



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





Avviso a Pagamento

IL COMPARTO DELLA RIABILITAZIONE E SOCIOSANITARIO IN CAMPANIA RAGGIUNTO UN ACCORDO STORICO PER IL RILANCIO DELLA MACROAREA ASSISTENZIALE

1 LO STATO DI CRISI, LA VERTENZA ED I TAVOLI TEMATICI DI CONCERTAZIONE

Il Coordinamento delle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative della Campania, consapevole delle insostenibili criticità della Macroarea assistenziale, sin dal febbraio scorso ha proclamato lo Stato di crisi con relativa vertenza, definendo una piattaforma rivendicativa e richiedendo, nel contempo, la costituzione di specifici Tavoli Tematici di concertazione presso la Presidenza di Giunta Regionale.

La estenuante trattativa, avente come primo obiettivo l'eliminazione dell'ingente contenzioso in essere, ha visto unite e coese dieci Associazioni delle complessive tredici costitutesi al Tavolo ed ha registrato la sistematica disponibilità del Presidente Caldoro, nonché la fattiva collaborazione dell'intera Struttura Commissariale.

Stante la complessità della problematica tariffaria ed il lungo periodo interessato (2003-2014), il Coordinamento delle AdC ha individuato e proposto l'utilizzo dello STRUMENTO TRANSATTIVO, confluito nell'INTESA sottoscritta in data 29 aprile 2015.



2 IL DECRETO COMMISSARIALE AD ACTA REGIONE CAMPANIA N. 49/2015 SU TARIFFE, ARRETRATI E TETTI DI SPESA

Con Decreto Commissariale n. 49 del 27 maggio 2015 la Regione Campania ha

recepito la sopracitata Intesa inerente all'Accordo transattivo in tema di tariffe riabilitative e tetti di spesa. Con esso, in sintesi, si è disposto:

- ▼ la rideterminazione migliorativa delle tariffe anni 2003-2014, con esclusione dei paventati recuperi da parte della P.A.;
- ▼ la corresponsione di arretrati tariffari per il succitato periodo, oltre i limiti dei tetti annuali e con tempi di liquidazione certi e brevi;
- ▼ l'adozione di una nuova tariffa 2015, in incremento rispetto a quella vigente;
- ▼ la correzione e l'integrazione del tetto di spesa 2014, con conferma per il biennio 2015-2016.

3 LE RAGIONI DELL'ADESIONE ALL'ACCORDO DEI CENTRI EROGATORI CAMPANI PER LA STABILITA' DEL COMPARTO

I centri di riabilitazione ex art. 26 appartenenti alle Associazioni di Categoria dello scrivente Coordinamento, nel rappresentare i due terzi della piattaforma erogativa dell'intero Comparto campano, con la loro convinta adesione hanno dato efficacia all'Accordo con il raggiungimento del previsto

QUORUM.

PIU' DI NOVANTA STRUTTURE (su 143 complessive) HANNO DETTO SI perché:

- la ultradecennale situazione di contenzioso è stata definitivamente cancellata al fine di produrre stabilità all'intero sistema;
- la rideterminazione degli arretrati tariffari significa una iniezione di liquidità per i centri per complessivi 57 milioni di euro;
- la integrazione dei tetti di spesa a partire dal 2014 costituisce un primo, significativo e concreto segnale della programmazione regionale nella direzione di una progressiva rimodulazione della spesa in funzione del soddisfacimento dei reali fabbisogni assistenziali e di una piena garanzia dei LEA;
- l'adozione "ad inizio anno" di una nuova tariffa 2015 condivisa consente di completare un quadro di certezze a garanzia del presente e del futuro dei Centri erogatori;
- il raggiunto Accordo sulle problematiche tariffarie e sui tetti di spesa rende possibile l'immediata prosecuzione del Tavolo Regionale per la soluzione degli ulteriori due punti della piattaforma rivendicativa del Comparto, ossia dire l'istituto della compartecipazione alla spesa sociosanitaria ed il piano di riconversione dei posti letto/cura delle strutture riabilitative ex art. 26.



4 LE RISULTANZE DEL PROVVEDIMENTO REGIONALE PER GLI ASSISTITI, I LAVORATORI

Non si comprendono, pertanto, le ED I CENTRI ragioni delle reiterate proteste di RIABILITAZIONE alcuni Centri di riabilitazione registratesi in questi ultimi giorni in quanto, il Decreto Commissariale n. 49/15, adottato a seguito dell'Accordo siglato dal nostro Coordinamento,

GARANTISCE:

- il miglioramento della programmazione regionale in ordine al fabbisogno riabilitativo tale da assicurare adeguata continuità assistenziale ai cittadini;
- il mantenimento dei livelli occupazionali considerando i dipendenti e collaboratori il vero capitale sociale aziendale da tutelare e preservare al fine di rendere ai cittadini/utenti, attraverso la loro professionalità, prestazioni efficienti, di qualità ed adeguate alla domanda assistenziale;
- stabilità e certezze imprenditoriali ai Centri erogatori che possono, sulla base delle risoluzioni apportate e da apportare al sistema, programmare serenamente le proprie attività guardando in avanti con speranza e cauto ottimismo.

5



IN DEFINITIVA I DESCRITTI OBIETTIVI, RAGGIUNTI ATTRAVERSO I TAVOLI REGIONALI DI CONFRONTO E CONCERTAZIONE, SONO LA RISULTANTE DI UNA CORRETTA E SERIA ATTIVITA' PROPOSITIVA E NEGOZIALE DELLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA MAGGIORMENTE RAPPRESENTATIVE DEL COMPARTO CHE HA TROVATO COSTANTE RISCOSTRO NELLA DISPONIBILITA' E NELL'IMPEGNO DELLA PRESIDENZA REGIONALE E DEI SUOI UFFICI.



Realizzazione Grafica a cura di Sanità Senza Problemi srl

Le Associazioni di Categoria Campane maggiormente rappresentative
ANISAP - ANPRIC - ASPAT - CONFAP Sanità - CONFINDUSTRIA Sanità - FRAS



IL COMPARTO DELLA RIABILITAZIONE E SOCIOSANITARIO IN CAMPANIA RAGGIUNTO UN ACCORDO STORICO PER IL RILANCIO DELLA MACROAREA ASSISTENZIALE

1 LO STATO DI CRISI, LA VERTENZA ED I TAVOLI TEMATICI DI CONCERTAZIONE

Il Coordinamento delle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative della Campania, consapevole delle insostenibili criticità della Macroarea assistenziale, sin dal febbraio scorso ha proclamato lo Stato di crisi con relativa vertenza, definendo una piattaforma rivendicativa e richiedendo, nel contempo, la costituzione di specifici Tavoli Tematici di concertazione presso la Presidenza di Giunta Regionale.

La estenuante trattativa, avente come primo obiettivo l'eliminazione dell'ingente contenzioso in essere, ha visto unite e coese dieci Associazioni delle complessive tredici costituite al Tavolo ed ha registrato la sistematica disponibilità del Presidente Caldoro, nonché la fattiva collaborazione dell'intera Struttura Commissariale.

Stante la complessità della problematica tariffaria ed il lungo periodo interessato (2003-2014), il Coordinamento delle AdC ha individuato e proposto l'utilizzo dello STRUMENTO TRANSATTIVO, confluito nell'**INTESA sottoscritta in data 29 aprile 2015**.



2 IL DECRETO COMMISSARIALE AD ACTA REGIONE CAMPANIA N. 49/2015 SU TARIFFE, ARRETRATI E TETTI DI SPESA

Con Decreto Commissariale n. 49 del 27 maggio 2015 la Regione Campania ha

recepito la sopracitata Intesa inerente all'Accordo transattivo in tema di tariffe riabilitative e tetti di spesa. Con esso, in sintesi, si è disposto:

- ✓ la rideterminazione migliorativa delle **tariffe anni 2003-2014**, con esclusione dei paventati recuperi da parte della P.A.;
- ✓ la corresponsione di **arretrati tariffari** per il succitato periodo, oltre i limiti dei tetti annuali e con tempi di liquidazione certi e brevi;
- ✓ l'adozione di una **nuova tariffa 2015**, in incremento rispetto a quella vigente;
- ✓ la correzione e l'integrazione del **tetto di spesa 2014**, con **conferma per il biennio 2015-2016**.

3 LE RAGIONI DELL'ADESIONE ALL'ACCORDO DEI CENTRI EROGATORI CAMPANI PER LA STABILITA' DEL COMPARTO

I centri di riabilitazione ex art. 26 appartenenti alle Associazioni di Categoria dello scrivente Coordinamento, nel rappresentare i due terzi della piattaforma erogativa dell'intero Comparto campano, con la loro convinta adesione hanno dato efficacia all'Accordo con il raggiungimento del previsto

QUORUM.

PIU' DI NOVANTA STRUTTURE (su 143 complessive) **HANNO DETTO SI** perché:

- la **ultradecennale situazione di contenzioso** è stata definitivamente cancellata al fine di produrre stabilità all'intero sistema;
- la **rideterminazione degli arretrati tariffari** significa una iniezione di liquidità per i centri per complessivi 57 milioni di euro;
- la **integrazione dei tetti di spesa a partire dal 2014** costituisce un primo, significativo e concreto segnale della programmazione regionale nella direzione di una progressiva rimodulazione della spesa in funzione del soddisfacimento dei reali fabbisogni assistenziali e di una piena garanzia dei LEA;
- l'adozione "ad inizio anno" di una **nuova tariffa 2015** condivisa consente di completare un quadro di certezze a garanzia del presente e del futuro dei Centri erogatori;
- il raggiunto Accordo sulle problematiche tariffarie e sui tetti di spesa rende possibile l'immediata **prosecuzione del Tavolo Regionale** per la soluzione degli ulteriori due punti della piattaforma rivendicativa del Comparto, ossia dire l'istituto della compartecipazione alla spesa sociosanitaria ed il piano di riconversione dei posti letto/cura delle strutture riabilitative ex art. 26.



4 LE RISULTANZE DEL PROVVEDIMENTO REGIONALE PER GLI ASSISTITI, I LAVORATORI ED I CENTRI DI RIABILITAZIONE

Non si comprendono, pertanto, le ragioni delle reiterate proteste di alcuni Centri di riabilitazione registratesi in questi ultimi giorni in quanto, il **Decreto Commissariale n. 49/15**, adottato a seguito dell'Accordo siglato dal nostro Coordinamento,

GARANTISCE:

- il miglioramento della programmazione regionale in ordine al fabbisogno riabilitativo tale da assicurare adeguata **continuità assistenziale ai cittadini**;
- il **mantenimento dei livelli occupazionali** considerando i dipendenti e collaboratori il vero capitale sociale aziendale da tutelare e preservare al fine di rendere ai cittadini/utenti, attraverso la loro professionalità, prestazioni efficienti, di qualità ed adeguate alla domanda assistenziale;
- **stabilità e certezze imprenditoriali ai Centri erogatori** che possono, sulla base delle risoluzioni apportate e da apportare al sistema, programmare serenamente le proprie attività guardando in avanti con speranza e cauto ottimismo.



IN DEFINITIVA I DESCRITTI OBIETTIVI, RAGGIUNTI ATTRAVERSO I TAVOLI REGIONALI DI CONFRONTO E CONCERTAZIONE, SONO LA RISULTANTE DI UNA CORRETTA E SERIA ATTIVITA' PROPOSITIVA E NEGOZIALE DELLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA MAGGIORMENTE RAPPRESENTATIVE DEL COMPARTO CHE HA TROVATO COSTANTE RISCONTRO NELLA DISPONIBILITA' E NELL'IMPEGNO DELLA PRESIDENZA REGIONALE E DEI SUOI UFFICI.



Realizzazione Grafica a cura di Sanità Senza Problemi srl

Le Associazioni di Categoria Campane maggiormente rappresentative
ANISAP - ANPRIC - ASPAT - CONFAP Sanità - CONFINDUSTRIA Sanità - FRAS



6

SANITÀ Stabilite le nuove tariffe, per i centri sono in arrivo 60 milioni di euro di arretrati

Riabilitazione, c'è l'accordo sui tetti di spesa

NAPOLI. Nuove tariffe e restyling ai tetti di spesa per la Riabilitazione in Campania: la Regione, sul filo di lana prima della fine della legislatura, fa scattare il semaforo verde al decreto commissariale che, dopo il via libera dell'avvocatura dello Stato, recepisce e dà piena validità alla transazione sottoscritta alla fine dello scorso aprile dalle associazioni di categoria riunite in coordinamento. Una vittoria incassata da un fronte variegato rappresentato da sei sigle sindacali (Anisap, Anpric, Aspat, Confapi, Confindustria Sanità e Fras) che, in queste settimane, hanno raccolto la firma di oltre 90 centri, raggiungendo dunque il quorum fissato da Palazzo Santa Lucia per segnare la maggioranza delle 143 strutture di riabilitazione accreditate attive in Campania. Il decreto n. 49 del 2015, adottato il 27 maggio, reca la firma del governatore uscente Stefano Caldoro, in qualità di commissario ad acta per la sanità, dei componenti la struttura dirigenziale del dipartimento per la Salute di Palazzo Santa Lucia con il parere favorevole del sub commissario governativo Mario Morlacco la cui sigla è il calce al decreto.

ACCORDO STORICO. «Si tratta di un accordo storico per il rilancio dell'area assistenziale della riabilitazione e del sociosanitario in Campania - sottolinea Pierpaolo Polizzi, presidente Aspat e portavoce del coordinamento - un risultato raggiunto al termine di un percorso iniziato lo scorso febbraio quando insieme ad altri abbiamo dichiarato lo stato di crisi del comparto elaborando una articolata piattaforma di rivendicazioni di cui le tariffe e i tetti di spesa sono solo un tassello. In fieri sono in corso le trattative, con la controparte regionale, anche per sciogliere almeno altri due nodi: la conversione dei centri di riabilitazione in Rsa e la compartecipazione alla spesa per prestazioni sociosanitarie di cittadini e Comuni che vede questi ultimi inadempienti».

I CONTENUTI DELL'ACCORDO. In sintesi si tratta della rideterminazione migliorativa delle tariffe per gli anni che vanno dal

2003 al 2014 in uno alla corresponsione di arretrati tariffari per tale periodo, al di sopra dei tetti di spesa annuali e con tempi di liquidazione certi che garantiscono una iniezione di liquidità immediata. Il decreto mette inoltre una pietra tombale sulla tormentata vicenda giurisdizionale durata ben 12 anni su tetti di spesa e tariffe per il superamento di rimborsi penalizzanti bocciati a più riprese sia dal Tar sia dal Consiglio di Stato. Una transazione che supera anche i recenti e contestati decreti commissariali n.153 e 154 di dicembre 2014. In arrivo dunque la corresponsione degli arretrati tariffari per circa 60 milioni di euro a carico della Regione per il periodo 2003-2014 da erogare entro tre mesi dall'adozione del decreto in uno alla rideterminazione dei tetti di spesa 2014 con l'erogazione di ulteriori 5 milioni di euro a recupero dei tagli imposti dalla Regione sulla categoria in quell'anno e infine l'adozione di una nuova tariffa 2015.

CONGUAGLI. In pratica la Regione riconosce alle strutture i conguagli conseguenti alla rivalutazione delle tariffe, e dall'altra le Associazioni di categoria e i centri firmatari dell'intesa transattiva rinunciano al contenzioso e alle azioni giudiziarie pendenti, anche in tema di tetti di spesa e ad ogni altra pretesa. Per quanto riguarda il periodo a partire dal 2015 la Regione adotta le tariffe rivalutate, nel rispetto dei costi standard e delle disposizioni nazionali riguardanti l'aggravio degli oneri contributivi per il personale non dipendente quantificabile in una percentuale intorno al 2% rapportato alla quota di personale interessato e, orientativamente, nello 0,2% della tariffa.



7

La polemica Scontro tra le due fazioni che accorpano le varie sigle sindacali

Riabilitazione, guerra continua tra i centri

Dopo la protesta dei disabili gli «accreditati» si affrontano con pagine di pubblicità

Marisa La Penna

Si sono affrontate - alla vigilia del voto - a colpi di comunicati e di intere pagine di pubblicità acquistate sui quotidiani.

Due fazioni. Impegnate sul fronte della riabilitazione. Da un lato i centri accreditati - che si riconoscono nelle sigle sindacali Anispa, Apric, Aspat, Confapi, Confindustria Sanità e Fras - i quali hanno dichiarato di essere soddisfatti dell'accordo siglato in Regione. Dall'altro i centri, sempre accreditati (e che contano il maggior numero di dipendenti e assistiti), riuniti nelle sigle Anffas, Aias e Federlab i quali, a loro volta, hanno detto, a voce alta, che sul fronte della riabilitazione non è stato affatto raggiunto l'accordo.

Nel frattempo decine di migliaia di disabili attendono di conoscere il loro destino. In tanti, nei giorni scorsi, sono anche scesi in piazza per una manifestazione che ha raggiunto anche momenti di alta tensione. Ma andiamo per ordine. Pierpaolo Polizzi, presidente Aspat e portavoce del coordinamento dei "soddisfatti" in una nota diramata nei giorni scorsi ha parlato di «svolta epocale per la riabilitazione in Campania» riferendosi al decreto che prevede «nuove tariffe e restyling di spesa per la riabilitazione». Secondo le sigle sindacali rappresentate da Polizzi, si tratta, appunto, di un accordo «storico per il rilancio dell'area assistenziale della riabilitazione e del socio-sanitario in Campania».

«È un risultato - ha detto - raggiunto al termine di un percorso iniziato lo scorso febbraio quando abbiamo dichiarato lo stato di crisi del comparto elaborando un'articolata piattaforma di rivendicazioni di cui le tariffe e i tetti di spesa sono solo un tassello». Polizzi, quindi, ha precisato: «L'accordo siglato dalla Regione e dal coordinamento prevede la rideterminazione migliorativa delle tariffe per gli anni che vanno dal 2003 al 2014 in uno alla corresponsione di arretrati ta-

riffari per tale periodo, al di sopra dei tetti di spesa annuali e con tempi di liquidazione certi che garantiscono una iniezione di liquidità immediata. Il decreto, inoltre, pone una pietra tombale sulla vicenda giurisdizionale durata ben 12 anni su tetti di spesa e tariffe per il superamento di rimborsi penalizzanti bocciati a più riprese sia dal Tar sia dal Consiglio di Stato. Una transazione che supera i recenti e contestati decreti commissariali di dicembre 2014».

La replica, immediata, è arrivata qualche ora dopo con un comunicato a firma congiunta del presidente Anffas, Salvatore Parisi, del presidente Aias, Remo del Genio e del rappresentante Federlab, Mariano Mancino. «Apprendiamo, attraverso l'Ansa, dell'emanazione del decreto, da parte di alcune associazioni di categoria (tra cui sigle sindacali che rappresentano appena 1 o 2 strutture del settore riabilitazione), firmatarie dell'accordo. Il decreto è stato definito storico per il rilancio dell'area assistenziale della riabilitazione, prevede la corresponsione di arretrati per circa 60 milioni di euro e ulteriori 5 milioni di euro per recuperare i tagli imposti nel 2014, anche se ne servono almeno 14 per le prestazioni sanitarie già autorizzate ed erogate. Questo a poche ore dal voto regionale e, quindi, per ragioni di mero vantaggio elettorale, privilegiando gli interessi economici di poche imprese, e dichiarando un'inesistente urgenza. Il decreto è stato emanato senza indicare il numero dei centri di riabilitazione che hanno sottoscritto "l'accordo". E' questa una condizione essenziale per rendere "legale" e "valido" il decreto. Infatti, senza il necessario quorum di 90 strutture su 143, il decreto non ha alcuna validità». Infine, hanno concluso Parisi, Mancini e Del Genio: «Sull'accordo pesa inoltre il parere negativo dell'Avvocatura Distrettuale di Stato, che sulla questione ha invece richiesto approfondimenti, in quanto l'accordo lascia aperta l'intera vicenda giudiziale iniziata nel 2003, oltre al rischio di nuovi contenziosi». Insomma la polemica è ancora rovente e il post-elezioni forse risolverà la questione



La protesta

Nei giorni scorsi i disabili sono scesi in piazza per una marcia silenziosa



4

**SODDISFATTE ANISAP, ANPRIC, ASPAT, CONFAPI, CONFINDUSTRIA SANITÀ E FRAS
POLIZZI E MARINIELLO: SI TRATTA DI UNA SVOLTA EPOCALE PER L'ASSISTENZA**

Tariffe della riabilitazione, via libera al decreto regionale

DI **PIERO PIRAS**

NAPOLI. Nuove tariffe e restyling ai tetti di spesa per la Riabilitazione in Campania: la Regione, sul filo di lana prima della fine della legislatura, fa scattare il semaforo verde al decreto commissariale che, dopo il via libera dell'avvocatura dello Stato, recepisce e dà piena validità alla transazione sottoscritta alla fine dello scorso aprile dalle associazioni di categoria riunite in coordinamento.

UNA VITTORIA INCASSATA da un fronte variegato rappresentato da sci sigle sindacali (Anisap, Anpric, Aspat, Confapi, Confindustria Sanità e Fras) che, in queste settimane, hanno raccolto la firma di oltre 90 centri, raggiungendo dunque il quorum fissato da Palazzo Santa Lucia per segnare la maggioranza delle 143 strutture di riabilitazione accreditate attive in Campania. Il decreto n. 49 del 2015, adottato il 27 maggio, reca la firma del governatore uscente Caldoro, in qualità di commissario ad acta per la sanità, dei componenti la struttura dirigenziale del dipartimento per la Salute di Palazzo Santa Lucia con il parere favorevole del subcommissario governativo Mario Morlacco la cui sigla è il calce al decreto.

«**SI TRATTA DI UN ACCORDO** storico per il rilancio dell'area assistenziale della riabilitazione e del sociosanitario in Campania - sottolinea Pierpaolo Polizzi, pre-

sidente Aspat e portavoce del coordinamento - un risultato raggiunto al termine di un percorso iniziato lo scorso febbraio quando insieme ad altri abbiamo dichiarato lo stato di crisi del comparto elaborando una articolata piattaforma di rivendicazioni di cui le tariffe e i tetti di spesa sono solo un tassello. Sono in corso le trattative, con la controparte regionale, anche per sciogliere almeno altri due nodi: la conver-

sione dei centri di riabilitazione in Rsa e la compartecipazione alla spesa per prestazioni sociosanitarie di cittadini e Comuni che vede questi ultimi inadempienti».

I CONTENUTI DELL'ACCORDO. In sintesi si tratta della rideterminazione migliorativa delle tariffe per gli anni che vanno dal 2003 al 2014 in uno alla corresponsione di arretrati tariffari per tale periodo, al di sopra dei tetti di spesa annuali e con tempi di liquidazione certi che garantiscono una iniezione di liquidità immediata. Il decreto mette inoltre una pietra tombale sulla tormentata vicenda giurisdizionale durata ben 12 anni su tetti di spesa e tariffe per il superamento di rimborsi penalizzanti bocciati a più riprese sia dal Tar sia dal Consiglio di Stato. Una transazione che supera anche i recenti e contestati decreti commissariali n.153 e 154 di dicembre 2014. In arrivo dunque la corresponsione degli arretrati tariffari per circa 60 milioni di euro a carico della Regione per il periodo 2003-2014 da erogare entro tre mesi dall'adozione del decreto in uno alla rideterminazione dei tetti di spesa 2014 con l'erogazione di ulteriori 5 milioni di euro a recupero dei tagli imposti dalla

Regione sulla categoria in quell'anno e infine l'adozione di una nuova tariffa 2015.

IN PRATICA LA REGIONE riconosce alle strutture i conguagli conseguenti alla rivalutazione delle tariffe, e dall'altra le Associazioni di categoria e i centri firmatari dell'intesa transattiva rinunciano al contenzioso e alle azioni giudiziarie pendenti, anche in tema di tetti di spesa e ad ogni altra pretesa. Per quanto riguarda il periodo a partire dal 2015, la Regione adotta le tariffe rivalutate, nel rispetto dei costi standard e delle disposizioni nazionali riguardanti l'aggravio degli oneri contributivi per il personale non dipendente quantificabile in una percentuale intorno al 2% rapportato alla quota di personale interessato e, orientativamente, nello 0,2% della tariffa.

«**QUESTA TRANSAZIONE E** il successivo decreto - sottolinea Nando Mariniello presidente Anisap - rappresentano una vittoria del coordinamento delle associazioni di categoria e anche per la Regione e la struttura commissariale che guadagnano risparmi in termini di spese legali e moratorie. Gli unici sconfitti sono coloro che hanno sempre remato contro ogni ipotesi di accordo e che non si sono voluti sedere al tavolo delle trattative. Le proteste che si sono registrate in questi mesi sono le stesse che negli anni hanno impedito di con-



cludere una vertenza annosa adducendo motivi inconsistenti inseguendo ipotetiche migliori condizioni ma trascurando tutti gli aspetti positivi per cittadini, lavoratori e imprese. Ricompatteremo ulteriormente il fronte della riabilitazione in Campania per affrontare i complessi nodi ancora in piedi con la Regione».



1

ADESIONE DI 143 STRUTTURE

Riabilitazione, firmato il decreto che assegna 60 milioni ai centri

La Regione vara il decreto sulle nuove tariffe e tetti di spesa per la riabilitazione in Campania dopo il via libera dell'Avvocatura dello Stato. Recepta la transazione sottoscritta alla fine dello scorso aprile dalle associazioni di categoria riunite in coordinamento. Soddisfatte le sei sigle sindacali Anisap, Anpric, Aspat, Confapi, Confindustria Sanità e Fras (non hanno aderito Anffas Salerno, Federlab riabilitazione e Aias), che in queste settimane hanno raccolto la firma di oltre 90 centri, raggiungendo il quorum fissato da Palazzo Santa Lucia per segnare la maggioranza delle 143 strutture di riabilitazione accreditate attive in Campania.

L'accordo prevede una rideeterminazione migliorativa delle tariffe per gli anni che vanno dal 2003 al 2014 insieme alla corresponsione di arretrati tariffari per tale periodo, «al di sopra dei tetti di spesa annuali e con tempi di liquidazione certi che garantiscono una iniezione di liquidità immediata» scrivono le sei sigle. Il decreto mette inoltre una pietra tombale sulla tormentata vicenda giurisdizionale durata ben 12 anni su tetti di spesa e tariffe per il superamento di rimborsi penalizzanti bocciati a più riprese sia dal Tar sia dal Consiglio di Stato. In arrivo dunque la corresponsione degli arretrati tariffari per circa 60 milioni di euro a carico della Regione per il periodo 2003-2014 da erogare entro tre mesi dall'adozione del decreto insieme alla rideterminazione dei tetti di spesa 2014 con l'erogazione di ulteriori 5 milioni di euro a recupero dei tagli impo-

sti dalla Regione sulla categoria in quell'anno e infine l'adozione di una nuova tariffa 2015. «Si tratta di un accordo storico per il rilancio dell'area assistenziale della riabilitazione e del sociosanitario in Campania - sottolinea Pierpaolo Polizzi, presidente Aspat e portavoce del coordinamento - un risultato raggiunto al termine di un percorso iniziato lo scorso febbraio quando insieme ad altri abbiamo dichiarato lo stato di crisi del comparto elaborando una articolata piattaforma di rivendicazioni di cui le tariffe e i tetti di spesa sono solo un tassello».

«Si è finalmente posto fine ad una campagna diffamatoria e calunniosa ad opera di alcune sigle minoritarie che hanno fornito una cattiva informazione ai cittadini della regione Campania, mettendo addirittura in discussione la conclamata maggioranza dei centri firmatari dell'accordo - spiega Antonio Gambardella coordinatore regionale dell'Aspat - Stiano tranquilli i cittadini disabili della provincia di Salerno e dell'intera regione Campania. Non ci sarà alcuna chiusura delle strutture ed i Centri di riabilitazione non licenzieranno alcun operatore sanitario. Abbiamo rispetto per le nostre maestranze, che rappresentano la nostra vera forza aziendale che mai ci sogneremo di utilizzare e strumentalizzare allo scopo di ottenere dalle istituzioni degli accordi non sostenibili. Il Decreto mette in sicurezza l'intero comparto della riabilitazione annullando in un colpo solo più di un decennio di contenziosi».

©RIPRODUZIONE RISERVATA



Pierpaolo Polizzi (a sinistra) e Antonio Gambardella



IL FATTO**TARIFE DELLA RIABILITAZIONE, VIA LIBERA AL DECRETO REGIONALE**

Nuove tariffe e restyling ai tetti di spesa per la Riabilitazione in Campania: la Regione, sul filo di lana prima della fine della legislatura, fa scattare il semaforo verde al decreto commissariale che, dopo il via libera dell'avvocatura dello Stato, recepisce e dà piena validità alla transazione sottoscritta alla fine dello scorso aprile dalle associazioni di categoria riunite in coordinamento. Una vittoria incassata da un fronte variegato rappresentato da sei sigle sindacali (Anisap, Anpric, Aspat, Confapi, Confindustria Sanità e Fras) che, in queste settimane, hanno raccolto la firma di oltre 90 centri, raggiungendo dunque il quorum fissato da Palazzo Santa Lucia per segnare la maggioranza delle 143 strutture di riabilitazione accreditate attive in Campania. Il decreto n. 49 del 2015, adottato il 27 maggio, reca la firma del governatore uscente Stefano Caloro, in qualità di commissario ad acta per la sanità, dei componenti la struttura dirigenziale del dipartimento per la Salute di Palazzo Santa Lucia con il pa-

rere favorevole del sub commissario governativo Mario Morlacco la cui sigla è il calce al decreto. "Si tratta di un accordo storico per il rilancio dell'area assistenziale della riabilitazione e del sociosanitario in Campania - sottolinea Pierpaolo Polizzi, presidente Aspat e portavoce del coordinamento - un risultato raggiunto al termine di un percorso iniziato lo scorso febbraio quando insieme ad altri abbiamo dichiarato lo stato di crisi del comparto elaborando una articolata piattaforma di rivendicazioni di cui le tariffe e i tetti di spesa sono solo un tassello. In fieri sono in corso le trattative, con la controparte regionale, anche per sciogliere almeno altri due nodi: la conversione dei centri di riabilitazione in Rsa e la compartecipazione alla spesa per prestazioni sociosanitarie di cittadini e Comuni che vede questi ultimi inadempienti". I contenuti dell'accordo sono noti: in sintesi si tratta della rideterminazione migliorativa delle tariffe per gli anni che vanno dal 2003 al 2014 in uno alla corresponsione di arretrati tariffari per tale periodo, al di sopra dei tetti di spesa annuali e con tempi di liquidazione certi che garantiscono una iniezione di liquidità immediata.

La sanità

Manager e servizi assistenza al bivio

Maria Pirro

Nomina dei manager della sanità, apertura definitiva dell'Ospedale del Mare e quindi assistenza da riorganizzare, subito dopo l'estate, in almeno tre strutture nel centro storico di Napoli. Ecco, le prime scadenze che il neogovernatore troverà annotate in agenda, accanto ai conti a nove cifre del settore, ma non più in profondo rosso dopo le perdite nel 2009 calcolate in 773,8 milioni, nel 2010 in 496,2 milioni, nel 2011 portate a 245,5 milioni e nel 2012 ancora a 111,1 milioni. Nel 2013, per la prima volta, la Regione ha chiuso il bilancio della sanità in sostanziale pareggio, con una spesa corrente di 9,68 miliardi e, nel 2014, con un avanzo di 200 milioni. Il dato è importante per superare il piano di rientro dal deficit siglato il 13 marzo 2007: entro l'anno, è quanto annunciato dal ministro della salute **Beatrice Lorenzin**, la Campania potrebbe uscire dalla fase di commissariamento. Ciò significherebbe poter nominare di nuovo un assessore regionale chiamato a gestire senza più i paletti imposti dal governo che hanno avuto come effetto, tra l'altro, un'emorragia del

personale medico e infermieristico dovuta al blocco del turn-over. Ma la vera sfida nella sanità sarà rilanciare i servizi. Affrontando, ad esempio, la questione dei punti nascita al di sotto dei 550 parti all'anno giudicati non in linea con gli standard nazionali e internazionali. Miglioramenti nei livelli di assistenza sono stati registrati, secondo quanto certificato nell'ultimo resoconto ministeriale, ma restano numerose criticità in particolare nella prevenzione e nell'assistenza territoriale per anziani e disabili. Campo minato, la riabilitazione. A proposito della riorganizzazione delle strutture pubbliche, l'apertura dell'Ospedale del Mare è decisiva anche per colmare le carenze nella rete delle stroke unit in una regione in cui è alta la percentuale di pazienti colpiti da ictus e ischemia e nella bozza del nuovo piano ospedaliero è prevista inoltre una revisione più complessiva della rete di emergenza e urgenza. Liste d'attesa, ticket sulle prestazioni, cure primarie e barelle, migrazione sanitaria, con pazienti alla ricerca di cure fuori dalla Campania sono altri nodi indicati come priorità da affrontare dagli stessi candidati.

L'ANALISI

Il puzzle delle scelte «incompiute»

L'ANALISI

Le troppe «incompiute» della Sanità

di **Roberto Turno**

L'intesa sui tagli da 2,35 miliardi che ancora non c'è, è chissà per quanto tempo non ci sarà (e se e quando arriverà). Il Patto per la salute 2014-2016, che resta in attesa di una parte sostanziale dei tasselli indispensabili per dargli realmente forma e sostanza.

I nuovi livelli essenziali di assistenza (i Lea) che finora non hanno visto la luce. E la manovra per il 2016 che si avvicina a grandi passi, tra preoccupazioni di nuovi tagli e di un ridimensionamento in prospettiva della sanità pubblica. Con i ticket che saranno probabilmente rimodellati per reddito e gli ospedali che rischiano di perdere sempre più pezzi "storici": troppi reparti doppiati, primariati, piccole strutture. Mentre le cosiddette "cure h24" con la nuova medicina generale sul territorio che ancora non decolla. A mettere tutti insieme i pezzi del mosaico della sanità pubblica, non si finirebbe mai di aggiungere le incompiute. Al ministero della Salute giurano che - siano o meno in stand by le Regioni - il lavoro vanno avanti, eccome. E del resto non è (solo) questione di inerzia ministeriale. Fatto sta che il Ssn sta diventando un puzzle sempre più complesso, sempre meno "manovrabile". Proprio nell'urgenza della crisi e di un impoverimento degli italiani che viceversa richiederebbe più sicurezza nella tutela della salute

pubblica. Mai vecchi vizi non sono diventati - non dappertutto - pubbliche virtù. La spending review è rimasta o quasi lettera morta. Le Regioni in rosso profondo hanno solo in parte migliorato i conti, e del resto per loro aggiungere nuovi tagli a quelli vecchi è quasi un'impresa: vedi il fardello dei superticket e delle super addizionali, come il blocco del turnover che paralizza reparti e assistenza. Anche se non per questo si possono giustificare incresciose realtà, a cominciare dal Molise e dalla Calabria che scontano peccati e saccheggii decennali. Mentre, in tutto questo, le imprese pagano i ritardi di pagamento, i crediti che sono sempre elevati. E i cittadini che si sobbarcano tasse, ticket e attese. Con prestazioni al lumicino nelle "regioni canaglia". C'è tutto questo, e molto altro ancora, nella sanità pubblica. In attesa di un addio al federalismo e a un tocco di centralizzazione che non avrebbe guastato, anziché inseguire l'impazzimento della devolution e dei suoi derivati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'EDITORIALE
TRA TAGLI E RIFORME

Spendere meno per spendere meglio

di **Dino Pesole**

Un mostro tentacolare che drena risorse pubbliche e “restituisce” ai cittadini servizi spesso lontani dagli standard europei, oppure al contrario una “grande incompiuta” che tra riforme nate male (il nuovo Titolo V del 2001 targato centrosinistra) e realizzate solo in piccola parte (il federalismo fiscale voluto in primis dalla Lega nel 2009) attende ora di trovare una sua definitiva composizione?

Da decenni si prova, nel susseguirsi dei governi e delle diverse stagioni politiche, a ridefinire il raggio di azione delle Regioni, con il risultato che al momento, tra scandali e malversazioni, il distacco con i cittadini-elettori va ampliandosi, e stenta ad affermarsi la necessaria correlazione tra il potere impositivo accordato a questi colossi dell'amministrazione pubblica e la loro effettiva capacità di spesa.

Il paradosso dell'Italia – come ha osservato l'ex commissario alla spending review, Carlo Cottarelli – è che vi sono moltissime regole, «che dipendono dal fatto che nessuno si fida degli altri» e questo «genera sia regole tanto minuziose quanto inapplicabili, sia complessità delle strutture organizzative».

La burocrazia regionale non è da meno rispetto alla consorella. E così ci ritroviamo con 34mila centrali di acquisto della pubblica amministrazione.

Il problema è che, se si osserva la dinamica di spesa delle Regioni, i divari appaiono enormi.

Un vero, incisivo e strutturale percorso di revisione della spesa pubblica in Italia (un moloch che assorbe 827 miliardi di risorse, pari al 50,5% del Pil) non può che passare dunque attraverso un'attenta ridefinizione dei diversi centri di spesa, e la contestuale riallocazione e razionalizzazione sia delle spese di competenza delle amministrazioni centrali che di quelle in capo alle autonomie territoriali. I risparmi (non certo frutto dei vituperati tagli lineari) ne diverrebbero naturale corollario.

La spesa pubblica complessiva era pari a circa il 23,6% del Pil nel 1951. Nel 1993, l'anno successivo alla grave crisi finanziaria che causò la momentanea uscita dell'Italia dal sistema di cambi allora in vigore, e rese necessaria la maxi-manovra correttiva di 93mila miliardi delle vecchie lire, raggiunse il 56,6%, per scendere fino al 47,3% nel 2000 e poi risalire ancora fino al 51,2% nel 2010, più o meno lo stesso livello di oggi. Certo, magna pars di questa enorme massa di risorse pubbliche è rappresentata dalla spesa per interessi sul debito pubblico. Nel 1951 spendevamo appena l'1,2% del Pil. Nel 1993 si è toccato il picco del 12,7 per cento. Ora, grazie al calo dei tassi e alla discesa dello spread siamo al 4,2% del Pil. Se si guarda alla spesa corrente primaria al netto degli interessi, siamo al 42,8% (poco meno di 700 miliardi) ed è proprio in questo enorme segmento che la spending review dovrebbe dispiegare i suoi effetti.

Stando alle analisi condotte

da un attento conoscitore della spesa pubblica come Piero Giarda, ammonta ad almeno 80-100 miliardi la spesa «potenzialmente aggredibile». Risparmi da dirottare al taglio delle tasse al “recupero” dell'aggregato di spesa che maggiormente è stato sacrificato sull'altare del rigore: gli stanziamenti in conto capitale e per investimenti pubblici, che negli ultimi vent'anni del secolo scorso assorbivano circa il 5% del Pil, per contrarsi negli anni 2000-2010 attorno al 4% medio annuo, e scendere poi ulteriormente al 3,6% del 2015.

Le Regioni amministrano la sanità con il peso dei suoi 110 miliardi l'anno. Nel totale le amministrazioni locali gestivano nel 1951 il 18% della spesa complessiva, nel 1980 il 26,8% e nel 2008 il 31,6% del totale. Ma la questione non è tanto “quanto” si spende ma “come” si spende. Il costo medio regionalizzato della spesa per servizi pubblici è di 4.500 euro per abitante, e il picco è nelle Regioni meridionali con una spesa pro capite spesso superiore ai 5.000 euro. Stando a un recente studio di Confcommercio, il rapporto tra livelli di servizio in Lombardia e Calabria è di quasi 3 a 1.

In un contesto pur altamente sperequato al suo interno, spetta proprio alla spending review ritagliare spazi consistenti per provare

a ridurre una pressione fiscale che le statistiche ufficiali collocano al 43,5% del Pil. Un obiettivo effettivamente perseguibile? Come sempre è una questione di priorità. Il Documento di economia e finanza cifra – è vero – in almeno 10 miliardi la dote complessiva della spending review nel 2016, ma si tratta di risorse che – se effettivamente realizzate – sono già prenotate per disinnescare la mina della clausola di salvaguardia che altrimenti scatterà dal prossimo anno sotto forma di incrementi dell'Iva e delle accise. Obiettivo pienamente condivisibile. Il problema è che restano ben pochi margini per ridurre le tasse. Si può provare ad innalzare l'asticella dei tagli, ma con molti punti interrogativi poiché – come non manca di osservare lo stesso Cottarelli – intervenire sulla spesa pubblica è operazione prima di tutto (se non esclusivamente) politica, e dunque ha molto a che fare con la gestione del consenso e dunque con il responso delle urne, sempre dietro l'angolo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'umanoide dell'Istituto Italiano di Tecnologia alla sfida dei robot di Los Angeles

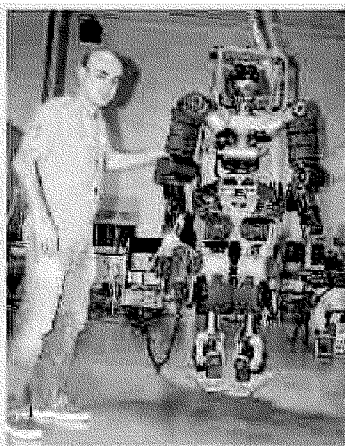
■ L'evento è la gara dei robot numero 1 al mondo, la «Darpa Robotic Challenge». E da ieri vede impegnato in California il team dell'Iit, l'Istituto Italiano di Tecnologia, guidato da Nikos Tsagarakis e composto da 24 tecnici: età media 35 anni, curano la meccanica, il software e l'elettronica dell'umanoide «Walk-Man». Sarà lui uno dei protagonisti della sfida, che è iniziata con le «prove libere» prima della finale, in programma il 5 e 6 giugno al Fairplex di Pomona, Los Angeles.

In gioco c'è la leadership tecnologica nella robotica. La prova si svolge in uno scenario ispirato all'in-

cidente nucleare di Fukushima e il team «made in Italy» si confronta con i gruppi provenienti da Usa, Giappone, Sud Corea e Germania (i cinesi si sono ritirati). Le prove per il robot - alto 1,85 per 120 Kg di peso - prevedono di guidare un veicolo, aprire una porta e camminare in un edificio, chiudere una valvola o aprire un buco nel muro, rimuovere alcuni ostacoli, spostarsi su un terreno sconnesso, salire una o più scale e un «test a sorpresa».

La competizione sarà in live streaming su www.theroboticschallenge.org e in diretta su [@WALKMAN#ITA @IITALK](https://twitter.com/WALKMAN#ITA).

L'uomo e il robot
Nikos Tsagarakis guida il team di «Walk-Man» ideato all'Iit di Genova



La lunga vita e i suoi segreti

VALERIA FRASCHETTI

Vivere a lungo, vivendo bene. È una delle sfide dei nostri tempi, la longevità. Ce la impone la demografia: dall'inizio del secolo scorso a oggi l'uomo ha guadagnato in media 40 anni di vita. Il Pianeta ha sempre più capelli bianchi e nel 2050 le persone sopra gli 80 anni saranno 379 milioni, cinque volte quelli del 2000. Riflettere quindi sulle complesse relazioni fra alimentazione, stili di vita e invecchiamento non è mai stato così urgente. E un'occasione per farlo la offre Italia Longeva, network dedicato alla promozione di una migliore qualità della vita nell'invecchiamento, che il 10 giugno con la Regione Marche organizza all'Expo di Milano (Auditorium del Padiglione Italia) il forum internazionale *Longevity is what we eat and...?*

I puntini di sospensione nel titolo dell'evento suggeriscono già qualcosa. La longevità è un elisir non brevettato. Il suo segreto è nel cibo, ma non solo. È anche nei geni, che influenzano per meno del 25% la possibilità di avere una lunga vita. «Ma il meccanismo biologico che sottende alla longevità resta in parte un mistero», ci dice Roberto Bernabei, presidente di Italia Longeva e direttore del dipartimento di Geriatria, Neuroscienze e Ortopedia all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. «Il fenomeno dell'avanzamento dell'aspettativa di vita nell'ultimo secolo è stato molto rapido e dietro a questa velocità la scienza annaspa, resta indietro». Un ritardarsi riflette anche nell'impiego di desueti paradigmi nelle cure degli anziani. «Sono portatori di molteplici patologie contemporaneamente», fa notare Bernabei, «ma la ricerca clinica continua a impiegare la logica della monopatologia, gli anziani continuano a prendere una pillola per ogni malattia».

Eppure le abitudini di vita dei popoli più longevi al mondo offrono preziose indicazioni per invecchiare in salute. Chi le ha studiate a lungo è il divulgatore Dan Buettner, che sarà presente al forum per raccontare i risultati della sua ricerca sulle Zone Blu del mondo: aree caratte-

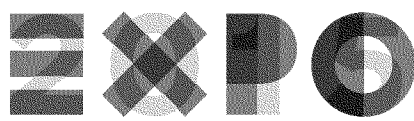
zzate dalla presenza di un elevato numero di ultracentenari, come l'isola greca di Icaria, dove gli abitanti hanno una probabilità di vivere oltre i 90 anni tre volte superiore al resto del mondo occidentale. O come la cittadina californiana di Loma Linda, popolata da una comunità di cristiani avventisti, tendenzialmente vegetariana, che conduce uno stile di vita privo di abitudini malsane come alcool e fumo.

Cos' hanno in comune gli arzilli anziani delle Zone Blu? «Anzitutto l'attività fisica quotidiana e un'alimentazione ricca di cereali, frutta e verdure», prosegue Bernabei. «L'adozione di un regime alimentare bilanciato, come per esempio la dieta mediterranea, è associata a una minore incidenza di patologie neoplastiche e cardiovascolari». Il presidente di Italia Longeva ricorda che la dieta di un anziano deve contemplare «l'assunzione di proteine per combattere anche la sarcopenia, la diminuzione della massa muscolare». Sindrome comune nell'invecchiamento che viene rallentata anche con l'esercizio fisico. Che non significa per forza jogging o palestra, ma neanche passeggiare fra i negozi. Gli ultracentenari delle Zone Blu, ad esempio, vivono in luoghi scoscesi e sono impegnati spesso in lavori manuali nell'agricoltura. Se un orto allunga la vita, quindi, allo stesso risultato contribuiscono fattori forse meno noti. La famiglia, la presenza di uno scopo nella vita, persino la religione. Non a caso le popolazioni del-

le Zone Blu sono caratterizzate da autocoscienza, ricerca del senso della vita, sentimento di appartenenza a una comunità. Come quello presente sull'isola giapponese di Okinawa, dove vive un milione di abitanti (di cui 900 centenari), che hanno formato le "moais", reti di cinque persone che si aiutano fra loro nella vita di tutti i giorni.

Con una popolazione sempre più canuta, costruire una società che sia più a misura di anziano è un imperativo che richiede risposte concrete. «Da una parte bisogna guardare agli anziani come al nostro petrolio: ormai il 90 per cento della popolazione fino ai 75 anni può e deve essere vista come una risorsa da utilizzare nel sistema produttivo», sostiene Bernabei. «Allo stesso tempo bisogna ridisegnare i sistemi sanitari e favorire la techno-assistenza». Una prospettiva attraente anche per aziende, istituzioni, università. Che da alcuni è già stata fatta propria. «In Italia esistono interessanti realtà aziendali che offrono soluzioni tecnologiche per favorire una buona qualità della vita degli anziani», prosegue il professore. «Il nostro Paese nel 2020 avrà quattro milioni di ultratrentenni: può diventare un laboratorio naturale in questo ambito, da cui poi esportare approcci e prodotti nel mondo». Sarebbe un'opportunità anche contro la crisi economica, ammesso che la politica colga la sfida di trasformare un Paese di vecchi in un Paese per vecchi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LE ITALIE

Viviamo sempre di più. Dall'inizio del Novecento abbiamo guadagnato quarant'anni. Ma le ragioni di questo fatto restano

in buona parte da decifrare. Un convegno esplora i legami fra esistenza superiore alla media, alimentazione e i nostri comportamenti quotidiani



IN AGENDA ALL'EXPO

DEGUSTAZIONI SUL LAGO

Promozione e degustazioni di prodotti regionali: *Taste it the Marche region food* nell'ambito di Love'it Real Italian Food.

Lake Arena, fino all'11 giugno (ore 18-22)

GIUGNO, È GIÀ CARNEVALE

Domani il Carnevale di Fano, simbolo delle Marche, colora Expo: la storica manifestazione (600 anni) anima il Cardo e il Decumano con una spettacolare coreografia.

**Cardo e Decumano
3 giugno (ore 17)**

ECCELLENTI TESTIMONIAL

"Storie di uomini, donne ed imprese che hanno fatto l'eccellenza delle Marche": incontro con testimonial Expo della regione.

Auditorium Palazzo Italia, 7 giugno (ore 18)

SAPORI IN CASCINA

Promozione dei prodotti tipici locali e dell'offerta turistica di San Benedetto del Tronto e della Riviera delle Palme.

**Cascina Triulza,
dal 9 al 15 giugno**

CENT'ANNI SENZA SOLITUDINE

Accanto, un'anziana abitante dell'isola giapponese di Okinawa; in alto, un ultranovantenne di Loma Linda, in California: Okinawa e Loma Linda sono due delle Zone Blu del mondo, aree ad alta concentrazione di centenari. Sopra, Montegiorgio di Fermo, paese marchigiano oggetto di studi sulla longevità. Il senso di appartenenza a una comunità, insieme ad altri fattori, aiuta a vivere meglio e più a lungo

L'EVENTO

Fra i 14 temi "Paese" trattati dalle regioni italiane nel corso di Expo 2015, alle Marche non poteva che essere affidato quello della longevità, che costituisce il motivo conduttore della sua presenza ad Expo. L'impegno delle Marche, di divulgazione delle "best practice" per una vita lunga e in buona salute, culmina il 10 Giugno, all'Auditorium Palazzo Italia (ore

10,30) con il forum internazionale *Longevity is what we eat, and...?* ideato e curato da Roberto Bernabei e con la partecipazione straordinaria di Dan Buettner, giornalista di National Geographic e testimonial come Terence Hill, Yuri Chechi, Sidney Rome che portano il loro contributo personale sulla longevità. www.expo2015.marche.it

Il primato della regione promotrice del convegno

Marche, terra di longevi ha il record italiano

VALENTINA FERLAZZO

Si allena tutti i giorni in palestra, va all'università e aggiorna il suo profilo Facebook. Non è la descrizione della giornata tipo un ventenne, ma di Giuseppe Ottaviani un ex atleta pluripremiato che lo scorso 20 maggio ha compiuto 99 anni. Tommaso Palestini di anni ne ha 83, è un lupo di mare con alle spalle avventure da far invidia ai protagonisti de *L'isola del tesoro* di Robert Louis Stevenson e ancora oggi racconta quei giorni con un entusiasmo contagioso.

Sono tre piccole storie, ma aiutano a capire perché le Marche si prendono la briga di promuovere un convegno sulla longevità. Perché è la regione italiana che ha la speranza di vita più alta e negli ultimi vent'anni ha visto crescere il numero di ultracentenari da 99 a 507.

In questa regione non c'è alcun magico gene che consente di raggiungere in salute questi ragguardevoli traguardi (studi rilevano che i fattori genetici incidono solo per il 20-25 per cento). A favorire la formula dell'elisir di lunga vita c'è un condensato di buone pratiche quotidiane e l'alimentazione gioca un ruolo da protagonista. Come dimostrano le trentennali ricerche di Ancel Keys sulla località di Montegiorgio di Fermo. Il biologo statunitense è stato il primo a dimostrare per la prima volta come l'alimentazione dei popoli mediterranei sia la più salutare e l'unica in grado di ridurre il rischio di mortalità correlata a patologie metaboliche. E forse non è un caso che proprio da questo paesino marchigiano arrivi un'altra storia legata alla tavola: il ristoratore Oscar Conti, nonostante i suoi 91 anni, è ancora pieno di energia e continua ad accogliere tutti i giorni i

clienti nel suo locale. Il modello alimentare semplice e all'apparenza povero racchiude, invece, un vero e proprio tesoro di eccellenti qualità nutrizionali. I prodotti della piramide alimentare marchigiana sono gli stessi del passato. Alla base troviamo cereali (fonti di carboidrati e fibre) e legumi con abbondanti quantità di verdure, ortaggi, spezie e frutta; inoltre sono presenti anche olio d'oliva e vino rosso quest'ultimo consumato in maniera regolare ma moderata.

**Al Padiglione Italia
una mostra con quindici
maxischermi compone
i cortometraggi di giovani
autori che raccontano
le tipicità del territorio**

Il segreto per vivere bene e a lungo non è legato solo alle consuetudini dietetiche, ma anche al contatto con la natura, all'attività fisica e alle particolari condizioni sociali che esaltano la famiglia e la convivialità. Come racconta la mostra *Prospettiva di vita* (in programma fino all'11 giugno all'interno del Padiglione Italia) curata dallo scenografo Giancarlo Basili, dal sociologo Aldo Bonomi e dal professor Roberto Bernabei. Su quindici maxischermi touchscreen scorrono i cortometraggi realizzati da giovani filmmaker che descrivono i prodotti tipici del territorio, la qualità del paesaggio, la coesione sociale e lo stile di vita.

La collaborazione con Italia Longeva permette ai visitatori di questo stesso spazio di effettuare un rapido check up medico gratuito per scoprire se si è destinati a vivere a lungo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

379

I milioni di persone nel Pianeta nel 2050 che avranno più di 80 anni, cinque volte quelli del 2000

2020

Fra 5 anni l'Italia avrà quattro milioni di ultraottantenni, una risorsa che può essere utilizzata nella società



15mila

Sono i centenari nel nostro Paese. Gli over 65 sono oltre il 21 per cento

2098

È l'anno che rappresenta il traguardo di vita media previsto per una femmina che nasce oggi. Un maschio può arrivare al 2093

87

Gli anni di aspettativa di vita più alta del mondo per le donne. Al Giappone il primo posto, seguono Spagna, Svizzera e Singapore

3

Gli anni in più di vita media di una persona che vive a Milano rispetto a una che vive a Napoli

**Bernabei di Italia
Longeva dice:
«Bisogna guardare
agli anziani come
una risorsa,
potrebbero essere
il nostro "petrolio"»**

**Mangiare molti
cereali e proteine
e fare sport tutti
i giorni sono
i fattori comuni
fra le persone che
vivono nelle Zone Blu**

DERMATOLOGI A CONFRONTO

Psoriasi, gli obesi
rischiano di più

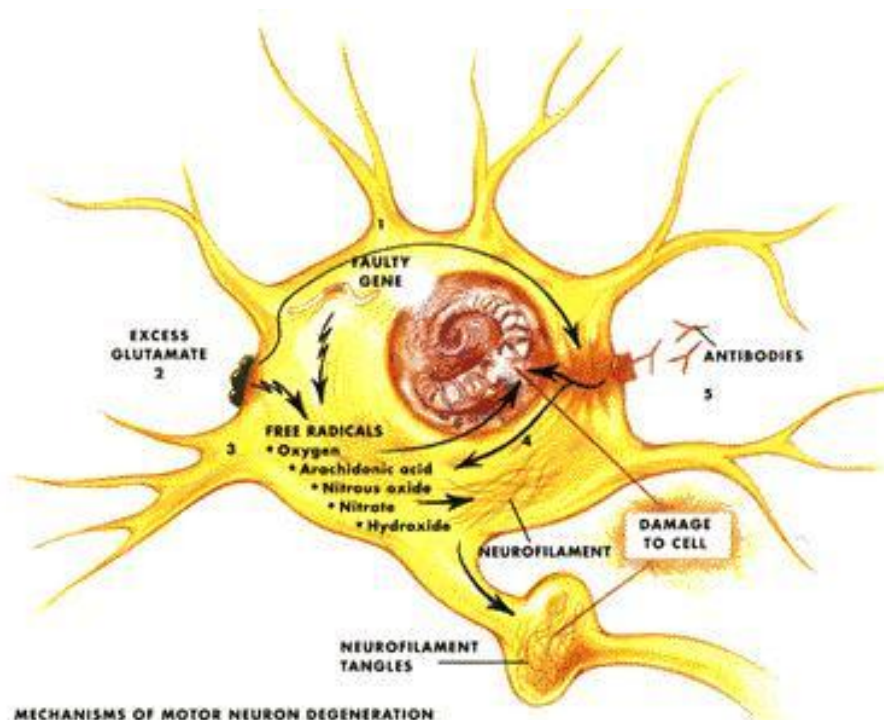
Cura con la dieta

NAPOLI. La psoriasi, malattia della pelle che colpisce il 3% degli italiani, ha uno stretto legame con l'obesità. Le forme moderate o gravi, che superano il 10% della superficie cutanea, hanno infatti maggiore associazione con diabete, con ipertensione, con aumento del colesterolo, soprattutto cattivo, e con obesità. Dell'argomento si è parlato all'ottava edizione del Congresso Biological therapies in medicine, che si è aperto a Ischia, presieduto dal Amato de Paulis, docente di medicina interna del Dipartimento di scienze mediche traslazionali di Napoli e membro del direttivo della Società italiana di allergologia, asma ed immunologia clinica (Siaaic). Un appuntamento centrato su diversi temi: farmaci biologici, intolleranze alimentari nello sport, celiachia e doping. «La causa della psoriasi non è la presenza di stress o di depressione - dice Fabio Ayala, docente di dermatologia dell'Università di Napoli Federico II - ma ci possono essere episodi traumatici che potrebbero determinarla, come un lutto importante o un incidente grave». Per quanto riguarda il legame con l'obesità «la Campania - continua Ayala - è al primo posto tra le regioni italiane per sovrappeso e obesità, anche infantile». Quindi non soltanto intervenire sulla psoriasi, ma anche sulla perdita di peso.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



MECHANISMS OF MOTOR NEURON DEGENERATION

Dai protoni nuova speranza contro il cancro

LA SCIENZA PER TUTTI

a cura di Michele Sanvitale

La ricerca di cui ci interessiamo oggi ha dei risvolti per alcuni versi romanzeschi che raccontano di quanto possa essere forte l'amore dei genitori, che mettono a rischio la propria libertà scommettendo sulla salute del proprio figlio pur di non rassegnarsi né arrendersi contro il male che ha colpito proprio quest'ultimo. L'avventura di Ashya King, un bambino inglese a cui era stato diagnosticato un tumore al cervello, parte dall'Inghilterra, dove al piccolo fu diagnosticato un cancro al cervello. In seguito ad un intervento chirurgico eseguito presso un ospedale di Southampton, i medici suggeriscono la chemioterapia come trattamento postoperatorio. I genitori di Ashya, che nel frattempo si erano informati, propenderebbero, invece, per la protonterapia, una nuova terapia che colpisce selettivamente il tumore, riuscendo così a utilizzare meno farmaco e a ridurre gli effetti collaterali della chemioterapia. Purtroppo, però, in Inghilterra questa terapia non era disponibile per cui i due trasferiscono il bambino in una struttura spagnola, dove vengono rintracciati ed arrestati. Sbrogliata la matassa giuridica, essendo i due so-

spettati di non voler sottoporre il figlio a determinate terapie solo perché Testimoni di Geova, esponendolo quindi a rischi letali, i King riescono a trasferire il piccolo paziente a Praga, dove decidono di sottoporlo a questa nuova tecnica. Pochi giorni fa l'epilogo nelle parole della mamma: «Nostro figlio è guarito. È un miracolo. Le ultime analisi mostrano che non ci sono più segni del tumore al cervello di cui soffriva».

Vediamo dunque come funziona questa terapia che ha permesso l'avverarsi di questo "miracolo".

Per la protonterapia si adopera una strumentazione in grado di convogliare molto selettivamente protoni verso un obiettivo anche molto piccolo, che nella fattispecie è rappresentato da un tessuto neoplastico.

Il trattamento può essere praticato senza controindicazioni da tutti coloro che possono sopportare la radioterapia, con particolari indicazioni in cui la radioterapia tradizionale espone ad elevati livelli di tossicità; maggiormente esso può essere suggerito in caso di neoplasie localizzate in prossimità di organi vitali, per evitare che questi siano investiti inutilmente da radiazioni. Attualmente si ritiene che il suo utilizzo potrà riguardare prevalentemente i tumori infantili e determinate neoplasie dell'adulto, come quelle che interessano il sistema nervoso centrale.

I vantaggi di questo metodo nelle parole del dottor Maurizio Amichetti, direttore dell'Unità Operativa di Protonterapia dell'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Trento, che spiega anche perché essa è particolarmente indicata nel caso dei bambini: «Il fascio di protoni risparmia il più possibile le zone circostanti alla lesione tumorale, viene diretto con una tale precisione da permettere - a parità di dose erogata - minore tossicità o, a parità di tossicità attesa, una radiazione a dosi più elevate, garantendo un maggior controllo della malattia. Poter irradiare meno i tessuti malati è molto importante nel caso dei bambini, dove gli effetti collaterali possono essere molto severi per la giovane età del paziente, il cui organismo è più vulnerabile perché ancora in via di sviluppo, e il trattamento avere delle conseguenze di lungo periodo sul suo sviluppo fisico e cognitivo».

mi_sa@jnwind.it

L'ANNUNCIO AL CONGRESSO DELLA SOCIETÀ AMERICANA DI ONCOLOGIA CLINICA. IL DOTTOR PAOLO ASCIERTO: «TASSI DI RISPOSTA DALL'ASSOCIAZIONE DI DUE FARMACI»

Melanoma, un passo avanti per combattere il tumore

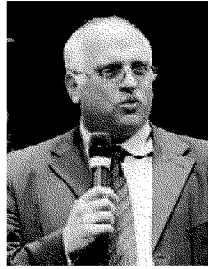
CHICAGO. Il melanoma è il tumore che, nel mondo, ha registrato il maggior incremento negli ultimi 60 anni ed è la terza neoplasia più frequente in Italia facendo registrare nel 2014 quasi 11mila nuovi casi: oggi è possibile trattarlo con una nuova terapia basata sul mix di due molecole e capace di rendere questo tumore della pelle, il più aggressivo, una malattia cronica con cui il paziente può convivere per tutta la vita.

Una sfida difficile, soprattutto per una patologia che, nella fase metastatica, fa registrare alti tassi di mortalità, ma possibile grazie ai nuovi trattamenti di immuno-oncologia che puntano a "riarmare" il sistema immunitario per combattere il tumore. Un passo avanti notevole, annunciato al Congresso della Società americana di oncologia clinica (Asco) a Chicago. L'immuno-oncologia è la nuova arma a disposizione dell'oncologo per il trattamento dei

tumori, che si affianca alle terapie tradizionali: chirurgia, radioterapia e chemioterapia. In questo caso, l'efficacia della combinazione dei due farmaci, basati sui principi attivi ipilimumab e nivolumab, è dimostrata dallo studio Checkmate-067, presentato oggi all'Asco.

«Con l'associazione di queste due armi si raggiunge fino al 55% di risposta, rispetto ad esempio al 40% ottenuto con la monoterapia con nivolumab - spiega Paolo Ascierto (nella foto), direttore dell'Unità di Oncologia Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative dell'Istituto Nazionale tumori Fondazione Pascale di Napoli e presidente della Fondazione Melanoma - l'impatto di questi dati è decisivo, infatti sono stati presentati oggi in sessione plenaria all'Asco».

Ciò anche in considerazione dei



numeri in crescita della malattia, la cui incidenza è da anni in costante ascesa sia negli uomini (+3,6%/anno) che nelle donne (+3,7%/anno). I più recenti dati Istat (2011) indicano in 1.807 i decessi nel nostro Paese (1054 fra gli uomini e 753 fra le donne). I dati ottenuti con il regime di combinazione nivolumab e ipilimumab nel melanoma avanzato «sono senza precedenti e mostrano risultati di efficacia mai osservati prima con farmaci immuno-oncologici - rileva Ascierto - con l'associazione abbiamo registrato tassi di risposta molto più alti e duraturi nel tempo, oltre a una significativa riduzione del volume tumorale, rispetto sia alla monoterapia con ipilimumab che a quella con nivolumab. Le risposte osservate nello studio CheckMate -067 dimostrano il potenziale di questo regime nei

pazienti con melanoma metastatico». Si tratta di dati, sottolinea lo specialista, che «rafforzano le nostre convinzioni che le future terapie consistano nella combinazione di più farmaci immuno-oncologici, in grado di modulare il sistema immunitario per offrire ai pazienti con tumore opzioni di maggiore efficacia». I dati dello studio CheckMate-067 confermano i risultati dei primi test su pazienti con melanoma nel Regno Unito, Usa, Israele e Francia, pubblicati recentemente sul New England Journal of Medicine. I ricercatori hanno osservato 142 pazienti: 72 sono stati trattati con la combinazione nivolumab e ipilimumab, mentre agli altri sono stati somministrati altri farmaci e placebo. Nel 61% di quelli trattati con il regime di associazione il tumore è regredito nei successivi 12 mesi. E questo approccio, conclude Ascierto, «potrà essere applicato anche in altri diversi tipi di tumore».

Ridurre il colesterolo LDL sotto i 70mg/dl evita nuovi infarti

È l'inizio di una nuova era nella terapia dopo l'infarto

Un tweet per il cuore: #ABBATTOILCOLESTEROLO. LDL, più basso è meglio è

DI STEFANO SERMONTI

Perché aumentano i decessi ad un anno dall'evento cardiovascolare? Come migliorare la comunicazione medico-paziente? Come favorire l'aderenza terapeutica? A questi e a molti altri interrogativi sono stati al centro di una conferenza stampa a Roma, dove con l'aiuto degli esperti si è fatto il punto della terapia al colesterolo LDL nei pazienti con sindrome coronarica acuta alla luce dei risultati dello studio IMPROVE-IT che sono stati presentati per la prima volta nel Novembre del 2014 durante il Congresso dell'American Heart Association. Secondo gli ultimi dati diminuiscono le morti in ospedale ma aumentano quelle ad un anno dalla dimissione, perchè spesso i pazienti

interrompono le terapie anche a causa degli effetti collaterali. «Una volta dimesso dall'Ospedale, con la prescrizione terapeutica e qualche raccomandazione su come cambiare gli stili di vita - spiega Michele Massimo Gulizia, Presidente Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO e Direttore Struttura Complessa di Cardiologia, Ospedale Garibaldi-Nesima di Catania - il paziente a casa si trova da solo e spesso non riesce a restare ben aderente agli obiettivi di salute e di stile di vita raccomandati, non allontanando quindi adeguatamente i fattori di rischio che sono stati causa dell'infarto o, ancor peggio, non seguendo correttamente la terapia assegnata. Oggi sappiamo quale strada percorrere; abbiamo appreso cioè con

ragionevole certezza che alla correzione degli stili di vita e all'aderenza alla terapia dobbiamo affiancare strumenti farmacologici in grado di abbattere la soglia di LDL. Possiamo affermare con certezza che non solo dobbiamo abbassare la soglia del colesterolo LDL, ma addirittura dobbiamo abbatterla sotto il limite di sicurezza di 70 mg/dL. Proprio questa strategia, grazie all'utilizzo di Ezetimibe in associazione a Simvastatina, nello studio IMPROVE-IT ha ridotto del 13% gli infarti miocardici acuti, del 21% gli ictus cerebrali e del 6,4% gli eventi cardiovascolari in genere. E' un beneficio di gran lunga più ampio di quello che si può ottenere con qualsiasi altra strategia e senza avere quegli effetti indesiderati che si avrebbero con l'utilizzo di statine ad alti dosaggi».

L'ultima frontiera della tecnologia: un super esame che in gravidanza permette diagnosi e interventi sul feto

Ecografia in 5D salva vita



LA PREVENZIONE

La sonda si sposta e si avvicina al cervello. La testa, virtualmente, viene separata dal corpo. Un clic e diventa una serie di sezioni verticali da analizzare, studiare nelle diverse angolazioni, approfondire per escludere la presenza di una possibile anomalia. Un clic e il cuore "esce" dal corpo per essere sezionato, allargato, ristretto e valutato. Cuore e cervello, come altri organi, sono di un bimbo nel grembo materno: è un'ecografia 5d. Il futuro è oggi.

L'UNIONE

Le nuove frontiere della tecnologia permettono all'immagine della risonanza magnetica e a quella dell'ecografia, virtualmente, di sovrapporsi: così da poter effettuare un superesame che racchiuda in sé il "ritratto" dell'eco con la ricostruzione effettuata dalla risonanza. Una nuova integrazione delle informazioni sia nel campo della patologia ginecologica

sia in quella ostetrica.

Esami che, insieme alle ecografie 3 e 4D, possono ormai permettere di rilevare, nei mesi della gravidanza, oltre al battito cardiaco, il riempirsi e svuotarsi dello stomaco e della vescica del bambino, le eventuali anomalie ormai anche da affrontare in utero. Come la spina bifida o l'ernia diaframmatica. «In questo caso si utilizzano dei cateteri che si infilano nella trachea del feto per ridurre le complicanze respiratorie dovute alla presenza dell'ernia e al conseguente schiacciamento dei polmoni - spiega Giuseppe Rizzo presidente della Società italiana di ecografia ostetrica e ginecologica che ha gui-

**«SI PUÒ OPERARE
LA SPINA BIFIDA
O FAR MATURARE
BENE I POLMONI»**

Giuseppe Rizzo
Società ecografia ostetrica
e ginecologica

dato con Domenico Arduini direttore del Dipartimento di Ginecologia ed Ostetricia dell'università Tor Vergata di Roma-S. Famiglia, un congresso di specialisti con oltre cento relatori e 1200 partecipanti appena concluso - Un palloncino nella trachea permette al bambino di far maturare e crescere i polmoni regolarmente fino al momento della nascita. Esistono altri interventi che addirittura espongono il feto a cielo aperto rendendo possibile oggi la correzione di alcuni difetti che potrebbero essere fortemente invalidanti come la correzione del meningocele». Una forma di spina bifida, una malformazione congenita causata da un'imperfezione nello sviluppo del midollo spinale e della colonna vertebrale.

L'ecografia 5D, dunque, oltre a permettere diagnosi di possibili patologie (dal sistema nervoso centrale alla colonna vertebrale) mette in evidenza anche eventuali malformazioni dei lineamenti (il labbro leporino) le espressioni del volto (dal singhiozzo allo sbadiglio) e movimenti degli arti.

SPECIALIZZAZIONE

«Gli aggiornamenti sono tanti e importanti - è il professor Arduini a parlare - ma va sempre tenuto presente che persiste un margine fisiologico di errore. Oggi riusciamo a far nascere bambini che in passato non sarebbero mai nati ma questo non vuol dire che si può tutto. A questo punto è importante che la coppia sappia che l'ecografia è ormai un esame entrato nella routine ma che l'evoluzione dello strumento oggi vuole uno specialista fortemente dedicato per l'esecuzione e la lettura. Sia nel caso di seguire una gravidanza sia in presenza di un tumore dell'endometrio e dell'ovaio. Ad esempio studiare l'architettura dei vasi sanguigni alorché assai confusa, dimostra una vascolarizzazione caotica espressione di una crescita impetuosa che non segue uno schema logico e può nascondere una formazione che potrebbe essere anche tumorale».

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA