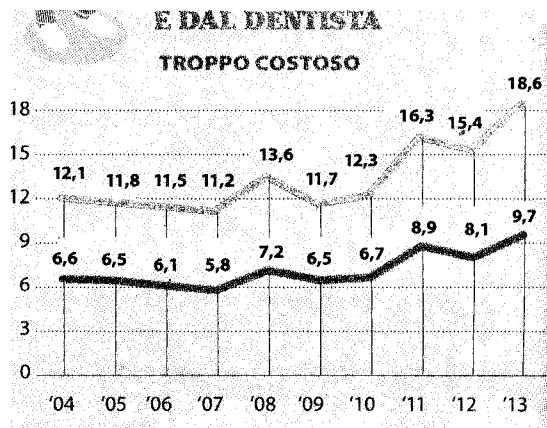
TUTTA LA POPOLAZIONE

IL 20% DELLA POPOLAZIONE CHE HA I REDDITI PIÙ BASSI



TROPPO COSTOSO O DISTANTE O TROPPO LUNGA D'ATTESA





Primo, non sprecare

La parola chiave resta «sprechi». Lo dice l'Ocse che calcola la dimensione delle risorse che si perdono tra inefficienza e corruzione nella sanità pubblica tra il 20 e 40 per cento della spesa. Secondo alcuni studi citati dal rapporto dell'Upb in Italia le Regioni meno efficienti costano fino a 15 miliardi in più rispetto a quelle dove si riescono a raggiungere livelli più alti di buona amministrazione. Come agire? Secondo il rapporto l'intervento sull'appropriatezza delle cure offerte, per quanto utile ad evitare pratiche di eccesso di prescrizione da parte dei medici, non abbate i costi più di tanto: il recente decreto sulla diagnostica ha consentito di risparmiare, tra mille polemiche, appena 106 milioni. Al contrario il bersaglio, suggerito dal rapporto parlamentare, è quello delle inefficienze di gestione vere e proprie. L'elenco è lungo: contratti di appalto, affidamenti

senza gara, irregolarità nell'accreditamento di strutture, selezione del personale, promozioni, assenteismo e, in generale, mancanze nell'attività di controllo e vigilanza. Un passo in avanti è stato fatto dalle norme introdotte nella legge di Stabilità 2016 che prevedono una maggiore responsabilità dei centri di spesa a partire dalle Asl, passando per gli ospedali, le aziende ospedaliere universitarie e gli istituti di ricovero e cura. Chi va in rosso dovrà sottostare, come avviene oggi per le Regioni, a piani di rientro. I bilanci andranno su Internet ed eventuali inadempimenti dei direttori generali potranno essere sanzionate con la decadenza.



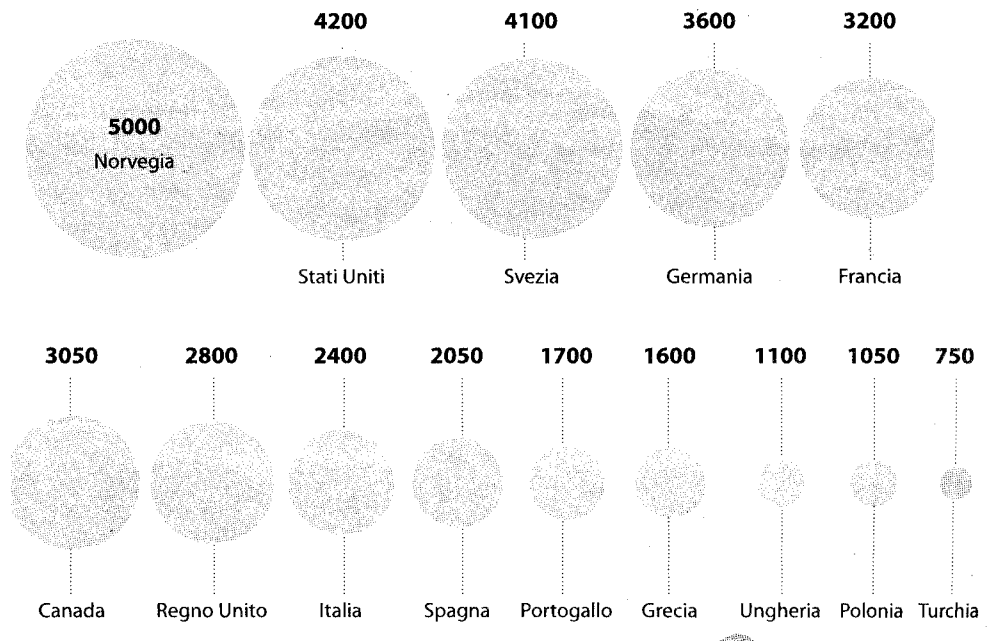
In campo Emergency

È dal 2006 che l'associazione di Gino Strada ha deciso di aprire ambulatori anche in Italia. L'idea di base era quella di curare chi ha maggiori difficoltà ad accedere alle strutture sanitarie pubbliche e quindi migranti, profughi, persone povere. La prima struttura, un poliambulatorio, è stata aperta a Palermo, poi è arrivata Marghera (Venezia) a dicembre 2010 e a seguire Sassari, nel 2012, Polistena (Reggio Calabria) nel 2013, e Castel Volturno (Caserta) e Napoli nel 2015. Il personale sanitario, medici e infermieri, presta la sua opera in modo volontario. Vengono offerti servizi come la medicina di base, che molti stranieri non hanno. Ma come nel caso di Marghera si aiutano anche gli italiani con dentiere ed occhiali. Spesso

l'attività è svolta in convenzione con la Asl locale, a Sassari ad esempio si danno anche servizi di orientamento per chi ha bisogno di rivolgersi alle strutture pubbliche. Più di recente sono nati anche gli ambulatori mobili, i "politruck". Nel 2015, ad agosto, ha iniziato la sua attività quello di Milano, offrendo assistenza sanitaria di base e servizi di orientamento socio-sanitario alle persone in stato di bisogno nelle zone Lorenteggio-Giambellino, piazza Prealpi, via Vitruvio-Stazione Centrale e San Siro. Anche qui si lavora in collaborazione con la Asl e pure con il Comune. Sempre nell'estate dell'anno scorso è stato aperto un ambulatorio mobile anche a Bologna, che svolge la sua attività nelle zone periferiche della città e vicino alla stazione, soprattutto per dare informazioni ai migranti riguardo ai loro diritti sanitari in Italia. *m.b.*

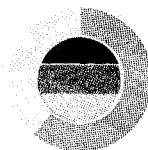
IN EUROPA

Spesa sanitaria corrente pro capite in dollari **Media OCSE: 2500**



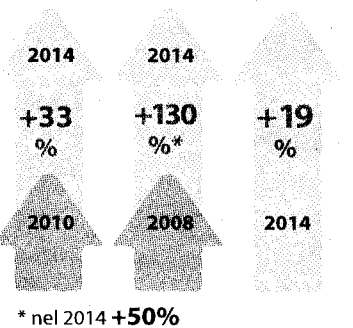
QUANTO SPENDIAMO

A confronto con altri paesi



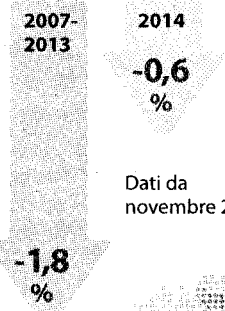
IL TICKET

In media Farmaci Prestazioni

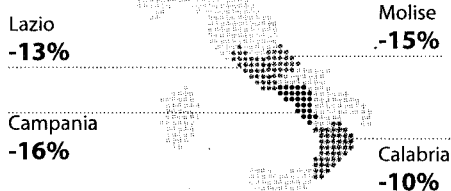


I PROFESSIONISTI

Dipendenti del SSN in tutta Italia

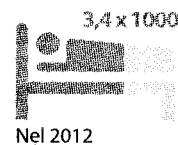


Dati da novembre 2015



I POSTI LETTO

Diminuzione di posti negli ospedali in tutta Italia



Che cosa è la malpractice sanitaria (o medica)

Con questa espressione si possono intendere i concetti di abuso, di illecito, di negligenza, di imperizia. La malpractice sanitaria si verifica nel momento in cui un soggetto erogatore di servizio (azienda sanitaria, medico, ecc.) - non rispettando le linee guida minime per l'assistenza specializzata - provoca danni o lesioni gravi e permanenti (o morte) al paziente. Questi eventi, che spesso sono esclusivamente conseguenza della natura della patologia da cui il paziente è affetto, in alcuni casi possono dipendere da una diagnosi non corretta o da una scelta terapeutica sbagliata/azzardata da parte del professionista sanitario. La malpractice può infatti essere conseguenza di un disprezzo per l'etica e per l'adozione di serie e accurate misure di assistenza sanitaria, e si configura quando l'errore determina un effettivo danno al paziente. Tale concetto ha pertanto un'accezione notevolmente differente da quella di negligenza medica, che è invece definita come il mancato rispetto di determinati standard, spesso dovuto a disattenzione.

Gli strumenti per gestire l'errore in sanità. Il Clinical risk management non è solo una metodologia ma rappresenta anche un "pensiero", "un modo di approccio" alle tematiche della qualità e sicurezza con pragmatismo e con un forte coinvolgimento di tutti gli attori del "sistema sanitario", pazienti compresi. Il coinvolgimento delle strutture di risk management e quindi dei risk manager a supporto delle decisioni e valutazioni dei top manager, potrebbe ridurre incidenti di percorso difficilmente intercettabili con una politica solo del risparmio economico. Ad esempio, un coinvolgimento del clinical risk management nella valutazione delle tecnologie informatiche potrebbe supportare l'organizzazione nella scelta di strumenti che rispettino l'ergonomia e limitino la ridondanza delle informazioni con notevole risparmio di tempo e migliore utilizzo delle risorse.

«2017 da brividi»

Intervista al coordinatore degli assessori alle Finanze Massimo Garavaglia: un anno di sacrifici, ticket e nuove imposte e servizi a serio rischio dal 2017.

GOBBI A PAG. 9

L'INTERVISTA/MASSIMO GARAVAGLIA (COORDINATORE ASSESSORI ALLE FINANZE)

«Un anno di coperta corta, dal 2017 sostenibilità a rischio»

Il punto sulla legge di Stabilità, sulla ripresa ricca di scadenze vecchie e nuove da rispettare, su impegni e prospettive che si aprono con la riforma costituzionale. Ne parla l'assessore lombardo e coordinatore degli assessori alle Finanze Massimo Garavaglia.

Anno nuovo, nuova corsa, con questa Stabilità che ripropone nodi analoghi alla precedente?

Si è di nuovo utilizzato il Fsn per tappare buchi di Finanza pubblica, ma questo è l'ultimo anno in cui si possa fare. L'anno venturo infatti ci saranno ben più problemi perché, invece dei 16 di quest'anno risolti con il condono e con l'utilizzo del maggior deficit, ci saranno ben 30 mld di clausola di salvaguardia.

Per il 2016, intanto, "ce la fate", come dice il neo presidente dei governatori Bonaccini?

Sarà molto complicato, perché i maggiori costi superano ampiamente i 2 miliardi e mezzo e le Regioni già in difficoltà andranno peggiorando. Peraltro, anche Bonaccini mette le mani avanti perché chiede al governo di rivedere gli assetti. Ma il presupposto sarebbe un esecutivo interessato a investire nella sanità dei cittadini.

Secondo lei ci sarà ancora, questo governo, il prossimo anno?

Questo lo deve chiedere a Bruxelles...

Come voterà al referendum su cui Renzi, per sua stessa ammissione, "si gioca l'osso del collo"?

Più che altro si tratta di capire che modello di Paese vogliamo. Sulle province la foto migliore l'ha fatta Checco Zalone: tanto fumo e un aumento notevole dei costi. Ma il tema vero è cosa succede all'ente Regione. Dalle riforme esce un ibrido: con Regioni che potranno avere anche funzioni aggiuntive e altre che svolgeranno il compito minimo. Intanto, è stato eluso il tema vero delle macroregioni e del dimensionamento: è evidente che non si può paragonare la Lombardia al Molise. Io sono entrato in politica leggendo Miglio che diceva queste cose 40 anni fa... le macroregioni sono necessarie, soprattutto in un processo di doppia devoluzione europea: se potenze Bruxelles, lo Stato diventa troppo piccolo per i grandi problemi e trop-

po grande per quelli piccoli. A questo punto è necessario avere, insieme a uno Stato molto leggero, Regioni dimensionate in maniera opportuna. Certo che se passa il referendum, si andrà verso un federalismo differenziato e non a caso abbiamo contribuito a scrivere questo articolo della riforma. Ma oggi il problema vero è gestire l'esistente. E l'esistente è insostenibile per tante realtà: temiamo che la Stabilità 2017 possa mettere a serio rischio l'erogazione dei servizi.

Nel frattempo, quali sono le priorità in agenda da subito?

Il Patto della salute va rivisto, perché sono cambiate le cifre e quindi ciò che c'è scritto non è più sostenibile. Basti pensare ai nuovi Lea. Il problema vero è anticipare l'emergenza invecchiamento e cronicità, cui in Regione Lombardia Maroni ha provveduto con la riforma sanitaria. L'Italia nel suo complesso però avrà grossi problemi, con le Regioni in difficoltà che si troveranno ad aumentare le imposte e rivedere i ticket per sostenere il sistema, oppure a far quadrare i conti curando meno persone e allungando le liste d'attesa. Scelta dannosa per i cittadini, conseguenza delle scelte di Parlamento e Governo.

Nessun asso nella manica?

Purtroppo ne abbiamo pochi. Una strada utile ad esempio è la centralizzazione e il controllo del ciclo degli acquisti, sempre su modello lombardo. Per il resto è complicato, ma si cerca di far quadrare i conti.

Sui fondi integrativi?

Possono aiutare il sistema ma bisogna capire cosa si vuole fare. Se è un'integrazione del sistema pubblico e si mantiene l'universalità del servizio, siamo d'accordo, ma se ci si orienta verso la privatizzazione del sistema sanitario, non siamo d'accordo. Spetterà al governo, in ogni caso, assumersi la responsabilità di questa scelta squisitamente politica.

Chi vorreste alla commissione Salute?

Quando governava la destra si rispettava un criterio di alternanza, tanto che presidente era Vasco Errani. Oggi questa disponibilità da parte del Pd non c'è...

In quanto presidente del Comitato di settore, quali prospettive e

modelli si sente di indicare?

Scegliendo di destinare solo 300 milioni al pubblico impiego, di fatto il governo ha deciso di non consentire i rinnovi contrattuali. Basti pensare che il costo del personale della pubblica amministrazione supera i 190 miliardi. Si doveva almeno mettere sul piatto l'1%, altrimenti non ha neanche senso discutere. Il tema delle risorse chiude in partenza la discussione o la rende, in ogni caso, molto più complicata. Per i contratti e il comparto ospedaliero, sono in buona parte accoglibili le proposte dell'Anao. Quanto all'integrazione ospedale-territorio, più che le sanzioni vanno premiati approcci e comportamenti adeguati. Le trattative si sono arenate anche per le risorse ridicole in campo, ma ora si tratta comunque di ripartire.

E le 6mila assunzioni previste nella legge di Stabilità?

Era un emendamento palesemente scoperto, per ben 320 milioni di euro. Le Regioni che hanno la capacità e la volontà di fare ulteriori risparmi, avulsi da quella copertura che è stata solo una finzione, faranno il proprio dovere. Le altre lasceranno le sedie libere.

Farmaci innovativi e governance farmaceutica, affidati a tavoli extra-manovra: a che punto sono?

Anche qui si tratta di riprendere il bandolo della matassa. I farmaci salvavita valgono 300-350 milioni di costi e anche per questo siamo ben oltre i 2,5 miliardi di costi aggiuntivi. L'importante è avere sempre ben presente chi paga: i cittadini, con le tasse versate alla propria Regione.

Un voto alla ministra?

Non posso che dare un voto positivo. Ciò detto, per fare una battuta, Ncd potrebbe cambiare la sigla in Ncm: «Noi con Matteo». Speriamo che anche in sanità prevalga il buon senso, la Lorenzin ce la mette tutta

però senza risorse è difficile pensare di migliorare il sistema. I tagli cumulati in sanità sono pari a ben 14,7 miliardi e solo nel biennio 2015-15 siamo a 4,3 miliardi di tagli. Nel 2018 si arriverà al 6,38% di incidenza della spesa sanitaria sul Pil. Sono dati che non si registrano in nessun Paese con economia analoga alla nostra. Questo quadro aiuta la finanza pub-

blica, ma mette in difficoltà la possibilità di cura dei cittadini.

Barbara Gobbi



Massimo Garavaglia

“ Il nodo finanziamenti con lo spettro dei ticket e dei servizi a rischio e l'occasione perduta delle macroregioni. Il Patto salute da rivedere e i contratti senza risorse. Un quadro a tinte fosche malgrado la buona volontà della ministra Lorenzin ”

NEUROFISIOPATOLOGI

Una professione ai raggi X

In arrivo nuovi master ma il trend degli occupati è in calo

L neurofisiopatologi si preparano alle sfide future con nuovi processi formativi e allargando le competenze alle inesplorate frontiere delle indagini diagnostiche. In attività 1.400 professionisti con un tasso di occupazione in calo.

BROGLIA

E **MASTRILLO** A PAG. 16-17

TOUR DELLE PROFESSIONI/ I processi formativi e le nuove aree di intervento nell'indagine diagnostica

Neurofisiopatologi, benvenuto futuro

Allo studio due master annuali di specializzazione - I capisaldi del codice deontologico

La formazione professionale del Tecnico di Neurofisiopatologia (Tnfp) venne attivata dal 1972 nelle Università di Roma e di Bologna, a cui seguirono le Università di Ancona nel 1977, di Pavia nel 1980, di Milano, Genova e Napoli nel 1981, di Pisa nel 1988 e di Siena nel 1990. Nate come scuole dirette a fini speciali, nel 1996 si sono trasformate in corsi di diploma universitario e dopo 5 anni, nel 2001, in corsi di laurea, con il raddoppio dei posti a 130 e delle sedi a 17 per le nuove attivazioni da parte delle Università di Udine, Padova, Firenze, Roma Cattolica, Roma Tor Vergata, Catanzaro, Messina, Catania e Sassari.

Conseguono il titolo 2.358 Tnfp a cui si aggiungono altri 168 diplomati fra il 1981 e il 1998 dalle Scuole regionali, pari al 7%, che furono attivate per 1-3 cicli dal Molise a Campobasso nel 1979, dal Friuli Venezia Giulia a Trieste nel 1983, dalla Sicilia a Palermo e Messina nel 1990 e dalla Sardegna a Cagliari e Sassari nel 1993. Conclusa la breve e limitata fase di formazione regionale, i rispettivi titoli sono riconosciuti equipollenti il 27 luglio 2000 con decreto del ministero della Sanità.

Dal 2009, a seguito della riforma dei corsi di laurea, restano ora 11 sedi nelle Università di Torino, Milano, Pavia, Padova, Bologna, Firenze, Roma Sapienza e Roma Tor Vergata, Napoli, Bari e Messina per un totale di 110 posti a bando rispetto a un fabbisogno occupazionale di 45 tecnici all'anno, in base al calcolo del turnover al 3% sui

1.500 addetti.

In totale, dal 1974 al 2014, i Tnfp formati sono 2.526, mentre gli occupati sono circa 1.500, il 60%, quasi tutti con assunzione nel pubblico impiego e privato convenzionato.

Un sensibile aumento di occupazione si è avuto dopo il 2005, con la sostituzione di quasi tutti i circa 500 infermieri allora addetti in Eeg, rispetto a cui, il 6 maggio 2004, l'Associazione tecnici di neurofisiopatologia Aitn e la Federazione infermieri Iplasvi siglarono presso il ministero della Salute un apposito accordo "Patto di Rignano Garganico" per sostituire gradualmente tutti gli infermieri. Questo accordo, che è rimasto l'unico caso nell'ambito delle 22 professioni, costituisce tuttora esempio virtuoso di ottimale cooperazione intercategoriale.

Le competenze. Il Tnfp fa parte dei 22 profili professionali normati con il decreto legislativo 502/1999 e la legge 42/1999.

Il profilo professionale del Tnfp è stato regolamentato con decreti del ministero della Sanità il 26 gennaio 1988 e da ultimo il 15 marzo 1995, atto, n. 183, con le seguenti funzioni:

«... svolge la propria attività nell'ambito della diagnosi delle patologie del sistema nervoso, applicando direttamente, su prescrizione medica, le metodiche diagnostiche specifiche in campo neurologico e neurochirurgico (elettroencefalografia, elettroencefalografia, elettroencefalografia, poligrafia, potenziali evocati, ultrasuoni)».

Fra le attività più rilevanti

del Tnfp resta l'accertamento medico-legale della morte cerebrale con esami di Eeg e Potenziali Evocati che per Legge (Dm Salute 11 aprile 2008) sono di esclusiva competenza del Tnfp.

Mentre sono in continuo sviluppo le indagini diagnostiche neurofisiologiche per gli "Stati vegetativi e di minima coscienza" e l'attività di neuro-monitoraggio intraoperatorio durante interventi di neurochirurgia, ortopedia, oto-neuro-oftalmologia e cardiocirurgia.

Si prevede un ulteriore coinvolgimento dei Tnfp sia nella ultrasonologia vascolare Doppler e neuro-muscolare che «nel percorso diagnostico terapeutico per i disturbi del sonno per il rilascio delle nuove idoneità alla guida»; tema, quest'ultimo, recentemente evidenziato in Parlamento dai deputati Gian Luigi Gigli e Paola Binetti.

Il codice deontologico. In ottemperanza alle indicazioni della legge 42/1999, al fine completare il "tripode" normativo insieme a formazione e competenze, l'Associazione di categoria Aitn il 6 aprile 2000 approva il codice deontologico. Compie così un ulteriore passo paritetico verso un rapporto paritetico con altre professioni storicamente più considerate per l'appartenenza ex lege ai rispettivi collegi, come infermieri, ostetriche e tecnici di radiologia.

Di particolare rilievo è l'articolo 4 del codice che stabilisce una sorta di obbligazione di risultato per l'operato del Tnfp che «salvaguarda la propria autonomia nella scelta dei metodi, delle tecniche da utilizzare per la sua attività, ed è perciò responsabile della loro

applicazione e uso, dei risultati, delle valutazioni e interpretazioni che se ne ricavano.

Nella collaborazione con professionisti di altre discipline esercita la piena autonomia professionale nel rispetto delle altrui competenze».

Prospettive future. Nel contesto delle recenti indicazioni legislative, da ultimo il comma 566 nella legge di Stabilità (legge n. 190 del 23 dicembre 2014) e attraverso i lavori già avviati nell'ambito dell'Osservatorio Miur delle Professioni sanitarie, anche per il Tnfp sono stati ipotizzati ulteriori percorsi formativi post laurea con due master annuali di primo livello di specializzazione e perfezionamento riguardanti:

● **neurosonologia vascolare, ecografia neuromuscolare e analisi del movimento.** Con obiettivi formativi l'applicazione ultrasonografica doppler del circolo extracranico e intracranico. Ecografia del sistema nervoso periferico a completamento e integrazione dell'esame elettroencefalografico. Analisi del movimento con dati cinematici e dinamici con piattaforme di forza e altri sensori;

● **tecniche diagnostiche neurofisiologiche e di fisiopatologia respiratoria in medicina del sonno.** Metodiche di valutazione della funzione respiratoria in veglia e nei disturbi respiratori durante il sonno (Sdb) con varie metodiche polisomnografiche. Applicazione delle correlate procedure di titolazione nella ventilazione non invasiva

Lidia Broglia
presidente dell'associazione
italiana Tecnici
di neurofisiopatologia - Aitn

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PROFILO PROFESSIONALE DEL TNFP

Decreto del ministero della Sanità
15 marzo 1995, n. 183

1. È individuata la figura del tecnico di neurofisiopatologia con il seguente profilo: il tecnico di neurofisiopatologia è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge la propria attività nell'ambito della diagnosi delle patologie del sistema nervoso, applicando direttamente, su prescrizione medica, le metodiche diagnostiche specifiche in campo neurologico e neurochirurgico (elettroencefalografia, elettroencefalografia, poligrafia, potenziali evocati, ultrasuoni).

2. Il tecnico di neurofisiopatologia:

a) applica le metodiche più idonee per la registrazione dei fenomeni bioelettrici, con diretto intervento sul paziente e sulle apparecchiature ai fini della realizzazione di un programma di lavoro diagnostico-strumentale o di ricerca neurofisiologica predisposto in stretta collaborazione con il medico specialista;

b) gestisce compiutamente il lavoro di raccolta e di ottimizzazione delle varie metodiche diagnostiche, sulle quali, su richiesta deve redarre un rapporto descrittivo sotto l'aspetto tecnico;

c) ha dirette responsabilità nell'applicazione e nel risultato finale della metodica diagnostica utilizzata;

d) impiega metodiche diagnostico-strumentali per l'accertamento dell'attività elettrocerebrale ai fini clinici e/o legali;

e) provvede alla predisposizione e controllo della strumentazione delle apparecchiature in dotazione;

f) esercita la sua attività in strutture sanitarie pubbliche e private, in regime di dipendenza o libero professionale.

2. Il diploma universitario di tecnico di neurofisiopatologia, conseguito ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione.

3. Con decreto del ministro della Sanità, di concerto con il ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica, sono individuati i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, che sono equipollenti al diploma universitario di cui all'articolo 2 ai fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



La Sanità

Ospedali, a confronto con Polimeni

Da Avellino ai Comuni della provincia, l'Irpinia della sanità è un'unica grande emergenza. Questa mattina il commissario dell'Asl, Mario Ferrante sarà a Napoli per un incontro con il neo commissario Joseph Polimeni, il quale domani si confronterà poi con il manager dell'Azienda «Moscato», Giuseppe Rosato. Sul tavolo i problemi degli ospedali irpini.

Via gli ultimi posti letti Chiude il San Gennaro

■ GIULIANA COVELLA

Riflettori puntati sul San Gennaro, dove gli ultimi 88 posti letto saranno trasferiti negli altri presidi ospedalieri della città. Sarà questo il tema dell'assemblea cittadina che si svolgerà oggi, alle 11, sul tema dell'assistenza sanitaria territoriale del centro storico, presso la basilica di San Gennaro Extramoenia all'interno del medesimo ospedale alla Sanità. L'incontro, che è promosso dal Comitato per la Rinascita del San Gennaro e dalle sigle sindacali Cgil, Cisl, Uil, Fials, Fsi, Ugl e Rsu del nosocomio, verterà sull'ipotesi di riconversione del presidio ospedaliero dopo la chiusura del pronto soccorso, dei reparti di Ostetricia, del nido, dell'Urologia. «Ora - si legge in una nota del Comitato - arriverà il "colpo di grazia" con la chiusura completa e il trasferimento dei restanti 88 posti letto e di tutto il personale presso altri presidi ospedalieri della città. Pertanto diciamo no a questo piano scellerato di riassetto sanitario». All'incontro interverranno il sindaco di Napoli Luigi de Magistris, l'assessore comunale alla Cultura Nino Daniele, il presidente della Terza Municipalità Giuliana Di Sarno, il padre comboniano Alex Zanotelli. Un'odissea che va avanti da oltre un anno per gli abitanti della sanità, che si sono visti privati a poco a poco di tutti i servizi sanitari primari di cui potevano usufruire al San Gennaro. A destare maggiore stupore e soprattutto la rivolta dei cittadini era stata la chiusura del reparto di ostetricia e ginecologia, al centro delle polemiche sulla sicurezza del punto nascita e di un lunghissimo braccio di ferro tra l'azienda sanitaria, i sindacati e la Municipalità che aveva portato più volte a rinviarne la dismissione. L'ultimo scontro c'era stato l'anno scorso con

lo stop temporaneo delle attività, proseguito per tre mesi. Poi la ripresa anticipata dopo l'ennesima mediazione grazie all'intervento delle istituzioni territoriali e dei cittadini. In un incontro del settembre 2014, sollecitato dalla municipalità e dai sindacati, il manager dell'Asl Napoli 1 Ernesto Esposito si era impegnato a riaprire la struttura addirittura prima, anziché il 13 ottobre (data annunciata) per tenerla in funzione fino al trasferimento di tutte le attività del San Gennaro all'Ospedale del mare, che è stato inaugurato con le scorse elezioni.

Resta la tormentata vicenda del reparto di ostetricia nel rione Sanità, da tempo privato di un punto nascita adeguato, orfano di una sala travaglio, con i parti ospitati nel complesso operatorio e nel 2014 fermo a 400 neonati (l'ultimo il 27 dicembre di quell'anno) e chiuso dopo 43 anni di attività. Ciò si aggiunge ai disagi creati dal reparto di ginecologia e dal nido del vicino ospedale Incurabili, che sono da ristrutturare. Li dovrebbe essere trasferito il pronto soccorso ostetrico del San Gennaro, che ad oggi manca in tutta la zona del centro storico, ma sarebbe fondamentale per una rapida assistenza in casi di emergenza. Un mese fa infatti un crollo nel reparto di Ginecologia agli Incurabili ha costretto al trasferimento in altri presidi.

©riproduzione riservata



IL SINDACO

L sindaco di Napoli Luigi de Magistris (nella foto), che ha seguito la vicenda della chiusura di numerosi reparti del San Gennaro, interverrà oggi alle 11 all'assemblea cittadina presso la basilica di San Gennaro Extramoenia all'interno dell'ospedale alla Sanità, promossa dal Comitato per la Rinascita del San Gennaro

GINECOLOGIA

A gennaio 2015 chiude il reparto di Ginecologia al San Gennaro

NIDO E UROLOGIA

Dopo Ostetricia sono stati chiusi anche il Punto nascite e l'Urologia

IL TRASFERIMENTO

La chiusura porterà al trasferimento di tutti i presidi all'Ospedale del Mare

I DISAGI

Col San Gennaro si riduce l'offerta sanitaria al centro storico

LA PROTESTA

A farsi portavoce dei disagi è il Comitato per la Rinascita del San Gennaro



La sanità

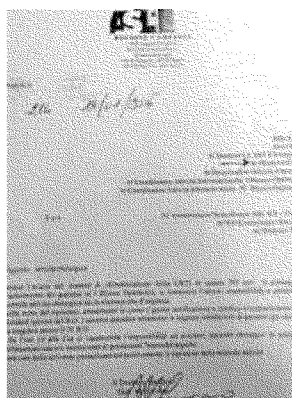
Loreto Mare, nuovi disagi «Operazioni limitate»

Melina Chiapparino

Sono trascorse 48 ore dall'emergenza nel reparto di Rianimazione dell'ospedale Loreto Mare dove sospette anomalie del climatizzatore centrale, avevano reso necessario lo sgombero dei pazienti. Ora che sono nuovamente praticabili gli spazi al piano terra, dove sono stati rialloggiati i degenti intubati, sopraggiunge un secondo problema. Si tratta della sospensione dell'attività chirurgica, ieri una nota della direzione al 118 nella quale «si comunica l'attuale impossibilità a garantire la normale attività chirurgica sia d'elezione che d'urgenza».



L'assistenza Uno scorcio del pronto soccorso del Loreto mare, a destra la missiva inviata dalla direzione al 118



La sanità

Sos Loreto Mare: limitati gli interventi urgenti

Emergenza, la direzione avverte il 118: impossibile garantire la normale attività chirurgica

Melina Chiapparino

Sono trascorse 48 ore dall'emergenza nel reparto di Rianimazione dell'ospedale Loreto Mare dove sospette anomalie del climatizzatore centrale, avevano reso necessario lo sgombero dei pazienti. Ora che sono nuovamente praticabili gli spazi al piano terra, dove sono stati rialloggiati i degenti intubati, sopraggiunge un secondo problema e nuovi disagi per gli ammalati. Si tratta della sospensione dell'attività chirurgica, o meglio come si legge nero su bianco nella comunicazione della direzione del presidio inviata ieri anche alla centrale operativa del 118 nella quale «si comunica l'attuale impossibilità a garantire la normale attività chirurgica sia d'elezione che d'urgenza».

In pratica, il nosocomio di via Vespucci allerta le altre realtà presidiali, incluse la direzione centrale dell'Asl Napoli 1 ed i centralini Core e Cot che direzionano le ambulanze presso gli ospedali che «saranno garantite solamente le urgenze indiffe-

ribili di pazienti già ricoverati» ed in particolare nella comunicazione si fa presente l'impossibilità di «assistere pazienti chirurgici, politraumatizzati o necessitanti di prestazioni neurochirurgiche».

Basta fare un passo indietro per capire come si è arrivati a questo stop forzato che si abbatte su uno dei presidi con la maggiore affluenza di accessi al pronto soccorso, inclusi codici rossi. Sabato scorso i 7 degenti ricoverati in Rianimazione erano stati trasferiti in sala operatoria a causa di un'avarìa del climatizzatore. Per evitare di trasportarli in altri ospedali e continuare a garantirgli l'assistenza, i sanitari avevano allestito la sala del Primo blocco operatorio in modo tale da alloggiare i pazienti intubati e con gravi patologie a carico ma una volta ristabilita la funzionalità della Rianimazione non è stato più possibile utilizzare la sala operatoria dove avevano alloggiato.

«La sala operatoria necessita di una sanificazione e dei tamponi che richiedono due giorni per garantire i test sulla sterilità degli ambienti - spiega Lorenzo De Lillo, sindacalista Cgil - ovviamente è un protocollo che va rispettato ma che, nelle nostre condizioni, allunga ancora di più i tempi delle liste di attesa e pregiudica l'attività chirurgica'. In realtà anche i tempi di bonifica potrebbero allungarsi dal momento che uno dei pazienti della Rianimazione ha un'infezione e, quindi, le operazioni di sanificazione saranno ancora più scrupolose rispetto i protocolli ufficiali. Nel presidio vi è una seconda sala operatoria, allestita al VI Blocco, che però è destinata al ripar-



I disagi Superato l'impasse Rianimazione ma le sale torneranno a regime solo giovedì

to di Ginecologia e verrà utilizzata solo per emergenze quindi, a conti fatti, l'ospedale è fermo sotto il punto di vista della chirurgia. «Quello che chiediamo al Commissario dell'Asl Napoli 1 è di direzionare risorse ai presidi produttivi come il nostro chiosca De Lillo - qui facciamo record di prestazioni chirurgiche e di pronto soccorso, perciò devono aiutarci con mezzi strutturali e personale». Pochi giorni prima della fine dell'anno i sanitari del Loreto si unirono in protesta con un funerale simbolico nel cortile antistan-

te il presidio per «scongiurare la morte di un nosocomio di eccellenza» ed è proprio questo il punto su cui si uniscono i sindacati.

«Il nostro appello è al presidente della Regione De Luca che si è mostrato sensibile ai problemi della Sanità campana - aggiunge Italia Scarpino, segretaria regionale Uil - gli ospedali Dea di II livello come Loreto Mare, Vecchio Pellegrini, San Giovanni Bosco e San Paolo necessita di più risorse». Gli appelli delle voci sindacali non si fermano a personale e strutture sanitarie ma, proprio da ieri, abbracciano anche il bacino del personale addetto alle pulizie e spesso impiegato per la bonifica di sale operatorie e ritiro dei rifiuti speciali ospedalieri. Ieri sono esplose proteste al Vecchio Pellegrini e al Loreto Mare. Gli addetti, che lavorano per aziende private vincitrici degli appalti presso l'Asl Napoli 1, sono in stato di agitazione da ieri per il mancato pagamento dell'ultima mensilità e annunciano nuove proteste nei prossimi giorni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SANITÀ

Asl dei veleni : «Clientelismo dietro la mobilità»



■ La denuncia dei vertici della Napoli 3 Sud alla commissione trasparenza della Regione Campania: «Procedura utilizzata per formare consenso, anche sindacale. Meglio fare avvisi per i trasferimenti»

ALESSANDRA STAIANO
NAPOLI

«Sul problema della mobilità è inutile che ci nascondiamo, è una procedura che è stata utilizzata per formare consenso, anche sindacale». Angela Improta, responsabile prevenzione alla corruzione e della trasparenza dell'Asl Napoli 3 Sud, è seduta davanti alla prima commissione consiliare della Regione Campania che si occupa proprio di trasparenza. Le sue parole squarciano un velo fatto fino a quel momento di richieste di chiarimenti e allusioni. Frasi contenute nel verbale dell'audizione presso la commissione regionale, presieduta da Valeria Ciarambino del Movimento Cinque Stelle che si è tenuta il mese scorso, recentemente reso pubblico.

Non solo, dunque, ditte con infiltrazioni di camorra che continuano a gestire servizi importanti come quello per il trasporto degli infermi, doppi pagamenti ai fornitori e gare con mille ombre come quella della vigilanza, tutte criticità emerse dalla relazione del neo-commissario Antonietta Costantini alla Regione, allegata alla delibera con cui viene prorogato di altri sei mesi il suo incarico. Nell'Asl dei "veleni" anche le richieste di trasferimento verrebbero gestite come strumento di potere, politico e sindacale, in un quadro di rapporti in cui la qualità del servizio sanitario sembra essere un aspetto tutt'altro che prioritario. I vertici dell'azienda sanitaria sono stati convocati in commissione dalla presidente Ciarambino, all'indomani dell'audizione chiesta e ottenuta dai sindacati e su sollecitazione del consigliere regionale Flora Beneduce. In quella sede i rappresentanti delle organizzazioni dei lavoratori avevano puntato il dito

contro una serie di trasferimenti all'interno dell'azienda, avvenuti nel corso del 2015, nonostante una delibera del commissario Salvatore Panaro avesse sospeso dal 7 aprile ogni tipo di mobilità, conferimento di incarichi e trasferimenti interni. La data di quella delibera non è un dato neutro. Si era alla vigilia di un appuntamento elettorale importante come quello delle Regionali. L'obiettivo era scongiurare che quelle decisioni diventassero merce di scambio elettorale. Ora che di tornata elettorale se ne avvicina un'altra - sebbene più ridotta trattandosi delle amministrative che coinvolgeranno comunque città importanti ricadenti nel territorio dell'Asl come Castellammare di Stabia e Gragnano - il discorso torna di attualità.

Torniamo all'audizione del 10 dicembre scorso. Ai componenti della commissione che chiedono chiarimenti sulle procedure di trasferimenti e i loro tempi (la denuncia dei sindacati riguardava alcuni casi di medici per i quali i tempi sarebbero stati accelerati) il commissario Costantini spiega: «A seguito delle domande prodotte da chi voleva essere trasferito, chiaramente l'Ufficio del personale ha provveduto a chiedere il nulla osta dell'Asl di appartenenza e solo a seguito del nulla osta si è proceduto ad adottare le delibere». Passaggi ulteriormente precisati dal direttore provvisorio della Gestione delle Risorse Umane Anna Alfieri. Quando la parola passa alla responsabile dell'Anticorruzione dell'azienda, arriva la "sciabolata": mobilità come strumento di clientela. Contemporaneamente, un suggerimento per aumentare la trasparenza: inserire i dati sulla

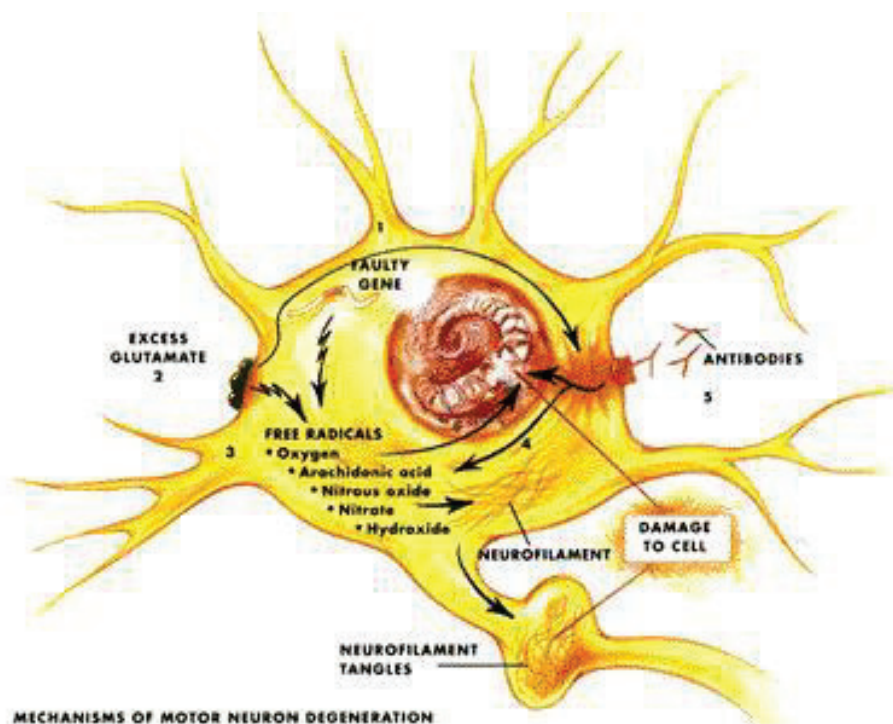
mobilità dei servizi sanitari tra quelli che per legge un'Asl deve pubblicare sul proprio sito istituzionale.

Il commissario Costantini pensa a risolvere il problema alla radice: «Tutta questa gran confusione - spiega - nasce da un difetto a monte, la mobilità non si fa perché uno ha fatto la domanda, quando l'azienda decide che servono 13 infermieri e che li può andare a pescare all'interno della Regione fa un avviso. Se noi oggi avessimo fatto un avviso pubblico per 15 infermieri con richiesta di nulla osta preventivo, pena la non ammissione, probabilmente noi oggi non saremmo qui né con i sindacati, né a fare la II commissione».



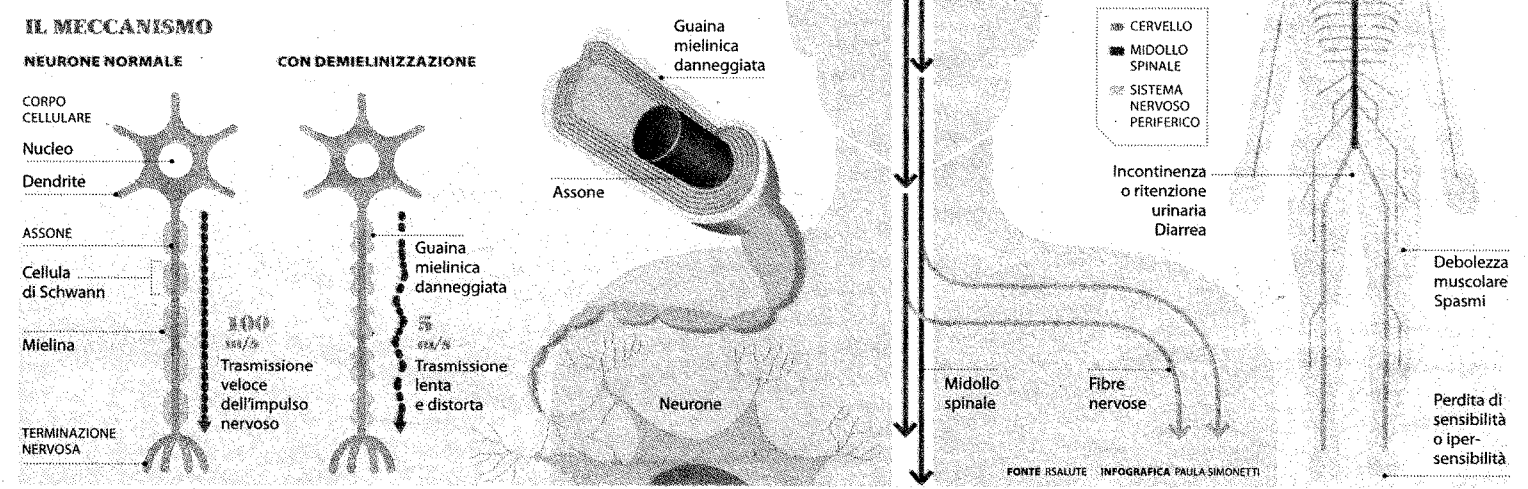
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Sclerosi multipla. Il training

cognitivo e motorio funziona. Perché i neuroni reagiscono
E le risonanze fotografano la ripresa della plasticità



Il cervello riabilitato

LETIZIA GABAGLIO

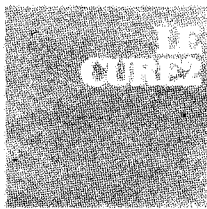
A LLENARSI, COL CORPO e con la mente, per rallentare la progressione della malattia. La riabilitazione nella sclerosi multipla - malattia degenerativa che colpisce i giovani e in media viene diagnosticata fra i 20 e i 40 anni - sta dimostrando, dati alla mano, di non essere solo un rimedio per alleviare alcuni sintomi, ma di poter incidere sulla progressiva perdita di abilità fisiche e cognitive a cui vanno incontro le persone che ne sono colpite. «Lo dimostrano almeno 16 ricerche diverse: la riabilitazione motoria e cognitiva innesca un cambiamento funzionale e strutturale della plasticità cerebrale, con una correlazione diretta tra quanto una persona migliora funzionalmente dopo il trattamento e quanto migliora anche la funzionalità e la struttura cerebrale misurata attraverso risonanza magnetica», spiega Luca Prosperini, del dipartimento di Neurologia e Psichiatria del Sant'Andrea a Roma.

Che la riabilitazione aiuti le persone con SM i medici lo vedono nella pratica, ma è solo grazie alle tecniche di imaging che questo beneficio è stato quantificato. Per questo l'Associazione italiana sclerosi multipla (AISM) chiede che in tutti i centri SM sia garantita questa terapia per un tempo adeguato a garantire benefici tangibili. «Ogni training riabilitativo - continua Prosperini - è utile se viene ripetuto con costanza e trova il giusto equilibrio di intensità e fatica: se è troppo facile non serve, se è troppo difficile è frustrante e la persona si ferma. In ogni caso: ogni persona con SM dovrebbe poter seguire un percorso costante».

Corpo e mente, entrambi dovrebbero essere tenuti in allenamento per contrastare

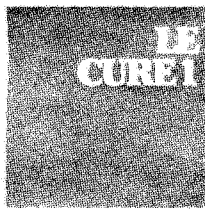
la malattia. Diversi studi hanno messo in evidenza che la riserva cognitiva gioca un ruolo positivo nella sclerosi multipla: più si è studiato, letto, giocato con numeri e parole durante la vita, più lento sarà il declino delle facoltà mentali. Ma anche una volta arrivata la diagnosi è fondamentale continuare a mantenere la mente allenata. «L'atrofia cerebrale, uno degli effetti di questa malattia, può essere contrastata se il paziente ha un livello alto di riserva cognitiva e soprattutto se continua, anche una volta avuta la diagnosi, a svolgere attività complesse di organizzazione e pianificazione», spiega Francesco Patti, responsabile del centro SM del Policlinico di Catania. Per mantenere costante l'allenamento, le nuove tecnologie sono un valido aiuto. I ricercatori dell'Area di Ricerca Scientifica di AISM hanno sviluppato Cognitive Training Kit (COGNI-TRAcK), un'app che tiene in allenamento la memoria di lavoro, capace di adattare la difficoltà dei compiti proposti in base alle prestazioni dell'utente e, quindi, di personalizzare il trattamento rendendolo il più possibile intenso. «La riserva cognitiva si mantiene e si coltiva anche con attività manuali. Per questo sarebbe importante che le persone con SM non abbandonassero il lavoro ma continuassero a mantenersi attive», aggiunge l'esperto. Ma spesso non accade: uno studio condotto da AISM ha infatti mostrato che il 30% dei malati intervistati ha dovuto ridimensionare il suo impegno lavorativo ed è stato relegato a mansioni meno impegnative. Colpa dell'avanzare della malattia, è vero, ma anche dei tanti, troppi pregiudizi.

Tenere in allenamento mente e corpo. Col lavoro, lo studio, il gioco rallenta il declino dovuto alla SM



Il biotech

Annula il sistema immunitario, che nella SM è impazzito. È alemtuzumab, un anticorpo monoclonale, indicato per i casi più aggressivi della malattia. Provoca la morte di gran parte delle cellule immunitarie, che però dopo si riespandono senza più indurre la reazione autoimmune alla base della malattia. Risultato: dopo 5 anni la malattia non è progredita in circa l'80% dei pazienti, in molti casi la disabilità è regredita così come l'atrofia cerebrale. La terapia si somministra con un ciclo di infusioni che si ripetono a un anno di distanza. E poi più nulla, a meno che non ci siano delle ricadute. Che però gli studi presentati durante l'ultimo congresso dell'European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis (ECTRIMS) hanno dimostrato avvenire solo in circa 3 pazienti su 10. Gli effetti collaterali sono di tipo immunitario, il più frequente è la comparsa di una forma di tiroidite.



La parola

La sclerosi multipla è una malattia degenerativa che colpisce i giovani – quindi spesso deve essere gestita per anni – e che è caratterizzata da improvvise ricadute. «Una malattia che sovverte sicurezze, aspettative, progetti di vita, che si intreccia e influenza le vicende personali dei malati e dei loro familiari», spiega Angelo Ghezzi, direttore del centro Sclerosi multipla dell'Ospedale di Gallarate. Per questo nel nosocomio lombardo hanno deciso di affiancare alla cartella clinica tradizionale una raccolta di dati personali, delle abitudini e relazioni che ha il paziente. E che emergono durante le visite. «La cartella è condivisa fra tutti gli operatori e ognuno può inserire elementi

che ritiene importanti per comprendere quel paziente e la sua storia», continua Ghezzi. Il sistema è implementato: in 12 mesi il centro di Gallarate ha raccolto circa 200 cartelle cliniche integrate e ha chiesto ai malati e ai loro familiari (sui quali il più delle volte pesa la gestione del paziente) di giudicare questo nuovo servizio con un questionario. Dall'esame delle risposte emerge che i cittadini hanno apprezzato l'innovazione che ha aumentato la loro soddisfazione e la fiducia nel servizio offerto, ma il dato più importante dal punto di vista medico è che il sistema ha permesso anche una maggiore adesione ai trattamenti. «La conoscenza condivisa del malato migliora la qualità del rapporto di cura e la circolazione delle informazioni, facilita le scelte terapeutiche, riduce gli accessi ambulatoriali e promuove l'aderenza», conclude Ghezzi.

Giovedì 21 GENNAIO 2016

Troppo zucchero “manda in tilt” il cervello inibendo la riproduzione delle cellule staminali coinvolte in apprendimento e memoria

Questi gli effetti di una dieta squilibrata, troppo ricca di zucchero, analizzati in una ricerca dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e pubblicata oggi online sulla rivista Cell Reports. I ricercatori hanno inoltre osservato che nel cervello di animali sottoposti a restrizione calorica (dieta ipocalorica comparabile a una dieta di circa 1500 calorie al giorno) aumenta il numero di cellule staminali cerebrali.

Ecco come un eccessivo e prolungato consumo di zuccheri, una dieta squilibrata o il diabete possono gravare sulle performance del nostro cervello: ricercatori della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore presso la sede di Roma hanno scoperto, infatti, che in presenza di concentrazioni elevate di zucchero (simili a quelle che possono verificarsi in caso di diabete) le cellule staminali del cervello - fondamentali per i processi di apprendimento e memoria nonché per la riparazione dei danni cerebrali - non riescono più a riprodursi e, quindi, a garantire il necessario ricambio di neuroni nell'ippocampo, centro nevralgico della formazione dei ricordi.

In un lavoro pubblicato oggi online sulla rivista *Cell Reports*, i ricercatori hanno inoltre osservato che nel cervello di animali sottoposti a restrizione calorica (dieta ipocalorica comparabile a una dieta di circa 1500 calorie al giorno) aumenta il numero di cellule staminali cerebrali. Le cellule staminali neurali sono fondamentali per il mantenimento nel tempo delle funzioni cerebrali, e un loro difetto di numero e/o di funzione è oggi considerato tra le cause del declino cognitivo nell'anziano. Lo studio, svolto dai gruppi di ricerca di **Giovambattista Pani** (Patologia Generale) e di **Claudio Grassi** (Fisiologia Umana), in collaborazione con ricercatori dell'Istituto di Fisica, mostra che un eccesso di glucosio (come quello che, per esempio, si genera nel diabete) compromette la funzione di tali cellule, riducendo la loro capacità di moltiplicarsi. La ricerca svela dunque uno dei motivi per cui, come oggi largamente riconosciuto dalla comunità scientifica, una dieta scorretta e troppo ricca di zuccheri deteriora le performance cognitive.

“Abbiamo inizialmente esaminato - spiega Pani, ideatore dello studio - cosa avviene in provetta quando le cellule staminali neurali sono esposte a un eccesso di zucchero. Ebbene questa condizione sembra impedire alle staminali - normalmente presenti nell'ippocampo, sede della memoria - di autorinnovarsi. In sostanza, un eccesso di zucchero brucerebbe le riserve cellulari che servono al cervello per produrre nuovi neuroni. Quindi, temiamo che chi consuma troppo zucchero presenti una minore rigenerazione neurale con un conseguente impatto negativo sulle performance cognitive”.

Partendo da tale osservazione il lavoro ha esplorato nel dettaglio il meccanismo molecolare che sta alla base dell'effetto del glucosio sulle cellule staminali, rivelando un complesso sistema di “percezione dei nutrienti”, che coinvolge due molecole note ai neuroscienziati: il fattore di trascrizione CREB e la Sirtuina 1, quest'ultima conosciuta per i suoi effetti sulla longevità.

Infine il team di ricercatori, tra cui **Salvatore Fusco** e **Lucia Leone**, ha cercato di confermare le osservazioni compiute in provetta in animali da esperimento mantenuti in regime di restrizione calorica (dieta ipocalorica) per un periodo di tempo di circa quattro settimane. In accordo con i risultati ottenuti in vitro, si è osservato che le cellule staminali nell'ippocampo di questi animali sono più numerose (indice di un più efficace autorinnovamento) rispetto a quelle presenti nel cervello di animali nutriti senza alcuna restrizione. È peraltro noto da tempo come la restrizione calorica migliori le performance cognitive dell'animale, anche se i meccanismi cellulari e molecolari che sono alla base di tale fenomeno sono rimasti per molto tempo ignoti.

“Il nostro lavoro - conclude Grassi - ha svelato un nuovo meccanismo di regolazione delle cellule staminali cerebrali che, probabilmente, rappresenta un meccanismo generale di controllo del compartimento staminale in risposta a diversi stimoli. Le vie molecolari da noi individuate potrebbero essere bersaglio di interventi nutrizionali e farmacologici volti a preservare e potenziare questa importante «riserva cellulare» presente nel nostro cervello, soprattutto nel corso dell'invecchiamento e nelle malattie neurodegenerative. Vorrei, infine, sottolineare che le nostre ricerche si iscrivono in un impegno globale della nostra Facoltà di Medicina e chirurgia sulla prevenzione e cura delle malattie connesse alla nutrizione, tema che è stato oggetto della Giornata per la Ricerca 2015 e che sarà riproposto all'attenzione dell'opinione pubblica nella primavera 2016.”