



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



**L'EMERGENZA IGNORATA /2**

# DIRITTI DEI DISABILI IL BILANCIO NON C'ENTRA

di **Francesco Marone**

Una sentenza fa chiarezza: i diritti fondamentali vanno assicurati

L'opposizione si sveglia e incalza il sindaco di Napoli su questi temi

**L**a Corte costituzionale (sentenza n. 275 del 2016) ha annullato una legge della Regione Abruzzo perché condizionava la copertura delle spese necessarie a garantire il trasporto scolastico degli studenti disabili alla disponibilità delle risorse finanziarie necessarie.

La Corte ha ritenuto questa previsione illegittima, affermando in modo molto forte che «il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto allo studio e all'educazione degli alunni disabili non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali». Di conseguenza «i pertinenti oneri finanziari sono istruiti nell'anno precedente così da consentire la loro corretta iscrizione nel bilancio, soprattutto quando riguardano il nucleo incompressibile del diritto a prestazioni riconducibili a diritti fondamentali».

In sintesi il ragionamento del Giudice delle leggi è questo: i diritti fondamentali vanno garantiti nel loro nucleo essenziale indipendentemente dai vincoli di bilancio, per cui la mancanza di mezzi finanziari non è argomento che la Costituzione consente di utilizzare per giustificare la non erogazione di servizi essenziali. Di conseguenza, trattandosi di spese correnti, e dunque programabili, le risorse finanziarie necessarie vanno approntate in bilancio in tempo perché le spese possano essere sostenute e i diritti goduti.

Con riguardo all'assistenza scolastica agli studenti con disabilità ciò è ancor più vero, non essendovi dubbi sul fatto che la scuola inizia ogni anno a settembre e finisce a giugno, per cui è senz'altro un capitolo di spesa ordinaria che può e deve essere programmato.

Questo principio generale, recentemente ribadito dalla Consulta, non sembra essere penetrato a Palazzo San Giacomo, considerato che, con una sorta di amara proporzionalità inversa, la copertura finanziaria dell'assistenza ai disabili a Napoli sistematicamente non viene programmata. Ogni anno a settembre inizia una discussione che, se non fosse drammatica per molti cittadini, sarebbe ormai da considerare una farsa: non c'è copertura per il trasporto scolastico, non c'è copertura per il sostegno in classe e non c'è copertura per

l'assistenza domiciliare; i cittadini protestano, il sindaco dice che provvederà e tutto si ripete stancamente fino a che un minimo di copertura arriva, naturalmente insufficiente, a metà dell'anno scolastico.

Celando con il velo della misericordia la borghesia napoletana che, essendo come dice Francesco Durante «un suv in terza fila», non ritiene di far sentire una voce critica al manovratore, come avverrebbe in qualsiasi città italiana, dove il sindaco sarebbe costretto a furor di popolo alle dimissioni per molto meno, viene da chiedersi cosa faccia l'opposizione in Consiglio comunale. Di questa vicenda ci sono due possibili letture: o l'assessore al bilancio non ha avvertito il sindaco della mancanza della copertura finanziaria e allora avrebbe dovuto dimettersi; o il sindaco ritiene che l'indirizzo politico-amministrativo della sua giunta non comprenda come obiettivo prioritario l'erogazione delle prestazioni inerenti i diritti civili e sociali e allora sarebbe necessaria una riflessione più ampia sul modo in cui viene amministrato il Comune di Napoli e su come costruire un'alternativa.

Il Comune, come ente territoriale più vicino ai cittadini, ha come funzione principale proprio quella di garantire l'erogazione dei servizi fondamentali, primo fra tutti una scuola di un livello accettabile, se non, come sarebbe auspicabile, analoga a quella goduta dagli altri cittadini italiani. Organizzare feste e piantare NAlberi può essere un contorno, ma non il centro dell'azione dell'amministrazione comunale.

Se il sindaco incassa la bellezza della città, che ha attirato frotte di turisti indipendentemente dall'azione amministrativa del Comune, per lanciare il suo velleitario progetto nazionale, c'è da augurarsi che ci sia qualcuno, e mi riferisco soprattutto al principale partito dell'opposizione, che inizi a porgli delle domande e soprattutto inizi a costruire un'alternativa che si ponga come obiettivo, prima di ogni altro, di riportare il Comune a fare il suo mestiere di garantire diritti e servizi e di programmare lo sviluppo del territorio.

Magari sarà impopolare, ma forse bisogna che s'inizi a dire ai cittadini che la politica del «liberi tutti» di questi anni non porta niente di buono e che i turisti a Napoli verranno comunque, anche se ricominciamo a fare le persone serie.

## Idv: voto di sfiducia per Polimeni Sì ai Bilanci Asl dopo quattro anni La Regione replica così ai commissari

**NAPOLI** La risposta alla difesa opposta dai commissari per la sanità in Campania nei confronti delle accuse del governatore Vincenzo De Luca arriva dalle ultime deliberazioni varate nella riunione di giunta regionale di ieri.

E in particolare dall'approvazione dei bilanci consuntivi degli anni 2012, 2013, 2014 dell'Azienda ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta; dell'Azienda ospedaliera Car-

---

---

### I consuntivi

Approvati dalla giunta i consuntivi delle aziende di Caserta, Salerno e del Cardarelli

---

darelli di Napoli; dell'Asl di Salerno e dell'Azienda ospedaliera universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona. Un ritardo che più di una volta De Luca ha indicato come effetto del lungo periodo di commissariamento subito dalla Sanità campana. «La deriva della sanità regionalizzata, caratterizzata da una fantasia esegetica e da un menefreghismo senza limiti non cono-

sce freni né vincoli, di leggi, contratti o, più semplicemente, buon senso — denuncia l'Anaa Assomed, che riporta esempi da Nord a Sud. «In Campania — continua l'associazione dei medici dirigenti — il governatore, tra una polemica istituzionale e l'altra, continua la caccia ai responsabili del caso Nola, evitando accuratamente di guardare in casa propria. Mentre la sanità regionale smobilita pezzo dopo pezzo». Il consigliere regionale di Idv, Franco Moxedano, invece, sollecita il Pd a votare una mozione di sfiducia nei confronti dei vertici commissariali, Joseph Polimeni e Claudio D'Amario: «È ora di dire basta — afferma — al commissariamento della sanità alla Regione Campania, i commissari D'Amario e Polimeni devono andare via! Provo sconcerto — sostiene — per il silenzio della delegazione parlamentare campana del Pd e per quello del gruppo regionale dello stesso partito sulla sciagurata gestione commissariale, perché questa mira a sostituirsi alla politica».

**A. A.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## TUTTI I PROVVEDIMENTI

### Sanità, via libera dall'esecutivo a 4 bilanci non approvati dal 2012

**NAPOLI (cm)** - Un milione di euro per mostre ed eventi, il varo di quattro bilanci consuntivi di aziende ospedaliere ed Asl non approvati dal 2012. Sono alcuni dei provvedimenti approvati ieri dalla giunta regionale. Approvato lo schema di Protocollo d'Intesa tra Ministero dello Sviluppo Economico, Regione Piemonte, Regione Campania, Provincia di Trento e Fiat Chrysler Automobiles SpA per la promozione delle attività di ricerca e sviluppo di FCA Spa, volte a favorire il progresso tecnologico nello strategico settore automotive. Per consentire il prosieguo del percorso di reinserimento sociale dei detenuti nel Centro Penitenziario di Secondigliano, da attuarsi mediante lo svolgimento di attività orticole, approvato lo schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Campania, il Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale ed il Centro Penitenziario di Napoli Secondigliano. Sul fronte sanità approvati i bilanci consuntivi 2012, 13 e 14 dell'azienda ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, del Cardarelli, dell'Asl di Salerno, del San Giovanni di Dio di Salerno. Approvato lo schema di protocollo d'intesa tra la Regione Campania e l'Ufficio delle Dogane di Napoli per il coordinamento e la collaborazione nelle ispezioni sulle importazioni in campo fitosanitario nell'Aeroporto di Capodichino. Recepite l'intesa relativa all'approvazione delle nuove Linee guida per garantire l'uniforme applicazione del Regolamento della Comunità Europea sui criteri microbiologici applicabili ai prodotti alimentari, e l'intesa Stato Regioni e Province Autonome del 10 novembre 2016, per garantire l'uniforme applicazione dei Regolamenti della Comunità Europea relativi ai controlli sui mangimi ed alimenti, sulla salute e sul benessere degli animali e sui prodotti di origine animale destinati all'alimentazione. Approvato il "prospetto di verifica del rispetto dei vincoli di finanza pubblica", allegato al bilancio di previsione finanziaria per il triennio 2017-2019.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lunedì 23 Gennaio 2017

## **Napoli. Un corso di qualificazione dei manager sanitari in carica**

L'Università Federico II di Napoli (Dipartimento di Sanità pubblica) e l'Ateneo di Salerno (Centro interdipartimentale per la ricerca in Diritto, economia e management della pubblica amministrazione) per delibera di giunta regionale sono gli unici Atenei campani autorizzati all'organizzazione ed erogazione del corso previsto per la qualificazione professionale dei manager sanitari in carica. Le attività formative dovranno svolgersi entro 18 mesi dalla nomina dei direttori. Le lezioni avranno una durata complessiva di 168 ore ed oltre alle materie e contenuti previste su scala nazionale dovranno tener conto della peculiarità del contesto sanitario campano che sconta ritardi anche nel campo della formazione manageriale. Il corso è rivolto ai direttori in carica non ancora in possesso del certificato di formazione ma potrà riguardare anche manager di altre Regioni.

Intanto giunge in pista il nuovo corso per l'alta formazione del Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università Federico II di Napoli per il conseguimento del Master in management sanitario. Un corso destinato a chi è in possesso di una laurea magistrale in Medicina, Odontoiatria, Veterinaria, Farmacia, Psicologia, Biologia. Il Master è aperto anche ai laureati in Professioni sanitarie, Ingegneria, Chimica e Biotecnologia, Architettura, Giurisprudenza, Economia e Sociologia.

“Il profondo processo di cambiamento cui è sottoposto da circa un decennio il sistema sanitario italiano – spiega Maria Triassi, ordinario di igiene e coordinatrice del corso - ha favorito l'abbandono della logica che considerava la sanità pubblica come un sistema avulso dal mercato e portato all'adozione nelle strutture sanitarie pubbliche di tecniche e strumenti idonei alla valutazione dell'efficienza, efficacia ed economicità delle prestazioni erogate. Il professionista della sanità è sempre più consapevole che i risultati della sua azione sono collegati all'ottimale organizzazione e gestione delle risorse della struttura sanitaria e come i fatti di cronaca ci dicono quotidianamente è sempre più coinvolto e responsabile delle scelte organizzative e delle modalità di impiego delle risorse a disposizione”.

# PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

## Sanità a pezzi da nord a sud: la denuncia Anaa Assomed

[panoramasanita.it/2017/01/23/sanita-a-pezzi-da-nord-a-sud-la-denuncia-anaa-assomed/](http://panoramasanita.it/2017/01/23/sanita-a-pezzi-da-nord-a-sud-la-denuncia-anaa-assomed/)

“La deriva della sanità regionalizzata, caratterizzata da una fantasia esegetica, e da un menefreghismo, senza limiti, non conosce freni né vincoli, di leggi, contratti o, più semplicemente, buon senso”. È la denuncia che arriva dall'Anaa Assomed, supportata da esempi da nord a sud. “In Piemonte” afferma l'Anaa Assomed, “un fantasioso commissario ha pensato di pagare le carriere degli infermieri con le risorse economiche rese disponibili dalla tanto vituperata attività libero professionale dei Medici. Alla faccia della legge che le ha destinate alla riduzione dei tempi di attesa dei cittadini. In Campania, il Governatore, tra una polemica istituzionale e l'altra, continua la caccia ai responsabili del caso Nola, evitando accuratamente di guardare in casa propria. Mentre la sanità regionale smobilita pezzo dopo pezzo. In Sicilia, i Medici che non sono ancora emigrati ma godono dello status privilegiato di precario, passano di proroga in proroga, senza che mai arrivi la agognata stabilizzazione. E la riorganizzazione ospedaliera entra nella mitologia isolana. In Emilia Romagna, la vetrina della sanità che fu nasconde aziende sanitarie che, sottraendosi agli obblighi contrattuali e legislativi, lasciano i Medici soli di fronte alle richieste di risarcimento dei pazienti. La via romagnola alla riduzione dei costi assicurativi. In Basilicata, si continua a violare la direttiva europea in materia di orario di lavoro, in attesa che la Corte Costituzionale trovi il tempo di discutere il ricorso promosso dal governo. La sicurezza delle cure può attendere”. «Una sanità sempre più a pezzi – commenta il Segretario Nazionale dell'Associazione Costantino Troise – frantuma anche i diritti dei cittadini e dei professionisti. Mentre le stelle, della politica e del governo, stanno a guardare, pronte a meravigliarsi dei risultati elettorali e lamentarsi della invadenza della magistratura in troppi ambiti della società civile. Di questo passo si amplia la frattura tra istituzioni e professionisti che aggrava l'impoverimento, di risorse economiche ed umane, della sanità pubblica e ne accelera il tracollo. E non saranno certo furbizie ed opportunismi a garantire la salute dei cittadini».

© 2017 Panorama della Sanità. All Rights Reserved.

# quotidianos**sanità**.it

Lunedì 23 GENNAIO 2017

## Ecm. Alla Stato Regioni l'Accordo che rinnova la Formazione continua in medicina. Le novità

***Il provvedimento che sarà esaminato dai tecnici nei prossimi giorni nasce dalla necessità di dare uniformità alla disciplina del settore e dare una chiara ripartizione delle competenze amministrative tra Stato e Regioni. Attesi "Manuali" ad hoc stilati dalla Commissione nazionale che completeranno l'operazione di restyling. [IL DOCUMENTO](#)***

Meno burocrazia, definizione chiara su chi deve fare cosa, uniformità su tutto il territorio nazionale dell'offerta formativa e della qualità dell'assistenza nell'interesse dei pazienti e della collettività. L'Educazione continua in medicina si rifà il look in 97 articoli che ne ridefiniscono i "connotati" a 12 anni dalla sua istituzione.

È stato trasmesso alla Conferenza Stato Regioni lo schema di Accordo sul documento "La formazione continua nel settore salute" che sarà discusso dai tecnici nei prossimi giorni per poi ricevere il via libera definitivo nella prima seduta utile. Un provvedimento che, sottolinea nella premessa il ministero della Salute, nasce da un lato dall'esigenza di "dare organicità alla disciplina del settore" e dall'altro dalla necessità di una "chiara ripartizione delle competenze amministrative tra Stato e Regioni per creare un sistema coerente di regolamentazione amministrativa che assicuri un uniforme miglioramento qualitativo dell'assistenza e della formazione continua su tutto il territorio nazionale".

**Le novità.** Con l'Accordo, e con i "Manuali" ad hoc che completeranno l'operazione di restyling (saranno ultimati nelle prossime settimane dalla Commissione nazionale Ecm, ma possiamo anticipare alcuni contenuti), si snelliscono procedure e si eleva la qualità della formazione, rispondendo così alle istanze di provider e professionisti. Grazie al provvedimento, saranno alleggeriti alcuni degli obblighi dei provider nelle procedure di presentazione di documenti. Mentre ci saranno nuovi criteri per l'attribuzione dei crediti agli eventi (ad esempio, un'ora di formazione potrebbe ricevere maggiore credito rispetto all'attuale se i corsi avranno un numero di partecipanti inferiore a 100).

**I professionisti potranno invece fare affidamento sul "Dossier formativo",** che andrà a regime con l'Accordo, e grazie la quale sarà possibile, per chi lo vorrà, transitare da una formazione basata solo sulla quantità dei crediti cumulati a quella sulla qualità dei crediti (saranno legati alla professione, alla disciplina e alla specializzazione esercitata dal professionista). In sostanza all'inizio di ogni triennio di formazione il professionista potrà costruire il proprio Dossier formativo indicando quali sono le specifiche necessità formative. Tutti gli eventi ai quali parteciperà saranno registrati dal sistema e verificati dal professionista che al termine del percorso riceverà dei bonus o meglio degli "sconti" sul numero dei crediti da totalizzare. Non solo, il Dossier sarà utile anche ai provider per poter capire quali sono le esigenze formative dei professionisti.

**Ma entriamo nello specifico del provvedimento.** Sono due i livelli su cui si giocherà la partita: nazionale e regionale. Questo per assicurare omogeneità sul territorio e una chiara definizione di compiti e ambiti di azione.

**La governance del sistema sarà prerogativa della Commissione nazionale Ecm** (presieduta dal ministro della Salute coadiuvato dal coordinatore della Commissione salute e dal Presidente Fnomceo) e alla quale spetta il compito di determinare standard minimi di qualità e molto altro ancora. La bibbia è il "**Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi Ecm**" che la Commissione sta portando a termine (dovrebbe arrivare entro il mese di febbraio) e che conterrà requisiti e regole alle quali attenersi per l'accREDITAMENTO dei provider e la disciplina degli eventi formativi. A supporto del Manuale nazionale ci saranno poi i "Manuali regionali di accreditamento per l'erogazione di eventi Ecm", il "Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario" e quello per "le verifiche dei provider" che dovranno sempre essere

**Mentre l'attuazione amministrativa sarà in capo alle Regioni** e alle Province autonome che dovranno programmare la formazione continua in base alle esigenze territoriali "assicurando il raggiungimento e promuovendo il miglioramento dei livelli di qualità formativa definiti quale standard minimo a livello nazionale". Ma non solo, le Regioni potranno prevedere requisiti di accreditamento ulteriori rispetto agli standard minimi stabiliti nel "Manuale nazionale" purché "oggettivamente idonei a elevare la qualità dell'offerta formativa".

**A verificare che si rispettino le regole**, si saranno l'Osservatorio nazionale Ecm e un Comitato di garanzia (che potranno, tra l'altro, anche effettuare visite direttamente nel luogo di svolgimento dell'evento formativo) - oltre alla Segreteria della Commissione nazionale - che a loro volta dovranno attenersi a quanto previsto nel "Manuale delle verifiche". Anche le Regioni potranno istituire propri organi di verifica o in alternativa stipulare con Agenas accordi a titolo oneroso per lo svolgimento di attività di verifica. Ma sempre previa l'approvazione della Commissione nazionale.

Prevista infine una Consulta nazionale che darò alla Commissione nazionale pareri non vincolanti su questioni di carattere generale.

**Le violazioni sono classificate e disciplinate in "molto gravi", "gravi" e "lievi"**. Al provider che incapperà in violazioni molto gravi verrà revocato l'accreditamento e dovrà rimanere in stand by per due anni prima di ripresentare istanza di accreditamento provvisorio. La violazione grave comporterà la temporanea sospensione dell'accreditamento (da un minimo di 15 giorni ad un massimo di un anno in caso di più violazioni). La "pena" per la la violazione lieve si limiterà ad un ammonimento.

**I crediti formativi.** I criteri per determinare il numero dei crediti da attribuire ai singoli eventi formativi saranno stabiliti nel "Manuale"; il numero dei crediti che i professionisti dovranno conseguire nel triennio formativo saranno stabiliti dalla Commissione nazionale e quelli continueranno a essere registrati in un'unica anagrafe nazionale gestita dal Cogeps.

# Sanità24

## Anaao, la mappa della disfatta sanitaria

«La deriva della sanità regionalizzata, caratterizzata da una fantasia esegetica, e da un menefreghismo, senza limiti, non conosce freni né vincoli, di leggi, contratti o, più semplicemente, buon senso».

E' la denuncia che arriva dall'Anaao Assomed, che riporta da esempi da Nord a Sud.

In Piemonte, un fantasioso commissario ha pensato di pagare le carriere degli infermieri con le risorse economiche rese disponibili dalla tanto vituperata attività libero professionale dei medici - . Alla faccia della legge che le ha destinate alla riduzione dei tempi di attesa dei cittadini.

In Campania, il Governatore, tra una polemica istituzionale e l'altra, continua la caccia ai responsabili del caso Nola,

evitando accuratamente di guardare in casa propria.  
Mentre la sanità regionale smobilita pezzo dopo pezzo.

In Sicilia, i medici che non sono ancora emigrati ma godono dello status privilegiato di precario, passano di proroga in proroga, senza che mai arrivi la agognata stabilizzazione. E la riorganizzazione ospedaliera entra nella mitologia isolana.

In Emilia Romagna, la vetrina della sanità che fu nasconde aziende sanitarie che, sottraendosi agli obblighi contrattuali e legislativi, lasciano i Medici soli di fronte alle richieste di risarcimento dei pazienti. La via romagnola alla riduzione dei costi assicurativi.

In Basilicata, si continua a violare la direttiva europea in materia di orario di lavoro, in attesa che la Corte Costituzionale trovi il tempo di discutere il ricorso promosso dal governo. La sicurezza delle cure può attendere.

«Una sanità sempre più a pezzi – commenta il segretario nazionale dell'Associazione Costantino Troise - frantuma anche i diritti dei cittadini e dei professionisti. Mentre le stelle, della politica e del governo, stanno a guardare, pronte a meravigliarsi dei risultati elettorali e lamentarsi

della invadenza della magistratura in troppi ambiti della società civile.

Di questo passo si amplia la frattura tra istituzioni e professionisti che aggrava l'impovertimento, di risorse economiche ed umane, della sanità pubblica e ne accelera il tracollo. E non saranno certo furbizie ed opportunismi a garantire la salute dei cittadini».

# Sanità24

## **L'Oms punta il dito: fondi R&S lontani dai bisogni di salute**

Gli investimenti sulla ricerca e sviluppo in campo sanitario non sono allineati ai bisogni della salute pubblica globale. Solo l'1% di tutti i finanziamenti in questo campo, ad esempio, è destinato a malattie come malaria e tubercolosi, che sono invece responsabili di oltre il 12,5% del carico globale di queste malattie. A rilevarlo è l'Organizzazione mondiale della sanità. A livello di fondi, quelli stanziati per la ricerca sulle malattie neglette (le malattie infettive croniche, che colpiscono quasi esclusivamente le popolazioni in condizioni di estrema povertà) nel 2014 sono stati di 3,5 miliardi di dollari, il 25% in più del 2007.

Al top la ricerca sull'Hiv, con il 32% degli investimenti, seguita da malaria (18%) e tubercolosi (17%). C'è poi una quota di 2,6 miliardi di dollari di investimenti dedicati dalle industrie a obiettivi non specificati, e il resto sono

“briciole” distribuite su 36 malattie neglette, che comprendono anche colera, ebola, lebbra, salmonella, meningite.

A ricevere la quota maggiore di finanziamenti sono stati i vaccini, che per otto anni hanno ricevuto 9,6 miliardi di dollari, seguiti dalla ricerca di base (6,1 miliardi) e i farmaci (4,8 miliardi).

Secondo i dati raccolti fino allo scorso dicembre, sono 340 i nuovi prodotti in fase di sviluppo per le malattie neglette, di cui 37 in fase preclinica, 271 in fase di sviluppo clinico, e 6 in fase IV o autorizzati.

In cima alla lista ci sono i vaccini (138), seguiti da farmaci (106) e strumenti diagnostici (50). Un altro fattore che incide sulla ricerca, è lo sbilanciamento del numero dei ricercatori, che nei paesi ricchi sono 352 volte di più di quelli dei paesi poveri. Sono 3.524 per milione di abitanti contro 10. A guidare la classifica ci sono la Corea del Sud, Giappone, Svizzera e Francia, seguiti dalla Cina, che è tra i paesi a medio reddito.

E anche circa la metà sono donne, nei paesi a basso reddito sono solo il 26%.

REPORT OCSE/2

## Stop agli sprechi: un quinto della spesa sanitaria è mal gestito

**I**n Italia (così come in Australia, Belgio, Canada, Francia e Portogallo) un accesso su cinque al Pronto soccorso è inappropriato. Frodi ed errori in sanità hanno un impatto del 6% sul totale della spesa sanitaria dell'area Ocse e un cittadino su tre considera la sanità come un'area gravemente esposta alla corruzione. I costi di gestione dei sistemi sanitari coprono in media il 3% del totale ma con variazioni da uno a sette tra i Paesi membri. La penetrazione dei farmaci generici passa dal 10 all'80% tra i vari Stati ma in compenso il consumo di antibiotici è eccessivo ovunque (circa il 50% dell'impiego a uso umano è inappropriato) e genera fenomeni di antibiotico-resistenza. Un bambino su tre nasce da taglio cesareo quando questa pratica sarebbe consigliata in non più del 15% dei parti, in sette Paesi la percentuale supera il 35% e solo in quattro Paesi si avvicina al 15 per cento. Infine più del 10% della spesa per le cure in corsia è destinata a rimediare ad errori evitabili o a infezioni ospedaliere. Sono queste le maglie larghe degli sprechi in sanità individuati dal Rapporto Ocse «Tackling wasteful spending on health».

**Un quinto della spesa sanitaria andrebbe meglio incanalata.** Insomma aspettativa di vita e salute migliorano ovunque nell'area Ocse, ma la sfida della sostenibilità è ancora sul tavolo e la lotta è sempre più difficile, di fronte a cure innovative sempre più costose e al progressivo invecchiamento della popolazione. Ma una parte considerevole della spesa sanitaria, avverte l'Ocse, è eccessiva e oltre un quinto degli esborsi potrebbero e dovrebbero essere incanalati meglio. «Gli stessi benefici potrebbero essere conseguiti spendendo meno - spiega l'Ocse - ad esempio utilizzando più frequentemente i farmaci generici e deospedalizzando l'assistenza». D'altro canto se il 9% del Pil dell'area è destinato alla salute, tre quarti dei quali pagati dai bilanci statali, questi errori di valutazione inficiano pesantemente la sostenibilità dei sistemi sanitari nazionali.

Adottare strategie per contenere gli sprechi è quindi doveroso e i metodi per una corretta valutazione delle prestazioni in termini di costo-efficacia, secondo l'Ocse, devono seguire una doppia linea: evitare interventi e procedure cliniche che non producono miglioramenti di salute, promuovere cambiamenti che por-

tino risparmi, incentivando ad esempio l'uso dei generici, sviluppando ruoli avanzati degli infermieri per la gestione dei pazienti cronici o prendendo in carico pazienti che non richiedono cure ospedaliere in setting più appropriati e meno esosi come le cure primarie.

Di fatto troppo spesso i pazienti non ricevono l'assistenza «giusta», ripetendo esami diagnostici solo perché le informazioni non sono adeguatamente condivise tra i diversi soggetti che erogano le cure, o ancora peggio sono sottoposti a terapie che causano gravi complicazioni che potrebbero essere evitate.

Tra i casi più frequenti di overdiagnosis e overtreatment segnalate dal Report: l'uso di diagnostica per immagini per semplici lombalgie o mal di testa; prescrizione di antibiotici per infezioni alle vie respiratorie superiori; troppi test pre-operatori per pazienti a basso rischio; uso di antipsicotici in pazienti anziani; nutrizione artificiale in pazienti con demenza avanzata o terminali; impiego di inibitori della pompa protonica per il trattamento del reflusso gastroesofageo; posizionamento del catetere urinario; imaging cardiaco in pazienti a basso rischio; taglio cesareo senza indicazione del medico.

**Riconosci, informa, persuadi e paga.** Per affrontare e vincere la guerra contro gli sprechi l'Ocse suggerisce una ricetta in cinque punti: creare sistemi informativi che individuino le prestazioni a scarso valore aggiunto; implementare sistemi di reportistica degli eventi avversi all'insegna della massima trasparenza; campagne di informazione mirate destinate a medici e pazienti; predisporre linee guida che possano migliorare il processo e gli esiti delle cure, riducendo interventi inutili e costi; prevedere incentivi finanziari che stimolino cambiamenti di comportamento.

**Focus farmaci: come risparmiare sui prezzi e tagliare gli sprechi.** Fari puntati anche sulla spesa farmaceutica, che da sola rappresenta il 20% della spesa sanitaria media nell'area Ocse. Grandi quantità di medicinali non vengono utilizzati, troppe prescrizioni sono ridondanti, l'aderenza terapeutica da parte dei pazienti ha ampi margini di miglioramento e la gestione dei farmaci presenta buchi di inefficienza soprattutto in ospedale. In Australia ad esempio, da un'indagine sui medicinali finiti nel cestino è emerso che viene scartato un quantitativo di farmaci (il 70% soggetto a prescrizione) del valore pari a 2 mln di dollari australiani. Potenziali enormi risparmi sono poi attribuiti a un più largo ricorso a medicinali generici e biosimilari: per cinque Paesi europei più gli Usa è stato stimato che l'uso di farmaci

equivalenti porterebbe un risparmio di 50 miliardi di euro entro il 2020.

**Le best practice in giro per l'Ocse non mancano.** Alcuni studi in Uk e Svezia hanno rivelato che lo spreco di medicinali si può ridurre del 30% seguendo più da vicino il paziente e permettendogli di ricorrere al counselling telefonico di farmacisti adeguatamente formati. Francia e Ungheria hanno introdotto incentivi per i medici sulla prescrizione di farmaci generici sulla base di schemi pay-for-performance. In Grecia, gli ospedali pubblici sono tenuti a raggiungere una quota del 50% dei farmaci generici sul volume totale dei farmaci somministrati. In Norvegia, l'acquisto centralizzato dei farmaci ha incluso 80 ospedali pubblici a partire dal 2016. La gamma di medicinali acquistati secondo questo sistema comprende una serie di oncologici ad alto costo, farmaci anti Epatite C, ormoni della crescita e immunostimolanti. E così nel 2015 gli sconti ottenuti sui prodotti acquistati collettivamente sono stati in media del 30,4% rispetto ai prezzi medi spuntati dai Paesi vicini.

**Cure ospedaliere: parola d'ordine cambiamento organizzativo.** In media, i Paesi Ocse spendono il 28% del totale per le cure in corsia. Ma l'assistenza ospedaliera è utilizzata più di quanto sarebbe clinicamente necessa-

rio. Tra ricoveri inappropriati, processi inefficienti - come ad esempio l'ammissione ospedaliera per interventi chirurgici che potrebbero essere eseguiti su base ambulatoriale - degenze più lunghe del necessario e dimissioni ritardate a causa di mancati collegamenti tra ospedale e territorio. Il ricorso al Pronto soccorso è aumentato in 14 dei 19 Paesi Ocse, raggiungendo una media di 31 accessi per 100 abitanti nel 2011, molti dei quali inappropriati. Secondo uno studio britannico, una migliore organizzazione delle cure primarie potrebbe ridurre dell'8-18% l'accesso al Ps con notevoli risparmi.

**La chiave di volta è il cambiamento organizzativo.** In Norvegia, grandi centri di assi-

Rafforzare  
le cure primarie

Più spazio  
ai generic

stenza primaria fungono da strutture intermedie e forniscono cure non urgenti e un mix di assistenza post-acute, riabilitazione e assistenza ai bambini H24 e 7 giorni su 7. In questo modo, rafforzando le cure primarie si riducono i ricoveri. Ma si può optare anche per forme di incentivi finanziari che promuovano comportamenti effi-

cienti sulla base di linee guida ad hoc, su campagne di informazione e massiccio ricorso alla telemedicina. Da uno studio randomizzato di tre anni in Inghilterra è emerso infatti che la telemedicina potrebbe ridurre i ricoveri di emergenza del 20% e del 15% i ricoveri per patologie croniche come diabete, malattia polmonare ostruttiva cronica e insufficienza cardiaca.

**Ro.M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PIANO NAZIONALE ESITI**

## Montagne russe in corsia

*Lo spread Nord-Sud e non solo in un carosello di risultati*

**O**spedali italiani ai raggi X dell'Agenas, con il Programma nazionale Esiti a confermare il gap di cure tra Nord e Sud, che però è in recupero. La novità «Treemap» e il ruolo del Pne come strumento per scovare inefficienze e migliorare le performance.

VAZZA A PAG. 2-3

PNE 2016 / I nuovi risultati del Programma nazionale Esiti con 12 indicatori new entry

# Cure made in Italy al setaccio

**Abruzzo, Campania, Liguria i peggiori - Lombardia top - Si rialza il Sud**

**A**nche se c'è ancora (ahimè soprattutto a Sud) una sanità dove si fanno parti cesarei inappropriati, dove i tempi per essere operati per una frattura al femore sono troppo lunghi o dove la appendicectomia in laparoscopia ancora stenta, nel complesso il sistema delle cure made in Italy resta un fiore all'occhiello. E dove si sbaglia, si spende di più e si cura di meno, con danno evidente per tutti. Regione per Regione, struttura per struttura, chi "sale" e chi "scende" ce lo dice anche quest'anno il Programma nazionale Esiti. Tra indicatori nuovi e "vecchie" emergenze, l'Agenas passa al setaccio il Ssn. E mette a fuoco chi fa più a meno, dove sono le migliori valutazioni e dove le peggiori, con un Sud che pur nelle difficoltà guadagna il passo.

Anche se l'Agenas non smette di sottolineare che l'obiettivo non è fare liste di buoni e di cattivi, ma fornire uno strumento operativo di lavoro, una bussola per le governance regionali e delle aziende sanitarie. Per decidere meglio come e dove intervenire. Le regioni che registrano le peggiori valutazioni sono Abruzzo, Campania e Liguria. Dove ancora molto si deve fare sia in termini di efficientamento e di appropriatezza. La Lombardia si conferma al top. Aumentano gli indicatori da 146 a 158 (60 di esito/processo, 69 volumi di attività e 29 indicatori di ospedalizzazione) con un incremento particolare nell'area ortopedica, pediatrica e angiologica e si rafforzano gli strumenti di audit per la verifica dei dati.

**Treemap.** La grande novità degli Esiti 2016 è "Treemap", la valutazione sintetica di sette aree cliniche per ogni singola azienda ospedaliera.

**I risultati.** Perché valutare è importante? Perché per esempio, garantire un

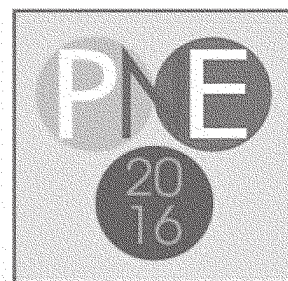
intervento chirurgico tempestivo entro due giorni per la frattura del collo del femore ai soggetti fragili sopra i 65 anni è un evidente beneficio di salute. Inoltre l'intervento chirurgico entro due giorni rappresenta anche un vantaggio in termini di risorse impiegate. Negli ultimi 5 anni sono circa 80mila i pazienti che hanno beneficiato di un intervento tempestivo, di cui 28mila nell'ultimo anno. Sono state più di 670mila le giornate di degenza risparmiata, di cui 200mila nel 2015.

La proporzione di interventi entro i due giorni che nel 2010 si attestava al 31%, nel 2015 è passata al 55%, crescendo del 5% anche rispetto al 2014. Per questo indicatore il regolamento del ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera ha fissato, come valore di riferimento, lo standard minimo al 60%. A livello intra e interregionale si osserva una notevole variabilità, con valori per struttura ospedaliera che vanno da un minimo dell'1% a un massimo del 97%. In ogni Regione è presente almeno una struttura che rispetta lo standard, fatta eccezione per Campania, Molise e Calabria.

In tema di nascite, il regolamento della Salute fissa al 25% la quota massima di cesarei primari per le maternità con più di 1.000 parti annui e 15% per le maternità con meno di 1.000 parti annui. Il ricorso al parto cesareo, rispetto a quello naturale, comporta maggiori rischi per la donna e per il bambino ed è richiesto solo in caso di indicazioni cliniche specifiche. I dati indicano che la proporzione di parti cesarei primari continua a scendere

progressivamente dal 29% del 2010 al 25% del 2015. Negli ultimi 5 anni sono circa 45mila le donne alle quali è stato risparmiato un taglio cesareo primario, di cui 12.000 nel 2015. Rimangono ancora significative le differenze tra le Regioni del nord Italia e le Regioni del sud, con valori medi rispettivamente inferiori e superiori al 20% e che, nel caso della Campania sono stabili al 50%. Fa eccezione la Liguria, con risultati analoghi a quelli delle Regioni del Sud. Per quanto riguarda, poi, la mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto acuto del miocardio, i risultati del 2015 evidenziano una diminuzione che continua, dal 10,4% del 2010 al 9,0% del 2015. Risulta bassa la variabilità interregionale e discreta quella intra regionale, con valori che variano da un minimo dell'1,3% a un massimo del 25%.

Passando all'analisi degli indicatori di ospedalizzazione, utile anche come elemento di valutazione indiretta della qualità delle cure territoriali, il Pne individua le aziende sanitarie in cui viene effettuato un numero elevato di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili in caso di una corretta presa in carico del paziente a livello territoriale. Nello specifico, grazie a questi indicatori, si rileva che nel 2015 il



numero di ricoveri di alcune tipologie a rischio di inappropriatezza risulta diminuito. In dettaglio, il tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) si è ridotto progressivamente dal 2,5% nel 2010 al 2,1% nel 2015. Si stima che nel 2015 siano circa 16.000 i pazienti a cui è stata risparmiata una ospedalizzazione potenzialmente evitabile. Diminuite anche le ospedalizzazioni per un altro intervento chirurgico a elevato rischio di inappropriatezza: l'appendicectomia. Il tasso di ospedalizzazione per questo intervento in modalità laparotomica è diminuito progressivamente nel tempo, passando dall'1,25 del 2010 allo 0,73 del 2015, a fronte di un aumento dei ricoveri per appendicectomia laparoscopica che è passata dal 0,49 al 0,63%. L'offerta di intervento di appendicectomia laparoscopica, è molto più alta nelle Regioni del Nord rispetto alle Regioni del Sud.

Il Pnec dedica, inoltre, nelle sue analisi,

un particolare approfondimento alla correlazione tra volumi di attività ed esito delle cure. I volumi di attività rappresentano una delle caratteristiche misurabili di processo che possono avere un rilevante impatto sull'efficacia degli interventi e sull'esito delle cure. L'associazione tra volume ed esiti, dimostrata in letteratura e dalle evidenze scientifiche, è confermata anche dalla analisi dei dati nazionali analizzati dal Pnec. Per le Breast Unit la soglia minima di 150 interventi chirurgici annui per tumore della mammella. Nel 2015, in Italia, delle 449 strutture ospedaliere che eseguono più di 10 interventi chirurgici per il tumore della mammella, solo 123 (27%) presentano volumi di attività superiore a 150 interventi annui. Passando, poi, al tumore dello stomaco, 309 strutture ospedaliere eseguono più di 5 interventi chirurgici; tra queste, solo 91 strutture (29%) presentano un volume di attività superiore a 20 interventi annui.

Sempre nel 2015, 147 strutture ospedaliere in Italia eseguono più di 5 interventi chirurgici per tumore del polmone;

tra queste, solo 37 strutture (25%) presentano un volume di attività superiore a 100 interventi annui. In tema di volumi di parti ed esiti di salute materno-infantile, le evidenze scientifiche evidenziano un'associazione tra bassi volumi ed esiti sfavorevoli. Il regolamento del ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera rimanda all'accordo Stato-Regioni che, già nel 2010, prevedeva la chiusura delle maternità con meno di 500 parti. Escludendo le strutture con meno di 10 parti annui, nel 2015 in Italia le strutture ospedaliere con meno di 500 parti annui sono 118 (24%), in diminuzione rispetto al 2010 (155 maternità con meno di 500 parti annui).

Lucilla Vazza



**DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

## L'Italia è maglia nera in Europa: 58mila strumenti da rottamare

**S**ono oltre 58mila le apparecchiature diagnostiche per immagini e di elettromedicina da rottamare. Un "parco" composto da risonanze magnetiche, Pet, Tac, angiografi, mammografi, ventilatori per anestesia e terapia intensiva che superano abbondantemente la media degli altri Paesi europei con un incremento di quelle più vecchie di 10 anni e una diminuzione delle tecnologie con meno di cinque anni.

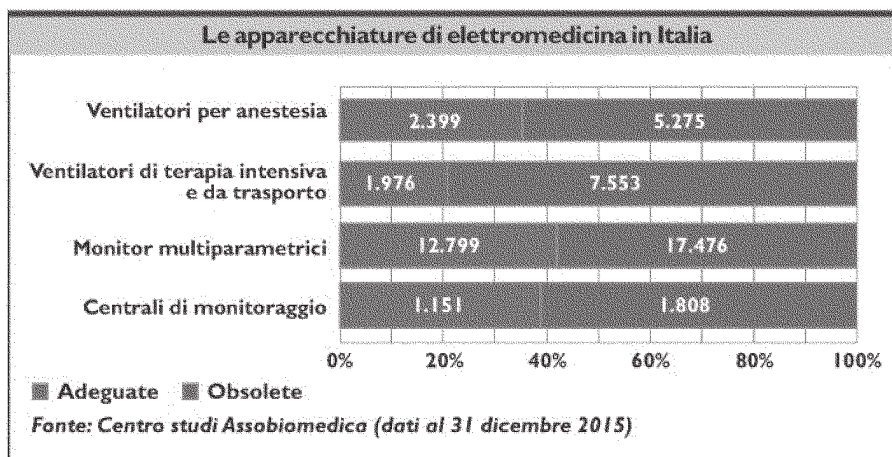
Se Francia, Danimarca e Svezia registrano tra il 60% e il 70% di apparecchiature con età fino a cinque anni, l'Italia possiede, ad esempio, solo il 30% di angiografi sotto questa soglia di età. Destano preoccupazione nel nostro Paese il 74% dei mammografi convenzionali con più di 10 anni di vita, così come il 60% di apparecchiature mobili convenzionali per le radiografie, il 50% dei ventilatori di terapia intensiva e il 77% dei sistemi radiografici fissi convenzionali. Questi alcuni dei dati che emergono dal nuovo Rapporto sullo stato di obsolescenza del parco installato di diagnostica per immagini e da quello sull'elettromedicina in Italia, entrambi curati dal Centro studi di Assobiomedica e presentati oggi nell'ambito della IX Conferenza nazionale dei dispositivi medici.

«Su 100.000 apparecchiature censite - ha dichiarato Marco Campione, presidente dell'Associazione Elettromedicali di Assobiomedica - circa il 60% sono obsolete, avendo superato notevolmente la soglia di adeguatezza tecnologica con costi di gestione enormi che potrebbero essere abbattuti, sostit-

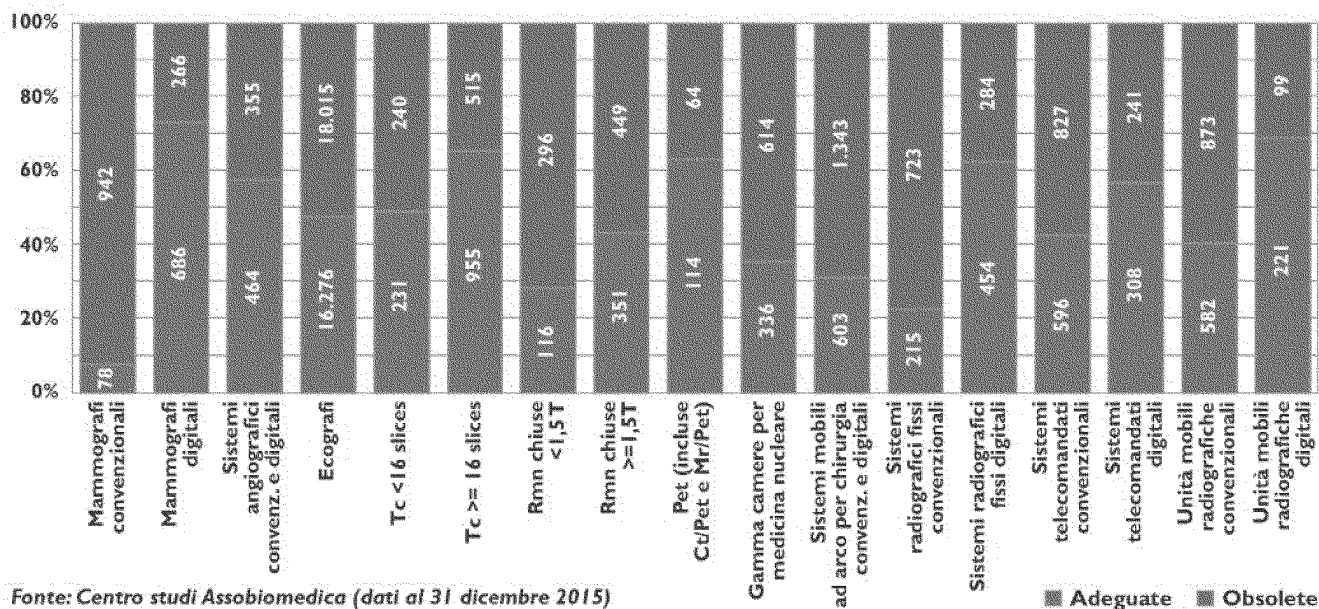
tuendole gradualmente con tecnologie di ultima generazione. Si tratta di apparecchiature meno sicure, con qualità clinica diagnostico-terapeutica al limite dell'appropriatezza. Abbiamo troppe apparecchiature, troppo vecchie e troppo poco usate. È indifferibile un'azione urgente d'investimento su tecnologie innovative a fronte di un disinvestimento di quelle obsolete, che sono ben 58.000 in Italia».

«Lo si può fare con tariffe modulate - ha concluso Marco Campione - come nel caso di successo della Francia che da anni prevede meccanismi di rimborso variabili delle prestazioni, che penalizzano pesantemente e progressivamente l'utilizzo di apparecchiature oltre le soglie di vetustà stabilite, incentivando l'adozione dell'innovazione tecnologica. Lo si può fare con leve fiscali, come avviene con successo da anni nel Regno Unito, dove si applica un'aliquota Iva agevolata. Lo si può fare con leggi ad hoc come avviene in Italia con successo da molti anni in altri settori, prevedendo ad esempio di incentivare la "rottamazione" dell'obsoleto a fronte dell'acquisto del nuovo. Lo si può fare con strumenti moderni di acquisizione come "Managed equipment services", come avviene con successo da anni nella maggior parte dei Paesi anglosassoni e di quelli del Nord Europa. Questi sono solo alcuni ingredienti di una ricetta necessaria per una cura shock che si deve mettere in pista da subito a invarianza di bilancio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il parco installato degli apparecchi di diagnostica per immagini



All'esame delle Regioni il documento che ristruttura il sistema all'insegna di sburocratizzazione e qualità

# Pronto il riordino dell'Ecm in sanità

Provider accreditati a quota 1.050 ma solo 700 hanno ottenuto il bollino standard

## Le verifiche dell'Osservatorio

**S**ono complessivamente 1.050 i provider accreditati a erogare formazione continua obbligatoria per i professionisti sanitari ma di questi solo 700 hanno ottenuto l'accreditamento standard quadriennale. Per gli altri, in possesso dell'accreditamento provvisorio, bisognerà aspettare le valutazioni in loco da parte del gruppo di verifica, all'interno del quale operano un componente della Commissione nazionale per la formazione continua e gli incaricati della Segreteria. Sono questi gli ultimi dati sul motore principale della complessa macchina Ecm. Un sistema che a 12 anni dalla sua istituzione sta finalmente per approdare a una importante fase di riordino. E infatti all'esame delle Regioni lo schema di Accordo sul documento «La formazione continua nel settore salute», che ristruttura la materia all'insegna di una sostanziale sburocratizzazione delle procedure e di una maggiore organicità. Con un duplice obiettivo: semplificare l'attività di professionisti e provider e rendere la stessa offerta formativa più mirata e adeguata a un'effettiva crescita professionale dell'operatore.

Tra gli obiettivi anche quello di assicurare un uniforme miglioramento qualitativo dell'assistenza e della formazione continua su tutto il territorio nazionale. Con una chiara ripartizione delle competenze:

attuazione amministrativa in capo alle Regioni; governance del sistema, con la determinazione degli standard minimi di qualità, prerogativa della Commissione nazionale, che dovrà mettere nero su bianco le regole del gioco nel «Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi Ecm», un documento a cui gli esperti stanno già lavorando e che sarebbe a buon punto. Le Regioni potranno individuare requisiti di accreditamento ulteriori purché «oggettivamente idonei a elevare la qualità dell'offerta formativa».

Positivo il giudizio della Fnomceo che ha contribuito alla messa a punto dell'Accordo: «Tra i punti qualificanti - spiega il segretario generale **Luigi Conte**, componente della Commissione nazionale per la Formazione continua e responsabile dei progetti formativi della Federazione - c'è un diverso modo di attribuire i crediti. Semplificato e più generoso nei confronti del professionista. Si è dato spazio poi a modalità di fruizione degli eventi di tipo informatico, puntando sulla formazione a distanza, per facilitare l'accesso ai corsi».

I crediti individuali maturati dai professionisti per il triennio 2017-19 dovranno essere 150 ma sono previsti bonus e sconti per chi era già in regola con il triennio precedente e per chi mette a punto il proprio dossier formativo. E sono concesse facilitazioni anche sulla base della composizione quantitativa dell'aula: per esempio se il corso è frequentato da meno di 100 discenti, un'ora di formazione non varrà più solo 1 credito ma 1,3. «Si parte infatti dal presupposto - spiega Conte - che se il numero dei partecipanti al corso è basso la formazione sarà qualitativamen-

te migliore». Tali crediti in ogni caso continueranno a essere registrati in un'unica anagrafe nazionale gestita dal Cogepas.

E dovrebbe andare a regime anche il dossier formativo, uno strumento che consente al professionista sanitario di programmare e verificare il percorso formativo alla luce del suo profilo professionale. «Un progetto che diventa finalmente esecutivo - aggiunge Conte - dopo una serie di sperimentazioni. La novità è che l'aggiornamento deve essere mirato e coerente rispetto alla professione, alla disciplina, alla specializzazione, con un impatto effettivo sul profilo delle competenze e sull'esercizio professionale quotidiano. Una modalità quindi specifica e non più casuale». I parametri per la realizzazione del dossier sono stabiliti dalla Commissione nazionale.

Si stringono infine le maglie sulla verifica qualitativa della formazione erogata dai provider. Sono infatti previste più verifiche post accreditamento da parte dell'Osservatorio nazionale, che effettuerà visite direttamente nel luogo di svolgimento dell'evento formativo.

**Rosanna Magnano**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PRIVACY/ Il regolamento 679 introduce nuove possibilità nel segno della trasparenza

# Così la “portabilità” dei dati

È un diritto di accesso rafforzato del cittadino anche in ambito salute

**L'**articolo 20 del nuovo Regolamento 679/2016 sulla protezione dei dati sancisce un nuovo diritto in capo all'interessato: il diritto alla portabilità dei dati. Più esattamente tale norma stabilisce che: «L'interessato ha il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento». Il Regolamento 679 è entrato in vigore il 25 maggio 2016, ma la concreta operatività nei Paesi Ue è prevista dal 25 maggio 2018, lasciando a tutti i soggetti interessati un biennio di tempo per gli adeguamenti necessari alle proprie politiche del trattamento dei dati.

**Portabilità dei dati e trasparenza.** Si tratta di un diritto che impatta fortemente sull'attività dei titolari dei dati che devono porsi il problema di sviluppare i mezzi che permetteranno di rispondere alle richieste di portabilità dei dati (per esempio gli strumenti di download e Api - Application programming interface), garantendo altresì anche l'interoperabilità dei formati dei dati. Tenuto poi conto della complessità organizzativa-tecnologica e del termine di adeguamento

(maggio 2018), appare fortemente opportuno cominciare sin da ora a porsi il problema. Ciò vale anche per le strutture sanitarie.

Le recenti Linee guida sul diritto alla portabilità dei dati pubblicate dal Working Party Articolo 29 e in data 13 dicembre 2016 dal WP 29 al punto II stabiliscono infatti tre condizioni per l'applicazione del diritto: i dati devono «riguardare l'interessato», devono essere stati forniti dall'interessato stesso (articolo 20, comma 1) e infine non deve essere leso il diritto altrui (articolo 20, comma 4). Per quanto attiene alla nozione di dato «fornito dall'interessato» la Linea guida stabilisce (traduzione libera): «tenuto conto degli obiettivi che si pone il diritto alla portabilità, il termine “fornito dalla persona interessata” deve essere interpretato in senso lato, escludendo solo i dati “frutto di estrapolazione” e i “dati derivati”, che includono i dati personali che vengono generati da un fornitore di servizi (ad esempio, i risultati algoritmici).

Il titolare dovrebbe invece includere tutti gli altri dati personali forniti dalla persona interessata attraverso mezzi tecnici forniti dal titolare stesso. In nota poi si precisa che: questo include tutti i dati che vengono rilevati nel corso della attività ai fini della quale sono raccolti i dati, come ad esempio una

cronologia delle transazioni o log di accesso. I dati raccolti attraverso il monitoraggio e la registrazione delle attività delle persona (come i dati del battito cardiaco registrati in una app o la tecnologia utilizzata per monitorare il comportamento di navigazione) dovrebbero essere considerati come “fornito da”, anche se i dati sono attivamente o consapevolmente trasmessi.

Ne deriva che dopo il maggio 2018 il portatore di un pacemaker, il paziente sottoposto a un monitoraggio continuo della glicemia o il paziente assistito in telemedicina (solo a titolo di esempio) potranno richiedere i loro dati alla struttura sanitaria di competenza, la quale sarà tenuta a darglieli «in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico». Ciò implica che la struttura dovrà dotarsi di tecnologia idonea per ottemperare a tale richiesta e che i fabbricanti di medical device devono, sin da ora, progettare e produrre privacy by design. Le sanzioni amministrative pecuniarie possono arrivare a 20 milioni di euro, per le imprese, fino al 4% del fatturato mondiale totale annuo dell'esercizio precedente (articolo 83, comma 5).

**Silvia Stefanelli**  
studio legale Stefanelli&Stefanelli

**IN RETE**

@ Il testo delle sentenze

[www.24oresanita.com](http://www.24oresanita.com)

