

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

MERCOLEDI' 28 GENNAIO 2015

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Aou, completata la squadra ai vertici

Il commissario straordinario della Azienda ospedaliero universitaria, Giuseppe Pintor, ha completato la squadra con la nomina di Antonella Virdis a direttore sanitario e di Salvatore Piras a direttore amministrativo. E ora l'Aou è pronta a perseguire gli obiettivi assegnati, « primo fra tutti – commenta Pintor – l'unificazione dei due grandi ospedali della città. Lavoreremo con impegno, in stretta collaborazione con l' Università e la Asl n. 1, nell'interesse del territorio». Antonella Virdis, 55 anni, medico con doppia specializzazione in chirurgia generale e igiene e medicina preventiva, è responsabile del servizio produzione, qualità e risk management della stessa Aou. Dal 2006 al 2009 ha lavorato nella direzione sanitaria della Asl sassarese in qualità di responsabile del "Programma di Gestione del Rischio clinico" , nel 2007 ha fatto parte del "Gruppo di lavoro Regionale per il Rischio Clinico". E' inoltre componente del Nucleo Tecnico di valutazione per l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie. Salvatore Piras, 55 anni, laureato in Scienze Politiche, ha particolare esperienza e competenze maturate nella gestione delle crisi aziendali, nei processi di ristrutturazione, riorganizzazione e delle Start-Up aziendali. Dirigente di ruolo a tempo indeterminato, ha ricoperto incarichi dirigenziali e di direzione generale nel settore delle imprese private, dell'industria e del facility management.

OLBIA Oncologia, svolta nelle procedure clinico-assistenziali: è un team multidisciplinare a occuparsi delle pazienti Tumore al seno, il nuovo percorso protegge le donne

«L'obiettivo è uno: andare incontro alle donne che si trovano a dover gestire un periodo difficile della propria vita e non farle sentire mai sole nel percorso terapeutico. Nel 2014 si sono registrati in Italia 48.000 nuovi casi di carcinoma della mammella. Numeri che devono far riflettere e portare tutti gli operatori e creare dei

percorsi in grado di trasmettere rassicurazioni e, soprattutto, risposte certe e personalizzate che consentano, nel minor tempo possibile, di avere una diagnosi precisa individuando un percorso terapeutico dettagliato». Le parole sono di Salvatore Ortu, responsabile del Servizio di Oncologia aziendale della Asl, il quale ha illustrato il percorso per la gestione clinico-assistenziale della paziente con tumore al seno, già in atto dallo scorso mese di ottobre. Una procedura che vede coinvolti numerosi operatori sanitari che, a diverso titolo, possono entrare in contatto con una potenziale paziente. «La gestione e l'analisi multidisciplinare di questa patologia rientra all'interno di un nuovo modo di fare sanità - ha detto Paolo Tecleme, commissario della Asl - che passa per uno studio multiprofessionale. A monte però c'è il percorso preventivo, diagnostico, riabilitativo e infine il monitoraggio degli esiti». E' di tutto questo che si è discusso in un convegno tenuto nella sala congressi dell'Expò davanti a una platea composta da medici di medicina generale (Mmd), oncologi, chirurghi, anatomo-patologi, radiologi, igienisti, farmacisti, biologi, tecnici sanitari di laboratorio biomedico, psicologi e infermieri. A tutti loro, Salvatore Ortu ha ricordato che «il carcinoma alla mammella è la principale causa di morte nelle donne tra i 35 e 54 anni; in caso di diagnosi precoce e di un trattamento adeguato il tasso di sopravvivenza a 5 anni nelle pazienti con tumore della mammella può superare l'80%. Con la procedura in atto, la Asl di Olbia intende garantire la presa in carico assistenziale della paziente, andando a rafforzare l'aspetto della comunicazione e informazione tra gli operatori sanitari e la donna, migliorando i tempi d'attesa e il monitoraggio dei livelli di qualità delle cure offerte. Un ruolo attivo verrà svolto anche dai medici di medicina generale, i quali, dinanzi a una paziente sintomatologica, potranno inviarla direttamente nel reparto di Oncologia, dove verrà presa in carico nell'arco delle 48 ore. Si tratta di una procedura complessa che analizza le varie fasi del percorso di diagnosi e cura e che coinvolge diversi specialisti in un "Team multidisciplinare" per occuparsi della paziente e, contestualmente, di tutti gli aspetti della patologia. In questa maniera verrà annullato il senso di "abbandono" e "spaesatezza" che spesso travolge le donne, le quali si sentiranno seguite in ogni loro fase del percorso terapeutico».

Aperto a Tempio il processo per l'episodio accaduto il 17 gennaio 2009 nell'ospedale Giovanni Paolo II

OLBIA Bimbo sofferente durante il parto a giudizio l'ostetrica e due medici Aperto a Tempio il processo per l'episodio accaduto il 17 gennaio 2009 nell'ospedale Giovanni Paolo II

Un caso di malasanità è stato discusso, ieri, nell'aula del tribunale di Tempio. La vicenda, che vede indagate due ginecologhe e un'ostetrica – Cristina Nocco, Nadia Rosas e Stefania Falconi, in servizio al reparto ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Olbia – per lesioni gravi ad un neonato, prese avvio il 17 gennaio del 2009, quando in sala parto una puerpera nuorese stava per dare alla luce il proprio bimbo. Cos'è

accaduto nelle ore in cui la donna, ormai giunta a fine gravidanza, in travaglio e sino alla nascita del bimbo, non è stato chiarito neppure da una consulenza medico legale affidata ad un luminare di ostetricia e ginecologia dell'Università di Sassari. Quel che è certo è che il bimbo, per «imperizia da una parte e negligenza dall'altra» ha sofferto al punto tale da restare quasi asfissati nel ventre materno. Una Ipossia (mancanza di ossigeno al cervello) che ha provocato nel bimbo crisi di epilessia per oltre due mesi, difficoltà deambulatorie e lasciato postumi che saranno valutati passo dopo passo, seguendo la crescita del bimbo. Quel giorno in sala parto c'era soltanto l'ostetrica di turno che, dopo aver verificato la posizione del pupo, fece accomodare la puerpera dentro la vasca per il parto in acqua. La donna, però, si lamentò per il freddo, quindi venne spostata in sala parto mentre le condizioni del bimbo, registrate attraverso un elettrocardiogramma, facevano intuire una sofferenza fetale. Soltanto dopo diverse ore intervenne un medico, ma nessuno si premurò di far nascere, con un parto cesareo, il bimbo sofferente. Ieri mattina hanno preso la parola i difensori degli indagati (tra i quali l'avvocato Antonello Desini,) e la parte civile, rappresentata dal legale nuorese Gianluigi Mastio, che hanno chiesto al consulente d'ufficio diverse spiegazioni mediche sulle operazioni preliminari che debbono essere svolte in vista di un parto. In quel caso specifico nessuno dei protocolli venne applicato, e la stessa cartella clinica risultava compilata in modo non cronologico e senza indicazioni di sorte, neppure su chi intervenne in reparto per controllare la puerpera. Alla quale non fu controllata la pressione arteriosa e neppure la febbre, due accertamenti semplicissimi e basilari, in medicina. Il processo proseguirà in febbraio.

L'UNIONE SARDA

SASSARI Azienda ospedaliera: cambio al vertice

Antonella Viridis e Salvatore Piras sono rispettivamente i nuovi direttori sanitario e amministrativo dell'Azienda ospedaliera di Sassari. Lo ha deciso il commissario straordinario Giuseppe Pintor che ha completato la squadra alla guida dell'azienda mista. Antonella Viridis, 55 anni, medico con doppia specializzazione in Chirurgia generale e Igiene e medicina preventiva, è responsabile del servizio produzione e qualità della stessa Aou. Stessa età di Salvatore Piras, laureato in scienze politiche e con esperienze importanti nella gestione delle crisi aziendali, processi di ristrutturazione, riorganizzazione delle start up.

I nuovi direttori lavoreranno al fianco del commissario straordinario Giuseppe Pintor: «La squadra è completa - ha detto il commissario - e pronta a lavorare per raggiungere gli obiettivi. Primo fra tutti, l'unificazione dei due ospedali della città. Lavoreremo per questo al fianco dell'Asl di Sassari».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Ecco i nuovi Lea. Più presidi per disabili, nuovi vaccini, eterologa, epidurale e screening neonatale. Ma la parola

d'ordine è “appropriatezza”: stop a esami “inutili”. E alla fine Lorenzin “mette sul piatto” 460 mln in più

Prevenzione, specialistica ambulatoriale, integrativa e protesi, ospedali. Questi i principali settori toccati dalla proposta ministeriale. Maggiori oneri per circa 2,080 miliardi, compensati da circa 1,620 miliardi di risparmi. Con un saldo "attivo" di circa 460 milioni di euro in più rispetto ai vecchi Lea. Domani incontro tra il ministro e gli assessori alla Sanità delle Regioni per un primo confronto.

Oggi il ministro della Salute dovrebbe incontrare le Regioni per un primo confronto sull'aggiornamento dei Lea previsto dal Patto per la Salute. Un mese di ritardo rispetto alla tabella di marcia (si doveva chiudere entro il 31 dicembre) ma il piatto è ricco. Almeno da quanto siamo riusciti a capire dalle prime indiscrezioni.

Nuovi vaccini. Nei Lea targati Lorenzin dovrebbe entrare gratuitamente varicella, pneumococco, meningococco e vaccino anti HPV, con una spesa quantificata in 138 milioni di euro che gli esperti del ministero sono però convinti di contenere a 68 milioni in quanto molte regioni hanno già avviato per loro conto programmi vaccinali che comprendono i nuovi vaccini.

Assistenza specialistica e ambulatoriale. Arrivano nuove prestazioni diagnostiche. Ma anche in questo caso si tratta nella maggioranza dei casi prestazioni già comprese nelle prestazioni erogate attualmente ma che ora entrerebbero a far parte “ufficialmente” dei Lea del Ssn.. In più vengono proposte una serie di misure di appropriatezza intervenendo sulle condizioni di erogabilità che saranno ben definite e limitate come già avviene oggi per le note Aifa sui farmaci.

Saranno poi incrementati i controlli sull'appropriatezza prescrittiva su ben 160 prestazioni già presenti nel “vecchio” nomenclatore. Si prevede anche un nuovo sistema per monitorare l'effettiva necessità di effettuare un secondo esame per la stessa esigenza diagnostica. Il secondo si effettuerà solo nel caso il primo esame non abbia dato risposte certe. A questi risparmi si devono poi aggiungere maggiori entrate per le Asl che verranno dal maggiore gettito del ticket (stimato in 4 milioni di euro) per la diagnostica e specialistica conseguentemente all'aumento del numero di prestazioni comprese nei nuovi Lea che saranno ora erogate in regime ambulatoriale e non più in day hospital.

Alla fine il saldo tra maggiori spese e risparmi si stima attorno ai 258 milioni di maggiori spese.

Assistenza integrativa e protesica. Saranno forniti gratuitamente i prodotti “aproteici” per i malati nefropatici cronici e prodotti addensanti per un onere stimato in circa 24 milioni di euro.

E poi nuovi dispositivi e ausili oggi non compresi nei Lea. In particolare gli ausili informatici e per la comunicazione per i disabili con serie limitazioni funzionali, apparecchi acustici digitali. Macchine per i muscoli respiratori, vari presidi per la mobilità in bagno, carrozzine con sistema di verticalizzazione. E ancora, scooter a quattro ruote, kit di motorizzazione universale per carrozzine, sollevatori fissi, fino ai carrelli servoscala per interni.

Anche in questo caso, accanto a maggiori servizi e prestazioni è prevista una serie di misure per contenere la spesa sempre nel segno dell'appropriatezza che consentirà di

contenere la maggiore spesa a circa 179 milioni, contro i circa 429 milioni teorici che le maggiori forniture di prodotti, ausili e supporti comporterebbero.

E infine l'assistenza ospedaliera. Entrano nei Lea l'epidurale, Pma e lo screening neonatale. A fronte di queste novità la proposta del ministero prevede una serie di misure finalizzate a una complessiva riduzione delle spese ospedaliere. Per farlo si conta su una progressiva riduzione del ricorso al parto cesareo fissando soglie massime il cui superamento darà luogo a misure disincentivanti affidate alle Regioni. Poi più appropriatezza per day hospital (con il trasferimento di molte prestazioni diagnostiche in regime ambulatoriale soggetto a ticket) e day surgery e anche per ricoveri ordinari di lungodegenza e riabilitazione.

Il saldo tra i nuovi inserimenti e le misure di appropriatezza in campo ospedaliero fa stimare al ministero un risparmio annuo di circa 44 milioni di euro.

Esenzioni e malattie rare. Nei nuovi Lea dovrebbero infine entrare nuove patologie esenti. Tra queste le broncopneumopatie croniche ostruttive moderate, gravi o molto gravi, le osteomieliti croniche, le patologie renali croniche, rene policistico, la sindrome da Talidomide, la endometriosi. Esenti anche i donatori d'organo. Come promesso da tempo entrano anche 110 nuove malattie rare. Mentre sindrome di Down e celiachia passano dalla categoria di malattie rare a quella di croniche.

Il 28 febbraio il "D-Day" per l'intramoenia. Stop alle sperimentazioni. Fuori dall'ospedale solo chi è in regola

Alla prossima Conferenza Stato Regioni l'accordo sui criteri per la verifica del programma sperimentale per la libera professione intramuraria. Promossi gli studi medici che supereranno la verifica. Un anno di tempo ancora per quelli in fase di regolarizzazione. Stop a chi non si è messo in regola con le norme del decreto "Balduzzi". [IL DOCUMENTO](#).

Fine corsa per il programma sperimentale autorizzato, in via residuale, per lo svolgimento dell'attività intramoenia presso gli studi privati collegati in rete nelle Aziende del Ssn e Enti che non potevano garantire spazi ad hoc per esercitarla.

La data del 28 febbraio, fissata dalla legge 120 del 2007 e successive modificazioni, che impone alle Regioni di verificare lo stato dell'arte della sperimentazione è ormai prossima. Per questo sarà esaminato nella prima Conferenza Stato Regioni utile, la bozza di Accordo "in materia di criteri per la verifica del programma sperimentale per la libera professione intramuraria ai sensi dell'art. 1 comma 4 bis) della legge n. 120 del 3 agosto del 2007. n. 120" che mette nero su bianco i criteri per la capire quali Aziende sanitarie ed Enti saranno promosse, rimandate o bocciate.

Il programma sperimentale, lo ricordiamo, in linea con quanto previsto dal Decreto Balduzzi, era stato attuato per garantire la piena trasparenza e tracciabilità dei pagamenti dell'Alpi e prevedeva l'attivazione delle infrastrutture di rete per il collegamento, in voce o in dati, tra l'Azienda o l'Ente e le strutture nella quali erogare le prestazioni in intramoenia.

I promossi. Se la verifica sarà positiva, ossia se le Regioni constateranno che sono state messe a regime tutte le indicazioni imposte dalla legge, lo svolgimento

dell'attività intramuraria presso gli studi privati collegati in rete da sperimentale diventerà permanente.

I rimandati. Invece nel caso in cui dalla verifica emerga che al programma non è stata data piena attuazione a causa dell'inadempienza dell'Azienda sanitaria o dell'Ente, provvederà la Regione o la provincia autonoma mettendo in atto provvedimenti ad hoc idonei a superare l'inadempienza. In questo caso la verifica sarà rimandata di un anno.

I bocciati. Si chiudono invece i giochi per le aziende e gli Enti che incasseranno parere negativo: tutte le attività autorizzate cesseranno inderogabilmente entro il 28 febbraio prossimo.

I criteri utilizzati. Tra i criteri che le Regioni devono seguire per dare o meno il placet ci sono: la verifica della sottoscrizione della convenzione annuale tra il professionista e le strutture sanitarie del Ssn; la verifica delle infrastrutture di rete per il collegamento, in voce o in dati, tra l'azienda e lo studio del professionista con le modalità tecniche individuate dalla legge; la verifica che il servizio di prenotazione sia stato effettuato esclusivamente attraverso l'infrastruttura di rete. E ancora che sia stata assicurata la tracciabilità del pagamento direttamente alle strutture sanitarie e fissate le tariffe.

■ [Bozza di Accordo in materia di criteri per la verifica del programma sperimentale per la libera professione intramuraria](#)

L'Asl del futuro? Più grande e più “liquida” e sempre più eterodiretta dalla Regione. Ma il rischio è la perdita di contatto con i territori

Le riforme in atto in molte Regioni italiane hanno come linea comune il passaggio da un modello di Azienda inquadrata in un sistema di holding e aziende consociate a un modello di un'unica grande Azienda articolata in propri dipartimenti. Per questo è giusto immaginare un nuovo ruolo del distretto, quale luogo di eccellenza per rispondere a bisogni di salute sempre più particolari

Per diversi motivi, negli ultimi anni è andata cambiando la natura dell'Azienda sanitaria. Da un'Azienda al cui interno risiedevano tutte le funzioni essenziali (per esempio: la funzione degli acquisti; o quella della gestione del personale, ...) si è passati (o si sta passando) ad un'Azienda sanitaria concentrata sulla produzione ed erogazione di servizi sanitari, che trasferisce ad altri soggetti una serie di funzioni esterne al proprio core business (per esempio: alle centrali d'acquisto).

Al contempo, in diverse realtà si è andata anche espandendo la dimensione territoriale (e quindi la popolazione servita) dell'Azienda sanitaria. Solo a citare alcune modifiche: nella Regione Emilia Romagna è stata costituita l'Azienda USL della Romagna, risultante dalla fusione di 4 precedenti Aziende. Analogamente, nella

Regione Friuli Venezia Giulia la riforma ha ridotto il numero delle ASL e ha integrato le Aziende ospedaliere con le Aziende territoriali (in sintesi si passerà da 11 Aziende a 5). La riforma sanitaria in discussione in Lombardia prevede anch'essa la drastica riduzione del numero delle Aziende ospedaliere (e in quella realtà va cambiando anche il modello proprio di caratterizzazione dell'offerta). È in essere una proposta di riduzione considerevole del numero di ASL in Toscana.

Verso un modello di nuova azienda sanitaria

In un approccio “tradizionale”, il territorio coperto da una ASL definisce l'offerta; in caso di situazioni particolari (complessità nel trattamento, malattia rara, ecc.) si ricorre a servizi più “centralizzati”. In pratica, si replica un modello a piramide. Ma i bisogni sempre più articolati e complessi, richiedono modelli diversificati di offerta: hub & spoke, reti per patologia interaziendali o regionali o interregionali (rete del diabete, rete del sangue, rete tumori, ...); supply chain; figure nuove appartenenti al settore formale e informale (bioetici, assistenti volontari, ...); ecc.

Su questo piano, l'Azienda sanitaria si sta evolvendo: si trasformano i ruoli e le funzioni degli attori interni ed esterni alle Aziende (personale medico, tecnico, associazionismo, volontariato, ecc.); viene richiesto lo sviluppo di una serie di relazioni orizzontali data la crescente complessità dei bisogni da soddisfare e dell'articolazione dell'offerta; vengono ridefinite le relazioni verticali con l'Assessorato regionale, con le agenzie regionali, con i distretti. Fattori, questi, che travalicano la dimensione della singola azienda sanitaria. La risposta dei sistemi sanitari è andata verso lo sviluppo delle reti cliniche e non (che possono essere formali e informali; strutturate e non; distrettuali, aziendali, sovraziendali, ...); verso una concentrazione di funzioni fra ASL contigue; verso nuove (e maggiori) dimensioni territoriali che rendono più efficiente il sistema.

Il territorio come ambito privilegiato

Se è questo lo scenario verso il quale si tende (nuovo modello di azienda, sviluppo delle reti, dimensionamento aziendale per una maggiore efficienza gestionale), allora il territorio “piccolo” (ri)torna ad essere l'ambito privilegiato del governo dei processi sanitari e sociali. Infatti, diverse attività (cliniche, di prevenzione, di assistenza, ...), inserite all'interno di reti, assumono una dimensione sovraziendale, altre invece hanno una dimensione di parte aziendale, altre ancora a livello regionale o sovra regionale. In concreto, è il territorio, considerato come punto di snodo delle reti, a costituirsi come ambito privilegiato di governo sanitario, sociosanitario e sociale; ed è il territorio a determinare le caratteristiche delle reti e mediare i fabbisogni dei cittadini con i modelli dell'offerta esistente.

A fronte di questa complessità, anche il riferimento per il cittadino diventa sempre di più il territorio “piccolo”; ma questo è anche il terminale di diverse attività di carattere sanitario e sociale fornite da diversi soggetti (servizi sanitari gestiti dalla ASL, altri servizi sanitari direttamente governati da entità più ampie come le Aree vaste, servizi sociali offerti dal Comune, altri servizi sociali offerti da soggetti del volontariato, e via scrivendo). Queste dinamiche comportano sistematizzare puntualmente quale sia la dimensione territoriale più capace di rispondere a tali modificazioni del sistema dell'offerta nonché delle caratteristiche sostanziali delle

reti di assistenza. In questo quadro, assume rilievo crescente e in prospettiva strategico per i servizi sanitari regionali il distretto (come già statuito dalla L. 833). Il processo di aziendalizzazione con i D. Lgs. 502 e 517, però, aveva intrinsecamente reso debole il distretto. Erano articolazioni fragili, con caratteristiche di semplici trasferimenti a livello territoriale di funzioni aziendali e una scarsa attitudine di raccogliere risorse nonché capacità organizzative ridotte rispetto all'ospedale. Vengono introdotti così cambiamenti nel significato di Azienda sanitaria; l'evoluzione delle terapie verso una cronicizzazione della malattia e una trasformazione delle tecnologie disponibili hanno reso necessario rispondere sul livello più vicino al territorio (e agli utenti) l'insieme delle attività sanitarie non ospedaliere, sociosanitarie e sociali.

Pertanto, oggi il distretto assume un peso e una strategicità centrale nel complesso dell'organizzazione dell'offerta. Vengono nel distretto contestualizzate scelte, decisioni prese ad altri livelli (Regioni, direzioni delle ASL), ma diventa anche il luogo che consente meglio di comprendere l'evoluzione della domanda di assistenza.

In quale direzione si sta andando?

Se si accetta l'idea che: 1. l'Azienda sanitaria, per usare un linguaggio alla Bauman, stia diventando sempre più liquida, ossia la gestione di talune reti dell'offerta vede la ASL come "soggetto passivo"; 2. è sempre più penetrante il ruolo di direzione gestionale degli Assessorati regionali; 3. la dimensione ridotta (il distretto) consente una maggiore capacità effettiva di governo...allora quella relazione che consente di governare l'evoluzione della domanda e adeguare l'offerta può avvenire solo a livello distrettuale.

Probabilmente, si modifica l'attuale relazione fra l'Azienda sanitaria e il distretto basata su rapporto "diretto e subordinato". Una conseguenza di questa evoluzione è la dimensione (territoriale) più ampia della ASL; evoluzione che risponde a una trasformazione della mission stessa dell'Azienda; ossia diventa sempre più soggetto di coordinamento fra l'indirizzo di programmazione della Regione, le funzioni svolte da altri soggetti (come le Aree Vaste) e le attività di erogazione delle prestazioni nei distretti.

Si sta passando da un modello di Azienda in sanità inquadrata in un sistema di holding e aziende consociate a un modello di un'unica grande Azienda articolata in propri dipartimenti. Modificare alcuni connotati del distretto (ad esempio, ruolo sempre più di coordinamento a livello territoriale delle diverse reti, funzioni di governo dell'offerta, ecc.) implica anche riconsiderare, valorizzandolo, il ruolo dei Comuni, laddove è in forte crescita tutta l'area dell'assistenza sociale integrata a quella sanitaria. Oggi abbiamo nella maggioranza dei distretti una governance dicotomica dei servizi offerti (servizi sanitari, sociosanitari, e sociali). Questi vengono definiti nei loro contorni, costruite le risposte e gestiti da due soggetti diversi (ASL e Comune/i in diverse forme).

In realtà, i punti di intersezione fra le diverse attività del distretto assumono un peso crescente e diventa sempre più complicato e complesso considerarle separatamente. Ciò implica una continua e costante manodopera nel definire l'"area" di competenza" nonché l'area di integrazione. Diverse realtà regionali hanno ben presente il problema e hanno tentato di regolarlo secondo le dimensioni risultanti dalle proprie storie e

dalle proprie evoluzioni. Purtroppo, ancora oggi, occorre tener conto che alcune Regioni non hanno legiferato relativamente alle indicazioni della L. 328/2000. Anche se effettivamente – sebbene per altri motivi – le norme dal 2010 al 2012 consentono un percorso di razionalizzazione nell'erogazione dei servizi sociali.

Crediamo necessario, pertanto, sviluppare una riflessione all'interno del sistema sanitario su come preparare le attuali ASL a questo contesto che vede un nuovo ruolo del distretto, su come partecipare alla crescente integrazione sociosanitaria che richiede nuove politiche di governance (e probabilmente anche interventi istituzionali), su come svolgere le funzioni di coordinamento intermedio fra livello regionale (nelle sue diverse articolazioni) e livello distrettuale, nonché su come governare le reti che continuamente si formano o si modificano.

Sicuramente questa nuova dimensione dell'Azienda non va a modificare solo la natura dell'Azienda sanitaria (e forse si dovrebbe cominciare a parlare di un soggetto che svolge un'attività di governance, più che di Azienda), ma il ruolo e le funzioni di tutto il personale, e in primis del direttore generale.

Lorenzo Terranova

Direttore del Centro Studi Federsanità Anci

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

Classifica Ue: la sanità italiana in declino scivola al 21° posto

Continua il declino della sanità italiana, che in Europa nel 2009 era al quindicesimo posto, nel 2013 al ventesimo e nel 2014 è scesa al ventunesimo, subito prima di Irlanda, Croazia e Cipro. Sul gradino più alto del podio per la quinta volta è salita l'Olanda, seguita da Svizzera e Norvegia. A stilare la classifica è l'Euro Health Consumer Index, uno studio presentato oggi a Bruxelles e che riunisce 48 indicatori su 35 Paesi europei basati su statistiche pubbliche, sondaggi presso i pazienti e ricerche indipendenti. La ricerca è stata condotta dalla Health Consumer Powerhouse Ltd, una società privata svedese.

«Nel 2014 in Europa vediamo chiaramente il sempre maggior aumento del 'gap sanitario' fra Paesi ricchi e meno ricchi, l'effetto più ovvio dell'austerità», ha detto Arne Bjornberg, presidente di Health Consumer Powerhouse e capofila dello studio. I grandi paesi europei, come Germania e Francia, conquistano rispettivamente il nono e l'undicesimo posto. «In Italia si osservano enormi divari delle prestazioni fra il Nord e il Sud, fra una Lombardia e una Calabria - ha sottolineato Bjornberg - divergenze che spiegano i mediocri risultati medi».

Fimp: le posizioni della Sisac impediscono le trattative sul rinnovo del contratto

È sempre più una situazione di stallo quella che si registra nella trattativa per il rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale (Acn) per i medici del comparto delle Cure

primarie. La rigidità delle posizioni della parte pubblica, già lamentata dai medici di medicina generale della Fimmg che recentemente hanno dichiarato lo stato di agitazione, è confermato da una totale distanza delle parti anche con i pediatri della Fimp. «Ci sono alcuni punti di assoluta divergenza e finora a nulla è valso sostenere le nostre ragioni a difesa di un modello operativo che riteniamo perfezionabile ma nella sua essenza funzionale ed efficace» dichiara Giampietro Chiamenti presidente della Fimp.

Fimp ha messo sul tavolo anche la disponibilità dei pediatri a discutere le modalità realizzative delle Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) allo scopo di raggiungere alcuni obiettivi che sembrano irrinunciabili per la parte pubblica, come la garanzia che il cittadino trovi nel territorio una risposta ai suoi bisogni nell'urgenza e che i medici lavorino in rete.

La speranza per la Fimp è che la politica, rispetto ad una approfondita riorganizzazione territoriale, possa intervenire riconoscendo la necessità primaria del mantenimento degli attuali livelli di assistenza pediatrica sul territorio.

Campus Bio-Medico: presto nuovi farmaci antitumorali dagli «endo-cannabinoidi»

Dalle proteine e dagli enzimi degli endo-cannabinoidi - particolari molecole di lipidi prodotte dal nostro organismo che svolgono un ruolo essenziale, tra l'altro, nella formazione e sviluppo dei neuroni - sarà possibile, nel prossimo futuro, trarre nuovi tipi di farmaci antitumorali. Efficaci, in particolare, per neoplasie a cervello, prostata, seno e colon-retto. È quanto emerge da uno studio internazionale coordinato da Mauro Maccarrone, docente di Biochimica presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma. La ricerca è stata pubblicata su Nature Reviews Neuroscience.

Gli endo-cannabinoidi non vanno confusi con i fito-cannabinoidi, molecole vegetali di cui è composta, ad esempio, la cannabis. Queste ultime, anzi, vanno a disturbare i «bersagli» cellulari degli endo-cannabinoidi e, per questo, se non utilizzate in modo controllato, possono alterarne il regolare funzionamento. «Nello studio - ha spiegato Maccarrone - abbiamo fatto il punto sulle principali proprietà che, negli ultimi vent'anni, sono state attribuite agli endo-cannabinoidi. Questi, a differenza delle molecole di THC che compongono la cannabis, attivano in modo naturale particolari recettori del nostro cervello, risultando del tutto innocue. Anzi, è dimostrato che intervengono per riparare i danni quando, ad esempio, subiamo una commozione cerebrale o anche in caso di neoplasia al cervello».

I riscontri sperimentali confermano che in presenza di particolari patologie, peraltro non localizzate soltanto a livello cerebrale, gli endo-cannabinoidi nell'organismo aumentano significativamente in quantità per cercare di proteggerlo. È il caso pure dei tumori a prostata, seno e colon-retto. «Partendo da questo dato - ha detto Maccarrone - abbiamo fiducia che nelle proteine e negli enzimi che circondano gli endo-cannabinoidi potremo trovare linfa per nuovi farmaci anti-tumorali. Non solo. Sappiamo che con l'insorgenza di malattie neurodegenerative come Alzheimer, Parkinson o sclerosi multipla si verificano alterazioni significative al sistema endo-cannabinoide. Sono le stesse riscontrate anche nel sangue. Questo ci consentirà,

dunque, di trovare dei bio-marcatori ematici che potranno rivelarci precocemente e con un semplice prelievo se un paziente ha particolari probabilità di avere, in futuro, questo tipo di patologie».

DOCTOR 33. IT

Di Gioia (Commissione casse private) rassicura: nessun aumento di tasse per Enpam

«Non ci dovrebbe essere alcun motivo di allarmismo. A quanto mi risulta, non è nell'idea del governo tassare ulteriormente le casse privatizzate, dopo che il decreto 66 ha portato la tassazione sul capital gain dal 20 al 26%. Anzi nella legge di stabilità si dà la possibilità di recuperare una parte di quel 26% istituendo un credito d'imposta per gli enti che investono in Italia: un'agevolazione che copre in tutto circa 80 milioni di euro e a conti fatti fa scendere la tassazione sotto il 20%». L'Onorevole **Lello Di Gioia** presidente della Commissione Bicamerale di vigilanza sulle casse privatizzate è rassicurante sulla questione dell'aumento (di oltre 15 volte) delle imposte sui dividendi delle Fondazioni bancarie. Lunedì su Corriere Economia il presidente della Cassa di previdenza dei Commercialisti Renzo Guffanti aveva lanciato l'allarme secondo cui tale aumento, previsto al comma 655 della legge di stabilità, si estenderebbe agli utili degli enti previdenziali (e per di più l'Enpam è una Fondazione!)

Finora gli utili delle Fondazioni bancarie erano tassati per il 5% del loro ammontare, ma da quest'anno secondo il comma 655 saranno tassati per il 77,74%, e con retroattività da gennaio 2014. Su cento euro guadagnati anziché 1,375 (27,50% del 5%) l'ente no profit contribuente ne dovrà versare 21,3785 (27,50% del 77,74%). La lettura dei commercialisti è che il comma 655 fa riferimento al decreto legislativo 344 del 2003 e tale decreto si applica a norma del Testo unico imposta sui redditi ai trust che non esercitano attività commerciale, agli organi d'investimento collettivo del risparmio residenti in Italia e agli enti pubblici e privati diversi dalle società. Le Fondazioni? Di Gioia innanzi tutto sottolinea come le casse previdenziali siano portatrici dei risparmi dei contribuenti e dunque siano cosa diversa dalle fondazioni bancarie e come la tassazione verso queste ultime sia cosa diversa dal 26% sul capital gain. E aggiunge: «L'indirizzo verso il quale spingiamo è che la tassazione sulle casse privatizzate sia equiparata al sistema europeo e adotti il meccanismo EET esenzione-esenzione-tassazione (cioè che i contributi siano tassati non in entrata o mentre matura il rendimento ma all'erogazione dell'assegno pensionistico, ndr). Il governo ha assunto con noi l'impegno ad abbattere ulteriormente l'imposizione su questi enti; nella legge di stabilità non c'era possibilità di farlo, ma siamo consapevoli che il risparmio previdenziale non può essere tassato al di là degli attuali livelli, e che è eccessiva anche la quota del 20% alla quale, dall'11,50%, è stata portata la tassazione per i fondi di previdenza complementare che costituiscono il secondo pilastro previdenziale».

Il ricovero per polmonite aumenta il rischio cardiovascolare negli anziani

Nei più anziani i ricoveri per polmonite si associano a un aumento a breve e a lungo termine del rischio di malattie cardiovascolari, suggerendo che le infezioni respiratorie sono essere un importante fattore di rischio cardiovascolare. È quanto concludono su *Jama* i ricercatori dell'Università di Ottawa, in Canada, coordinati da **Vicente Corrales-Medina**. «Individuare i fattori di rischio cardiovascolare è importante per mettere a punto strategie preventive ottimali» commenta l'autore, ricordando che diversi studi hanno esaminato l'associazione tra infezioni e rischio di malattie cardiovascolari, con risultati contrastanti. Tanto che il gruppo di ricerca canadese ha voluto verificare se il ricovero ospedaliero per polmonite, la diagnosi medica più comunemente responsabile dei ricoveri negli Stati Uniti, fosse legata a un aumento del rischio di malattie cardiovascolari a breve e a lungo termine. I ricercatori hanno scelto la polmonite anche perché le infezioni del tratto respiratorio sono associate da numerose ricerche a un aumentato rischio cardiovascolare. Lo studio ha incluso due coorti di comunità: il Cardiovascular health study (Chs), con 5.888 partecipanti ultrasessantacinquenni tra il 1989 e il 1994, e l'Atherosclerosis Risk in Communities Study (Aric), svolto su 15.792 individui tra 45 e 64 anni tra il 1987 e il 1989. I casi di polmonite e i controlli sono stati seguiti osservando la comparsa di malattie cardiovascolari per oltre un decennio dopo il ricovero. E nel CHS, in 206 casi di polmonite su 561 si sono verificati infarti, ictus e morte coronarica più di 10 anni dopo il ricovero. Nell'ARIC invece, su 680 casi di polmonite 112 hanno avuto eventi cardiovascolari a oltre due lustri dal ricovero. «L'analisi statistica indica che il ricovero ospedaliero per polmonite si lega a un aumento del rischio di malattie cardiovascolari, quattro volte più elevato nei primi 30 giorni dopo la polmonite» dice l'autore. E il rischio, anche se progressivamente diminuito nel primo anno, rimane di circa 1,5 volte superiore al normale negli anni successivi. «Inoltre, l'entità del rischio di malattie cardiovascolari associato a polmonite era simile o maggiore rispetto al rischio delle stesse patologie associato a fattori di rischio tradizionali, come il fumo, il diabete e l'ipertensione. Pertanto, i nostri risultati suggeriscono che la polmonite è un importante fattore di rischio cardiovascolare» conclude Corrales-Medina.

JAMA. 2015 Jan 20;313(3):264-74. doi: 10.1001/jama.2014.18229

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584