



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La stretta

Sanità, la spesa non cala: 1914 euro a paziente

Meno «costosi» i cittadini della Campania: duecento euro in meno rispetto al resto del Paese

Carla Massi

ROMA. Alla vigilia della "fase 2" del governo, quella su come procedere tra necessità di nuove coperture e rilancio della crescita, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin mette le mani avanti e dice che, di tagli, la sanità ne ha subiti già troppi. «Siamo riusciti a ridurre moltissimo i margini di discrezionalità - fa sapere - e dobbiamo fare di più applicando i costi standard. Ma i tagli lineari, come è noto, non si possono fare». E aggiunge ricordando che «la spesa sanitaria è quella più aggredita e conosciuta».

Gli incontri della settimana faranno capire se sarà possibile non far abbattere la scure sulle corsie, le sale operatorie, il turn over del personale, gli acquisti. Su tutte quelle voci che, anche poco modificate, cambiano l'offerta dei servizi negli ambulatori come negli ospedali.

Anche se, in quattro anni, la sanità ha tagliato quattro miliardi di deficit sui sei previsti, gli analisti del servizio sanitario prevedono che entro un paio di anni il debito dovrebbe essere cancellato. La speranza che la sanità possa uscire quasi indenne dalla "fase 2" arriva dall'analisi del sistema sanitario firmata dalla Corte dei conti riferita al 2012.

Detto in sintesi: la lievitazione della spesa sanitaria è stata bloccata ma gli interventi che sono stati effettuati «non sono ancora in grado di favorire il ridimensionamento». Come dire che è stato fatto molto ma che non può bastare.

Le voci sanitarie che pesano di più sulle casse dello Stato sono

quelle riferite al personale e ai beni e servizi. È il costo medio per ogni assistito che continua, in modo costante, a crescere: oggi è arrivato a 1.914 euro a paziente. Meno costosi, invece, i residenti in Campania (1.713 euro), Calabria (1.731 euro) e Sicilia (1.743 euro). Cinque anni fa la cifra media nazionale oscillava intorno ai 1.700 euro. Il balzo è dovuto, in gran parte, alla crescita della popolazione over 70 e dell'innalzamento, tra gli over 85, della non autosufficienza.

La Corte dei conti, comunque, lascia pochi margini e si mostra prescrittiva per il futuro prossimo venturo: «Per la sua impostazione e per le modalità di organizzazione il sistema richiede senza dubbio la disponibilità di ingenti risorse per il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza». La sanità rappresenta un'area di intervento che «richiede un forte impegno di risorse» per i suoi aspetti critici che sono «numerose e complesse».

I primi dati di consuntivo: il complesso delle risorse acquistate l'anno scorso è di circa 112,6 miliardi (un punto percentuale in meno rispetto al 2011). A fronte del volume generale di spesa, attestandosi a 113,7 miliardi, comporta un disavanzo complessivo nazionale di settore pari ad un miliardo. Un risultato considerato il più basso degli ultimi anni, con un saldo negativo interamente a carico delle Regioni. Proprio di una standardizzazione di alcune spese per le Regioni è tornato a parlare il ministro della Salute Lorenzin che ha indicato la strada nella standardizzazione dei costi. Strada non nuova ma di difficile percorribilità. In

particolare per gli acquisti.

Certo è che il costo medio per ogni paziente cresce, con punte del 20% in alcune Regioni. Basta controllare quanto ogni amministrazione sborsa per una giornata media di ricovero: dai 2.265 di Taranto ai 1.731 della Calabria. Il maggior volume di spesa, per la Corte dei conti, è gestito da Lombardia, Lazio e Campania.

Quando la magistratura contabile si riferisce a «situazioni complesse» mette insieme una serie di servizi fragili del servizio sanitario nazionale (derivati direttamente alle difficoltà economiche): le liste d'attesa, il funzionamento del pronto soccorso, la renitenza delle assicurazioni a impegnarsi nella sanità.

Su un punto il governo non potrà cambiare rotta: quella dei ticket (oggi circa 150 euro a testa all'anno). Ed è stata la Corte costituzionale a deciderlo. La manovra finanziaria del 2011 prevedeva di chiedere ai cittadini un contributo ulteriore alle spese sanitarie per arrivare ad una cifra quantificata in due miliardi. Ma, una sentenza della Corte costituzionale nel 2012, ha stabilito che lo Stato ha usato uno strumento non legittimo. Proposta cancellata, dunque.

Il Documento di economia e finanza di quest'anno ha, così, corretto il capitolo ticket. Con l'intento di andare a controllare perché per gli specialisti e per gli esami paga la tassa sanitaria solo il 25% degli italiani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I costi
Raffica di incontri per evitare di effettuare tagli lineari e ridurre i servizi

Spesa sanitaria, altolà del ministro

“Non è un bancomat”. E Caldoro chiede lo sblocco del turn over

GIUSEPPE DEL BELLO

BISOGNA uscire dal piano di rientro. E cambiare le modalità del riparto dei fondi. A chiedere un cambio di rotta è stato il presidente della Regione Stefano Caldoro che ieri ha ricordato come l'iniziale deficit di 827 milioni si sia ridotto fino al pareggio. Giornata al cardiopalmo per la sanità campana in occasione della prima visita del ministro della salute.

Accolta da proteste, striscioni e manifestanti, Beatrice Lorenzin, a Napoli su invito del senatore Pdl Raffaele Calabrò, per partecipare al convegno “Un patto per la salute. Le priorità in Campania”, è rimasta bloccata per più di un'ora a casa del consigliere del presidente. Approderà alla Stazione marittima solo alle 18,20, con un ritardo imposto dalla questura da cui era giunto l'esplicito invito a rinunciare, per motivi di ordine pubblico. Ma il ministro ha accettato la sfida, sapendo che a riceverla avrebbe trovato una piccola ma folla di manifestanti. E, tra questi, le delegazioni di Bros e Usb che la Lorenzin ha incontrato per un'ora, mentre la sala iniziava a dare segni di nervosismo. Poi, il convegno è entrato nel vivo, con Calabrò teso a recuperare il cronoprogramma: «Con la sanità bisogna cambiare passo, andando verso la normalità. La riorganizzazione è finita e oramai nella fase della qualità». Da Stefano Caldoro, un primo messaggio, rassicurante perché «ormai abbiamo dimostrato di essere una regione virtuosa» ma anche di pressing sul governo a cui ha sollecitato lo sblocco del turnover, visto che l'organico della sanità avrebbe bisogno di «5000 nuove assunzioni che, oltretutto, ci farebbero risparmiare, se si considera il costo elevato degli straordinari». Non solo.

Il presidente ha sottolineato che la Campania «riceve dallo Stato 60 euro pro capite in meno rispetto alle altre regioni, una differenza insostenibile e da colmare». La Lorenzin ha preso atto della richiesta, ma ha evitato di sbilanciarsi: «La spesa sanitaria non

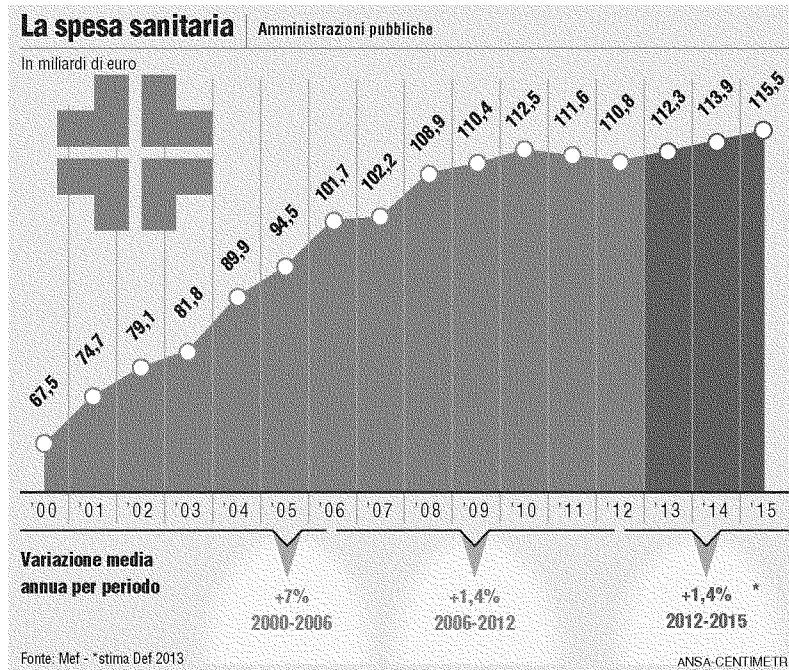


Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin alla Stazione marittima

può essere usata come un bancomat, è stata aggredita e il fondo oggi si attesta a 109 miliardi, mentre dieci anni fa ne aveva undici in più. Il lavoro sporco è stato fatto». Al convegno, organizzato dal Forum per un impegno sociale (Fois), sono anche stati presentati i risultati del sondaggio effettuato su 800 medici. Gli intervistati hanno risposto su vari temi. Sulla causa dell'inefficienza, il 37% attribuisce la responsabilità ai troppi e mal distribuiti ospedali, il 32% alla prescrizione eccessiva di analisi, il 31 all'elevato costo nell'acquisto di beni. E allora, come garantire la sostenibilità delle prestazioni? Il 49% aspira a una riorganizzazione del rapporto territorio-ospedale, il 34 ridurrebbe ricoveri e prestazioni inappropriate, il 17 pensa alla rimodulazione della compartecipazione alla spesa. Ma c'è anche un 52% che rivedrebbe il modello di welfare, mentre il 25 dice guai a chi tocca universalità e gratuità delle cure. Poi, il tema caldo, su cui il primo a lanciare la sfida fu l'ex assessore alla Sanità Montemarano: la revisione del riparto dei fondi. Per il 41% que-

sta dovrebbe essere la priorità del governo, mentre per il 30 andrebbero rivisti i piani di rientro e per il 29 dovrebbe cambiare la politica del personale. Per contrastare la migrazione, il 60% investirebbe in centri di eccellenza, il 19 limiterebbe le autorizzazioni a curarsi fuori regione. Sui conti in ordine Caldoro è inflessibile: «Abbiamo raggiunto il pareggio di bilancio prima del previsto» e la Campania è «sotto lo standard nazionale per posti letto: 3,4 ogni 1000 abitanti. A questo punto bisogna garantire il diritto alla salute con un nuovo patto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Sanità, la Corte dei Conti: pazienti campani i meno costosi d'Italia

NAPOLI - I cittadini campani sono tra i meno costosi per la Sanità Pubblica. Secondo la Corte dei Conti la Campania è tra quelle che gestiscono il maggior volume di spesa, ma i residenti (1713 euro a paziente) sono i meno costosi d'Italia. La magistratura contabile ha sollecitato lo stato a migliorare le liste d'attesa, il funzionamento dei pronti soccorso e le numerose fattispecie di danni erariali. Confermate, quindi, le buone indicazioni rese note dalla Regione.



Il ministro

Lorenzin: Sanità, basta tagli ora sì a investimenti mirati

«Bisogna puntare sui giovani in passato le assunzioni erano di carattere politico»

Gerardo Ausiello

«**S**erve un nuovo patto sulla sanità tra Stato e Regioni, all'insegna della responsabilità e della collaborazione reciproca. Dobbiamo mettere i conti in sicurezza per i prossimi cinque anni». Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin arriva a Napoli e invoca uno sforzo collettivo per iniziare la fase due: «Dopo i tagli - chiarisce - bisogna ora concentrarsi sui livelli essenziali di assistenza, che vanno rivisti, e sui servizi da offrire ai cittadini». Al suo fianco il governatore Stefano Caldoro e il deputato del Pdl Raffaele Calabrò, consigliere del presidente della Regione per la salute. A loro si rivolge la Lorenzin quando sottolinea «gli sforzi compiuti dalla Campania per rimettere i conti in ordine. È necessario proseguire lungo questa strada».

Nei prossimi mesi le Regioni sono chiamate a discutere i nuovi criteri di riparto del fondo sanitario nazionale. Oggi si assiste al paradosso che la Campania, che ha la popolazione più giovane d'Italia, riceve meno fondi. È possibile che, accanto al parametro dell'età media, possano essere presi in considerazione altri fattori come gli indici di deprivazione o le condizioni socio-economiche?
«Ne discuteremo certamente al tavolo con le Regioni. Soprattutto in un momento difficile come quello attuale, con una crisi economica lunga e complessa, è fondamentale che ognuno fornisca il proprio contributo. Insieme possiamo ridurre il gap che esiste tra Nord e Sud e migliorare la qualità dell'assistenza. La sfida è costruire un patto leale e produttivo».

Nord e Sud sono sempre più lontani in termini di ricchezza e i trasferimenti dallo Stato

»

Il futuro
Dopo il rigore comunque non può tornare l'allegria gestione

essenzialmente una crisi di governance. Dobbiamo capire che i manager devono fare i manager e i medici devono fare i medici. Guardando all'unico obiettivo che conta, ovvero la salute dei cittadini. Purtroppo, dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, la spesa sanitaria è esplosa. Si è così stati costretti ad intervenire anche in modo radicale e feroce stressando il sistema da un lato con i tagli e dall'altro con la spending review, che proseguirà fino al 2014. Ma dev'essere chiaro a tutti che la sanità non è un bancomat a cui si fa ricorso per far quadrare i conti. Questo non è più possibile. Il fondo sanitario nazionale è sceso ormai a 109 miliardi. Dieci anni fa le Regioni avevano a disposizione 10-15 miliardi in più».

Se si guardano gli ultimi anni, la Campania è la regione con le migliori performance sul fronte della sanità. Ma qui i cittadini continuano a pagare le tasse più alte d'Italia a causa dell'indebitamento strutturale e degli errori del passato. È favorevole ad un meccanismo che valorizzi maggiormente i risultati ottenuti, al di là dello storico?

«Sono ministro da poche settimane e non a caso ho scelto di venire subito in Campania, dove ci sono tanti problemi e gravi emergenze da risolvere. Ecco, qui la Regione sta faticosamente

finiscono per contribuire ad alimentare questo divario. Si può, partendo dalla sanità, studiare un sistema che consenta di azzerare il gap?

«La crisi della sanità italiana è stata

superando le difficoltà per costruire un nuovo modello di assistenza sanitaria. Non sarei onesta intellettualmente se dicessi che, dopo il rigore, si potrà ora incrementare la spesa pubblica. È chiaro che, con le condizioni attuali, gli investimenti devono essere mirati. Anche per questo ho scelto di non appesantire il Parlamento con decine di decreti. La priorità è piuttosto programmare e costruire una rete».

A causa del blocco del turn over, la sanità campana ha dovuto rinunciare negli ultimi anni a quasi 10mila unità. C'è stato un parziale sblocco, pari al 15 per cento, ma si

»

Non siamo un bancomat
In questi ultimi anni il sistema è stato stressato dai tagli indiscriminati ma non c'era altra strada

attende il via libera da Roma.
«È fondamentale che nel sistema sanitario vengano inserite forze fresche. Bisogna dire con chiarezza, però, che spesso in passato le assunzioni non sono state effettuate per garantire servizi ai cittadini bensì per creare posti di lavoro. Non deve più accadere. Riducendo gli sprechi si potrebbero bandire molti concorsi. A tal proposito cito solo un dato: la sanità elettronica, con una rete telematica tra ospedali e Asl, consentirebbe un risparmio di 7 miliardi».

La Campania ha praticamente azzerato il deficit. Si può ipotizzare la fine del commissariamento e il ritorno ad un regime ordinario nel 2014?
«Questo dipenderà dal bilancio e dalla capacità della Regione di garantire i livelli essenziali di assistenza. Certamente, comunque, gli sforzi compiuti sono significativi. E allora, per chi ha dimostrato maggiore affidabilità, si sta studiando un meccanismo meno aggressivo dal punto di vista contabile e più attento al paziente».

Si è parlato a lungo dell'ennesimo aumento dei ticket. È definitivamente scongiurato?

«Assolutamente sì, anche perché c'è una sentenza della Corte Costituzionale che va in questa direzione. Non si possono chiedere altri sacrifici ai cittadini. Dobbiamo invece lavorare per dar vita ad un modello all'inglese, dove si risparmia e si reinveste nel sistema. E soprattutto non devono più esserci differenze tra le parti del Paese. Oggi certi farmaci innovativi sono disponibili solo in alcune Regioni. Bisogna subito correre ai ripari. È una battaglia di equità e di giustizia».

Migliaia di precari attendono da anni la stabilizzazione. È pronta ad assumere quest'impegno?

«In tutta Italia 35mila precari sono costretti a vivere aspettando il prossimo contratto. Ebbene, insieme con il ministero dell'Economia, siamo impegnati a sciogliere questo nodo per dare a tanti lavoratori, spesso indispensabili nel sistema, nuove motivazioni, entusiasmo e possibilità di fare carriera».

Dalla sigaretta tradizionale a quella elettronica ma restano vuoti normativi. Come intervenire, considerando anche i costi a carico dello Stato per le malattie legate al consumo di sigarette?

«Ho già firmato un'ordinanza che vieta l'utilizzo della sigaretta elettronica per i minorenni e nelle scuole. Il prossimo passo, in Consiglio dei ministri, sarà regolamentare i criteri di vendita e di diffusione delle e-cig».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A Napoli Contestazioni e sit in di protesta

Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin è stata accolta a Napoli da un sit-in di protesta davanti alla Stazione Marittima, dove si sono radunate circa 200 persone tra aderenti alla Rete Commons antidiscarica, precari della sanità e precari Bros. I manifestanti hanno accolto con cori e slogan il ministro della Salute. La Lorenzin ha quindi ricevuto una delegazione di ribelli, con i quali ha discusso per oltre mezz'ora.

Sanità

Caldoro: ora la Campania fuori dal piano di rientro



Beatrice Lorenzin

NAPOLI — Oltre un centinaio di persone ha accolto con un sit in di protesta il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ospite di un convegno alla stazione marittima con il senatore Raffaele Calabrò e il governatore Stefano Caldoro. Dalla Regione Campania è stato chiesto che, una volta raggiunto il pareggio di bilancio in sanità, la possibilità di poter uscire dal piano di rientro. La situazione di partenza vedeva per la Campania un deficit di 827 milioni che è stato progressivamente ridotto fino al pareggio. Le misure assunte hanno consentito di abbattere il debito delle Asl che nel 2012 si riduce di oltre 1 miliardo rispetto allo scorso anno. Resta tuttavia da sciogliere il nodo relativo al ritardo dei pagamenti e questo nonostante il recupero della Regione. Dai dati Assobiomedica, la Campania è passata da 763 giorni di ritardo per il 2012, ai 654 giorni ad aprile 2013 (con un recupero di 109 giorni rispetto al dato del Tavolo di verifica). Lorenzin ai giornalisti ha assicurato il suo impegno soprattutto per le emergenze ambientali: «Il ministero e l'Istituto superiore di sanità — ha detto — continueranno a vigilare in questi luoghi dove ci sono aree di criticità,

sempre tenendo conto che ci sono altre questioni di salute pubblica e prevenzione che in un'area come questa riguardano anche gli stili di vita. Abbiamo istituito un tavolo tecnico presso il ministero della Salute che sta monitorando i dati che arrivano dalle zone a rischio. È evidente che nel momento in cui si mette in atto uno studio su campioni di persone poi bisogna anche attenersi all'evidenza scientifica che arriva da questi campioni altrimenti è inutile fare studi approfonditi, ma ci si può semplicemente aggrappare a suggestioni e ipotesi». Caldoro, dal canto suo, è tornato a protestare per i trasferimenti delle risorse: «La sanità non va affrontata solo con i tagli, ma rilanciata con una buona spesa avendo le risorse. La Campania non solo è la regione più virtuosa, ma anche quella che prende meno in termini di trasferimenti statali: 60 euro pro capite in meno».

A. A.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Sanità, meno risorse ma mantenuti i servizi»

I conti

Il pareggio di bilancio in campo sanitario per la Regione Campania sembrava un miraggio ad inizio mandato. La situazione, come per altre regioni soggette ad un durissimo piano di rientro, era complessa. Ma alla fine il pareggio è arrivato e senza essere costretti ad abbassare gli standard di assistenza.

«Abbiamo raggiunto il pareggio di bilancio senza ridurre i livelli essenziali di assistenza». Stefano Caldoro, Pre-



”

L'analisi
Il governatore
«Raggiunto
il pareggio
di bilancio
senza
danneggiare
l'assistenza»

sidente della Regione Campania, ha tenuto a ribadirlo. «I livelli sono identici - ha affermato - e siamo riusciti a mantenerli anche con meno risorse. Quando la Campania raggiunge degli obiettivi - ha concluso Caldoro - a raggiungerli non sono io in quanto presidente della Regione, ma tutta la comunità». Ora si dovrà ridiscutere i criteri di riparto del fondo sanitario nazionale. Oggi si assiste al paradosso che la Campania, che ha la popolazione più giovane d'Italia, riceve meno fondi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il monitoraggio. I dati di Assobiomedica

Certificazione in ritardo per Asl e Regioni

Paolo Del Bufalo

☞ Vita difficile per le imprese creditrici delle aziende del Servizio sanitario nazionale. Prima di settembre, nonostante la scadenza di fine giugno prevista dal decreto sui debiti Pa, non si aspettano alcuna novità sul versante del pagamento di fatture che, in media, viaggiano con 300 giorni di ritardo. E sono convinte che se qualcosa arriverà in cassa non sarà prima di fine anno. In più, nella maggior parte dei casi non sono nemmeno state concluse tutte le procedure previste dal decreto: tra le aziende regna il pessimismo.

Assobiomedica, l'associazione delle imprese del bionfedicale (dalle siringhe alle risonanze magnetiche) che hanno crediti scoperti per quasi cinque miliardi con aziende sanitarie che in alcuni casi hanno ritardi di oltre 1.600 giorni (l'Asl Napoli 1 Centro, a esempio), parla chiaro: entro il 29 aprile le amministrazioni pubbliche avrebbero dovuto, (tutte), iscriversi alla piattaforma telematica dell'Economia, condizione per pubblicare l'elenco dei debiti, poter procedere alla loro certificazione (entro il 15 settembre) e quindi al pagamento. Ma al 7 maggio (ultima data ufficiale, anche se la situazione non è molto diversa ora) l'iscrizione era stata completata solo da un terzo: 196 Enti sanitari su 268. E anche se alcune Regioni non hanno chiesto anticipazioni (Lombardia, Marche e Basilicata e le province di Trento e Bolzano), le conseguenze della mancata iscrizione sono molteplici, spiega Assobiomedica. Prima tra tutte l'impossibilità di certificare i crediti, bloccando l'iter e lasciando tempi e importi ancora nella nebbia.

«L'unica nostra soddisfazione è che, anche grazie a Confindustria, l'argomento dei ritardi di pagamento su cui ci battiamo da più di venti anni abbia ottenuto l'attenzione del Governo. Ma le note positive per la sanità finiscono qui», spiega Stefano Rimondi, presidente di Assobiomedica. Per tre ragioni. La prima è che a fronte di un debito riconosciuto nel Ssn di 40 miliardi a fine 2012, ne sono stati finanziati solo 14, un terzo quindi, e per di più entro il 2014, an-

300 giorni

Tempo medio di attesa

Per il pagamento delle fatture ai fornitori dei dispositivi medici

corandoli alla certificazione. La seconda è che non è stata chiarita l'ambiguità di ciò che accade per i crediti non certificati. «Finora sono stati - spiega Rimondi - il vero punto dolente: le Regioni con il maggior disavanzo sanitario sono responsabili della maggioranza del debito (per noi due terzi) e sono anche quelle commissariate, che non possono certificare e verso le quali non possiamo svolgere azioni legali». Terza ragione sono i tempi. «Il ministro dello Sviluppo economico Zanonato - afferma Rimondi - ha detto che la pubblica amministrazione comincerà a pagare dopo l'estate: tradotto nulla arriverà in cassa prima di fine anno. Così ora - conclude - siamo sulla riva del fiume a vedere se tra qualche mese passerà una "barchetta" o solo il cadavere di questo provvedimento».

Il governo vuole un'alternativa all'aumento dell'acconto Irpef. Pd, Renzi: candidato premier chi vince le primarie

Sanità, rivoluzione per i ticket E sull'Iva si cercano nuovi fondi

Lorenzin: troppi esenti, facciamo pagare secondo i carichi familiari

■ Entra in vigore oggi il decreto lavoro, ma alla maggioranza piacciono poco le coperture per assunzioni e rinvio dell'aumento Iva al 22%. Il governo vuole un'alternativa all'incremento dell'acconto di fine anno dell'Irpef: da qui, la ricerca di altri fondi, almeno 600 milioni, con nuovi tagli e prelievi. Sanità, il ministro Lorenzin, in un'intervista a La Stampa, punta l'indice sui ti-

cket: troppe esenzioni, metà degli assistiti non li paga e consuma l'80% delle prestazioni, pertanto devono cambiare. Sul fronte politico, ancora acque agitate ne Pd. Renzi: candidato premier chi vince le primarie.

**Giovannini, Iacoboni,
La Mattina, Martini, Pitoni, Russo,
Sodano e Talarico** DA PAG. 2 A PAG. 7

Lorenzin: "I ticket? Troppe esenzioni Così devono cambiare"

Il ministro: oggi metà degli assistiti non li paga e consuma l'80% delle prestazioni. Serve un riequilibrio

PAOLO RUSSO
ROMA

Ministro Lorenzin, ecco qui: 96 euro di ticket per cardio ed ecodoppler, altri 40 per la visita specialistica, 36 per le analisi. In tutto per un controllo 172 euro. E per altri accertamenti può andare anche peggio. Non le sembra che qualcosa non vada?

«Certamente, ma lei quanto guadagna?»

Diciamo che posso permettermeli...

«Ma se avesse tre figli e mettiamo anche dei nipoti da aiu-

tare con un reddito familiare che non arriva a duemila euro mensili sarebbe diverso. E infatti da tempo stiamo registrando un calo delle prestazioni. Da un lato perché i medici prescrivono in modo più appropriato. E questo è un bene. Dall'altro perché molti italiani rinunciano a fare gli accertamenti proprio per motivi economici. E questo è un male perché significa rinunciare a fare prevenzione ma anche a curare per tempo le malattie».

Sta dicendo che il sistema dei ticket va riformato?

«Senza dubbio e dobbiamo farlo in modo semplice e lineare, tenendo conto dei carichi familiari. Oggi metà degli assistiti non paga il ticket perché esente ed è quella fetta di popolazione che consuma l'80%

delle prestazioni. In alcune aree del Paese gli esenti per reddito Irpef arrivano al 70%. C'è qualcosa che non va perché poi chi paga paga troppo. Allora diciamo: non usiamo i ticket per fare cassa ma riformiamo il sistema spalmandoli in modo più equo sulle prestazioni sanitarie e riduciamo il numero degli esenti in modo da garantire a chi ha veramen-

te necessità sempre e comunque l'accesso alle cure».

Un modo potrebbe essere quello di agganciare le esenzioni al reddito Isee?

«Potrebbe, ma rivedendo un po' quell'indicatore di ricchezza delle famiglie perché le esenzioni siano graduate tenendo in maggiore considerazione i carichi familiari oltre che la ricchezza effettiva. Ma sono tutte cose delle quali parleremo nei prossimi giorni con le Regioni e con l'Economia».

Intanto si è capito se i due miliardi di aumento dei ticket previsti per il 2014 saranno rifinanziati?

«Le do una notizia. Proprio questa mattina il Ministro Saccomanni mi ha telefonato per dirmi che sarà garantita la copertura nel fondo sanitario. In cambio dovremmo metterci intorno al tavolo con le Regioni per chiudere al più presto un nuovo Patto della salute che riprogrammi sia la governance che la spesa sanitaria. Abbiamo fatto una ricognizione e le dico che possiamo risparmiare 10 miliardi da reinvestire nella Sanità. La tecnologia e la ricerca portano nuove cure che salvano le

vite ma costano. Tanto. Dobbiamo recuperare eliminando quello che non è essenziale o funziona male».

Dieci miliardi da una nuova spending review sanitaria? Un'altra notizia...

«Non chiamiamola spending review perché vogliamo agire in senso opposto ai tagli lineari. Possiamo risparmiare e ottimizzare le cure con il piano quinquennale per la deospedalizzazione e le cure domiciliari che stiamo perfezionando. Mettendo in rete ospedali asl e studi dei medici di famiglia, mentre una mano ce la darà l'informaticizzazione e il fascicolo sanitario elettronico, che impedirà inutili duplicazioni di prestazioni. Così come le farmacie di servizio possono fare la loro parte garantendo prestazioni base e prenotazioni. Ma si può risparmiare anche creando centrali d'acquisto per i servizi di lavanderia o gestendo meglio lo smaltimento dei rifiuti. Lo sa che alcuni ospedali non pagano al chilo ma a forfait spendendo dieci volte tanto?».

Medici di famiglia che lavorano in rete. Ma gli studi aperti 24h restano una chimera?

«No, ma c'è un problema di ri-

orse. Dal piano di riprogrammazione della spesa che definiremo nel Patto dovremo trovarle. Anche per valorizzare i medici di famiglia, che non possono essere relegati al ruolo di compila-ricette ma tornare alla medicina d'iniziativa. Quella che fa chiamare i pazienti che sai essere nelle fasce più a rischio per prevenire, curare in tempo».

Parliamo di un'altra cosa che fa imbufalire gli assistiti: le liste d'attesa, soprattutto quando per aggirarle basta farsi visitare privatamente...

«Già oggi l'attività libero professionale dei medici può essere autorizzata solo se diminuiscono i tempi d'attesa. Ma gli assistiti devono sapere che questo dipende dalla governance delle singole aziende e delle Regioni. C'è dove una Tac si fa in una settimana e dove in sei mesi, magari perché la si fa lavorare 6 ore al giorno anziché 20».

Voltiamo pagina. Lei ha appena vietato l'uso delle e-cig nelle scuole. Prossimi passi?

«Un decreto per garantire maggiore sicurezza dei dispositivi, in particolare per evitare che dal beccuccio fuoriesca nicotina con rischi di intossicazione. Ma anche regole più rigide sulla

pubblicità e sulle informazioni da riportare al pubblico affinché si sappia esattamente cosa c'è dentro le ricariche».

Stamina. Lunedì si parte?

«Noi siamo pronti ma Vannoni non ha ancora consegnato i protocolli. Ha detto che lo farà il 2 luglio. A quel punto partiremo nel rispetto delle regole applicate in tutto il modo civile sulle sperimentazioni cliniche. La mia speranza è che i risultati alla fine siano positivi. Ma in questo momento abbiamo anche il dovere di non alimentare illusioni».

Famiglie

Il costo dei servizi va rimodulato tenendo conto dei carichi familiari e non solo del reddito

Risparmi

Abbiamo fatto una ricognizione e si possono risparmiare 10 miliardi da reinvestire

Medici di famiglia

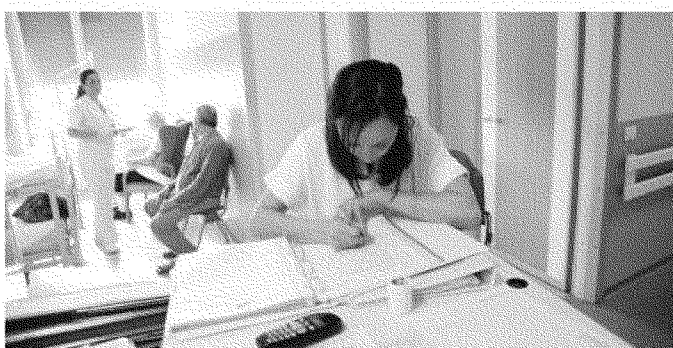
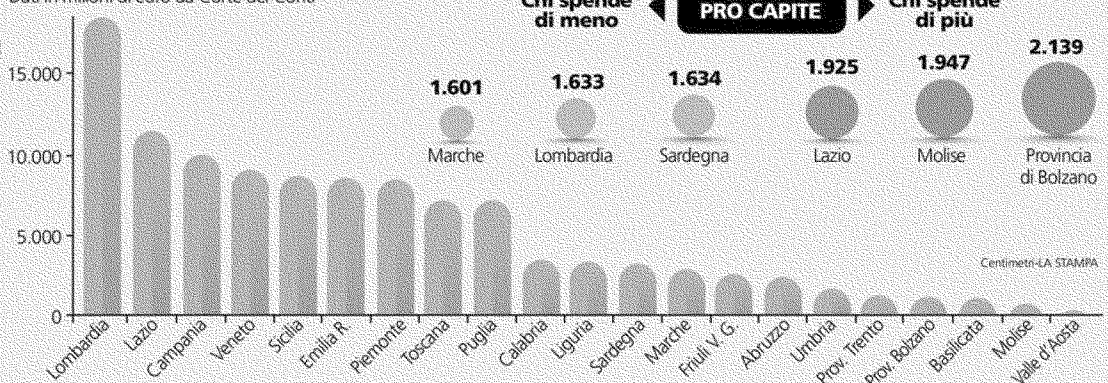
Sono relegati a un ruolo di compila ricette mentre sono fondamentali per la prevenzione

Uso delle staminali

Bene la sperimentazione e spero porti risultati positivi. Però abbiamo il dovere di evitare illusioni

Spesa sanitaria per regione

Dati in milioni di euro da Corte dei Conti



Il ministro Lorenzin vuole un nuovo «Patto della Salute» da concordare con le Regioni

Il convegno I medici del Sumai: malattie croniche in aumento. Sanità territoriale da riorganizzare

Cure domiciliari, Campania in ritardo

Patrizia Marino

Aumenta l'età media delle persone e di conseguenza aumentano anche le malattie croniche. Se ne è discusso ieri in un convegno organizzato dal sindacato medico Sumai. Presenti oltre al segretario provinciale Gabriele Peperoni, il sub commissario alla Sanità Morlacco, il presidente di commissione Schiano di Visconti e molti altri esperti del settore. Occhi puntati sui temi della riorganizzazione della medicina territoriale compresa l'erogazione delle cure domiciliari per le persone fragili anziane e non. «Attualmente - di-

chiara Peperoni - nulla è stato fatto di effettivo. Le malattie croniche sono in aumento e noi auspichiamo che le autorità regionali attuino un sistema di cure domiciliari sul territorio e che si cerchi di dimezzare il prezzo del ticket, che in un momento di grave crisi economica rappresentano un vero e proprio disincentivo a curarsi, creando un circolo vizioso che induce alla cronicità anche delle patologie più banali all'inizio».

«Il piano di rientro - spiega Stanislao Napolano, rappresentante medici Sumai - ha condizionato non poco le scelte delle

direzioni strategiche delle aziende sanitarie, che hanno agito solo in un'ottica di razionalizzazione delle risorse perseguite però solo con l'adozione di tagli lineari. Come si fa quindi a garantire la salute ai cittadini?». Dal convegno emergono alcune linee guida: considerare le effettive criticità esistenti, monitorare ed analizzare le cause dell'aumento delle cronicità nella regione, potenziare una rete tra medici di medicina generale, ambulatoriali e specialisti, al fine di garantire le efficienze le equità e anche i risparmi economici. E ancora avere ben presente gli indubbi van-



taggi della continuità assistenziale, dalle dimissioni del paziente dall'ospedale alla presa in carico nella cura domiciliare garantendo gli stessi diritti assistenziali. E infine la proposta da parte dei dirigenti del Sumai di identificare un modello organizzativo per le cure domiciliari e valutarne i vantaggi economici. È d'accordo anche il sub commissario alla Sanità Morlacco che indica la Campania come la regione che più si presta ad effettuare le cure domiciliari proprio per una sua cultura a riguardo. La migliore cura - dice Morlacco - è quella che si fa in casa propria dove il paziente o l'anziano si sente protetto dall'effetto dei suoi cari».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



ASL

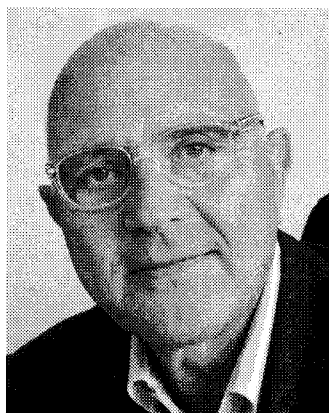
Piano sanitario regionale, obiettivi raggiunti

ISTITUITA ACCORPANDO due Aziende sanitarie preesistenti, dopo due anni e mezzo di lavoro la ASL Caserta ha conseguito pienamente gli obiettivi previsti dal Piano Sanitario Regionale, con un programma di razionalizzazione delle strutture sul territorio e una serie di iniziative, come sottolinea il direttore generale Paolo Menduni, tese ad offrire una risposta sempre più efficiente e qualificata alle aspettative dei cittadini.

Dopo l'accorpamento delle ASL preesistenti, come è organizzata, oggi, la presenza del Servizio sanitario in Terra di Lavoro?

Con la razionalizzazione abbiamo rivisto tutti gli ambiti territoriali e suddiviso la provincia in 12 distretti, ottemperando tutti gli obiettivi posti nella fase di commissariamento. Ad esempio, in base al decreto 49 del 2010 sulla riorganizzazione ospedaliera e dei posti letto, sono stati riconvertiti gli ospedali di Teano e Capua, con un notevole risparmio sulle spese di gestione. A Teano, oggi, abbiamo il primo ospedale di comunità in Campania, per pazienti non acuti, affidati alla medicina generale. La struttura è un filtro importante per il territorio, in quanto ospita anche la sede del distretto, il PSAUT, le attività specialistiche e ambulatoriali. Per quanto riguarda Capua, invece, che ha è dotata di sale operatorie nuove, stiamo riconvertendo la struttura in day surgery, in stretto collegamento con l'ospedale di S. Maria Capua Vetere.

E per quanto riguarda gli altri ospedali?



Paolo Menduni

Il dg Paolo Menduni: Con la razionalizzazione abbiamo rivisto tutti gli ambiti territoriali e suddiviso la provincia in 12 distretti, centrando i target posti in fase di commissariamento

Sono stati tutti riorganizzati, ad iniziare da Aversa che è un ospedale importante con un pronto soccorso, secondo in Campania per numero di accessi solo al Cardarelli. In questi giorni è stato approvato un investimento importante, con il progetto di ammodernamento del pronto soccorso con posti letto di breve osservazione e l'inserimento di una TAC per la diagnostica di emergenza e spazi nuovi da dedicare completamente alla medicina d'urgenza. Sempre nell'ambito delle indicazioni del Piano ospedaliero re-

gionale, stiamo completando l'integrazione degli ospedali di Marcianise e Maddaloni: sul primo stiamo facendo investimenti sul fronte della sicurezza e per ampliare le degenze con il trasferimento di alcuni reparti, anche in vista dell'arrivo, nel prossimo autunno, dell'Università. Analogamente stimo intervenendo nelle strutture di confine, come a Piedimonte Matese, dove abbiamo rafforzato la diagnostica per immagini con l'acquisto di una modernissima Tac.

Quindi oggi l'ASL Caserta può assicurare una buona presenza ospedaliera sul territorio?

La presenza è diffusa, ma il nodo critico riguarda la percentuale di posti letto per mille abitanti. A fronte di una media italiana di 3,7, di cui lo 0,7 per riabilitazione, in provincia di Caserta registriamo una media di 2,3 posti ogni mille abitanti. Questo in parte è determinato dal progetto del Policlinico universitario con una previsione di 500 posti letto non ancora attivati. Quindi il numero di posti letto al momento è insufficiente e viene compensata in parte dalle case di cura accreditate, che operano a livelli di eccellenza. Purtroppo registriamo ancora una mobilità negativa verso altre regioni, che tentiamo di arginare rafforzando gli ospedali di confine, Piedimonte Matese e Sessa Aurunca.

Come affrontate i problemi derivanti dal blocco del turn over?

Pur avendo raggiunto già da due anni l'equilibrio economico, la fase di rientro ci impone ancora di non fare assunzioni.

Dal 2006 ad oggi abbiamo perso 1.500 dipendenti: i medici sono tutti anziani e non c'è ricambio generazionale. Per ovviare a questo problema abbiamo avuto dalla Regione l'autorizzazione per alcuni concorsi per direttori di struttura complessa e stiamo operando alcune economie interne per recuperare fondi da investire per il personale. Ad Aversa, ad esempio, abbiamo attivato una gara per inserire l'Emodinamica all'interno dell'ospedale, evitando, come succedeva in passato, di portare in giro per la provincia e la regione pazienti acuti e cardiopatici per sottoporli ai test di emodinamica, con grandi risparmi e soprattutto garantendo la sicurezza dei pazienti.

Sul fronte dei risparmi di gestione quali altre iniziative avete messo in campo?

Puntiamo molto sull'innovazione, a partire dal fronte energetico: abbiamo ricevuto dal GSE il riconoscimento di ASL virtuosa. Con i pannelli fotovoltaici montati su molte nostre strutture, registriamo un risparmio di oltre 800mila euro all'anno). Un altro capitolo importante riguarda gli immobili: ci siamo allineati alla delibera della gestione commissariale che imponeva un risparmio del 33 per cento, lasciando i fitti passivi e ricevendo dalle amministrazioni comunali immobili in comodato d'uso. Questi accordi nascono dal buon rapporto con i sindaci i quali assicuriamo la presenza delle strutture sanitarie sul loro territorio.

Che contributo da l'innovazione tecnologica alla gestione del servizio sanitario?

Importantissimo: ad esempio in campo farmaceutico il sistema informatico SaniArp ci consente, in collaborazione con i medici di famiglia e le Università di Napoli e di Messina, il monitoraggio sul consumo dei farmaci, bloccando le truffe e son un risparmio di 18 milioni di euro. Siamo capofila di questo progetto di medicina informatica che oggi viene testato anche in altre ASL della Campania. Inoltre grazie a Federfarma e Poste Italiane siamo la seconda ASL in Italia che ha attivato il pagamento del ticket e la prenotazione attraverso lo Sportello amico degli uffici postali. Infine con l'ASL NA 1 siamo capofila per la sperimentazione della Carta regionale dei servizi, un esperimento concreto di e-health con la possibilità, ad esempio, di fornire a tutti i diabetici e celiaci i presidi che possono ritirare in farmacia, con la ricarica mensile sulla card di quanto a loro dovuto. Anche in questo caso c'è un risparmio del 20 per cento sulla spesa farmaceutica, in quanto i pazienti prendono soltanto quello di cui hanno effettivamente bisogno.

Quali sono gli interventi nei confronti delle fasce sociali più deboli?

Vogliamo potenziare i servizi sul territorio come l'assistenza domiciliare, anche attraverso i PTRI, i Progetti terapeutici riabilitativi individuali. Inoltre stiamo puntando alla realizzazione di un hospice, attraverso il recupero di un'ala dell'Ospedale di S. Felice a Cancelli, dove saranno ospitati i pazienti terminali.

Francesco Bellofatto

Casoria Alla Asl Na2 nord creata una task-force per dare la caccia ai furbetti dell'esenzione

Pugno duro contro i truffatori della sanità

Centinaia le revoche di benefici erogati con false certificazioni

Domenico Maglione

CASORIA. Task-force contro chi non paga le prestazioni sanitarie: all'Asl Napoli 2 Nord, distretto di Casoria, è caccia ai furbi. Centinaia le revoche dei benefici per pazienti che hanno goduto dell'esenzione sulla base di autocertificazioni poi risultate false.

I truffatori sono stati scovati con un controllo incrociato tra autocertificazioni del reddito presentate nel 2011 e le informazioni rese disponibili dall'Agenzia delle entrate, dal ministero del Lavoro e dall'Inps.

“Attraverso il sistema di controllo delle autocertificazioni, che assegna in automatico l'esenzione ai cittadini in possesso dei requisiti reddituali richiesti, è stato predisposto un apposito elenco degli esentati per reddito”, fanno rilevare i dirigenti sanitari della Asl Napoli 2 Nord. A Casoria, stime non ancora ufficiali danno una percentuale di quasi il 20% di autocertificazioni fal-

se. In Campania, secondo dati regionali, è emerso un esito negativo per circa 65mila certificazioni, corrispondenti a oltre il 17% del totale su 650mila ricette spedite. Tutto questo, a dispetto dell'attività di razionalizzazione della spesa, effettuata dalla Regione in attuazione degli impegni assunti con il Piano di Rientro del disavanzo e dei programmi operativi che pure hanno permesso di conseguire finora buoni risultati per il perseguimento dei quali da domani partiranno nuove ristrettezze a carico degli assistiti della Campania.

Per le misure di compartecipazione alla spesa il codice E05, finora riconosciuto a soggetti appartenenti ad un nucleo familiare con reddito Isee non superiore a 10000 euro, sarà sostituito dal codice di esenzione E10 per cittadini appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo però non superiore ai 13mila euro. Cambiano le condizioni anche per i trapiantati d'organo, il cui codice di esenzione E08 veniva assegnato a chi faceva parte di un nucleo familiare con reddito Isee non superiore a 22mila



Truffe
Revisione di tutte le certificazioni per esenzione ticket all'Asl Na2 nord

euro, limitatamente per l'erogazione di farmaci correlati strettamente alle proprie patologie. Dal 1 luglio la soglia di reddito complessivo è stata, anche in questo caso, innalzata e dovrà essere non superiore a 36.151,98. A questi ultimi spetterà codice E018. “I cittadini che ritengano di essere in possesso dei requisiti di reddito previsti per i codici di esenzione E10 ed E18 potranno verificare dal proprio medico curante e/o presso il Distretto l'inclusione del loro nominativo nei nuovi elenchi degli esenti - spiegano all'Asl - Qualora il nominativo non risulti, è possibile ottenere certificato provvisorio presentando all'Asl un'autocertificazione per il diritto all'esenzione, con riferimento al reddito complessivo e al nucleo familiare dell'anno precedente a quello di erogazione delle prestazioni”.

Per chi è stato scovato a certificare il falso, intanto, oltre al pagamento della quota di compartecipazione per la spesa sanitaria non versata, potrebbe scattare anche una denuncia penale da parte della dirigenza sanitaria che ha agito su espressa indicazione della Regione e in stretta collaborazione con gli organi di polizia.

LE REITERATE RICHIESTE DEI SINDACI A FERRARO SONO RIMASTE LETTERA MORTA

SANITÀ & TAGLI, ISCHIA AD UN BIVIO

Trasferita alla Regione la delibera dell'atto aziendale: adesso la partita è tutta politica

Non c'è stato verso. Nonostante le reiterate richieste susseguitesesi in modo sempre più esplicito e pressante fin dallo scorso mese di maggio, da Monteruscello non è arrivato nessun segnale di disponibilità e tanto meno alcun invito a dare udienza ai Sindaci isolani, per affrontare con loro le questioni sollevate dal progetto del nuovo Atto aziendale. E nel frattempo non è più l'Asl titolare del gioco, che è passato nel campo della Regione, dove dovrà essere scritta la pagina conclusiva di questo capitolo tanto serio e complesso della storia della sanità pubblica in Campania e, in particolare, nel vasto territorio dell'Azienda a nord di Napoli. Dove, di sicuro per le isole, si annuncia una rivoluzione le cui conseguenze reali sono ancora tutte da approfondire e soppesare. Pubblicizzato sul sito ufficiale dell'Asl Na2 Nord sotto forma di "bozza" nello scorso mese di maggio, l'Atto aziendale elaborato in ossequio a quanto stabilito da apposite norme statali e regionali, sarebbe dovuto passare all'esame finale della Regione già entro il 31 maggio. E perciò ancor prima di quella scadenza e in previsione di essa, i Sindaci isolani avevano compiuto la prima mossa nei confronti del manager dell'Azienda, nell'intento di esaminare e valutare con lui gli aspetti rilevanti per l'isola. Pe-

rò, poi, arrivata la fine del mese nulla era avvenuto, o meglio da Napoli era stata concessa una proroga di sessanta giorni, per dare il tempo alla Na2 Nord di trasformare la "bozza", giudicata irricevibile dalla Regione in quella forma, di tradurla in un'apposita delibera, sempre destinata al vaglio dell'istituzione sovraordinata. Nell'attesa che si compisse quest'altro pezzo dell'iter dell'Atto, i rappresentanti delle amministrazioni isolate sono tornati alla carica, come è noto, e più volte con il direttore generale, che in quella fase era ancora il principale punto di riferimento con cui discutere del documento in gestazione. Ma nessuno di quei tentativi è andato a buon fine e, di fatto, il manager ha rifiutato il confronto con i Sindaci. Che hanno continuato a sollecitare e ad attendere un appuntamento in via Corrado Alvaro, a Monteruscello. Inutilmente. Ma sembrava che ci fosse ancora tempo per parlare con Ferraro, vista la scadenza del 31 luglio. E invece, l'Asl ha provveduto ad approvare la delibera contenente la proposta di Atto aziendale e ad inviarla a Napoli prima dell'ultima data utile, anzi con largo anticipo, qualche giorno fa. Da quel momento in poi, la "pratica" che ci interessa è stata presa in carico dall'ap-

posita commissione regionale che dovrà esaminarla, eventualmente modificarla, e poi approvarla in via definitiva, al pari di tutti gli altri documenti similari prodotti dalle varie Asl della Campania. Commissione

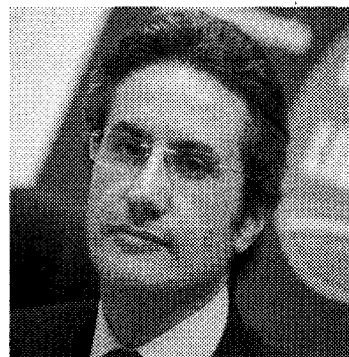
Adesso che l'Asl si libera da ogni responsabilità, il governatore Caldoro non può essere più destinatario solo "per conoscenza" delle note dei principali cittadini isolani e forse neppure dell'Asl. Diffida che il Sindaco d'Ischia ha inviato a Monteruscello, quando la delibera dell'Atto era già stata trasmessa a Napoli...

L'Asl ha provveduto ad approvare la delibera contenente la proposta di Atto aziendale e ad inviarla a Napoli prima dell'ultima data utile, anzi con largo anticipo, qualche giorno fa. Da quel momento in poi, la "pratica" che ci interessa è stata presa in carico dall'apposita commissione regionale che dovrà esaminarla, eventualmente modificarla, e poi approvarla in via definitiva

ne formata da vari esperti, anche provenienti da altre Regioni, e dai rappresentanti di Cgil-Cisl e Uil, che debbono essere consultati su tutte le questioni inerenti il personale. E naturalmente ne fa parte anche il governatore Stefano Caldoro, nella sua qualità di commissario straordinario per la Sanità. A questo punto, dunque, e già da un paio di settimane, l'Asl e segnatamente il direttore generale Ferraro, non hanno più nessuna competenza sul documento re-

dato a Monteruscello, la cui responsabilità ricade ormai interamente sulla Regione. E superata la fase aziendale, nella quale si poteva ancora interloquire, o almeno sperarlo vista la chiusura del direttore generale, in questa nuova, tutta in seno alla commissione regionale, non sono previsti audizioni né incontri con altri soggetti, compresi i Sindaci. Insomma, non vi è più alcuna possibilità di confronto e di interlocuzione diretta con i commissari. Ciò che rende ancora più rimarchevole – e grave – la mancata risposta del manager Ferraro alle richieste d'incontro dei Sindaci, più che giustificate dalla necessità di evidenziare quelle esigenze specifiche e particolari delle isole, soprattutto in campo sanitario, che spesso non sono tenute nella debita considerazione in terraferma. E la formulazione dell'Atto aziendale licenziata dai vertici di Monteruscello ne è l'ennesima conferma, come hanno ben evidenziato i Sindaci nei rilievi messi per scritto in una delle loro note indirizzate a Ferraro per ottenere l'incontro che non c'è mai stato. D'altra parte, il direttore generale non si è mostrato incline a raccogliere proposte di modifica della "bozza" di Atto già elaborata e preliminarmente alla trasmissione alla commissione regionale. A verificarlo sono stati i sindacati,

che pure tanto avevano insistito per incontrare il manager, con l'obiettivo di avanzare proposte di verifica di alcuni punti dell'Atto, comprese alcune delle questioni relative all'organizzazione dei servizi sulle isole, su cui hanno espresso riserve anche i Sindaci nelle loro missive al manager. Pur avendo (faticosamente) ottenuto l'atteso appuntamento con il direttore generale, i rappresentanti sindacali non ne hanno ricavato nulla di concreto, giacché Ferraro ha specificato che quella formulata dall'Asl è solo una proposta e che sarà comunque la Regione a decidere la versione finale, per cui non vi era la disponibilità dell'Azienda ad introdurre modifiche al testo già predisposto. Dunque, un netto rinvio nel campo della commissione regionale, che è poi ciò che si è verificato di fatto anche con i Sindaci, nel momento in cui non è stato loro concesso di intervenire né interloquire. E adesso che l'Asl si libera da ogni responsabilità, il governatore Caldoro non può essere più destinatario solo "per conoscenza" delle note dei primi cittadini isolani e forse neppure della diffida che il Sindaco d'Ischia ha

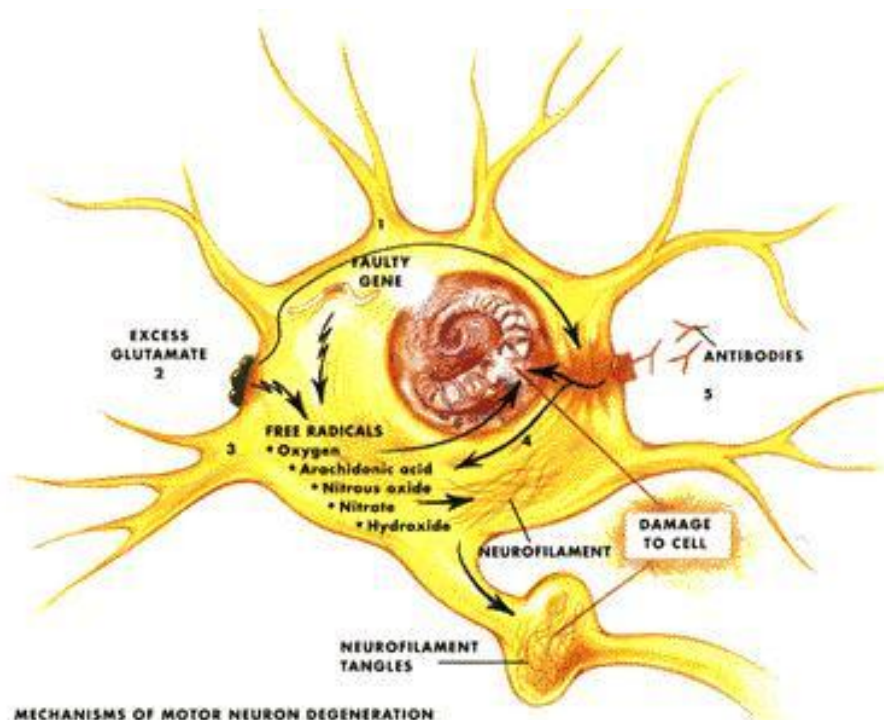
**[Il Governatore Caldoro]**

inviato a Monteruscello, quando la delibera dell'Atto era già stata trasmessa a Napoli. Adesso più di prima la questione da meramente tecnica si fa politica e va posta ai vertici regionali con la determinazione che finora è mancata da parte isolana nei confronti di Palazzo Santa Lucia sui temi caldissimi della sanità. Il nodo della tutela dei diritti dei cittadini penalizzati dall'insularità, che a Monteruscello si sta solo intrucando sempre più con il passare del tempo, va esaminato e sciolto a Napoli. E bisognerà cominciare a chiederlo prima che anche l'Atto aziendale si trasformi nell'ennesima sottrazione di servizi e di opportunità per gli isolani, sprofondandoli sempre più in una condizione da cittadini di serie b.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Una cura innovativa consente oggi di ottenere risultati migliori con meno monitoraggi

Degenerazione maculare in trappola

Arriva una terapia con un meccanismo d'azione diverso che dimostra maggiore efficacia e permette una più semplice posologia

La maculopatia è una malattia della macula, ovvero la parte centrale e più nobile della retina, responsabile delle funzioni visive più importanti. Esistono diversi tipi di maculopatia: infiammatorie, congenite, infettive, traumatiche, vascolari, legate a malattie sistemiche come il diabete e forme degenerative che possono svilupparsi in concomitanza con la miopia o in seguito all'avanzare dell'età. In questo ultimo caso si parla di Degenerazione Maculare Legata all'Età, nota anche come DMLE o AMD (dall'inglese Age-related Macular Degeneration).

È una patologia ad andamento progressivo che può portare alla perdita completa ed irreversibile della visione nei soggetti di età superiore ai 50 anni nei paesi industrializzati: secondo l'OMS è la prima causa di cecità legale (visus dell'occhio migliore corretto non superiore a 1/10) o di ipovisione (compromissione del visus tale da interferire con le normali attività della vita quotidiana) nel 41% dei casi. Fra i fattori modificabili il fumo è considerato quello più rischioso, mentre meno chiare sono le correlazioni con esposizione alla luce solare, abitudini alimentari, patologie cardiovascolari, obesità, chirurgia della cataratta. Tra i fattori invece non modificabili, oltre l'età, la familiarità e la presenza di specifici geni

sembrano essere importanti, come anche caratteristiche peculiari quali il fototipo chiaro con occhi azzurri. La forma più avanzata è maggiormente presente nella popolazione di sesso femminile ed è acclarata la familiarità come principale fattore di rischio nei soggetti con parenti di primo grado che ne sono affetti. Secondo stime recenti, la DMLE colpisce nel mondo circa 30 milioni di persone: in Italia si stima che ne siano affette circa un milione, tra diagnosticata e non; ogni anno si verificano tra i 63mila e i 91mila casi, raramente prima dei 55 anni e prevalentemente oltre i 75. Infatti, tra gli over 70 ne soffrono 70 persone su 100. Il 20% di esse è colpito dalla forma umida, meno frequente ma a più rapida evoluzione: questa forma produce il danno in un brevissimo lasso di tempo, a volte di pochi giorni e capita che chi ne viene colpito passi dall'assoluto benessere visivo a gravi difetti funzionali. In essa si assiste alla crescita di nuovi vasi sanguigni all'interno della retina, che perdono sangue e fluido danneggiando la visione centrale. La malattia, ove non porti alla cecità assoluta, incide pesantemente sulla qualità della vita e sull'autonomia, con conseguenze sociali rilevanti. Ciò nonostante, la Degenerazione Maculare Legata all'Età e

soprattutto la sua complica-

za neovascolare (forma umida), è conosciuta in Italia solo dal 10-15% delle persone. A fronte di tali aspetti, è facile intuire quanto sia importante migliorare la conoscenza della malattia e la facoltà di gestire la terapia in modo più agevole.

MAGGIOR EFFICACIA E MINORE DISAGIO

Dopo gli anticorpi monoclonali per iniezione intravitreale, che fino a ieri rappresentavano la frontiera più avanzata delle terapie, oggi arriva Aflibercept, distribuito in Italia da Bayer. È una proteina di fusione completamente umana, con un meccanismo d'azione nuovo che agisce come le chele di un'aragosta, intrappolando i fattori responsabili della crescita anomala dei vasi sanguigni all'interno della retina: è un farmaco che presenta caratteristiche che lo rendono unico nel suo genere. Si caratterizza per un'efficacia nel bloccare l'evoluzione della patologia che nei diversi studi ha superato il 95%. Negli studi di confronto con l'attuale standard terapeutico, Aflibercept ha dimostrato di essere clinicamente equivalente, ha cioè dimostrato di determinare gli stessi risultati clinici ma con un numero di iniezioni

intravitreali ridotto. Inoltre è importante sottolineare che, dopo le prime 3 iniezioni, pra-

ticate a distanza di un mese l'una dall'altra come per gli anticorpi monoclonali, le successive possono essere effettuate ogni due mesi. Questa posologia e il ridotto numero di iniezioni presentano il vantaggio di una più agevole aderenza alla terapia, anche

in termini di sicurezza. Altro vantaggio associato all'uso di Aflibercept è il fatto che questo farmaco, diversamente dalle terapie standard, non richiede il monitoraggio mensile del paziente, contribuendo ad alleggerire la gestione della

terapia sia per il paziente e la sua famiglia sia per il Centro che lo ha in cura. Questo consente una migliore pianificazione, una riduzione delle liste d'attesa e anche una diminuzione dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

*È importante
migliorare
la conoscenza
della malattia*

*Il nuovo farmaco
permette
ai pazienti
di aderire con
maggior facilità
alla terapia*



La «dieta» del Carico Glicemico

È il nuovo criterio che, insieme all'Indice Glicemico, serve a calcolare quanto gli alimenti fanno aumentare gli zuccheri nel sangue. Tenerlo in considerazione aiuta a scegliere i cibi che sono meno rischiosi per la salute cardiovascolare e metabolica

Servizi di Carla Favaro
alle pagine 42-43

Carboidrati Come valutare correttamente il loro «peso» nei diversi cibi

L'anguria o la banana? Il nuovo criterio per sapere cosa scegliere

Il Carico Glicemico ora affianca l'Indice Glicemico, «misurando» con maggior realismo zuccheri e amidi

Dopo il pasto

La glicemia aumenta secondo la qualità e la quantità dei carboidrati

I rischi

L'eccesso di glicemia non fa bene ai vasi sanguigni e al cuore

Tema di rilievo

Una questione al centro di un recente summit a livello mondiale

Sarà anche perché alcune diete di moda utilizzano l'Indice Glicemico (IG), talvolta a sproposito, come principio base per la scelta dei cibi, ma di questo «indice» si sente ormai parlare sempre più spesso. E lo stesso vale per l'importanza di evitare picchi troppo elevati della glicemia dopo i pasti.

A questo riguardo, la vecchia classificazione dei carboidrati (i «responsabili» degli aumenti della glicemia) in carboidrati *semplici* (gli zuccheri) e *complessi* (gli amidi) si è rivelata inadeguata. Infatti, contrariamente a quanto si credeva, non tutti i cibi contenenti zuccheri comportano rapidi picchi della glicemia, e non tutti gli alimenti contenenti amidi

si comportano in modo opposto, più salutare. Da qui, l'importanza di nuovi criteri di valutazione dei carboidrati: l'Indice Glicemico (IG), appunto. E, più di recente, il *Carico Glicemico*.

L'Indice Glicemico rappresenta una misura, valutata in condizioni sperimentali particolari, della capacità dei cibi contenenti carboidrati di aumentare la glicemia.

Il Carico Glicemico, invece, permette di tradurre nella pratica questa informazione, adattandola alla quantità di carboidrati che sono realmente presenti nella porzione di alimento consumato.

L'utilità di questi criteri è stata ribadita nel recente summit mondiale organizzato a Stresa dal Nfi (Nutrition Foundation of Italy) e Oldways Usa, con la partecipazione di alcuni fra i principali esperti in materia; è stata inoltre affermata la necessità di diffondere questi criteri non solo tra i medici, ma anche e soprattutto alla popolazione.

Ma perché si dà tanta importanza a ciò che accade nel nostro organismo in risposta al consumo di carboidrati? Lo spiega Gabriele Riccardi, professore di Malattie del metabolismo all'Università Federico II di Napoli: «Dopo ogni pasto la glicemia aumenta in ragione della qualità e della quantità dei carboidrati ingeriti. Per contenere questo incremento, il pancreas secerne insulina, al fine di normalizzare i valori glicemici nel giro di 2-3 ore. Un eccessivo incremento della glicemia postprandiale non fa bene alla salute dei vasi, facilitando l'insorgenza di arteriosclerosi, e condiziona un'intensa e prolungata secrezione d'insulina che, a lungo andare, può indurre l'esaurimento funzionale delle cellule che la producono e portare allo sviluppo di diabete. Se tali problemi non riguardano le persone giovani e attive, diventano invece rilevanti per una popolazione adulta che, come quella italiana, nella maggior parte dei casi è sedentaria, in sovrappeso ed è, pertanto, predisposta al diabete e all'arteriosclerosi».

Ecco perché conviene evitare picchi troppo elevati della glicemia dopo i pasti. Ma come farlo? Un modo potrebbe essere quello di ridurre drasticamente i carboidrati, ma vorrebbe dire limitare anche il

consumo di alimenti «buoni», come i cereali integrali, i legumi, la frutta, la verdura e, nel contempo, aumentare esageratamente grassi e proteine. Evidentemente non è questa la strada consigliata. Ed ecco, allora, l'Indice Glicemico, che può aiutare a fare scelte che, pur lasciando un adeguato spazio ai carboidrati, non comportino brusche oscillazioni della glicemia.

L'Indice Glicemico viene calcolato testando, su volontari sani, quanto aumenta la glicemia in risposta al consumo di un alimento contenente una quantità standard di carboidrati (50 grammi), rispetto alla stessa quantità di glucosio (assunto sotto forma di acqua zuccherata). Se, per esempio, l'IG di un alimento è 50, significa che questo cibo aumenta la glicemia della metà (50%) rispetto al glucosio. Ad un numero inferiore di IG corrisponde, quindi, un cibo più favorevole per il metabolismo glucidico. Per ridurre l'impatto dei cibi sulla glicemia, conviene perciò preferire alimenti a basso Indice Glicemico — come la pasta, l'orzo, i legumi, molti tipi di frutta e ortaggi — rispetto a quelli ad alto Indice Glicemico, come il riso brillato, le patate, il pane bianco, i cornflakes. Osservando i valori di IG riportati nella tabella (a destra), si notano alcuni dati inaspettati: per esempio, l'IG di vari cereali e loro derivati integrali non è molto diverso da quello dei prodotti più raffinati. «I fattori che determinano un rapido aumento della glicemia sono molteplici — spiega Furio Brighenti, professore di Nutrizione umana dell'Università di Parma —. Fra questi, la velocità con cui i carboidrati sono digeriti e assorbiti, la velocità di svuotamento dello stomaco, gli effetti diretti di alcuni componenti (per es. aminoacidi e acidi organici) sul rilascio di insulina. Per questo è difficile prevedere quale sarà l'Indice Glicemico di un alimento basandosi solo sulla sua composizione, ma è necessario testarlo in vivo, come viene fatto, su non meno di 10 volontari. Anche la cottura può influire sull'IG di un alimento, perché può comportare cambiamenti nella natura dei carboidrati (per es. la cottura dell'amido ne velocizza la digestione) e altre modificazioni che possono influenza-

re, ad esempio, lo svuotamento dello stomaco, rendendo più o meno veloce l'ingresso del chimo nell'intestino e quindi l'assorbimento dei nutrienti, inclusi i carboidrati».

Sempre guardando la tabella, si può notare che l'anguria ha un IG inaspettatamente elevato, addirittura superiore a quello della banana, notoriamente più zuccherina: questo significa che conviene evitare l'anguria e preferire il secondo frutto? «Sarebbe un modo sbagliato di interpretare l'IG — commenta Riccardi —. E, per evitare errori come questo, è più corretto far riferimento ad un altro criterio, il Carico Glicemico, appunto, che si calcola moltiplicando il valore dell'Indice Glicemico per la quota di carboidrati presente nella porzione di consumo. Usando questo criterio, si vede infatti che, pur avendo l'anguria un IG elevato, il suo impatto sulla glicemia è modesto, perché sono comunque pochi i carboidrati presenti in una porzione. E si nota anche che la banana, pur avendo un Indice Glicemico più basso, ha però un Carico Glicemico più elevato, perché una porzione (pari a una banana media) contiene significativamente più carboidrati di una porzione d'anguria».

«Il Carico Glicemico, quindi, — continua Riccardi — combina in un unico numero, l'informazione sulla qualità dei carboidrati, data dall'Indice Glicemico, con quella relativa alla quantità presente nella porzione consumata. Questo criterio consente di valutare in modo più corretto l'impatto sulla glicemia delle porzioni abituali di alimenti e permette di non escludere dalla dieta cibi come il pane, il riso, le patate, che verrebbero fortemente penalizzati valutandoli solo sulla base dell'Indice Glicemico».

«In sintesi, — conclude Riccardi — è importante, e soprattutto semplice, ricordare che ci sono alimenti ad alto e a basso Indice Glicemico: quando si tratta di scegliere fra cibi simili, come la pasta, il pane, l'orzo, il riso, è consigliabile preferire quelli a basso Indice Glicemico; quando invece la scelta ricade sugli altri, basterà ridurre la porzione di consumo del 30-50% (a parità di contenuto di carboidrati)».

Su Internet

Dove si trovano le tabelle più complete

Cercate informazioni sull'Indice e il Carico Glicemico degli alimenti? Le tabelle più complete sono quelle sul sito www.glycemicindex.com, stilate da ricercatori dell'Università di Sydney (Australia). Le tabelle specificano per ciascun alimento quando, dove e come è stato valutato l'Indice Glicemico e la porzione abituale utilizzata per il calcolo del Carico Glicemico. Si tratta, però, di tabelle che hanno poco a che vedere con i nostri alimenti abituali. Per avere informazioni «all'italiana» dovremo attendere il volume dei Larn (Livelli di assunzione giornalieri raccomandati di nutrienti), della Società italiana di nutrizione umana, di prossima pubblicazione. «Va però ricordato — sottolinea Furio Brighenti, professore di Nutrizione umana all'Università di Parma — che esistono ampie variazioni anche all'interno della stessa classe di alimenti, per cui l'uso di valori tabulati può essere utilizzato solo in modo molto generale per selezionare singoli alimenti basandosi sul loro Indice Glicemico».

Che cos'è l'IG

Il procedimento per fare i calcoli giusti

L'Indice Glicemico o IG è un sistema di valutazione della qualità dei carboidrati. Ma come si calcola? A dieci volontari sani si misura, prelevando il sangue dal polpastrello, la glicemia a digiuno e, a intervalli regolari, per due ore, dopo l'assunzione di un alimento di riferimento (soluzione di 50 grammi di glucosio in acqua). L'IG della soluzione è per convenzione pari a 100. In un altro giorno, si segue lo stesso procedimento, facendo però assumere, alle stesse persone, l'alimento di cui si vuole determinare l'IG (in quantità tale da apportare 50 grammi di carboidrati, come la soluzione con glucosio). Si costruiscono quindi due curve glicemiche, quella relativa all'alimento di riferimento e quella dell'alimento da testare, che vengono confrontate fra loro (o meglio, viene fatto il rapporto fra le due curve, che viene poi moltiplicato per 100). Perché non utilizzare la sola curva dell'alimento da testare e perché il test va fatto su almeno 10 persone? «Il corpo umano non è una macchina — sottolinea Gabriele Riccardi, professore di Malattie del metabolismo all'Università Federico II di Napoli — e la risposta glicemica a un alimento può variare da persona a persona e nello stesso individuo in giorni diversi. Per limitare il più possibile questa variabilità è necessario avere un termine di paragone (rappresentato, appunto, dall'alimento di riferimento) e un numero sufficiente di persone su cui fare queste valutazioni, calcolando poi la media tra gli IG ottenuti».



L'Indice Glicemico (IG)

È un criterio di valutazione della qualità dei carboidrati. Indica quanto aumenta la glicemia (zucchero nel sangue) dopo aver mangiato un alimento che contiene 50 grammi di carboidrati, rispetto a quanto aumenta la glicemia dopo aver ingerito 50 grammi di glucosio. Tanto minore è l'IG tanto più favorevole è l'impatto di quel cibo sul metabolismo glucidico.

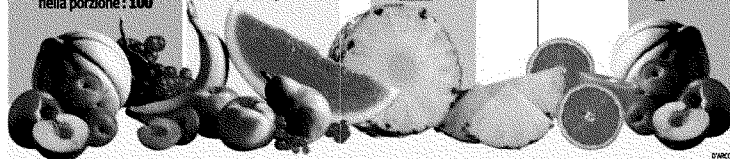
Il Carico Glicemico (CG)

È un criterio che tiene conto sia della qualità che della quantità dei carboidrati in una porzione di alimento.

COME SI CALCOLA

IG x grammi di carboidrati nella porzione : 100

ALIMENTO	Indice Glicemico	Porzione media (grammi)	Carboidrati per porzione (grammi)	Carico Glicemico per porzione
Corn flakes	81	30	26	21
Patate (bollite)	78	200	36	28
Pane bianco	75	50	29	22
Pane integrale	74	50	24	18
Riso bianco (bollito)	73	80	64	46
Cocomero	76	150	6	5
Riso integrale (bollito)	68	80	62	42
Ananas	59	150	15	9
Muesli	57	30	22	13
Banana	51	120	18	9
Spaghetti	49	80	63	31
Spaghetti integrali	48	80	53	25
Arancia	43	150	12	5
Carote (bollite)	39	200	15	6



MedicinaSi cura in team
il tumore
della prostata

a pagina 46

Cooperazione Urologi, andrologi, oncologi, radioterapisti e anche psicologi contro la diffusa neoplasia maschile

Ora il tumore alla prostata viene gestito in squadra

Risultati migliori quando le diverse competenze si integrano

L'idea è quella di trattare il cancro alla prostata in reparti specializzati, le prostate units, sul modello delle breast units per il seno

Dove si fa

Il modello è attivo in quattro ospedali italiani e altri dodici lo adotteranno

La proposta

Un nuovo modo di seguire il paziente, già sperimentato all'estero

La cura migliore per il tumore alla prostata? Impossibile dare una risposta univoca ai quasi 43 mila italiani che ogni anno si trovano a dover fare i conti con questa diagnosi. «Non esiste il trattamento giusto in assoluto — spiega Giario Conti, durante il Congresso nazionale della Società italiana di urologia oncologica (Siuro) —. Oggi abbiamo molte strategie efficaci, che ci consentono di poter decidere, insieme al paziente, qual è la soluzione migliore nel suo caso. Valutando pro e contro con lui e all'interno di un team multidisciplinare».

Ogni terapia, si sa, può avere effetti collaterali, così come è noto che esistono molti tipi diversi di tumore prostatico, più o meno aggressivi. Inoltre, ogni uomo che si ammala ha

sue priorità nella scelta di che cosa è più importante da preservare, dove possibile, in termini di qualità di vita. Infine, bisogna considerare che ogni medico ha il suo approccio: l'urologo tende a prediligere la chirurgia, il radioterapista la radioterapia e via dicendo. «Quando si imposta la cura bisogna considerare tutti questi fattori — prosegue Giario Conti —. La multidisciplinarietà rappresenta un approccio vincente che vede urologi, oncologi, radioterapisti e psicologi lavorare insieme nell'ottica di una migliore gestione del paziente. Alcuni studi lo hanno dimostrato, numeri alla mano: i risultati che si ottengono sono migliori se a seguire il malato c'è un team e non un singolo specialista».

L'idea, in pratica, è quella di trattare il cancro alla prostata in «reparti specializzati», le *pro-*

state units, seguendo il modello organizzativo ormai consolidato per il seno con le *breast units*. «In Germania sono già una realtà che funziona benissimo — aggiunge Riccardo Valdagni, direttore del Programma prostata e della Radioterapia oncologica 1 all'Istituto Tumori di Milano —. Le *prostate cancer units* permettono di migliorare la gestione del paziente, ridurre i trattamenti inutili, soprattutto in caso di malattia piccola e non aggressiva (il cosiddetto tumore indolente), intervenire

tempestivamente in caso di effetti collaterali post terapia, ripresa di malattia, o se si verificano complicazioni emotive».

In Italia un uomo su 16 di età superiore ai 50 anni è a rischio tumore e oggi sono circa 217 mila gli italiani che convivono con la malattia. Il numero di nuovi casi negli ultimi 10 anni si è più che raddoppiato, soprattutto per l'aumento dell'età media della popolazione, ma la mortalità è in costante diminuzione, grazie ai molti progressi. «La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi supera l'85 per cento — continua Valdagni — e proprio per questo è fondamentale scegliere la soluzione terapeutica che assicuri agli uomini la migliore qualità di vita possibile. Fra le opzioni tra cui poter scegliere (a seconda del tipo di tumore) ci sono chirurgia, brachi e radioterapia, ma anche

sorveglianza attiva e vigile attesa, che prevedono di tenere sotto controllo il tumore senza ricorrere da subito a cure non necessarie».

Le *prostate units* prevedono poi la presenza di fisioterapista, psicologo, geriatra, andrologo, palliativista: tanti specialisti in grado di seguire la persona in tutte le sue necessità, comprese quelle psicologiche e riabilitative. Il progetto Per-STEP (Percorso teorico-pratico in ambito uro-oncologico), ideato dalla Siuro e dal Collegio italiano degli oncologi ospedalieri (Cipomo), è nato con l'obiettivo di diffondere questo modello organizzativo anche nel nostro Paese. L'iniziativa è già stata avviata in 4 ospedali (Riuniti di Bergamo, Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna, Ospedale Sant'Anna di Como e Istitu-

to nazionale dei tumori di Milano) e un'altra dozzina di Centri si sta attivando su tutto il territorio nazionale per aderire.

«Quello che gli uomini devono sapere — conclude Conti — è che essere seguiti da un team multidisciplinare ha tre vantaggi, come è stato provato da recenti ricerche scientifiche. Primo: garantisce una migliore informazione e comunicazione con il paziente, che può così davvero scegliere con cognizione di causa la terapia che ritiene più adatta a sé fra quelle proposte. Secondo: ci sono maggiori probabilità che vengano seguite le linee guida per il trattamento della patologia, visto che i vari specialisti si confrontano e analizzano insieme il caso. Terzo: in questo modo le terapie si rivelano più efficaci».

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sorveglianza

70%

La quota di casi in cui la malattia può restare silente

Il 60-70 per cento dei tumori alla prostata diagnosticati ogni anno è considerato «a basso rischio», potrebbe cioè restare silente anche per sempre. Per questi tumori piccoli e non aggressivi, anche in pazienti giovani, si possono evitare trattamenti che potrebbero avere effetti collaterali. Sono sempre più diffusi i programmi di sorveglianza attiva, che prevedono visite ed esami a distanza di mesi, per intervenire con le cure solo se e quando necessario. Nel restante 30 o 40 per cento dei casi (neoplasie a rischio intermedio o alto) si può intervenire con chirurgia, radioterapia e terapia ormonale, con alte percentuali di guarigione.