



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Primo appuntamento, dopo la fase sperimentale, per le comunicazioni sulla sicurezza

Dati sanitari, via al countdown I medici di fabbrica hanno tempo fino al 31 marzo

Pagina a cura
DI CARLA DE LELLIS

Conto alla rovescia per la comunicazione dei dati sanitari rilevanti sulla sicurezza del lavoro. Scade il 31 marzo 2014 il termine entro il quale i medici competenti devono effettuare la comunicazione attinente alla sorveglianza sanitaria svolta nell'anno 2013. Dopo la sperimentazione dell'anno scorso, il nuovo adempimento entra a regime e, a partire da quest'anno, il medico di fabbrica (competente) è tenuto annualmente a trasmettere i dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria entro il primo trimestre dell'anno successivo. La comunicazione va fatta solo in via telematica dal portale web dell'Inail. Omettere l'adempimento comporta a carico del medico l'applicazione di una sanzione amministrativa da 1.096 a 4.384 euro.

Comunicazioni a regime. L'adempimento è stato introdotto dal dm 9 luglio 2012 che ha individuato i contenuti della cartella sanitaria e di rischio nonché, appunto, le modalità per la trasmissione annuale al servizio sanitario degli stessi contenuti, come è obbligato a fare il medico competente (o di fabbrica) per effetto dell'art. 40 del Tu sicurezza (dlgs n. 81/2008). Il decreto ha disciplinato un periodo transitorio di un anno, spostando il termine per la prima trasmissione dei dati, quella relativa all'anno 2012,

dal 31 marzo che rappresenta la scadenza ordinaria annuale (così da quest'anno in avanti) al 30 giugno con lo stop alla sanzione a carico dei medici per le inadempienze.

Medici in prima linea. L'adempimento è a carico del medico competente. Il Tu sicurezza lo definisce tale il medico che sia in possesso di uno di titoli e requisiti, formativi e professionali indicati dallo stesso Tu, nominato dal datore di lavoro per effettuare la sorveglianza sanitaria e per tutti gli altri compiti previsti dalla disciplina della sicurezza sul lavoro; nonché per collaborare (sempre con il datore di lavoro) ai fini della valutazione dei rischi. In primo luogo, dunque, il medico competente è tenuto a collaborare con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, se necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e integrità psicofisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e all'organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e peculiari modalità organizzative del lavoro.

Trasmissione online. L'Inail ha predisposto un applicativo web in base all'in-

tesa in Conferenza unificata del 20 dicembre 2012 (atto n.153/CU), strutturato secondo modalità semplificate e standardizzate in modo tale da consentire l'inserimento dei dati così come previsto dal decreto del 9 luglio 2012. Il primo passo consiste nella registrazione, da parte del medico competente, al portale Inail, attraverso la quale accede all'applicativo. Successivamente il medico procede all'associazione con l'unità produttiva di riferimento. Se questa non fosse già presente nell'archivio Inail, il medico può effettuare l'inserimento. Al termine di queste operazioni, il medico competente compila la comunicazione e la trasmette ai servizi competenti per territorio. Per coloro che hanno effettuato la comunicazione per l'anno 2012, la procedura Inail permette l'importazione automatica dei dati per trasmetterli, aggiornati, per l'anno 2013.

Sanzioni pesanti. L'entrata a regime dell'adempimento comporta l'operatività anche del regime sanzionatorio che è, invece, rimasto sospeso durante la sperimentazione. Con la conseguenza che, da quest'anno, il medico che non ottemperi corre il rischio di vedersi applicare una sanzione da 1.096 e 4.384 euro (trattandosi d'inadempienza effettuata successivamente al 1° luglio 2013, data a partire dalla quale opera la rivalutazione delle sanzioni sulla sicurezza del 9,6% come previsto dal dl n. 76/2013).

—© Riproduzione riservata—■

Le ultime faq dell'Inail

È possibile recuperare i dati inviati l'anno prima?

Sì. Dal 1° gennaio 2014 i medici competenti potranno confermare le associazioni delle unità produttive, inserite l'anno precedente, con le relative comunicazioni e aggiornare i relativi dati.

È possibile effettuare l'inserimento dei dati dell'anno in corso dopo il 31 marzo?

Sì. Dal 1° aprile al 31 dicembre di ogni anno sarà possibile inserire le comunicazioni dell'anno in corso e saranno conservate nelle pratiche in lavorazione con la possibilità di eventuali modifiche.

Dopo l'inoltro di una comunicazione sono possibili eventuali modifiche?

Sì potranno annullare le comunicazioni inviate o modificare le associazioni (aziende-unità produttive) e i dati relativi all'allegato 3B di ogni comunicazione anche dopo l'inoltro ma prima della scadenza (31 marzo).

È possibile stampare la ricevuta della comunicazione?

È possibile generare un file in formato .pdf con la situazione delle maschere completate. L'inoltro finale che varrà come ricevuta avrà anche un numero di protocollo, data e ora d'invio

Con quale nome viene salvato il file in pdf come ricevuta della comunicazione?

Dopo aver inviato la comunicazione, la procedura permette la stampa della stessa proponendo come nominativo del file il codice fiscale dell'azienda seguito dal progressivo della comunicazione. È possibile salvare le comunicazioni prima dell'invio con le stesse modalità sopra indicate con l'aggiunta di «Bozza» nel nominativo del file.

» **La riforma** Che cosa prevede il disegno di legge sugli incarichi esclusivi. Dall'Inail al Consiglio Nazionale delle Ricerche

Conflitto di interessi, i manager pubblici in bilico

Dall'Agenda delle Entrate all'Enit, al Coni. Il nodo delle Università

ROMA — Bisognerà capire molto bene in cosa consiste l'obbligo di «esclusività» cui il governo intende sottoporre, con un disegno di legge di prossima emanazione, presidenti e amministratori di «enti pubblici nazionali». Perché l'ambito in cui il provvedimento vuole incidere appare ora molto ampio e le ricadute possono essere anche paradossali.

Prima di tutto: cosa s'intende per enti pubblici nazionali? Il termine è molto generico e può comprendere dall'Agenda delle Entrate all'Unione italiana di tiro a segno. I limiti dovranno riguardare solo gli enti di natura economica? Tra gli enti pubblici rientrano 77 tra università, istituti e scuole, vigilati dall'Istruzione, come anche quattro consorzi e 22 enti-parco sotto l'egida dell'Ambiente e 24 autorità portuali controllate dalle Infrastrutture. Per non parlare delle accademie sotto i Beni culturali: da quella della Crusca a quella dei Lincei. Qual è il discrimine?

Secondo le prime anticipazioni di Palazzo Chigi, il nuovo criterio verrà applicato solo agli «enti di notevole rilevanza». In particolare, si prevede che «in relazione all'importanza degli enti e alla loro sfera di attività, presidente e amministratori non potranno rivestire la carica di amministratori o componenti degli organi di controllo e revisione in enti e società né esercitare attività imprenditoriali o commerciali o intrattenere rapporti di lavoro». Allo stesso modo è previsto che «il presidente e gli amministratori non possano esercitare attività professionale o

di consulenza, in materie connesse con l'ambito di competenza dell'Ente di appartenenza».

Ora, spulciando tra le poltrone già occupate che, come ha precisato il premier, non saranno risparmiate dal nuovo disegno di legge, e incrociando le visure camerali, sorgono altri interrogativi: Attilio Befera, direttore del

Incompatibilità

Il nodo delle incompatibilità con gli incarichi precedenti e quelli esercitati in ambiti contigui

L'Agenda delle Entrate è anche presidente del cda di Equitalia, la società di riscossione. Il direttore dell'Agenda delle Dogane, Giuseppe Peleggi è anche consigliere della società pubblica d'informatica Sogei. Bisogna chiarire se gli incarichi esercitati in ambiti contigui possano considerarsi incompatibili.

Un altro dubbio da sciogliere è se si dovrà tenere conto anche degli incarichi precedentemente ricoperti: il presidente dell'Inail, Massimo De Felice, ad esempio, fu accolto da un'interrogazione parlamentare per essere stato consigliere di amministrazione di Intesa Vita, membro dell'organismo di vigilanza di Alleanza assicurazioni, oltre ad aver svolto attività di consulenza presso numerose compagnie. Attualmente De Felice risulta essere vicepresidente del consiglio direttivo di Uni (ente nazionale italiano di Unifi-

cazione) oltre a mantenere la cattedra alla «Sapienza» di Roma in Matematica finanziaria. L'incarico cattedratico può essere compatibile con quello in ente pubblico? Perché anche il presidente di Isfol, Pietro Antonio Varesi, è ordinario di Diritto del lavoro alla Cattolica di Piacenza e il presidente dell'Ansv (sicurezza volo), Bruno Franchi, insegna diritto aeronautico a Modena.

Più chiaro il caso dell'Enit, l'ente per il turismo, dove il presidente Pier Luigi Celli risulta essere consigliere di Aeroporti di Roma e membro del comitato esecutivo di Illy Caffè. Sul sito dell'AcI il presidente Angelo Sticchi Damiani dichiara di essere consigliere del Coni da cui ha ricevuto un emolumento di 3.844 euro, ma le visure lo danno anche consigliere del Consorzio calcolo e ricerca internazionale e di due società. E ancora, al Coni il presidente Giovanni Malagò risulta essere consigliere di Samocar, amministratore e presidente di Samofin, presidente di Mo.Ma line, amministratore di GI investimenti, consigliere della Fondazione musica per Roma e socio di tre aziende. Al Cnr il presidente Luigi Nicolais è socio di «One», società che gestisce brevetti. Così come l'Ente Nazionale per il Microcredito è presieduto da Mario Baccini che è anche socio unico della società immobiliare Roberta srl: dovrà lasciare? E che dire del presidente di Unioncamere, Ferruccio Dardanello, che guida anche una cooperativa di Cuneo, l'ente mutualistico Enpav, il Centro estero Alpi del mare e altre quattro società, essendo consigliere in altre sei e persino presidente del consiglio direttivo della Banda di Mondovì?

Antonella Baccaro

I dirigenti



Massimo De Felice, attuale presidente Inail e vicepresidente di Uni



Pier Luigi Celli, presidente Enit e consigliere di Aeroporti di Roma



Giovanni Malagò, presidente del Coni e di Samofin



Luigi Nicolais, presidente del Cnr e socio di «One» attiva nei brevetti



Mario Baccini, presidente dell'ente nazionale per il microcredito



Ferruccio Dardanello, numero uno di Unioncamere e dell'Enpav

Mai più soli in sala d'attesa ora al pronto soccorso arrivano hostess e steward

L'esperienza in quattro regioni: più assistenza ai pazienti

MICHELE BOCCI

STARANNO accanto ai familiari dei malati e faranno da tramite tra chi cerca informazioni e i medici. Potranno offrire un bicchiere d'acqua, dare un po' di conforto, spiegare perché la visita tarda o perché ci vuole tutto quel tempo per sapere qualcosa del proprio caro. Regioni come Toscana, Emilia Romagna e Lombardia sono già partite, con personale stipendiato oppure con volontari. Un'esperienza che in

Anche gli studenti di Medicina nei prossimi saranno coinvolti nei progetti futuri

certi casi sta cambiando il rapporto tra strutture sanitarie e cittadini. Adesso è la volta del Veneto, che addirittura propone di coinvolgere anche studenti di Medicina o di Infermieristica: «L'ospedale deve andare verso la persona e non viceversa», ha detto il presidente Zaia. La parola d'ordine è una: umanizzare il rapporto con chi entra nelle strutture sanitarie, al di là della gravità del suo problema. E rientrano in questa filosofia anche altri servizi messi a disposizione di chi è costretto in sala d'attesa. Ad esempio il wifi o le prese di corrente per ricaricare il cellulare. Sembrano banali ma per chi sta anche sei ore fuori da un pronto soccorso non lo è. Sono ormai molte, inoltre, le strutture che mettono a disposizione i dati sul numero delle persone in cura dentro ai dipartimenti di emergenza e i tempi di attesa a seconda della gravità del caso, cioè in base al codice assegnato (rosso, giallo, verde o bianco). Vengono diffuse attraverso schermi siste-

mate anche sui siti internet delle Asl. C'è anche chi trasmette video informativi di carattere sanitario oppure notiziari.

Il pronto soccorso italiani fanno più di 13 milioni di interventi all'anno, e di recente si assiste a un leggero calo del dato. Sono la porta degli ospedali e accogliere meglio i malati e i loro parenti può voler dire cambiare il rapporto tra cittadini e sistema sanitario. Purtroppo quello dell'emergenza è uno dei settori in cui è più stridente la differenza, ormai diventata luogo comune, tra i sistemi sanitari regionali italiani. Al centro-sud ci sono strutture perennemente in crisi sotto la pressione dei pazienti, con le barelle nei corridoi perché i reparti non ricevono malati, le ambulanze bloccate in coda, i familiari lasciati senza informazioni. E le attese sono lunghissime, anche di oltre 10 ore. Recentemente a Roma ci sono stati problemi gravissimi, che hanno fatto sollevare i sindacati dei medici contro la Regione. Al centro-nord la situazione è migliore, nelle sale di attesa e nelle stanze dell'emergenza, anche se è vero che giornate difficili possono capitare dappertutto. «È molto importante lavorare sull'accoglienza alla porta dell'ospedale per migliorarla», dice Gian Alfonso Cibinel, presidente della Società italiana di medicina d'urgenza (Simeu): «L'attività di steward e hostess serve soprattutto di giorno, quando vediamo arrivare tanti codici bianchi e verdi, cioè problemi poco gravi che per questo talvolta devono aspettare molto. Anche i filmati con una componente educativa sono molto utili». Per risolvere il problema del pronto soccorso in affanno, però, ci vuole al-

Il presidente della Società di medicina d'urgenza: «Tutto utile ma ci vuole ben altro»

tro. «Bisogna lavorare perché i reparti degli ospedali siano in grado di accogliere i nostri malati senza lunghi ritardi e rinforzare il territorio, che può servire ad evitare gli accessi al pronto soccorso dei casi meno gravi e a prevenire le ricadute di malati appena usciti dall'ospedale. Il sistema deve essere organizzato meglio. In certe Regioni ci sono troppi ospedali, tanta sanità privata accanto a un territorio troppo debole».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il ruolo di hostess & steward

Accolgono i pazienti e i loro accompagnatori spiegando come funziona il pronto soccorso

Fanno da tramite tra familiari e personale sanitario quando il parente è dentro le sale di emergenza

Quando le attese si allungano spiegano quali sono i motivi

Sostengono i parenti, cercano di stare vicino a chi è in pena

Alla dimissione dal pronto soccorso possono aiutare a prenotare prestazioni sanitarie

3 Video per i pazienti in sala di attesa con filmati educativi, informazioni sanitarie e generali



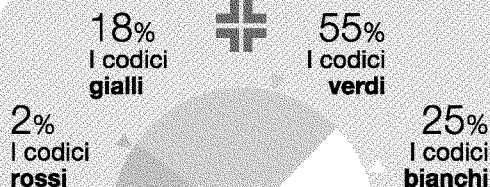
4 Connettività wifi per le persone che aspettano e per i loro parenti



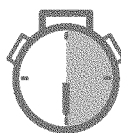
5 Supporto culturale e linguistico con mediatori che aiutano gli immigrati

Pronto soccorso

13,4 milioni
Gli accessi
ai pronto soccorso
italiani nel 2012
nel 2011 erano stati
14,4 milioni



2 milioni
I ricoveri
nei reparti
disposti
dal pronto
soccorso



6 ore
La durata dell'attesa
del ricovero in circa
un terzo dei casi
secondo il Tribunale
dei diritti del malato



75 mila
I pazienti trattati
in un anno
dal pronto soccorso
di un grande
policlinico



15 mila
I pazienti trattati
in un anno
dal pronto soccorso
di un piccolo
ospedale

LE ESPERIENZE DI PRONTO SOCCORSO "FRIENDLY"



1 Supporto personale
per dare informazioni
e accogliere pazienti
e parenti fatto
da infermieri dedicati,
hostess e steward
oppure volontari



2 Informazioni ai pazienti
su quante persone
sono in attesa
per ciascun codice
e i tempi medici.
In molti casi consultabili
su internet



740
I pronto soccorso
in Italia
di cui 425
di livello "base"
e 315 "complessi"



12 mila
I medici
che lavorano
nei pronto
soccorso
italiani



Il Patto governo-Regioni aumenta le uscite nel 2015-16 del 7% rispetto ai 109 miliardi attuali

Spesa sanitaria, in due anni il costo sale di 7,6 miliardi

Si punta a congelare la spending review di Cottarelli

La spesa sanitaria crescerà di 7,65 miliardi nel biennio 2015-2016, il 7% rispetto ai 109,9 miliardi di quest'anno. È quanto prevede il «Patto per la salute» tra governo e Regioni, che puntano a chiudere l'accordo entro metà marzo. Tra gli obiettivi anche quello di fermare i tavoli sulla spending review allestiti da Carlo Cottarelli per la spesa di asl e ospedali: «La vera spending la faremo con le Regioni - promette il ministro della Salute Lorenzin - ma qualsiasi risparmio resterà nel Servizio sanitario». Allo studio inoltre una misura per legare il pagamento dei ticket ai redditi effettivi degli italiani.

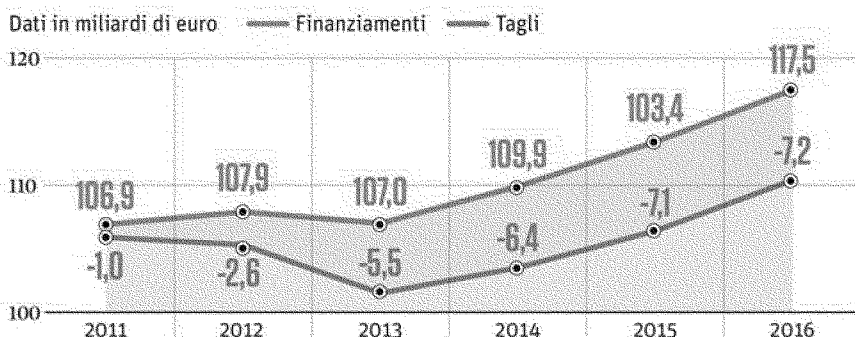
Spesa pubblica. Dopo l'aumento di 7,6 miliardi nel biennio 2014-15

Lorenzin: basta tagli o nella sanità «salta il banco»

«Basta altri tagli o nella sanità salta il banco». Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, conferma lo stop ai tavoli della spending review e nega che i fondi in crescita per 7,6 miliardi nel 2015-2016 siano un «aumento»: sono frutto del Def, delle leggi di bilancio e stabilità e dell'accordo politico di dicembre. **Roberto Turno** > pagina 2

FINANZIAMENTI E TAGLI

Il costo del sistema sanitario e le riduzioni alle sovvenzioni



Welfare

I COSTI DELL'ASSISTENZA SANITARIA

In stand by

«Abbiamo fatto a dicembre un accordo per cui di tagli alla sanità non se ne parla per tre anni»

Il metodo

Dobbiamo riqualificare la spesa, renderla efficiente, ridurre gli sprechi e reinvestire»

«Basta altri tagli alla sanità o salta il banco»

Lorenzin: negli anni passati pesanti riduzioni di budget - «In gioco la garanzia dei livelli essenziali di assistenza»

Roberto Turno

«Basta altri tagli o nella sanità salta il banco». E basta a «beceri giochi di potere». Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, conferma lo stop ai tavoli della spending review di Carlo Cottarelli sulla sanità e dà l'altolà a interventi sulla spesa di asl e ospedali che bypassino gli accordi del «Patto» con le regioni. I risparmi li deciderà il «Patto», tiene il punto, e tutti i risparmi resteranno in casa Ssn. «La sanità ha già "dato" con 25 miliardi di risparmi», aggiunge. E nega che i fondi in crescita per 7,6 miliardi nel 2015-2016 siano un «aumento»: sono frutto del Def, delle leggi di bilancio e stabilità e dell'accordo politico di dicembre, afferma il ministro. Con un allarme in più: nel Ssn la situazione «è esplosiva». A partire dal Sud. Per questo

servono iniezioni di investimenti. E di controlli.

Ministro Lorenzin, con le regioni per il «Patto sulla salute» avete concertato più fondi per 7,6 miliardi nel 2015-16. Sembra una mossa in controtendenza rispetto ai tagli promessi alla spesa pubblica.

Ma quale aumento. Il Patto è un accordo triennale che deve avere una cornice sicura di programmazione finanziaria. E i dati che indichiamo non sono inventati, ma la foto dell'esistente che emerge dal Def, dalle leggi di bilancio e di stabilità e dall'accordo politico di dicembre in cui s'è convenuto che la sanità aveva già fatto la sua parte con i tagli alla spesa. Dal 2010 sono stati tagliati 25 miliardi e i tagli più consistenti, dopo la spending di Monti, arriveranno nei prossimi tre anni e cre-

sceranno ancora. Oltre non si può andare, sarebbe insostenibile.

Ma il Fondo sanitario intanto crescerà.

Ripeto: non abbiamo aumentato il Fondo. Stiamo cercando di ri-

portare alla normalità una situazione insostenibile. È in gioco la garanzia dei livelli essenziali di assistenza, a partire dal Sud. Con investimenti fermi, infrastrutture congelate, blocco dei contratti e del turn over, in alcune regioni da quasi 10 anni.

Sta facendo un quadro drammatico.

È così: è una situazione esplosiva. Non è un caso se gli operatori non sono in grado di assicurare le prestazioni nei pronto soccorso. Faccio un esempio: con l'apertura delle "frontiere sanitarie", come possiamo pensare di intercettare i pazienti dall'estero? Senza ristrutturazioni e investimenti, la migrazione sanitaria non sarà più da una regione a un'altra, dal sud al nord in genere, ma dall'Italia verso l'estero. Mentre nel frattempo c'è una previsione di crescita formidabile di spesa, per dire, della farmaceutica. Pensi che tra un anno entrerà sul mercato un farmaco che eradica l'epatite C: costerà 3 miliardi l'anno. Questo è il quadro intorno a cui ragionare.

Con le regioni intanto avete deciso che i tavoli sulla spending di Cottarelli si fermino. Pensate a tutto voi...

Abbiamo detto che fintanto che non si fa il Patto, congeliamo

qualsiasi nuova ipotesi di tagli. Abbiamo presentato a Cottarelli tutte le nostre idee, tra l'altro. Dobbiamo fare anche la revisione dei Lea, che costa 900 milioni: ma non chiediamo nuovi fondi, li recupereremo da una migliore gestione dei ricoveri negli ospedali. Abbiamo idee ben chiare, sappiamo dove andare.

Non tutti credono che le regioni possano essere carnefici di sé stesse.

Le regioni non hanno scelta. Ho trovato persone molto responsabili, che stanno sul campo e conoscono i problemi. Dobbiamo riqualificare la spesa a tutto campo, renderla efficiente, ridurre gli sprechi e reinvestire. Altrimenti salta il banco, soprattutto al Sud.

Ma nel Governo sono tutti d'accordo con lei? Con Saccomanni, per esempio, si dice che venerdì a palazzo Chigi c'è stato un confronto non esattamente d'intesa.

Siamo persone educate. Ho ricordato che abbiamo fatto a dicembre un accordo politico per cui di tagli alla sanità non se ne parla per i prossimi tre anni. Oggi non è più possibile colpire con l'accetta.

E se le chiedono altri tagli?

Ancora non hanno chiesto niente. Diciamo che nel momento in cui codifichi il Patto, tracci una strada da cui poi tornare indietro è difficile. Siamo tutti responsabili, ognuno è pronto a fare la sua parte. E allora, avviamo finalmente una riforma seria e strutturale, diamo tutti insieme, Governo e regioni, risposte concrete e responsabili. Con i ministri dell'Economia e della Salute che vigileranno in modo più efficiente, sicuro e veloce, i parametri finanziari e quelli sanitari.

Facile a dirsi, meno a farcela davvero e dappertutto. Ma se arrivassero tagli da altre parti, cosa accade?

Con altri tagli non sarebbe possibile fare il «Patto». Serve certezza di budget, che ho chiesto fin dal mio insediamento a maggio. La certezza che ci hanno dato il Def, la legge di bilancio e quella di stabilità. Tutto il resto è solo gossip o becero gioco di potere. Qui si deve fare politica sanitaria, non giochi di potere.

Mi sembra preoccupata.

Dobbiamo giustamente fare tagli selettivi alla spesa pubblica improduttiva. La mia preoccupazione, non mi stancherò mai di ripeterlo, è che non si tocchi l'unico settore già iperscandagliato, iper-

controllato, ipervigilato.

Mai abbastanza però, a legere tante cronache locali e nazionali. Piuttosto, che farete dei risparmi che realizzerete? Resteranno tutti in casa Ssn?

I tagli lineari si fanno in cinque minuti. È già stato fatto, con i risultati che abbiamo visto. Oggi è tempo di risparmi frutto di riforme strutturali. Gli investimenti portano molto più dei tagli lineari.

A parole sembra facile. Ma qual è la vostra spending, sua e dei governatori?

Ricoveri appropriati, meno ospedale e più territorio che farà risparmiare, costi standard, la spesa per il cibo o le pulizie in ospedale. Le centrali uniche d'acquisto, l'e-health una volta che andrà a regime. Ma l'elenco è lunghissimo. La cassa è stata raschiata. Le riforme che vogliamo presuppongono che tutto sia verificato e scandagliato. E queste cose, o le facciamo in house, o restiamo allo stesso punto. Mentre il servizio crolla.

E quali risparmi promette a Saccomanni?

Io prometto di fare un lavoro molto serio. E saranno cifre importanti nei tempi giusti.

«La nostra spending? Ricoveri appropriati, meno ospedale e più territorio, costi standard»

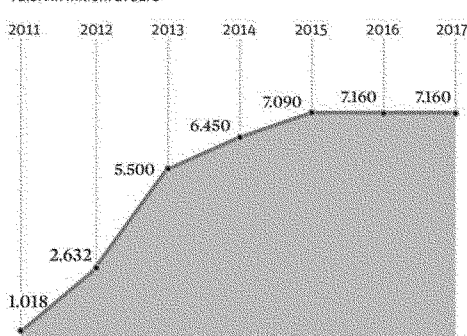


La spesa sanitaria crescerà

■ Un aumento di 7,65 miliardi nel biennio 2015-2016, il 7% rispetto ai 109,9 miliardi di quest'anno. Sul Sole 24 Ore di ieri, il «Patto per la salute» tra governo e Regioni, che si dovrebbe chiudere entro metà marzo. Tra gli obiettivi anche quello di fermare i tavoli sulla spending review allestiti da Carlo Cottarelli per la spesa di asl e ospedali

I tagli al finanziamento

Valori in milioni di euro



25 miliardi

I risparmi
Dal 2010 sono stati tagliati 25 miliardi e i tagli più consistenti, dopo la spending di Monti, arriveranno nei prossimi tre anni e cresceranno ancora

7,6 miliardi

I fondi in più
Per il biennio 2015-2016 sono stati assegnati al settore della sanità 7,6 miliardi in più. Per il ministro però non si tratta di un aumento ma sono frutto del Def, delle leggi di bilancio e stabilità e dell'accordo politico di dicembre



Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Il documento

Le 7 priorità per l'assistenza

Sono sette le direttive decise nell'atto aziendale dall'ospedale «Sant'Anna e San Sebastiano» per riconfigurare l'area assistenziale secondo misure di ottimizzazione. Ecco: il ricorso a formule assistenziali alternative (day hospital, day surgery) laddove possibile; il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri; lo sviluppo del

dipartimento di Oncologia; il potenziamento dell'area cardiologica e dell'emergenza; l'implementazione dell'area diagnostica avanzata nella rete neurologica dello Stroke; il potenziamento organizzativo e strutturale del «bleeding center» dell'area emergenze emorragiche gastro-intestinali e l'interazione con l'Asl.

Asl, in provincia meno radiologie Accorpati Marcianise e Maddaloni

La mappa

Il nuovo assetto dell'Azienda:
si punta su due poli sanitari
Da oggi l'esame a Santa Lucia

Le novità che riguardano gli altri ospedali casertani sono contenute nell'«atto aziendale» dell'Asl di Caserta, che da oggi la Regione comincerà a valutare per l'approvazione definitiva. Un documento che è una rigorosa applicazione delle indicazioni e dei parametri di governo e Regione, ma che traccia anche una direzione politica delle scelte: si punta su due poli ospedalieri, quello di Aversa e quello di Marcianise-Maddaloni. Restano in piedi gli ospedali di Santa Maria Capua Vetere, Sessa Aurunca, Piedimonte Matese, mentre a San Felice a Cancellorosso rimangono Riabilitazione e Lungodegenza e si aprirà il primo hospice pubblico della provincia di Caserta.

Dal documento di riassetto risultano penalizzati i servizi: in primis laboratori di analisi, radiologie, reparti di anestesia e rianimazione. Vengono infatti eliminate 2 Unità operative complesse (Uoc) di anestesia e rianimazione negli ospedali di Sessa Aurunca e Santa Maria Capua Vetere; aboliti 3 laboratori di analisi a Piedimonte, Sessa e Santa Maria e pure le 2 radiologie a Piedimonte e Sessa Aurunca, ne restano 3 dislocate a Santa Maria, Aversa e Marcianise-Maddaloni.

Altra criticità è rappresentata dall'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, a carico dell'Asl, che è riuscita ad assicurarla creando l'Uoc «Tutela della salute in carcere». Per rispettare il parametro di un'Unità complessa ogni 22 posti letto, l'azienda casertana ha «declassato» tutti i reparti di gastroenterologia e otorinolaringoiatria da



Il nuovo polo L'ospedale di Marcianise è accorpati a quello di Maddaloni



Aversa Il «Moscati» si conferma struttura di primaria importanza

”

Le novità

Il documento penalizza anche laboratori di analisi e reparti di anestesia e rianimazione

Unità complesse a Unità semplici, visto che non si avvicinano neppure allo standard di posti letto fissati. Un documento dunque che non tiene conto di fabbisogni sanitari, piuttosto di calcoli matematici.

Ecco cosa accade nei due principali ospedali provinciali.

Al «Moscati di Aversa resta il progetto di adeguamento a Dea di secondo livello (che significherà realizzare neurochirurgia e chirurgia vascolare). Si registra poi l'unificazione di radiologia e neuroradiologia e si recupera la precedente eliminazione della medicina d'urgenza dall'Unità complessa di pronto soccorso (decisa con il decreto regionale n. 49/2010 con cui si ridefinisce la rete ospedaliera e territoriale). Ora ritornano insieme sotto un'unica Unità complessa di pronto soccorso e osservazione breve intensiva.

I plessi di Marcianise e di Maddaloni diventano un unico ospedale, una sola entità, organizzata su due strutture. Saranno creati reparti unici, evitando i doppioni che ancora oggi ci sono. Del resto, già il piano regionale (che fa capo sempre al decreto n.49/2010) prevedeva la chiusura del presidio di Maddaloni. Nelle more del raggiungimento di questo obiettivo per ora accorpano servizi e funzioni. Un salto di mentalità notevole verso il concetto dell'ospedale di conurbazione, un sistema più razionale di gestione del sistema sanitario, vista anche la coperta finanziaria molto corta. A Marcianise-Maddaloni balzo in avanti per pneumologia, che da Unità semplice diventa complessa, mentre si conferma la retrocessione per otorino e gastroenterologia.

Così i due plessi si salvano anche dalla scure di un altro decreto, quello del ministero della Salute che prevede la chiusura degli ospedali sotto i 120 posti letto. Le due strutture casertane raggiungono insieme 220 posti complessivi. Ma, almeno per ora, in salvo sono anche Sessa Aurunca e Santa Maria, hanno assicurato i vertici aziendali, pur non rispettando questo parametro.

lo.iu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I problemi della sanità «Ospedali, presto la rete provinciale»

I consiglieri regionali: turn over e un nuovo modello di gestione

Lorenzo Iuliano

Reparti a rischio paralisi per il blocco del turn over all'ospedale «Sant'Anna e San Sebastiano» di Caserta. E poi troppi «declassamenti» di unità operative nel resto delle strutture provinciali previsti dall'atto di indirizzo dell'Asl.

L'sos lanciato dalla sanità casertana è raccolto dai consiglieri regionali. «Chiediamo con insistenza al governo lo sblocco del turn over, solo così il settore potrà tirare un sospiro di sollievo», dice il consigliere del Nuovo Psi Massimo Grimaldi, presidente della commissione Bilancio, che accusa: «Lo stop è una misura penalizzante prevista nell'ambito del piano di rientro dal deficit della sanità, ma ora la Regione ha ottemperato agli obblighi. Abbiamo azzerato il disavanzo e non è accettabile la melina del governo sull'ok al turn over». Grimaldi annuncia un timido passo avanti: «Abbiamo ottenuto lo sblocco solo per 200 unità, partiremo nei prossimi giorni, ma è una goccia nel mare. Come saranno ripartite queste risorse? Speriamo che non dovremo assistere a una guerra tra poveri, visto che in

Campania mancano ben 4mila figure professionali tra medici, infermieri, operatori e amministrativi».

Sotto accusa è l'attuale assetto organizzativo, tanto che lo stesso presidente del Consiglio regionale, Paolo Romano, annuncia cambiamenti: «Come Nuovo Centrodestra presenteremo a breve una proposta di legge per un nuovo assetto della rete ospedaliera». La Regione su questo punto ha già varato il decreto n. 49/2010, «ma l'obiettivo è un modello diverso, già sperimentato in alcune Asl della Lombardia», insiste Romano e spiega: «Puntiamo a creare l'azienda sanitaria di tutti gli ospedali attivi in ogni provincia, sottraendoli alla gestione dell'Asl, a cui resterebbero i servizi territoriali. Un'unione degli ospedali, che consentirebbe un interscambio efficace di personale e risorse. Caserta è una delle province dove partiremo con la sperimentazione».

La proposta
Contro
i disagi
gestione
unitaria
di tutti
i presidi
casertani

Una super-rete ospedaliera, appoggiata anche da Nicola Caputo, consigliere del Partito democratico: «È in discussione proprio una modifica della struttura delle Asl che va in questa direzione, molte

probabilmente inseriremo la sperimentazione già nel collegato alla Finanziaria regionale». Caputo rende noto anche l'indagine che sta conducendo la commissione Trasparenza: «Entro i prossimi dieci giorni concluderemo l'iniziativa - sottolinea - che ha lo scopo di capire perché, nonostante dal punto di vista finanziario ci siano le condizioni per uscire dal commissariamento della sanità, questo non accada ancora. Vogliamo verificare quali altri impegni non siano stati mantenuti da Caldoro, che ha fatto finora solo tagli lineari. Vogliamo capire prima che il dramma del blocco del turn over si trasformi in tragedia».

Sulle «retrocessioni» di molti reparti degli ospedali casertani, il direttore generale Paolo Menduni assicura: «Nell'atto aziendale dell'Asl di Caserta le strutture di laboratorio di analisi, radiologie, reparti di anestesia e rianimazio-

ne rimangono funzionanti e le attività potenziate. Tanto è vero che sono in fase di acquisizione due Tac di nuova generazione per il presidio ospedaliero di Sessa Aurunca e per quello di Santa Maria Capua Vetere». Il manager spiega: «Su espressa indicazione delle linee regionali, per quanto concerne la redazione degli Atti Aziendali delle singole Asl, è stato ridotto il numero dei Direttori di alcune specialità ospedaliere che non prevedono posti letto. Le stesse sono state riconvertite in Unità Semplici Dipartimentali che affidano comunque la responsabilità della gestione dei singoli servizi a professionisti esperti e preparati». E non nasconde il suo disappunto: «Il sottoscritto ha, più volte, espresso nelle sedi istituzionali il proprio dissenso rispetto a tale riduzione ma le decisioni sono state imposte dal tavolo di monitoraggio del Ministero e dalla Regione Campania», conclude.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La decisione Il presidente Caldoro conferma l'ingegnere a capo dei lavori fino al 2015

Ospedale del Mare, incarico prorogato a Verdoliva

NAPOLI - Un importante conferma per l'uomo che ha tirato fuori dal caos il progetto sanitario più importante per la Campania probabilmente dai tempi della costruzione del Cardarelli. L'ingegner **Ciro Verdoliva**, commissario ad acta per la realizzazione dell'Ospedale del Mare, ha incassato ieri la piena fiducia del presidente Caldoro, che ha prorogato il suo incarico sino al 31 gennaio 2015. I lavori della struttura, anche grazie al determinante supporto del Provveditorato alle Opere Pubbliche, procedono a gonfie vele. Una volta terminato il complesso ospiterà un edificio da 450 posti letto e un albergo da 50 camere. All'interno dell'Ospedale del Mare ci saranno circa 2.500 tra medici e infermieri (oltre all'indotto degli operatori non sanitari), 16 sale operatorie e un eliporto. Numeri importanti, ma che non possono meravigliare visto che nella struttura dovrebbero confluire quattro nosocomi



In cantiere

Il direttore generale dell'Asl Ernesto Esposito, il presidente della Regione Caldoro e l'ingegnere Verdoliva durante un sopralluogo all'Ospedale del Mare

del centro storico: Ascalesi, Loreto Mare, San Gennaro e Incurabili. E allo stesso modo non si può non ricordare che se oggi l'ospedale è ad un passo dall'essere operativo, gran parte del merito è del presidente Caldoro che più volte si è speso personalmente

per trovare le coperture finanziarie necessarie. Nei mesi che seguiranno, Verdoliva (in sostituzione dell'Asl Napoli 1 Centro) dovrà adottare tutti gli atti utili al completamento dei lavori. Insomma, di qui all'agosto del 2015 la missione è una sola: consentire l'immediata funzionalità della nuova azienda ospedaliera appena i lavori saranno terminati. Verdoliva ha anche conquistato sul campo una delega più ampia rispetto al passato, visto che con il nuovo decreto spetterà al commissario, sotto il coordinamento e la verifica del Rua dell'Apq «provvedere alla liquidazione della spesa e alla conseguente ordinazione dei pagamenti afferenti la realizzazione del Nuovo Ospedale della zona orientale di Napoli». Sembra chiaro, dunque, che Caldoro abbia voluto "premiare" i risultati conseguenti e l'impegno del commissario. Ma anche, ed è forse questa una delle caratteristiche che sta portando al completamento dell'opera, la sua capacità di creare un profondo affiatamento con lo staff della Regione.

Ra. Nes.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ischia

La spending review Manifestazione davanti a un luogo-simbolo: l'ex Palazzo della Maternità in pieno centro

Sanità, tagli ai servizi: la rabbia in piazza

Dal centro di salute mentale alla guardia medica di Forio c'è il rischio accorpamento

Ciro Cenatiempo

ISCHIA. Ancorain piazza. Dopo il movimento «No-Tares» a Casamicciola, l'isola si schiera contro i tagli nella Sanità. «Per la Salute, in difesa dei diritti costituzionali, e contro i professionisti della spending review le cui decisioni si traducono nella riduzione al buio di servizi essenziali. Scelte che, di fatto, sono antieconomiche». E, ancora, «contro la logica dell'accorpamento di prestazioni sanitarie che si trasforma in un incremento di disagi e costi per la gente dell'isola, che vive in un territorio complesso e frammentato». Infine, «a favore dell'ampliamento dell'ospedale Rizzoli di Lacco Ameno».

Quanti, ieri mattina, sostenuti anche dai delegati dell'Assoforense, rappresentati dal vicepresidente Francesco Cellammare, hanno utilizzato queste e altre considerazioni, e slogan per manifestare contro le ultime scelte dei dirigenti dell'Asl Napoli 2 Nord, hanno anche scelto un luogo simbolo per radunarsi: i marciapiedi di via Alfredo De Luca, antistanti l'ex Palazzo della Maternità, che ospita uffici e reparto Dialisi di Ischia, in pieno centro, a due passi da scuole e area-shopping. L'iniziativa, la seconda nel giro di qualche giorno, è stata organizzata dall'inedito coordinamento dei quattro partiti di sinistra attivi sul territorio, rappresentati da bandiere e leader: il Partito comunista italiano marxista-leninista, con Do-

menico Savio; Rifondazione Comunista, con Antonietta Manzi; il Partito comunista, con Nicola Lamonica e il Partito marxista-leninista italiano, con Gianni Vuoso. «Sigle - come spiega Gennaro Savio, uno dei portavoce - e schieramenti che in alcuni casi sono molto distanti tra loro ideologicamente, strategicamente e politicamente ma che ora stanno condividendo la battaglia contro l'accorpamento dei servizi, il ridimensionamento della assistenza di base e la scellerata privatizzazione della Sanità». Ma cosa sta accadendo? «Gli uffici dislocati sul territorio di medicina legale, il centro di Salute mentale, la struttura di Villa orizzonte per i pazienti psichiatrici e il presidio della guardia medica di Forio, secondo il disegno predisposto dai vertici dell'Asl Napoli 2 Nord - aggiungono i manifestanti in una nota, e sui volantini distribuiti durante la manifestazione - stanno per essere accorpati in un'unica sede alle spalle di piazza Bagni, a Casamicciola, nei locali dell'ex albergo termale Stefania, in un luogo inadatto per molti aspetti, a partire dagli scarsi collegamenti automobilistici pubblici.

Poi c'è la mancanza di un parcheggio e di spazi aperti per i degenti. L'intera zona è considerata ad alto rischio

Richieste
Gli isolani
«Disagi per tutti, va ampliato il Rizzoli di Lacco Ameno»

idrogeologico: qui, il 10 novembre 2009, dalla collina e cava Sinigallia che sovrastano l'abitato scese una colata di acqua, fango e detriti che, per una serie di circostanze tragiche, provocò la morte della studentessa 15enne Anna De Felice». Ma non è finita. Perché anche il vice sindaco del Comune di Forio, l'avvocato Gianni Matarese, nei giorni scorsi aveva sottoscritto un documento di contesta-

zione della deliberazione dell'Asl, che prevede la cancellazione della guardia medica in quella che è ormai da considerare una città di circa 19mila abitanti, ma agli antipodi geograficamente della realtà di Ischia Porto, evidenziando «l'insostenibile peso sociale delle soluzioni predisposte».

I motivi della contestazione vanno oltre, «perché l'accorpamento dei servizi - dice il coordinamento unitario dei partiti di sinistra dell'isola - comporta sempre una riduzione dell'occupazione. Inoltre la Sanità pubblica deve essere una priorità assoluta garantita dallo Stato e dalla Regione». In questa prospettiva chiedono «che il Comune di Casamicciola (guidato da un commissario prefettizio, ndr) non rilasci il cambio di destinazione urbanistica per l'ex albergo Stefania».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Farmaci, no all'uso improprio Il modello di Roccadaspide adottato anche in Piemonte

Simona Paolillo

L'ospedale di Roccadaspide dice no all'uso improprio dei farmaci antinfiammatori nel paziente cardiopatico. E lo fa grazie al progetto «CardioPain in Roccadaspide: l'isola che c'è». Un progetto pilota che è stato già ripreso dalla Regione Piemonte. È una delle rare occasioni in cui il Nord «copia» il Sud. Grazie a questo progetto, l'ospedale ha deciso infatti di sconsigliare esplicitamente l'uso di tali farmaci nei pazienti cardiopatici, nel momento in cui questi



L'obiettivo

Antinfiammatori vietati ai cardiopatici quando lasciano l'ospedale e tornano dal medico di famiglia

ultimi, lasciando l'ospedale, tornano in carico al medico di famiglia. Ciò al fine di scoraggiarne l'uso improprio alla luce delle controindicazioni per i pazienti con scompenso cardiaco moderato e grave, cardiopatia ischemica, patologie cerebrovascolari e arteriose periferiche riportate nella Nota dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

Il progetto, diretto dal dottor Raffaele Rotunno, primario del reparto di Cardiologia dell'ospedale di Roccadaspide ha ricevuto, tra i vari apprezzamenti, anche quello dell'Agenzia Italiana del Farmaco. CardioPain risponde proprio a

quanto stabilito da Aifa nella nota 66 che dall'agosto del 2012 ridimensiona ed in alcuni casi addirittura pone il divieto per l'uso degli antinfiammatori nel paziente affetto da malattie cardiovascolari, o che ha patologie che comportano rischi cardiovascolari. In quasi tutte le strutture sanitarie ed ospedaliere di Italia, la nota dell'Aifa è stata disattesa nella pratica comune esponendo a rischi i soggetti con malattia cardiovascolare.

«Per tale motivo nel progetto CardioPain vecchi e nuovi antinfiammatori come Fans e Coixib, vengono sconsigliati alla dimissione ospedaliera - spiega Rotunno - un messaggio forte dal cardiologo al medico di famiglia a garanzia della continuità delle cure ospedale-territorio». Il progetto prevede la compilazione di una particolare

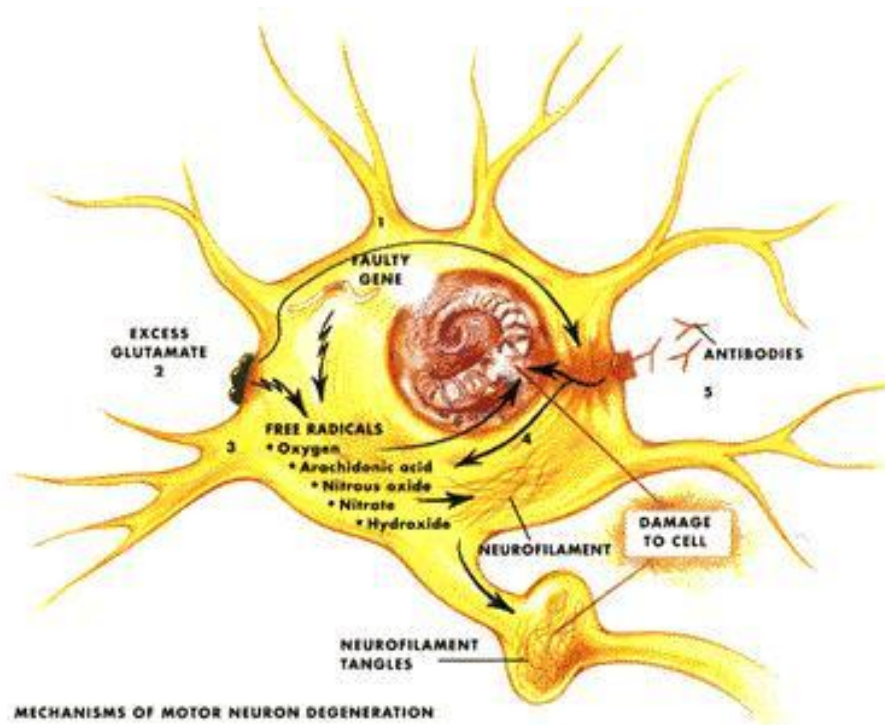
lettera di dimissione: ogni singola diagnosi di patologia cardiovascolare viene affiancata da una sorta di semaforo rosso che ricorda le limitazioni che quella specifica diagnosi comporta nell'uso dei farmaci antinfiammatori. Nella prima fase dello studio verranno verificati gli attuali livelli di consumo degli antinfiammatori Fans e Coxib nella popolazione di pazienti cardiopatici afferenti all'ospedale di Roccadaspide. Successivamente, dopo nove mesi di adozione del modello di dimissione descritto si misurerà la riduzione ottenuta nell'impiego di questi farmaci. «L'auspicio è di arrivare ad una limitazione delle prescrizioni di -50% nei cardiopatici e -30% nella popolazione generale», sottolinea il primario

del nosocomio di Roccadaspide. Il progetto ha ricevuto nell'ottobre scorso il plauso dell'Aifa e all'inizio di questo mese la Regione Piemonte ha aderito al progetto CardioPain con il riconoscimento dell'importanza nazionale dell'iniziativa. «L'Aifa ritiene la decisione dell'ospedale salernitano un meritevole esempio di quella collaborazione fittiva tra Medici prescrittori e autorità regolatoria da sempre auspicata dall'Agenzia, al fine di garantire un uso sempre più corretto e adeguato dei medicinali" è scritto nell'encomio che l'agenzia del farmaco fa all'ospedale di Roccadaspide.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



La ricerca

Cancro al seno, speranze da una nuova molecola

Patrizia Marino

Disponibile anche in Italia la «terapia a bersaglio molecolare» contro il cancro al seno in fase avanzata: è infatti ora disponibile anche in Italia un nuovo farmaco mirato per il trattamento di questo tipo di carcinoma mammario.

Il nuovo principio attivo (everolimus), rappresenta la prima terapia a bersaglio molecolare che, in combinazione con la terapia ormonale, si è dimostrata efficace per pazienti con questo tipo di tumore: si apre così una nuova strada che va oltre l'alternativa ormonoterapia-chemioterapia, aprendo nuove prospettive per migliaia di donne spesso giovani e professionalmente attive che combattono contro un tumore al seno avanzato.

Allo sviluppo della nuova molecola hanno contribuito in maniera determinante i Centri di eccellenza italiani, alcuni dei quali sono stati premiati ieri a Napoli con il «The Luminol Breast Practice Award», riconoscimento promosso dall'azienda farmaceutica Novartis e destinato ai giovani ricercatori e oncologi impegnati sul fronte del tumore al seno. Per l'occasione si sono ritrovati a discutere dell'importante scoperta scientifica, nell'hotel Royal-Continental, autorevoli esperti del settore: Michelino De Laurentiis, direttore dell'oncologia medica senologica dell'Istituto Pascale; Sabino De Placido, direttore dell'oncologia medica della Federico II; Filippo De Braud, direttore dell'oncolo-

gia dell'istituto tumori di Milano, e Paolo Ponzato direttore oncologia San Martino per la ricerca sul cancro.

La nuova molecola aggiunge un'ulteriore speranza per combattere e distruggere il cancro al seno. «L'everolimus per il trattamento del carcinoma mammario in fase avanzata - dichiara Sabino De Placido - permette di andare oltre il tradizionale binomio chemioterapia-ormonoterapia poiché è una terapia a bersaglio molecolare che ottiene due importanti risultati: da un lato rallenta la crescita del tumore e dall'altro ne indebolisce la resistenza alla terapia ormonale. In termini clinici questo si traduce nella possibilità di trattare in maniera più efficace, posticipando l'approccio chemioterapico ad una fase più avanzata della malattia».

I benefici clinici di everolimus sono stati dimostrati dallo studio Bolero-2, condotto in 189 Centri di 24 Paesi: «Lo studio dimostra che l'aggiunta di everolimus rallenta la malattia, con un significativo aumento della sopravvivenza libera da progressione, di fatto raddoppiata», afferma Paolo Ponzato, direttore Oncologia medica all'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova. Più di una speranza, insomma, per combattere una malattia che, proprio grazie alla ricerca, fa meno paura.