

Collegio Provinciale di Palermo

INFERMIERI

ASSISTENTI SANITARI

VIGILATRICI D'INFANZIA



SELEZIONE DELLA RASSEGNA STAMPA

20 aprile 2016

A CURA DI

LAURA COMPAGNINO

■ Una sala operatoria innovativa

per interventi cardiovascolari. È la nuova sala ibrida inaugurata all'Ircs Ismett (Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione) di Palermo alla presenza del presidente della Regione, Rosario Crocetta e dell'assessore alla Salute della Regione Siciliana, Baldo Gucciardi. Si tratta

dell'unica sala ibrida a sud di Roma. È stata realizzata grazie ai finanziamenti del Programma operativo Fesr (Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale).



Peso: 4%

SANITÀ. Gli ambiti di applicazione sono quelli cardiovascolare, angiografico e neurochirurgico. L'assessore Gucciardi: «Punto di riferimento per tutto il Mezzogiorno»

Interventi al cuore, all'Ismett nuova sala ibrida

► Potranno essere effettuate operazioni all'avanguardia oltre alla chirurgia tradizionale. Crocetta: «Un orgoglio per la Sicilia»

La sala è stata realizzata con i finanziamenti del Fondo europeo per lo sviluppo regionale. Il direttore dell'Ismett, Angelo Luca: «Promuovere l'innovazione nella sanità è da sempre la nostra missione».
Monica Diliberti

●●● Una sala operatoria super tecnologica, con strumenti, anche radiologici, all'avanguardia e un'équipe multidisciplinare al servizio dei pazienti con problemi cardiaci importanti. È la nuovissima sala ibrida inaugurata ieri all'Ismett, un'eccellenza unica nel suo genere da Roma in giù che certamente eviterà a tanti malati i costosi «viaggi della speranza» verso altre realtà italiane. «È un orgoglio - dice il presidente della Regione, Rosario Crocetta - avere inaugurato la prima sala ibrida del Mezzogiorno, un orgoglio per tutta la Sicilia. Prima mandavamo i pazienti che necessitavano di un trapianto o di terapie di alta specialità all'estero, ora abbiamo un centro che attira pazienti».

La sala ibrida è un complesso operatorio in cui sono presenti anche modernissime attrezzature di imaging radiologico. Qui è possibile effettuare procedure com-

plesse in persone che, per vari motivi (ad esempio, pluripatologie o particolari fragilità), non possono essere sottoposte ad un intervento tradizionale. Vengono quindi utilizzate tecniche «ibride», per l'appunto, ovvero in parte puramente chirurgiche e, in parte, percutanee: in questo modo, si riduce il trauma operatorio per i pazienti. In caso di necessità o difficoltà, è comunque possibile passare in corso d'opera alla chirurgia standard.

Gli ambiti di applicazione sono quelli cardiovascolare, angiografico e neurochirurgico. Verranno eseguite procedure mininvasive e interventi ibridi cardiocirurgici (sia sulle coronarie, sia sulle valvole cardiache), chirurgia vascolare per la collocazione di protesi a carico dell'aorta e dei grossi vasi, interventi angiografici complessi in pazienti con cardiopatie congenite, trattamenti delle aritmie attraverso lo studio elettrofisiologico e ablazione.

Il team è composto da cardiocirurgo, emodinamista, radiologo, anestesista, infermieri, perfusionisti e tecnici. A loro disposizione, nella sala ibrida dell'Ismett, ci sono tutte le tecnologie necessarie: angiografo digitale, ecografo tridimensionale, sistema digitale di visualizzazione delle im-

magini, apparecchiature per il monitoraggio dei pazienti, macchina cuore-polmone per la circolazione extracorporea, respiratore automatico, sistemi di assistenza ventricolare.

«Un autentico gioiello della sanità siciliana - lo definisce l'assessore regionale alla Salute, Baldo Gucciardi -. La sala ibrida realizzata da Ismett rappresenta un vero punto di riferimento nell'innovazione sanitaria che ci consentirà di offrire ai pazienti di tutto il Mezzogiorno tecnologie d'avanguardia uniche nel centro sud del Paese». La sala è stata realizzata con i finanziamenti del Programma operativo Fondo europeo per lo sviluppo regionale. «Promuovere l'innovazione nella sanità è da sempre la nostra missione - spiega Angelo Luca, direttore dell'Ismett -. La qualità di un sistema sanitario si misura anche dalla sua capacità di curare i pazienti in strutture tecnologicamente avanzate. Vincere questa sfida significa permettere a professionisti altamente qualificati di operare con strumenti e attrezzature all'avanguardia, per offrire le migliori cure». (*MOD*)



Da sinistra Baldo Gucciardi, Angelo Luca, Rosario Crocetta e Caterina Gandolfo nella sala operatoria (*STUDIO CAMERA*)



Peso: 36%

Mobilità sanitaria, lo scorso anno la Sicilia ha perso 179 milioni

L'erogazione di prestazioni sanitarie in favore dei non residenti non può considerarsi irrilevante sotto il profilo economico. La spesa relativa alle prestazioni offerte è, inizialmente, a carico delle regioni di residenza degli assistiti, solo in un secondo momento intervengono i rimborsi delle altre regioni

CATANIA - L'analisi della mobilità sanitaria è uno degli argomenti 'caldi' nelle discussioni politiche e programmatiche della sanità italiana. Con il termine "mobilità sanitaria" si fa riferimento al diritto del cittadino di ottenere cure, a carico del proprio sistema sanitario, anche in un luogo diverso da quello di residenza. È un argomento 'caldo' sia perché ai flussi di mobilità sono associate cifre elevate di trasferimenti monetari tra le Regioni (circa 4 miliardi di euro), sia perché la

mobilità si concentra soprattutto in alcune Regioni, vuoi nella componente passiva, vuoi in quella attiva.

Il Servizio sanitario pubblico garan-

tisce l'assistenza sanitaria (cure mediche, medicinali ecc.) ai cittadini iscritti presso le Asl del proprio luogo di residenza. Ma non sempre è così. Crescono i casi in cui gli utenti richiedono prestazioni sanitarie in altre regioni. L'erogazione di prestazioni sanitarie in favore dei non residenti non può considerarsi irrilevante sotto il profilo economico di una regione. Infatti, la spesa relativa alle prestazioni sanitarie of-

ferite ai non residenti è, inizialmente, a carico delle regioni di residenza degli assistiti; solo in un secondo momento intervengono i rimborsi delle altre regioni, corrisposti a consuntivo.

Come rivelano i dati del Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero pubblicati a fine 2015 dal ministero della Salute, la mobilità complessiva nazionale per acuti in regime ordinario è del 7,9% (era 7,6% nel primo semestre 2014, mentre quella per acuti in regime diurno è al 9,2% (+0,5% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente). I cittadini che si spostano dalla propria regione per curarsi in posti differenti "valgono" circa 3,9 miliardi di euro.

Ma se il saldo totale dei flussi della migrazione sanitaria a livello nazionale - riporta la rilevazione effettuata da *Quotidiano Sanità* - è ovviamente pari a zero ci sono regioni e Pa che ci "guadagnano" e regioni che ci "perdono". E queste ultime sono la maggioranza, 13 su 21 che hanno un saldo negativo tra crediti e debiti. Nel 2016 (con 3,9 miliardi) si nota come il giro d'affari sia calato del 3,5% rispetto al picco del 2015 quando l'ammontare

aveva superato i 4,1 miliardi. Numeri sempre molto elevati in ogni caso e che non accennano a diminuire drasticamente con le regioni del Sud che ogni anno si lamentano.

Nello specifico tra le 13 regioni in rosso la più indebitata è la Campania con un saldo negativo di ben 281,6 mln, a seguire c'è la Calabria con -256,2 mln, il Lazio con -198,2 mln. Numeri non lusinghieri anche per Puglia (-184,4 mln) e Sicilia (-179,2 mln). Al sesto posto c'è l'Abruzzo (-72 mln), poi la Sardegna (-66,2 mln), la Liguria (-39,1 mln), Basilicata (-31,5 mln), Marche (-29,8 mln), Piemonte (-29,2 mln), Pa Trento (-18,1 mln) e Valle d'Aosta (-9,3 mln).

Al contrario tra le 8 regioni in attivo al vertice troviamo come sempre la Lombardia con un +538,4 mln. Ottima anche la performance dell'Emilia (+333,1 mln), segue poi la Toscana (+135 mln) e il Veneto (+85,3 mln). Bene anche il Friuli (+28,8 mln) e il Molise (+27,8 mln). Guadagni anche per Umbria (+9,8 mln) e Provincia autonoma di Bolzano (+7,8 mln).

Andrea Carlino

I dati del Rapporto del ministero della Salute pubblicati a fine 2015, regione per regione

L'analisi della mobilità sanitaria è uno degli argomenti 'caldi' della sanità italiana

Il cittadino ha il diritto di ottenere cure anche in un luogo diverso da quello di residenza

Le richieste si concentrano soprattutto in alcune regioni a scapito di altre



Peso: 58%



Peso: 58%

quotidianosanita.it

Martedì 19 APRILE 2016

Def 2016. Corte dei conti: "Sanità: senza riforme nuovi squilibri. Accesso alle prestazioni più appropriato e mirato". Stipendi Pa: "Dal 2010 tagliati 11 mld. Azzerati tutti gli ultimi aumenti"

Audizione presso le commissioni Bilancio di Camera e Senato. Segnalato l'aumento imprevisto della spesa sanitaria 2015: "Fasi attuative accusano un qualche ritardo". Ma Def non precisa se incremento è "riconducibile alle difficoltà di strumenti come pay back e ticket". "Anche in sanità per salvaguardare il sistema pubblico che offre in media servizi di alta qualità e per rimuovere distorsioni evidenti non si può prescindere dal rendere più appropriato e mirato l'accesso alle prestazioni". [IL TESTO](#)

Un quadro di spesa stringente, in cui la spesa 2015 è stata più alta delle previsioni a causa dei ritardi sul DI Enti locali, e uno spiraglio per il futuro, dettato dalla programmazione delle risorse per i prossimi anni (Intesa Stato-Regioni 11 febbraio) che "possono consentire di affrontare, entro un quadro meno stringente, gli interventi da assumere per portare a termine le importanti innovazioni previste nel Patto della salute del 2014". Ma attenzione se non dovesse avvenire e le riforme dovessero rimanere su carta si "rischia di alimentare nuovi squilibri e di incidere negativamente sulle aspettative della popolazione". Così potrebbe essere riassunta la fotografia della **Corte dei conti** in audizione presso le commissioni Bilancio di Camera e Senato sul Def 2016, in uno dei passaggi nell'analisi della spesa sanitaria.

"L'allentamento degli obiettivi di spesa – rileva la Corte - previsti per il settore (che non modifica tuttavia un quadro particolarmente stringente, con il calo al 6,5 per cento del Pil nel 2018) e la individuazione delle risorse su cui può contare il sistema sanitario per il prossimo biennio (nell'Intesa dello scorso 11 febbraio sono stati concordati tra Stato e Regioni gli importi dei fabbisogni nazionali standard) possono consentire di affrontare, entro un quadro meno stringente, gli interventi da assumere per rispondere alle esigenze di mantenimento della qualità del servizio evidenziate negli ultimi anni e di portare a termine le importanti innovazioni previste nel Patto della salute del 2014".

"Elementi - rileva però - che, se non risolti, rischiano di alimentare nuovi squilibri e di incidere negativamente sulle aspettative della popolazione".

Nel 2015 spesa è cresciuta più del previsto. Di fronte alle commissioni la Corte rileva che "nel Def 2016 la previsione della spesa sanitaria risulta fortemente mutata rispetto a quella del Def 2015, riproposta (in senso tecnico) nella Nota di aggiornamento lo scorso ottobre, ed oggetto dei successivi interventi correttivi. A consuntivo la spesa è risultata nel 2015 pari a 112,4 miliardi, in crescita dell'1 per cento rispetto al 2014 (contro una previsione di aumento più contenuta, lo 0,2 per cento)".

"Un risultato – si evidenzia - su cui hanno inciso le maggiori spese per farmaci innovativi, ma anche i minori risparmi rispetto alle previsioni nella spesa per assistenza specialistica e per dispositivi medici".

I tagli per i prossimi anni. Ma nel testo dell'audizione si sottolinea anche come "alla revisione della spesa per 2.352 milioni già considerata nel quadro del Def 2015, sono seguite le ulteriori riduzioni previste per il 2016 (per oltre 2 miliardi con corrispondente riduzione del fabbisogno sanitario nazionale standard) e la decisione, maturata in occasione dell'approvazione dell'Intesa Stato Regioni dello scorso 11 febbraio, di prevedere che, dei risparmi richiesti alle Regioni dalla legge di stabilità 2016, gravino sul settore sanitario 3.500 milioni (dei 3.980 milioni) nel 2017 e 5.000 milioni (sui 5.468 milioni) nel 2018".

La Corte dei conti mette in risalto però come la "Legge di stabilità ha poi previsto ulteriori interventi per l'efficientamento delle aziende sanitarie e ha inoltre disposto l'utilizzo, in via esclusiva per gli acquisti di materiali sanitari, delle centrali regionali di committenza o della Consip e il riferimento, per la valutazione dei dispositivi medici, alla Cabina di regia nazionale istituita presso il Ministero della salute".

Ma "nonostante tali interventi, - si specifica - la nuova previsione prefigura un andamento della spesa per il 2016 pressoché coincidente con quello del Def dello scorso anno, con una spesa in crescita di un decimo di punto in termini di Pil, mentre i valori previsti per il successivo triennio (ancorché lievemente inferiori in termini assoluti) si mantengono sui livelli antecedenti alle misure correttive (sempre in termini di prodotto) approvate tra aprile 2015 e marzo 2016",

In sostanza "il Documento all'esame del Parlamento non specifica quanto di tale andamento sia imputabile alle difficoltà di attuazione delle misure volte a razionalizzare e ridurre la spesa assunte a metà del 2015 con il DL 78/2015, le cui fasi attuative accusano un qualche ritardo; quanto rappresenti lo sviluppo delle maggiori spese che si sono prodotte nel 2015; o quanto, infine, sia riconducibile alle difficoltà di strumenti (pay back e ticket) che negli anni passati hanno contribuito in misura significativa ai risultati ottenuti. Una valutazione indispensabile per poter riorientare le scelte in tema di strumenti da porre a disposizione delle Regioni per la gestione della spesa sanitaria".

Uno spiraglio c'è. L'allentamento degli obiettivi di spesa previsti per il settore (che non modifica tuttavia un quadro particolarmente stringente, con il calo al 6,5 per cento del Pil nel 2018) e la individuazione delle risorse su cui può contare il sistema sanitario per il prossimo biennio (nell'Intesa dello scorso 11 febbraio sono stati concordati tra Stato e Regioni gli importi dei fabbisogni nazionali standard) possono consentire di affrontare, entro un quadro meno stringente, gli interventi da assumere per rispondere alle esigenze di mantenimento della qualità del servizio evidenziate negli ultimi anni e di portare a termine le importanti innovazioni previste nel Patto della salute del 2014.

"Anche in sanità - si legge infine nelle osservazioni conclusive - per salvaguardare il sistema pubblico che offre in media servizi di alta qualità e per rimuovere distorsioni evidenti non si può prescindere dal rendere più appropriato e mirato l'accesso alle prestazioni, potendo contare oggi sulle crescenti potenzialità dei sistemi informativi".

Stipendi. In 5 anni tagli per 11 miliardi. Si è tornati ai livelli del 2006.

La Corte nell'audizione parla che della spesa per redditi da lavoro dipendente che "nel 2015 ha registrato una flessione dell'1,1 per cento a fronte di una previsione contenuta nella Nota che ipotizzava un incremento dello 0,6 per cento. In valori assoluti la spesa è risultata pari a 161,7 miliardi con una diminuzione di circa 1,9 miliardi rispetto al 2014. Si conferma, dunque, il trend della spesa per redditi da lavoro dipendente che nel periodo 2010-2015, cioè negli anni di vigenza delle misure restrittive attivate per fronteggiare gli effetti della crisi economica, ha registrato una diminuzione complessiva di oltre 11 miliardi, pari a poco più del 6 per cento".

Risultato? "Per effetto della dinamica descritta, la spesa 2015 viene a posizionarsi su valori di poco superiori a quelli raggiunti nel 2006, azzerando gli incrementi dovuti a due successive tornate contrattuali (2006-2007 e 2008-2009)".

Per quanto riguarda il 2016 la Corte mette in risalto come "la spesa per redditi è stimata in crescita, nel quadro tendenziale, di 2,2 miliardi (+1,4 per cento). A fronte del permanere degli effetti delle misure riduttive del turn over, ulteriormente inasprite dalla legge di stabilità per il 2016, tale previsione sconta, in primo luogo, le somme necessarie al rinnovo dei contratti collettivi (300 milioni). Sono altresì considerati gli effetti finanziari derivanti dalla attuazione del cosiddetto Piano per la buona scuola

previsto, al quale sono ascritti per il 2016 e per l'anno successivo, effetti finanziari in termini di maggior spesa netta di 1,5 miliardi. Nella spesa per redditi del 2016 viene, infine conteggiato l'importo del bonus straordinario in favore del personale del Comparto sicurezza e difesa (Corpi di Polizia, Forze Armate e Vigili del fuoco)".

Ma la Corte segnala che "proprio il venir meno delle citate misure temporanee determina, per i due anni successivi, la ripresa del trend in diminuzione della spesa per redditi, per un importo peraltro, meno significativo nel 2018. Il quadro a politiche invariate conferma l'importo delle risorse stanziato nella legge di stabilità per il 2016 per i rinnovi dei contratti collettivi per il personale a carico del bilancio dello Stato, relativamente al triennio 2016- 2018. Per il successivo triennio il costo dei rinnovi sulla base di un'ipotesi tecnica determina, nel quadro tendenziale, un incremento della spesa di personale di 600 milioni".

quotidianosanita.it

Martedì 19 APRILE 2016

Responsabilità sanitaria. I dubbi del Servizio Bilancio del Senato sull'azione di rivalsa: "Andrebbe ritenuta potenzialmente onerosa"

Gli effetti virtuosi di contrasto della medicina difensiva sono "indiretti" e, essendo legati a modifiche comportamentali, secondo il dossier "non possono essere considerati automatici". Inoltre, viene ritenuta meritevole di un supplemento di valutazione la scelta di sottrarre l'azione di rivalsa alla competenza della Corte dei conti. Infine, vengono chiesti ulteriori chiarimenti sull'ambito di operatività della rivalsa da parte della struttura sanitaria verso l'operatore. [IL TESTO](#)

La nuova disciplina dell'azione di rivalsa, contenuta nel disegno di legge sulla responsabilità professionale attualmente all'esame della commissione Sanità del Senato, viene "criticata" dai tecnici del Servizio Bilancio di Palazzo Madama. In particolare, nel dossier, vengono sollevati diversi dubbi sul fatto che l'articolo 9 possa effettivamente non comportare nuovi oneri per la finanza pubblica.

"L'articolo 9, letto unitamente al dispositivo dell'articolo 7, comma 3, delinea un sistema che appare chiaramente volto a rendere più difficile e, comunque, meno proficua l'azione di rivalsa delle strutture socio-sanitarie verso l'esercente della professione sanitaria responsabile di errore medico. Infatti, la rivalsa sarà possibile solo in caso di dolo o colpa grave, l'onere della prova sarà a carico del danneggiato, soggiacendo ai criteri interpretativi correlati alla responsabilità aquiliana (articolo 7, comma 3), che influenzeranno anche il termine prescrizione e, da ultimo, la misura della rivalsa non potrà eccedere il triplo della retribuzione lorda annua. Le limitazioni appena elencate - si spiega nel documento - sembrerebbero pertanto suscettibili di determinare possibili riflessi negativi sulla finanza pubblica, sia in termini di attribuzione di responsabilità (quindi sull'an della rivalsa verso gli operatori sanitari da parte della P.A.) che di ammontare della rivalsa (quantum richiesto all'operatore sanitario)".

"Va tuttavia rimarcato - continua il dossier - che il complesso delle misure in esame (artt. 7 e 9) potrebbe conseguire il risultato di ridurre il fenomeno della cd. medicina difensiva (e i correlati costi per il Ssn) senza pregiudicare il diritto al risarcimento per i malati danneggiati, le cui richieste sono già attualmente indirizzate quasi esclusivamente verso le strutture anziché verso i singoli operatori. Dalla prevalenza dell'uno (minori riverse verso gli operatori sanitari) o dell'altro fenomeno (minore ricorso alla medicina difensiva) dipenderà il segno (negativo o positivo) del provvedimento in esame sui saldi di finanza pubblica". In ogni caso i tecnici del Servizio Bilancio segnalano come, a rigore, "secondo principi di prudenza contabile, esso andrebbe ritenuto potenzialmente oneroso, essendo l'impatto negativo diretto, mentre gli effetti virtuosi sono indiretti e, essendo legati a modifiche comportamentali, non automatici".

Ma non finisce qui. Ulteriori dubbi vengono espressi sulla decisione di sottrarre l'azione di rivalsa alla competenza della Corte dei Conti. "Alla luce dei principi attinenti alla giurisprudenza contabile si rileva che tale previsione potrebbe di fatto determinare un incremento delle azioni di rivalsa da parte dei pubblici funzionari degli enti del Ssn interessati, al fine di evitare il rischio di incorrere a loro volta nell'azione di responsabilità erariale, senza procedere a un previo discernimento sulla natura della colpa del sanitario. Tale eventualità, oltre ad apparire in contraddizione con la ratio dell'assetto

normativo che si propone, sembra inoltre suscettibile di determinare oneri di giudizio correlati a procedimenti destinati in buona parte ad estinguersi in quanto la responsabilità successivamente riscontrata non raggiunge la gravità che la normativa in esame richiede per la punibilità dell'operatore esercente la professione sanitaria. In sostanza, appare ragionevole ipotizzare il manifestarsi di una tendenza ad avviare (inutilmente) un numero maggiore di azioni di rivalsa".

Infine, vengono richiesti maggiori chiarimenti sull'ambito di operatività della rivalsa da parte della struttura sanitaria verso l'operatore, la quale dovrebbe in realtà operare soltanto nel caso di adozione di misure analoghe alternative all'assicurazione. "Infatti, in presenza di copertura assicurativa obbligatoria, il patrimonio dell'ente pubblico dovrebbe rimanere indenne, salvo i danni inferiori alle franchigie o superiori ai massimali stabiliti contrattualmente, per cui un pregiudizio per l'azienda si verificherebbe soltanto in tali casi e soltanto in questi vi sarebbe interesse ad esercitare l'azione di rivalsa".