



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Caos sanità Sono gli utenti dei 19 centri riabilitativi e sociosanitari afferenti all'Aspat

I pazienti presentano 1.500 istanze all'Asl

Per la continuità terapeutica dopo i tagli imposti dalla Regione

di Marta Naddei

Fondi tagliati ai centri di riabilitazione? Ora tocca all'Asl garantire la prosecuzione delle cure ai pazienti. Questa mattina saranno ben 1.500 le istanze di continuità terapeutica, prodotte pazienti ospiti delle 19 strutture riabilitative e sociosanitarie accreditate che fanno capo all'Aspat, che saranno protocollate presso gli uffici dell'Asl di via Nizza. Si tratta della diretta conseguenza dei decreti disposti dal subcommissario alla sanità campana, Mario **Morlacco**, che ha sforbiato qua e là i fondi per le macroaree della riabilitazione e della salute mentale, tranciando di netto dai bilanci delle strutture diversi milioni di euro e a cui ha dato applicazione il direttore generale dell'Asl Salerno, Antonio **Squillante**, con la delibera 829 dello scorso 29 ottobre. Coloro che chiedono la garanzia della continuità assistenziale sono pazienti che, grandi e piccini, sono affetti da gravissime malattie disabilitanti, senza considerare poi disabili e anziani che non sono nemmeno autosufficienti. I centri privati accreditati, alla

Le cause e gli effetti

I decreti del subcommissario Morlacco hanno eliminato milioni di euro. I centri hanno già sfiorato i budget e non hanno più la forza economica Gambardella (Aspat): «Che Squillante sia spronato Regione miope»



Le 1.500 istanze pronte per essere consegnate

luce del sottofinanziamento da parte della Regione, hanno già terminato il proprio budget e non sono più in grado di garantire la dovuta e completa assistenza ai disabili presi in carico nelle varie strutture. Queste ultime, lo scorso mese, si sono praticamente ritrovate costrette a firmare i contratti con i fondi considerevolmente tagliati, pena la perdita dell'accreditamento. Duro il commento del coordinatore regionale dell'Aspat, Antonio **Gambardella**, che consegnerà all'ufficio protocollo le 1.500 istanze dei pazienti: «Avevamo preannunciato che il budget mes-

so a disposizione dalla Regione era del tutto insufficiente - spiega - Le istanze potranno essere un'ulteriore sprone ed una valida motivazione per il nostro manager affinché si rechi in Regione e reclami le risorse economiche necessarie per la nostra Asl». Allo stato è in piedi un tavolo tra i vertici aziendali e i rappresentanti delle associazioni di categoria, ma - afferma ancora Gambardella - «nutro poche speranze di riuscire a trovare delle risorse economiche in così poco tempo. Le strutture sono in forte difficoltà per colpa della miope politica di tagli della Regione».

MERCOLEDÌ 4 DICEMBRE 2013

Riabilitazione, l'Aspat chiede il conto all'Asl

Inviata dai pazienti 1500 istanze per continuare le terapie

Salerno. Sanità privata accreditata, inviate oltre 1500 istanze all'Asl da parte dei pazienti per conoscere il futuro del proprio percorso riabilitativo. L'Aspat Campania, presieduta da Antonio Gambardella, ha presentato all'azienda sanitaria locale di Salerno il conto per mantenere in piedi i servizi all'utenza: otto milioni di euro. L'appello al manager dell'Asl di sollecitare la Regione Campania al reperimento delle somme necessarie per continuare le terapie. Attualmente con il direttore generale di via Nizza, Antonio Squillante, è in corso un tavolo tecnico con le associazioni di categoria per cercare di reperire le risorse necessarie per garantire le prestazioni fino al 31 dicembre di quest'anno. «Da subito l'Aspat ha evidenziato con note ed istanze», ha detto Gambardella, «al



L'Asl presidiata dai lavoratori

direttore Squillante che il fabbisogno economico per soddisfare gli utenti della provincia di Salerno è quantificabile in otto milioni di euro ed ha invitato il direttore generale incolpevole delle scelte della struttura commissariale, a sollecitare lo stesso subcommissario al fine di trovare delle risorse che permettano il regolare svolgimento dei piani terapeutici». La necessità è anche quella di garantire la permanenza dei pazienti in residenzialità presso le strutture accreditate. «L'Asl in ottemperanza ai decreti ha assegnato un budget insufficiente a garantire le prestazioni fino alla fine dell'anno», l'allarme di Antonio Gambardella.

Luca Marrazzo

AZIENDE SANITARIE LOCALI

**Al Centro-Sud
c'è la maggiore
inattività**

Aziende sanitarie territoriali

Aziende sanitarie territoriali	Area geografica	Attivo da giorni	Nessun tweet da giorni	Follower	Following	Numero di tweet	Follower 2012/2013	Tweet 2012/2013	Follower/ following 2012	Follower/ following 2013
Asl 1	Nord Est	1.422	0	2.017	430	1.322	1.062	537	4,21	4,69
Asl 2	Nord Est	1.241	0	790	37	680	379	311	11,74	21,35
Asl 3	Nord Est	573	1	150	0	211	97	136	-	0,00
Asl 4	Nord Est	693	2	366	10	405	219	261	24,50	36,60
Asl 5	Nord Est	523	0	143	20	186	100	160	3,91	7,15
Asl 6	Nord Est	417	0	340	95	814	279	697	1,91	3,58
Asl 7	Nord Est	54	0	45	10	25	nd	nd	nd	0,40
Asl 1	Nord Ovest	1.203	0	299	183	864	264	768	-	1,63
Asl 2	Nord Ovest	345	0	91	16	253	nd	nd	nd	5,68
Asl 3	Nord Ovest	237	0	48	35	91	nd	nd	nd	1,37
Asl 1	Centro	625	2	35	3	92	14	59	21,00	11,67
Asl 2	Centro	664	5	63	0	252	33	133	-	0,00
Asl 3	Centro	1.197	96	401	36	268	137	33	6,44	11,14
Asl 4	Centro	76	5	135	220	82	nd	nd	nd	0,61
Asl 5	Centro	573	6	192	10	163	133	113	6,56	19,20
Asl 1	Sud	932	2	233	26	906	124	349	4,19	8,96
Asl 2	Sud	1.304	2	300	0	958	141	346	-	0,00
Asl 3	Sud	408	1	48	75	107	38	106	1,50	0,70

NB: Dati raccolti con rilevazione del 24 giugno 2012 e 19 giugno 2013; nd = dati non disponibili, account mancante alla data di rilevazione

Tra le Asl che hanno attivato Twitter, secondo la rilevazione del Marketing sociale di Bologna, solo il 44% lo utilizza in modo corrente, con un flusso di tweet regolare, mentre c'è anche un'Asl (al Centro Italia) che pur essendo tra le prime ad aver attivato Twitter (attivo infatti da 1.197 giorni) erano ben 96 giorni (oltre tre mesi), al momento della rilevazione, che non aveva inviato alcun messaggio. E in linea di massima sono proprio le aziende del Centro quelle più "pigre", seppure con ritardi comunque più contenuti che vanno da un'assenza di 2 al massimo di 6 giorni di tweet.

Al contrario, come rileva l'analisi, le più attive sono tutte al Nord, dove solo due Asl hanno ritardi di uno e due giorni nell'invio dei messaggi, mentre tutte le altre li inviano in modo costante.

Per quanto riguarda l'attivazione di

Twitter, l'Asl dove è presente da più tempo è ancora una volta al Nord (1.422 giorni, quasi quattro anni), seguita da un'Asl del Sud con 1.304 giorni e solo due giorni di inattività al momento della rilevazione.

Quelle invece che hanno Twitter in funzione da meno tempo sono un'Asl del Nord Est (da 54 giorni), dove comunque l'invio è regolare e una del Centro (da 76 giorni) che però da 5 giorni non aveva inviato tweet al momento della rilevazione.

Infine i follower: ad averne in assoluto di più è l'Asl del Nord che per prima ha attivato Twitter (1.062) che è anche quella ad aver inviato il maggior numero di tweet (1.322), mentre chi ne ha di meno è un'Asl del Centro (14) con Twitter attivo da circa due anni e 92 tweet inviati.

STUDIO OCSE SUI TEMPI D'ATTESA IN 11 PAESI

Ecco chi riesce a tagliare le code in sanità

I tempi di attesa mediani (medi) per interventi di chirurgia elettiva nei Paesi Ocse (n. giorni)

	Protesi d'anca	Protesi al ginocchio	Cataratta	Isterectomia	Prostatectomia	Colecistectomia	Ernia	Bypass coronarico	Angioplastica coronarica
Pazienti trattati - Tempo d'attesa dall'inserimento in lista all'operazione									
Australia	108	173	90	49	47	54	57	17	-
Canada	89	107	49	-	-	-	-	7	-
Finlandia	113 (127)	136 (149)	111 (114)	81 (94)	49 (68)	69 (90)	76 (96)	43 (58)	23 (34)
Olanda	(46)	(44)	(33)	(35)	(32)	(35)	(36)	(27)	(16)
Nuova Zelanda	90 (104)	96 (112)	84 (94)	98 (109)	63 (86)	62 (86)	57 (82)	28 (37)	51 (66)
Portogallo	87 (128)	195 (206)	49 (66)	57 (86)	62 (101)	80 (134)	82 (120)	2 (24)	-
Spagna	(127)	-	(89)	-	(91)	(89)	(87)	-	-
Uk-Inghilterra	82 (90)	87 (97)	59 (66)	62 (70)	31 (41)	70 (81)	60 (71)	53 (63)	35 (40)
Uk-Scozia	75 (90)	80 (94)	62 (70)	48 (53)	51 (55)	61 (77)	63 (82)	35 (47)	29 (33)
Pazienti trattati - Tempo d'attesa dalla visita presso il medico di famiglia all'operazione									
Danimarca	39 (51)	46 (59)	70 (99)	35 (49)	36 (56)	38 (46)	45 (56)	13 (19)	-
Paziente in lista - Tempi d'attesa sulla lista in un giorno particolare									
Irlanda	103 (130)	119 (153)	118 (144)	96 (131)	81 (127)	93 (132)	98 (128)	77 (102)	54 (78)
Nuova Zelanda	60 (78)	65 (84)	51 (63)	65 (73)	51 (66)	58 (75)	54 (69)	46 (60)	38 (51)
Portogallo	137 (191)	164 (201)	67 (100)	67 (98)	110 (189)	117 (178)	95 (147)	88 (114)	-
Spagna	(93)	-	(71)	-	(74)	(74)	(71)	-	-
Svezia	43	45	40	-	-	-	-	25	-
Slovenia	340 (354)	495 (512)	58 (63)	-	-	90 (122)	90 (132)	-	240 (275)

Una maggiore spesa, target di ottimizzazione obbligatori, incentivi alla produttività. È questo il mix di ricette e iniziative politiche che ha permesso ad alcuni Paesi come Regno Unito, Finlandia e Paesi Bassi di ridurre progressivamente i tempi d'attesa in sanità. Un problema, quello delle code infinite, che attanaglia la vita dei pazienti di quasi tutti i Paesi Ocse, con una parziale eccezione in Olanda e Danimarca, dove è sufficiente aspettare meno di un mese e mezzo a partire dall'inserimento in lista per interventi di chirurgia elettiva. A fare il punto uno studio dell'Ocse, «Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries», curato da **Luigi Siciliani, Valerie Moran e Michael Borowitz.**

Questo studio attua una comparazione dei tempi di attesa tra 11 Paesi Ocse e analizza le tendenze negli ultimi dieci anni. Sotto la lente, procedure chirurgiche comuni, come protesi d'anca e ginocchio o cataratta, che non richiedono interventi d'urgenza. «Lo studio documenta la riduzione dei tempi di attesa nell'ultimo decennio - spiega Luigi Siciliani, primo autore del report - in diversi Paesi tra cui l'Inghilterra, la Finlandia, l'Olanda. Politiche rivolte alla riduzione dei tempi di attesa possono essere perseguite con successo.

Tra i Paesi inclusi nello studio, l'Olanda e la Danimarca riportano i tempi di attesa più bassi. Lo studio dimostra anche l'importanza di distinguere attentamente tra diversi indicatori (spesso fonte di confusione). Per esempio, alcuni Paesi misurano il tempo di attesa dalla visita specialistica all'operazione; altri invece dalla visita del medico di famiglia all'operazione (quindi includendo anche il tempo tra la visita del medico di famiglia e lo specialista). In circa metà dei Paesi il tempo di attesa (medio o mediano) è misurato per i pazienti che sono stati operati in un determinato anno fiscale e nell'altra metà per i pazienti che sono sulla lista di attesa in una data pre-determinata (per esempio il primo lunedì del mese). Occasionalmente, entrambe le misure vengono riportate. È probabile che altri Paesi in futuro riporteranno dati amministrativi simili sui tempi di attesa rendendo possibile un esteso confronto tra diversi Paesi dell'Ocse dove la riduzione dei tempi di attesa rimane una priorità».

Le «categorie» di tempi d'attesa analizzati dallo studio Ocse sono quattro: *Inpatient*, ovvero il tempo di attesa dal momento in cui lo specialista aggiunge il paziente alla lista d'attesa all'operazione vera e propria; *Referral to treatment*, ossia il tempo di attesa

dal momento in cui il medico di base visita il paziente e l'operazione (questa misurazione aggiunge anche il tempo tra la visita del medico di famiglia e la visita specialistica). Più altre due categorie più tecniche: *Patients treated*, tutti i pazienti (con un'operazione all'anca) operati in un anno finanziario; *Patients on the list*, tempi di attesa sulla lista di attesa in un giorno particolare (per esempio il primo lunedì del mese).

In Olanda, come detto, si registrano i tempi d'attesa più bassi: anche se non sono disponibili i dati mediani, i tempi medi (46 giorni per una protesi d'anca, 44 per una protesi al ginocchio, 33 giorni per la cataratta) - che di solito sono più alti dei mediani - sono più bassi dei dati mediani degli altri Paesi che riportano i tempi di attesa per i ricoveri. Anche la Danimarca, che pure include nel calcolo dei tempi anche il periodo che intercorre dalla visita presso il medico di famiglia all'appuntamento con lo specialista, vanta tempi d'attesa più brevi rispetto agli altri Paesi. In particolare, se si escludono i Paesi Bassi, la Danimarca vanta i tempi più brevi per le protesi d'anca e ginocchio, per interventi di isterectomia, colecistectomia ed ernia.

Come si articolano le liste d'at-

tesa? Per quanto riguarda le protesi all'anca, per esempio, emerge come la maggior parte dei pazienti trattati nel 2011 arrivi all'operazione abbastanza rapidamente, con oltre il 50% dei pazienti operati entro tre mesi nel Regno Unito, in Portogallo e in Nuova Zelanda. La maggior parte degli altri pazienti viene trattata nei successivi sei mesi (a eccezione del Portogallo). C'è poi una coda di utenti costretti ad attendere oltre sei mesi: il 6-7% nel Regno Unito, il 15-18% in Nuova Zelanda e Finlandia e il 28% in Portogallo. Per la cataratta, in Portogallo, l'86% dei pazienti trattati nel 2011 viene operato a breve termine (entro i tre mesi), il 75-76% in Gran Bretagna, il 55% in Nuova Zelanda e il 35% in Finlandia, dove però il 44% dei restanti pazienti viene operato entro 4-6 mesi.

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Più «sconti» per figli e disabili

Detrazioni fino a 3mila euro per i dipendenti e fino a mille per i pensionati

Gianni Trovati
MILANO

■ Un sistema più preciso, un vestito il più possibile "su misura" della condizione economica effettiva dei cittadini, che si rivela mediamente più severo con le proprietà di case, conti correnti e titoli. Ma è anche più attento ad aiutare le famiglie numerose e i disabili, cioè i primi utenti dei servizi di welfare.

La filosofia ispiratrice del nuovo Isee, l'indicatore della «situazione economica equivalente» che misura reddito e patrimonio delle famiglie per modulare su questa base l'accesso

LA FILOSOFIA DELLA RIFORMA

Il peso maggiore al patrimonio e a tutte le entrate familiari si accompagna a misure di favore per i destinatari principali dei servizi

ai servizi e le loro tariffe, emerge chiara dal confronto con i parametri utilizzati fino a oggi.

Se i controlli incrociati e i database telematici servono a superare i tanti difetti dell'auto-certificazione, l'evoluzione dei parametri si concentra sulle tante variabili che determinano il "benessere" della famiglia, con una griglia di indicatori che prova a passare dalla vecchia fotografia sgranata a una radiografia precisa della condizione dei cittadini.

In generale, le nuove regole fanno entrare tutte le voci di reddito e danno un peso maggiore al patrimonio. Sul primo versante, il calcolo si allarga a tfr, introiti da cedolare secca sugli affitti, assegni sociali e inden-

dità, ma introduce uno sconto generale per dipendenti e pensionati: l'abbattimento è del 20%, fino a una detrazione massima di 3mila euro per i dipendenti e di mille per i pensionati.

Per la casa, l'effetto è dato dal passaggio dai valori Ici a quelli Imu, che sono più alti del 60%: il meccanismo prevede l'abbattimento di un terzo, ma il confronto fra vecchie franchigie e nuovi parametri di calcolo determina un aumento del peso degli immobili. L'unica eccezione è data dalle case di valore fiscale modesto oppure da quelle gravate per una grossa parte dal mutuo, che riescono a entrare nella nuova franchigia che azzeri i conti degli immobili fino a 52.500 euro.

Per i conti correnti, diminuiscono le franchigie (cioè le quote di patrimonio escluse dal calcolo), e cambia il criterio di calcolo: a pesare non sarà più solo il dato del conto o del deposito rilevato al 31 dicembre ma, se è superiore, la consistenza media nel corso dell'anno, a meno che siano stati effettuati investimenti significativi.

Per le famiglie in affitto, quelle numerose e quelle con componenti disabili (cioè per la platea più importante per i tanti servizi disciplinati dall'Isee), le notizie sono positive. Il nuovo meccanismo, mentre amplia le voci di reddito rilevate, si dimostra decisamente più attento a modulare sconti e franchigie per questi profili.

Questa logica informa tutto il sistema e ricompare in più punti del decreto. L'esenzione per le case di basso valore, per esempio, si alza di 2.500 euro per ogni figlio e un meccanismo simile si rivolge alle case in

affitto: la detrazione generale collegata alle spese del canone sale a 7mila euro (contro i 5.164,6, cioè i vecchi 10 milioni di lire, previsti fino a oggi), ma cresce ancora di 500 euro per ogni figlio successivo al secondo. I figli, anche in questo caso in misura più significativa quelli dal terzo in poi, aumentano anche le detrazioni sul patrimonio mobiliare, avvicinandole progressivamente a quelle, più generose, previste fino a oggi.

Quando un componente della famiglia è disabile, l'Isee poi è destinato ad abbassarsi in modo significativo. La riforma introduce una franchigia che oscilla da 4mila a 7mila euro a seconda del grado di disabilità (o da 5.500 a 9.500 euro nel caso di minori) e permette di far uscire dal calcolo tutte le spese sostenute per i collaboratori domestici che assistono i non autosufficienti. Uno sconto aggiuntivo, fino a 5mila euro, scatterà poi con le spese mediche e di assistenza specifica per i disabili.

gianni.trovati@ilssole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Posso scontare?
dall'Imu
la Tasi
che si pagherà
del 2014?

L'IMU ALLA CASSA DOMANI L'INSERTO SPECIALE DEL SOLE

Guida alla seconda rata dell'imposta sugli immobili: le aliquote, le detrazioni, gli esempi pratici e le risposte ai quesiti dei lettori



In vendita
a 0,50
euro oltre
al prezzo
del
quotidiano

La «pagella»

Migliorativo rispetto al vecchio sistema

Peggiorativo rispetto al vecchio sistema

CASA DI PROPRIETÀ

Nell'indicatore contano i valori Imu dell'abitazione di proprietà, superiori del 60% rispetto a quelli dell'Ici. Il valore viene abbattuto di un terzo, ma rimane più alto rispetto al vecchio. Come nel vecchio sistema, dal valore viene sottratto il debito residuo del mutuo, ma è cancellata l'alternativa di detrarre 51.645 euro. Non entra nell'Isee una casa di valore fino a 52.500 euro (più 2.500 per ogni figlio)

CASA IN AFFITTO

Aumenta di oltre un terzo, arrivando a 7mila euro contro i 5.164,6 previsti dal vecchio sistema, la detrazione per le spese di affitto, che devono essere contenute in un contratto registrato di cui si dichiarano gli estremi. La detrazione è ulteriormente aumentata per le famiglie numerose: cresce di 500 euro per ogni figlio convivente, dal terzo in poi

REDDITI

Accanto ai redditi Irpef e a quelli delle attività finanziarie, entrano nel nuovo indicatore tutti i redditi soggetti a imposta sostitutiva (come quelli da affitto con cedolare), i redditi tassati all'estero, gli assegni percepiti per il mantenimento dei figli, i trattamenti assistenziali, le indennità e così via. In pratica, ci sono tutte le entrate della famiglia; la regola va letta assieme alle detrazioni (schede successive)

DETRAZIONI REDDITI

Per attenuare l'estensione delle voci di entrata considerate nell'indicatore, vengono introdotte due nuove detrazioni fisse per i redditi da lavoro dipendente o da pensione. In entrambi i casi, la regola generale prevede la detrazione pari al 20% del reddito, ma con due tetti massimi distinti: lo sconto può arrivare a 3mila euro per i redditi da lavoro, mentre si deve fermare a mille euro per la pensione

ALTRE DETRAZIONI

La nuova regola prevede altre detrazioni per abbassare la componente reddituale dell'Isee. In particolare, si sottrae all'indicatore l'importo degli assegni versati al coniuge e di quelli per il mantenimento dei figli. Uno sconto fino a 5mila euro riguarda poi le spese mediche e di assistenza specifica per disabili, l'acquisto di cani guida e i servizi di interpretariato per non udenti

DISABILI

Il nuovo sistema introduce una nuova franchigia per le famiglie con componenti disabili: la franchigia è di 4mila euro (5.500 se il componente è minorenne) nel caso di disabilità media, sale a 5.500 euro (7.500 se minorenni) con disabilità grave e arriva a 7mila (9.500 se minorenni) per persone non autosufficienti. Per i non autosufficienti escono dall'Isee anche tutte le spese per collaboratori domestici

DEPOSITI E CONTI

Il valore di depositi e conti correnti nel vecchio sistema era quello registrato al 31 dicembre dell'anno precedente, mentre nel nuovo Isee vale, se superiore, la consistenza media annua. Il riferimento al 31 dicembre rimane sempre valido se il contribuente ha fatto investimenti significativi, cioè superiori alla differenza fra consistenza media e valore al 31 dicembre

IMMOBILI

Diminuisce la detrazione riferita al patrimonio mobiliare, che passa da 15.493,7 euro (i vecchi 30 milioni di lire) a 6mila euro. Per le famiglie numerose esistono poi due regole aggiuntive: una detrazione aggiuntiva da 2mila euro, finché non si supera il tetto complessivo di 10mila euro, per ogni componente dopo il primo e un altro sconto (fuori dal tetto) di 1.000 euro per ogni figlio successivo al secondo

L'iter. Dopo il Dpcm, necessari altri provvedimenti

Tre passaggi per l'entrata a regime

■ Firmato il Dpcm, il nuovo Isee non è immediatamente operativo. Il primo passaggio che dovrà essere effettuato è la pubblicazione in «Gazzetta Ufficiale» del decreto del Presidente del Consiglio, dopodiché dovranno essere emanati altri provvedimenti.

Strumento essenziale del nuovo indicatore è la dichiarazione sostitutiva unica (Dsu), il cui formato deve essere aggiornato in base alle nuove disposizioni. Il modello della nuova Dsu e quello dell'attestazione che verrà rilasciata al richiedente, nonché le relative istruzioni per la compilazione, devono essere definiti con un provvedimento del ministero del Lavoro, di concerto con quello dell'Economia, su proposta Inps e sentiti l'agenzia delle Entrate e il Garante per la protezione dei dati personali.

Lo stesso provvedimento de-

finirà le modalità con cui le informazioni necessarie al calcolo dell'Isee potranno essere rese disponibili al dichiarante tramite i soggetti incaricati alla ricezione della Dsu. Lo stesso atto ministeriale dovrà indicare anche come il richiedente l'Isee potrà fornire le informazioni integrative qualora, in sede di controlli preventivi, si verifici che i dati autocertificati sono discordanti rispetto a quelli in possesso dell'amministrazione per quanto riguarda la componente reddituale e patrimoniale. Questo provvedimento ministeriale dovrebbe essere adottato entro 90 giorni dall'entrata in vigore del Dpcm.

Trascorsi ulteriori 30 giorni da tale data, gli enti erogatori delle prestazioni sociali agevolate avranno emanato gli atti necessari al riconoscimento delle prestazioni secondo le disposi-

zioni previste del Dpcm e finalmente l'Isee potrà essere rilasciato secondo le nuove regole.

Il quadro attuativo, però, non si conclude qui. Per alimentare la banca dati contenente i dati necessari per effettuare le verifiche per il rilascio dell'Isee, l'Inps può stipulare convenzioni con altri soggetti. Inoltre lo scambio di informazioni tra l'Istituto di previdenza e l'agenzia delle Entrate, che costituisce il punto forte dei controlli, deve essere oggetto anch'esso di una convenzione specifica tra le due amministrazioni, alla luce del parere fornito dal Garante della privacy.

Entro 12 mesi dall'entrata in vigore del Dpcm, dovrà essere emanato il primo dei decreti del ministero del Lavoro che indicherà per quali componenti del patrimonio mobiliare le informazioni potranno essere

prelevate dall'anagrafe tributaria riguardante i rapporti e le operazioni di natura finanziaria. Fino ad allora tali dati saranno autodichiarati.

Infine, a completare il quadro dell'impianto complessivo legato al nuovo Isee, tramite decreto del ministero del Lavoro si darà vita, senza una scadenza precisa, a un comitato consultivo con il compito di monitorare l'attuazione del nuovo indicatore e proporre eventuali correttivi. Sarà composto da rappresentanti dei ministeri interessati, dell'Inps, delle Regioni e delle Province autonome, dell'Anci (Comuni), delle parti sociali e delle associazioni nazionali portatrici di interessi. I malpensanti si fermino: è previsto che tale comitato non generi oneri per la finanza pubblica.

M. Pri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

▼ **Malattie rare: attenti ai rischi del federalismo**

Per scongiurare i "danni da Titolo V" vanno aggiornati i Lea e il Registro delle patologie. (Servizio a pag. 26)

PATOLOGIE ORFANE/ Le proposte per contrastare gli effetti del federalismo sanitario

Quali tutele per i malati rari

Le priorità: ampliare e uniformare i Lea e aggiornare il Registro

Circa 15 anni fa, di concerto con le dichiarazioni della Comunità europea (1999), l'Italia ha iniziato a considerare le malattie rare (mr) come settore prioritario nel campo della sanità pubblica. Già il Dlgs n. 124 dell'aprile 1998 poneva come finalità proprie del Sistema sanitario nazionale (Ssn) la tutela della salute e l'accesso ai servizi alla totalità degli assistiti, senza distinzioni individuali o sociali, fissando i criteri, gli ambiti e le modalità di applicazione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni, nonché i criteri di esenzione per i singoli assistiti in relazione alla situazione economica del nucleo familiare e alle condizioni di malattia. L'articolo 5 citava esplicitamente tra le condizioni aventi diritto all'esenzione le malattie rare e le malattie croniche e invalidanti. Successivamente, il Piano sanitario nazionale (Psn) 1998-2000 ha presentato fra gli obiettivi prioritari la sorveglianza delle patologie rare, focalizzando l'attenzione sulle iniziative volte a garantire: la diagnosi appropriata e tempestiva; l'individuazione di centri specialistici per la diagnosi e il trattamento; la promozione di attività di prevenzione e di ricerca scientifica e di interventi diretti al miglioramento della qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie.

L'anno di svolta, tuttavia, è il 2001 con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (n. 160 del 12/7/2001) del decreto ministeriale n. 279 (18 maggio 2001) "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124", che regola l'assistenza sanitaria ai pazienti colpiti da malattie rare. Il Dm 279/2001 istituisce: a) la Rete nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare;

b) il Registro nazionale malattie rare; c) disciplina le modalità di esenzione dalla partecipazione al costo delle malattie rare per le correlate prestazioni di assistenza sanitaria incluse nei livelli di assistenza sanitaria (Lea) e d) fornisce l'elenco di mr e gruppi di malattie (all. 1) per le quali è riconosciuto il diritto all'esenzione.

La Rete nazionale è costituita da presidi, individuati dalle Regioni, ed è dedicata alla collaborazione e allo scambio d'informazioni, per effettuare la diagnosi, il trattamento e l'assistenza dei pazienti con malattia rara. Il Registro nazionale malattie rare ha lo scopo di consentire la programmazione nazionale e regionale degli interventi volti alla tutela dei soggetti affetti da mr e di attuare la sorveglianza delle stesse (articolo 3 del Dm 279/2001). La Rete nazionale, quindi, è alla base di flussi di informazioni sanitarie che, attraverso Registri regionali e interregionali, confluiscono al Registro nazionale malattie rare gestito dal Centro nazionale malattie rare - Istituto superiore di Sanità (www.iss.it/cnmr). I successivi Psn (2006-2008 e 2010-2012) e l'accordo Stato-Regioni e Province autonome del 2007 si impegnano a garantire ai cittadini con malattie rare un'assistenza omogenea su tutto il territorio nazionale, potenziando la Rete nazionale con il riconoscimento di Centri di coordinamento regionali e/o interregionali, di Presidi assistenziali sovragionali per patologie a bassa prevalenza e sull'attivazione dei registri regionali e interregionali delle malattie rare (<1 per milione). Il decreto ministeriale del 15 aprile 2008, infine, individua i Centri interregionali di riferimento per le mr a bassa prevalenza.

Questa rosea situazione delineata sulla carta, trova nell'applicazione pratica qualche rallentamento e ostacolo dovuto a molteplici fattori, non ultimo l'applicazione e la successiva

modifica del Titolo V della Costituzione nel 2001, sulla quale si è discusso e dibattuto a lungo in questi anni, con più di un intervento del Giudice costituzionale (sentenza n. 282 del 2002; sentenza n. 510 del 2002, sentenza n. 328 del 2006 ecc.). A tal riguardo, infatti, non risulta ancora completamente chiarito il confine che delimita le competenze rispettive di Stato e Regioni in materia di organizzazione sanitaria e «tutela di salute pubblica». In ogni caso, il risultato evidente è una grande disomogeneità di gestione e di offerta di assistenza in ambito sanitario. Il passaggio da un sistema unico e uniforme su tutto il territorio nazionale a uno articolato in diversi Ssr, ciascuno con proprie peculiarità, ha lasciato spazio a modelli alternativi di gestione della sanità, distinguibili a seconda della preponderanza che ogni Regione ha voluto dare ai due principi fondamentali del riordino della materia: il rispetto del vincolo di spesa, da un lato, e la competizione tra le strutture pubbliche e private e la libera scelta del luogo di cura, dall'altro.

Nell'ambito delle malattie rare, la disparità emerge in modo ancora più stridente. A esempio, ogni Regione ha seguito una propria logica nell'individuazione della rete territoriale dei presidi per diagnosi e cura, il che significa che alcune hanno accreditato i propri centri per specifiche patologie o per gruppi (all. 1 Dm 279), altre hanno preferito far convergere tutte le patologie rare senza distinzione in una manciata di ospedali, altre ancora hanno scelto una formula mista o hanno creato macrogruppi diversi da quelli indicati nel decreto del 2001. Inoltre, quanto a presa in carico e prevenzione, i pazienti si scontrano col fatto che non sono offerti pari livelli assistenziali in tutte le zone d'Italia. Al di là dei Lea, garantiti a livello nazionale a tutti i cittadini, infatti, ci sono Regioni che hanno ampliato,

tramite atto di Giunta, l'elenco di malattie rare tutelate dal codice di esenzione (Piemonte, Valle d'Aosta, Marche, Toscana e Lazio) e/o allargato le prestazioni fornite in esenzione per i propri residenti. Questa situazione, naturalmente, evidenzia la necessità di un ampliamento dei Lea anche a livello nazionale, per garantire pari dignità e opportunità a tutti i cittadini con malattia rara, sollevando le famiglie almeno da un punto di vista economico, e marginalizzando il fenomeno della migrazione sanitaria. Importante, inoltre, sarebbe un aggiornamento dell'allegato 1 del Dm 279/2001, che individua un elenco non ancora esaustivo di malattie rare.

Il ministero della Salute in questi anni ha portato avanti delle proposte di estensione della lista (proposta Turco nel 2008 e proposta Balduzzi nel 2012), che tuttavia non sono riuscite a completare l'intero iter, che implica un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, d'intesa con il ministro dell'Economia e finanze e la Conferenza Stato-Regioni.

Da un punto di vista di strategia e politica sanitaria nazionale, l'Italia è in linea con le Raccomandazioni europee (2009/C 151/02), che invitano i Paesi membri ad attuare un Piano sanitario per le malattie rare entro la fine del 2013. Dopo un periodo di consultazione pubblica, infatti, il ministero della Salute ha accolto e, ove possibile, integrato i suggerimenti pervenuti da cittadini, associazioni, società scientifiche ecc., nel Piano che ora è al vaglio del ministro e si avvia

verso le fasi finali.

Nel complesso quadro delle iniziative a favore delle malattie rare, il Centro nazionale malattie rare (Cnmr)-Iss è da sempre in prima linea. Le attività del Cnmr ruotano attorno alle patologie rare a 360 gradi, esplorando e affrontando le molteplici necessità di queste patologie. Oltre alla gestione del Registro nazionale (e della Fibrosi cistica), c'è anche quella del Telefono verde Malattie rare, strumento di informazione al servizio di pazienti, famiglie, operatori socio-sanitari e popolazione in generale. Consolidate, poi, sono le numerose attività di promozione della prevenzione, dal Network sull'acido folico fino ai progetti nazionali e internazionali sullo screening neonatale esteso. Punti centrali, naturalmente, sono la ricerca scientifica (specie per quanto concerne gli aspetti epidemiologici e sperimentali) e l'importante ruolo del controllo di qualità dei test genetici in Italia. Con l'obiettivo di migliorare l'assistenza, ma soprattutto la qualità della vita delle persone con malattie rare, il Cnmr lavora assiduamente sullo sviluppo di linee guida e su piattaforme europee che garantiscano una efficace circolazione di informazioni sulle buone pratiche e registri di patologia. Infine, altro tassello fondamentale è l'attività di formazione di operatori e pazienti su molteplici argomenti, lasciando spazio anche all'espressione più personale e umana tramite il laboratorio di medicina narrativa.

Domenica Taruscio

*direttore Centro nazionale
malattie rare - Istituto
superiore di Sanità*

LA PROPOSTA DI ASSOSALUTE

Terapie senza ricetta nel governo del Ssn

Investire sulla responsabilizzazione del cittadino

Semplificare le procedure

La sostenibilità del Ssn è sempre di più il perno attorno al quale ruota la politica sanitaria del nostro Paese e, nello specifico, quella farmaceutica. Ma, troppo spesso, il concetto di sostenibilità si è tradotto in soli interventi di taglio e riduzione dei costi.

Invece, sostenibilità significa prima di tutto attenzione alle trasformazioni sociali, capacità di interpretare i segnali di cambiamento, capacità di anticipare, affinché una realtà complessa quale è la Sanità possa continuare a essere un reale servizio a disposizione dei cittadini/utenti.

In questo scenario emergono con chiarezza due elementi di grande rilievo e potenzialità: in primo luogo la crescente propensione e richiesta di una maggiore autonomia e responsabilità nelle scelte di cura e terapia e, in secondo luogo, il significativo sviluppo di una cultura della prevenzione, del benessere, dei corretti stili di vita. In altre parole, il cittadino è sempre meno "utente" del Ssn, è e vuole sentirsi sempre più "compartecipe" delle scelte che riguardano la sua salute.

Ed è in questo contesto che i farmaci senza obbligo di prescrizione, di automedicazione, possono rappresentare uno strumento di reale contributo ai problemi di governo del Ssn, liberando risorse da destinare ad esigenze sanitarie maggiori e offrendo allo stesso tempo ai cittadini opzioni terapeutiche sicure ed efficaci, cui rivolgersi autonomamente con fiducia.

Un più appropriato ricorso a questi medicinali può favorire sia una migliore gestione dell'assistenza sanitaria - riducendo il ricorso inappropriato al servizio pubblico (es. studi medici, pronto soccorso) - sia il ricorso a prodotti di cui è accertata la validità terapeutica a un costo chiaramente inferiore alle possibilità che spesso, e non sempre correttamente, vengono presentate per il trattamento di veri e propri disturbi di salute. E si tratta, non secondariamente,

di interventi a costo zero per lo Stato.

L'automedicazione diventa quindi, anche in prospettiva futura, un elemento di rilievo su cui investire.

In questo senso, sviluppare la capacità di gestire i piccoli disturbi, con l'aiuto del medico e del farmacista, è un'importante fonte di risparmio per un Paese che vede innalzarsi progressivamente la soglia dell'età (e quindi la necessità di offrire cure e assistenza) e che specie nelle fasce dei più giovani e dei maturi, è sempre più istruito, informatizzato e informato su farmaci e terapie.

Alla luce di queste considerazioni la nostra Associazione ha recentemente modificato la propria denominazione - passando da Anifa (Associazione dell'industria dei farmaci di automedicazione) ad Assosalute - proprio per sottolineare e rafforzare il valore presente e futuro di investire sul cittadino, il valore della responsabilizzazione personale anche nell'ambito delle scelte che riguardano la propria salute. Dialogare, in estrema sintesi.

Assosalute rappresenta l'industria del farmaco che parla direttamente alla salute del cittadino e con la nuova denominazione intendiamo diventare più visibili, per rafforzare il ruolo di chi vuole dare risposte coerenti con la trasformazione della cultura sanitaria, le esigenze del sistema socio-sanitario, l'evoluzione dell'assistenza sanitaria e farmaceutica territoriale.

Diventa quindi evidente e strategico investire sulla comunicazione. La comunicazione sui farmaci senza obbligo di ricetta, di automedicazione, è per definizione garantita dai produttori e dalle autorità sanitarie. Occorre potenziare questi strumenti per dare ai cittadini riferimenti chiari ed esplicativi (per esempio valorizzando i contenuti positivi racchiusi dal bollino rosso, obbligatoriamente presente sulle confezioni di farmaci senza obbligo di ricetta), favorire confezioni e foglietti illustrativi in linea

con le richieste di comprensibilità e informazione, sviluppare siti aziendali che comunichino e siano di reale uti-

lità per il cittadino.

Parallelamente è necessaria una strategia di sviluppo che promuova un ampliamento del ricorso ai farmaci di automedicazione, un ampliamento dell'offerta, in termini di nuovi principi attivi, nuovi dosaggi e, soprattutto, di nuovi impieghi terapeutici. Qui occorre agire su due livelli prioritari. Da un lato è necessario semplificare le procedure, in una logica che promuova la registrazione anche in Italia dei medicinali che già sono di automedicazione negli altri Paesi europei e, dall'altro, sviluppare il concetto stesso di automedicazione, in linea con la modifica del significato stesso di cura, che sta evolvendo da un concetto di trattamento mirato a risolvere un problema a quello di mantenimento della salute e del benessere. Questo è possibile solo attraverso il sostegno delle Istituzioni (l'Aifa e il ministero della Salute) e dei professionisti sanitari (farmacisti e medici di medicina generale).

Come Assosalute, desideriamo impegnarci per una visione comune e un progetto di sviluppo di grande impatto, che non richiede risorse pubbliche, ma la volontà comune e condivisa di portarlo avanti. Da qui nasce l'invito al dialogo e al confronto con tutte le rappresentanze che a vario titolo si occupano dei temi della salute e della cura e che pongono al centro della propria attenzione il cittadino, in una logica di servizio e sviluppo del sistema sanitario e farmaceutico.

Stefano Brovelli
presidente Assosalute

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità, Contact point per i pazienti Ue

In arrivo il Contact point nazionale sull'assistenza transfrontaliera. Durante la seduta di ieri il consiglio dei ministri ha dato il via libera allo schema di dlgs che recepisce la direttiva europea 2011/24 in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera in ambito comunitario. «Il Contact point nazionale, così come lo abbiamo strutturato», ha spiegato il ministro della sanità Beatrice Lorenzin a conclusione del consiglio dei ministri, «permetterà al paziente proveniente da un paese membro dell'Ue, di compiere una scelta informata e adeguata al suo caso clinico e, inoltre, permetterà al paziente di poter conoscere al meglio e in breve tempo i suoi diritti circa gli standard di qualità, sicurezza e accessibilità alle cure». Il Contact point avrà, infatti, la funzione di fornire: informazioni relative ai prestatori di assistenza sanitaria, comprese quelle sul diritto a fornire prestazioni specifiche o su eventuali restrizioni; informazioni relative agli standard e orientamenti di qualità e sicurezza definiti dallo stato membro di cura, comprese le disposizioni sulla vigilanza e sulla valutazione dei prestatori di assistenza sanitaria; le informazioni circa l'accessibilità agli ospedali e le relative liste di attesa; le informazioni circa le condizioni di rimborso dei costi, le procedure di denuncia e i meccanismi di tutela, le possibilità amministrative e giuridiche disponibili per risolvere le controversie anche in caso di danni derivanti dall'assistenza sanitaria. «Attraverso il recepimento della direttiva 2011/24 potremo rilanciare le nostre eccellenze all'estero», ha concluso il ministro Lorenzin, «sarà, quindi, l'occasione per incrementare la nostra capacità di attrazione dei cittadini dei paesi dell'Unione attraverso una struttura ad hoc in grado di indirizzare i cittadini verso le strutture migliori in base alle loro esigenze».

Contratti a distanza revocabili

Il compratore ha 14 giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso. Senza costi e senza spiegazioni. Diventano un anno nel caso non abbia avuto tutte le informazioni

Contratti a distanza vincolanti ma non troppo. Entro 14 giorni dalla data di conclusione il consumatore può esercitare il diritto di recesso senza fornire alcun tipo di spiegazione e senza sostenere alcun costo. Il termine di 14 giorni può, però, essere prolungato di un anno nel caso in cui la controparte abbia omesso di comunicare al consumatore le informazioni per esercitare il diritto di recesso nei tempi previsti. Lo prevede uno schema di decreto approvato ieri dal governo.

Migliorini a pag. 25

Gli schemi di dlgs approvati in consiglio dei ministri per recepire le direttive europee

Contratti a distanza, vincoli soft

Possibile recedere entro 14 giorni senza costi né oneri

DI BEATRICE MIGLIORINI

Contratti a distanza vincolanti ma non troppo. Entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto il consumatore può esercitare il diritto di recesso senza fornire alcun tipo di spiegazione e senza dover sostenere alcun costo. Il termine di 14 giorni può, però, essere prolungato di un anno nel caso in cui la controparte abbia omesso di comunicare al consumatore le informazioni per esercitare il diritto di recesso nei tempi previsti. La controparte è, inoltre, tenuta a rimborsare al consumatore con le stesse modalità di pagamento attraverso le quali il consumatore ha effettuato il trasferimento di denaro. Questi i punti chiave della direttiva 2011/83 che, a seguito del consiglio dei ministri che si è svolto ieri, il Governo si appresta a recepire insieme ad altre 14 direttive a cui sono corrisposti 14 schemi di dlgs. La proposta, arrivata dal ministro per gli affari europei, Enzo Moavero Milanesi (Sc) e dal ministro dello sviluppo economico, Flavio Zanonato (Pd), mira a porre in essere lo schema di dlgs utile per recepire il testo europeo in materia di diritti dei consumatori, entro il termine previsto dalla direttiva stessa, del 13 dicembre 2013. Quest'ultima, in particolare, si

pone l'obiettivo di armonizzare all'interno dell'Unione europea la disciplina in materia di informazioni che il consumatore è tenuto a ricevere nel corso della conclusione di qualsiasi tipo di contratto, soffermandosi, però, in particolare, sul problema della conclusione dei contratti a distanza.

Presenza simultanea. A fare da perno a questa disciplina, la compresenza fisica di venditore e consumatore. In base al testo della direttiva 2011/83, redatto dal Consiglio e dal Parlamento europeo, per contratto a distanza si intende «qualsiasi contratto concluso nel quadro di un regime organizzativo di vendita a distanza senza la presenza fisica e simultanea di consumatore e venditore, attraverso uno o più mezzi di comunicazione». Ed è proprio la mancata compresenza dei due soggetti protagonisti dell'accordo che fa sorgere in capo al consumatore il diritto di poter recedere a condizioni meno restrittive dato che, a causa della distanza, si affiderà a quanto gli viene riferito dal venditore non potendo leggere nero su bianco tutte le opzioni possibili. Il consumatore dispone, quindi, di un duplice vantaggio: non solo può recedere dal contratto senza oneri entro 14 giorni a far data dalla conclusione del contratto ma,

nel caso in cui, previa verifica, emerge che il venditore non gli ha fornito tutte le informazioni necessarie per poter procedere al recesso entro 14 giorni, il termine viene prorogato di oltre un anno. I 365 giorni, infatti, devono essere calcolati a far data a termine dei 14 giorni utili per il recesso standard.

Sanità, lavoro e requisiti per i quadri di bilancio.

In arrivo anche il dlgs ad hoc per recepire la Direttiva 2011/62 per la creazione di un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano. «Attraverso il recepimento della direttiva», ha spiegato il ministro della sanità **Beatrice Lorenzin** (Ncd) a termine del consiglio dei ministri, «il ministero avrà il potere di oscurare i siti che

commercializzano illegalmente farmaci con obbligo di prescrizione o in violazione di legge grazie anche alle segnalazioni che arriveranno dai Nas, dagli altri organi di polizia e anche dall'Aifa (Agenzia italiana del farmaco)». In arrivo, poi, lo schema di dlgs per recepire anche in Italia la procedura unica di domanda per il rilascio di un permesso unico di lavoro. L'attuazione della disciplina, contenuta nella direttiva 2011/98, permetterà ai cittadini di paesi terzi di soggiornare e lavorare del territorio di uno stato membro senza dover soccombere di fronte a complessi iter burocratici. Novità in vista anche per il ministero dell'economia e delle finanze. Il consiglio dei ministri ha, infatti, dato il via libera allo schema di dlgs che prevede il recepimento della direttiva 2011/85, in base alla quale gli stati membri, attraverso il loro organi competenti, saranno tenuti a rispettare procedure, norme e scadenze in materia di politiche di bilancio dell'amministrazione pubblica al fine di garantire gli standard europei di trasparenza dei bilanci.

—© Riproduzione riservata—■



Enzo Moavero Milanesi



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Ritmo cardiaco

BENEVENTO «I Canali "funny": generazione e controllo del ritmo cardiaco», questo il tema dell'intervento del professor Dario Di Francesco all'Università del Sannio, oggi nell'Aula magna del dipartimento di Scienze e Tecnologie.

**Università del Sannio, via Port'Arsa,
ore 12**

La sanità

Centro diabetici in un'altra sede tensioni e rabbia

**Dal Bottazzi al Maresca:
disagio per 6mila pazienti
non autosufficienti**

Francesca Raspavolo

TORRE DEL GRECO. Diabetologia, l'ambulatorio si trasferisce all'ospedale Maresca, sindacati e pazienti sul piede di guerra: «Nuova sede troppo lontana, così create disagi per oltre 6mila utenti». Nel panico medici, infermieri e assistiti: la maggior parte dei pazienti è infatti, anziana, non autosufficiente né tanto meno autonoma. Dover raggiungere l'ospedale Maresca, senza alcun bus che copre la tratta, significherebbe dover rinunciare ai trattamenti diabetici pubblici. Dal 1999, gli uffici al piano terreno del Bottazzi ospitano appunto il laboratorio e si occupano di oltre 6mila malati provenienti da tutta l'area vesuviana. Secondo rumors delle ultime ore, l'Asl Napoli Sud avrebbe deciso di spostare gli studi dal cuore antico della città direttamente al lontano e sperduto ospedale Maresca.

A sostenere la protesta dei pazienti, in prima linea ci sono la Cgil di Torre del Greco e lo Spi Cgil: «Siamo seriamente preoccupati per i notevoli disagi che questo trasferimento arrecherà ai fruitori del servizio, la maggior parte dei quali è anziana e non autosufficiente - spiega il segretario del sindacato torrese, Luca Chiusel - Chiediamo pertanto un intervento diretto del sindaco Malinconico, in qualità di responsabile della

sanità sul territorio, affinché si possa scongiurare questo discutibile cambio di casa, anche alla luce della circostanza che il Direttore Generale dell'Asl ci aveva assicurato che il centro non avrebbe subito spostamenti. Si tratta di una prestazione di natura assistenziale a cui tantissimi anziani non possono assolutamente rinunciare. Pertanto invitiamo l'avvocato Malinconico e l'Asl a pianificare al meglio l'intervento e a ritornare sulla decisione del trasferimento dell'ambulatorio di diabetologia».

Un laboratorio che da quasi 15 anni lavora in una posizione davvero strategica per i malati di diabete che, in un sol tempo e a pochi metri di distanza, possono fare un check-up completo: infatti al pian terreno del Bottazzi i diabetici fanno la visita medica mentre al vicinissimo Poliambulatorio possono eseguire altri accertamenti clinici come l'ecg, il

fondo oculare, la visita neurologica. Non solo una comodità ma una vera e propria esigenza vitale per i malati. «Nella decisione del trasferimento è necessario tenere in conto le difficoltà dei pazienti ad arrivare all'ospedale che è localizzato in via Montedoro, rione alto e difficile da raggiungere - spiega ancora Chiusel - Senza dimenticare

che l'attuale ambulatorio di via Marconi, che si trova al piano terra, è decisamente più agibile per anziani e disabili».

•Tantissimi i pazienti che, nella speranza di riuscire a far cambiare idea all'Asl, si sono già organizzati con petizioni e raccolte di firme.

**La Cgil
«Chiediamo
l'intervento
del sindaco
Malinconico
L'Asl ripensi
a questo
trasferimento»**

La sanità Lunedì allo «Scarlatto» ha aperto i battenti il reparto d'eccellenza ma la funzionalità è al minimo

L'ospedale riparte, mancano i medici

Daniela Faiella

SCAFATI. Primi due giorni di attività per l'ospedale Mauro Scarlatto riconvertito in centro di fisiopatologia respiratoria con annessi reparti di pneumologia e relativi ambulatori. Lunedì mattina nella struttura sanitaria di via Passanti, declassata nel 2011 a psaut con annessi reparti di medicina e lungodegenza, si è insediata la nuova squadra chiamata ad avviare il programma per dare concretezza al nuovo centro di eccellenza per le patologie respiratorie: medici ed infermieri, trasferiti dagli ospedali di Sarno e Nocera Inferiore ed ora affidati al professore Mario Polverino, colui il quale avrà il compito di coordinare e dirigere le attività del nuovo presidio. Le giornate di ieri e lunedì sono servite per fare il cosiddetto punto della situazione, partendo dalla presa d'atto della effettiva disponibilità di personale e risorse strumentali.

«Siamo ancora nella cosiddetta fase organizzativa - precisa il professor Polverino - Prima di partire dobbiamo essere certi che ci siano le condizioni per rendere operativo il nuovo centro, quindi avere una funzionalità sulle 24 ore dei servizi di cardiologia, anestesia e rianimazione, radiologia e laboratorio di analisi. Non mi precipiterò di certo ad aprire il centro solo per soddisfare le attese, si aprirà quando la struttura saprà garantire i margini di sicurezza ai pazienti. Da parte mia c'è la massima disponibilità. Da oggi inaugureremo i primi ricoveri notturni e dopo i day hospital, sempre però in maniera mirata e graduale. Secondo un orientamento di massima, per lunedì saranno ufficialmente operative le attività ambulatoriali relative alla cardiologia e alla pneumologia e per il 16 dicembre contiamo di avviare i ricoveri ordinari e la terapia intensiva».

Il professore Polverino era stato ben chiaro fin dall'inizio: avrebbe ac-

ettato la sfida di Scafati solo se l'Asl avesse fornito i mezzi necessari, in termini di macchinari e personale, per l'avvio del centro di eccellenza in fisiopatologia respiratoria. Se rispetto alle attrezzature il presidio sarebbe già pronto per attivare i servizi previsti, non si può dire lo stesso per quanto riguarda il personale. A fronte delle risorse richieste da Polverino lunedì mattina al Mauro Scarlatto si è insediata solo una parte delle unità attese: dieci bronco-pneumologi e trenta infermieri (provenienti dai presidi di Cava e Nocera Inferiore), ma solo due anestesisti rianimatori (da Sarno) e tre cardiologi (da Nocera Inferiore). Il problema è proprio l'insufficienza di medici cui affidare i servizi di cardiologia e anestesia/rianimazione. In tanti avevano inizialmente aderito alla manifestazione di interesse che a luglio

scorsola direzione aziendale aveva promosso per il trasferimento a Scafati in vista dell'apertura del centro diretto dal professore Polverino, soprattutto a Sarno e Nocera Inferiore, dove erano stati trasferiti rispettivamente tutti gli anestesisti rianimatori ed i cardiologi che erano in servizio al Mauro Scarlatto prima della chiusura. La loro disponibilità sarebbe stata revocata solo negli ultimi giorni. A Scafati lunedì sono arrivati solo due rianimatori anestesisti trasferiti da Sarno (tra cui l'ex assessore alla Sanità Guglielmo D'Aniello) e tre cardiologi, trasferiti dall'Umberto I di Nocera. Per il direttore sanitario del Mauro Scarlatto Alfonso Giordano il problema è già in via di risoluzione. «Arrive-

**Le forze
Trenta
infermieri
e dieci
specialisti
hanno dato
il consenso
a trasferirsi**

ranno a giorni - dice ottimista - altri tre anestesisti rianimatori da Sarno e due cardiologi da Nocera Inferiore. Il direttore generale Antonio Squillante ci ha già assicurato che adotterà subito provvedimenti di mobilità d'urgenza, almeno per i primi mesi, in modo tale da garantire a Scafati quel numero di cardiologi e anestesisti rianimatori necessario per l'avvio delle attività. Partiremo con la broncopneumologia, la polisomnografia e l'Utir. Dalla settimana prossima cominceremo le attività ambulatoriali. Sono fiducioso. Ci sono oggi tutte le premesse per rilanciare il Mauro Scarlatto dando presto concretezza al nuovo centro di eccellenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La sanità L'ospedale Scarlatto che ospita il reparto di fisiopatologia respiratoria e nel riquadro il sindaco Pasquale Aliberti

Il sindaco

Aliberti felice
«Ora pensiamo
all'emergenza»

Per il sindaco Pasquale Aliberti, che ieri mattina ha fatto tappa all'ospedale di Scafati per un primo sopralluogo, l'apertura del centro di fisiopatologia respiratoria rappresenta solo un primo obiettivo centrato. «Ora - commenta - la battaglia si sposta su un altro piano: da una parte, dinanzi al Tar, il giorno 18, per dar seguito al ricorso in cui si chiede il rispetto della delibera di Bortoletti; dall'altra, dinanzi al commissario Morlacco, per il reinserimento nella rete di emergenza».

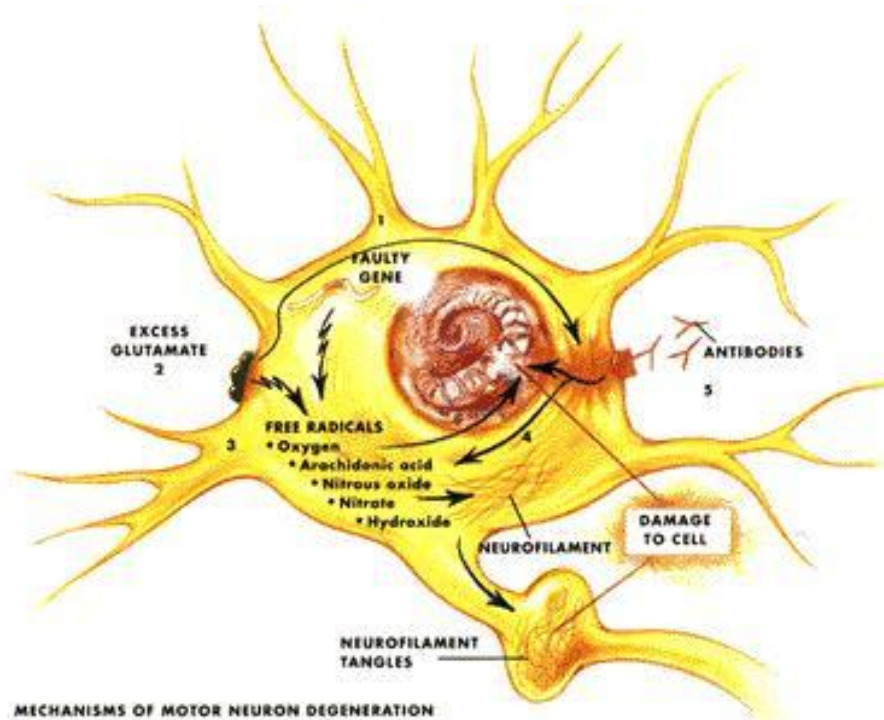
Pneumologia, all'appello hanno risposto soltanto due anestesisti e tre cardiologi





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Innovazione Il pacemaker rileva le apnee notturne

Un pacemaker di nuova generazione, frutto della ricerca italiana, oltre a stimolare il battito cardiaco alla giusta frequenza, individua le apnee notturne ostruttive e le tiene sotto controllo. Una buona notizia per circa 2 milioni di italiani. Ma solo il 5% sa di avere questa sindrome che causa sonnolenza diurna e disfunzioni cardio-polmonari. Il più delle volte l'unico sintomo è un forte russamento, con apnee. La patologia è più diffusa in chi porta pacemaker. «Con il nuovo pacemaker, il Repley 200 - spiega Alessandro Capucci, ordinario di Cardiologia all'università Politecnica delle Marche - si può seguire il movimento del torace, verificando se c'è uno stop e valutando il tempo di arresto». «Appena compare il disturbo rivolgersi - spiega Alberto Braghiroli di Pneumologia Riabilitativa, Fondazione "Maugeri" - all'Associazione italiana medicina del sonno e ai centri pneumologici».

Fra.Fil.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Insufficienza renale, cautela con gli antinfiammatori

L'APPELLO

«**N**ei pazienti con insufficienza renale, i "fans", gli anti-infiammatori non steroidei, devono essere utilizzati con cautela, in quanto possono peggiorare la funzionalità renale. È necessario somministrare la dose minima possibile e fare controlli continui». È una delle raccomandazioni dell'Aifa, l'Agenzia del farmaco, per il corretto uso di questi medicinali.

Agli innegabili vantaggi, si accompagnano anche effetti non sempre secondari: devono essere utilizzati con attenzione e sotto controllo medico, mai ricorrendo al "fai da te". Per questo l'Aifa ha deciso di arrivare ad un documento in cui si evidenziano le cautele da assumere per chi soffre di allergie particolari, problemi di cuore o gastrointestinali. Per molti specialisti nel controllo del dolore cronico è preferibile ricorrere a oppioidi a basso dosaggio, come l'ossicodone associato al naloxone che, se somministrato per via orale, è in grado di contrastare l'azione dell'ossicodone stesso a livello intestinale, prevenendo l'insorgenza della costipazione.

L'ALLERTA

«Va alzata l'attenzione sull'uso improprio dei "fans", poiché i benefici ci sono però è stata troppo sdoganata la loro tossicità - spiega Francesco Locatelli, Direttore scientifico del dipartimento di Nefrologia dell'ospedale Manzoni di Lecco - il rischio è una tossicità acuta con diminuzione del flusso renale e quindi nella produzione di urina, per arrivare a quella cronica con distruzione del parenchima e dei tubuli renali. In particolare bisogna star attenti se si assumono insieme altri farmaci come sartanici, diuretici e ace inibitori che peggiorano la situazione. Quindi prima di ricorrere ai "fans" è bene sapere qual è lo stato dei reni e rivolgersi sempre al medico».

Antonio Caperna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Malattia autoimmune causa l'ispessimento della pelle arrivando anche a colpire gli organi interni. Sono 60mila i pazienti, la maggior parte donne under 35, e non hanno esenzioni né agevolazioni

La sconosciuta sclerodermia

«FONDAMENTALE
LA DIAGNOSI PRECOCE
SOTTOVALUTARE I SINTOMI
PUÒ ESSERE FATALE»

Roberto Giacomelli
Ordinario reumatologia
L'Aquila

I primi
controlli
sono
importanti

IL CASO

Sono pochi, stanno molto male, non hanno esenzioni dai ticket, devono sottoporsi a diverse visite ogni mese e non hanno più voce per farsi sentire. Sono i sessantamila pazienti (nella maggioranza giovani donne sotto i 35 anni) colpiti da sclerodermia o sclerosi sistemica progressiva. Una malattia autoimmune che causa l'ispessimento della pelle arrivando, nei casi più gravi, a colpire anche i tessuti degli organi interni come polmoni, cuore, reni, esofago e tratto gastrointestinale.

Sessantamila pazienti, in confronto alle grandi patologie, sono un piccolo numero ma, non per questo, non devono avere diritto a delle agevolazioni quando entrano in un ospedale e in un ambulatorio della Asl. Primo passo: da anni i malati chiedono che la sclerodermia entri nell'elenco delle malattie rare in modo di avere una sorta di corsia preferenziale una volta che si devono fare visite ed esami. Come risposta, solo rinvii su rinvii.

Per discutere, anche di questo, al ministero della Salute è stato organizzato, dal Centro per la diagnosi precoce della sclerodermia, la cura delle ulcere e la videocapillaroscopia diretto dall'angiologa Antonella Marcochia dell'ospedale Sandro Pertini di Roma, un convegno sulle novità scientifiche e sui problemi quotidiani dei pazienti.

LE VISITE

«È una patologia poco conosciuta - spiega Roberto Giacomelli ordinario di Reumatologia all'università dell'Aquila - e la sottovalutazione dei primi sintomi può essere fatale mentre una diagnosi precoce può ritardare la disabilità e salvare delle vite. Ogni anno si contano trecento nuovi casi e, per tutti, la strada è in salita. I

pazienti devono essere visitati da più specialisti e sottoporsi a diversi esami. Il non aver ancora inserito questa patologia tra le malattie rare rende ancora più penosa la quotidianità di chi sta male. Attese, ticket, passaggi tra ambulatori. Tutto porta ad un ritardo nella diagnosi».

La malattia, spiegano all'Associazione italiana lotta alla sclerodermia (www.aills.it) è devastante per l'ispessimento della cute che tende ad indurirsi e a ritirarsi, cambiando spesso i lineamenti del viso e modificando progressivamente la fisionomia del malato. Il cambiamento, inoltre, non è solo esteriore «poiché la produzione esagerata di collagene e la vasculopatia generalizzata possono coinvolgere gli organi interni».

GLI OSPEDALI

Solo in pochi ospedali esistono dei team formati da vari specialisti per i pazienti colpiti da sclerodermia o centri d'eccellenza. Oltre al Pertini di Roma, all'Aquila ospedale universitario, ad Ancona Clinica Medica, a Firenze Careggi e a Napoli università Federico II.

«Va ricordato - aggiunge Giacomelli - che la malattia colpisce soprattutto donne in età fertile e la causa è ancora ignota. Il problema, all'inizio, si localizza alle mani e alle dita. In seguito, soprattutto nella forma diffusa, arriva ad estendersi anche in altre aree del corpo. I segni manifesti sono ulcere alle nocche e ai polpastrelli. E poi dolori articolari, debolezza muscolare, difficoltà a inghiottire e respiratorie, alterazione del ritmo cardiaco. Non si può fare prevenzione, il vero aiuto è quello di diagnosticare presto la patologia». Riconoscendo, per esempio, il fenomeno di Raynaud, uno dei primi segni che si presenta sulle mani: vasospasmo eccessivo, riduzione del flusso del sangue nelle arteriole, cianosi, formicolio e dolore.

C.Ma