



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





IL FATTO

Il commissariamento a gennaio, dopo l'inchiesta sulla vigilanza negli ospedali

Il commissariamento dell'Asl Napoli 3 dopo l'inchiesta. Risale all'inizio dell'anno la nomina di Salvatore Panaro al vertice dell'Azienda Sanitaria. Un'investitura, quella voluta dall'allora presidente della Regione, Stefano Caldoro, a seguito del caso che - su disposizione di Raffaele Cantone, Presidente dell'Anticorruzione - aveva visto bloccato un appalto di 20 milioni di euro per il servizio di vigilanza non armata negli ospedali di Castellammare, Torre del Greco, Boscotrecase, Sorrento e Vico Equense e trasmesso gli atti alla Procura della Repubblica di Torre Annunziata. Sull'appalto sospetto l'Anac aveva rilevato la lesione dei



diritti dei lavoratori sui trattamenti salariali minimi. La violazione dei limiti di proroga oltre i 180 giorni. La gestione non corretta delle offerte dei concorrenti, con riferimento alla segretezza dei plichi e per aver svolto le procedure di gara in difformità del Codice degli Appalti pubblici. In buona sostanza l'Anticorruzione sosteneva che nella vicenda dell'appalto milionario l'Asl Napoli 3 aveva tenuto una condotta non conforme ai principi del Codice dei contratti pubblici e dei principi di legalità, imparzialità e buon andamento previsti dalla Costituzione. Rilievi, trasferito poi alla procura di Torre, che avevano visto commissariare l'Azienda.

Il caso

Soresa, Cantone: nomina legittima

La nomina del nuovo presidente della Soresa, Giovanni Porcelli, è legittima. Lo certifica Raffaele Cantone, numero uno dell'Autorità Anticorruzione. In una lettera inviata il 23 ottobre al capogruppo M5S Valeria Ciarambino che ne aveva sollecitato l'intervento sulla presunta inconfiribilità dell'incarico a presidente della società regionale per la sanità a chi ha ricoperto carica di sindaco di un comune con oltre 15 mila abitanti nella stessa regione (Mugnano, nello specifico), Cantone ha chiarito i contorni giuridici del caso. «Il Consiglio nell'adunanza del 7 ottobre scorso ha deliberato l'archiviazione del fascicolo - si legge nel documento ufficiale -

non rinvenendosi violazioni del decreto legislativo n.39 dell'8 aprile 2013» ovvero legge Severino. Nella nomina di Porcelli, ricorrono due delle tre circostanze richieste dall'art. 7 della Severino per dichiarare l'inconfiribilità: era sindaco di un comune della Campania con oltre 15 mila abitanti, e la Soresa è considerato un ente di diritto privato in controllo pubblico, ma il periodo di «raffreddamento» superiore ad 1 anno tra la carica di sindaco e quella regionale era già trascorso. «Il Consiglio comunale di Mugnano è stato sciolto dal Prefetto di Napoli il 23 aprile 2014», ha precisato Cantone, e la scelta del governatore De Luca è avvenuta lo scorso 27



Nomina contestata
Giovanni Porcelli

luglio. L'Anac ha invece dichiarato di non avere competenza sulla presunta violazione della legge regionale sull'ineleggibilità e incompatibilità, sulla nomina di Porcelli e di una consigliera di amministrazione Giulia Abbate entrambi candidati non eletti al Consiglio regionale.

Diabete. Il paziente sta bene, la mortalità si riduce. La Asl non spende. Servono controlli e nuovi stili di vita. Uno studio scopre la quadratura del cerchio

Pochi test per risparmiare molti soldi

GIUSEPPE DEL BELLO

GLI imputati sono sempre loro, obesità, sovrappeso e vita sedentaria. Ma adesso c'è un calcolo che lo quantifica: la vita dei diabetici è più a rischio e lo Stato spende di più se sopravvivono le complicanze. Lo certifica uno studio di economia sanitaria condotto all'università Tor Vergata di Roma, con un modello che rivela la beffa di una subdola e insidiosissima malattia. Che quando evolve, fa sballare i conti facendoli lievitare da 437 fino a 7754 euro all'anno, a paziente. E non ci vuole molto ad arrivare a cifre del genere, basta qualche parametro fuori norma perché il quadro clinico del paziente precipiti nel baratro delle quattro comorbidità. Cioè, di quelle patologie diretta conseguenza del diabete: renali, cardiovascolari, neuropatie e retinopatie.

Eppure, si legge bene nella ricerca "Contro il diabete gioco d'anticipo", che porta la firma del coordinatore scientifico Francesco Saverio Mennini e dei suoi collaboratori Raffaele Viti e Andrea Marcellusi, sarebbero sufficienti qualche visita specialistica e pochi test in più all'anno per evitare il peggio. Per i malati e per i già tanto bistrattati fondi della sanità. Gli autori sono partiti dall'analisi epidemiologica e di costo delle Marche. Nella lente d'ingrandimento dei ricercatori sono finiti i ricoveri, i farmaci, le consulenze specialistiche e gli esami di laboratorio.

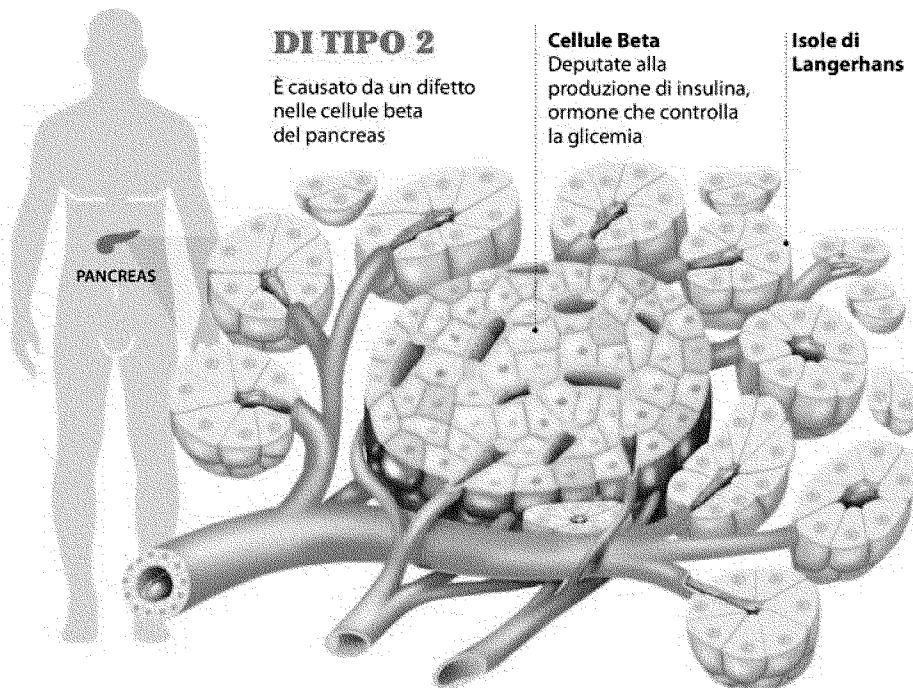
«Su un modello da analisi locale, abbiamo ipotizzato uno scenario comportamentale, applicabile in tutt'Italia - avverte Mennini - L'obiettivo finale mira a risparmiare sì, ma soprattutto a migliorare il benessere del malato e a ridurre la mortalità. Lo si può raggiungere, prevenendone le comorbidità. Che non sono altro che le complicanze della malattia primitiva».

Complicanze invalidanti che compromettono la funzionalità di organi essenziali, e che vanno dalla dislipidemia alla nefropatia, alla neuropatia e fino alla disfunzione erettile. «Il meccani-

simo che innesca il processo distruttivo è l'iperglicemia che provoca danni a livello microvascolare», spiega Gianluca Aimaretti, professore di Endocrinologia dell'università del Piemonte orientale che, insieme ai colleghi Vincenzo Provenzano (diabetologo all'ospedale di Partinico, Palermo), Salvatore De Cosmo (primario a San Giovanni Rotondo) e Giancarlo Tonolo (della Asl 2 di Olbia-Tempio), ha partecipato al progetto. Valori elevati di glicemia, insieme a quelli altrettanto alti di colesterolo e trigliceridi determinano l'ispessimento dei vasi. Delle piccole ischemie fanno le spese anche i nervi periferici. «D'altro canto, il danno microvascolare è subdolo e il paziente se ne accorge solo quando evolve ulteriormente, sfociando in infarto, ictus, neuropatia grave e arteriopatia periferica», aggiunge Aimaretti. Scenario a tinte fosche che può essere scongiurato attraverso poche regole.

Prima norma, esami di laboratorio. Il più importante, con almeno tre controlli annui, quello dell'emoglobina glicata (non deve superare il valore di 6,5). Gli altri esami: creatinina per la funzionalità renale due volte l'anno, il fondo oculare e l'ecocardiogramma una volta all'anno. A seguire, due volte all'anno: colesterolo, trigliceridi e microalbuminuria. Ecco, basta rispettare il protocollo per tutelare salute e casse pubbliche. E per ogni diabetico, sia di tipo 2 (più frequente e correlato a sovrappeso e obesità), sia di tipo 1 in cui il pancreas non produce insulina, insiste Aimaretti: «Sono fondamentali l'esercizio fisico e il giusto peso».

Esami del sangue frequenti, dieta, attività fisica. Per evitare complicanze e disabilità



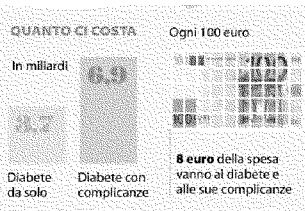
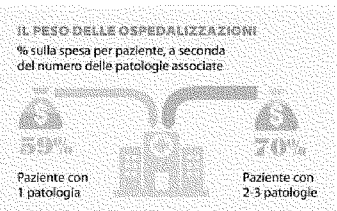
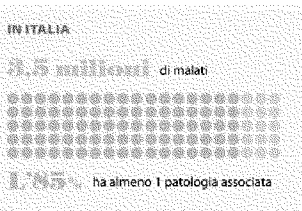
DI TIPO 2

È causato da un difetto nelle cellule beta del pancreas

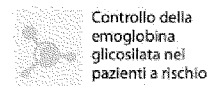
Cellule Beta

Deputate alla produzione di insulina, ormone che controlla la glicemia

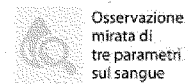
Isole di Langerhans



IN LABORATORIO



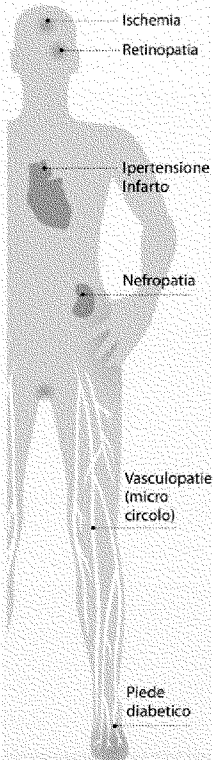
RISPARMIO ANNUO STIMATO
340 milioni



RISPARMIO ANNUO STIMATO
980 milioni



LE MALATTIE



FONTE: RIELABORAZIONE DATI ESALUTE / DIPARTIMENTO DI ECONOMIA SANITARIA / UNIVERSITÀ DI TORVERGATA - ROMA
INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

*I costi standard
sono giusti? Dipende*

VENDRAMINI A PAG. 2

TRA CONTABILITÀ E POLITICHE DI ACQUISTO

I costi standard sono costi giusti? Dipende

Nonostante il sistema sanitario nazionale abbia i conti in ordine da almeno due anni e produca anche qualche centinaio di milioni di avanzo (rapporto Oasi Bocconi 2014) continua il pressing sul tema del controllo dei costi perché si pensa che il Ssn sia inefficiente. Nello specifico con l'approvazione della legge 42/2009 si passa dal criterio del costo storico a quello del costo standard. Nella Norma vengono definiti i due termini nel seguente modo: (cfr sito Sna, scuola nazionale di amministrazione):

- **Costo storico:** indica quanto storicamente si è speso per un determinato servizio. In passato si è seguito il criterio del costo storico: quanto veniva trasferito alle varie Regioni sotto forma di trasferimenti dipendeva da quanto una Regione aveva speso nell'anno precedente.

- **Costo standard:** indica il costo di un determinato servizio, che avvenga nelle migliori condizioni di efficienza e appropriatezza, garantendo i livelli essenziali di prestazione. Secondo quanto sancito nella legge 42/2009 il costo standard è definito prendendo a riferimento la Regione più "virtuosa", vale a dire quella Regione che presta i servizi ai costi più efficienti».

Sembra quindi una soluzione perfetta che garantisca attraverso un tecnicismo di portare o riportare il Ssn verso logiche di efficienza: purtroppo così non è e provo a illustrare il perché.

Primo: si fa confusione tra spesa e costo. La spesa e il costo non sono la stessa cosa, la spesa è quante risorse finanziarie utilizziamo per acquisire un bene o un servizio mentre il costo è l'utilizzo di fattori produttivi per la produzione di un bene o servizio. Per capire la spesa è acquistare la ricarica di un cellulare ma sostengo un costo solo quando utilizzo il cellulare. Dal punto di vista contabile la questione non è di poco conto e quindi dal punto di vista manageriale pure. Secondo: dire che una Regione è virtuosa se presta i servizi ai costi più bassi è molto pericoloso perché potrebbe indurre le strutture a occuparsi solo dei pazienti meno com-

plexi e meno costosi, dei farmaci a brevetto scaduto e non quelli contro l'epatite C, notoriamente molto costosi.

Non si vuole certo dire che i criteri di efficienza non siano necessari ma non sono gli unici e certamente in sanità non sono i più importanti. È chiaro ed evidente che per la sanità il vero criterio sia l'efficacia, cioè la bravura degli operatori, la capacità di curare i malati ovviamente con il vincolo delle risorse e il corretto utilizzo dei fattori produttivi (anzi il vero tema dei prossimi anni è la clinical competence, cioè se i professionisti producono volumi tali da poter garantire competenze, si veda ad esempio la straordinaria ricchezza del Piano nazionale Esiti in questo senso). Se passasse la logica che una Regione è virtuosa perché è efficiente passerebbe un concetto in cui la misurazione delle performance di un ospedale debba essere solo finanziaria cioè sulla spesa e penso che non siano molti d'accordo. I costi standard ammessi che abbiano un senso in sanità porterebbero a una enfasi economicista derivante dall'errata idea che esista un costo giusto.

Terzo: cosa si intende per costo delle prestazioni? Esiste un modo oggettivo per calcolare il costo di produzione di un prodotto? La risposta è no. Alla domanda quanto costa una tac? Quanto costa una risonanza? La risposta è dipende, dipende da come imputo i costi indiretti (cioè non direttamente imputabili all'oggetto di costo), dipende da tanti fattori, dipende da come costruisco il mio sistema di contabilità analitica.

Senza entrare in inutili tecnicismi è importante sottolineare come non esista un costo giusto e certamente non lo sia il costo standard. Banalmente il costo di produzione dipende da tante variabili, dipende dalla logistica del paziente, dipende dal case mix di quell'ospedale, appunto dipende. Qualcuno però potrebbe dire che non è possibile che il costo di gestione di un paziente con frattura di femore debba essere diverso da ospedale a ospedale: come non è possibile? È ovvio ed evidente che non può che essere così: basti pensare che ci sono ospedali a padiglioni e ospedali monoblocco, ospedali in montagna e ospedali in città, ospedali grandi e ospe-

dali più piccoli, questi avranno costi di funzionamento diversi. Chi è convinto che se una prestazione (una risonanza ad esempio) costi meno in una struttura sia necessariamente meglio? Magari costa meno solo perché ha una macchina più obsoleta e meno precisa, o ha meno personale (e non è necessariamente meglio).

Gli argomenti mi sembrano quindi sufficienti per sostenere che i costi standard in sanità siano una semplificazione di metodo utilizzata solo in parte e per altri con molti accorgimenti da imprese che fanno bulloni, scarpe, prodotti in serie cosa molto distante dalla gestione di un anziano non autosufficiente che vive in una vallata o in una periferia delle nuove città metropolitane. Questo non vuol dire che non si debbano tenere i costi sotto controllo anzi, ma che lo si deve fare riscoprendo le logiche e le tecniche di una economia aziendale che ha appunto nel concetto di azienda la sua centralità.

Da ultimo è importante evidenziare come, di solito, di fronte a queste argomentazioni su tema dei costi standard vi sia sempre chi porti l'esempio della siringa e di come non sia possibile che una siringa abbia costi così diversi nei differenti contesti nazionali. Verissimo, peccato però che quello che noi attribuiamo alla siringa non sia un costo ma un prezzo di acquisto. La cosa non è da poco perché allora la questione non è di contabilità dei costi ma di politiche di acquisto che sono tutta un'altra cosa e riguarda a come si fanno le gare di acquisto dei beni e dei servizi, che ci impone di riflettere sull'efficacia di Consip e a come si fanno le gare d'appalto in Italia. Ma questo è un altro tema.

Emanuele Vendramini
professore associato
Università Cattolica del Sacro Cuore -
sede di Piacenza

AGENAS - BILANCI AZIENDE OSPEDALIERE

Lazio da incubo (-661 milioni) Campania virtuosa a sorpresa

Gli ospedali della Toscana fanno più debiti di quelli della Campania, e quelli del Lazio fanno peggio di tutti, macinando perdite shock per 661 milioni. È lo scenario a sorpresa, ma non troppo, disegnato dall'Agenas nel report con i conti delle aziende ospedaliere per il 2014, dati che però scontano ancora una fase di aggiustamenti finali.

Lazio da record (negativo). Una maglia nera straguardata quella del Lazio che, con 9 aziende (compresi Istituti di ricerca e policlinici), detiene il davvero poco lusinghiero record negativo di 661 milioni di euro. Peggio di tutti, l'Ospedale S. Camillo di Roma che piazza nella sanità pubblica una bomba da 159 milioni, seguito dal S. Filippo Neri che arriva a superare i 105 milioni. Numeri da capogiro, che fanno sembrare virtuosa l'Ares che gestisce il 118 e che perde "appena" - si fa per dire - 19,5 milioni.

La montagna di debiti laziale è certamente ben lontana dai valori del secondo posto del podio che va al Piemonte, dove si sono accumulate perdite per 73,4 milioni nelle sei aziende ospedaliere, tra cui spicca la Città della Scienza di Tori-

no che, da sola, pesa per 30,6 milioni, quasi la metà del totale.

Terzo scalino per la Toscana, storicamente virtuosa e ormai ex "faro" del benchmark: oggi arriva a sfiorare i 60 milioni di rosso, di cui un terzo a carico dell'azienda universitaria di Siena (-22,4 milioni).

Campania felix. Ma chi spiazzati tutti, in controtendenza decennale, la neo virtuosa Campania, dal 2007 in piano di rientro, che ha chiuso il bilancio delle ben 10 aziende con un attivo di 20 milioni, trainata dalla Seconda università di Napoli in attivo per 8,2 milioni.

Conferme positive per il Friuli-Venezia Giulia con 8 milioni guadagnati. Mentre, sempre in controtendenza Sud, strappa la medaglia di bronzo la Sicilia con un attivo di oltre 6 milioni, dove eccelle la performance dell'ospedale Cervello di Palermo (+2,4 mln).

Le conseguenze del malgoverno. Ma c'è un risvolto nuovo. La polpetta avvelenata presente nelle bozze della legge di Stabilità 2016. Se passassero le nuove regole, per 24 tra ospedali, Irccs e policlinici con uno sprofonzo superiore al 10%

tra costi e ricavi, o in valore assoluto, pari o superiore a 10 milioni, scatterebbe l'allarme. E in queste aziende partirebbe automaticamente un piano di rientro triennale sotto la supervisione e la responsabilità del direttore generale, che in tre anni dovrà mettere i conti in ordine, altrimenti perderebbe la poltrona. Ci sono poi dei distinguo: se l'azienda in rosso si trova in una Regione già sottoposta a piani di rientro, allora per le nuove ipotesi normative, sarebbe valutata la situazione nel merito, essendoci già un commissario ad acta preposto al ripiano economico della sanità regionale.

Lucilla Vazza

Le migliori e le peggiori secondo l'Agenas

Le peggiori		Le migliori	
(9) Lazio: -660.867 (-158.627 S. Camillo / -19.562 Ares I 18)		(10) Campania: +20.426 (-506 Ao Rummo / +8.202 Aou Seconda Università Na)	
(6) Piemonte: -73.431 (Ao Città della scienza -30.647 / -5.617)		(5) Fvg: +8.070 (+ 5.617 Centro rif. oncol.)	
(4) Toscana: - 59.849 (-22.434 Aou Senese)		(9) Sicilia: +6.159 (+2.456 Ao Cervello Pa)	
(3) Sardegna: -55.790 (-20.164 Aou Sassari / -16.508 Aou Cagliari)		(6) Emilia Romagna: +769 (+743 Ior Rizzoli)	
(5) Calabria: -40.042 (-26.467 Ao Materdomini Cz / +495 Ao Melacrino)		(2) Basilicata: +990 (+901 Ao San Carlo Pz)	
(3) Veneto: -34.831 (Ao Padova -22.835 / Istituto oncologico Veneto +1.455)		(2) Umbria: +645 (+618 Ao Perugia)	
(2) Liguria: -24.571 (-14.176 Irccs S. Martino)		(4) Puglia: +478 (+348 Aou Oo Riuniti Fg)	
		(3) Marche: +124 (+88 Aou Ancona)	
		(35) Lombardia: +22 (tutti i valori a 0 / +22 Inrca anziani)	

Dati su 16 Regioni (.000). Totale 108 Ao (tra parentesi in rosso il numero aziende per Regione)

A PAG. 15

Telemedicina

Occorrono inedite riflessioni sugli effetti giuridici delle cure a distanza

TELEMEDICINA/ L'evoluzione di (improbabili) profili di colpa nell'erogazione di prestazioni e-health

Quali responsabilità nell'era del 2.0

Ritardi sulla ridefinizione di protocolli operativi e regole "in digitale" per orientarsi

Quali possono essere i profili di responsabilità sanitaria nell'erogazione di una prestazione di telemedicina?

Il rapporto tra responsabilità sanitaria e servizi di telemedicina è tema sui cui giurisprudenza e dottrina appaiono oggi del tutto carenti; chi scrive ritiene invece che si tratti di materia che merita oggi un approfondimento, offrendo ampi spunti di riflessione.

E infatti innegabile che - pur in presenza di numerosi studi che ne avvalorano i benefici al paziente e le potenzialità di risparmio (da ultimo lo studio di Netics presentato al Forum della Sanità digitale 10 settembre 2015 www.sanita24.ilsole24ore.com) - gli esempi di erogazione di servizi sanitari attraverso la telemedicina rappresenta ancor oggi una eccezione e non certamente una regola nel nostro servizio sanitario.

Tra le varie difficoltà riscontrate, emerge anche una forte diffidenza (specie da parte di medici e operatori sanitari) fondata sull'idea (del tutto discutibile) che la telemedicina possa generare un "ulteriore" aumento dei rischi di contenzioso con i pazienti. E tale opinione diventa spesso un deterrente o un "ostacolo".

Vediamo allora quali sono le peculiarità della telemedicina per valutare se e come le stesse impattano sui possibili profili di responsabilità sanitaria.

Nelle Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina del ministero della Salute - approvate dalla Con-

ferenza Stato-Regioni del 14 febbraio 2014 - la telemedicina è definita come «una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and communication technologies (Ict), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località».

Secondo la definizione del ministero, dunque, la telemedicina non incide sulla attività clinica ma rappresenta solo un "modo" di erogazione dell'attività stessa: in sostanza non cambia il servizio assistenziale ma solo la modalità di erogazione delle stesso.

Chiediamoci allora in cosa consistono tali "modalità innovative" e se le stesse sono tali da configurare o meno il temuto aumento di responsabilità sanitaria.

Gli elementi caratterizzanti la telemedicina sono senza dubbio due:

1) un utilizzo più ampio e articolato delle apparecchiature Ict da parte sia del medico sia del paziente;

2) lo sviluppo di protocolli specifici che indirizzino in maniera corretta l'erogazione della prestazione.

Partendo dal punto 1 non vi è dubbio che in un servizio di telemedicina il livello di attenzione per

l'Ict deve essere adeguato: sono cardine infatti la corretta implementazione dei necessari medical devices presso il luogo in cui i dati vengono acquisiti (per esempio, abitazione del paziente), la piena informazione al cittadino su come le apparecchiature devono essere utilizzate, l'usabilità friendly delle stesse, la connessione con numeri di emergenza, la possibilità del viva voce, nonché - ovviamente - una corretta manutenzione e/o sostituzione nel caso di malfunzionamento e un sistema di warning nel caso di inserimento dati abnormi o non compatibili.

L'Ict è quindi un perno fondamentale dell'erogazione della prestazione: ne deriva che il livello di attenzione sia in fase di acquisto che in fase di uso per l'erogazione del servizio non può essere abbassato.

Il secondo punto sono i protocolli operativi.

E in primo luogo indubbio che l'attivazione di un servizio in telemedicina richiede un ripensamento generale delle modalità d'erogazione che possono (*rectius* devono) esplicitarsi in nuovi protocolli ope-

rativi interni.

Lo sguardo europeo. In questo senso, oltre alle indicazioni contenute nelle Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina sopra citate, appare molto interessante il documento comunitario "European momentum for mainstreaming telemedicine deployment in daily practice" (scaricabile dal sito <http://telemedicine-momentum.eu>). Il documento è frutto del lavoro di esperti di numerosi Paesi europei e mette in evidenza i 18 punti critici che occorre affrontare per implementare un corretto servizio di telemedicina.

I vari aspetti sono divisi in quattro aree di intervento:

- il Contesto operativo, valutazione della sussistenza del contesto culturale, la consapevolezza dei vantaggi che porterà la telemedicina;

- le persone (identificazione degli operatori sanitari sostenitori interni del progetto telemedicina, il coinvolgimento dei sanitari nelle decisioni, lo sviluppo del servizio secondo le esigenze del paziente);

- la pianificazione con la definizione esatta del budget, l'identificazione del soggetto pagatore, la preparazione del management, l'espandibilità della tecnologia;

- la Gestione.

Quest'ultima area di intervento appare particolarmente importante ai fini del rapporto con i possibili profili di responsabilità.

Gestione della telemedicina, il blueprint «Momentum» suggerisce di:

a) redigere linee guida e protocolli specifici sui profili legali e sulla sicurezza nei quali definire le diverse competenze degli operatori coinvolti nel processo di erogazione del servizio di telemedicina;

b) coinvolgere già in fase di progettazione e sviluppo del servizio non solo clinici ma anche giuristi competenti in materia ed esperti in sicurezza del dato in maniera che il processo sia "pensato" in compliance legale sin dall'inizio;

c) garantire una corretta formazione degli operatori sanitari nell'uso delle tecnologie e nella materia privacy;

d) assicurarsi la corretta utilizzazione e manutenzione dei medical devices;

e) implementare uno specifico sistema di monitoraggio del servizio che ne permetta un progressivo miglioramento;

f) prestare particolare attenzione nella redazione delle gare d'appalto che abbiano a oggetto strumentario.

Senza poter entrare in questa sede nell'analisi approfondita di ogni punto (trattato in maniera molto articolata nel documento), basti solo evidenziare quello che si reputa essere l'aspetto cardine: l'implementazione di un servizio di telemedicina richiede un generale "ripensamento" del servizio e la stesura di protocolli operativi con i quali determinare chi fa cosa e quali devono essere gli step.

Ora, i due punti cardine sopra analizzati (Ict e determinazione di specifici protocolli) appaiono di sicuro impatto sotto il profilo della responsabilità sanitaria.

Non tanto perché "aumentano" o "diminuiscono" i possibili profili di responsabilità, ma perché impattano sul sistema delle prove processuali.

È noto infatti che a partire da metà degli anni 2000 la giurisprudenza in materia di responsabilità medica - per tutte, Cassazione 577/2008 - ha sviluppato regole processuali diverse e peculiari rispetto a quelle della generale materia delle responsabilità civili.

Più precisamente sotto il profilo dell'onere della prova, che è il vero punto cardine e di snodo dello strumento processuale, il paziente è gravato del solo onere di dimostrare l'esistenza del rapporto e il danno subito (cioè peggioramento dello stato di salute). Al contrario sanitario e struttura sono gravati di un onere della prova ben più complesso e pesante: devono infatti dimostrare che non vi è stato errore né sotto il profilo clinico né sotto quello dell'erogazione.

Sotto tale ultimo aspetto Ict e protocolli operativi in ambito di telemedicina appaiono particolarmente interessanti.

Senza dubbio infatti in un sistema di Ict correttamente implementato, la tracciabilità del processo d'erogazione è molto più chiara e definita: è la tecnologia infatti che fornisce le prove di cosa è successo. Analoghe valutazioni per quanto attiene ai protocolli operativi.

Senza poter entrare infatti in questa sede in un'analisi approfondita sul valore delle linee guida e dei

protocolli in ambito processuale, basterà evidenziare che dopo la legge Balduzzi (articolo 3 della legge 189/2012) tali strumenti - chiamati dai giuristi fonti normative di soft law - hanno acquisito una sempre maggior rilevanza giuridica e probatoria. In altre parole stanno diventando strumenti cardine per la gestione delle prove all'interno del processo. In questo senso è del tutto palese che i protocolli definiti per l'erogazione del servizio di telemedicina possono diventare uno strumento processuale importante anche a riprova della corretta erogazione del servizio.

Considerazione finale: la telemedicina rappresenta un modo di erogazione della prestazione sanitaria; quindi di per sé non impatta direttamente sui possibili profili di responsabilità, cioè né l'aumenta né la diminuisce.

Di più: se l'attivazione di misure di sicurezza informatica riduce sostanzialmente i rischi dell'uso delle Ict, allora i profili di responsabilità restano praticamente gli stessi presenti nell'erogazione "analogica" delle prestazioni. Il confronto tra consulto e tele-consulto sembra il caso emblematico. Ove però impatta sicuramente è la tracciabilità del processo d'erogazione attraverso la maggior presenza della tecnologia nonché su una maggiore e più chiara definizione di ruoli e compiti.

Quindi può fornire prove chiare e inconfutabili anche a favore del medico e della struttura.

Silvia Stefanelli

avvocato Studio legale
Stefanelli&Stefanelli

Luigi Zampetti

Telecom direzione business -
Funzione marketing -
Segment direct channel

Si applicano
le linee guida
Stato-Regioni
del 2014

L'Ue suggerisce
di preparare
una pianificazione
in chiave giuridica

Una spending review
sovrastimata

MOLINARI A PAG. 3

LUCI E OMBRE DELLA STRETTA SULLA SPESA

Spending review sovrastimata

Quanto è stabile una legge che finanzia le spese con risparmi improbabili come quelli previsti dalla spending review e dalle Centrali di committenza?

Nel giro di qualche mese i risparmi previsti della spending review sono stati praticamente dimezzati passando da 10 miliardi a 5 miliardi. Invece quelli derivanti dagli acquisti centralizzati sono rimasti invariati essendo stati ormai assunti a postulato. Eppure è difficile trovare qualcuno disposto a scommettere che nel 2015 i risparmi derivanti dalla revisione della spesa e dalla centralizzazioni degli acquisti possano arrivare a 2 miliardi. Ciò nonostante migliaia di stazioni appaltanti, con un impegno non indifferente, hanno inviato ai loro fornitori di beni e servizi rientranti nella Tabella A, le lettere attuative delle disposizioni del Dl 78/2015, convertito in legge 125/2015, al fine di ridurre la spesa corrente su base annua del 5% del valore complessivo dei contratti in essere. Le Aziende sanitarie le hanno inviate anche ai fornitori di dispositivi medici per abbassare i relativi prezzi unitari del 3 per cento. Altrettante migliaia di operatori economici stanno rispondendo alle suddette sollecitazioni con non minor dispendio di tempo e di lavoro.

Nel caso di mancato accordo sulla riduzione dei prezzi unitari e/o sui volumi di acquisto di beni e servizi entro 30 giorni dalla proposta, le stazioni appaltanti possono recedere unilateralmente dal contratto passando a un altro fornitore che applica prezzi contrattuali più vantaggiosi.

Ma quale risparmio si può pensare di ottenere da fornitori che sono stati già oggetto di almeno un'altra precedente spending review con conseguenti tagli di prezzi e di prestazioni, visto che i contratti di appalto vengono normalmente aggiudicati per un triennio, con possibilità di rinnovo? Per di più, non va dimenticato che trattasi in buona parte di appalti aggiudicati avendo come base d'asta al ribasso i prezzi di riferimento di Consip, dell'Anac, delle Centrali di acquisto e/o degli Osservatori regionali... Inoltre, a fronte di un probabile

comprensibile diniego a rinegoziare da parte dei fornitori, per quali e quanti contratti le stazioni appaltanti potranno permettersi di recedere, avendone trovato un altro a condizioni più vantaggiose, alla luce della sentenza del CdS sez. III, n. 4133 del 7 settembre 2015, che sembra fatta apposta per rendere impraticabile la spending review?

Infatti la suddetta sentenza ritiene possibile l'utilizzo di altri contratti più convenienti sotto il profilo economico, solo qualora prevedano la sostanziale omogeneità delle prestazioni richieste, poiché si tratta di una norma derogatoria che pertanto va applicata nei limiti ristretti indicati dal legislatore senza possibilità di interpretazioni estensive che sarebbero in contrasto con i precetti della normativa comunitaria per cui l'affidamento degli appalti deve avvenire solo a mezzo di apposite gare a procedura aperta. Pertanto, «il servizio che viene affidato senza gara deve essere identificabile con quello già messo a gara in altre stazioni appaltanti e non trattarsi di un servizio con caratteristiche diverse e aggiuntive tali da snaturarne l'essenza, in violazione della par condicio e dell'evidenza pubblica». Appare quindi evidente che difficilmente un tale affidamento risulterà in concreto fattibile, soprattutto nel settore dei servizi dove non ci sono pressoché mai due appalti eseguiti nello stesso modo.

In ogni caso, i primi dati sull'andamento della procedura di revisione della spesa non risultano in linea con le aspettative del legislatore. Infatti:

a) circa il 15% delle Ditte non rispondono o rispondono di vantare un credito in conseguenza del diritto alla revisione dei prezzi dovuta loro ai sensi dell'articolo 115 del Dlgs 163/2006 (strategia di bassa lega per proporre pari e patta alla richiesta di revisione);

b) oltre il 40%, dopo aver evidenziato l'illegittimità della norma ed il suo contrasto con i principi del diritto nazionale ed europeo, dichiarano l'indisponibilità a tagliare i prezzi perché gli ordinativi di fornitura e i servizi risultano già notevolmente ta-

gliati rispetto ai volumi previsti originariamente (alcuni per principio, altri per aver già subito una o due spending review), concludendo poi con un perentorio corale invito, presumibilmente suggerito dalle associazioni di categoria: «Pertanto, anche al fine di evitare inutili contenziosi, Vi invitiamo a soprassedere nella richiesta»;

c) circa il 30% è disponibile a tagliare i quantitativi di fornitura e la spesa conseguente, ma solo decorrenza dalla data di perfezionamento della rinegoziazione. Quindi solo per gli ultimi 2 o 3 mesi del 2015;

d) circa il 10% è disponibile a tagliare i prezzi ma con percentuali irrilevanti e comunque decorrenti dalla data di perfezionamento della rinegoziazione. Quindi solo per gli ultimi 2 o 3 mesi del 2015;

e) meno del 5% concede una riduzione dei prezzi per tutto il 2015, ma con percentuali e importi poco significativi.

Eppure, dopo ben 3 revisioni della spesa questo risultato non sarebbe neanche da buttare...

Certo è che se non si cambia logica, c'è da aspettarsi che con la prossima spending review per raggiungere il risultato ci si possa basare sul postulato: «Il volume degli acquisti delle 35 Centrali di committenza determinerà un abbattimento dei costi di beni e servizi del 5%».

Non a caso anche con l'articolo 41 del Ddl di Stabilità il legislatore attribuisce alle Centrali di committenza una funzione salvifica. Ma di questo se ne parlerà alla prossima puntata.

Marco Molinari

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidianosanita.it

Martedì 27 OTTOBRE 2015

Diabete. La spending review dei diabetologi: “Oltre 1,2 miliardi di risparmi in otto mosse”

La Società italiana di diabetologia ha individuato otto ambiti di risparmio che, nel complesso, garantirebbero una minore spesa di 256 milioni con interventi di appropriatezza nella gestione delle terapie. Ma il grosso dei risparmi, un miliardo di euro secondo la Sid, potrebbe venire dalla riduzione dei tempi di degenza e questo grazie a un maggiore impegno di diabetologi in corsia che costerebbe solo 40 milioni.

Un miliardo e 216 milioni l'anno di risparmi per l'assistenza al diabete. Una cifra importante sulla quale sono pronti a scommettere gli stessi diabetologi della Sid che hanno analizzato i diversi ambiti di intervento nelle varie fasi della terapia e dell'assistenza ai diabetici sulle quali si potrebbe realisticamente fare una vera e propria spending review, “senza aspettare la scure dei tagli alla cieca”.

Ed è lo stesso **Enzo Bonora**, presidente della Società Italiana di diabetologia (Sid) a indicare in quali settori è possibile ottenere risparmi consistenti. “Anche noi diabetologi abbiamo delle proposte da fare – precisa – concrete e, soprattutto, quantificabili”.

Sono 8 le aree d'intervento individuate:

1. Ottimizzazione dell'autocontrollo glicemico domiciliare;
2. Corretta istruzione dell'esecuzione della terapia insulinica per evitare spreco di insulina con la dose test che precede l'iniezione;
3. Prevenzione delle lipodistrofie nei pazienti insulino-trattati;
4. Prevenzione delle ipoglicemie con una scelta oculata dei farmaci anti-diabetici;
5. Uso efficace delle varie opportunità offerte del ricco armamentario terapeutico;
6. Appropriatezza nella prescrizione di esami di laboratorio e strumentali (propria e indotta);
7. Prevenzione del 'piede diabetico';
8. Riduzione della durata della degenza delle persone con diabete.

Ed ecco cosa fare per risparmiare:

1. Operazione 'Strisce appropriate' - Prescrivendo un appropriato e individualizzato numero di controlli glicemici domiciliari su base nazionale si possono risparmiare circa **30 milioni di euro ogni anno**;
2. Operazione 'Un click solo' - Con 1 solo click invece che 2 click con la dose test nelle circa 500 milioni di iniezioni all'anno che vengono fatte in Italia a 750 mila diabetici si ridurrebbe il consumo di insulina di 500 milioni di unità, determinando un risparmio di circa **19 milioni** di euro ogni anno;
3. Operazione 'Cerca la bozza' - Verificando l'esistenza di zone di lipodistrofia ed evitando le iniezioni in tali zone fino alla loro scomparsa si può ridurre il consumo di insulina in Italia almeno del 5% - se non oltre - pari ad una riduzione minima di 550 milioni di unità e ad un risparmio di circa **21 milioni** di euro ogni anno;
4. Operazione 'No ipoglicemia' - Circa 5.000 ricoveri all'anno in Italia sono causati da sulfoniluree o glinidi su circa 15 mila accessi al Pronto Soccorso (di cui circa 7.500 preceduti da una chiamata del 118). Eliminare 7.500 uscite del 118 per ipoglicemia da sulfonilurea o glinide farebbe risparmiare circa 3,75 milioni; inoltre eliminare 15 mila accessi al Pronto Soccorso per ipoglicemia da sulfonilurea o glinide farebbe risparmiare circa 22,5 milioni; eliminare 5 mila ricoveri per ipoglicemia da sulfonilurea o glinide farebbe risparmiare circa altri 15 milioni. In totale senza queste ipoglicemie nei pazienti non insulino-trattati il risparmio sarebbe circa **41 milioni ogni anno**.
5. Operazione 'Guarda la convenienza' - In Italia ci sono circa 200 mila diabetici di tipo 2 che fanno terapia insulinica basal-bolus: non meno di un quarto di questi (circa 50 mila) potrebbe essere trattato con insulina basale + inibitore DPP-4 oppure inibitore SGLT-2 oppure GLP-1 RA. Il risparmio medio per ogni soggetto sarebbe di circa € 700 all'anno: in totale con una terapia di pari efficacia si potrebbe realizzare un risparmio di **35 milioni** per anno.
6. Operazione 'L'esame serve davvero?' - Riflettendo sulla opportunità o meno di prescrivere esami di laboratorio e attenendosi alle linee-guida nazionali si potrebbero risparmiare oltre **60 milioni** di euro ogni anno.
7. Operazione 'Guarda prima i piedi' - Nel corso della vita circa il 15% delle persone con diabete sviluppa un problema ai

piedi. Le lesioni ai piedi più gravi sono quasi tutte evitabili con semplici norme igieniche e interventi di screening delle situazioni a rischio (spesso basterebbe aver guardato e agito con tempestività). La spesa nazionale per curare solo le lesioni più gravi ai piedi e che richiedono ricovero in ospedale ammonta a oltre **100 milioni** all'anno: dimezzare questi ricoveri guardando più spesso i piedi dei diabetici determinerebbe un risparmio di circa **50 milioni per anno**.

8. Operazione 'Accorcia la degenza' – La prescrizione da fare è solo quella... di una consulenza diabetologica! Un diabetologo 'chiavi in mano' costa circa 80 mila euro all'anno e può fare ogni anno circa 5 mila consulenze a diabetici ricoverati: le circa 2,4 milioni di consulenze necessarie per i circa 1,2 milioni di diabetici ricoverati in Italia (in media ed idealmente 2 consulenze per paziente per ricovero) richiederebbero circa 500 ulteriori diabetologi da immettere nella rete italiana, che costerebbero circa 40 milioni ogni anno. **Per risparmiare 1 miliardo si devono investire 40 milioni dei 256 milioni risparmiati dai diabetologi. “Perché non si fa?”**

“Certo – **conclude il presidente Bonora** – i 256 milioni di euro risparmiabili vengono dalla somma delle prime 7 voci, largamente a portata di mano dei diabetologi. Per l'ultimo punto, quello dell'accorciamento delle degenze che porterebbe al maggiore risparmio, serve un investimento da parte di chi organizza la sanità delle Regioni. Ma i soldi necessari li avrebbe dai risparmi ottenuti, e gliene rimarrebbero una gran parte per altri interventi nell'area della diabetologia. E anche al di fuori di essa. Se poi veramente si mettesse in pratica l'intervento sulla durata delle degenze il risparmio sarebbe così ingente da permettere operazioni di ben più ampio respiro”.

Per i professionisti servono tutele ad hoc

Necessità di creare delle tutele «ad hoc» per gli autonomi secondo i consulenti del lavoro, mentre a giudizio di Confprofessioni presenta «criticità» l'ipotesi di demandare alle agenzie per il lavoro il compito di intervenire anche in questo ambito, oltre a quello dei dipendenti. Quanto all'aliquota per gli iscritti alla Gestione separata dell'Inps congelata al 27%, la Cna professioni punta a tagliarla, facendola scendere fino al 24%. Sono le richieste e le osservazioni di alcune associazioni e ordini professionali, formulate ieri pomeriggio, nel corso di una serie di audizioni in commissione lavoro alla camera. La seduta, dedicata all'esame di alcune risoluzioni incentrate sul lavoro autonomo e professionale, ha dato fiato anche ai rilievi sul Collegato alla legge di Stabilità 2016 che conterrà un pacchetto di misure definito dal presidente del consiglio Matteo Renzi il «Jobs act degli autonomi». Sollecitati a dare un giudizio sugli interventi legati alla manovra economica, i rappresentanti del Consiglio nazionale dei consulenti del lavoro hanno sostenuto che «la parificazione del lavoratore autonomo, inteso come freelance, o artigiano, o colui che partecipa agli appalti è qualcosa di estremamente importante nell'ambito della tutela», tuttavia è giusto «individuare degli elementi caratterizzanti e protettivi del lavoro autonomo, rispetto a quella divorante estensione del rapporto di lavoro subordinato». Quanto alla Rete delle professioni tecniche, il coordinatore Armando Zambrano si è soffermato sulla questione previdenziale, rappresentando le istanze di «coloro che non sono iscritti alle Casse pensionistiche private, perché dipendenti di enti pubblici, o privati e, come tali» obbligati a versare i contributi alla Gestione separata dell'Inps. «Più volte», ha sottolineato, «abbiamo chiesto all'Inps di fare in modo che questi professionisti possano versare la contribuzione presso l'Ente previdenziale della categoria. E, perciò vorremmo si riaprissero i termini per consentire alle nostre Casse di realizzare delle Gestioni separate, che possano accogliere al loro interno» tali lavoratori. Infine, il vertice di Confprofessioni, Gaetano Stella, si è scagliato contro gli ostacoli burocratici che bloccano l'accesso dei professionisti ai fondi europei, parlando di una «inaccettabile» forma di discriminazione.

Simona D'Alessio

FISCO/AZIENDE SANITARIE

Fiscaltà: taglio Ires e (poche) altre agevolazioni per Asl e ospedali

La Legge di stabilità 2016, approvata dal Consiglio dei ministri nella seduta del 15 ottobre, non presenta novità fiscali specifiche per le aziende sanitarie, per quelle ospedaliere e per gli istituti Iress, ma solo qualcuna in quanto soggetti contribuenti oppure soggetti che esercitano anche attività commerciali.

Aspettando l'esito del lungo dibattito sulla legge di Stabilità nei due rami del Parlamento, l'unica misura che, almeno per il momento, va a vantaggio anche delle aziende del Sistema sanitario nazionale è quella che riguarda la diminuzione dell'aliquota Ires. Mentre, l'incremento delle aliquote Iva ipotizzato dalla legge di stabilità 2015 è per ora scongiurato, ma il rischio si ripropone, con un'analoga clausola di salvaguardia, per il 2017.

Taglio dell'aliquota Ires.

L'aliquota Ires verrà ridotta, a decorrere dal 1° gennaio 2017, dal 27,5% al 24 per cento.

La riduzione del carico di imposta sarà pertanto dell'11,46 per cento.

È possibile che la riduzione venga anticipata al 1° gennaio 2016, con un'aliquota del 24,5%, ma ciò è subordinato al benessere della Ue, al momento molto incerto.

Per le aziende ospedaliere e per gli Iress (ma non per le aziende territoriali, in mancanza di specifici provvedimenti) la nuova misura sarà pertanto, a regime, del 12 per cento.

Proroga delle detrazioni per interventi di efficientamento energetico.

Sono nuovamente prorogati gli incentivi disposti la prima volta dalla Finanziaria 2007 (commi da 344 a 347, 353, 358 e 359 articolo unico). La detrazione del 65% prevista dal Dl 4 giugno 2013 n. 63, per la quale era prevista per il 2015 la riduzione al 50%, resterà invariata: le aziende del Ssn, in quanto soggetti Ires, possono usufruirne. È importante ricordare che con Risoluzione n. 365/E del 12 dicembre 2007 l'Agenzia delle Entrate aveva chiari-

to che i limiti massimi delle agevolazioni sono riferiti autonomamente a ciascun fabbricato, anche se questo non costituisce un'autonoma entità catastale. Se l'unità accatastata è composta, come succede molto spesso negli ospedali, da più edifici, le detrazioni massime sono riferite a ciascuno degli immobili che la costituiscono.

Affrancamento plusvalenze terreni e partecipazioni.

Sono riaperti i termini per l'affrancamento delle plusvalenze di terreni e di partecipazioni, confermando la normativa contenuta nella Finanziaria del 2003 (legge 24 dicembre 2002, n. 282, articolo 2, comma 2).

La norma era stata varata, la prima volta, con la Finanziaria 2002 (articolo 7, comma 1) e con numerosi provvedimenti i termini erano stati prorogati più volte.

La norma consentirà anche agli enti non commerciali, ivi comprese le aziende del Ssn, l'affrancamento (vale a dire la sterilizzazione fiscale) delle eventuali plusvalenze maturate, sui terreni edificabili e sui terreni agricoli, posseduti alla data del 1° gennaio 2016, che non rientrano fra i beni utilizzati nella sfera commerciale.

L'affrancamento si potrà realizzare, con il pagamento, entro il 1° luglio 2016 di un'imposta sostitutiva del 4% sul valore di mercato al 1° gennaio 2016, desunto da una perizia giurata redatta, entro lo stesso termine, da iscritti agli albi degli ingegneri, degli architetti, dei geometri, dei dottori agronomi, degli agrotecnici, dei periti agrari, dei periti industriali edili e dai periti camerali. L'importo sarà rateizzabile in due o tre esercizi.

Come usufruire della misura?

Le modalità per usufruire di questa possibilità (illustrate dall'Agenzia delle Entrate con la circolare del 4 agosto 2004, n. 35/E, con riferimento alla proroga di cui alla Finanziaria

2004), particolarmente interessante qualora un'azienda sia proprietaria di aree per le quali sia stata prevista la vendita in un futuro più o meno lontano, sono le stesse previste nei provvedimenti precedenti.

L'operazione è possibile, come già detto, anche per i terreni agricoli, ma poiché le plusvalenze conseguite dalla loro vendita hanno, per gli enti non commerciali, rilevanza fiscale solo per quelli acquistati da non più di cinque anni, l'interesse per questa fattispecie si può considerare limitato.

Rivalutazione dei beni di impresa.

Questa possibilità non è prevista per gli enti non commerciali, neanche per la loro sfera esclusivamente commerciale.

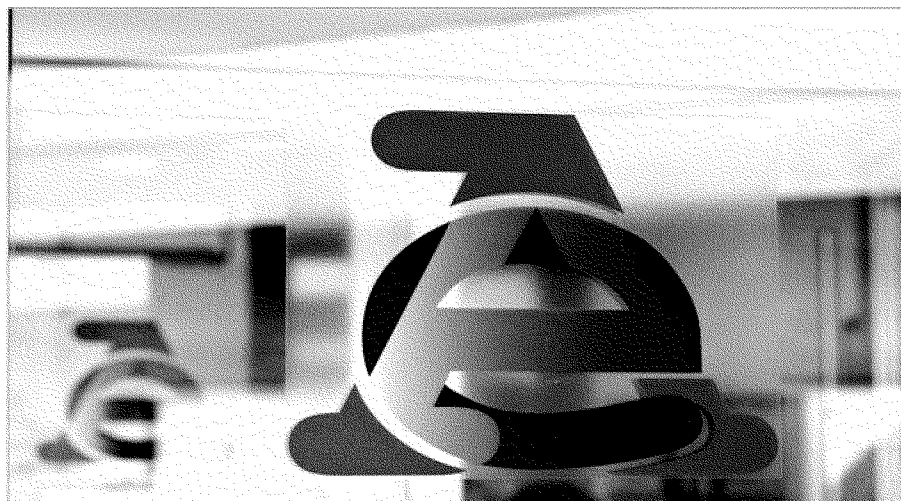
Quote ammortamento sui nuovi investimenti in beni produttivi.

Verrà concesso, per tutti gli investimenti in nuovi beni produttivi, effettuati a decorrere dalla data del 15 ottobre, un ammortamento su un importo pari al 140% del valore, ma solo per il 2016. È evidente che questa misura riguarderà solo la sfera commerciale non sanitaria. Ne consegue che saranno pochi i casi in cui sarà possibile usufruirne. Un esempio è dato dagli acquisti per l'arredamento e le attrezzature dei reparti dedicati al maggior comfort alberghiero.

L'ammortamento maggiorato del 40% non si applica agli acquisti di beni materiali strumentali per i quali il decreto delle Finanze del 1988 stabilisce coefficienti di ammortamento inferiori al 6,5%, agli acquisti di fabbricati e di costruzioni.

Il maggior importo dell'aliquota di ammortamento non dovrà aver riflessi nella contabilità e nel bilancio, ma solo fra le variazioni in diminuzione del reddito di impresa.

Roberto Caselli





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Il presidente della Regione Campania valuta la sostituzione del vertice straordinario dell'Azienda
Il commissario illustra il suo operato e concorda sulla necessità di affrontare la "questione gestionale"

Asl Na 3: rivoluzione De Luca Panaro: «Legalità, sono con lui»

CARMELA SCARANO
TORRE DEL GRECO

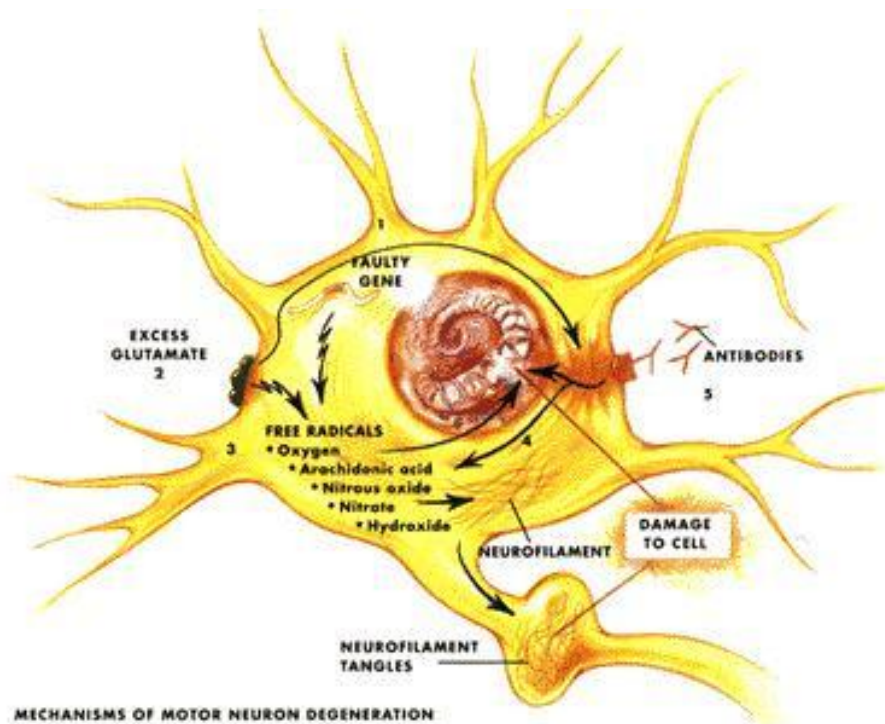
Rimuovere i commissari delle Asl nominati dal predecessore, Stefano Caldoro, e sostituirli con uomini di fiducia per rilanciare la sanità Campana. E' la strategia del governatore della Regione, Vincenzo De Luca, che tra le priorità annunciate conferma la riorganizzazione delle Aziende Sanitarie. Dopo la nomina all'Asl Na 1 Nord, di Renato Pizzuti, dirigente medico della Regione, quella di Massimo Lacatena, dirigente dell'Avvocatura regionale, alla Asl Na 2 e di Antonio Postiglione, Dirigente di Staff della Regione, alla Asl Sa, ora l'attenzione è puntata sulla Napoli 3, gestita da Salvatore Panaro. Una eventualità che il commissario straordinario Panaro commenta in maniera serena. Nel testimoniare la piena e leale collaborazione alla procedura annunciata - spiega - mi sono rimesso ad ogni tipo di valutazione del presidente De Luca del quale condivido pienamente gli obiettivi di trasparenza». Panaro sottolinea la circostanza che l'iniziativa di De Luca, di affrontare la "questione gestionale" dell'azienda sanitaria è stata sollecitata, nei mesi scorsi, dalla stessa Asl. L'auspicio, chiarisce il commissario, è che «In questa fase di approfondimento delle tematiche di interesse della Regione si possa rilevare la leale correttezza amministrativa e l'azione di buon governo della fase Commissariale che ha luogo dallo scorso gennaio». Il commissario straordinario della Napoli 3 si augura che dal confronto con le strutture tecniche del Commissariato alla sanità e il vertice politico-amministrativo regionale si abbia modo di esplicitare tutte le azioni poste in essere

dall'Azienda. «Abbiamo adottato - spiega Panaro - il Piano Operativo Aziendale. Uno strumento, convenuto col ministero delle Finanze, finalizzato alla messa in sicurezza del bilancio aziendale, chiuso nel 2014 con un piccolo attivo. Abbiamo avviato la verifica e il recupero dei fondi contrattuali e la razionalizzazione dei principali strumenti degli uffici amministrativi». Salvatore Panaro, ancora, sottolinea la gestione all'insegna della trasparenza e ricorda «l'annullamento delle procedure di gara per la vigilanza non armata, operato in stretta interconnessione con l'Anticorruzione diretta da Raffaele Cantone». Ancora, il responsabile dell'Azienda sottolinea il lavoro fatto per l'emersione e l'attivazione delle procedure di recupero di somme corrisposte nel settore della Riabilitazione per erronea applicazione di aggiornamenti Istat e adeguamenti contrattuali non dovuti e non previsti; l'istruttoria per l'adeguamento quantitativo delle strutture aziendali alle linee guida regionali; il riassetto logistico aziendale e l'abbattimento degli affitti passivi; l'adozione del bilancio di previsione 2016 già approvato dal collegio sindacale. Una gestione, la sua, sostiene Panaro, in linea con quanto dettato dalla Regione, che non vuole solo far quadrare i bilanci ma offrire servizi di qualità all'utenza. Un lavoro avviato a inizio anno, dopo la nomina da parte dell'ex presidente della Regione Stefano Caldoro, che ora Salvatore Panaro rimette alla valutazione di De Luca, dichiarandosi disposto alla piena collaborazione con il nuovo vertice regionale.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Lunedì 26 OTTOBRE 2015

Ictus cerebrale. Società neurologia: “Numero Stroke Unit dovrà quasi raddoppiare. Al lavoro per formare la figura del Neuro interventista”

In occasione della VIII Giornata Mondiale contro l'Ictus Cerebrale, la Società Italiana di Neurologia ribadisce “l'importanza di un'assistenza dedicata ed esperta, in rapporto alla quale l'evidenza scientifica indica, rispetto ai trattamenti della fase iperacuta, le potenzialità di una ulteriore ed importante quota di riduzione degli esiti”. In Italia ogni anno l'ictus cerebrale colpisce 200 mila persone.

“L'ictus cerebrale colpisce ogni anno ancora 15 milioni di persone nel mondo e 200.000 solo in Italia. L'ictus cerebrale è la morte di cellule cerebrali prodotta dall'occlusione di un'arteria del cervello a causa di un coagulo di sangue che ne impedisce il flusso normale, o dalla rottura di un'arteria che provoca emorragia cerebrale. I fattori di rischio più importanti sono rappresentati dalla pressione alta e dalla fibrillazione atriale. Bocca storta, difficoltà a parlare, mancato movimento degli arti di un lato del corpo, cefalea improvvisa e violenta sono i sintomi rivelatori di un ictus in arrivo. L'insorgenza di questi sintomi deve allertare tutto il sistema dell'emergenza (118, pronto soccorso) in modo da consentire diagnosi e trattamento in tempi rapidissimi. Se applicate in modo rapido ed appropriato, le moderne terapie della fase iperacuta dell'ictus sono in grado di ridurre in modo importante disabilità e mortalità, che rappresentano esiti pesanti per le persone colpite, le famiglie e l'intero sistema sanitario e sociale”.

E proprio in occasione della VIII Giornata Mondiale contro l'Ictus Cerebrale, la Società Italiana di Neurologia (SIN) ribadisce “l'importanza delle Stroke Unit, unità ospedaliera di assistenza dedicata ed esperta, in rapporto alla quale l'evidenza scientifica indica, rispetto ai trattamenti della fase iperacuta, le potenzialità di una ulteriore ed importante quota di riduzione degli esiti, e la necessità di riorganizzarne al più presto la rete nel nostro Paese, per poter garantire a ogni paziente la terapia più appropriata e la corretta assistenza. Con le nuove indicazioni riportate dal decreto Lorenzin del 2 aprile 2015 sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera italiana, il numero delle Stroke Unit dovrà all'incirca raddoppiare soprattutto nelle regioni meridionali.

“Ogni Stroke Unit dovrà - afferma **Domenico Inzitari**, Direttore della Stroke Unit dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze e Professore Ordinario presso la Clinica Neurologica dell'Università di Firenze - prevedere un'organizzazione più strutturata, che faccia riferimento al neurologo e a personale specializzato dedicato H 24. Oggi - prosegue Inzitari - possiamo contare su terapie molto efficaci, come la trombolisi sistemica, un farmaco che può disostruire l'arteria, e la trombectomia meccanica, ossia il trattamento endovascolare che prevede la rimozione meccanica e non invasiva del trombo, ma, a parte il numero delle strutture non sufficiente assistiamo a una carenza di specialisti. In questo nuovo scenario terapeutico emerge la figura del neuro interventista, uno specialista che possiede tutte le competenze necessarie per effettuare la trombectomia e che affianca il neurologo nella cura del paziente. La SIN - conclude Inzitari - sta lavorando proprio a progetti di formazione su questa “specialità” attraverso il finanziamento di Master di II livello rivolti a tutti gli operatori coinvolti, dai neurologi ai neurochirurghi, dai neuro radiologi ai radiologi”.

CONOSCERE MEGLIO I NEMICI SILENZIOSI DELLA NOSTRA SALUTE

Attenzione agli sbalzi del cuore

FIBRILLAZIONE ATRIALE E IPERTENSIONE POSSONO PORTARE A PROBLEMI CARDIOVASCOLARI E ICTUS. QUESTI DISTURBI SONO INSIDIOSI ANCHE PERCHÉ SPESSO PRIMI DI SINTOMI. È IMPORTANTE TENERSI SOTTO CONTROLLO. VEDIAMO COME.

Tenere costantemente sotto controllo lo stato del cuore è importante. La fibrillazione atriale e l'ipertensione sono fattori di rischio per l'insorgenza di malattie cardiovascolari e ictus. Individuarle e tenerle sotto controllo è dunque essenziale per prevenire e monitorare eventuali conseguenze. E per evitare di correre inutili pericoli.

Si parla di fibrillazione atriale quando il battito cardiaco diventa irregolare o accelerato. La fibrillazione atriale è il disturbo del ritmo cardiaco più frequente (interessa l'1-2% della popolazione) e le probabilità di sviluppare questa condizione aumentano con l'avanzare dell'età. Le sue caratteristiche variano da persona a persona. Alcune non manifestano alcun sintomo, spesso per anni, mentre per altre i sintomi cambiano quotidianamente.

Il battito cardiaco caotico, tipico di questo disturbo, origina nelle camere cardiache superiori, i cosiddetti atri, impedendo loro di funzionare correttamente. In tali circostanze, gli atri non sono più in grado di espellere tutto il sangue, che rimarrà in parte all'interno delle camere con il rischio di formazione di coaguli.

La fibrillazione atriale, nella maggior parte dei casi, è la conseguenza di una malattia cardiovascolare, ma talvolta il disturbo può verificarsi anche in chi non soffre di alcuna cardiopatia. Alcuni sintomi caratteristici sono, ad esempio, palpitazioni, senso di stordimento, difficoltà a respirare, dolori al torace. In ogni caso è sempre importante diagnosticare una fibrillazione atriale, perché questa disfunzione cardiaca è tra

i maggiori fattori di rischio ictus.

Conoscere i valori della propria pressione

L'ipertensione arteriosa è un aumento a carattere stabile della pressione arteriosa. Non è una malattia di per sé, ma fa crescere il rischio di venire colpiti da ictus cerebrale, insufficienza renale e altri gravi problemi. Per questo i controlli costanti sono essenziali. Non tutti conoscono i valori della loro pressione. Secondo la Sii, Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa, sono circa 15 milioni gli italiani che hanno l'ipertensione arteriosa, ma solo la metà ne è consapevole. Si calcola che nel nostro Paese solo una persona su quattro curi bene la propria pressione.

Dato che il cuore batte a intervalli regolari, si può distinguere una pressione "massima" (o "sistolica") che corrisponde al momento in cui il cuore pompa il sangue nelle arterie, e una pressione "minima" (o "diastolica") che corrisponde alla pressione che rimane nelle arterie quando il cuore si ricarica di sangue per il battito successivo. I valori massimi e minimi rilevati sono espressi in millimetri di mercurio (sigla: mmHg).

Abbiamo la pressione alta o soffriamo di ipertensione arteriosa quando i valori della pressione massima sono uguali o maggiori a 140 mmHg, e quelli della pressione minima sono uguali o superiori a 90 mmHg. I valori si riportano anche nella forma 140/90. Anche valori di 130/80 possono essere considerati alti dal medico, se sono presenti problemi come diabe-

te, malattie renali o complicazioni dell'ipertensione.

La pressione alta è considerata un nemico silenzioso perché, fino a quando non produce danni evidenti agli organi, non è annunciata da sintomi che ne segnalino la presenza. Ecco perché è indispensabile tenere regolarmente sotto controllo i valori pressori. L'ipertensione, se adeguatamente trattata, smette di rappresentare un pericolo. È indispensabile rivolgersi sempre al medico, per avere da lui le indicazioni sulle eventuali terapie da seguire.

Corretto stile di vita per ridurre la pressione

Obiettivo della cura dell'ipertensione è la graduale riduzione dei valori pressori. Alcuni provvedimenti riguardano lo stile di vita: maggiore attività fisica, riduzione del peso corporeo con un'adeguata dieta ipocalorica in caso di peso in eccesso, limitazioni nell'uso del sale nei cibi.

Va sottolineato che si devono continuare a prendere i farmaci prescritti seguendo le indicazioni del medico curante. Mai interrompere o variare l'eventuale terapia di propria iniziativa, altrimenti potrebbero esserci complicazioni e conseguenze anche gravi per la salute. Molti studi confermano gli effetti benefici dei farmaci antipertensivi usati in modo appropriato.

Pressione arteriosa e fibrillazione atriale vanno dunque controllate con regolarità dal medico, in farmacia e anche a casa. Si può monitorare la fibrillazione atriale verificando il battito cardiaco con la palpazione del polso. Oppure misurandosi la pressione arteriosa con ap-

parecchi automatici in grado di indicare la possibile presenza di questa aritmia. Il controllo si esegue solo con misuratori della pressione automatici specificamente previsti per lo screening della fibrillazione atriale: l'indicazione si trova sulla scatola a o nel manuale d'uso dell'apparecchio. Pochi semplici accorgimenti e il cuore sarà più al sicuro!

Giornata Mondiale contro l'Ictus Cerebrale

Il prossimo 29 ottobre si celebra l'ottava edizione della Giornata Mondiale contro l'Ictus Cerebrale, l'iniziativa internazionale della *World Stroke Organization* promossa in Italia dalla Federazione A.L.I.Ce Italia Onlus. Anche quest'anno, la Giornata Mondiale è dedicata alle donne perché è necessario che si diffondano maggiori informazioni su prevenzione, fattori di rischio e cure appropriate. Nella settimana compresa tra il 26 e il 31 ottobre, A.L.I.Ce. Italia Onlus dà il via, in oltre 2.000 farmacie italiane, alla campagna di screening della Pressione Arteriosa e della Fibrillazione Atriale. www.aliceitalia.org

PRENDERE LE MISURE: SUGGERIMENTI UTILI

Misurare la pressione è importante. Ma è altrettanto importante farlo bene. Vediamo qualche utile indicazione. L'operazione va eseguita stando seduti comodamente, appoggiati a uno schienale. Il braccio va appoggiato sul tavolo, all'altezza del cuore. La prima misurazione va effettuata dopo essere rimasti seduti con il braccio sul tavolo per almeno un minuto. Una seconda misurazione andrà eseguita dopo una pausa non inferiore ai 15 secondi. Le misurazioni vanno fatte la mattina e la sera, prima di assumere eventuali farmaci e prima di mangiare. È bene continuare con le misurazioni per sette giorni di seguito.