



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Norme & Tributi Giustizia e sentenze

Rivalsa limitata delle cliniche sui medici liberi professionisti

DANNI SANITARI

Per ospedali e case di cura doppio profilo di rischio: aziendale e per colpa diretta

La giurisprudenza restringe anche per i non dipendenti la quota del regresso

Filippo Martini

Ospedali e cliniche hanno un doppio profilo di rischio, sia aziendale, sia di colpa diretta nei confronti del paziente che subisce un danno da malpractice sanitaria, a prescindere da quanto la condotta del medico abbia inciso sul fatto lamentato. È quanto ha riconosciuto la giurisprudenza che, nell'ultimo periodo, è sempre più orientata nel limitare la quota che la struttura (che si sia fatta carico di risarcire per intero il danno al paziente) può recuperare dal medico non dipendente libero professionista che materialmente ha eseguito la prestazione.

Cosa prevede la legge

La struttura sanitaria risponde sempre verso il paziente non solo per le proprie carenze organizzative o tecniche, ma anche per l'operato dei propri dipendenti e collaboratori.

Si tratta di una responsabilità solidale del medico e della struttura verso il paziente, che può poi portare - nei rapporti interni fra i coobbligati - a una successiva azione di rivalsa o di surroga dell'azienda sanitaria verso il medico, quando non è dipendente ma è comunque strutturato nel proprio organigramma, per una quota o per l'intero ammontare del risarcimento versato al paziente.

La struttura sanitaria (come qualunque organizzazione aziendale) deve infatti rispondere dei danni ai terzi anche per l'operato del personale di-

pendente (in base all'articolo 2049 del Codice civile). Invece, se la clinica si avvale di medici a sé legati da un rapporto libero professionale, questi ultimi possono essere chiamati a rifondere, con lo strumento della rivalsa o del regresso, quanto il datore di lavoro abbia risarcito alla vittima.

Così, nel contenzioso da rischio clinico, l'azienda sanitaria che abbia pagato il danno al paziente (verso il quale è esposta per la responsabilità contrattuale prevista dall'articolo 1218 del Codice civile) si può rivalere verso il professionista, materiale esecutore della pratica che ha innescato l'errore clinico, in base agli articoli 1916 e 2055 del Codice civile.

La distribuzione del risarcimento

Ciò che rimane controverso è proprio la misura di questo meccanismo di distribuzione del carico economico del risarcimento, secondo profili di colpa distinti: l'azienda per la propria organizzazione e il medico per la commissione materiale dell'errore fatale.

La Cassazione, con la sentenza 16488/2017, ha chiarito come l'accertamento del fatto di inadempimento



Peso: 28%

imputato al sanitario non faccia venire meno i presupposti né della responsabilità della struttura per l'illecito dell'ausiliario (prevista dall'articolo 1228 del Codice civile), né della responsabilità della struttura per colpa contrattuale (in base all'articolo 1218 del Codice civile).

Questo principio è stato affermato anche dai giudici di merito, che, di conseguenza, hanno distribuito in modo paritetico o pro quota il danno tra azienda sanitaria e operatore (Tribunale di Milano, sentenza 9373/2018). Inoltre, secondo il Tribunale di Milano (sentenza 5923/2019), la struttura risponde in solido con il medico in base all'articolo 2055 del

Codice civile e, se non prova che il fatto dipenda solo dalla condotta del sanitario, la responsabilità va presuntivamente ripartita al 50 per cento.

Infine, la Cassazione, con l'ordinanza 24167/2019, ha affermato che, quando la struttura sanitaria, evocata in giudizio dal paziente sottoposto a un intervento chirurgico e che lamenta un danno, sostenga che l'esclusiva responsabilità dell'accaduto non sia imputabile a sue mancanze tecnico-organizzative ma solo all'imperizia del chirurgo che ha eseguito l'operazione, è sulla stessa struttura che deve gravare l'onere di provare l'esclusiva responsabilità del medico.

Si tratta di principi - enunciati dalla

giurisprudenza - che stanno spostando il carico economico del risarcimento del danno da errore sanitario, ampliando al tempo stesso (in fondo secondo proprio la ratio della legge 24/2017) la platea dei soggetti obbligati sui quali riversare la partita economica del danno medico.

L'ORIENTAMENTO DEI GIUDICI

1 L'ONERE DELLA PROVA

Chi agisce in regresso a fronte di una responsabilità solidale deve provare l'esclusiva responsabilità dell'altro soggetto. Così, è la clinica che agisce in regresso verso il chirurgo a dover provare l'esclusiva responsabilità del professionista mentre quest'ultimo non è tenuto a dimostrare specifiche colpe della clinica.
Cassazione, ordinanza 24167 del 27 settembre 2019

2 GLI OBBLIGHI

A fronte del pagamento del corrispettivo, l'ospedale o la clinica assumono, accanto a obblighi "alberghieri", obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di complicazioni o emergenze.
Cassazione, sentenza 16488 del 5 luglio 2017

3 LA RESPONSABILITÀ

La struttura medica è obbligata in proprio all'esatta esecuzione della prestazione, anche se per la sua esecuzione si avvale di ausiliari. La struttura ha infatti un interesse economico nel buon operato dei sanitari, traendone guadagno. Non può quindi sottrarsi alle conseguenze derivanti da malpractice sanitarie.
Tribunale di Milano, sentenza 6743 del 14 giugno 2018

4 IL LIMITE AL REGRESSO

Anche se sono riferibili solo all'atto medico i danni subiti dalla vittima, l'azione di regresso della struttura sanitaria non può essere accolta in misura superiore all'80% del danno che il centro medico è tenuto a risarcire, ritenendo tale la quota di responsabilità addebitabile al sanitario.
Tribunale di Milano, sentenza 9373 del 25 settembre 2018

5 LA SOLIDARIETÀ

Il parametro di riferimento nell'accertamento delle responsabilità tra condebitori solidali è l'articolo 2055 del Codice civile. Quindi, non si tratta di verificare l'inadempimento delle rispettive prestazioni contrattuali ma il grado della colpa tra i condebitori. Se manca la prova, si applica la presunzione di pari responsabilità.
Tribunale di Milano, sentenza 5923 del 18 giugno 2019



Peso:28%

E' stata dirigente dell'Asl Caserta e della Napoli 1, ha parlato con i pm su sua richiesta *Inchiesta sulla Pineta Grande: fra gli indagati c'è la Guida, componente dello staff di De Luca*

NAPOLI (ren.cas) - C'è un nome di spicco della sanità regionale fra gli indagati dalla Procura di Santa Maria Capua Vetere nell'ambito dell'inchiesta sulla clinica Pineta Grande di Castelvoturno. Qualche giorno fa si è presentata in Procura, di sua iniziativa, **Antonella Guida**, già dirigente dell'Asl Caserta e della Napoli 1 e attualmente componente dello staff del commissario per la Sanità **Vincenzo De Luca** (nonché moglie del consigliere regionale deluciano **Alfonso Piscitelli**). La Guida, accompagnata dal suo avvocato **Carlo De Stavola**, ha chiarito la sua posizione davanti ai magistrati (l'inchiesta è affidata ai pubblici ministeri **Vincenzo Quaranta** e **Giacomo Urbano**) facendo

notare, in sostanza, che le vengono attribuiti atti non riconducibili a lei.

I verbali delle dichiarazioni della Guida sono agli atti dell'udienza del Riesame che si è celebrata nei giorni scorsi su ricorso dell'avvocato **Giuseppe Stellato**, difensore del patron di Pineta Grande **Vincenzo Schiavone**. L'inchiesta è salita alla ribalta un mese fa, dopo il sequestro (disposto dal giudice per le indagini preliminari **Alessandra Grammatica**) di un'ala della clinica dove si stavano svolgendo lavori di ampliamento: questo provvedimento è stato confermato dal Riesame. Nello specifico, però, la Guida è ritenuta coinvolta nella circolare sulle procedure straordinarie di accredita-

rie private, che è firmata da De Luca e dal direttore generale **Antonio Postiglione**, ma la cui stesura sarebbe stata influenzata da Schiavone. Va poi ricordato che - come già riportato su queste pagine - i carabinieri del Nucleo investigativo di Caserta, nell'informativa allegata alla richiesta di sequestro dei lavori, hanno scritto di assunzioni di parenti o comunque persone legate alla scorsa amministrazione comunale di Castelvoturno. Sulla base di queste assunzioni, l'amministrazione avrebbe dato il via libera ai lavori di ampliamento della struttura sanitaria.

© RIPRODUZIONE
RISERVATA



Antonella Guida e Vincenzo Schiavone



Peso:24%

TORRE ANNUNZIATA Convegno del sindacato dei medici, nel mirino i tagli alla spesa e quelli al personale

Smi, confronto sulla violenza agli operatori sanitari

TORRE ANNUNZIATA. «I tagli alla spesa e in particolare al personale sono le principali cause del crescente numero di episodi di violenza ai danni degli operatori sanitari. I medici, in queste condizioni, diventano infatti sempre più il principale “bersaglio” contro cui i cittadini manifestano le loro frustrazioni per lo stato delle cose». A parlare è il segretario nazionale del Sindacato dei Medici Italiani, Giuseppina Onotri, intervenuta a Torre Annunziata al sesto convegno regionale dello Smi Campania che ha avuto come tema centrale il dibattito dal titolo “Non sono un bersaglio! La violenza contro i medici: analisi e soluzioni, prevenzione e formazione”: «Abbiamo scelto la Campania – ha proseguito Onotri – per fare sentire la nostra voce, perché purtroppo in questa regione negli ultimi tempi si è registrato un netto aumento dei casi di aggres-

sioni ai danni degli operatori sanitari».

In Italia, stando ai dati forniti dall’Inail e relativi al 2018, sono stati 1.200 i casi di aggressioni subite e denunciate dai lavoratori della sanità, quasi tre al giorno. «Bisogna dire – sottolinea Giuseppina Onotri – che questa stima è purtroppo inferiore ai dati reali, visto che l’Inail prende come riferimento i soli casi che portano a specifici risarcimenti, senza sottovalutare il fatto che in diverse circostanze le vittime di violenze in corsia tendono a non denunciare».

«Un fenomeno – prosegue Mario Iovane, segretario organizzativo nazionale Smi e organizzatore della manifestazione svoltasi a Torre Annunziata – che nel 70% dei casi riguarda le donne. Occorre allora porre rimedio: ci rivolgiamo ancora una volta alla classe politica,

affinché ad esempio si dia seguito al voto dello scorso 25 settembre, quando il Senato all’unanimità ha dato il via libera al testo di legge che ora attende di essere approvato alla Camera».

Al sesto convegno regionale Smi Campania hanno partecipato i più importanti riferimenti nazionali del Sindacato dei Medici Italiani e i segretari delle principali regioni.

REME



— Un momento del convegno a Torre Annunziata



Peso:28%

Il fascicolo sanitario elettronico ora punta al portale nazionale

REGIONI E SALUTE

Il fascicolo sanitario elettronico vede il traguardo finale: tutte le Regioni (da ultimo la Calabria) hanno aderito al progetto ed è da poco partita la sperimentazione del punto unico di accesso al Fse. Dal prossimo anno il portale nazionale consentirà di arrivare al proprio fascicolo in qualsiasi momento e da

ogni parte del mondo, mentre ora la "porta d'ingresso" è il portale della regione in cui si risiede e ciò può creare problemi nel caso di cambio di residenza.

Cherchi a pagina 5

Primo Piano

Il fascicolo sanitario elettronico

Si completa con la Calabria il quadro delle regioni che hanno aderito al progetto Agid ha iniziato i test per il portale nazionale che diventerà operativo il prossimo anno

La carta d'identità della salute in un click

Antonello Cherchi

Dopo sette anni di gestazione il fascicolo sanitario elettronico vede il traguardo finale. Si è infatti completato il quadro delle Regioni che hanno aderito al progetto - ultima arrivata è stata la Calabria - ma soprattutto è partita la sperimentazione che porterà entro il prossimo anno al debutto del portale nazionale, che diventerà per i cittadini la porta d'accesso unica per consultare la propria carta di identità digitale della salute.

Sono novità a cui sta lavorando l'Agid (Agenzia per l'Italia digitale), che agli inizi di settembre, una volta ottenuto il via libera al Fse da parte di tutte le regioni, ha messo a punto una circolare per dare il via ai test del punto unico di accesso.

Il portale nazionale

Entro fine anno dovrebbe concludersi la sperimentazione del portale nazionale da parte delle Regioni e il prossimo anno la novità dovrebbe diventare operativa. Un'innovazione

che risolverà diversi problemi, a cominciare da quelli legati al cambio di residenza. Ora per consultare il proprio fascicolo sanitario il cittadino deve collegarsi al portale della Regione in cui risiede e accedere - attraverso Spid, la carta di identità elettronica o la carta nazionale dei servizi - ai documenti che lo riguardano. Nel caso, però, si decida di cambiare residenza e Regione e - caso non infrequente - non ci si registri tra gli assistiti della nuova destinazione, l'accesso al fascicolo sanitario resta precluso. Stesso discorso per chi



Peso: 1-3%, 5-40%

trasferisce la propria residenza all'estero.

Con il punto di accesso unico, invece, questi problemi vengono risolti, perché il cittadino può consultare il proprio fascicolo senza vincoli, a prescindere dalla Regione o dallo Stato in cui in quel momento risiede.

Regioni al completo

Il cambio di prospettiva si è reso possibile anche perché tutte le Regioni hanno finalmente risposto all'appello. L'ultima arrivata, a luglio, è stata la Calabria, che ora si trova a dover percorrere la strada che molte altre amministrazioni hanno da tempo alle spalle. In quasi tutte le Regioni, infatti, l'attivazione dei servizi che permettono al fascicolo sanitario elettronico di funzionare è terminata o quasi, come si può vedere dalla cartina pubblicata a fianco, dove la Calabria rappresenta - per l'appunto - la matricola. Solo la Campania e l'Abruzzo sono indietro: la prima è praticamente ancora ai blocchi di partenza. Va, però, detto che l'aggiornamento del monitoraggio è fatto sulla base dei dati forniti dalle stesse amministrazioni regionali, che alcune volte non sono puntuali

nell'invio delle informazioni.

Le proposte

E questo può spiegare anche come mai, secondo alcune rilevazioni, il fascicolo sanitario risulti attivato solo da circa il 21% della popolazione. Per quanto possa trattarsi di una percentuale sottostimata, non va, però, dimenticato che al momento l'attivazione del fascicolo sanitario avviene solo dietro esplicita richiesta e consenso del cittadino. Ecco perché nei giorni scorsi si era fatto spazio l'idea di inserire nella manovra l'eliminazione del consenso da parte del cittadino. In altre parole, il fascicolo sanitario verrebbe attivato comunque. Misura che permetterebbe di far crescere in modo significativo la copertura della carta d'identità digitale della salute.

Ma non è l'unica novità nell'aria. C'è anche la proposta di inserire nel Fse - ora limitato alla raccolta dei documenti delle strutture sanitarie pubbliche e a quelli rilasciati dal medico di famiglia - anche i referti e gli altri dossier forniti all'assistito dalle strutture sanitarie private.

SETTE ANNI DI GESTAZIONE

1

La situazione Accelerata nell'ultimo triennio

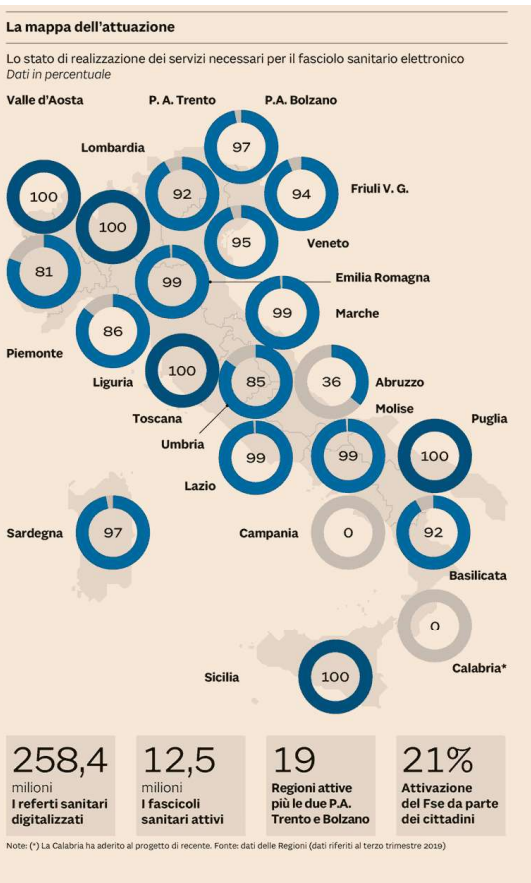
- Il fascicolo sanitario elettronico è stato previsto dall'articolo 12 del decreto legge 179 del 2012. È, però, soprattutto nell'ultimo triennio che l'attivazione del Fse ha subito un'accelerata.

LE PROPOSTE IN CAMPO
Anche i privati nel fascicolo: l'ipotesi è di attivare il fascicolo anche senza il consenso del cittadino e di inserirvi pure i referti delle strutture sanitarie private

2

I documenti Nel Fse tutto il quadro clinico

- Referti medici, verbali di pronto soccorso, lettere di dimissioni, dossier farmaceutici, consenso alla donazione degli organi, vaccinazioni: alcuni dei documenti contenuti nel Fse.



Peso: 1-3%, 5-40%

La Regione

Sanità campana passi in avanti «E adesso via il commissario»

Ettore Mautone

Nel 2018 la pagella della Campania per i Lea (la qualità dei Livelli essenziali di assistenza) monitorata a livello nazionale dal ministero della Salute, segna quota 170 superando di 10 lunghezze la sufficienza fissata al limite dei 160. A con-

fermare il dato è Vincenzo De Luca (nella foto), ieri sera intervistato sul palco del San Carlo da Bruno Vespa.
A pag. 17



Sanità in ripresa «E adesso via il commissario»

► Livelli essenziali di assistenza, Campania a quota 170
De Luca: «Siamo in regola, rivogliamo i poteri ordinari

I NUMERI

Ettore Mautone

Nel 2018 la pagella della Campania per i Lea (la qualità dei Livelli essenziali di assistenza) monitorata a livello nazionale dal mini-

stero della Salute, segna quota 170 superando di 10 lunghezze la sufficienza fissata al limite dei 160. Il dato emerge dalle prime indiscrezioni della griglia di valutazione delle Regioni pubblica-

te da Repubblica. Lo scrutinio ufficiale sarà depositato ai tavoli romani di monitoraggio nelle prossime settimane, in occasione della nuova tornata di verifiche in programma a novembre.



Peso: 1-4%, 17-52%

A confermare il dato è lo stesso governatore Vincenzo De Luca, ieri sera intervistato dal palco del San Carlo da Bruno Vespa in apertura del congresso nazionale della Sigo (Società italiana di Ginecologia e ostetricia). «Il 13 novembre certificheremo il dato al ministero - dice De Luca - e subito dopo chiederemo alla presidenza del Consiglio dei ministri di ratificare la fuoriuscita dal commissariamento».

PAGAMENTI IN 22 GIORNI

De Luca, sollecitato da Vespa, ricorda anche il primato nazionale raggiunto sui tempi di pagamento dei fornitori delle aziende sanitarie (38 giorni, miglior dato in Italia che diventano 22 giorni per i fornitori farmaceutici, rispetto ai 60 giorni della Lombardia). Sulla pagella dell'assistenza la Campania è la Regione che registra il maggiore avanzamento rispetto al dato dell'anno precedente (era a 153 punti nel 2017) ma se il balzo in avanti le consente di superare la soglia di sufficienza resta ancora terzultima nella classifica generale delle Regioni, sopra la Sicilia (165) e la Calabria. Quest'ultima relegata a fanalino di coda del Paese e molto sotto al valore minimo. Per il resto, dalle indiscrezioni filtrate, si registra il calo di Piemonte, Lazio e Marche mentre il Veneto guida la classifica provvisoria dei Lea davanti a Toscana ed Emilia-Romagna scalando la vetta di ben 225 punti. La Campania dunque a fronte del consolidamento del dato contabile - in pareggio per il sesto anno consecutivo - ha ora tutti i numeri per avviare il percorso di uscita dal Pia-

no di rientro e dal regime commissariale come rivendicato dal governatore De Luca. Quest'ultimo il 12 ottobre scorso - all'indomani dell'ennesima missione a Roma per le ultime formalità - ha anche annunciato un ricorso al Tar per far valere le sue ragioni dicendo a chiare lettere che conta, nell'arco dell'anno, di essere fuori dal tunnel del commissariamento che dura ormai da 10 anni. «Finora ho evitato di depositare il ricorso - avverte - per garbo istituzionale di fronte all'insediamento del nuovo governo e in virtù dei buoni rapporti istituzionali intrapresi con il nuovo ministro. Ma abbiamo urgenza di superare questo guado».

PIANO DI USCITA

In pista c'è un percorso formale di fuoriuscita dal piano di rientro che dovrebbe segnare - armonizzandosi con le nuove norme in fase di definizione in seno al Patto per la Salute tra Stato e Regioni - il passaggio a una nuova fase del governo della Salute in Campania. Sul punto con molta prudenza anche il ministro della Salute Roberto Speranza lascia intravedere un percorso ormai tracciato. «C'è un rapporto molto corretto sul piano istituzionale con la Regione Campania - ha detto il ministro l'altro giorno a Napoli, presso la sede dell'Ordine dei Medici per partecipare ad un'iniziativa sulla violenza in corsia - ci sono stati passi avanti negli ultimi mesi e contiamo di continuare su questa strada, di provare ad accelerare ancora di più questo percorso di rientro. Mi pare - ha concluso - che i risultati degli ultimi mesi siano confortanti e l'auspicio è che tut-

to possa presto risolversi in maniera positiva».

FINE DEL CALVARIO

«In Sanità abbiamo fatto un miracolo - ha ribadito De Luca ieri sera al San Carlo - abbiamo risanato il bilancio e recuperato anche sui Livelli di assistenza che nel 2019 sono a quota 183 ma abbiamo una camicia di forza finché siamo commissariati con tetti di spesa che non possono essere superati dove serve per dare servizi. Siamo alla fine di questo calvario che ci ha costretti a lavorare rinunciando al turn over per 10 anni perdendo 13mila camicie bianche. Ciononostante abbiamo risalito la china dei principali parametri di valutazione ospedalieri e ora siamo impegnati a lavorare per il riordino della medicina del territorio. Per i vaccini siamo già oltre la media italiana e puntiamo a recuperare terreno anche sugli screening e sull'assistenza oncologica. C'è un lavoro da fare sul tema delle disuguaglianze e sulla sfida alle Regioni più attrezzate del Nord con cui vogliamo competere ad armi pari e con le stesse risorse oggi sottratte alle popolazioni del Sud e della Campania in particolare per iniqui, superati e non più accettabili criteri di riparto delle risorse della torta nazionale dei finanziamenti per la Salute. Autonomia significa poter competere con gli stessi mezzi non sulla base di disuguaglianze storiche».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**A NOVEMBRE
LA VERIFICA
DEI MINISTERI
«OGGI PAGHIAMO
I FORNITORI
IN 22 GIORNI»**

L'iniziativa

Violenza in corsia l'appello della Uil

«Mentre io sto salvando una vita, la tua aggressione può toglierla». Su questo tema la Uil ha promosso un dibattito in programma stamane dalle 9,30 alla Stazione Marittima. Intervengono, tra gli altri, Michelangelo Librandi, segretario generale della Uil Fpl; Giovanni Sgambati, segretario generale della Uil Campania; Vincenzo Martone, segretario generale della Uil Fpl Campania. «Da ormai troppo tempo gli operatori della sanità campana sul proprio luogo di lavoro sono costretti a subire episodi di violenza. Ora basta, bisogna correre ai ripari» avvertono Sgambati e Martone.



Peso: 1-4%, 17-52%



A TEATRO Bruno Vespa intervista il governatore Vincenzo De Luca al San Carlo; a sinistra il ministro Roberto Speranza all'Ordine dei medici di Napoli NEWFOTOSUD



Peso: 1-4%, 17-52%

Prevenzione

Dai 6 mesi in su, al via la campagna per vaccinarsi

Al via da pochi giorni la campagna anti-influenzale 2019-2020. Tutti i cittadini italiani, a partire dall'età di 6 mesi, possono vaccinarsi, tranne in quelle pochissime situazioni in cui il vaccino è controindicato. Come per gli anni scorsi la vaccinazione è particolarmente indicata per le persone con 65 e più anni, per i portatori di particolari situazioni di rischio, e per chi è a stretto contatto con queste persone. L'influenza rappresenta un serio problema di sanità pubblica e una rilevante fonte di costi diretti e indiretti per l'attuazione delle misure di controllo e la gestione

dei casi e delle complicità della malattia ed è tra le poche malattie infettive che, di fatto, ogni essere umano sperimenta più volte nel corso della propria esistenza, indipendentemente da stile di vita, età e dal luogo in cui vive. La scorsa influenza ha colpito tutte le regioni italiane, con 8.104.000 casi stimati di sindrome influenzale in tutto il Paese.



Peso:5%

La nuova sfida: riorganizzare le **cure**

Uno dei nodi che bisogna sciogliere è l'«attrito» tra ospedale e territorio
La via migliore da seguire è quella dell'integrazione per il bene dei pazienti

«**L** servizio sanitario è ancora troppo centrato su un modello di assistenza basato sull'ospedalizzazione, retaggio di una cultura superata da decenni in favore di un sistema integrato ospedale-territorio. Ecco perché la sfida da vincere è ora quella della riorganizzazione delle cure, una sfida alla quale la politica regionale crede molto e per la quale ha programmato un nuovo piano territoriale e la riorganizzazione delle cure primarie. Mettendo in campo, inoltre, ingenti risorse economiche». A parlare è Gennaro Volpe, direttore generale dell'Asl di Benevento e presidente della Card, la Confederazione delle associazioni regionali di distretto a margine del convegno Anmdo - Card che ha visto oltre al presidente della Regione Vincenzo De Luca e a Giuseppe Matarazzo del direttivo nazionale Anmdo, tra gli altri anche Enrico Coscioni, consigliere per la salute del governatore, Silvio Brusafarro, presidente dell'Istituto Superiore Sanità; Raffaele Calabrò, rettore Università campus biomedico di Roma; Gaetano Manfredi rettore della Federico II; Gianluca Postiglione, direttore generale So.Re.Sa; Antonella Guida, dirigente della struttura Staff - Direzione generale tutela della salute della Regione.

«Soldi che abbiamo la responsabilità di investire correttamen-

te - continua Volpe - per migliorare e far decollare il sistema delle cure primarie».

Ed è in questo contesto che diventa fondamentale ancor di più il ruolo della medicina generale. «Medicina generale - ribadisce Volpe - che dovrà lavorare nell'ambito delle aggregazioni funzionali territoriali e in sinergia con le nuove strutture che si stanno creando proprio per le cure primarie, come d'altronde sta accadendo a Benevento».

Un tema che resta centrale visto che in questo periodo ci si sta apprestando a mettere a punto il piano territoriale. Uno dei nodi da sciogliere è in Campania quello "dell'attrito" tra ospedale e territorio affidando agli ospedali solo le acuzie e mettendo il territorio in condizione di gestire la cronicità. L'esigenza è dunque accelerare sul potenziamento del territorio, certo però non a scapito della funzione ospedaliera, come avverte Giuseppe Matarazzo vicepresidente nazionale di Anmdo: «Abbraccio l'indicazione di potenziare il territorio ma sarebbe un errore se questo avvenisse a scapito dell'assistenza ospedaliera. Non dimentichiamo mai che al momento l'ospedale è tra le poche certezze che restano ai cittadini e il suo ruolo resta centrale per un sistema che garantisca appropriatezza delle cure». La via è quella dell'integrazione dunque, per il bene dei pazienti. Il proble-

ma è capire a che punto sia la Campania in questo percorso a ostacoli.

«Non siamo messi male - dice Matarazzo - la nostra situazione è paragonabile a quella di molte altre regioni sottoposte a piano di rientro. Ma ora non possiamo più permettere che ragioni economiche influiscano su scelte assistenziali, e in Campania dieci anni di tagli e blocco del turnover si fanno sentire. In definitiva 10 anni di commissariamento hanno strangolato l'assistenza. Abbiamo raggiunto il pareggio di bilancio e si sta lavorando molto sui Lea, ma non si può ignorare che anche in questo senso l'asticella è posta sempre un po' più in alto. Il ministero sta già sperimentando nuovi indicatori, che alla fine spingono l'organizzazione in un senso o nell'altro, e questo a volte può avere effetti di adeguamento verso la misurazione di quell'indicatore. Dovremmo provare ad arricchire il ragionamento, ricordarci di mettere al centro del nostro interesse il paziente e costruire attorno a questo dei percorsi. Un'ottica nella quale si comprende bene che non esistono dicotomie ospedale-territorio, ma solo appropriatezza».

Il nuovo corso

Le ragioni economiche non devono influire più sulle scelte assistenziali



Gennaro Volpe
Direttore generale dell'Asl di Benevento e presidente della Card Confederazione associazioni regionali di distretto



Peso: 37%

«No ai **cittadini** di serie A e di serie B»

Di regionalismo differenziato si è parlato a Napoli al convegno nazionale di Card e Anmdo I risultati della Regione Campania in sanità: pareggio di bilancio e raggiungimento dei Lea

di **Francesco Guarino**

I diritti fondamentali devono esser garantiti sempre e comunque. A partire da quello alla salute per tutti e dovunque. È forse a rischio l'universalismo e l'equità del nostro Servizio sanitario nazionale? Questa è stata una delle grandi domande che hanno acceso il dibattito nel corso del convegno nazionale organizzato a Napoli dalla Card, la confederazione delle associazioni regionali di distretto e dall'Anmdo Regionale, associazione nazionale dei medici delle direzioni ospedaliere. In un contesto in cui si è parlato a tutto tondo dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale e della condivisione di strategie tra ospedale e territori ci si è soffermati a lungo sul regionalismo differenziato esaminato dagli esperti presenti tra cui anche Gennaro Volpe, presidente nazionale di Card e Giuseppe Matarazzo vicepresidente nazionale Anmdo. Anzi proprio loro hanno ribadito il concetto della garanzia dei diritti fondamentali: lavoro, istruzione, mobilità, tutela e ambiente e salute non possono certo variare da regione a regione. Opinione condivisa da tutti anche da chi non è del tutto contrario a un eventuale decentramento, perché non è possibile essere un Paese con cittadini di serie A e di serie B, in cui non siano riconosciuti ovunque i diritti sanciti dalla nostra Costituzione. Il diritto a stare bene e a esser curati adeguatamente.

«C'è la necessità, prioritaria, di definire i livelli essenziali delle prestazioni per sancire diritti e norme di tutela nazionali indispensabili - spiegano Matarazzo

e Volpe - e di realizzare un sistema di perequazione con fondi nazionali che rispettino il principio di solidarietà di sussidiarietà e di coesione nazionale, al fine di assicurare a tutti i territori servizi pubblici e risorse necessarie a garantire l'esigibilità dei diritti. È allo Stato che spetta di definire i livelli essenziali delle prestazioni e, quindi, garantirli su tutto il territorio, in quanto a essi sono associati i fabbisogni standard necessari ad assicurare tali prestazioni. Sostanzialmente, se le risorse sono limitate, bisogna dire cosa deve essere riconosciuto a livello di servizi offerti e cosa no».

Mentre la determinazione della spesa storica può essere relativamente agevole, il passaggio alla determinazione dei fabbisogni standard comporta un lavoro di analisi e di valutazione, materia per materia, che non potrà riguardare la sola regione richiedente l'autonomia differenziata, ma deve riguardare la spesa dello Stato, proiettata su tutti i territori regionali. L'autonomia delle regioni non può rompere il vincolo di solidarietà del Paese, non deve accrescere le disuguaglianze già esistenti.

Per quanto riguarda la Regione Campania durante il convegno sono stati messi in luce i risultati, importanti, ormai acquisiti, come il pareggio di bilancio e il raggiungimento dei Lea, due macro obiettivi che fanno ritenere raggiunti i risultati fissati a livello nazionale e definitivamente conclusa la fase di commissariamento, da certificare da parte di Ministeri competenti, con la nomina di un assessore alla Sanità che manca da oltre dieci anni.

Certo resta ancora da lavorare su problemi ancora fondamentali come le liste d'attesa, l'organizzazione dell'emergenza-ur-

genza e la rete territoriale dei servizi sanitari. Sfide colte dal presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca, ospite d'eccezione del convegno che sui temi del commissariamento e delle autonomie differenziate ha dimostrato ancora una volta di avere le idee ben chiare.

Il governatore ha spiegato, infatti, alla platea che il commissariamento della Campania è stato determinato da decenni di comportamenti irresponsabili e ha poi aggiunto: «Serve un linguaggio verità perché non si accumulano 9 miliardi di debiti per caso. Siamo stati commissariati, assieme ad altre Regioni, perché avevamo un bilancio che rischiava di affossare quello dello Stato. C'era un uso politico della sanità, in base al quale i primari erano scelti per l'appartenenza politica e non per merito. Così 10 anni di commissariamento hanno impoverito le risorse umane, hanno significato fuga dai territori, lassismo generale. Abbiamo lavorato con 13500 dipendenti in meno e strutturalmente 300 milioni di euro in meno del riparto del fondo nazionale. Ora possiamo aprire una seconda fase quella che io chiamo dell'umanizzazione della nostra sanità. Siamo pronti ad accettare la sfida, purché non si voglia far passare il principio della spesa storica, che significherebbe penalizzare la Campania in termini di risorse».



Giuseppe Matarazzo
Vicepresidente nazionale dell'Anmdo, associazione dei medici delle direzioni ospedaliere



Peso: 39%



Peso:39%

Diagnosi precoce, più consapevoli al Nord

Blasi: «Al Sud solo il 60% delle donne riceve l'avviso per sottoporsi alla mammografia»
Il ruolo delle reti oncologiche in cui gruppi di specialisti pianificano i percorsi per il paziente

di **Alessandra Caligiuri**

«**S**e in Italia nel 2019 si sono registrate circa 2000 diagnosi di tumore in meno, rispetto al 2018, è anche merito della prevenzione». A dirlo è Livio Blasi, direttore dell'oncologia medica dell'Arnas civico di Palermo e presidente del collegio dei primari ospedalieri di oncologia. Ma secondo il professore, per identificare in tempo un tumore o prevenirlo ci vuole un sistema articolato fatto di educazione della popolazione, screening e collaborazione tra specialisti.

Professor Blasi, cosa significa fare prevenzione oncologica oggi?

«La prevenzione ha diverse fasi, c'è quella primaria, volta ad eliminare i fattori di rischio che possono determinare alcune neoplasie, ad esempio il fumo. L'altra è la prevenzione secondaria, cioè la diagnosi precoce, attraverso gli screening. Nell'oncologia c'è anche la prevenzione terziaria, che è rivolta ai pazienti che hanno già avuto un cancro e serve a evitare le ricadute. In questi casi, si affrontano, tra gli altri, temi come quello dell'attività fisica e dell'alimentazione. Sono gli stessi fattori che si valutano quando si parla di prevenzione primaria, cioè quando si devono abolire i fattori di rischio».

Per quali patologie è efficace lo strumento dello screening?

«Attualmente si ricorre allo screening per il tumore della mammella, prescrivendo la mammografia, per quello del colon retto, con l'analisi del sangue occulto nelle feci e per quel-

lo della cervice uterina, che si individua con il pap-test. Per quanto riguarda il tumore alla mammella, gli screening si rivolgono ad una fascia d'età che va dai 50 ai 69 anni, ma in alcune regioni si sta ampliando la platea includendo donne tra i 45 e i 74 anni. Per il colon retto si inizia dai 50 anni. Per la cervice uterina, invece, si devono tenere sotto controllo anche le giovani donne».

Quali sono le principali difficoltà che si riscontrano nei programmi di screening?

«C'è una differenza territoriale che riguarda il numero di persone che viene raggiunto dalla lettera dell'Asl, quella in cui si spiega che analisi fare e le modalità, ma anche l'aderenza, cioè quanta gente effettivamente si sottopone alla visita. Prendiamo come esempio il tumore della mammella. Al Nord 98 donne su 100 ricevono l'avviso per sottoporsi ad una mammografia, al Sud solo 60 su 100. Poi c'è il problema dell'aderenza, sempre parlando del cancro al seno, l'adesione è del 68% al Nord, mentre al Sud è di circa 24 punti percentuale in meno. Questa scarsa aderenza ha fatto notare che se la mortalità al Nord per tumore della mammella è diminuita, del Mezzogiorno non si può dire la stessa cosa. In parte questo può dipendere anche dal fatto che le donne meridionali non accedono ad una diagnosi precoce. Identificare presto la malattia, infatti, vuol dire avere più possibilità di guarire».

Dunque, la prevenzione è anche una questione culturale. Come si può migliorare il dato sull'aderenza?

«Sicuramente la bassa aderenza dipende anche dalla mancanza di un'educazione alla salute. Per questo motivo, tutte le campagne dovrebbero partire

dal sensibilizzare le persone ad effettuare i test di screening quando arriva l'avviso. Da questo punto di vista, in Sicilia ci sono stati degli accordi con i medici di medicina generale, per esortare a recarsi alle visite. Ci sono poi altri tipi di cancro per cui non esiste uno screening, in cui il ruolo dell'educazione diventa importantissimo. Ad esempio, per il melanoma bisognerebbe insistere nello spiegare quanto sia importante per chi ha dei nei fare dei controlli periodici dal dermatologo, ma anche educare i giovani a prendere il sole responsabilmente. Il ruolo degli stili di vita non va sottovalutato, perché sono tra le cause di alcuni tumori. Prevenire poi fa bene alla sanità nazionale come sistema, perché riduce i costi».

Quali sono gli altri fattori che incidono sulla buona riuscita delle campagne di prevenzione?

«È importante che ci siano reti oncologiche, cioè gruppi di specialisti di diverse discipline che redigono percorsi diagnostici e psicoterapeutici per le singole neoplasie, in cui far rientrare anche la prevenzione. Questo piano deve coinvolgere tutte le strutture sanitarie della zona. Collaborazioni del genere possono fare la differenza in tutte le fasi della malattia, dall'identificazione alla cura. Tuttavia, in Italia la distribuzione è a macchia di leopardo, al Sud sono in Campania, Puglia e stanno nascendo in Sicilia, mentre sono molto attive in Veneto, Piemonte e Tosca-





Livio Blasi
Direttore dell'oncologia medica Arnas civico di Palermo e presidente collegio primari ospedalieri di oncologia



Peso:38%



HOME CAMPANIA ▾ SALERNO ▾ SPORT ▾ PROVINCIA ▾ RUBRICHE ▾ SPETTACOLI ▾ R. STAMPA ▾



GREEN WEEK LAND ROVER

 DAL 21 AL 26 OTTOBRE, PER TE FINO A € 5.000
 DI SUPERVALUTAZIONE SUL TUO USATO*.


JAGUAR E-PACE FLAG EDITION



Sanità, ecco la classifica delle Regioni: balzo in avanti della Campania



27 Ottobre 2019

0

 Stampa


Il Veneto balza in testa alla classifica basata sulla capacità delle Regioni di assicurare i Lea, i livelli essenziali di assistenza e cioè le prestazioni sanitarie che ogni Regione deve assicurare ai propri cittadini.

La graduatoria si utilizza per valutare la qualità dei sistemi sanitari e ogni anno è attesa con una certa apprensione. Le Regioni che vanno bene la sventolano come un trofeo, per sottolineare la propria qualità; quelle che vanno male o peggiorano la snobbano, dicendo che sono altri i criteri che vanno messi in campo per capire come funziona la sanità a livello locale. In effetti sono sempre di più coloro, anche tra chi non è un politico o un amministratore, che da tempo chiedono nuovi sistemi di valutazione. Lo scrive **Repubblica.it**

Gli indicatori presi in considerazione sono decine e per ciascuno è assegnato un "voto" numerico. Il punteggio massimo che si può raggiungere è 225 e nel 2018 il Veneto ha raggiunto 222 punti (erano 218 l'anno prima).

ARTICOLI RECENTI

Sanità, ecco la classifica delle Regioni: balzo in avanti della Campania

Dopo il caldo e il sole arriva il maltempo in Campania: ecco quando

Seguono Toscana ed Emilia-Romagna con 220 (erano a 216 e 218), Piemonte a 218 (era in testa con 221), Lombardia con 215 (212), Liguria con 211 (195), Umbria con 210 (208), Abruzzo con 209 (202), Marche con 192 (201) Basilicata con 191 (189), Puglia con 186 (179), Molise con 180 (167), Lazio con 179 (180), Campania con 170 (153, il suo è il più grosso balzo in avanti), Sicilia con 165 (160) e infine Calabria con 146 (136) che resta l'unica sotto la soglia di livello minimo accettabile di 160. Va detto che i dati verranno controllati di nuovo perché almeno una Regione ha chiesto un riconteggio.

Al momento, inoltre, non vengono prese in considerazione le Regioni a statuto speciale. Gli indicatori alla base della classifica

Gli indicatori della cosiddetta "Griglia Lea" sono raccolti in tre macro categorie: ospedale, distretto e prevenzione.

Vengono presi in considerazione ad esempio gli interventi per le fratture di femore svolti entro le 48 ore, la quantità di prestazioni inappropriate consumate dai cittadini, l'adesione agli screening oncologici, i tempi di intervento del 118, il tasso di risonanze magnetiche rispetto alla popolazione, i controlli veterinari. Spesso i punteggi sono frutto di scontri ai tavoli di Roma dove siedono il ministero e i funzionari delle Regioni.

Le classifiche in sanità vanno maneggiate con cura, quella basata sui Lea è delicata proprio perché tiene dentro tantissimi indicatori e magari qualcuno resta indietro per i controlli sugli alimenti pur avendo ospedali che funzionano bene.

"I numeri sono incontrovertibili – commenta Zaia – Secondo classifiche ufficiali pubblicate da Repubblica la sanità veneta resta al primo posto per l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza. I dati ufficiali testimoniano quanto vado ripetendo da anni: anche senza l'autonomia e a parità di fondi assegnati dal Fondo sanitario nazionale, esistono già due Italia.

Una gestita con virtuosità e una pieno di sprechi e cattivi servizi per i cittadini. Chi sostiene, quindi, che l'autonomia creerebbe un'Italia di serie A e una di serie B, dice una bugia facilmente smentibile. E lo dice per mano degli stessi uffici dei dicasteri dove si sono succeduti ministri che hanno trascorso un anno e mezzo a urlare che la nostra è la secessione dei ricchi, che condannerebbe il Sud a restare per sempre fanalino di coda".

Fonte Repubblica.it



Mi piace 2

Precedente

Dopo il caldo e il sole arriva il maltempo in Campania: ecco quando

Leggi Anche



Contenuti Sponsorizzati da Taboola

Spaccia droga nei pressi della stazione di Battipaglia, arrestato 20enne

Scontro sulla Cilentana: 17enne in rianimazione all'Ospedale di Vallo

Sparatoria all'ospedale, niente accesso al reparto di ortopedia

Ragazza minacciata con un coltello e rapinata mentre va in pizzeria

Incidente sulla Cilentana, tre auto coinvolte e sette feriti

Francesco ucciso a coltellate davanti ad un bar: omicidio a Capaccio

Il fidanzato si tolse la vita lei si lancia sotto un treno: Giorgia muore a 16 anni

Il Mattino: Un'altra beffa. Lotito: c'è chi non dà il massimo