



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Elicotteri dove manca il pronto soccorso

Attivato il servizio aereo: contraddizioni continue all'Ospedale del Mare

NAPOLI (ila.rag.) - Autorizzata la pista per il servizio di elisoccorso al nosocomio di Ponticelli. L'Ente Nazionale per l'aviazione civile (Enac) ha rilasciato l'autorizzazione per le attività di elisoccorso, con operatività diurna e notturna, per il servizio a destinazione sanitaria relativo all'elisuperficie dell'Ospedale del Mare. "Prosegue con grande impegno di tutti - ha dichiarato il presidente della Campania **Vincenzo De Luca** - ogni attività che prelude alla

piena e completa entrata in funzione dell'Ospedale del Mare. Il via libera certificato dall'Enac è un altro tassello importantissimo nell'ambito della rete per l'emergenza-urgenza e rappresenta un ulteriore e decisivo servizio per i cittadini, a salvaguardia della salute pubblica". Peccato che mentre un servizio così avanzato sia pronto soccorso operativo non si ha nessuna notizia. Il governatore nel corso del suo ultimo taglio di nastro al Cto aveva parlato

di impegno per l'apertura, ma i giorni passano, le aggressioni ai medici aumentano e all'ospedale di Ponticelli è ancora tutto chiuso. A pagarne le spese sempre i malcapitati pazienti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ente viene in soccorso alle Asl in difficoltà

Disabilità, gli accertamenti affidati all'Inps

Attese bibliche per accedere alle visite

NAPOLI (la.rag.) - La Direzione regionale dell'Inps, la Regione Campania e le Asl di Avellino, Benevento, Caserta e Salerno, hanno sottoscritto un protocollo d'intesa per l'affidamento all'Istituto dell'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità. L'accordo prevede il trasferimento all'Inps di parte delle risorse prima impegnate dal servizio sanitario regionale. Secondo la Regione che ha deciso di siglare questo accordo, ciò offrirà all'Istituto l'opportunità di realizzare un significativo innalzamento dei livelli del servizio offerto: in modo particolare, la riduzione dei tempi di attesa, grazie all'incremento dei medici preposti alle visite. L'Inps viene in soccorso a un settore in difficoltà, soprattutto sotto questo profilo. In

Campania i tempi di attesa per le visite si allungano sempre di più, basti pensare che per un controllo per verificare se si ha l'Alzheimer occorre circa un anno. La Campania è la prima realtà del Paese che, attraverso questo accordo, dà attuazione a quanto previsto da una legge in materia di affidamento delle funzioni di accertamento sanitario per l'invalidità civile all'Inps che, in tal modo, potrà continuare a gestire in via esclusiva l'intero procedimento sanitario ed amministrativo. L'Inps ha previsto l'attività delle commissioni anche nei centri medico legali Inps di Sala Consilina, Vallo della Lucania, Sapri ed Aversa, accogliendo le richieste da più parti ed a più voci sollecitate, di agevolare i soggetti più deboli (ultrasettantacinquenni ed affetti da particolari patologie)

residenti in zone decentrate e mal collegate. Altra importante innovazione è la previsione di uno scambio di dati tra le istituzioni coinvolte, così da garantire un efficiente ed economico svolgimento dei rispettivi compiti istituzionali; inoltre allo scopo di velocizzare l'iter procedurale, le Asl si impegnano a garantire corsie privilegiate per gli utenti che dovranno sottoporsi a visite specialistiche o strumentali richieste dalle commissioni Inps. Inoltre nell'accordo è stata prevista una costante attività di monitoraggio sui risparmi di spesa conseguiti e sul miglioramento degli standard quantitativi, qualitativi e tecnologici del sistema.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Con l'accordo si attua la legge sulla gestione del procedimento sanitario amministrativo

Commissioni medico legali anche a Sapri, Aversa e Vallo della Lucania



PUBBLICATI I RISULTATI DI UNO STUDIO CLINICO EFFETTUATO CON SUCCESSO SU 22 PAZIENTI

Medicina, per l'anemia mediterranea (beta-talassemia) la speranza di guarigione arriva dalla terapia genica

Una collaborazione franco-americana ha ottenuto un successo terapeutico contro una malattia del sangue, la beta-talassemia (o anemia mediterranea), una patologia genetica inizialmente diffusa nel bacino del Mediterraneo, ma presente con forme gravi anche in Asia e nell'Africa nera. Essa è causata dal difetto di un gene che comporta una diminuzione della sintesi della catena beta dell'emoglobina e fa in modo che i globuli rossi non facciano più sufficientemente bene il loro lavoro e provochino anemie più o meno gravi che occorre compensare con trasfusioni di sangue.

I primi risultati di uno studio clinico pubblicati il 19 aprile scorso sul *New England Journal of Medicine* provano l'efficacia di un trattamento di terapia genica, in cui le mutazioni che provocano la malattia sono state corrette direttamente nelle cellule dei malati. Nel 2010 un primo paziente era stato curato con questa tecnica e ora lo studio clinico effettuato su 22 malati prova che tale successo non era un caso isolato: dodici di loro non

hanno più bisogno di trasfusioni e altri tre hanno potuto ridurre la frequenza delle trasfusioni.

Di terapia genica, inserire cioè un gene «riparato» nell'organismo del paziente per curare la sua patologia, si parla da anni, ma i veri successi sono ancora rari.

Nel caso dell'anemia mediterranea, i primi test riusciti sui topi sono stati pubblicati ben 17 anni fa sulla rivista *Nature* e il passaggio a una tecnica efficace sull'uomo è stato lungo. La beta-talassemia era fin dall'inizio un obiettivo interessante poiché essa è provocata dalla mutazione di un solo gene. La grande difficoltà è stata riuscire a correggere questo gene nel corpo del paziente e più precisamente nelle cellule staminali dette ematopoietiche, quelle cioè che producono continuamente le cellule del sangue nell'organismo. Queste cellule si trovano nel midollo osseo, ma alcune di esse circolano nei vasi sanguigni e possono essere asportate con un semplice prelievo. Dopo la raccolta di queste cellule, occorre realizzare l'operazione più complicata: la correzione del difetto genetico nelle cellule. I ricercatori hanno avuto

naturali dei virus, che sono in grado di portare frammenti di Dna nelle cellule infette. Hanno così modificato dei virus perché potessero veicolare un gene correttore nelle cellule staminali prelevate dal paziente. La sfida era trovare un virus abbastanza efficace da modificare il più grande numero possibile di cellule prelevate senza danneggiarle.

Prima di ricevere l'ultima fase del trattamento il paziente deve sottoporsi alla chemioterapia, che uccide le cellule del midollo osseo malate. Una volta iniettate nel sangue del paziente, le cellule «corrette» ne prendono il posto e si moltiplicano per produrre nell'organismo cellule sanguigne funzionanti normalmente.

Una terapia genica con lo stesso vettore virale è allo studio per un'altra patologia dell'emoglobina, la drepanocitosi, in cui un gene difettoso produce malformazioni dei globuli rossi. Il primo successo, su un bambino di 13 anni, è stato pubblicato l'anno scorso.

—© Riproduzione riservata—



Nel corso di uno studio clinico effettuato da un'équipe franco-americana, le mutazioni che causano la beta-talassemia sono state corrette direttamente nelle cellule dei pazienti



La sanità, il caso

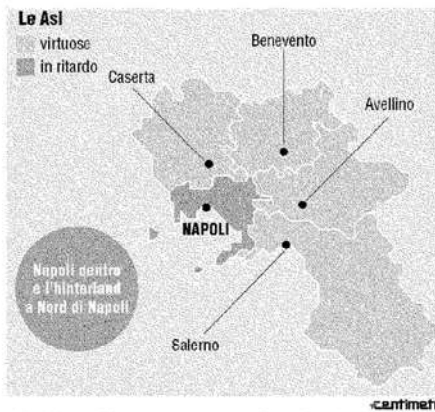
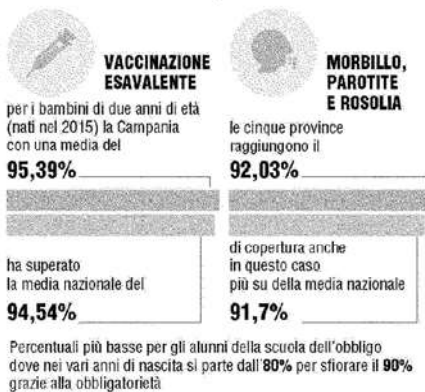
Ettore Mautone

Vaccini obbligatori per frequentare la scuola: con la chiusura del mese di aprile è stata oltrepassata, ieri, l'ultima boa fissata dal ministero della Salute per mettersi in regola o prenotare la profilassi. Conclusa questa fase spetta ora ai dirigenti scolastici trasmettere alle Asl la documentazione fornita da genitori, tutori o affidatari per identificare i nominativi di chi non ha adempiuto alla norma. Le conseguenze per chi è sprovvisto di copertura vaccinale, seguono un doppio binario: per i bambini che frequentano le scuole dell'infanzia (0-6 anni) già dal 10 marzo scorso è scattato il semaforo rosso per l'accesso a scuola. In alcuni casi i genitori hanno ritirato anzitempo dalle attività i pochissimi bambini non vaccinati per adempiere con calma agli obblighi rimandando l'iscrizione al prossimo anno ovvero provveduto in pochi giorni con la riammissione a scuola. Diverso il discorso per i ragazzi che frequentano la scuola dell'obbligo (7-16 anni) che da oggi, se non vaccinati, sono passibili di sanzioni (da

I termini
Sono scaduti ieri: i piccoli non in regola non saranno ammessi a scuola

100 a 500 euro). Queste saranno comminate secondo un iter amministrativo in fase di stesura presso i ministeri competenti. Ma veniamo ai numeri: in Campania i bambini in età pediatrica di 24 mesi (nati nel 2015), vaccinati al 31 marzo scorso con la esavalente (antipolio, difterite, tetano, pertosse, epatite B ed Hemophilus influenza B) sono in totale, su scala regionale, il 95,39%. Un dato che supera la media nazionale del 94,54% guadagnando più di 5 punti percentuali rispetto al 2016 e soprattutto superando l'asticella del 95% raccomandata dall'Organizzazione mondiale della Sanità. Numeri più bassi per la tetravalente (Morillo, Parotite, Rosolia cui si è aggiunta, per i soli nati nel 2017, la Varicella) che sono a quota 92,03%. Ma anche in questo caso va meglio della media nazio-

I vaccini in Campania



La prevenzione, la campagna

Vaccinazioni obbligatorie superata la soglia del 95%

I 2500 bimbi esclusi sono coperti dall'immunità di gregge

nale (91,7%). Analizzando i dati di articolati Asl per Asl e per questa fascia di età, per l'esavalente ad Avellino si raggiunge il 99,3%, a Benevento il 96,4%, a Caserta il 95%, a Napoli 3 Sud il 94,3%, a Salerno il 97,6% con un ritardo ancora marcato per Napoli (ferma all'87%) e Napoli 2 Nord (89,9%). Tuttavia in queste Asl, con la corsa alle vaccinazioni scattata a partire da fine febbraio (in vista della scadenza del 10 marzo) si sono guadagnati circa 3 punti percentuali portando al 90% la copertura per Napoli città e al 93% circa la

zona nord. Anche per la tetravalente il primato spetta ad Avellino (96,7%), seguita da Benevento (95,6%) e Salerno (95,5%), poi Napoli 3 sud (92,4%), Caserta (90,2%), infine Napoli centro (97%) e Napoli 2 nord (89,9%).

«In totale i piccoli da 0 a 6 anni che non risultano in regola - avvertono dagli uffici di Palazzo Santa Lucia - non superano il 5 per cento di media regionale. Di questi oltre la metà hanno aderito alla proposta della Asl di prenotare in tempi brevi le dosi di vaccino. In molti casi per la mancanza dei richiami, dimenticati o non somministrati

per motivi contingenti. Se si considera che i bambini da 0 a 6 anni (nati in Campania dal 2011 al 2015), sono in totale 266 mila (circa 54 mila per anno), si arriva a circa 2500 non in regola di cui una parte giustificata per varie ragioni. Percentuali che comunque rispettano l'immunità di gregge, in cui non vaccinati sono protetti da chi il vaccino l'ha invece fatto».

I numeri delle inadempienze crescono per quelli che frequentano la scuola dell'obbligo: su 820 mila studenti nati dal 2001 al 2015 la copertura percentuale varia di anno in anno ma



oscilla tra il 74 e l'85% con una media dell'80% al febbraio scorso ma che in due mesi ha raggiunto il 90% grazie alla obbligatorietà. La stima è di circa 80 mila alunni che non sono ancora vaccinati ma oltre la metà lo farà da qui al prossimo anno.

Un trend in continua crescita che si preveda possa raggiungere già dal 2019 la quota del 95% prevista come obiettivo nazionale.

Un aumento significativo che segna un punto a favore del Decreto vaccini voluto dal governo uscente grazie al quale è stato aumentato il numero delle vaccinazioni obbligatorie da 4 a 10 ed esteso l'obbligo a quelle raccomandate già presenti in calendario dal 1999. Riallineare il Paese al valore soglia indicato dall'Oms significa limitare la circolazione di virus e batteri nella collettività e ottenere, oltre alla protezione dei singoli soggetti vaccinati, anche la cosiddetta immunità di gregge, unico ombrello protettivo per coloro che per motivi di salute non possono sottoporsi alla vaccinazione.

I numeri

L'adesione si abbassa all'80% per la fascia di età compresa tra 7 e 16 anni

**Ospedale Mare
Eliporto
arriva l'ok
dell'Enac**

L'Ente Nazionale per l'Aviazione Civile (Enac) ha rilasciato l'autorizzazione per le attività di elisoccorso, con operatività diurna e notturna, per il servizio a destinazione sanitaria relativo all'elisuperficie dell'Ospedale del Mare. La pista è dunque autorizzata e agibile per il servizio di elisoccorso. «Prosegue con grande impegno di tutti - dichiara il Presidente Vincenzo De Luca - ogni attività che prelude alla piena e completa entrata in funzione dell'Ospedale del Mare. Il via libera certificato dall'Enac è un altro tassello importantissimo nell'ambito della rete per l'emergenza».

Eboli Emergenza in ospedale per la mancanza di energia elettrica che paralizza le attività

Blackout, sale operatorie off limits

A preoccupare i medici il gruppo di continuità non entrato in funzione

Francesco Faenza

EBOLI. Blackout in ospedale: luci spente nei reparti, ascensori bloccati, sale operatorie al buio. L'assenza di corrente elettrica ha creato 15 minuti di grande tensione. L'episodio è accaduto pochi giorni fa e continua a far discutere. Il motivo è facile da capire: il gruppo di continuità non è entrato in funzione. Parte proprio da qui l'indagine interna, la verifica tecnica disposta dai vertici dell'ospedale.

Sul banco degli imputati c'è il gruppo di continuità. I tecnici dell'ospedale dovranno capire cosa non ha funzionato. Il blackout non è una novità, non è quello che spaventa i medici e dirigenti ospedalieri. A preoccupare i sanitari è il gruppo di continuità. Doveva garantire l'erogazione della corrente elettrica ma ha fallito in maniera clamorosa. È probabile che nelle prossime ore venga chiesto un intervento di esperti esterni all'ospedale. Il nodo dev'essere sciolto. A chiedere chiarezza sono prima di tutto i medici. Incolumità professionale e tutela dei pazienti sono due valori indifferibili.

I camici bianchi in sala operatoria hanno trascorso i 15 minuti più lunghi e ansiosi della loro carriera medica. Non è difficile immaginare la tensione nel momento in cui è andata via la luce. Perché sia mancata la corrente, è il primo nodo da sciogliere. Perché non sia entrato in funzione il gruppo di continuità è il vero rompicapo da risolvere. Tra bisturi e macchinari, tra ascensori (vuoti) e sale operatorie si è creato uno scenario da thriller. «Quando torna la corrente?» si sono chiesti i medici sorpresi.

Anche i familiari in sala d'attesa hanno capito che qualcosa non andava. Il personale esterno all'ospedale, però, non immaginava che in contemporanea con il blackout si fosse bloccato anche il gruppo di continuità. Il problema inquietante è questo. E da qui bisognerà ripartire per evitare che si ripeta una scena così rischiosa.

I dirigenti del Maria Santissima Addolorata hanno incontrato gli elettricisti e i tecnici della manutenzione per un primo summit. Il gruppo di continuità verrà sottoposto alle verifiche di funzionalità. Se è necessario, poi, verrà sostituito. Superata la paura, si lavora per evitare un secondo episodio simile. Dal blackout alle fiamme, gli ultimi due mesi per le sale operatorie dell'ospedale hanno prodotto diverse sorprese. Il 10 marzo scorso, un infermiere riportò ustioni alle braccia mentre preparava gli strumenti operatori. Pochi giorni fa il blackout ha provocato il secondo spavento per il mancato funzionamento del gruppo di continuità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Strade strette e strumenti insufficienti sulle isole l'assistenza è al fotofinish

Lo scenario

A Procida un poliziotto e un'infermiera furono uccisi dalle pale di un elicottero Capri: paziente grave trasportato a piedi

Ettore Mautone

A Ischia la morte arriva in un albergo di Sant'Angelo: una turista tedesca colpita da un malore spira senza assistenza sebbene l'emergenza sia scattata per tempo e nonostante l'arrivo in pochi minuti di due ambulanze del 118. La macchina dei soccorsi si infrange su un paletto incatenato a presidio della zona pedonale. Non c'è nessuna responsabilità del 118 in questa morte, intendiamoci, ma il tragico frangente rimette al centro, a vent'anni di distanza dalla tragica fine della piccola Ludovica Galzenati, il tema delle morti evitabili e dell'efficienza delle reti tempo-dipendenti.

I fari sono puntati sull'assistenza nelle isole, i riflettori si accendono sui soccorsi nei luoghi disagiati. La questione è garantire sempre l'arrivo nei tempi giusti del medico di pronto soccorso nelle zone impervie. Tema sensibile collegato alla funzionalità del 118 in una città caotica come Napoli - dove anche nei tortuosi vicoli dei quartieri spagnoli bisogna fare spesso i conti non solo con il traffico cittadino ma anche con insormontabili barriere fisiche e l'inciviltà di chi parcheggia ovunque. La macchina dei soccorsi insomma non è un pezzo isolato di un segmento del servizio sanitario ma un tassello di un più ampio quadro istituzionale dove c'è chi pensa e lavora a 360 gradi per garantire sicurezza e prevenire tragedie come quella che si è consumata ieri a Ischia.

Nel libro delle difficoltà dell'assistenza nelle isole è impressa indelebile una data: il 14 luglio del 2000 la piccola Ludovica Galzenati, tre mesi, in vacanza sull'isola con i genitori, ha un problema cardiorespiratorio. Nella mente di tutti resta la straziante lettera che il padre psichiatra scriverà all'allora Capo dello Stato Carlo Azeglio Ciampi. Un racconto da cui emerge l'incredibile filiera delle difficoltà nei soccorsi e del successivo trasferimento in terraferma. Ritardi, approssimazione dei percorsi, carenze strumentali per l'assistenza pe-

diatrica al Rizzoli di Ischia. Da quell'episodio tragico, qualunque fosse la patologia di base della piccola, nasce il nuovo corso dell'ospedale isolano con la completa ristrutturazione, la rivisitazione organizzativa, il potenziamento e adeguamento delle dotazioni. Oggi se il Rizzoli è un ospedale adeguato ad un'utenza di oltre 60mila abitanti, cui si aggiungono le migliaia di turisti presenti tutto l'anno, lo si deve anche a quel punto di massima fragilità mostrato dalla sanità dell'isola.

Venti anni fa anche per l'ospedale di Procida la rinascita scaturisce dal sacrificio di due operatori, tranciati dalle pale di un elicottero: un'infermiera, Gaetanina Scotto di Perrotto, che darà il nome al futuro ospedale, e l'ispettore della Polizia di Stato Antonio Rimondo, che in condizioni meteo proibitive cercarono di dare assistenza ad un ustionato in gravi condizioni.

Ancora a Ischia, comune di Barano, il 7 gennaio del 2015 una donna ha un infarto con arresto cardiocircolatorio, ma l'ambulanza non può raggiungerla. La salvano i carabinieri: con una vettura più piccola trasportano il medico e il defibrillatore a casa della paziente. Anche a Capri non mancano gli episodi di soccorsi che sfiorano la tragedia. È il 20 gennaio del 2017, c'è un codice rosso per un uomo di 91 anni che risiede in una delle stradine dell'isola azzurra. La miniambulanza elettrica adatta a percorrere quel tragitto è rotta. Il personale di soccorso è costretto a raggiungere l'abitazione del paziente a piedi. Di corsa. Un'associazione privata presta un mezzo elettrico dotato di lettiga già utilizzato per i trasferimenti di ammalati. L'anziano paziente anche in questo caso ha salva la vita per un soffio. I percorsi dell'emergenza sono dispendiosi ma rispondono a rigorosi criteri e routine codificati da norme e leggi. Nulla

può essere improvvisato.

Non solo nelle isole: a Napoli sono le strade strette, il traffico e le auto in sosta a procurare i maggiori grattacapi, oltre alla carenze note di personale e mezzi. Il 24 marzo scorso nel quartiere Avvocata è stato necessario l'intervento della Polizia per sbloccare un'ambulanza. Ma associazioni come «Nessuno Tocchi Ippocrate» e il consigliere dei Verdi Francesco Emilio Borrelli segnalano decine di casi raccolti in un piccolo ma significativo dossier. Casi finiti anche in tragedia come negli stretti vicoli della Sanità nel 2014. Qualcuno vede lungo dopo l'apertura del pronto soccorso del Cto, che richiederà consulenze da far arrivare dal Monaldi. Nei giorni di caos invernale e di paralisi del traffico la zona ospedaliera è off limits. Ci può volere anche più di un'ora a collegare i due ospedali. La soluzione? «Bisogna attrezzare e medicalizzare moto e piccoli mezzi elettrici - sostiene Borrelli - come per i vigili, per raggiungere aree impervie. E poi lavorare sulla prevenzione pensando a ogni dettaglio dei trasferimenti dei mezzi di soccorso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I precedenti

Vent'anni fa il dramma della piccola Ludovica Galzenati. Il padre scrisse al Presidente della Repubblica

San Leonardo

Chirurgia, l'Asl: «Ridurre i tempi d'attesa per gli interventi»



Ridurre i tempi d'attesa per un intervento e riorganizzare un blocco operatorio sommerso di lavoro. Questa la missione che l'Asl Na 3 sud vuole affidare al nuovo primario di Chirurgia che si dovrà occupare degli ospedali di Castellammare e Gragnano. L'azienda sanitaria locale ha indetto un bando per trovare un nuovo responsabile, al quale affidare la gestione del reparto per i prossimi 5 anni. I candidati potranno proporsi entro 30 giorni, poi ci sarà il via ai colloqui con la commissione.

La priorità dell'Asl è soprattutto quella di riorganizzare il reparto di Castellammare, che può contare solamente su

due sale operatorie, di cui una dedicata esclusivamente alle emergenze. Mettendo le mani nei calendari degli interventi programmati e gestendo al meglio il personale, secondo l'Asl si può comunque raggiungere l'obiettivo di ridurre i tempi d'attesa. In particolare per gli interventi al femore che riguardano gli anziani, che secondo le direttive della Regione devono essere eseguiti entro 48 ore. Una direttiva che l'Asl Na 3 Sud intende rispettare, affidando la missione proprio al nuovo primario del reparto di Chirurgia.

Un compito difficile, considerando l'affluenza di utenti del San Leonardo, che negli ultimi anni è andato decisamente in difficoltà soprattutto a causa del sovraffollamento del pronto soccorso che fa registrare numeri inferiori solamente al Cardarelli di Napoli in Campania. Difficoltà che si ripercuotono anche sul lavoro del reparto di Chirurgia, sul quale spera d'incidere l'Asl con la nomina del nuovo responsabile.

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 30 APRILE 2018

Violenze contro i sanitari. In Italia quasi 1.500 casi nel 2017

41 aggressioni al 118, 320 negli ambulatori, 20 nelle case di riposo, 400 nei Reparti di degenza, 37 in assistenza domiciliare, 456 al Pronto Soccorso, 72 negli ambulatori del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, 62 in Terapia Intensiva, 11 nei penitenziari. Questi i dati diffusi nei giorni scorsi dal presidente dell'Ordine dei Medici di Roma.

Numeri impressionanti: 41 aggressioni al 118, 320 negli ambulatori, 20 nelle case di riposo, 400 nei Reparti di degenza, 37 in assistenza domiciliare, 456 al Pronto Soccorso, 72 negli ambulatori del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, 62 in Terapia Intensiva, 11 nei penitenziari.

In totale sono 1.420 gli episodi di violenza ai danni di medici e di altri professionisti sanitari compiuti nel 2017 in Italia (soprattutto in Puglia, seguita da Sicilia, Sardegna, Lombardia).

A rendere noti i dati è stato il presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Roma, Antonio Magi, nell'ambito della [conferenza stampa che ha segnato la sigla di un protocollo di intesa con l'Associazione Stampa Romana](#) per una buona comunicazione della salute e della sanità.

"Siamo soddisfatti di firmare un protocollo di intesa con l'Ordine dei Medici su buone pratiche comuni e condivise", ha affermato il presidente di ASR, Lazzaro Pappagallo. "Le nostre professioni sono intaccate dalle stesse problematiche, le aggressioni ma anche le fake news, e sono fondate sulla difesa di diritti costituzionalmente protetti. Anzi, i medici tutelano un valore, quello della salute, che è a monte di tutti gli altri diritti. Per questo è importante creare un'alleanza sociale tra le due professioni".

"I problemi legati alla violenza, alle minacce, alle cause temerarie, alle fake news, all'abusivismo sono diventati trasversali all'intera società", ha aggiunto Antonio Magi. "Non sono più specifici di una singola professione, quella del medico, del giornalista, ma sono legati all'organizzazione che la società si sta dando. Per rispondere a questo malessere diffuso, è fondamentale creare un meccanismo nuovo per cui l'Ordine dei Medici diventi punto d'incontro con i cittadini e con le altre professioni, per offrire un miglior servizio ai cittadini stessi. In quest'ottica, insieme a Fnomceo, stiamo per partire con due campagne: la prima, contro la violenza, è la ripetizione della fortunata campagna 'Chi aggredisce un medico aggredisce se stesso'. La seconda, contro le fake news, verrà presentata in Fnomceo ai primi di maggio".

"I dati diffusi questa mattina dall'Ordine dei Medici di Roma e dall'Associazione Stampa Romana confermano una triste escalation della violenza contro medici, giornalisti, potremmo aggiungere anche insegnanti", commenta Filippo Anelli, presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri- Fnomceo. "Cosa hanno in comune queste professioni? Di essere poste a garanzia di tre diritti fondamentali, costituzionalmente protetti: la tutela della salute, la libertà di stampa e di espressione, l'istruzione universalistica e gratuita. Sono diritti fondamentali perché, se vengono meno, viene meno l'essenza stessa della società civile, che salvaguarda i diritti dell'individuo nell'interesse della collettività. Chi aggredisce un medico – ma anche un giornalista, un'insegnante – aggredisce se stesso, perché rinnega e si nega i suoi stessi diritti. È una società triste e al tramonto quella che, per la pretesa di una gratificazione immediata – una notizia 'gradita', una prestazione medica da lui ritenuta preferibile a un'altra, un buon voto – violenta i propri diritti, distrugge la propria libertà. È urgente ripartire da una nuova alleanza sociale tra medici, giornalisti, insegnanti, intellettuali, cittadini, istituzioni che, con uno scatto di orgoglio, ricostruisca sulla base di valori condivisi non solo le nostre professioni, ma la stessa società civile", ha concluso Anelli.

quotidianosanita.it

Lunedì 30 APRILE 2018

Il 1° maggio della sanità/1

Quest'anno la ricorrenza coincide con una trattativa per il rinnovo del contratto di lavoro di migliaia di medici e dirigenti sanitari che non decolla, dopo 8 anni di blocco e troppi mesi di stallo dovuti all'assurda pretesa di volere attribuire un incremento economico più basso di quello riconosciuto ad altri settori del pubblico impiego e della sanità.

La festa dei lavoratori che si celebra domani in tutto il mondo, cade in un periodo di assoluta incertezza politica, di tagli reiterati e di profonda crisi del Ssn, in cui proprio il lavoro e i diritti correlati sono il bersaglio principale di quanti mirano alla sua implosione.

Quest'anno la ricorrenza coincide con una trattativa per il rinnovo del contratto di lavoro di migliaia di medici e dirigenti sanitari che non decolla, dopo 8 anni di blocco e troppi mesi di stallo dovuti all'assurda pretesa di volere attribuire un incremento economico più basso di quello riconosciuto ad altri settori del pubblico impiego e della sanità.

Le conseguenze di questo vuoto di regole e di riconoscimenti sono davanti agli occhi di tutti. Registriamo ogni giorno numerose denunce da parte dei colleghi delle insostenibili condizioni di lavoro, il cui inarrestabile peggioramento alimenta la fuga dei medici dagli ospedali ed inquina la relazione di cura con il paziente fino a determinare episodi crescenti di aggressività verbale e fisica, quali quelli che si registrano ogni giorno in tutte le aree del Paese.

Il disagio professionale non può trovare soluzione in assenza di uno strumento contrattuale che consenta di recuperare ruolo e dignità del lavoro che svolgiamo a garanzia di un diritto costituzionale. La sostenibilità del sistema sanitario pubblico è sotto scacco anche per il diffuso burnout del personale, la carenza di specialisti, le allettanti sirene del settore privato, l'invecchiamento progressivo della popolazione professionale, il proliferare di fondi sostitutivi sostenuti dalla fiscalità generale.

Senza contare le migliaia di medici e dirigenti sanitari, giovani e meno giovani, che ancora vivono la quotidiana precarietà del proprio lavoro, senza garanzie, senza tutele, senza certezze per il futuro. Con loro, migliaia di colleghe donne che in troppi casi alla precarietà sommano pregiudizi e penalizzazioni intollerabili.

Il lavoro in sanità deve diventare, nella considerazione della politica, un valore da sostenere e difendere, l'unico in grado di mantenere e migliorare le condizioni di salute dei cittadini italiani.

Costantino Troise
Segretario Nazionale Anaa Assomed

quotidianosanita.it

Sabato 28 APRILE 2018

Enpam. Bilancio 2017 approvato: +1,16 miliardi di utile

Il documento è stato approvato con 162 voti favorevoli, 3 contrari e 2 astenuti. Il patrimonio netto a 19,7 miliardi di euro con una crescita del 7,1 per cento rispetto all'anno precedente. Il patrimonio supera, a valori di mercato, i 20,9 miliardi di euro. L'avanzo previdenziale si è attestato a 1,02 miliardi di euro, mentre gli investimenti hanno contribuito per 420 milioni di euro lordi. Gli iscritti Enpam sono saliti a 363.670.

L'Assemblea nazionale della Fondazione Enpam ha approvato oggi il Bilancio consuntivo 2017. Il documento è stato approvato con 162 voti favorevoli, 3 contrari e 2 astenuti.

La Fondazione Enpam ha chiuso l'esercizio 2017 con un utile superiore a 1,16 miliardi di euro, che ha portato il patrimonio netto a 19,7 miliardi di euro con una crescita del 7,1 per cento rispetto all'anno precedente. Il patrimonio supera, a valori di mercato, i 20,9 miliardi di euro. Questo dato è superiore di circa 1,4 miliardi di euro alle previsioni espresse dal Bilancio tecnico alla stessa scadenza.

L'avanzo previdenziale si è attestato a 1,02 miliardi di euro, mentre gli investimenti hanno contribuito per 420 milioni di euro lordi. Da questa cifra vanno sottratti 16 milioni di euro di commissioni e soprattutto 110 milioni di euro in tasse.

Gli iscritti Enpam sono saliti a 363.670, cifra che comprende anche i 2.004 studenti delle Facoltà di Medicina e Odontoiatria dal V anno di corso. Il numero di medici e di odontoiatri attivi registra quindi una flessione rispetto alle 362.391 unità dello scorso anno. Aumentano i pensionati, a conferma del movimento massiccio verso la pensione previsto dai bilanci tecnici: nel 2017 sono arrivati a 111.770 unità, con un incremento del 5,72 per cento rispetto ai 105.721 del 2016.

Il bilancio conferma la solidità dei conti della Fondazione che nel 2017 ha incrementato ancora la riserva legale, portando a 12,95 il rapporto tra patrimonio e prestazioni erogate.

"Il bilancio 2017 certifica che Enpam è in vantaggio sulla tabella di marcia della sostenibilità a 50 anni fissata dal bilancio tecnico - dice il presidente **Alberto Oliveti** - con una riserva pari a 13 volte l'ammontare delle pensioni pagate nell'anno. Restiamo molto attenti alla questione centrale del rimpiazzo professionale e non abbassiamo la guardia nel monitorare un cambiamento che ci riguarda sia per l'aspetto demografico sia per quello tecnologico. Per il futuro l'impegno è di costruire una nuova sicurezza sociale per la categoria e i giovani iscritti e, grazie a un patrimonio che a valore di mercato supera i 20 miliardi di euro, alimentare investimenti circolari, capaci cioè di creare valore professionale per tutti i medici e gli odontoiatri".

Nel 2017, la Fondazione ha registrato entrate contributive pari a 2,648 miliardi di euro, erogando nello stesso periodo prestazioni previdenziali e assistenziali per oltre 1,622 miliardi. A incidere sul fronte delle uscite è stato l'aumento dei pensionati che, come previsto dalla cosiddetta 'gobba previdenziale' presente e già scontata nei bilanci attuariali dell'Ente, saranno in crescita ancora per diversi anni.

Il bilancio consuntivo evidenzia nel 2017 un importante incremento del numero dei nuovi titolari di trattamenti pensionistici ordinari rispetto al 2016. La gestione che registra la variazione minore è la Quota B del Fondo Generale (+ 1,36%), mentre la specialistica ambulatoriale presenta l'aumento maggiore (+35,96%). Di rilievo è anche l'incremento dei nuovi pensionati della medicina generale (+ 21,13%), mentre specialistica esterna e la Quota A del Fondo Generale presentano incrementi meno rilevanti pari rispettivamente a 7,22% e 2,46%.

1/5/2018

Enpam. Bilancio 2017 approvato: +1,16 miliardi di utile

pensionamento. Il dato, che aveva raggiunto nel 2012 un minimo di 65 anni, ha registrato una crescita continua fino ai 67,6 anni del 2017.

Il dato complessivo evidenzia che i medici di famiglia andati in pensione lo scorso anno sono stati 1.720, con un +21 per cento rispetto all'anno precedente (quando erano stati 1.420) e +92 per cento rispetto alle 898 unità del 2014.

Nel 2017 il patrimonio della Fondazione ha visto salire a poco più di 5 miliardi di euro la quota investita in attività immobiliari. La percentuale del mattone sul totale tuttavia mostra un calo dal 27 al 26 per cento, a causa del netto aumento degli investimenti finanziari che si attestano poco oltre i 14 miliardi di euro, con un balzo di circa 1 miliardo..

Nell'ultimo anno, gli immobili posseduti direttamente e indirettamente dalla Fondazione Enpam hanno portato a una redditività lorda del 4,14 per cento, e attestata al 3,93 per cento dopo oneri e imposte. Le attività finanziarie hanno invece prodotto una redditività lorda del 4,73 per cento (4,61% al netto degli oneri di gestione e delle imposte).

quotidianosanita.it

Lunedì 30 APRILE 2018

Benevento. Nessun ridimensionamento degli ospedale 'Rummo' e di Sant'Agata dei Goti

In un incontro in Regione è stato confermato il Dea di II livello all'ospedale di Benevento che sarà potenziato con la realizzazione di un polo oncologico. Al presidio di Sant'Agata resta aperto il Pronto Soccorso h24, salvo che per i casi più complessi che saranno dirottati al 'Rummo'

All'ospedale 'Rummo' di Benevento rimarrà il Dea di II livello, mentre non è prevista alcuna chiusura dell'ospedale di Sant'Agata dei Goti.

Sono i primi due punti fermi emersi da una riunione convocata dal presidente della Regione Campania **Vincenzo De Luca** che ha visto la partecipazione dei vertici della sanità regionale, con i direttori generali, il consigliere regionale **Erasmus Mortaruolo** e il delegato Anci **Pasquale Carofano**, sindaco di Telese.

Nel corso dell'incontro si è deciso che al 'Rummo' verrà realizzato inoltre un Polo oncologico, per sopperire alla lacuna di un ampio territorio che al momento ne è sprovvisto.

Mentre per quel che concerne l'ospedale di Sant'Agata dei Goti è stato confermato l'impegno per le attività riabilitative e il pronto soccorso h24, salvo che per prestazioni di estrema complessità che saranno trasferite al 'Rummo'.

La sanità

Il Pascale fa scuola in Russia per la medicina di precisione

GIUSEPPE DEL BELLO

Dopo la Cina, il Pascale apre le frontiere alla Russia. L'Istituto dei tumori si sta sempre più accreditando anche come polo di riferimento per la didattica internazionale. Nel campo dei tumori i giovani medici che scelgono Napoli per approfondire le loro conoscenze, possono contare su una struttura che mette a loro disposizione personale docente e tecnologie all'avanguardia. L'ultimo accordo è stato siglato nei giorni scorsi con il ministero della Salute della Federazione russa per dare il via a corsi di formazione oncologica. Sessioni che partiranno tra pochi mesi. Dal prossimo ottobre infatti, e per i cinque anni successivi, medici della facoltà medica dell'università statale di Perm (*foto grande*) verranno a formarsi al Pascale. Ma perché il rapporto sia alla pari, anche i nostri camici bianchi andranno in trasferta in Russia. Sempre per perfezionare la loro formazione e nell'ambito di un proficuo scambio culturale. Lo scopo di questa mobilità, così come accaduto con la Cina (dallo scorso anno medici provenienti dalla Terra dei ciliegi stanno affiancando i professionisti del Pascale) è quello di sviluppare progetti per studenti e medici sotto la guida degli specialisti e di incoraggiare scambi di informazioni, studi di ricerca condivisi e pubblicazioni scientifiche. Per ora la cooperazione riguarderà prevalentemente l'oncologia te-

sta-collo e in particolare il reparto diretto da Franco Ionna. È stato lui il chirurgo napoletano a sollecitare al management dell'Ircs partenopeo la cooperazione richiesta ripetutamente dall'Istituto di educazione superiore dello Stato federale università di Medicina di Perm.

«Due anni fa - racconta il primario - conobbi un collega di Perm. Rimase incantato dal lavoro della mia équipe e cominciò da allora a insistere perché io, ma anche altri chirurghi e medici del Pascale, andassimo nella sua terra a formare giovani oncologi. Negli ultimi anni, con la direzione di Attilio Bianchi, il nostro istituto si è affermato enormemente a livello internazionale grazie a un lavoro pregresso ma anche all'avvio di accordi siglati con ogni parte del mondo. I tempi, insomma, erano maturi perché nascesse anche questa cooperazione».

Una collaborazione che conferma l'immane lavoro di internazionalizzazione voluto dal manager che finora ha portato a Napoli 90 medici cinesi (altri 360 sono previsti nei prossimi due anni), ma ha anche avviato accordi di cooperazione con i Paesi dell'America Latina (in Colombia è nata la prima rete oncologica internazionale), con il Nord Africa e ora con la Russia.

E adesso con questo schema di offerta all'università di Perm, osserva Ionna, stiamo dimostrando quanto il nostro polo sia all'avanguardia, al netto di alcune inevitabili negatività organizzative.

«Ci sono tecnologie, come la chirurgia robotica, che ci vedono tra le prime strutture d'Italia in termini di utilizzazione - rivela il primario - oppure basta pensare alla chirurgia radioimmunoguidata che consente di personalizzare i trattamenti. E questo è il significato della medicina di precisione».

Lo specialista fa anche un esempio: «Per un carcinoma della lingua con rischio metastasi al collo, grazie alla tecnica della ricerca del linfonodo sentinella, possiamo sapere che tipo di protocollo terapeutico programmare». I russi sono rimasti colpiti anche dalla gestione multidisciplinare dei pazienti. Che vuol dire studiare soprattutto gli aspetti molecolari della patologia neoplastica, peculiarità che indirizzano verso la giusta cura. «Capire se un paziente va operato o se debba essere sottoposto solo a trattamento, è fondamentale - aggiunge Ionna - ogni tumore è diverso dall'altro, anche se istologicamente sono simili. Perciò oggi l'istologia da sola non basta a caratterizzare e definire il tumore perché è necessario identificarlo anche dal punto di vista molecolare. Il concetto della multidisciplinarietà è alla base del successo terapeutico».

Gli antipsicotici

Una molecola vincente

Quarant'anni di cure e il progresso di una molecola vincente. L'avventura degli antipsicotici parte con la clorpromazina nel '58. Subito dopo arriva l'alooperidolo, a sua

volta derivato, grazie a una serie di combinazioni chimiche, da un analgesico-oppioide, la petidina. Dalla prima metà degli anni '60 queste due molecole e altre analoghe diventano punto di riferimento per il protocollo terapeutico antipsicotico e vengono commercializzate

quasi ovunque. L'alooperidolo sfonda come l'antipsicotico più prescritto sino a metà anni '90. A seguire, dopo una serie di passaggi, si arriva alla sintesi della clozapina e del risperidone, entrambi attivi non solo sui recettori dopaminergici ma anche su quelli serotoninergici. La prima

preparazione long acting, cioè a lunga durata d'azione, risale a fine anni '60 con la flufenazina decanoato. L'ultimo composto di questa linea, il paliperidone palmitato, entra in commercio nel 2017. Ed è il primo antipsicotico che si può somministrare per via intramuscolare ogni tre mesi.

L'intervista

La legge di papà in nome dei diritti

Alberta Basaglia: «Il problema oggi non è se la sua rivoluzione ha funzionato o no, ma il rifiuto del diverso»

«Dicono che la 180 ha chiuso i manicomi senza aprire servizi, ma chi doveva crearli era la politica»

Mi fa male chi accusa mio padre di aver negato la malattia: lui voleva farla uscire dai lager per curarla



Caino non è morto, e Abele continua a soffrire. Ecco la mia storia. Il diario finisce qui. Se non mi aiutano impazzirò di certo. Anzi, sono già folle.



Le mie impronte digitali prese in manicomio hanno perseguitato le mie mani come un rantolo che salisse la vena della vita

«La distanza tra ricchi e poveri riguarda tutta la società, non soltanto la psichiatria: purtroppo stiamo tornando indietro»

di **FRANCESCO BATTISTINI**

E il matto dove lo metto? Dopo il terremoto dell'Aquila, quando fra le casette della new town c'era da fare lo spazio per l'assistenza psichiatrica, a un certo punto la Protezione civile di Bertolaso si pose anche il problema di sistemare i malati di mente. E lo risolse proprio come Basaglia non avrebbe mai fatto: una bella tenda a parte, separata, ben lontana dalle altre e dove non desse fastidio... 1978-2018: tanta riforma per nulla? «Il problema oggi - dice Alberta Basaglia - non è la riforma o la controriforma, è che ogni occasione è buona per rifiutare il diverso da noi. Che sia il matto, il disabile, l'immi-

grato». Professione psicologa e vicepresidente della Fondazione Basaglia, coi diversi in casa lei ci è cresciuta. Fino a scrivere un tenero romanzo, *Le nuvole di Picasso*, sulla sua infanzia fra matti da slegare e signore spettinate con la sigaretta sempre accesa. Una risposta all'eterna domanda se suo papà avesse ragione: «Mi chiedono spesso se quella rivoluzione abbia vinto. Ma la legge Basaglia è stata solo l'ultimo passo: prima io ho vissuto una battaglia lunga decenni per liberare un popolo di malati che stava in camicia di forza, senza diritti (nota a margine: negli anni 60, a Gorizia, Basaglia aveva trovato un manicomio che legava ai letti perfino gli ex deportati di Auschwitz...). Quella legge è stata come il divorzio, l'aborto, le riforme dell'epoca: ha reso chiaro che non tutti siamo uguali, ma che tutti dobbiamo avere le stesse libertà. La diversità è parte della vita e

i diversi hanno diritto alla nostra stessa vita».

La 180 avrà anche salvato i matti, liberandoli. Però ha condannato le famiglie dei matti, obbligandole a riprenderseli in casa...

«Mi preoccupa che regolarmente di questa legge si parli come di Franco: o facendone un santino, o demonizzando. L'anno scorso è stato presentato un decreto che è finalmente una spiegazione su come applicarla dappertutto in maniera uniforme. Si dice sempre che la 180 ha chiuso i manicomi senza aprire ai servizi. In re-

altà, ha dato degli indirizzi generali: spettava poi alle Regioni applicarla, ma molte non l'hanno fatto».

Non è andato tutto liscio: il 70-80 per cento dei malati di mente oggi vive a casa o nel poco che s'è fatto per rimpiazzare i manicomi. Il 20 per cento è incurabile, spesso allo sbando. Chi ha danneggiato di più la riforma? I politici incapaci di legiferare o gli psichiatri un po' troppo ansiosi di rimandare in famiglia i pazienti?

«Io non credo che la r80 sta stata il fallimento che molti pensano. È stato importante che si facesse. Un risultato? Nessuno oggi pensa più che debbano esistere i manicomi. E poi non è che gli psichiatri abbiano mandato per strada i malati di mente: la legge diceva di chiudere i manicomi, ma in molte parti d'Italia non si sono offerti i servizi alternativi. Per questo, il principale problema sono stati i politici».

Fu anche una legge approvata di fretta e nel caos, frutto del compromesso storico: i radicali volevano un referendum abrogativo, cinque giorni prima era stato ammazzato Moro...

«Sì, ma fu una legge studiata a lungo, coi contrappesi: istituiva l'assistenza h24, i servizi, gli appartamenti per l'accoglienza dei malati... Dov'è stata ben applicata, a Trieste o in Emilia, ha funzionato».

Qual è la critica che la infastidisce di più?

«Che non si capisca Franco quando diceva "mettere la malattia fra parentesi". Non significava negarla: voleva dire accettarne l'esistenza, ma

metterla un attimo da parte per dire che il problema del malato non poteva essere tenuto nascosto nel manicomio. Bisognava portarlo fuori dai lager, sotto gli occhi di tutti, perché ce ne si occupasse».

Basaglia fu elogiato da Sartre («a Gorizia c'è stato un esempio di sapere pratico») e da Bobbio («l'unica vera riforma del dopoguerra»), fu sostenuto da Einaudi e da Bellocchio. Ma oggi non è un po' dimenticato?

«Non ho la stessa sensazione. Di tutte le rivoluzioni del '68, ormai disperse, questa è una delle poche rimaste. Fece aprire gli occhi, costrinse lo Stato a non far più finta di niente. L'Italia fu il primo Paese a imboccare questa strada, la nostra esperienza è un caso unico che il mondo ancora studia. Ci sono nazioni come gli Usa che sono agli antipodi, ma in Europa molti hanno preso esempio. Oggi la sinistra sembra vergognarsene, e in fondo nemmeno questa è una novità: ultimamente, la sinistra si vergogna un po' di tutto...».

Ci furono anche eccessi, come quegli psichiatri democratici che consideravano il malato «un soggetto rivoluzionario»...

«Mio padre non ha mai detto certe cose. Era il primo a pensare che la malattia esiste, eccome se esiste, e che un matto non può andarsene libero. Chiedeva solo che fosse trattato come tutti i malati: perché un diabetico poteva curarsi al meglio e un matto solo al peggio?».

Quale fu l'atto più immaginifico del basagliano?

«Marco Cavallo: nel manicomio di Trieste che si stava smantellando, una scultura di legno e cartapesta fatta da pazienti che erano dentro da anni e stavano per uscire. Il cavallo uscì in strada con loro, fu il segno della chiusura della clinica. La consegna del problema alla città, che infatti se ne fece carico. Testimoniò che non è vero che tutto resta uguale: le cose si possono cambiare, quando si vuole cambiarle».

Oggi proliferano le cliniche private, riservate ai pazienti ricchi. E lo psicofarmaco impazza. Che direbbe Basaglia?

«La distanza fra poveri e ricchi riguarda tutta la società, non solo la psichiatria. Con l'immigrazione e la crisi le differenze si notano molto di più rispetto ad allora, ed è chiaro che la disuguaglianza economica porta disagio, il disagio porta a reazioni che spesso hanno un che di patologico. Tornano tante cose, non solo l'uso sconsiderato dei farmaci. Prenda la contenzione, ricomparsa nei trattamenti sanitari obbligatori. Una cosa grave. Non si lega una persona che sta male: questo doveva essere un dato acquisito, ma non lo è più».

In questi 40 anni, chi ha raccontato meglio Basaglia?

«Una fiction Rai, *C'era una volta la città dei matti*, con Fabrizio Gifuni. Fatta bene, ben preparata e spiegata. Ho visto anche *La pazza gioia* di Virzì. La lettura della sofferenza mentale è in parte quella della riforma: l'amicizia fra la Ramazzotti e la Bruni Tedeschi, il rapporto fra due donne che esce dal problema matto-non-matto... Lì, c'è un bel po' di mio papà».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Chi è

Alberta Basaglia, figlia dello psichiatra che diede nome alla Legge 180, è psicologa e vicepresidente della Fondazione Basaglia, il cui fine principale

è «mantenere viva la conoscenza del lavoro e degli scritti di Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia». Ha sede a Venezia, nell'Isola di San Servolo, che ospitò uno dei due manicomi della città

Viaggio in Italia

Cosa resta della riforma Basaglia

Un progetto visionario.
Difficile da attuare. In quarant'anni
le istituzioni non sono riuscite a dare
concretezza all'utopia.
Ecco perché: da nord a sud



Le terapie
Un fiume di malati

10

Le prestazioni
psichiatriche in Italia
sono oltre 10 milioni
l'anno (dati 2015)

Il Pronto Soccorso
Interventi d'emergenza

600

Gli accessi
psichiatrici sono
circa 600.000
l'anno (dati 2015)

Il costo
Ospedale e territorio

73,8

È quanto costa in
media a ogni italiano
l'assistenza
psichiatrica nel Ssn

Viaggio in Italia

Cosa resta della riforma Basaglia

Un progetto visionario.
Difficile da attuare. In quarant'anni
le istituzioni non sono riuscite a dare
concretezza all'utopia.
Ecco perché: da nord a sud



LOMBARDIA
di Alessandra Corica

Oggi si punta sulle famiglie

Quarantanove reparti ospedalieri per diagnosi e terapie acute: tutti pubblici, tranne quello privato accreditato del San Raffaele di Milano. Novantuno centri psicosociali per i servizi ambulatoriali, 4.200 posti nelle strutture residenziali per la riabilitazione, con diversa intensità di cura. L'ultimo cambiamento è di due anni fa, quando con la riforma sanitaria regionale il comparto è passato sotto la gestione del socio-sanitario, con un'integrazione sempre maggiore sia con i reparti di neuropsichiatria che con quelli che si occupano di dipendenze. E una virtuosa collaborazione con il privato accreditato e il privato sociale, che fanno della regione «la quarta in Italia - spiega Claudio Mencacci, past president della Società italiana di Psichiatria - per gli investimenti. Si è cercato di coniugare

programmi innovativi per l'inserimento lavorativo, per intercettare i giovani. Il 70% dei disturbi psichiatrici insorge in adolescenza e nei giovani adulti».

Quarant'anni fa i manicomi in Lombardia erano uno per provincia. «Ho iniziato a lavorare nel 1980, subito dopo l'approvazione della legge, nell'ospedale psichiatrico di Bergamo - racconta Giuseppe Biffi, che guida il dipartimento di Salute mentale dei Santi Paolo e Carlo di Milano - all'epoca erano ricoverati 600 pazienti: il loro ricollocamento è stato progressivo. Anche perché allora non avevamo le strutture riabilitative che ci sono oggi». La norma che ha creato strutture residenziali e semi-residenziali (quest'ultime circa 2mila) è del 1984: «Per cinque anni abbiamo avuto un buco normativo - ricostruisce Biffi - adesso c'è anche un maggiore coinvolgimento del-



LIGURIA
di Michela Bompiani

Strangolati dalle dipendenze

Nel territorio della città metropolitana di Genova, che vale più della metà della popolazione ligure, sono 12.000 le persone in carico ai dipartimenti di salute mentale. La metà ha problemi di dipendenza (sostanze, tecnologia, ludopatie). «Il numero è enormemente cresciuto in questi 40 anni: la legge funziona benissimo ma è cambiato il mondo intorno e dobbiamo affrontare nuove emergenze», spiega Marco Vaggi, che guida il Dipartimento di salute mentale e dipendenze della Asl3. Dove il 30% delle prestazioni è sul territorio, fuori dagli ambulatori. Vaggi si batte per far funzionare il pilastro della 180: «Curare le persone, o meglio cominciare a intercettarle preventivamente, e poi, semmai, curarle, nel proprio ambiente. Per migliorare la qualità di vita non sradicandole». Uno sforzo che non sempre funziona, in un sistema affaticato dall'impostazione aziendalistica della sanità, come spiegano alcuni

operatori: «Abbiamo due auto di servizio e quaranta operatori. In ambulatorio un operatore incontra dieci persone al giorno, a domicilio non arriva a tre. I metodi quantitativi applicati alla salute mentale non funzionano».

Nella Asl3 si registrano 2500 ricoveri all'anno, poco più del 20% delle prese in carico: «Abbiamo tre reparti acuti a Genova, più la clinica psichiatrica e alcuni reparti post acuti - spiega il direttore - ma ciò che stiamo potenziando sono le case alloggio. Su 500 persone inserite in residenzialità, il 15% è in case alloggio, vogliamo aumentare di un altro 10%». Gli operatori però suonano l'allarme turn over: l'80% ha trent'anni di servizio alle spalle. «Bisogna aggiornare gli operatori sulle nuove emergenze. Quando abbiamo cominciato i nostri pazienti erano quelli usciti dai manicomi, ora sono sempre più ragazzi e adolescenti, ci sono tante competenze nuove da assumere. E noi siamo vecchi e stanchi».

FOTOGRAFIA: RICCARDO

Valeria Bobini
Liberi tutti

Il cammino della psichiatria in Italia dall'alba del novecento alla chiusura dei manicomii, scritto da Il Mulino. Inquadra da un punto di vista storico e filosofico

L'evoluzione di questa scienza attraverso le trasformazioni del XX secolo, fino agli avventurati contributi onco a determinare la "rivoluzione" basagliana, e a fronte il tema della libertà, centrale nella psichiatria attuale come è più che in passato.
- f. c.

Daniela Piccione
Basaglia e la Costituzione

Le radici della rivoluzione culturale di Basaglia vennero cercate nella Costituzione, entrata in vigore 30 anni prima. Così riferisce Daniela Piccione in *È pensiero lungo*. Franco

Basaglia e la Costituzione (AlphaBeta Verlag, 2013). Un fil rouge al quale spesso fa riferimento, invitando i lettori ad impegnarsi nelle trasformazioni sociali proprio attraverso il richiamo dei principi costituzionali.
- f. c.

Le terapie
Un fiume di malati

10

Le prestazioni psichiatriche in Italia sono oltre 10 milioni l'anno (dati 2015)

Il Pronto Soccorso
Interventi d'emergenza

600

Gli accessi psichiatrici sono circa 600.000 l'anno (dati 2015)

Il costo
Ospedale e territorio

73,8

È quanto costa in media a ogni italiano l'assistenza psichiatrica nel Ssn



PIEMONTE
di Sara Strippoli

Deregulation: i danni di un decennio

Quarant'anni fa, quando la Provincia di Torino studiava la riorganizzazione dei servizi per superare il manicomio, negli ospedali psichiatrici torinesi c'erano cinquemila ricoverati. Quarant'anni dopo sono 57.000 i piemontesi seguiti dai dipartimenti di salute mentale. Di questi, 2870, circa il 5%, sono ricoverati in strutture residenziali. Con una spesa di 66,6 euro a testa, circa il 10% in meno della media nazionale (73,8). A Trento si impegna il 6,26% della spesa sanitaria. In Piemonte nel 2015 era il 3,13; la media nazionale è del 3,49.

A 40 anni dalla Basaglia il Piemonte ha predisposto una riorganizzazione, un piano in attuazione di quello nazionale e ha pronta una bozza che sarà discussa in consiglio regionale. È convinzione che strutture psichiatriche territoriali, comunità e gruppi appartamento debbano essere ripensati. Per oltre un decennio la regione è rimasta senza regole ta-

riffarie, senza sistema di accreditamento per i gruppi appartamento e in questa deregulation si è creato un eccesso di offerta. La prima fase di analisi capillare ha evidenziato servizi domiciliari troppo deboli, offerta sanitaria abbondante ma socio-sanitaria carente. Il piano è articolato in obiettivi e venti azioni per realizzarli. «Superare lo stigma a cui sono sottoposti i pazienti è l'obiettivo primario - spiega l'assessore Antonio Saitta - dobbiamo andare oltre la frammentazione degli interventi e coordinare le reti a supporto delle fragilità, incrementando le iniziative per la promozione della salute nell'infanzia e adolescenza». La parola chiave è autonomia con il potenziamento di tutti gli interventi che possano servire a rendere indipendenti i malati: sostegno all'abitare, inserimento lavorativo, occasioni di socializzazione. È un sito dedicato con indicazioni, suggerimenti e risposte.

©IPRODUZIONI RIVISTATA

P. Sangiorgio e G. M. Polselli
Matti da (non) legare

Il libro - edito da Alpes - affronta senza reticenze il tema, spesso dimenticato o richiamato solo in occasione di dispute ideologiche, della contenzione fisica dei

malati, tuttora praticata nella maggior parte delle istituzioni psichiatriche. Partendo da un'indagine sul campo ne analizza le cause, le implicazioni mediche, psicologiche, etiche e legali e le possibili strategie per il suo superamento.
- f. c.

Robert Paul Liberman
Il recovery dalla disabilità

Il manuale - edito da Giovanni Fioriti - del massimo esperto mondiale di riabilitazione psichiatrica, che supera il dualismo normalità/colpe introducendo il concetto di

recovery: ritorno a una vita soddisfacente, speranza, fiducia in se stessi, uscita dallo stigma dei disturbi mentali. Gli obiettivi della riabilitazione non devono essere stabiliti dai professionisti secondo criteri teorici, ma scelti e desiderati dai pazienti.
- f. c.



EMILIA ROMAGNA
di Rosario Di Raimondo

Non sono pericolosi e non hanno meno diritti

L'ufficio di Angelo Fioriti, direttore della Salute mentale dell'Ausl di Bologna, è dentro l'ex manicomio della città. Oggi la filosofia delle cure mentali è «più pazienti seguiti sul territorio. Ne abbiamo fatti uscire 100 su 400 in questi anni. E siamo l'unica Regione che rispetta il vincolo del 5% delle risorse da destinare ai servizi di salute mentale». Bologna segue 18mila pazienti l'anno, 80mila in tutta l'Emilia-Romagna.

Si parte da Reggio Emilia e Parma, dove Basaglia lavorò un anno. Dopo i manicomii nacquero i dipartimenti di salute mentale. Poi gli Opg. E le Rems. «Non dobbiamo fare l'equivalenza tra gli Opg, luoghi dove vivevano tre pazienti in una stanza, e le Rems, che devono essere l'estrema ratio quando ogni altro programma terapeutico non è possibile - spiega Mila Ferri, dirigente regionale dei servizi di salute mentale - dal 2015, tra Bologna e Parma, abbiamo ospitato 60 persone».

Affrontare la malattia mentale, per Ferri, vuol dire questo: «Andrebbe rivisto il concetto di pericolosità sociale. Questi pazienti non hanno meno diritti e la sfida è rendere le terapie meno asimmetriche: pure loro devono scegliere e decidere».

Ci sono altre due sfide complesse. «C'è un problema di salute mentale nei giovani: più accessi al pronto soccorso, più tentati suicidi e disturbi di personalità». La seconda: «La magistratura ha preso atto che la sanità gestisce e tratta in maniera umana questi pazienti. E utilizza questo strumento in autonomia. Sempre più persone passano dal carcere ai servizi sanitari. Ma dobbiamo assorbire la gestione di casi anche molto impegnativi con strumenti spuntati. Non è nostalgia per gli Opg, luoghi disumani e incivili, ma è necessario ridefinire i confini tra settore penitenziario e sanitario. Altrimenti sarà più difficile seguire quei 18mila pazienti l'anno».

©IPRODUZIONI RIVISTATA



Ma sì, ce l'abbiamo fatta

Prima della Basaglia il manicomio di Firenze era San Salvi, uno dei più grandi d'Italia. Lo psichiatra Giuseppe Sarò negli anni Settanta lavorava in quella struttura, poco prima che chiudesse. Ha quindi vissuto tutto il periodo della dismissione e l'avvio dei nuovi servizi psichiatrici. «In Toscana la legge è stata applicata bene quasi ovunque - spiega - all'inizio non è stata fatta una pianificazione precisa delle risorse per le strutture territoriali, spesso i servizi si sono retti sulla buona volontà dei professionisti». I problemi di solito si riflettevano sulle famiglie dei malati. «Oggi i servizi psichiatrici sono ovunque - racconta - anche se ci sono problemi di risorse». Nella Asl del Centro, che copre le province di Firenze, Prato e Pistoia, «adesso manca una funzione di coordinamento dei servizi psichiatrici. Sono spariti i primari, che ai tempi di San Salvi erano addirittura 20. Allora erano troppi - continua Sarò - oggi sono

troppo pochi. I servizi ne risentono perché questa specialità si esercita sul territorio, in ambulatori e distretti, ma anche in ospedale e ci sarebbe bisogno di un coordinamento tecnico molto forte. E i responsabili medici sono necessari».

Sarò ricorda bene i primi tempi della Basaglia. «La legge venne applicata piano piano, con grandi lacerazioni e discussioni. Tutti i giorni finivano sui giornali le dispute ideologiche tra favorevoli e contrari. Ricordo che una parte significativa degli operatori a quel tempo era contraria mentre io ero d'accordo. All'inizio abbiamo creato un modello di psichiatria di settore, con i reparti collegati al territorio di provenienza del malato. Si lavorava in ospedale e poi il paziente veniva seguito anche dagli ambulatori della sua zona, Chianti o Mugello che fosse». Poi le cose sono cambiate e oggi anche la psichiatria fa i conti con i problemi di risorse del servizio pubblico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

G. Corbellini e G. Jervis
La razionalità negata

Edito da Bollati Boringhieri, il dialogo tra uno storico della medicina e uno dei fondatori della psichiatria territoriale italiana offre un punto di vista critico sulla

Michele Tansella
Le radici psicosociali della psichiatria

Edito dal Pensiero Scientifico, il volume offre una panoramica sul pensiero dell'autore, uno dei più eminenti studiosi italiani dell'epidemiologia psichiatrica,

nascita e sui principi ispiratori della ISO, ricostruendone il percorso culturale e sociale alla luce della storia del movimento antioschiatrico ed evincendone i nodi irrisolti, non ultimo quello della qualità delle cure e dei trattamenti riabilitativi.
- f.c.

sostenitore della necessità di sviluppare i servizi di salute mentale nella comunità e di utilizzare un approccio psicosociale ai disturbi psichiatrici. Affronta la valutazione scientifica degli esiti dei trattamenti, sia medici che psicologici.
- f.c.

Renzo De Stefani
Psichiatria mia bella

Edito da Erickson, il libro illustra il metodo del "FareAssieme", nato in Trentino ma diffuso a livello internazionale, basato sul coinvolgimento attivo nei progetti di cura

Tom Burns, Mike Firm
La presa in carico intensiva sul territorio

Edito dal Pensiero Scientifico, il testo illustra la presenza attiva dei centri di salute mentale, non ambulatori medici dispensari di farmaci, ma servizi che si

CAMPANIA

di Giuseppe Del Bello

Così i pazienti sono abbandonati

Sette dipartimenti di salute mentale di cui fanno parte 91 centri territoriali (1,9 per 100 mila); il 14% in meno della media nazionale, 51 strutture residenziali (1,1 per 100 mila) che in questo caso rivelano un gap di meno 70,8% e 52 strutture semi-residenziali (1,1 per 100 mila), cioè il 34,7% in meno. I posti letto disponibili sono 511 (10,8 per 100 mila abitanti), di cui soltanto il 35,2% in strutture pubbliche, i rimanenti 64,8 nelle case di cura private accreditate. I Tso sono del 9,8% più frequenti della media nazionale.

La spesa complessiva per l'assistenza psichiatrica nel 2015 è stata di circa 242 milioni di euro, 51 euro pro-capite, circa il 30% in meno della media nazionale. «Solo il 2,4% del budget dedicato alla spesa sanitaria è stato assegnato all'assistenza psichiatrica - si sfoga Andrea Fiorillo, docente di Psichiatria all'Ateneo Vanvitelli di Napoli - una cifra che è circa la metà di quanto stabilito nel pia-

no sanitario nazionale e più di un punto percentuale meno della media nazionale. Siamo al penultimo posto, prima della Basilicata».

Non va meglio per il personale a tempo indeterminato: quello in servizio presso le strutture dedicate all'assistenza psichiatrica è inferiore del 10% rispetto alla media nazionale. A scarseggiare sono psichiatri ma, in misura più drammatica, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, sociologi e assistenti sociali. «Non sorprende che i pazienti trattati per 10 mila abitanti siano il 12,5% in meno rispetto alla media nazionale, e le prestazioni erogate per utente più basse del 29,5. Nel solo 2015 circa 66 mila persone sono state seguite per un disturbo mentale. E di queste circa 28 mila erano al primo contatto con una struttura psichiatrica. Un dato che rivela che il sistema assistenziale campano è in gran difficoltà a intercettare i nuovi casi di patologia mentale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

di utenti e familiari, valorizzati per la loro esperienza, considerata un tesoro da trasmettere a chi si trova per la prima volta a dover affrontare il dramma della malattia mentale. Un approccio pragmatico e non ideologico.
- f.c.

proiettano sul territorio facendosi carico della globalità dei problemi dei pazienti, prevenendo le crisi e intercettandole sul nascere, in virtù della profonda conoscenza e del legame terapeutico che si instaura tra utenti e operatori.
- f.c.



PUGLIA

di Antonello Cassano

I malati chiedono ma l'assistenza non basta

Gli ultimi due manicomi privati d'Italia chiusero in Puglia nel 2010, 32 anni dopo l'approvazione della legge: il Santa Maria di Foggia e il Don Uva di Bisceglie. Da allora molto è cambiato, ma restano criticità, prime fra tutte la carenza di offerta rispetto alla domanda di assistenza psichiatrica e la mancanza di sicurezza per gli operatori. Partiamo dai numeri: nel 2017 sono stati 53.395 gli assistiti nei Centri di salute mentale e 6.087 i ricoveri, di cui 760 in regime di trattamento sanitario obbligatorio. Da segnalare anche i 920 ricoveri in regime di semi-residenzialità e i 1580 posti letto occupati dai pazienti ricoverati in strutture residenziali. «Nel corso di questi 40 anni - specifica Domenico Suma, dirigente del Dipartimento di salute mentale dell'Asl di Brindisi e membro del gruppo di lavoro per stilare il Piano regionale di salute mentale - oggi i pazienti affetti da disturbi psicotici si sono ri-

dotti al 25% del totale. Ed è più pressante la richiesta di interventi per disturbi dell'umore, della personalità, psichiatrici nell'anziano, per richieste provenienti dal disagio sociale e per disturbi causati dall'uso di sostanze».

Dal 2016 in Puglia sono state aperte anche due Rems (Residenze esecuzione misure di sicurezza), una pubblica a Spinazzola e l'altra a Carovigno, con il sistema pubblico-privato. Qui vengono ospitati pazienti psichiatrici che hanno commesso reati o sono in galera. In tutto 38 posti letto. Ma secondo i dati della Regione, in lista d'attesa ci sono altri 20 internati. «Non siamo fanalino di coda in Italia - conferma Suma - ma il fabbisogno di posti letto appare al di sotto delle richieste che provengono dalle autorità giudiziarie». E nessuno dimentica il 4 settembre 2013, quando la psichiatra Paola Labriola fu uccisa da un paziente con 70 coltellate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Colorno (Parma), 1968-1969
All'interno dell'istituto psichiatrico



SICILIA

di Giusti Spica

Il record di ricoveri e pochi posti letto

Nella regione con il record di ricoveri forzati (1.500 l'anno i trattamenti sanitari obbligatori), i pazienti psichiatrici scontano una carenza di posti letto ospedalieri del 30%. Spesso sono costretti a trasferte di 200 chilometri o fuori regione. In compenso c'è una buimia di comunità terapeutiche assistite e comunità alloggio, passate da 250 a 2.500 posti dal 2002: nate come case di ospitalità temporanea e divenute luoghi di ricovero a vita, come i cinque ospedali psichiatrici chiusi per effetto della Basaglia. La Sicilia resta inchiodata a un vecchio modello di residenzialità.

«Negli ultimi 15 anni - spiega Fiorentino Trojano, direttore del dipartimento di Salute mentale all'Asp di Catania - c'è stato uno spostamento verso la residenzialità h24 che assorbe il 55% delle risorse. E mentre altrove il ricovero è di massimo di 72 mesi, qui le comunità alloggio stanno diventando ricoveri a vita». Mancano

le strutture alternative previste, come i gruppi-appartamento con assistenza h12 o a fascia oraria. «Gli altri puntano sulla residenzialità "leggera" - dice Trojano - qui siamo abbarbicati a un modello costoso che non dà autonomia ai pazienti». Un sistema mangia-soldi a scapito dei servizi territoriali: ci sono vuoti di organico per tutte le figure specialistiche, e totale assenza di riabilitatori e terapeuti. I centri diurni, se ci sono, funzionano a scartamento ridotto. I servizi multiprofessionali previsti dalla legge non sono mai decollati, esistono solo ambulatori che in molti casi si limitano a prescrivere farmaci. «Questo - dice Trojano - spiega l'alto numero di Tso e l'allontanamento dalla casa familiare del paziente». Sulla carta anche la parte della legge regionale che, in attuazione della Basaglia, prevedeva un rimborso per gli enti pubblici che assumono tramite cooperative i pazienti dimessi dagli ospedali psichiatrici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA