



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

22 MARZO 2017

RASSEGNA STAMPA



L'addetto Stampa
Massimo Bellomo Ugdulena



LIVESICILIA

FONDATA DA FRANCESCO FORESTA MERCOLEDÌ 22 MARZO 2017 - AGGIORNATO ALLE 11:33

PALERMO | CATANIA | TRAPANI | AGRIGENTO | MESSINA | CALTANISSETTA | ENNA | RAGUSA | SIRACUSA

CRONACA | POLITICA | ECONOMIA | CUCINA | FOTO | VIDEO

LIVESICILIA PALERMO

LIVESICILIA CATANIA

LIVESICILIA SPORT

Cerca nel sito



Home > Politica > Sanità, caos manager in Antimafia vicino il sì alla rete ospedaliera

A PALAZZO DEI NORMANNI

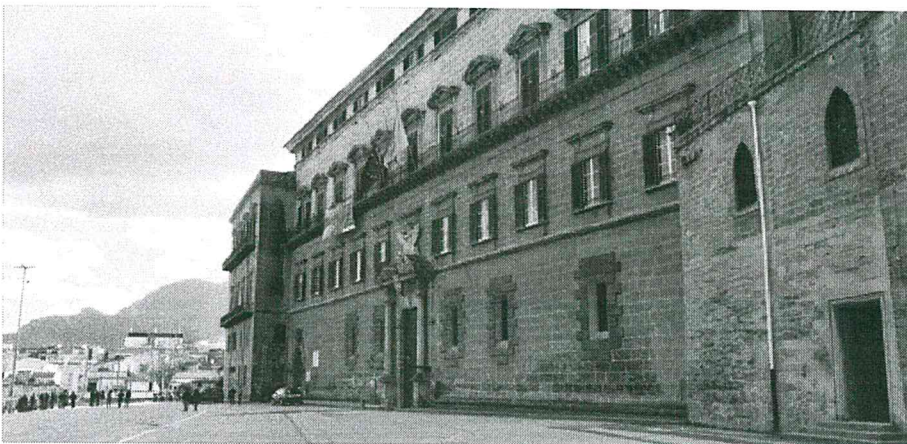
Sanità, caos manager in Antimafia Vicino il sì alla rete ospedaliera

share f 13 | t | G+ | in 1 | @ 0

di **Accursio Sabella**
Articolo letto 7.511 volte

SPONSOR RAV4 HYBRID.
TUO DA 27.950 €. RICHIEDI SUBITO UN PREVENTIVO.

SPONSOR orio suitebrown.
Da 200€ al mese, con capote brown e BRABUS sport pack.



I sindacati: dubbi sui titoli dei direttori e sulla nomina di De Nicola. Ad aprile ok al Piano.

Experience the new run.
diadora.com

PALERMO - Una Sanità sospesa tra polemiche e speranze. Questa mattina ospedali e Asp saranno l'oggetto di una seduta in **commissione Antimafia all'Ars**. Una riunione alla quale sono stati invitati nove sindacati del settore. Sul tavolo, le procedure che hanno portato alla nomina dei manager siciliani. Sui quali si aggiungono nuove ombre: **"Ci sono seri dubbi sulla nomina del**

-95%

1 Mese
€49,99
€ 1

Scopri



nuovo commissario del Policlinico di Palermo", la denuncia del sindacato Cimo.

E così, la Sanità sbarca in Antimafia. In particolare, all'attenzione di una sottocommissione coordinata dal deputato regionale del Movimento cinque stelle **Stefano Zito**. Ma la mafia non c'entra. Quella commissione di vigilanza, infatti, ha il compito anche di "indagare sulle attività dell'amministrazione regionale e degli enti sottoposti al suo controllo, sulla destinazione dei finanziamenti erogati e sugli appalti".

La seduta scaturisce da un recente fatto di cronaca. Già a gennaio, infatti, l'Antimafia aveva deciso di avviare una istruttoria per la verifica dei titoli del direttore generale del **"Papardo di Messina", Michele Vullo**. Una indagine scaturita dalla denuncia dei sindacati Uil Fpl e Anao Assomed. Le due sigle sindacali avevano chiesto che venisse fatta chiarezza sul curriculum di Vullo, "dopo che il suo nome venne escluso - si legge in una nota del sindacato - dalla lista per la nomina di Direttore Generale delle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere della regione Calabria nel 2011". Uno stop alla carriera del manager che, secondo quanto riportato dalle due sigle, sarebbe avvenuto per mancanza di requisiti. La storia è stata recentemente rilanciata dal Movimento cinque stelle che ha provato a portare la vicenda all'attenzione del parlamento nazionale. Vullo replicò, allontanando ogni dubbio sui propri requisiti, e protestando anche contro la decisione stessa dell'Antimafia. Una protesta che spinse il presidente dell'Ars **Giovanni Ardizzone** a precisare che "la Commissione di inchiesta e vigilanza sul fenomeno della mafia in Sicilia ha operato nel caso da richiamato, come per tutti gli altri, nell'ambito dei poteri conferiti dalla legge regionale".

Il caso-Vullo, insomma, trapela dalla commissione, ha spinto i commissari ad accendere i riflettori sui titoli dei manager. E i nove sindacati convocati, tra cui quelli che hanno sollevato la vicenda del manager messinese, hanno anche inviato all'Ars un documento molto duro. Sul quale oggi i deputati chiederanno ulteriori spiegazioni. Nel testo si esprime l'apprezzamento per l'azione compiuta dall'assessore alla Salute **Baldo Gucciardi** "volta alla verifica dei requisiti degli attuali Direttori Generali, Sanitari ed Amministrativi e della legittimità delle loro nomine". Una verifica dalla quale non sarebbe emersa alcuna anomalia.

Ma i sindacati insistono. E in quel documento, firmato da nove sigle, puntano il dito, ad esempio, contro quei manager che "hanno dichiarato di avere maturato i prescritti cinque anni di direzione di Struttura complessa mentre in realtà ciò non risponderebbe al reale sviluppo delle carriere professionali". Il riferimento, spiega **Angelo Collodoro del sindacato Cimo**, è rivolto alla ipotesi di falso contestata a luglio dalla procura di Palermo nei confronti di **Renato Li Donni** all'epoca direttore generale del Policlinico di Palermo, il quale certificò che Giovanni Migliore, dal 2002 al 2011 quando era in servizio all'ospedale universitario, era responsabile dell'unità operativa complessa 'Sistema informativo aziendale'. Una attestazione che consentì al manager di dichiarare il possesso dei titoli idonei a ottenere la nomina di direttore generale dell'Azienda ospedaliera Civico di Palermo. Un caso su cui è tornata anche la politica pochi giorni fa, con l'intervento del deputato regionale Mpa **Giovanni Greco**: "Chiediamo - ha detto - che sia fatta luce sul fatto che Migliore, all'epoca della sua nomina, avesse effettivamente le carte in regola per ricoprire l'incarico di manager. Allo stato attuale restano molti dubbi riguardo la natura, semplice o complessa, e la durata degli incarichi ricoperti da Migliore". Ma ancora l'inchiesta non è sfociata in nessun addebito. "Altre recenti inchieste - insiste il Cimo - hanno mostrato uno spaccato inquietante, in cui le nomine dei manager potrebbero essere state in qualche modo influenzate da una ristretta cerchia di persone gradite al governo regionale. Anche su questo - prosegue - chiederemo che la commissione indaghi ulteriormente".

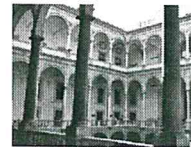
Ma ecco nuovi dubbi. Che riguardano l'ultima nomina nella Sanità siciliana. "La legge 5 del 2009 - denuncia sempre il Cimo - non consente a un manager di ricoprire contemporaneamente due ruoli". E il riferimento va alla recente nomina del direttore generale dell'Asp di Trapani, **Fabrizio De Nicola**, al vertice del **Policlinico di Palermo** col ruolo di commissario. E i dubbi come detto, sarebbero legati a una norma precisa: il secondo comma dell'articolo 19 di quella legge che recita: "La carica di direttore generale di una Azienda è incompatibile con qualsiasi altro ruolo esercitato in strutture pubbliche del Servizio sanitario regionale, soggette alla competenza dell'Azienda medesima o di altre Aziende del Servizio sanitario regionale". Al di là della norma, insiste il Cimo, "quella nomina è incomprensibile da un punto di vista pratico: come si fa a gestire

http://livesicilia.it/2017/03/22/sanita-caos-manager-in-antimafia-vicino-il-si-alla-rete-ospedaliera_838107/



CALCIO - SERIE A

Iachini: "In rosa periodo d'oro Zamparini passi la mano"



FINO AL 31 AGOSTO
**De Chirico, Guttuso e tanti altri
La storia del
Novecento in mostra
all'ArS**



AGRIGENTO
**L'ultraleggero
precipitato a Favara
Si indaga per
omicidio colposo**



A PALAZZO DEI NORMANNI
**Sanità, caos
manager in
Antimafia
Vicino il sì alla rete
ospedaliera**



PALERMO - MAFIA
**Lettera intimidatoria
al boss
I paradossi di Cosa
nostra**



LIVE
SICILIA

Live Sicilia
248.920 "Mi piace"

Mi piace questa Pagina

VIDEO

Condividi



LA BARBARIE DI UNA CITTA'

Palermo che brucia i senzatetto | "Vi racconto chi era Marcello"



I FEDELISSIMI
**Altro che vitalizi,
ecco il gran regalo |
Crocetta riempie di
soldi i suoi cari**



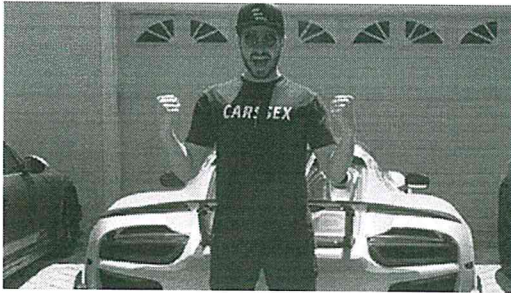
contemporaneamente, infatti, due aziende così grandi e delicate?". Dall'assessorato, però, smentiscono questa ricostruzione, ricordano che il nuovo incarico a De Nicola ha una durata temporanea ed è anche gratuito. Inoltre, sempre secondo gli uffici di **Piazza Ottavio Ziino**, sarebbero stati tanti i precedenti simili.

Ma anche questa vicenda verrà sollevata stamattina in commissione antimafia.

Nuove polemiche, in una Sanità da anni al centro di polveroni e inchieste giudiziarie. Ma all'orizzonte, anche qualche buona notizia. Sembra la volta buona, infatti, per la rete ospedaliera siciliana: anche il **Ministero dell'Economia e finanze**, infatti, avrebbe fatto cadere gli ultimi steccati. E nella prima settimana di aprile potrebbe arrivare la tanto attesa fumata bianca. E l'avvio - stavolta reale - dei concorsi annunciati più di due anni fa.

share f 13 t G+ in 1 p 0

Mercoledì 22 Marzo 2017 - 06:00



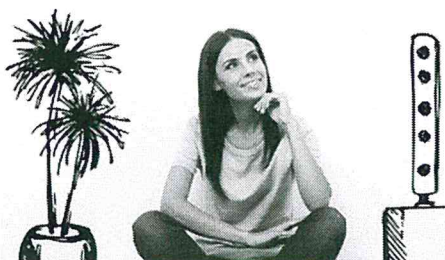
Il segreto di un milionario che guadagna 10.000€ al mese... (comporta rischi)
Un giornalista rivela:



Vacanze a MALTA? Guarda le offerte e gli sconti degli hotel per San Giuliano!
Hotel? Cerca con trivago.



Con Be Free GAMMA 500 da 199€/mese, anticipo zero, bollo e assicurazione inclusi
500 Riva



Calcola il mutuo per l'acquisto della tua casa online su Mutuiperlacasa.com.
MutuiperlaCasa.Com

f t G+ in p



PALERMO
Confessa l'assassino del clochard | Benzinaio "accecato dalla gelosia"

f t G+ in p



SALA D'ERCOLE
Riscossione, l'accusa di Musumeci | "Ecco la mafia dell'antimafia"

f t G+ in p



IL CASO
Due Rom in gabbia | Bufera su Lidl VIDEO

f t G+ in p



IL CASO
Caso disabili, si è dimesso Miccichè | "La vicenda mi ha addolorato"

f t G+ in p



PROVINCIA DI PALERMO
L'incidente mortale a Partinico | Due città in lacrime per Filippo

f t G+ in p



PALERMO
Nhrv apre in via Libertà | Dal food all'alta moda

f t G+ in p



IL CASO
Alfano: i parenti non finiscono mai | Dopo il fratello, spuntano i cugini

f t G+ in p



LE ZONE INTERESSATE
Sicilia: il maltempo | Scatta l'allerta

f t G+ in p





SANITÀ. La denuncia di una donna, a cui è stata diagnosticata un'occlusione intestinale. «Costretta in poltrona e poi in barella per una settimana, prima del ricovero»

Sette giorni al pronto soccorso, odissea al Cervello

••• Sette giorni d'attesa al pronto soccorso prima di essere ricoverata. Ore e ore passate prima su una poltrona, poi su una barella, con tante altre persone in una piccola stanza. E persino andare in bagno diventa un problema. Una vicenda, quella capitata a Maria Grazia Mortillaro, 49 anni, che riaccende ancora una volta il dibattito sullo stato del pronto soccorso cittadini, sempre più affollati e problematici. Soprattutto in questo periodo, con lo stesso ospedale ad ammettere che ci sono delle difficoltà dovute alla stagione.

«Sono arrivata al "Cervello" domenica mattina - dice la signora Mortilla-

ro -. Avevo febbre, vomito e diarrea. Mi hanno diagnosticato una sub occlusione intestinale. Sono rimasta due giorni in osservazione in una poltrona, poi mi hanno messo su una barella. Avevo delle scariche violentissime, persino andare in bagno era un problema, visto che per poterlo utilizzare c'era la fila. Anche per fare i bisogni, in pratica, c'era una guerra. Mi visitavano, avevo detto che potevo pure andarmene a casa ma la mia situazione non me lo permetteva. Hanno cercato di alimentarmi, dopo due giorni, ma stavo ancora male. Ad un certo punto - continua la signora - eravamo

18-20 persone in una stanza, accampati. Una situazione oltre il limite del tollerabile. Mi hanno ricoverata sabato pomeriggio, dopo 7 giorni di attesa. Lo staff è stato gentile e disponibile, è il sistema che non va».

«La signora Mortillaro è arrivata al pronto soccorso del Cervello con alcuni sintomi come febbre e diarrea, che richiedevano una fase di osservazione di almeno 48 ore - replica l'ospedale - Non tutti i pazienti che affluiscono all'area di emergenza vengono infatti assegnati e automaticamente trasferiti in reparto. La signora è stata trattata con antibiotico e tera-



L'AZIENDA REPLICA:
AREA D'EMERGENZA
INTASATA PER I MALI
DI STAGIONE

pia reidratante e dal diario clinico risulta come sia stata rivalutata più volte sia durante il giorno che durante la notte. Trascorso il periodo di osservazione, si è ritenuto vi fossero le condizioni per il ricovero in Gastroenterologia, cosa che è infatti avvenuta ma che ha richiesto alcuni tempi tecnici». L'ospedale sottolinea inoltre come «durante la sua permanenza al Pronto soccorso, oltre ad essere stata seguita come già detto con grande attenzione, la signora è stata ospitata nella ex sala chirurgica, oggi riutilizzata come sala di osservazione nell'ambito di un piano finalizzato a ricavare nuovi spa-

zi al Pronto soccorso. Questa nuova sala di osservazione può ospitare non più di 6 persone, ed è quindi da escludere, perché fisicamente impossibile, che vi fossero 18 persone al suo interno. La stanza non dispone di un bagno proprio, ma si appoggia ai tre bagni dell'Osservazione breve intensiva che sono molto vicini». Questo è un periodo critico, come spiega la nota: «L'iter seguito dalla signora Mortillaro è avvenuto comunque in una fase piuttosto delicata per il pronto soccorso dell'Ospedale Cervello, causata dal grande afflusso di pazienti affetti da riacutizzazioni stagionali di patologie croniche. Inevitabile una congestione di tutta l'area di emergenza, senza che l'assistenza prestatata all'utenza venga meno in termini di tempestività e qualità». (LANS) LUIGI ANSALONI

Carenza di personale negli ospedali siciliani, gli infermieri: «Manifesteremo ad oltranza fino alle assunzioni»

insanitas.it/carenza-di-personale-negli-ospedali-siciliani-gli-infermieri-manifesteremo-ad-oltranza-fino-alle-assunzioni/

22/3/2017

Manifestazioni a oltranza fino a quando non sarà pronta la nuova rete ospedaliera e si avvieranno le immissioni di personale negli ospedali. Lo ha deciso il **Nursind**, il sindacato delle professioni infermieristiche, che ieri a Messina ha organizzato la prima di una serie di proteste pacifiche per sensibilizzare istituzioni e cittadini sui problemi legati alla carenza di organico nella sanità e sul lavoro degli infermieri. Presenti delegazioni da tutte le province siciliane.

Tra gli interventi anche quello del commissario straordinario **Giuseppe Laganga** del Policlinico di Messina, il quale è stato molto solidale con la professione infermieristica e ha condiviso i fini della manifestazione. È intervenuto anche il deputato **Giuseppe Picciolo** componente della commissione Sanità dell'Ars.

«Il Nursind- spiega il coordinatore regionale **Francesco Frittitta**- naturalmente vigilerà affinché la rete ospedaliera entri finalmente in vigore con parametri che possano garantire al personale sanitario la giusta assistenza nei confronti del paziente. Per questo continueremo a manifestare finché non ci saranno le immissioni in servizio». Nelle prossime settimane nuove manifestazioni in tutte le città dell'Isola.



Scompenso cardiaco, esperti a confronto a Palermo: ecco le cause e i tassi di mortalità

insanitas.it/scompenso-cardiaco-esperti-confronto-palermo-le-cause-tassi-mortalita/

22/3/2017

Le malattie cardiocircolatorie ogni anno mietono circa 17,3 milioni di vittime, che diventeranno 23 milioni nel 2030. Esse rappresentano nel nostro Paese la prima causa di morte, causando il 44% dei decessi. In particolare, lo **scompenso cardiaco** in Europa riguarda il 2% della popolazione e rappresenta una patologia a elevata mortalità: 1 milione di morti ogni anno, (il 30% a un anno e il 50% a cinque anni dalla diagnosi).

Questo il dato emerso dall'incontro multidisciplinare di **cardiologia e medicina interna** dedicato allo scompenso cardiaco, tenutosi al Palace Hotel di Palermo, nel quale si sono confrontati gli specialisti delle principali aziende ospedaliere locali sotto la direzione scientifica di **Salvatore Corrao** (responsabile dell'U.O.C. di Medicina Interna II dell'Arnas Civico e direttore del dipartimento "Strutturale di medicina interna ad indirizzo geriatrico e riabilitativo"), **Gilberto Cellura** (direttore ff. dell'Unità di Cardiologia della medesima azienda) e **Gabriele Nicolosi** (direttore della U.O.C di Medicina Interna di Villa Sofia- Cervello).

L'efficienza del sistema cardiovascolare dipende dalla funzione cardiaca e da come questa è "accoppiata" al sistema vascolare. Secondo le linee guida europee, l'insufficienza cardiaca può essere definita dal punto di vista fisiopatologico come un'anomalia- strutturale o funzionale- del cuore, che ne determina l'incapacità di fornire sangue ossigenato ai tessuti dell'organismo in misura adeguata alle loro esigenze.

Esiste l'insufficienza cardiaca caratterizzata da **riduzione della frazione d'eiezione** (EF, valore utilizzato per misurare l'efficacia di pompa del cuore) **del ventricolo sinistro** (in sigla anglosassone HF-REF) e quella con **frazione d'eiezione conservata** (HF-PEF). Queste due condizioni si differenziano, oltre che per il "fenotipo fisiopatologico", per diversi aspetti epidemiologici, eziologici, prognostici, e per risposta agli interventi terapeutici nel contesto cronico.

Quando l'insufficienza cardiaca si rende manifesta si parla di scompenso cardiaco, le cui principali **manifestazioni sintomatologiche** vanno dall'affanno, alla stanchezza, alla ritenzione di liquidi, a livello polmonare, viscerale o periferico.

LE INTERVISTE DI INSANITAS

Il prof. Salvatore Corrao sottolinea come "le linee guida ESC (**European Society of Cardiology**) aggiornate al 2016, ribadiscono l'importanza della **valutazione clinica sul piano diagnostico** e come, quindi, siano centrali i sintomi e i segni che il clinico deve saper registrare. Pertanto, l'anamnesi e l'esame obiettivo del paziente entrano a pieno titolo tra i principali criteri diagnostici, seguiti dai criteri di laboratorio».

L'esperto anticipa anche alcuni dati del "**Registro RePoSI**": il registro dei pazienti, per lo studio delle polipatologie e politerapie in reparti della rete SIMI, che coinvolge più di 100 unità di Medicina Interna, dislocate su tutto il territorio nazionale: «Dal 2010 in avanti, il registro ha avviato un follow up fino ad un anno che, prendendo a campione soltanto pazienti italiani, over 65 anni, ha rilevato come **lo scompenso cardiaco riguarda 1 anziano su 5 (dato medio) tra i 65 e i 90 anni** e che, si ha la maggiore prevalenza della malattia nell'uomo, nella fascia di età anagrafica che va dagli 80 agli 85 anni, e nelle donne dagli 85 ai 90 anni».

«È emerso ancora- continua Corrao- che nelle **medicines interne** si ricoverano la maggior parte dei pazienti con scompenso cardiaco; infatti, circa il 50% dei pazienti afferisce alle medicine interne, il 14% nelle geriatrie e i 27% nelle cardiologie».

Differenze anche tra chi ha lo scompenso e chi non lo ha in termini di **politerapia**: i pazienti con scompenso fanno più farmaci sia all'ingresso che durante il ricovero, che alla dimissione (il valore mediano è di sette farmaci all'inizio; quasi 8 alla fine; a tre mesi, a un anno si mantengono questi numeri. Inoltre, i pazienti anziani con scompenso cardiaco hanno una severità clinica ed una **comorbidità** maggiore rispetto ai pazienti ricoverati in medicina interna senza scompenso cardiaco.

I dati dell'indagine

«I dati dell'indagine- dice Corrao- dimostrano che più patologie croniche tendono ad associarsi in un **processo epidemiologico di clusterizzazione** come se se varie condizioni patologiche croniche facessero da magnete reciprocamente. Inoltre, l'indice di comorbidità utilizzato dal registro non somma semplicemente le patologie, ma tiene conto del livello di gravità delle stesse contando, in altre parole, solo quelle clinicamente significative».

«**La degenza media**– aggiunge Corrao- secondo il registro risulta maggiore in pazienti con scompenso che presentano inoltre una maggiore mortalità a 12 mesi. **Comorbidità principali:** la fibrillazione, la BPCO, la cardiopatia ischemica, la vasculopatia nel paziente internistico ricoverato; ma nei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco la maggiore prevalenza è del diabete e della cardiopatia ischemica».

Le cause dello scompenso cardiaco

Sul profilo dell'eziopatogenesi, spiega Corrao, «lo scompenso cardiaco è conseguenza di varie condizioni come la cardiopatia ipertensiva, la cardiopatia ischemica, la cardiopatia reumatica ed altre cause che possono anche embricarsi tra di loro. La frazione di eiezione del ventricolo sinistro può essere francamente ridotta (<40%) o solo al di sotto del valore considerato normale (50%). Tuttavia, non sono pochi i casi di scompenso a frazione di eiezione conservata cioè normale che vedono nella disfunzione diastolica la causa che porta alla congestione polmonare».

Corrao aggiunge: «La comorbidità secondo il database italiano, vede in testa la malattia ipertensiva: circa l'80% è rappresentato dall'ipertensione (si consiglia una particolare attenzione al controllo pressorio); tra il 30 e il 40% dei casi presenta diabete, fibrillazione atriale, BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva, in riferimento alla quale, purtroppo, sovente, c'è la diagnosi, ma non è accompagnata da terapia o non trattata con adeguata terapia), la cardiopatia ischemica e l'insufficienza renale».

Il ruolo dell'età e i tassi di mortalità

Sul piano dell'epidemiologia l'incidenza/prevalenza aumenta sensibilmente con l'età, passando dal 10-15/1000 al 10/100 dopo gli 80 anni, e dato l'invecchiamento delle popolazione è destinata ad aumentare ulteriormente.

«L'età- sostiene l'esperto- secondo il **Framingham study**, è un fattore determinante ai fini dell'incidenza; quest'ultima aumenta con l'aumentare degli anni, con prevalenza per gli uomini rispetto alle donne se affetti da cardiopatia ipertensiva, ma nel caso di coesistenza di cardiopatia ischemica e cardiopatia ipertensiva notiamo invece che sono le donne a diventare più prevalenti, molto probabilmente perché esse perdono il fattore protettivo rappresentato dall'assetto ormonale tipico dell'età feconda perso dopo la menopausa».

Inoltre Corrao evidenzia: «Il 30% per cento dei pazienti con scompenso cardiaco muore a un anno dalla diagnosi e il 50% a cinque anni: considerata tale finestra temporale di 5 anni, dunque, lo scompenso cardiaco ha una mortalità di più del doppio del tumore al seno».

Precisa l'esperto: «Risulta poi emergente lo **scompenso cardiaco a frazione di eiezione conservata**, più tipico dell'età avanzata, infatti, anche laddove sia assente la cardiopatia ischemica coronarica, in presenza di una comorbidità il paziente può sviluppare congestione polmonare, perché ha un problema diastolico che porta alla congestione del circolo polmonare, determinando lo scompenso cardiaco stesso».

L'incremento dei ricoveri

«L'aumento della prevalenza di scompenso cardiaco si è tradotto in un **cospicuo incremento dei ricoveri ospedalieri** e in un aumento della spesa complessiva, perciò è importante il ruolo delle medicine interne nella gestione dei pazienti. Essi presentano una complessità clinica che non può essere gestita facilmente nei reparti ad elevato assorbimento di risorse altamente specializzate, vedi le cardiologie, ma occorre pervenire a modelli organizzativi che portino ad un **inquadramento multidimensionale del paziente**, capace di razionalizzare gli interventi in sinergia coi cardiologi».

«L'obiettivo- conclude Corrao- è coniugare il sostegno al malato, che deve tornare centrale, garantendogli una risposta assistenziale lucida e tempestiva in termini di sopravvivenza, dove possibile, e di qualità della vita,

accanto ad un necessario ulteriore miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, oltre che sul collegamento con gli specialisti territoriali per consolidare un management continuo e integrato».

La sinergia tra Cardiologia e Medicina Interna

Il dottor **Melchiorre Gilberto Cellura**, sottolinea: «L'obiettivo di questo incontro è evidenziare l'esigenza di **sinergia tra cardiologia e medicina interna** per consolidare strategie comuni che migliorino la qualità di vita del paziente affetto da scompenso cardiaco, al contempo attivando strumenti in grado di rispondere all'esigenza di contenimento di tutte quelle voci contabili, come ad esempio, le **giornate di ricovero**, per citarne solo una, che incidono sulla spesa complessiva dell'ospedalizzazione del paziente. Abbiamo scelto un percorso integrato coinvolgendo le altre aziende e la medicina del territorio, anello fondamentale per attivare la decongestione dell'afflusso ospedaliero e armonizzare la necessità di sostenibilità economica, con l'efficiente organizzazione dei servizi a tutela della salute del cittadino- paziente».

Le terapie

La dottoressa **Egle Incalcaterra**, (dirigente medico dell'Unità di cardiologia del Civico), che ha relazionato su «Management terapeutico in paziente con angina stabile», aggiunge: «**La malattia coronarica stabile**, patologia non rara, è caratterizzata da dolore toracico da sforzo legato ad ischemia miocardica. La corretta gestione deve essere guidata da un'iniziale valutazione del profilo di rischio del paziente, che ci consenta di ottimizzare le risorse garantendo a ciascuno un percorso diagnostico-terapeutico di intensità commisurata alla probabilità di eventi avversi. I pazienti con un profilo di rischio basso non necessitano di test diagnostici avanzati e possono essere gestiti con la sola terapia medica, mentre pazienti a rischio più elevato meritano un approccio più aggressivo. In questo contesto la terapia medica gioca comunque un ruolo centrale nel controllo dei sintomi e nel miglioramento della prognosi».

IL PROVVEDIMENTO

Il Cga blocca il maxi-appalto per le pulizie negli ospedali

Stop alla mega gara da 350 milioni di euro per la pulizia degli ospedali siciliani. Il Consiglio di giustizia amministrativa accoglie il ricorso delle piccole e medie imprese di pulizia della Fnip sospendendo la procedura bandita dalla Centrale unica di acquisto della Regione. La Fnip aveva presentato un primo ricorso al Tar sostenendo che la mega gara danneggiava le piccole imprese, che non avevano la capacità economica per poter partecipare a una gara divisa in macro lotti da 80 milioni ciascuno. Il Tar in primo grado ha però rigettato il ricorso, spiegando che l'obiettivo della Centrale unica di acquisto della Regione sia quello di risparmiare e non agevolare le imprese. I ricorrenti si sono appellati al Cga che ieri ha dato in parte ragione a loro, sospendendo la mega gara e rinviando tutto al Tar per una decisione nel merito. Adesso il dirigente della Centrale unica degli acquisti, Fabio Damiani, ha due strade: attendere la decisione del Tar, che potrebbe arrivare dopo mesi, oppure revocare la gara e ribandirla con nuovi lotti. Il governatore è molto soddisfatto: «Avevo quindi ragione io nel dire che si stavano favorendo i grandi gruppi con questi mega bandi in corso».

LA NOSTRA SALUTE FORUM A PALERMO

di Salvatore Fazio

I DERMATOLOGI «LA PELLE DEI RAGAZZI SEMPRE PIÙ A RISCHIO PER COLPA DELLO SMOG»

Le malattie della pelle sono in aumento tra i bambini: in Sicilia in alcuni casi sono persino triplicate per colpa di inquinamento e ambienti malsani. Lo hanno spiegato gli esperti riuniti a Palermo in occasione del secondo Forum «Dermatologia pediatrica» ospitato a Villa Malfitano.

Tra le malattie croniche più frequenti spicca la dermatite atopica contraddistinta dalla comparsa di infiammazione e di lesioni eritematose e pruriginose. L'esordio della patologia coincide spesso con l'età pediatrica. Si tratta di una malattia molto diffusa, che sta riscontrando un aumento crescente in particolare modo nei Paesi sviluppati. Presenta un'incidenza elevata tra i più piccoli, interessando ben il 20-30% dei bambini. La diffusione della dermatite atopica è triplicata nel corso degli ultimi trent'anni anche in Sicilia.

Il presidente del Forum era Salvatore Amato, i responsabili scientifici Mirella Milioto e Giuseppe Ruggiero. I tanti medici presenti al confronto hanno sottolineato che lo smog e l'ambiente malsano incidono in maniera significativa nello sviluppo di allergie e conseguenti patologie cutanee, gravando in particolare modo sulle fasce popolazione più giovani, come i bambini al di sotto dei 5 anni.

Tra i temi «caldi» anche la dermatologia

**IN SICILIA SI SONO TRIPPLICATE,
A CAUSA DELL'INQUINAMENTO,
LE PATOLOGIE NEI PERIODI
DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA**

dell'adolescente, più comunemente rappresentata dal difficile trattamento dell'acne che colpisce circa l'80% dei maschi e il 70% delle femmine. La predisposizione familiare influisce pesantemente nella comparsa dei brufoli, ma anche l'alterazione ormonale ha un ruolo di primo piano. Una patologia così diffusa da meritare «un approccio specialistico adeguato per garantire una corretta terapia - hanno spiegato i medici - anche perché bisogna garantire una stabilità psicologica in una età oggi così fragile». Gli adolescenti affetti da acne possono talvolta presentare disagio psicologico, scarsa autostima, insicurezza, imbarazzo, timidezza ed, in casi estremi, profonde turbe emozionali, quali depressione, ansia, rabbia, frustrazione.

Gli specialisti hanno sottolineato che le patologie cutanee dell'infanzia hanno un grosso impatto quotidiano ed elevata rilevanza sociale: basta considerare che una volta su tre la consulenza pediatrica riguarda problemi dermatologici. Inoltre spesso l'assistenza è difficile per la complessità di alcune malattie per le quali è necessario l'inter-



Nell'infanzia e nell'adolescenza le patologie cutanee hanno espressione ed evoluzione differente che nell'adulto

vento di più specialisti.

È stato affrontato il tema dell'orticaria cronica molto spesso presente anche in età pediatrica, patologia spesso sottostimata, che modifica la normale qualità della vita dei pazienti e della famiglia, e per la quale molto spesso non si trova una causa esterna come quella degli alimenti.

È stato ricordato ai medici poi quanto è fondamentale la «medicina narrativa»: il paziente va accolto, ascoltato, deve avere un interlocutore affidabile e non essere abbandonato dopo una diagnosi. Così come la cosiddetta «slow medicine» che favorisce il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e con i cittadini su esami, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatazza. (*SAFAZ*)

IL LIMITE GIORNALIERO È DI 5 GRAMMI

Quel «killer silenzioso» chiamato sale: in Italia se ne consuma il doppio

••• Lo chiamano il killer silenzioso, visto che il 75% del sale che consumiamo è nascosto nel cibo che compriamo. Nel mondo se ne consuma troppo: rispetto al limite di 5 grammi giornalieri raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), la media è di 8,1 grammi, in Asia si arriva ai 12 grammi, mentre in Italia è di 10 grammi, con i maggiori eccessi tra gli uomini e le regioni del Sud. Lo rileva il ministero della Salute in occasione della Settimana mondiale per la riduzione del consumo di sale, che si svolge dal 20 al 26 marzo. L'iniziativa, istituita nel 2005, è promossa dalla World Action on Salt and Health (WASH), associazione mondiale con partner in 95 Paesi dei diversi continenti, per migliorare la salute delle popolazioni di tutto il mondo. Si è calcolato infatti che se si riducesse il consumo di sale nel mondo da 10 a 5 grammi al giorno, si avrebbe un calo del 23% del rischio di ictus, pari a 1,2 milioni di morti, e del 17% per le malattie cardiovascolari, pari a 3 milioni di morti. In totale oltre 4 milioni di morti in meno. In Italia solo il 5% degli uomini e il 15% delle donne sta sotto i limiti. Gli uomini ne consumano oltre il doppio del limite giornaliero raccomandato (10,6 grammi), e le donne 8,2 grammi. Il 75% del sale consumato proviene dai prodotti acquistati nei negozi, come pane, prodotti da forno, prodotti caseari e salumi. Alcuni di questi alimenti, poveri di sale, vengono trattati e trasformati, acquisendone in maggiore quantità. Per questo, ricorda il Ministero, è importante leggere le etichette e preferire prodotti con una quantità di sale inferiore a 0,3 grammi per etto, ridurre il sale aggiunto a tavola e in cucina, preferendo quello iodato, e in alternativa spezie, erbe aromatiche, succo di limone o aceto per insaporire. Infine limitare gli altri condimenti con sale (dadi da brodo, salse, maionese), gli alimenti trasformati ricchi di sale (snack salati, patatine in sacchetto, alcuni salumi e formaggi, cibi in scatola) ed evitare l'aggiunta di sale nelle pappe dei bambini, almeno nel primo anno di vita.

L'INTERVISTA. Mirella Milioto, docente all'Università di Palermo di Malattie cutanee pediatriche: «Gli agenti esterni hanno abbassato la nostra soglia di difesa»

«Meno polvere, acari e cibi pesanti: anche così aiutiamo la nostra cute»

«Per aiutare la pelle bisogna fare attenzione anche in casa alla polvere e agli acari e occorre pure seguire una corretta alimentazione evitando cibi meno salutari come quelli ipercalorici e l'acqua troppo dura e calcarea». Lo spiega la dermatologa Mirella Milioto che è una dei responsabili scientifici del forum regionale di Dermatologia e docente all'Università di Palermo di Malattie cutanee pediatriche.

••• Quali sono i problemi cutanei per cui oggi ci si rivolge di più ai pediatri?

«La dermatite atopica, cioè la dermatite che fa diventare la pelle rossa. Si presenta con alcune croste ed è molto pruriginosa al punto di modificare la qualità della vita del piccolo paziente e di tutta la famiglia. Purtroppo ancora oggi si tenta quasi sempre di curarla con una dieta ipoallergenica, ma non è l'allergia alimentare alla base del problema bensì una alterazione costituzionale della «barriera» cutanea, peggiorata dall'ambiente. C'è poi molta preoccupazione per i «nevi melanocitari». C'è infatti molta paura dei cosiddetti melanomi. Ma in realtà nei bambini è rarissimo osservare questi tumori

cutanei. Le infezioni cutanee più frequenti sono quelle virali come verruche o molluschi contagiosi o quelle batteriche come la piodermite. E poi c'è la psoriasi. Benché un po' meno frequente, è sottostimata perché non sempre riconosciuta in età pediatrica».

••• Esistono anche malattie meno diffuse, ma non per questo meno importanti?

«Le malattie rare sono oggi di grande interesse, riconosciute anche dal ministero con i nuovi Lea, i livelli essenziali di assistenza. Se riconosciute precocemente anche con i test diagnostici genetici e di laboratorio si dimostrerebbe che non sono poi così rare, e si potrebbe fare una prevenzione più avanzata».

••• Alcuni consigli utili per aiutare la pelle? Cosa possiamo fare quotidianamente?

«Per esempio bisogna considerare le emissioni di metalli pesanti dalle marmittine, e ancora fare attenzioni alle polveri e agli acari presenti negli ambienti domestici, ai cibi meno salutari, alla crescita degli allergeni e all'acqua troppo dura e calcarea».

••• Nel forum si è parlato di «medicina narrativa». Cosa è e perché è così importante?

«La medicina ha nella sua essenza la cura delle persone ammalate, trattando le malattie che le colpiscono. Ma il predominio che la medicina ha dato alla conoscenza e al trattamento delle malattie ha finito per unificare i due momenti, ritenendo che conoscere e trattare le malattie rappresenti tutto ciò che si debba fare per curare le persone. Tuttavia è esperienza comune ad ogni professionista della salute che conoscere perfettamente una patologia non significhi automaticamente essere in grado di curarla o essere in grado di rispondere a tutte le esigenze dei pazienti. È una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la co-costruzione di un percorso di cura personalizzato e condiviso: cioè la cosiddetta storia di cura».

••• Quale è la situazione della



La dermatologa Mirella Milioto

Esistono pure malattie rare che oggi, con adeguati esami, si possono prevenire

dermatologia in Sicilia e in Italia?

«Si assiste ormai alla scomparsa delle aree specialistiche e super specialistiche. Mentre occorre assicurare ai pazienti il livello di cura più adeguato e soprattutto il setting assistenziale più adeguato, in un sistema ormai a rete. Il modello di oggi non è interdisciplinarietà, ma oggi vale il modello della transdisciplinarietà: cioè il paziente va messo al centro e i professionisti, ognuno per le proprie competenze contribuiscono al percorso di cura, curando lo stesso paziente. Ritengo che non ci saranno più le super specializzazioni con le scuole di una volta, ma qualche singolo e preparato professionista che purtroppo avrà difficoltà a passare il testimone del suo sapere, che è una trasmissione importantissima, invece. I piccoli congressi dovranno forse sostituire le esperienze scientifiche e culturali».

••• Perché parlare di dermatologia pediatrica nel terzo millennio?

«La dermatologia pediatrica è un settore ultra-specialistico della dermatologia che merita di essere conosciuto dai medici di famiglia, dai pediatri e dai dermatologi per la peculiare diversità delle manifestazioni e patologie cutanee nel bambino rispetto all'adulto. In epoca pediatrica, infatti, e fino all'adolescenza, si possono manifestare patologie cutanee che nell'adulto presentano un'espressione e una evoluzione differente. Sono in aumento le malattie cutanee croniche e la conoscenza sempre più avanzata delle malattie rare. E proprio per questo riconoscimento cambiano i livelli di assistenza per le malattie rare in generale. Infatti nei nuovi Lea vengono riconosciute addirittura 119 nuove malattie rare».

(*SAFAZ*)

COMUNE DI MARSALA (Provincia di Trapani)

Si rende noto che il Comune di Marsala ha indetto delle selezioni pubbliche per mobilità esterna, per titoli ed esami, ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 165/2001, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato dei seguenti posti:
n. 1 posto di Istruttore Tecnico - cat. C/;
n. 1 posto di Istruttore Informatico - cat. C/;
n. 2 posti di Agente di P.M. - Cat. C/;
n. 1 posto di Funzionario Tecnico - Cat. D/.
Gli avvisi pubblici di selezione e i relativi schemi di domanda sono pubblicati sul sito istituzionale dell'Ente www.comune.marsala.tp.it nella sezione «Avvisi importanti» e nella sezione «Amministrazione Trasparente». Bandi di concorso oltre che all'abito pretorio online.
IL DIRIGENTE DEL SETTORE AA.CC. IS.TA. R.U.
F. De Santis, Nicola Flosca

L'INIZIATIVA. Installazioni, pannelli e percorsi di lettura ispirati alla fiaba nella ludoteca dell'Ospedale dei bambini. Il progetto di due associazioni durerà un anno

Un «Piccolo principe» come amico per i bimbi ricoverati al Di Cristina

... Il «Piccolo principe» arriva all'Ospedale dei bambini per regalare un sorriso ai giovani pazienti. Colorate installazioni, allegri pannelli, giochi e percorsi di lettura che avranno come tema i racconti dell'opera più celebre di Antoine de Saint-Exupéry. È questo il progetto «Leggiamo insieme», ideato e donato da «Visiva marketing» e dall'associazione «People help the people» nei locali della ex ludoteca dell'azienda ospedaliera pediatrica Di Cristina.

L'iniziativa, che andrà avanti per almeno un anno, prevede, oltre all'allestimento dell'area giochi presente al quarto piano dell'edificio, anche un laboratorio di lettura in cui saranno coinvolti, ogni giovedì dalle 15 alle 17, i piccoli degenti

del nosocomio. I racconti e gli aneddoti del «Piccolo principe» saranno inoltre illustrati attraverso le installazioni a tema, realizzate da «Visiva marketing», che raffigurano le storie e le avventure del protagonista e degli altri personaggi dell'opera.

Con l'occasione all'ospedale verranno regalate alcune copie del libro, donate dall'associazione «OES Turan».

«Il Piccolo principe è la metafora del passaggio all'età adulta - spiega Giuseppe Labita, presidente dell'associazione People help the people -. Essere capaci di riconoscere chi è buono e chi è cattivo o magari tutte e due le cose insieme. Alla fine il libro ci dice che la vera fortuna è trovare un amico sul proprio cammino, quello che sarà il

compagno di sempre, pronto a sostenerci e a condividere tutto. Anche ciò che è difficile all'apparenza. È questo il messaggio positivo che vogliamo trasmettere ai piccoli pazienti».

Per il personale medico, il progetto è «un'importante occasione di crescita per i nostri bambini», dichiara Marilù Furnari, dirigente medico della Direzione sanitaria del Di Cristina: «La lettura attraverso il gioco può essere uno strumento utile ad allontanare i piccoli pazienti dalla paura del ricovero e della malattia. Negli ultimi anni registriamo una grande attenzione da parte di varie associazioni nei confronti dell'ospedale, che si conferma l'ospedale della città». (ASM)

ANNA SALAFINO



Operatori e piccoli degenti all'Ospedale dei bambini, dove è stato avviato il progetto «Leggiamo insieme»

Martedì 21 MARZO 2017

Epatite C. I nuovi criteri per trattare tutti i pazienti presto in Gazzetta Ufficiale. Melazzini (Aifa): “Da oggi in poi parleranno i fatti”

“Tutti i pazienti saranno presi in carico subito” ha annunciato il Direttore generale dell’Aifa nel corso di una conferenza stampa: gli 11 criteri che allargano il trattamento a tutti i malati saranno infatti pubblicati con una Determina di Aifa in Gazzetta Ufficiale in modo che tutto “sia chiaro e ufficiale”. L’Italia è il primo Paese in Ue ad aver attuato un piano di eradicazioni triennale.

Detto fatto. Il piano di eradicazione dell’Epatite C si veste di ufficialità. Arriverà a strettissimo giro di posta una determina di Aifa che ufficializza gli 11 nuovi criteri di trattamento (già varati la scorsa settimana) consentendo quindi a tutti gli 240mila pazienti per i quali la terapia farmacologica è indicata e appropriata di ricevere le cure nei prossimi tre anni. Criteri, definiti con le società scientifiche che saranno implementati nei Registri di monitoraggio di Aifa al lavoro già da tempo per diventare pienamente operativi. Una svolta ufficiale quindi per i pazienti che potranno mettersi in lista per essere presi in carico dagli specialisti nei 226 centri prescrittori ed essere trattati con i farmaci di ultima generazione. Invece, sul fronte delle trattative per la rimborsabilità e la fissazione del prezzo del farmaco, la partita si giocherà in sede di Ctr calendarizzato per la prossima settimana.

Ad annunciare le novità, di quella che è stata definita una “svolta epocale”, **Mario Melazzini** il Direttore generale dell’Aifa, affiancato da specialisti e pazienti, che nel corso di una conferenza stampa questa mattina nella sede dell’Agenzia ha rivolto un ringraziamento al ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** che ha “fortemente voluto l’attuazione del piano di eradicazione della malattia “con la strutturazione dei fondi per farmaci innovativi”, ai pazienti affetti da epatite e da comorbidità che si sono “messi totalmente a disposizione con gli specialisti” e a tutta la struttura Aifa che ha “contribuito e permesso di rispondere alle indicazioni elaborate”. E, but last not least, alle Regioni con le quali, ha ricordato Melazzini, è stato interamente condiviso tutto il percorso per arrivare a sconfiggere l’Epatite C.

“Concretizziamo un percorso e sanciamo i criteri di trattamento per curare tutti i pazienti italiani che saranno presi in carico nei Centri con le molecole a disposizione – ha spiegato Melazzini – in settimana sarà emanata una Determina in cui saranno allegati i nuovi criteri. Questo proprio perché verba volant scripta manent, nonostante non ce ne sarebbe bisogno in quanto tutte le tappe del percorso sono state condivise con le Regioni. I primi dieci giorni di aprile i registri saranno aggiornati con i nuovi criteri e con la possibilità di ritrattamento per quei pazienti che hanno fallito la terapia. Da oggi in poi parleranno i fatti”. Periodicamente ha poi spiegato il Direttore di Aifa, saranno attuati degli aggiornamenti e monitorate le attività. Per questo ha invitato le associazioni dei pazienti a segnalare eventuali criticità con l’obiettivo di correggerle.

Nella lotta all’Epatite C viene anche previsto l’ampliamento degli centri abilitati alla prescrizione: dagli attuali 226 si potrà arrivare a 273, in accordo con le Regioni, nel caso in cui si ritenesse necessario. E l’incremento dei trattamenti sarà facilitato dal fatto che, per curare forme meno gravi della patologia saranno disponibili cicli di trattamento più brevi (anche 8 settimane) rispetto a quelli utilizzati negli stadi più gravi. “Essendo realisti – ha poi aggiunto Melazzini – sappiamo che ci sono Centri con delle criticità, alcuni non sono in overbooking e possono quindi prendersi carico del trattamento di altri pazienti”. Insomma, sul piano strettamente operativo la mano passa alle Regioni a cui spetterà il compito di garantire ai loro pazienti l’accessibilità ai nuovi farmaci.

“In ogni modo tutte le nostre proposte, oltre che condivise con il Ministero – ha sottolineato Melazzini – saranno portare all’attenzione della Commissione salute delle Regioni”.

Per quanto riguarda invece i negoziati con le aziende farmaceutiche per la determinazione del prezzo di

acquisto a carico del Ssn, le trattative continuano ad andare avanti: il Comitato Prezzi e Rimborso è stato calendarizzato la prossima settimana. "Tutte le Aziende, tranne una, hanno risposto in maniera positiva ai tre modelli che perseguiamo, ossia etica, responsabilità sociale e sostenibilità economica – ha detto Melazzini – le trattative quindi sono ancora aperte e la settimana prossima ci sarà un incontro, vedremo come andrà".

Di certo tira aria nuova in Aifa. Come ha detto Melazzini, il cambio di passo non riguarderà solo l'epatite C, ma anche le trattative degli altri farmaci.

Un risultato storico. "Un risultato storico che ci proietta a livello mondiale tra le prime 10 nazioni che hanno concesso il trattamento a tutti i malati. Un motivo di grande orgoglio per l'intero Paese" ha sottolineato **Ivan Gardini**, presidente di EpaC Onlus, l'associazione che riunisce pazienti ma anche medici, avvocati, nutrizionisti: "Un risultato storico ottenuto grazie alla caparbità del ministro Lorenzin – ha aggiunto – grazie ora ai nuovi criteri ci saranno linee di priorità ma sarà lasciata al medico curante la facoltà di decidere non solo in base al livello di malattia, ma anche in considerazione del quadro sociale del paziente. Con questo nuovo corso metteremo fine ai viaggi verso paesi come l'India per procurarsi farmaci a costi accessibili. Le liste di attesa saranno scadenzate sempre dal medico curante e i pazienti potranno anche migrare nei Centri dove le liste di attesa sono minori. La palla è però in mano alle Regioni. E noi – ha concluso – faremo da sentinella per segnalare situazioni anomale che costituiscano disagio o blocchi di accesso al farmaco affinché siano rimossi".

Quali sono i farmaci che saranno immessi sul mercato? Attualmente, i "super farmaci" disponibili per il trattamento dell'epatite C sono sei: tra questi i più noti Sovaldi e Harvoni. Ma anche Viekirax + Exviera, Olysio, Daklinza e Zepatier. E a breve saranno disponibili in commercio nuovi farmaci per il trattamento dell'Epatite C, caratterizzati da maggior efficacia e minore durata di terapia rispetto alle opzioni terapeutiche oggi disponibili. Attualmente è in corso presso l'Aifa la negoziazione per la rimborsabilità e la fissazione del prezzo del farmaco Epclusa (sofosbuvir/velpatasvir) per il trattamento di tutti i genotipi (azione pan-genotipica) del virus Hcv ed è attesa entro giugno 2017 l'autorizzazione con procedura accelerata da parte dell'Agenzia europea per i farmaci (Ema) di un'ulteriore specialità medicinale (glecaprevir/pibrentasvir) anch'essa ad azione pan-genotipica.

Inoltre, numerose associazioni di principi attivi e nuove combinazioni sono in sperimentazione nei trial clinici al fine di ampliare il numero di opzioni terapeutiche, soprattutto per i sottogruppi di pazienti più difficili da trattare, di ridurre la durata della terapia e aumentare al maneggevolezza della cura.



20 mar
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | 🖨

DAL GOVERNO

«Lea, commissariate le Regioni inadempienti»

di Roberto Turno (da Il Sole-24Ore di Domenica 19 marzo)

«Attuare i Lea in tutta Italia per me è un impegno e un atto di responsabilità verso i cittadini. Le Regioni inerti possono rischiare fino al commissariamento». Più che soddisfatta per l'entrata in vigore dei nuovi Lea, la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, già guarda avanti. A partire dalla riforma dei ticket, per la quale sono allo studio tre ipotesi, tutte da verificare con Economia e Regioni. Col nodo finora inestricabile dei furbetti del ticket, che poi sono gli evasori fiscali. Populismo pensare di abolire i ticket? «Il populismo lo lasciamo a chi vive di slogan», ribatte. «Dobbiamo aiutare le fasce più deboli della popolazione».



Ministro, in due giorni sono arrivate in Gazzetta la legge sul rischio clinico e i Lea. Un risultato storico, ha subito twittato.

Diciamo che è stata una coincidenza. Ma il risultato è storico di per sé. E testimonia nei fatti dell'attività riformatrice degli ultimi tre anni e mezzo. Ora sono operativi i nuovi Lea, il nuovo Nomenclatore, il rischio clinico, il Piano vaccini. Presto ci sarà la legge per gli Ordini professionali. Si sta realizzando in pieno il Patto della salute con la revisione dei piani di rientro dal deficit degli ospedali. Ciò che abbiamo seminato sta maturando ed entra nella vita dei cittadini. È questo che mi preme di più.

Poi le leggi vanno attuate...

La mia preoccupazione oggi è che ogni riforma si traduca effettivamente in tutto il territorio nazionale in prestazioni e nel miglioramento dei servizi. E poiché non mi piace restare ferma, sto già pensando ai prossimi passi.

Per esempio?

La riforma dei ticket, riaprendo il tavolo con le Regioni. Ma anche quelle dei commissariamenti e della formazione del personale.

Intanto 15 anni dopo i Lea cambiano.

In verità per il Nomenclatore della specialistica ci sono voluti 20 anni. Un'eternità quando si parla della salute della gente. Ma l'importante è che ce l'abbiamo fatta. Con un finanziamento che è di un miliardo, perché per i vaccini nei Lea la dote è aumentata di altri 100 milioni. Senza scordare che non si dovranno aspettare altri 16 anni: l'aggiornamento sarà annuale.

Sperando, ripeto, che i Lea siano attuati dappertutto e non in ordine sparso dalle regioni.

Certamente. Per me è un impegno e un atto di responsabilità verso i cittadini. Abbiamo costituito con Agenas una commissione di verifica e controllo, con l'apporto dei Nas, che ogni tre mesi farà il punto sullo stato di attuazione dei Lea. Poi ogni volta pubblicheremo i dati sul nostro sito e li manderemo al Parlamento.

E chi non li attua cosa rischia?

Vedremo quali provvedimenti prendere, senza dimenticare che lo Stato può azionare i poteri sostitutivi. Vorrei però intendere i controlli non come uno strumento punitivo, ma propositivo per aiutare le Regioni nell'attuazione e capire dove e se ci sono criticità.

Nuovi Lea, meno ricoveri?

L'efficienza del sistema porta sempre alla riduzione dei ricoveri soprattutto se inappropriati. Se calano i ricoveri e cresce il livello delle prestazioni, è un bene per i pazienti.



Guardi, abbiamo tre strade davanti. La prima è quella del Patto della salute che prevede una revisione della compartecipazione in base ai componenti familiari, ai nuovi lavori o magari al lavoro che si perde, ma a parità di gettito. La seconda strada è quella di immaginare che con un efficientamento della spending review, ma non con tagli, si possano recuperare gli sprechi e riversare le risorse nel sistema, eliminando i ticket.

La terza strada?

È quella di rivedere il modo in cui li raccogliamo e di vincolare le risorse alle famiglie numerose, alla socio-assistenza, alle persone fragili e in difficoltà. Il problema è che sono gli evasori fiscali a non pagare il ticket. E lì dobbiamo agire. Per spendere, in tutti e tre i casi, in modo equo ed efficiente.

L'accusano di populismo...

Il populismo lo lasciamo a chi vive di slogan. Si tratta di vedere chi paga i ticket, dove e perché ci sono sperequazioni. La sfida è destinare le risorse alle fragilità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

► Con i nuovi Lea più vaccini e protesi, meno ricoveri

di *Barbara Gobbi* (da *Il Sole-24Ore* di domenica 19 marzo)

[Privacy policy](#) | [Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie](#)

Con i nuovi Lea più vaccini e protesi, meno ricoveri

di Barbara Gobbi (da Il Sole-24Ore di domenica 19 marzo)

SEGNALIBRO | ☆
FACEBOOK | f
TWITTER | t
STAMPA | p

Più tutele per la maternità, più vaccini, più screening. Protesi e ausili di ultimissima generazione, ma anche un grappolo di prestazioni sanitarie ad alto tasso di tecnologia. Più malattie rare e croniche riconosciute e curate senza costi per i malati. Ma anche la scrematura dei ricoveri con delisting a pagamento verso l'ambulatorio. Ben 15 anni dopo l'ultimo aggiornamento (che risale al 2001) i Lea, i livelli essenziali di assistenza sanitaria che devono essere garantiti a tutti i cittadini, cambiano volto. Allargando e in gran parte migliorando e qualificando l'offerta di servizi pubblici gratuiti o dietro pagamento di un ticket.

Una scommessa anche finanziaria di tutto rispetto, quella dei nuovi Lea. Che possono contare su una dote, fissata dalla legge di Stabilità del 2016, di 800 milioni l'anno espressamente vincolata all'interno del Fondo sanitario nazionale. Ai quali però si aggiungono anche le risorse stanziare per il nuovo Piano nazionale dei vaccini, parte integrante dei Lea, ai quali la manovra 2017 ha destinato 100 mln per quest'anno e poi ancora 127 e 186 mln rispettivamente per il 2018 e per il 2019: fondi per oltre 400 milioni in tre anni.

L'attesissima riforma dei Lea è approdata ieri sulla Gazzetta Ufficiale: è il Dpcm del 12 gennaio, giorno della firma del presidente del Consiglio, pubblicato in un mega supplemento, il n. 75 del 18 marzo. Entrerà subito in vigore. Ma ci saranno ancora alcune tappe da rispettare per una compiuta applicazione dei Lea, chissà quanto uniforme, totale e tempestiva in tutte le Regioni: il Governo assicura che la vigilanza sarà massima. Mentre la promessa scritta per legge è che non si dovrà più attendere altri 15 anni per rivedere l'elenco delle prestazioni sanitarie in tutto o in parte sotto l'ombrello del Ssn: l'aggiornamento d'ora in poi dovrà infatti avvenire ogni anno. Anche su questo aspetto - compatibilità finanziarie permettendo - non mancherà il pressing da parte di tutte le categorie interessate, a partire dagli assistiti. Intanto con i nuovi Lea ai nastri di partenza si ampliano gratuitamente le garanzie per la maternità, dall'eterologa (Pma) agli screening. Vengono inserite 110 nuove malattie rare con esenzione dai ticket e viene rivisto l'elenco delle patologie croniche con l'ingresso di sei nuove patologie esenti, dalla broncopneumopatia ostruttiva alla sindrome da talidomide fino all'endometriosi acuta e grave. Ci sarà la tutela dell'autismo, della celiachia, della sindrome di Down. C'è poi un'offerta decisamente più ampia di coperture vaccinali, dall'anti pneumococco all'antimeningococco alla varicella fino all'estensione del vaccino per il papillomavirus anche agli adolescenti di sesso maschile. Si allarga poi significativamente lo spettro di screening alla nascita, dalla sordità alla cataratta congenita alle patologie metaboliche ed ereditarie. E si fa largo a protesi e ausili hi-tech per i disabili gravi, dai comunicatori oculari alle tastiere adattate per le persone con gravissime disabilità, fino alle carrozzine ma anche carrozzine più moderne o ai comandi a riconoscimento vocale. Sperando naturalmente che i fondi bastino per tutti coloro che ne hanno diritto. Senza dimenticare però anche le prestazioni sanitarie a sempre più elevato contenuto tecnologico, come l'adroterapia contro il cancro.

Una rivoluzione, un deciso salto di qualità per l'assistenza sanitaria pubblica. Con tutte le cautele del caso, non ultima la tempistica effettiva di applicazione. Se i nuovi "Livelli" entrano infatti in vigore ufficialmente oggi, 19 marzo, non tutte le prestazioni e le novità saranno immediatamente fruibili dai cittadini. Anzi.

Intanto, lo stesso Dpcm prevede che l'elenco che include 110 malattie rare in più sarà operativo sei mesi dopo la pubblicazione in Gazzetta. E più in generale, spetterà a una serie di accordi Stato-Regioni definire criteri uniformi per individuare limiti e modalità di erogazione di una serie di prestazioni demandate alle regioni e alle province autonome. Ancora: l'entrata in vigore delle novità per l'assistenza specialistica e protesica è subordinata all'operatività dei provvedimenti che fisseranno le tariffe massime per le relative prestazioni. Nel frattempo, un elenco transitorio normerà le nuove malattie croniche esenti, che richiedono prestazioni specialistiche incluse in quei nomenclatori, fino a quando non saranno pronte le liste aggiornate.

Senza dimenticare che sono ancora in corso i lavori della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea, che entro il 28 febbraio avrebbe dovuto formulare una prima proposta di revisione da formalizzare entro il 15 marzo. Date al momento "bucate": la Commissione, insediata ad ottobre scorso dalla ministra Lorenzin, è nell'impasse. Tra la coperta delle risorse destinate ai nuovi Lea (gli 800 milioni annui) giudicata troppo corta dalle Regioni e i diktat lanciati dalle commissioni parlamentari nei loro pareri sul provvedimento governativo.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Più vaccini e protesi, meno ricoveri

In vigore la riforma dei Lea - Dopo 15 anni cambia la mappa di cure e costi

Barbara Gobbi
ROMA

Più tutele per la maternità, più vaccini, più screening. Protesi e ausili di ultimissima generazione, ma anche un grappolo di prestazioni sanitarie ad alto tasso di tecnologia. Più malattie rare e croniche riconosciute e curate senza costi per i malati. Ma anche la scrematatura dei ricoveri con delisting a pagamento verso l'ambulatorio. Ben 15 anni dopo l'ultimo aggiornamento (che risale al 2001) i Lea, i livelli essenziali di assistenza sanitaria che devono essere garantiti a tutti i cittadini, cambiano volto. Allargando e in gran parte migliorando e qualificando l'offerta di servizi pubblici gratuiti o dietro pagamento di un ticket.

Una scommessa anche finanziaria di tutto rispetto, quella dei nuovi Lea. Che possono contare su una dote, fissata dalla legge di Stabilità del 2016, di 800 milioni l'anno espressamente vincolata all'interno del Fondo sanitario nazionale. Ai quali però si aggiungono anche le risorse stanziare per il nuovo Piano nazionale dei vaccini, parte integrante dei Lea, ai quali la

manovra 2017 ha destinato 100 mln per quest'anno e poi ancora 127 e 186 mln rispettivamente per il 2018 e per il 2019: fondi per oltre 400 milioni in tre anni.

L'attesissima riforma dei Lea è approdata ieri sulla Gazzetta Ufficiale: è il Dpcm del 12 gennaio, giorno della firma del presidente del Consiglio, pubblicato in un megasupplemento.

TICKET

Riconosciuta l'esenzione anche per autismo, celiachia, sindrome di Down, broncopneumopatia ostruttiva ed endometriosi

to, il n. 75 del 18 marzo. Entrerà subito in vigore.

Ma ci saranno ancora alcune tappe da rispettare per una compiuta applicazione dei Lea, chissà quanto uniforme, totale e tempestiva in tutte le Regioni: il Governo assicura che la vigilanza sarà massima. Mentre la promessa scritta per legge è che non si dovrà più attendere altri 15 anni per rivedere l'elenco delle prestazioni sanitarie in tutto o in par-

te sotto l'ombrello del Ssn: l'aggiornamento d'ora in poi dovrà infatti avvenire ogni anno. Anche su questo aspetto - compatibilità finanziarie permettendo - non mancherà il pressing da parte di tutte le categorie interessate, a partire dagli assistiti.

Intanto con i nuovi Lea i nastri di partenza si ampliano gratuitamente le garanzie per la maternità, dall'eterologa (Pma) agli screening. Vengono inserite 110 nuove malattie rare con esenzione dai ticket e viene rivisto l'elenco delle patologie croniche con l'ingresso di sei nuove patologie essenziali, dalla broncopneumopatia ostruttiva alla sindrome da talidomide fino all'endometriosi acuta e grave. C'è la tutela dell'autismo, della celiachia, della sindrome di Down.

C'è poi un'offerta decisamente più ampia di coperture vaccinali, dall'anti pneumococco all'antimeningococco alla varicella fino all'estensione del vaccino per il papillomavirus anche agli adolescenti di sesso maschile. Si allarga poi significativamente lo spettro di screening alla nascita, dalla sordità alla cataratta congenita alle patologie metaboliche ed ereditarie. E si fa largo a protesi e ausili hi-tech per i disabili gravi, dai comunicatori oculari alle tastiere adattate per le persone con gravissime disabilità, fino alle carrozzine ma anche carrozzine più moderne o ai comandi a riconoscimento vocale. Sperando naturalmente che i fondi bastino per tutti coloro che ne hanno diritto. Senza dimenticare però anche le prestazioni sanitarie a sempre più elevato contenuto tecnologico, come l'adroterapia contro il cancro.

Una rivoluzione, un deciso salto di qualità per l'assistenza sanitaria pubblica. Con tutte le cautele del caso, non ultima la tempistica effettiva di applicazione. Se i nuovi "Livelli" entrano infatti in vigore ufficialmente oggi, 19 marzo, non tutte le prestazioni e le novità saranno immediatamente fruibili dai cittadini. Anzi.

Intanto, lo stesso Dpcm prevede che l'elenco che include 110 malattie rare in più sarà operativo sei mesi dopo la pubblicazione in Gazzetta. E più in generale, spetterà a una serie di accordi Stato-Regioni definire criteri uniformi per individuare limiti e modalità di erogazione di una

50 milioni

I risparmi

Dal passaggio di un pacchetto di prestazioni dal regime di ricovero a quello ambulatoriale ci si attende un risparmio di 50 milioni

186 milioni

I costi in più

Sono 186 i milioni di onere aggiuntivo per il Servizio sanitario a causa dell'introduzione di nuovi vaccini

110

Le nuove malattie

Sono 110 le nuove malattie o gruppi di patologie introdotte nell'elenco delle «rare», che sostituisce integralmente quello sinora in vigore

19

Gli anni del vecchio elenco

Risale al 1999 il vecchio nomenclatore di protesi e ausili adesso cambiato dai nuovi Lea

serie di prestazioni demandate alle regioni e alle province autonome.

Ancora: l'entrata in vigore delle novità per l'assistenza specialistica e protesica è subordinata all'operatività dei provvedimenti che fisseranno le tariffe massime per le relative prestazioni. Nel frattempo, un elenco transitorio normerà le nuove malattie croniche esenti, che richiedono prestazioni specialistiche incluse in quei nomenclatori, fino a quando non saranno pronte le liste aggiornate.

Senza dimenticare che sono ancora in corso i lavori della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea, che entro il 28 febbraio avrebbe dovuto formulare una prima proposta di revisione da formalizzare entro il 15 marzo. Date al momento "bucate": la Commissione, insediata ad ottobre scorso dalla ministra Lorenzin, è nell'impasse. Tra la coperta delle risorse destinate ai nuovi Lea (gli 800 milioni annui) giudicata troppo corta dalle Regioni e i diktat lanciati dalle commissioni parlamentari nei loro pareri sul provvedimento governativo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Attuazione a tappe

Ci vorranno sei mesi per l'elenco malattie rare e i criteri verranno da accordi Stato-Regioni

Sanità

I NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

La dote

Già assegnati 800 milioni l'anno, più 400 in un triennio per il Piano vaccinazioni

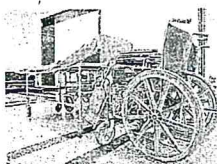
Le novità area per area



ASSISTENZA OSPEDALIERA

Prestazioni garantite

Sono garantite le prestazioni assistenziali ospedaliere ordinarie, in caso di patologie acute, che necessitano di assistenza medico-infermieristica prolungata, osservazione medico-infermieristica per 24 ore e immediata accessibilità alle prestazioni stesse. Tra le prestazioni garantite, rientrano la terapia del dolore e le cure palliative, ma anche la diagnosi precoce, nei neonati, sia della sordità neonatale sia della cataratta congenita e delle malattie metaboliche ereditarie, l'analgesia durante il travaglio e il parto vaginale, gli interventi di chirurgia estetica, garantiti solo in caso di incidenti, di malformazioni congenite o acquisite o di esiti di procedure medico-chirurgiche



ASSISTENZA INTEGRATIVA

Dispositivi medici e dietetici

Inuovi Lea inseriscono nell'area dell'assistenza integrativa i dispositivi medici monouso (come sacche per stomie, cateteri, ausili per incontinenza e medicazioni), che fino a oggi sono stati inseriti nell'area della protesica. Nell'ambito dei prodotti dietetici, scatta la fornitura gratuita dei prodotti a proteici a favore dei nefropatici cronici e la fornitura dei prodotti addensanti

Ausili high tech

Alla categoria ausili, sono introdotti nuovi modelli sinora non prescrivibili. Tra essi: gli apparecchi per l'incentivazione dei muscoli respiratori, la barella per la doccia, lo scooter a quattro ruote, i carrelli servoscala per interni, le carrozzine con sistema di verticalizzazione e sistemi di sostegno della persona nell'ambiente bagno (maniglioni e braccioli)



MATERNITÀ E GRAVIDANZA

Le visite coperte

Sono escluse dalla compartecipazione le visite periodiche ostetrico-ginecologiche, i corsi di accompagnamento alla nascita e l'assistenza in puerperio. In caso di minaccia di aborto non si paga il ticket neanche per tutte le prestazioni di specialista ambulatoriale necessarie per monitorare l'evoluzione della gravidanza

Fecondazione, costi ripartiti

Rientra nei Lea lo screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie ereditarie. Il Servizio sanitario garantisce inoltre la selezione dei donatori di cellule riproduttive, in attuazione delle direttive europee sul tema. Le coppie che si sottopongono alla pma eterologa devono contribuire ai costi nella misura fissata dalle regioni e dalle pubbliche amministrazioni



I VACCINI

I nuovi ingressi

Vengono introdotti nuovi vaccini, come l'anti papillomavirus esteso anche ai maschi, l'anti pneumococco e l'anti meningococco. Le amministrazioni regionali dovranno garantire il raggiungimento delle coperture per le nuove vaccinazioni, con una gradualità che è stata indicata nel dettaglio dall'Intesa Stato-Regioni sul Lea

L'esenzione

Il Piano nazionale vaccini 2016-2018 prevede che nuove vaccinazioni vengano offerte gratis per fascia d'età e contiene capitoli sugli interventi per categorie a rischio: meningococco B e rotavirus (primo anno di vita); varicella prima dose (secondo anno di vita); varicella seconda dose (5-6 anni); Hpv nei maschi 11enni; Jpv meningococco e zoster (anziani)



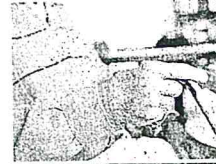
PATOLOGIE

Cronicità

L'attuale lista delle malattie croniche viene sostituita da un nuovo elenco in cui sono inserite nuove patologie: broncopneumopatia cronica ostruttiva-Bpco, rene policistico autosomico dominante, osteomielite cronica, endometriosi (stadi III e IV), malattie renali croniche, sindrome da talidomide. È stato ridotto il pacchetto di prestazioni associato alla diffusissima ipertensione, quando questa non comporta danni organici

Rarità

Sono state individuate 110 nuove malattie o gruppi, tra cui la sarcoidosi, la sclerosi sistemica progressiva e la miastenia grave. Tutte le prestazioni che riguardano le malattie rare sono erogate in regime di esenzione dai ticket



CATEGORIE PARTICOLARI

Invalidi

Confermato il pacchetto di prestazioni sanitarie specifiche, preventive, ortopediche e protesiche a invalidi di guerra e vittime del terrorismo. Tra queste, ciclo di cure termali, cure climatiche e soggiorni terapeutici, piccole protesi, ma anche l'erogazione gratuita dei farmaci di classe C. Tutte le prestazioni agli invalidi e, se previsto, ai loro familiari, sono in regime di esenzione

Dipendenze patologiche

Il Servizio sanitario nazionale garantisce, oltre a prestazioni di recupero nei Sert, la somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico. A carico del Servizio, inoltre, le cure palliative domiciliari e di neuropsichiatria infantile

Salute. Cinque anni per l'azione risarcitoria contro i camici bianchi, al paziente l'onere della prova - Termini doppi per le strutture

Prescrizione breve per i medici

Ieri in Gazzetta la pubblicazione della legge sulla responsabilità professionale

Filippo Martini

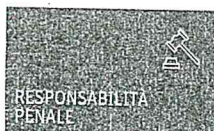
La legge 8 marzo 2017 n. 24 («Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie») è stata pubblicata ieri sulla Gazzetta. L'aplicabilità, a regime, sarà raggiunta solo con l'emanazione dei molti decreti attuativi previsti, ma numerose e di sostanza sono le norme immediatamente applicabili. Di queste, le principali portano sin da subito (la legge entrerà in vigore tra 15 giorni) a modifiche sostanziali soprattutto per operatori sanitari e strutture.

L'articolo 4, ad esempio, obbliga le aziende sanitarie a fornire ai diretti interessati, nel rispetto del dovere di trasparenza pure richiamato, entro sette giorni dalla richiesta, la documentazione sanitaria disponibile e relativa alla vicenda clinica che ha coinvolto il paziente. Le eventuali integrazioni documentali non potranno essere fornite oltre il trentesimo giorno dalla presentazione della richiesta.

Certamente, però, le norme di maggiore impatto sono quelle contenute negli articoli 6 e 7 che disciplinano, la prima, una ipotesi di non punibilità del medico per imperizia qualora lo stesso abbia rispettato le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali.

Quanto, invece, all'articolo 7, la novella introduce quello che è già stato ribattezzato il «doppio binario» della responsabilità civile, ponendo da un lato la natura contrattuale del vincolo tra azienda sanitaria e paziente e, dall'altro, la natura extracontrattuale della responsabilità imputabile in ipotesi all'operatore dipendente o comunque inquadrato nella struttura, salva l'ipotesi che lo stesso medico abbia assunto contrattualmente un impegno con il proprio cliente.

Le novità



L'articolo 6 della nuova legge 24/2017 disciplina la responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria

- Se l'operatore sanitario ha agito rispettando le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi della legge, ovvero, in assenza di tali linee, si sia attenuto alle buone pratiche clinico assistenziali, non potrà essere ritenuto punibile per imperizia, ai sensi de nuovo articolo 590-sexies del Codice penale introdotto dalla nuova legge



L'articolo 7 della legge introduce un «doppio binario» sulla responsabilità civile.

- **Responsabilità contrattuale**
 - Azienda sanitaria pubblica o privata
 - Operatore sanitario che abbia stipulato contratto direttamente con paziente
- **Responsabilità extracontrattuale**
 - Operatore sanitario dipendente
 - Operatore sanitario non dipendente
 - Operatore sanitario libero professionista che agisca in ranoemia
 - Attività di sperimentazione e ricerca
 - Medico convenzionato con Ssn



Il «doppio binario» che distingue la responsabilità civile della struttura sanitaria da quella del professionista ha un impatto diretto sull'azione giudiziaria

Responsabilità contrattuale della struttura sanitaria

- Prescrizione decennale
- Onere della prova liberatoria in capo al convenuto

Responsabilità extracontrattuale del professionista sanitario

- Prescrizione cinque anni
- Onere della prova in capo all'attore su errore sanitario e nesso causale con il danno lamentato



Limiti all'azione di rivalsa

- Solo in caso di dolo o colpa grave
- Solo dopo il risarcimento del danno
- Entro un anno dal pagamento
- Massimo tre annualità retributive lorde (salvo il caso di azione contro libero professionista intra o extra moenia)
- Obbligo di comunicazione (entro dieci giorni) della pendenza della lite a pena di decadenza dell'azione di rivalsa (articolo 13)

I nuovi limiti all'azione di rivalsa sono applicabili a:

- Corte dei conti
- Azienda sanitaria privata
- Compagnia di assicurazione

Questa distinzione determinerà uno sdoppiamento dei canoni dell'azione giudiziaria e della natura istruttoria dell'indagine sul piano civile tramedito e ospedale. Da un lato, infatti, l'onere della prova circa la natura illecita della condotta del medico e del rapporto causale col danno lamentato è posto, dalla natura extracontrattuale della responsabilità, a carico del paziente che agisce lamentando un danno. Nel contesto della responsabilità contrattuale della struttura, invece, l'onere della prova è invertito a favore del paziente che potrà limitarsi a dedurre in giudizio l'inadempimento qualificato e tecnico dell'ente ove fu curato. Né di minor conto è il regime della prescrizione del diritto al risarcimento che passa dai dieci anni (per la responsabilità contrattuale) ai cinque anni in caso di azione risarcitoria intentata contro il sanitario.

Altre norme poi sono di immediata applicazione e riguardano le nuove regole procedurali del giudizio risarcitorio intentato dal paziente. L'articolo 8, infatti, rende fin da subito obbligatorio prima di avviare una causa, l'esperimento di un tentativo di conciliazione giudiziale con lo strumento dell'Atp (Accertamento tecnico preventivo) nel quale un consulente medico nominato dal giudice valuterà i profili di responsabilità e di danno, invitando le parti a una conciliazione. L'attore, dunque, fin dai giudizi promossi dopo l'entrata in vigore della legge 24/2017, dovrà prima avviare questo tentativo (in alternativa alla mediazione già oggi obbligatoria), finalizzato alla composizione della lite e a evitare il possibile contenzioso. Anche l'articolo 9 avrà impatto immediato, ponendo limiti all'azione di rivalsa contro il medico, tanto sul piano dei tempi (entro un anno dal pagamento del danno), quanto sul piano dell'entità massima di esposizione economica del sanitario (tre annualità retributive lorde).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ANNUNCIO DI LORENZIN

Sanità, oggi i nuovi Lea in «Gazzetta»

Attesi da 15 anni arrivano oggi sulla Gazzetta Ufficiale i nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), cioè le prestazioni e servizi che il Ssn deve garantire a tutti i cittadini gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. Ad annunciarlo è stata ieri la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin: «Una giornata storica» ha commentato.

Il documento, che è stato firmato lo scorso 12 gennaio dal premier Paolo Gentiloni, iscrive tra le nuove prestazioni garantite la fecondazione assistita eterologa e omologa, i nuovi vaccini, lo screening alla nascita, l'escissione dal ticket per endometriosi, i trattamenti per la celiachia e ulteriori malattie rare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA