



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## **L'appello**

### **Sanità privata: allarme per gli esami negati**

«In Campania si curi chi può, strada sbarrata per i pazienti oncologici che potrebbero giovare della radioterapia stereotassica multi-slide». L'allarme è di Pier Paolo Polizzi, presidente dell'Aspat (Associazione sanità privata accreditata): «Dopo l'aggiornamento delle tariffe nel 2012 la Regione torna indietro: bisognerà calibrare i rimborsi anche per le radioterapie di ultima generazione».

【IL TERMOMETRO DELLA SALUTE】

## Radioterapia, ripristinati i servizi sanitari convenzionati

TORNANO a essere erogati i servizi in convenzione per i malati di tumore. L'impegno annunciato una settimana fa da Vincenzo De Luca, presidente della Regione Campania, è diventato effettivo grazie a un provvedimento tampone varato dall'ente di via Santa Lucia. Da fine luglio, infatti, in Campania si è esaurito il fondo regionale per le prestazioni sanitarie in convenzione, costringendo i cittadini a pagare interamente le analisi e le terapie svolte presso i centri convenzionati. Un aggravio significativo delle spese sanitarie delle famiglie campane. Per ora il provvedimento riguarda i servizi sanitari convenzionati di radioterapia, fondamentale per la cura del cancro. Esibendo il codice sanitario 048, che contraddistingue i malati oncologici, i pazienti che si rivolgono ai centri privati per le prestazioni sanitarie possono usufruire, di nuovo, del fondo in convenzione. "A seguito di un'approfondita ricognizione con le

strutture pubbliche e con il privato accreditato si rassicura che le prestazioni radioterapiche saranno regolarmente garantite in tutta la regione dai centri accreditati per i prossimi due mesi".

•••

EMERGENZA furti di farmaci, il fenomeno grava sul Sistema sanitario nazionale sia da un punto di vista economico sia da quello dei rischi per la salute. La Campania e la Puglia le regioni più colpite: il 61,7 per cento degli antitumorali rubati proviene da qui. Secondo il rapporto Transcrime (Centro di ricerca sulla criminalità transnazionale della Cattolica di Milano e dell'Università di Trento) tra il 2006 e il maggio 2014 sono stati rubati medicinali per oltre 22 milioni di euro: di questi, quasi 10,5 milioni sono andati in fumo nel solo 2013 e 3,3 milioni nei primi cinque mesi del 2014. I farmaci più rubati sono gli

antitumorali, sottratti in 52 casi tra il 2006 e il maggio 2014 per un valore complessivo che sfiora gli 11 milioni di euro. Tra il 2011 e il 2014 la Campania ha perso circa 9,1 milioni di euro, pari al 48,5 per cento del totale del valore rubato.

•••

PIÙ DI 300mila dei pazienti sopravvissuti al cancro, dei 3 milioni italiani, sono in Campania. Si tirano le somme sulla cardiologia in un convegno International Workshop on Cardiology, in programma fino a oggi 3 ottobre all'Università Federico II. "Il problema degli effetti collaterali cardiaci della terapia antitumorale - spiega Nicola Maurea, direttore della Struttura Complessa di Cardiologia alla Fondazione Pascale di Napoli e co-presidente del congresso - sta diventando sempre più consistente anche perché, a causa dell'invecchiamento della popolazione, un numero sempre maggiore di

pazienti arriva alla diagnosi di tumore con fattori di rischio cardiovascolari (ipercolesterolemia, dislipidemia, diabete, ipertensione arteriosa) o cardiopatie silenti. È necessario organizzare l'assistenza, garantendo posti letto negli ospedali oncologici dedicati alle patologie cardiovascolari e gestiti, quindi, direttamente dai cardiologi".

•••

NASCE in Campania l'Osservatorio Regionale per la Terza età. "Il 35 per cento degli anziani in regione non ha assistenza sanitaria e sociale. Si tratta di soggetti fragili, che hanno bisogno di cure, e pertanto sono a forte rischio. L'Osservatorio - spiega Salvatore Isaia, presidente della sezione Campania dell'Associazione Nazionale Strutture per la Terza Età, che lo presiederà - monitorerà le condizioni di vita degli anziani e vigilerà sulla qualità dell'assistenza che viene erogata nelle strutture sul territorio".

Altro che conti in ordine. Secondo i dati dell'Agenas per la Campania i costi nel 2014 sono aumentati del 2,16%

## Sanità, risanamento fantasma: la spesa sale

*Per la nuova giunta regionale il rilancio dei servizi ora è una montagna da scalare*

di **Giuseppe Palmieri**

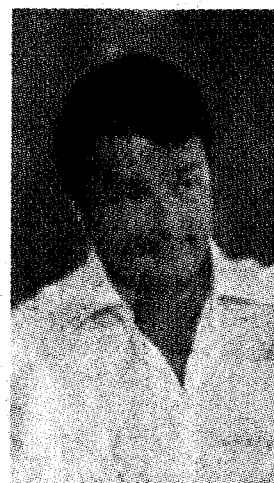
**NAPOLI** - Altro che risanamento, che conti in ordine e rilancio di un settore devastato dalle precedenti gestioni, come a più riprese dichiarato dall'ex governatore **Stefano Caldoro** (a destra). Secondo gli ultimi dati forniti dall'Agenas, l'agenzia per i servizi sanitari regionali, nell'ultima fase della sua amministrazione la spesa campana è addirittura aumentata e non ne è seguito neppure un miglioramento dei servizi che, come da tempo lamentano pazienti e medici, sono in condizioni pietose. Dopo tre anni di flessione delle spese annuali, infatti, il costo del comparto sanitario campano è aumentato del 2,16% ritornando, di fatto, sopra il livello del 2012. Quindi, anche se mancano i dati relativi al 2015, si può dire che dopo una buona partenza, la giunta Caldoro ha aumentato la spesa invece che diminuirla, riuscendo a fare di poco meglio rispetto all'amministrazione guidata da **Antonio Bassolino** (che sembrerebbe pronto a tornare in campo come candidato sindaco di Napoli per il Pd, per altro). Il governatore **Vincenzo De Luca** (a sinistra) riparte da questa situazione per tentare di scalare la montagna e restituire alla Campania un comparto sanitario decente. Una buona notizia, dopo

giorni di paura, arriva da Roma. "Taglieremo parecchie poltrone, ma non ci saranno riduzioni dei fondi destinati alla sanità. L'anno prossimo nella legge di stabilità, che presenteremo entro metà ottobre, saranno 111 miliardi contro i 113,1 previsti. Per le poltrone in meno, appunto"; ha detto il premier **Matteo Renzi** (al centro) ieri pomeriggio. Non dovrebbero essere toccate, dunque, le risorse destinate allo sblocco del turnover, sul quale De Luca punta sin dai primi giorni del suo mandato. Però c'è da fare grande attenzione. "Da oltre otto anni in Campania i cittadini sono costretti a pagare privatamente le presta-

**Segnali positivi da Roma, Renzi: "No a nuovi tagli"**

zioni sanitarie negli ultimi quattro mesi dell'anno, con gravi ripercussioni per gli anziani che non hanno disponibilità economiche", ha detto nei giorni scorsi **Salvatore Isaia**, presidente di Anaste Campania. E ieri

**Pensionati ed esperti lanciano l'allarme**



da Salerno hanno lanciato l'allarme sul pericolo di tagli all'assistenza specialistica. "Il presidente della Regione scenda in campo per evitare la paralisi che costringerà i pensionati a decidere se mangiare e curarsi", ha dichiarato il segretario generale della Cisl Pensionati di Salerno, **Giovanni Dell'Isola**. La sanità resta la sfida più importante per il nuovo governatore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# quotidianosantità.it

04 OTTOBRE 2015

## Spesa sanitaria torna a crescere nel 2014 (+0,89%). Aumentano i costi per farmaci, dispositivi medici e consulenze. Il report Agenas

***Dopo la discesa degli ultimi anni torna a salire la spesa per la sanità. Crescono i costi per prodotti farmaceutici ed emoderivati (+7,09%), dispositivi medici (3,41%), manutenzioni e riparazioni (+5,62%). Dal 2008 ticket cresciuti del 26%. Mobilità sanitaria a quota 3,8 mld. Ma nonostante le spese in più, grazie alle coperture extra (le tasse) il Ssn chiude l'anno con un avanzo di 600 mln. [IL REPORT](#)***

Aumenta dello 0,89% nel 2014 la spesa sanitaria rispetto all'anno precedente arrivando a quota 112,6 mld. È quanto rileva l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas) che ha pubblicato l'ultimo aggiornamento dei dati sulla spesa sanitaria nazionale e regionale relativi al periodo 2008-2014, con particolare attenzione alle voci di costo che hanno maggiormente inciso sull'andamento della spesa e ai disavanzi regionali.

Lo studio s'incentra sull'analisi dei dati ricavati dai Conti Economici (CE) consuntivi compilati dalle Regioni stesse e inseriti sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute.

**Spesa 2014 in crescita.** Una prima analisi dei fenomeni più significativi evidenzia una crescita nel 2014 della spesa sanitaria dello 0,89% rispetto al 2013, segnando un'inversione di tendenza rispetto agli anni 2008-2013, che registravano un trend in diminuzione. Va specificato che pur in presenza di una crescita della spesa sanitaria, non si arresta il trend in diminuzione dei disavanzi regionali. Il sistema sanitario nazionale, dopo le coperture registra un avanzo di circa 600 milioni di euro. A livello regionale la spesa è aumentata di più in Abruzzo (2,5%), Lombardia (+2,3%), Campania (2,1%), Calabria (1,9%), Puglia (1,8%), Toscana (+1,8%). I cali più vistosi in Valle d'Aosta (-4,3%), Friuli Venezia Giulia (-3,6%), Pa Bolzano (-1,5%).

**Farmaci e dispositivi: aumentano i costi.** Dal lato dei costi che hanno inciso maggiormente essi sono stati: prodotti farmaceutici ed emoderivati (+7,09%), dispositivi medici (3,41%), manutenzioni e riparazioni (+5,62%). Si registra un incremento anche nella voce di spesa legata alle consulenze che ammontano nel 2014 a circa 780 mila di euro (+2,48%). Nel 2014 cresce anche la spesa per manutenzioni in media del 6%. In crescita le prestazioni da privato ma l'attenzione è sulle prestazioni per assistenza ospedaliera (+2,05%) il cui andamento non è coerente con le misure introdotte dal dl n. 95/2012, che prevedeva una riduzione rispetto al consuntivato 2011 nei volumi e nei corrispettivi degli acquisti di specialistica ambulatoriale e ospedaliera dagli erogatori privati.

Il report sottolinea anche come l'andamento di altre due componenti che non sono legate ad attività sanitarie in senso stretto ma sono rappresentative della stabilità del sistema aziendale. Nel 2014 si vede il raddoppiarsi degli accantonamenti, dove la voce preponderante è rappresentata dagli accantonamenti per rischi: 1) situazioni di contenziosi con i fornitori, specie di servizi, ancora non risolti; 2) modifica del sistema assicurativo con aumento nelle regioni del sistema della autoassicurazioni. Anche la gestione finanziaria (seppur di importi non consistenti) è rappresentativa di costi che il servizio sanitario sta pagando a seguito dei debiti pregressi e del ritardo nei pagamenti ai fornitori, infatti i valori più elevati si registrano negli interessi passivi e sono maggiormente presenti nelle regioni in piano di rientro.

**Mobilità quasi a quota 4 mld.** Per quel che riguarda la mobilità passiva, si conferma il trend in crescita con un costo pari a circa 3,8 miliardi di euro l'anno. Se andiamo a vedere i saldi della mobilità regione per regione scopriamo che in testa alla graduatoria delle Regioni che 'attragono' più pazienti c'è la Lombardia con un saldo positivo di 533,9 mln. A seguire l'Emilia Romagna con un saldo positivo di 327,9 mln e la Toscana con 151,2 mln. Al contrario tra le Regioni che hanno saldi negativi guida la classifica la Campania (-270,4 mln), seguita dalla Calabria (-251,6 mln), Lazio (-201,5 mln), Puglia (-187,2 mln) e Sicilia (-161,6 mln).

**In sei anni il ticket è cresciuto del 26%.** Mentre l'analisi del finanziamento della spesa sanitaria rileva un aumento del Fondo sanitario nazionale che dal 2008 al 2014 cresce del 9%. Per quel che riguarda invece le entrate proprie, la compartecipazione alla spesa (ticket) si conferma la voce principale con una crescita del 26% dal 2008 al 2014.

**Avanza il territorio.** La spesa per Livelli Essenziali di Assistenza indica che l'assistenza ospedaliera passa dal 48,16% del 2008 al 44,72% del 2013; quella per l'assistenza distrettuale passa dal 47,51% del 2008 al 51,09% del 2013; mentre la

prevenzione rimane stabile intorno al 4%.

**L.F.**

# Sanità, torna a correre la spesa delle Regioni

I costi aumentano di un miliardo. Con i tagli tutti i bilanci a rischio

 **PAOLO RUSSO**  
ROMA

Mentre Renzi starebbe pensando di fare a meno del decreto contro gli esami clinici inappropriati, il taglio di 2,4 miliardi che si profila per la sanità rischia di mandare in rosso i conti di quasi tutte le Regioni. E ciò imporrebbe piani di rientro a suon di aumenti delle addizionali Irpef ed Irap. A rilevarlo è il rapporto sulla spesa dell'Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali. Dopo sei anni di flessione la spesa di Asl e ospedali sale per la prima volta di un miliardo. E questo nonostante le entrate dei ticket siano aumentate in sei anni del 26%.

## Più spese per Lombardia, Abruzzo e Campania

Ad aver aperto di più i rubinetti sarebbero Abruzzo (+2,56%), Lombardia (+ 2,30%) e Campania (2,16%). Ma il problema è che oramai anche le Regioni storicamente più virtuose, come la stessa Lombardia, la Toscana e l'Emilia Romagna, galleggiano sulla linea del pareggio, mentre i conti della Liguria già si tingono di rosso per 64 milioni. Questo prima del taglio da 2,3 miliardi imposto per quest'anno, in barba all'aumento sottoscritto da

governo e Regioni con il Patto per la salute. Sforbiciata alla quale se ne andrebbe ad aggiungere un'altra di analoga entità per il 2016. Un doppio colpo che porterebbe larga parte dei bilanci regionali a tingersi di rosso, rischiando di entrare nel cono d'ombra dei piani di rientro, che significano più tasse per i contribuenti.

«Il fondo sanitario del 2016 salirà a 111 miliardi contro i 110 di quest'anno», ha assicurato alla Camera il premier. Peccato che la stessa nota di aggiornamento del Def indicasse a quota 113,3 lo stanziamento per la sanità. Come dire che si dovrà fare a meno di altri 2,3 miliardi. Soldi che al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, servono come il pane. Intanto per finanziare i nuovi Lea, i livelli essenziali di assistenza, che dovrebbero ricomprendere 100 nuove malattie rare (valore 900 milioni); altrettanti soldi occorrono per stabilizzare i circa 14mila precari della sanità; poi oltre un miliardo è necessario per garantire i farmaci innovativi (quelli oncologici in testa). Infine altri 400 milioni servono per lo sblocco del turn over, che da tempo costringe medici e infermieri a turni massacranti.

«Con nuovi tagli le prestazioni verranno erogate sempre più col contagocce finendo per allungare le liste d'attesa e costringendo sempre più assistiti a spendere nel privato o a rinunciare alle cure», mette in guardia Tonino Aceti, coordinatore del Tribunale per i diritti del malato. Mentre per Costantino Troise, leader del sindacato dei medici ospedalieri Anaao, «fissare il fondo a 111 miliardi significherebbe congelare il finanziamento al livello di 5 anni fa». Una prospettiva «che rende sempre più probabile lo sciopero della categoria». Per scongiurarlo, ma soprattutto per evitare che l'assistenza vada in tilt, Lorenzin tratta per limitare i danni. E alla fine la sforbiciata potrebbe fermarsi a 1,5, massimo 2 miliardi.

## I dubbi sul decreto contro gli esami inappropriati

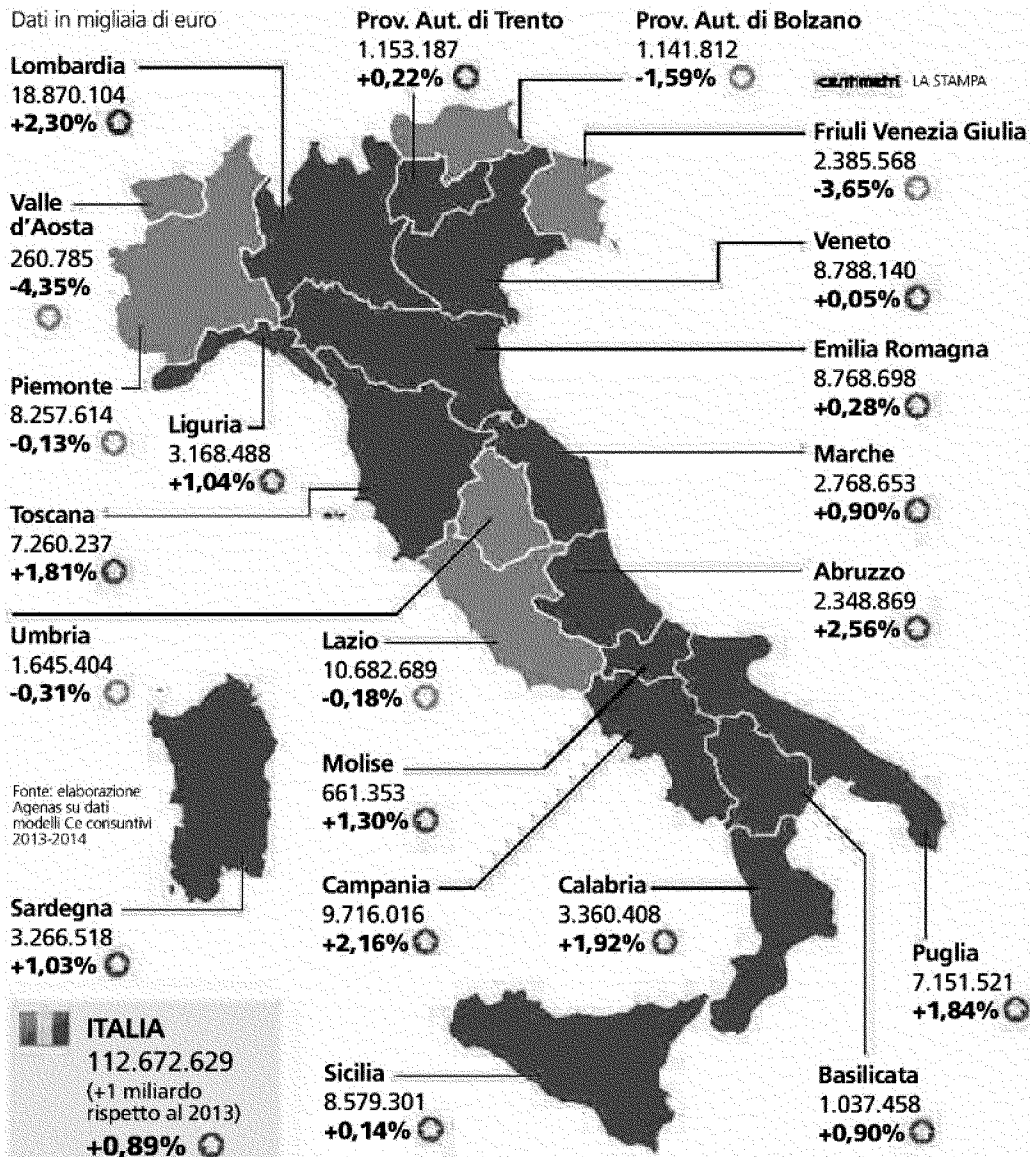
A far cassa potrebbe però non contribuire più il decreto che per 208 accertamenti diagnostici e di laboratorio prevede sanzioni ai medici e nessuna rimborsabilità per gli assistiti in caso di prescrizioni «inappropriate». Lo stop potrebbe arrivare proprio da Renzi, che lo giudica ad alto tasso di impopolarità e basso beneficio economico, visto che il risparmio sarebbe di soli 106 milioni.

## La spesa sanitaria in Italia

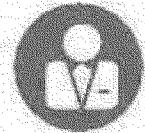
DIFFERENZA  
2013-2014

○ Chi ha ridotto i costi ○ Chi li ha aumentati

Dati in migliaia di euro



## I numeri secondo il rapporto Agenas



779

mila euro  
Le consulenze sanitarie delle Regioni sono cresciute del 2,5% nel 2014



8,9

milioni  
Il costo dei prodotti farmaceutici è aumentato del 7% l'anno scorso



1,2

milioni  
I dispositivi diagnostici hanno registrato una forte crescita (+5,7%)



8,4

milioni  
L'assistenza ospedaliera come prestazione da privato è cresciuta del 2,5%

IL MINISTRO IN AUDIZIONE AL SENATO: «SIO POTREBBERO ESPLETARE PRIMA ALTRI ESAMI, LA SPESA È DI 40 MILIONI DI EURO»

## Lorenzin: «Circa 220mila risonanze magnetiche inappropriate»

NAPOLI. «Oggi si effettuano circa 220 mila risonanze magnetiche inappropriate, fatte cioè prima di aver espletato altri strumenti diagnostici che sarebbero più appropriati. Questa roba vale 40 milioni di euro». A dirlo il ministro della Sanità, Beatrice Lorenzin (nella foto), nel corso dell'audizione in Commissione Sanità al Senato. «L'obiettivo del provvedimento - ha continuato - non è quindi quello di limitare le prestazioni



ambulatoriali per meri fini di riduzione della spesa, costringendo i cittadini a rivolgersi ai privati». Il ministro ha spiegato che il provvedimento riguarda «esclusivamente tac e risonanze magnetiche degli arti e della colonna vertebrale per un totale di 10 prestazioni, non quindi tutte le applicazioni, non riguarda le indagini oncologiche. Parliamo di prestazioni che non sono salvavita e che individuano particolari malattie». La stessa Lorenzin ha chiarito che «relativamente ai Lea, come tutti

sanno siamo in una fase in cui si discute del finanziamento del fondo sanitario. Per me la priorità che i Lea vengano attuati oggi con la legge stabilità del 2016». E ancora: «I miei uffici stanno cifrando bene la posta, non è più quella che avevamo dato all'origine, il budget è di circa 900 milioni di euro. Per me è indispensabile che nel fondo del 2016 ci siano i circa 900 milioni di euro per realizzare i Lea e il nomenclatore delle protesi. Questo è il mio impegno e quello a cui sto lavorando in questi giorni».

**Sanità.** La ministra in audizione al Senato: per la salute pubblica nel 2016 non basteranno 111 miliardi

# Lorenzin: per i Lea servono 900 milioni

**Roberto Turno**  
ROMA

«Per me sono indispensabili: vanno previsti nei fondi per il 2016 con la manovra». Al ministero della Salute stanno affannosamente rivedendo i conti e la sorpresa è già arrivata alle stelle, con prevedibile disappunto del ministro dell'Economia: i nuovi Lea (livelli essenziali di assistenza), che le Regioni hanno da tempo accantonato, costeranno 900 mln in più, quasi il doppio di quanto era stato inizialmente stimato dallo stesso ministero della Salute. E ora la ministra Beatrice Lorenzin chiede di passare all'incasso e di avere quella quota garantita dalla legge di Stabilità 2016.

Proprio mentre il premier Matteo Renzi ha fatto scattare l'allarme in tutto il "mondo sanitario" annunciando che l'asticella delle risorse per asl e ospedali salirà di 1 mld rispetto a quest'anno, in pratica sottacendo che la quota di 111 mld sarà inferiore di 2 mld rispetto a quanto previsto e appena confermato anche con la nota di variazio-

ne al Def, ecco che la ministra della Salute rilancia. E riporta in alto l'asticella delle necessità finanziarie per la salute pubblica. Altroché taglio di 2 mld: i 111 mld dichiarati per il 2016 da Renzi non basteranno, ha detto ieri a chiare lettere in una audizione in commissione al Senato. Anche perché c'è la partita spinosa dei contratti da rivedere dopo la sentenza della Consulta. E perché c'è il capitolo della stabilizzazione dei precari anche in sanità, ha detto la ministra rivendicando la par condicio e le stesse chance tra dottorie e insegnanti che vivono nell'incertezza di un lavoro in bilico: «Dopo i precari della scuola - ha detto Lorenzin ai senatori, ma inviando il messaggio al Governo - vanno stabilizzati anche quelli del Ssn». Che sono parecchie migliaia, anche se non di sicuro quanti nel "pianeta istruzione".

La partita della sanità resta insomma tra quelle più complicate - socialmente, finanziariamente, ma anche nei rapporti sempre molto tesi con i sindacati medici - nel rompicapo ancora senza soluzioni

definitive della manovra di bilancio per il 2016. Lorenzin dovrà scalare la montagna di via XX Settembre, e non solo. Intanto gioca questa partita per raschiare qualcosa dal barile. Con i governatori che stanno giocando la loro, di partita, e che non a caso hanno finora stoppato sia i Lea che altri provvedimenti del «Patto per la salute» della ministra. «Vedere moneta, dare cammello», è non a caso da tempo la posizione delle Regioni. Che con il loro rappresentante, Sergio Chiamparino (Piemonte), hanno già chiesto un «incontro urgente» a Renzi. Questione di miliardi (almeno 2) di euro che non tornano, secondo loro, tanto più dopo il taglio 2015 da 2,35 mld che si trascinerà anche nel 2016. Con un insieme di altre partite - non ultima quella dei farmaci, dai tetti di spesa alle medicine innovative e alla loro collocazione finanziaria nei tetti della farmaceutica - ad alta tensione da portare a soluzione in tempi brevi.

Batte cassa, la ministra. Ma ripete il leit motiv degli sprechi e dell'appropriatezza. Con quel Dm che

taglia 208 prestazioni che peraltro verrà modificato e per ora resta nel cassetto. Se ne ragiona con i medici e con le regioni. E a proposito di medici, giura Lorenzin, nessuno vuole demonizzarli: saranno puniti solo «solo in caso di crimini». Quanto agli italiani «non cambia nulla, nulla, nulla», giura esasperata la ministra da queste settimane di passione e di «errori nella comunicazione». Errori della stampa, naturalmente. Quando c'è bisogno, nessuno negherà niente a nessuno, è la promessa. Parola di ministra. Che col premier cerca ora la pace con i medici. Quelli che hanno la coscienza a posto, s'intende.

## INODI

Sul tavolo le partite aperte dei contratti dopo la sentenza della Consulta e dei precari. Sulle risorse le Regioni hanno chiesto un incontro urgente a Renzi

# Sprechi e attese infinite I tagli alla Sanità uccidono

Storie italiane: dal bimbo morto perché mancano le culle ai software non utilizzati

## IN CORSIA

» DAVIDE MILOSA

**N**umeri e statistiche vanno bene per la politica, ma la sanità è soprattutto vita reale, sofferenza, attesa, a volte rabbia, spesso disperazione. Sì perché i tagli al Servizio sanitario che siano di due miliardi o anche di meno o di più, sono affare del governo. Renzi dovrà valutare e decidere. Senza dimenticare il conto drammatico della quotidianità dei cittadini. Senza dimenticare, ad esempio, che in Italia, proprio a causa dei tagli, un neonato può morire.

**È SUCCESSO** in Sicilia con la piccola Nicole venuta al mondo da appena tre ore e colta da una grave crisi respiratoria. Inutile portarla all'unità intensiva dell'ospedale di Catania. Non c'è posto. I tagli hanno ridotto le culle. Si opta per Ragusa. Che sta a 100 chilometri, tre ore di viaggio. Risultato: Nicole morirà in ambulanza. Storie estreme. Dalla Sicilia all'Umbria, dove un bimbo di sette mesi ha perso la vita per una forma di cardiopatia. Poteva essere curato. Peccato che il Cup (Centro unico di prenotazioni) abbia fissato la visita non prima di sette mesi. Troppo tempo, il piccolo morirà prima.

Eppure, senza addentrarsi in vicende drammatiche, dal Nord al Sud del Paese si sprecano i casi in cui la riduzione della spesa sanitaria influisce e non poco sulla vita dei cittadini. Le liste d'attesa eterne

## Tribunale del malato

Per il coordinatore

nazionale Aceti

"l'inadeguatezza sta nei tempi di attesa"

# 26,9

I miliardi che gli italiani spendono ogni anno per la sanità privata

sono un nodo centrale. "Colpisce - spiega Tonino Aceti coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato - come all'interno delle misure annunciate dal ministero della Salute sulla inappropriata non venga affrontato ancora una volta il nodo delle liste di attesa interminabili, anche di oltre un anno. Questa agli occhi dei cittadini è la peggiore forma di inappropriata vissuta ogni giorno sulla propria pelle, insieme alla necessità di ricorrere al privato". Non a caso, l'ultima ricerca del Censis chiarisce che la spesa sanitaria privata degli italiani è aumentata del 3% dal 2007 al 2013 con un tesoretto totale di 26,9 miliardi di euro. Il dato si spiega con la necessità, sempre più sentita, di ridurre i tempi d'attesa.

**QUALCHE ESEMPIO:** una risonanza magnetica nel pubblico costa 49 euro con tempi di attesa di 68 giorni, nel privato si paga 149 euro ma si aspettano 5 giorni. Per un'ecografia all'addome il Servizio sanitario chiede 53 euro e 65 giorni. Il privato riduce a 6 giorni con un costo di 113 euro. Cifre e storie. Come quella di Francesca, giovane mamma romana di una bimba di pochi mesi.

Mamma felice oggi. Anche se durante la gravidanza è stata vittima dell'ennesimo cortocircuito. E così quando si è presentata per prenotare un'ecografia ostetrica, che dovrebbe essere garantita entro la tredicesima settimana, si è sentita rispondere che il primo posto libero era dopo sette

mesi. Praticamente dopo il parto. Racconta, invece, un altro cittadino romano: "Ho telefonato il primo ottobre 2015 al Cup della Regione Lazio per prenotare una colonscopia per mia moglie: prima data utile, settembre 2016. Se avessi voluto, in intramoenia, la prima data utile sarebbe stata il 13 ottobre, però 2015. Ogni commento è superfluo".

**ACCORCIARE** i tempi appare dunque una priorità. Non sempre, però, gli strumenti adottati dalla sanità, spendendo anche molto denaro, funzionano. Ad Avellino, ad esempio, esiste un software che regola ricoveri, degenze e cartelle cliniche. La struttura sanitaria solo di assistenza spende 150 mila euro all'anno. "E nonostante questo - spiega un impiegato - la cartella clinica del degente, che si richiede alla Struttura, assomiglia più a una risma di carta A4, che a un file consultabile online. E non ricordo che sia stata mai fatta una gara di appalto pubblica per l'acquisto del software". Storie all'italiana. Da Avellino a Palermo, dove prenotare una visita telefonicamente è un'impresa. Venti minuti di attesa e poi casca la linea. I centralinisti sono 24 ma sembra non bastare per fronteggiare 5.000 telefonate al giorno per un massimo di 2.300 prenotazioni. Vita reale. Al di là di cifre e statistiche. Di "tagli lineari" o "fatti con il bisturi" come dice il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**.



I numeri

# 5

I giorni di attesa per una risonanza magnetica nella sanità privata. Col pubblico si sale a un minimo di 68

# 41%

Sono gli italiani che oggi utilizzano il privato per accorciare le attese

# 89.000

I cittadini della Campania che nel 2014 hanno scelto di curarsi fuori regione

## Farmaci, la ricetta va online

*Pronto il decreto sulla dematerializzazione, che consente ai medici di inviare le richieste direttamente in farmacia, dove i pazienti ritireranno i medicinali*

Ricetta elettronica per i farmaci. Al posto della tradizionale ricetta cartacea, i medici richiederanno online i farmaci per il paziente. Il quale, recandosi presso qualunque farmacia pubblica e privata convenzionata con il Ssn (Servizio sanitario nazionale), potrà ritirarli. Lo prevede il decreto del presidente del consiglio dei ministri sulle prescrizioni farmaceutiche generate in formato elettronico, che, dopo oltre un anno di stand-by, è ormai in dirittura.

*De Stefanis a pag. 23*

*In dirittura (dopo un anno) il dpcm sulla dematerializzazione*

## Farmaci, ricette online

*Il medico invia le richieste in via telematica*

### La strada della ricetta dematerializzata

<i>Farmacie</i>	I medicinali prescritti su ricetta farmaceutica elettronica a carico del Servizio sanitario nazionale possono essere ritirati presso qualsiasi farmacia pubblica e privata convenzionata con il Ssn (Servizio sanitario nazionale).
<i>Quota sanitaria</i>	La farmacia, all'atto di dispensare il medicinale, riscuote l'eventuale quota di partecipazione dell'assistito prevista dalla normativa vigente nella regione o nella provincia autonoma in cui la farmacia ha sede, anche con riferimento al regime di esenzione eventualmente indicato dal medico sulla ricetta.
<i>Rimborso Asl</i>	La farmacia che ha erogato medicinali prescritti su ricetta elettronica a cittadini residenti in ambiti regionali diversi da quelli in cui insiste la farmacia stessa chiede il rimborso alla Asl competente.

#### DI CINZIA DE STEFANIS

**R**icetta elettronica per i farmaci. Al posto della tradizionale ricetta cartacea, i medici richiederanno online i farmaci per il paziente, il quale, recandosi presso farmacie pubblica o private convenzionate con il Ssn (Servizio sanitario nazionale), potrà ritirarli. Tutte le farmacie avranno accesso alle informazioni e risaliranno alla ricetta tramite il nome del paziente, che comunque recherà con sé anche un foglietto rila-

sciato dal medico con quanto serve per ritirare il prodotto in caso, ad esempio, di malfunzionamento della connessione Internet. Lo prevede lo schema di decreto del presidente del consiglio dei ministri sulle prescrizioni farmaceutiche generate in formato elettronico che ha ricevuto il via libera dalla Conferenza unificata del 30 luglio scorso. Il provvedimento, dopo una fase di sperimentazione e uno stand by durato oltre un anno, nel corso del quale ha subito anche qualche ritocco, dà attuazione all'articolo 13,

comma 2-quater, del decreto legge 21 giugno 2013 convertito con modificazioni dalla legge 9 agosto 2013 n. 198.

**Riscossione quota.** La farmacia, all'atto della dispensazione del medicinale, riscuote l'eventuale quota di partecipazione dell'assistito prevista dalla normativa vigente nella regione o nella provincia au-

tonoma in cui la farmacia ha sede, anche con riferimento al regime di esenzione eventualmente indicato dal medico sulla ricetta. Spetta alle regioni e alle province autonome, in sede di esecuzione dei controlli finalizzati alla compensazione interregionale dei rimborsi delle ricette farmaceutiche in formato elettronico, verificare che le ricette siano state redatte nel rispetto delle regole inerenti la prescrizione dei medicinali vigenti nella residenza dell'assistito, con particolare e riguardo ai medicinali prescrivibili, alle caratteristiche del medico prescrittore, alle modalità dell'erogazione e alle condizioni indicate nel piano terapeutico. Sono oggetto di compensazione le ricette elettroniche contenente i dati che consentono l'identificazione dell'utente (quali nome e cognome, data di nascita, luogo di residenza, sesso, sigla provincia e codice di competenza dell'Asl di competenza).

**Cittadini residenti in ambiti regionali diversi.** La farmacia che ha erogato medicinali prescritti su ricetta elettronica a cittadini residenti in ambiti regionali diversi da quelli in cui insiste la farmacia stessa, chiede il rimborso alla Asl competente. La regione o la provincia autonoma di residenza dell'assistito rimborsa il

prezzo al pubblico del farmaco dispensato, al netto dello sconto previsto dalla normativa vigente all'atto della richiesta del rimborso.

**Sanzioni disciplinari.** L'inosservanza del passaggio delle prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica a carico del Ssn dal formato cartaceo al formato elettronico, costituisce per i medici inadempienti illecito disciplinare e, in caso di reiterazione, comporta l'applicazione della sanzione del licenziamento ovvero, per i medici in rapporto convenzionale con le aziende sanitarie locali, della decadenza dalla convenzione, in modo inderogabile dai contratti o accordi collettivi. Il medico, o la struttura sanitaria responsabile, invia per via telematica la certificazione medica all'Inps tramite il sistema di accoglienza centrale (Sac), gestito dal ministero dell'economia.

**Invio telematico all'Inps.** I datori di lavoro possono collegarsi direttamente al sito dell'Inps, grazie alle credenziali ricevute dallo stesso Istituto di previdenza, o l'Inps può inviare l'attestato di malattia al datore di lavoro nel caso in cui quest'ultimo gli abbia comunicato il proprio indirizzo di posta elettronica certificata. Il medico comunica inoltre al lavoratore il numero di protocollo del certificato trasmesso. Il lavoratore, solamente nel caso in cui sia richiesto, resta l'obbligo di comunicare al proprio datore di lavoro il numero di protocollo del certificato di malattia.

# Come scegliere la struttura giusta

Una bussola per decidere se c'è da fidarsi o meno della soluzione individuata e verificare se le condizioni corrispondono alle necessità dell'ospite

**O**rientarsi nella scelta di una struttura di ricovero per anziani non è semplice. A partire dai nomi. Le Linee guida del ministero della Sanità (n. 1 gennaio 1994, "Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze sanitarie assistenziali"), hanno introdotto la differenziazione tra Residenza sanitaria assistenziale (Rsa) e Residenza assistenziale (Ra). Le prime (Rsa) sono rivolte ad anziani non autosufficienti e ad altri soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio.

Le Residenze assistenziali offrono forme di ospitalità collettiva (case di riposo, case albergo, comunità alloggio), sono destinate ad anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti e dovrebbero prevedere assistenza alberghiera completa e attività ricreative e culturali. Non fanno parte delle strutture del Servizio sanitario nazionale, che non copre i costi dell'ospitalità ma solo le prestazioni sanitarie erogate attraverso i distretti Asl. Proprio la regionalizzazione dell'assistenza tuttavia ha portato ad una «babele» di ter-

mini e di modelli organizzativi. Il quarto rapporto del network Non autosufficienza (2012), per esempio, ha contato ben 38 tipologie di strutture o moduli solo di Rsa con diverse finalità assistenziali e requisiti, in dieci Regioni esaminate.

Per tutte e due le tipologie, Rsa e Ra, le normative nazionali (a partire dal Dpcm 22 dicembre del 1989) e regionali hanno fissato requisiti minimi strutturali e assistenziali ben precisi per poter concedere le autorizzazioni al funzionamento ed eventualmente l'accreditamento.

Districarsi nella giungla di servizi e residenze dunque non è facile. L'associazione Auser ha stilato un decalogo «di buon senso» (nel grafico, ndr) che può aiutare nella prima valutazione di una struttura. La Società italiana di gerontologia e geriatria (Sigg), a sua volta, ha scritto le linee guida per le Rsa, un po' tecniche, suggerendo una serie di indicatori di qualità.

«In generale — esemplifica il professor Nicola Ferrara, presidente della Sigg — il consiglio che si può dare è di visitare la Rsa per valutare la qualità

delle parti comuni, controllare che ci siano spazi verdi adeguati, aree e attività per la socializzazione: tutto, compreso il personale, dovrebbe essere studiato per promuovere e stimolare quanto più è possibile questo aspetto».

Antonio Guaita, direttore della Fondazione Golgi Cenci (Ricerche e studi per gli anziani) e referente dell'area strutture residenziali dell'Associazione italiana di psicogeriatrica, suggerisce di preparare una specie di «check list» sulla quale annotare che cosa si è trovato e che cosa invece mancava durante la visita alla struttura per poi fare un bilancio ponderato dei pro e dei contro. «I due elementi principali che orientano la scelta di una struttura sono la vicinanza e il costo — aggiunge Guaita —. Ce lo dicono gli studi scientifici. Poi più passa il tempo, più si dà importanza ai rapporti umani e ai rapporti assistenziali che diventano dunque essenziali per la soddisfazione e la qualità della vita delle persone ricoverate».

Enzo Costa, presidente di Auser, invita le famiglie a verificare che siano garantiti i «livelli

minimi di dignità» di una struttura e a resistere al miraggio delle offerte a basso prezzo che oggi sono pubblicizzate online.

«Se proprio non si può fare a meno del ricovero — raccomanda —, cerchiamo di inserire i nostri cari in strutture a misura di anziano e molto più simili alle famiglie che sono costretti a lasciare. L'anziano ha bisogno di ricostituire rapporti umani e di socializzare».

**Ruggiero Corcella**

## Classificazione

Il ministero della Sanità distingue fra Residenze sanitarie assistenziali e Residenze assistenziali

## Autorizzazioni

Per tutte e due le tipologie sono previsti criteri dettagliati per il funzionamento

### Che cosa controllare

- Verificate che la struttura abbia le **autorizzazioni** per l'attività socio-sanitaria
- Controllate che la residenza sia inserita negli specifici **elenchi regionali** o comunali
- Esigete la **Carta dei Servizi** (elencate le prestazioni previste, i servizi offerti, quanto e che cosa si paga)
- Assicuratevi che l'anziano sia **valutato dai medici** della residenza
- Accertate che sia predisposto un **Piano di Assistenza Individuale**
- Verificate la tipologia di **figure professionali** medico-infermieristiche presenti
- Controllate che il servizio di mensa fornisca **pasti adeguati** agli anziani
- Preferite una struttura **non troppo lontana** dall'abitazione dell'anziano
- Visitate di persona** la residenza, chiedendo di vedere i vari ambienti
- Parlate** con i responsabili e **con gli ospiti**

## Il percorso

### L'iter che bisogna seguire e gli ostacoli da superare per accedere a una Residenza sanitaria assistita

**V**isto lo schema a fianco viene da pensare che problemi non ce ne siano: basta seguire passo-passo le «istruzioni» (fatte salve le ovvie differenze, per altro non sostanziali, tra Regione e Regione, tra Comune e Comune) per trovare non solo una residenza assistita ma anche quella con il tipo di assistenza residenziale più confacente a ogni singola persona.

Toglie parecchie illusioni (e lo potrà probabilmente confermare chi si è trovato concretamente alle prese con questi problemi, Valeria Fava, vicedirettore di Pit (Progetto integrato di tutela) Salute, la struttura che fornisce informazioni, consulenza e assistenza ai cittadini, di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato. Struttura che dal 1996 stila ogni anno un rapporto sullo «stato di salute» del Servizio sanitario nazionale in base alle segnalazioni ricevute dai cittadini.

«Tra i problemi principali delle Residenze sanitarie assistite ovvero le Rsa - sottolinea Fava— ci sono: la scarsa assistenza, i costi e i tempi di attesa. Sebbene vada preso atto di una crescente volontà di trasparenza di Asl, Comuni e Regioni, - che sempre più spesso mettono a disposizione un elenco delle Rsa in cui si precisa il numero di persone in lista d'attesa - il problema dei tempi lunghi resta. Ed è ancora più grave per chi ha maggior bisogno perché le residenze che offrono l'assistenza più complessa, quella di terzo livello, sono poche»

#### Tempi diversi anche tra Sud e Nord?

«Sì, è più facile trovare assistenza al Nord che al Sud, ma un notevole divario c'è anche tra grandi città, come Milano e Roma, e piccoli centri dove le Residenze sono meno e l'anziano magari trova ospitalità solo a 50 chilometri da casa sua, dove per i parenti è complicato andarlo a trovare.

#### E quali sono i problemi specifici relativi all'assistenza?

«Quelli che ci vengono segnalati più di frequente sono relativi ai medici talvolta meno "presenti" di quanto sarebbe previsto, e all'assistenza fornita dal personale infermieristico che risulta spesso insufficiente e in affanno e quindi delega alcuni compiti e incombenze ai parenti degli assistiti»

#### Altra nota dolente i costi: che segnalazioni vi arrivano?

La grande confusione che si è venuta a creare ultimamente (vedi articolo a pagina 3 n.d.r.) non ha fatto che complicare una situazione già complicata. Le spese sanitarie sono in capo al Servizio sanitario, ma chi deve rispondere della parte "alberghiera" dell'assistenza? Paga solo l'assistito con le sue risorse o anche i

parenti? E come si fanno i conti per calcolare il dovuto: basandosi sul reddito del singolo o su quello del nucleo familiare? Anche al netto dei dubbi, le rette per la parte alberghiera pesano. E non vorremmo vedere ridursi le liste di attesa solo perché c'è chi rinuncia e chi si rivolge al privato (pensando che tanto più o meno... si paga comunque...).

**Ma per ora le liste di attesa restano. Non avete l'impressione che contribuisca anche il fatto che spesso non ci siano alternative, o non siano conosciute?**

«Effettivamente nelle Rsa talvolta vengono ricoverati anziani che potrebbero essere assistiti in altro modo "più light" a domicilio con vantaggio innanzitutto per loro stessi. Tutti siamo d'accordo sul fatto che alla Rsa si debba ricorrere quando non ci sono alternative, ma non è colpa dei cittadini - e dei loro familiari, ammesso che ci siano e possano essere d'aiuto - se l'offerta di servizi domiciliari o ambulatoriali è limitata e si ricorre alle Rsa. Perché che spesso l'assistenza domiciliare non funziona oppure non si riescono a organizzare servizi di riabilitazione a domicilio o ambulatoriale.

#### E i centri diurni, non funzionano?

«Benché previsti, non coprono tutti i bisogni assistenziali, sono infatti poco diffusi e offrono un numero troppo limitato di posti e, in alcuni casi, sono rivolti solo ad alcune categorie di pazienti come i malati di Alzheimer o le persone con disturbi di natura mentale».

#### Ci sono altre soluzioni residenziali per accogliere gli anziani oltre alle Rsa?

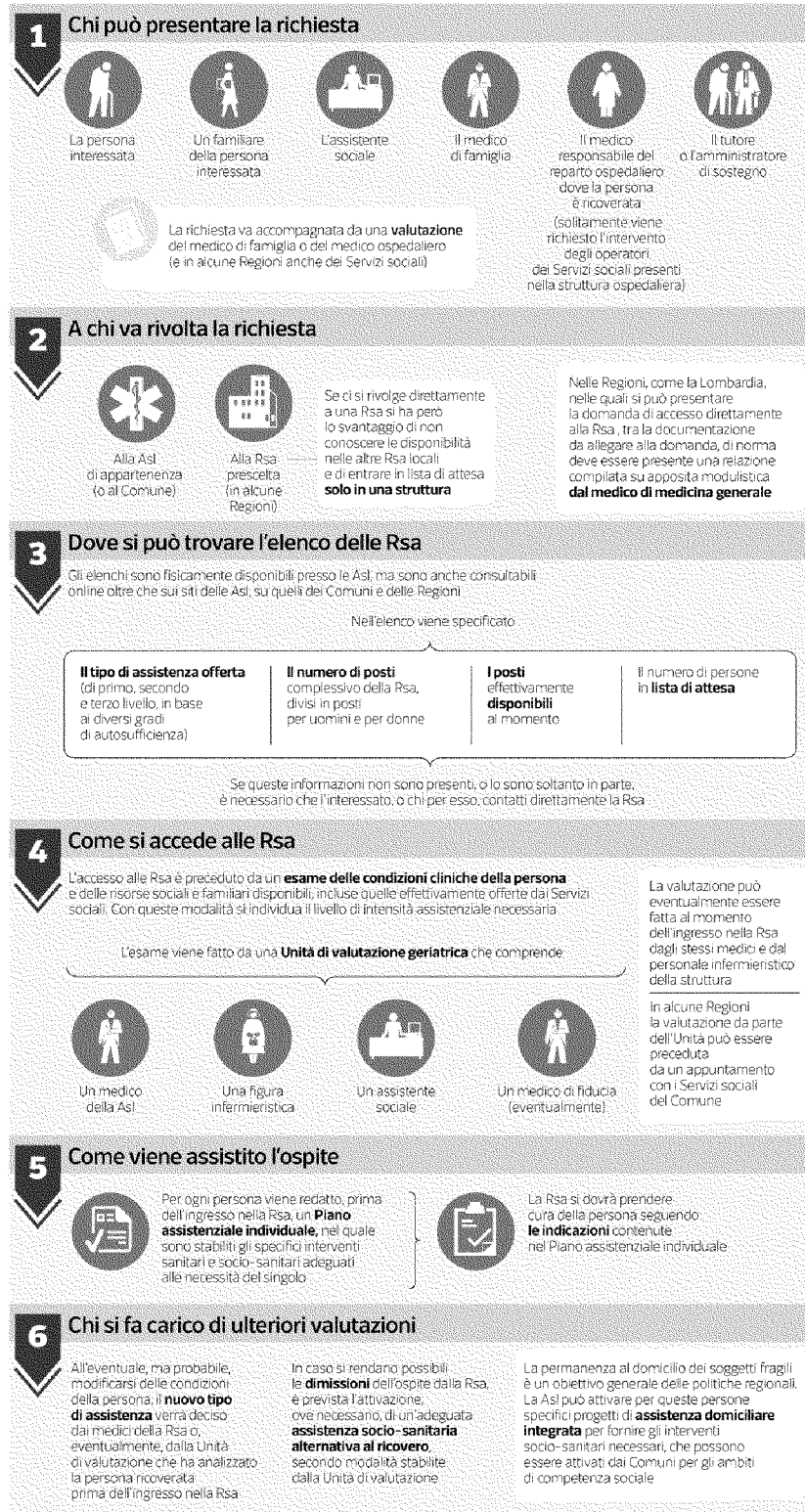
«Certo ci sono le Ra, le Residenze assistenziali, quelle che una volta si chiamavano case di riposo e sono rivolte agli anziani autosufficienti - che non dovrebbero quindi essere presenti nelle Rsa, in cui l'accento cade più sulla parola "sanità" che su quella "assistenza". Ma le Residenze assistenziali sono poche, molte sono private, alcune private ma convenzionate con il Comune. In ogni caso si paga. Se sono Residenze convenzionate, il Comune interviene nel pagamento della retta in base al reddito dell'assistito, eventualmente integrato dai contributi dei familiari».

**Daniela Natali**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Le tappe per l'ingresso in una Rsa

Le indicazioni sono valide in linea generale, ma a livello regionale, e anche comunale, possono essere introdotte delle varianti



# Residenze per anziani

## Che cosa bisogna sapere

MA LA VECCHIAIA  
NON È UNA MALATTIA

di **Giangiaco Schiavi**

**N**on siamo un Paese per vecchi. Siamo un Paese di vecchi in parcheggio e di famiglie che navigano a vista. Quando l'autonomia vacilla e la solitudine aggrava i problemi c'è una meta che diventa obbligata per trecentomila di loro: residenza sanitaria assistita. Luogo, albergo, villa (arzilla o azzurra che sia) per chiudere fuori dalla porta il mondo di ieri diventato ingestibile, condizionato da solitudine e patologie invalidanti.

Qualche volta evitabile, molto spesso inevitabile, questa scelta è da sempre oggetto di dubbi e sensi di colpa in un mercato asimmetrico, in cui domina l'offerta e l'interessato non decide quasi mai. Si dovrebbe cambiare e correggere un approccio di tipo ospedaliero che mal si adatta a quel concetto di longevità attiva che rappresenta il modo nuovo di concepire l'anzianità: non solo come costo ma come risorsa. È quel che dicono filosofi, geriatri e neurologi: la vecchiaia non è una malattia, il cervello è plastico e reagisce agli stimoli e si riattiva con le relazioni. La costanza di rapporti, la rete sociale, lo stile di vita e la comunità

possono garantire scenari da healthy aging, longevità sana, meno onerosa per famiglie e sanità pubblica. È una svolta che tocca le residenze, troppo spesso adagiate sul comodo cuscino del parcheggio assistenziale: a volte non se ne può fare a meno, come nel caso dell'Alzheimer, ma se davvero la medicina sul territorio venisse rafforzata si potrebbe accelerare quel processo che in Italia è già avviato: la diminuzione della percentuale di anziani con menomazioni funzionali in una o più attività della vita quotidiana. Gli anziani (attenti alla definizione, questa è la stagione dei giovani vecchi) sono in Italia 16 milioni: assorbono più della metà della spesa sanitaria, sei su dieci sono portatori di una o più malattie croniche. La deriva assistenzialista ha fatto di loro un mercato le cui storture vanno corrette. È importante conoscere limiti e qualità dell'offerta, come si propone l'inchiesta di Corriere salute. In futuro serviranno sempre più soluzioni residenziali per longevi attivi, non più destinati al parcheggio, ma capaci di produrre quei beni che chiamiamo relazionali.

1. Come orientarsi fra Rsa, Ra e le altre denominazioni
2. La procedura da seguire per ottenere il ricovero
3. In che modo verificare se la struttura è adeguata
4. Quale parte della retta può essere a carico dell'ospite
5. I modelli che si stanno sperimentando per l'Alzheimer



L'offerta dei «ricoveri» per anziani (e non solo) si articola in modo molto complesso, con forti differenze territoriali e modelli organizzativi diversi. Di conseguenza, le famiglie incontrano non poche difficoltà a orientarsi. E spesso scoprono lunghe liste d'attesa

# Rsa, Ra e tante altre sigle Ma per quale assistenza?

# C

on il progressivo invecchiamento della popolazione sono sempre di più le persone che hanno bisogno non solo di cure sanitarie, ma anche di assistenza socio-assistenziale, perché non sono in grado di svolgere atti necessari alla vita quotidiana come lavarsi, vestirsi, fare la spesa o mangiare da soli, a causa dell'età, di disabilità, di malattie cronico-degenerative. In questi casi se non è possibile essere assistiti a casa, il Servizio sanitario prevede la possibilità di ospitarle, per un periodo temporaneo o a lungo termine, in strutture residenziali diverse dagli ospedali, in genere denominate Rsa-Residenze sanitarie assistenziali. L'assistenza socio-sanitaria residenziale è inserita nei Lea, i Livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti i cittadini (Decreto presidenziale del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001).

Ma come si articola l'offerta di assistenza residenziale? E, soprattutto, risponde davvero alle necessità della popolazione? «I dati sono frammentati, difficili da paragonare, e non consentono di valutare l'efficacia e l'efficienza del livello assistenziale» esordisce Giorgia Pastorelli, autrice del capitolo sull'assistenza residenziale all'interno del "Rapporto Sanità 2015", curato dal CREA (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) dell'Università Tor Vergata di Roma, che sarà presentato il 29 ottobre.

Una ricognizione è stata fornita dall'Istat con l'indagine sui "Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari" del dicembre 2014, che

ha rilevato le "unità di servizio" presenti nelle strutture residenziali nel 2012. «I presidi — spiega infatti Alessandro Solipaca, ricercatore dell'Istituto nazionale di statistica — possono accogliere diverse tipologie di persone: per esempio, ospitano in un piano anziani e in un altro minori. Abbiamo censito quasi 8 mila unità di servizio, che sono risultate prevalentemente per anziani, autosufficienti e non, con l'81% dei posti disponibili; gli altri sono risultati dedicati a persone con disabilità (9%), con problemi di salute mentale (6%), a minori, tossicodipendenti, adulti con disagio sociale, immigrati».

«Dal Rapporto CREA, comunque, emerge che in tutto il settore c'è una progressiva "privatizzazione" — anticipa Pastorelli —. Le strutture private accreditate (già numerose) sono quasi raddoppiate dal 2002 al 2012, mentre quelle pubbliche sono cresciute solo di un 50%» (si veda la tabella). Altro dato certo, il solito divario tra Nord e Sud: secondo l'Istat, nel Settentrione la disponibilità di posti letto a carattere socio-sanitario è di 8 ogni 1.000 residenti, nel Meridione è di meno di 2. «In alcune Regioni, soprattutto del Nord, si è sviluppata una rete di strutture con un sistema misto pubblico-privato, a volte integrato tra sanitario e sociale — commenta il presidente della Società italiana di gerontologia e geriatria, Nicola Ferrara —. Al Sud è prevalsa la logica *cash for care*: è soprattutto la famiglia a gestire la non autosufficienza avvalendosi di contributi economici, come, per esempio, indennità di accompagnamento o pensione di invalidità civile».

L'offerta residenziale, quindi, cambia da una Regione all'altra, persino nei nomi. «Strutture che danno gli stessi servizi hanno denominazioni diverse, e non sempre alla medesima "sigla" corrisponde la stessa prestazione residenziale. Così, la denominazione più diffusa, Rsa, ha significati diversi» spiega Carlos Chiatti, uno degli autori del 4° Rapporto sulla non autosufficienza, promosso dall'Inrca, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico per anziani, in collaborazione con il network sulla Non autosufficienza.

«Anche i criteri di accreditamento delle strutture cambiano da una Regione all'altra: in alcune

il processo è molto chiaro, preciso e con controlli anche rigorosi, in altre è più blando — aggiunge Giovanni Lamura, responsabile del Centro di ricerche socio-economiche sull'invecchiamento dell'Inrca —. E varia molto la percentuale della retta "alberghiera" a carico dell'assistito: può dipendere dal reddito o dall'intensità dell'assistenza richiesta; può decorrere dal primo giorno di ricovero come accade nella maggior parte delle Regioni, o dopo i primi 30 giorni e perfino dopo i primi due mesi, come accade in altre». Insomma, alle famiglie tocca districarsi tra criteri organizzativi disparati. Per esempio, l'offerta può essere articolata per intensità assistenziale, o di-

stinguere tra ricoveri temporanei e permanenti o, ancora, per la presenza o meno di nuclei specifici per persone con demenza. «Le procedure stesse per accedere a una Rsa non sono uniformi — afferma Angelo Del Favero, presidente di Federsanità-ANCI (Ass. Naz. Comuni Italiani) —. Al Sud la ricerca del posto letto è più complessa e spesso è il cittadino che deve trovarselo».

Infine, bisogna aspettare. Da un'indagine dell'Auser, associazione per il volontariato tra gli anziani, svolta tra il 2007 e il 2012, risulta che, secondo i responsabili di Rsa intervistati, i tempi d'attesa oscillano in media dai 90 ai 180 giorni. «Nella maggior parte dei casi le liste di attesa sono gestite dalla struttura e a volte si accede anche per via informale», fa notare Carlos Chiatti.

**Maria Giovanna Faiella**

**Una giungla di nomi  
Centri che danno  
lo stesso sostegno  
hanno denominazioni  
differenti e a volte  
a sigle uguali  
non corrisponde  
la stessa prestazione**

### **Permessi**

I criteri di accreditamento delle strutture cambiano da una Regione all'altra: in alcune il processo è rigoroso, in altre è più blando



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Notizie dalle Province



**IL CASO** Novantamila euro di ammanchi sulle visite, ci sono altri funzionari sotto indagine

## Policlinico, inchiesta sui ticket Indagato accusa il collega morto

**NAPOLI.** Ad accorgersi degli ammanchi è stato l'ex direttore generale del Nuovo Policlinico Giovanni Persico che ha denunciato. Per ora, con l'accusa di aver intascato i soldi dei ticket ci sono agli arresti domiciliari due persone. Ma ci sono anche altri indagati. Uno di questi ha evitato il carcere scaricando tutte le responsabilità su un altro collega. Nulla di male, anzi sarebbe stato un atto dovuto e meritorio se quel collega non fosse deceduto. Proprio così, un morto non può parlare, non può difendersi, può portare con sé qualsiasi tipo di colpa. Gli investigatori della Finanza non credono ad una parola, ma, per ora, hanno le armi spuntate, e la difesa dell'infermiere funziona meglio della loro accusa.

Intanto, l'inchiesta non è passata certamente indifferente sull'organizzazione del Policlinico. Rocco Russo, in servizio presso la clinica Ostetricia nel periodo degli ammanchi, è stato trasferito temporaneamente al Centro unico di prenotazione prima di essere licenziato, in seguito alle risultanze dell'indagine interna. Ora è agli arresti domiciliari. In passato fu anche oggetto di un servizio di "Striscia la notizia". Salvatore Marigliano, invece, indagato e agli arresti domiciliari; il 22 settembre è stato confermato con disposizione del commissario straordinario numero 381, capo Ufficio Responsabile Gestione casse ed acquisti tramite cassa.

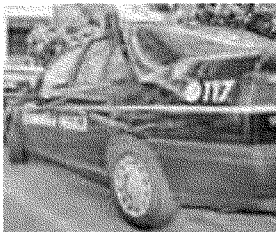
Il posto lasciato vacante da Rocco Russo nella clinica di Ostetricia è stato preso da G. S. anch'egli indagato a piede libero per lo stesso reato. Intanto, sono in corso accertamenti per un altro impiegato di un'altra clinica, momentaneamente trasferito. Anche per lui si parla di ammanchi di denaro.

Ma la situazione al Policlinico è critica per tanti aspetti. Ultimamente ci sono continui furti di cavi dell'energia elettrica di nuove cabine in fase di installazione. L'ultimo furto risale alla notte tra venerdì e sabato. Gli investigatori sono certi che ci sia un basista interno.

Intanto, nella stessa notte c'è stato un blitz del direttore sanitario e del direttore amministrativo presso la Radiologia dell'edificio 10. Qui hanno trovato tutto aperto, luci accese e strumenti radiologici incustoditi, il personale medico e tecnico in servizio era tutto presso l'altra radiologia nell'edificio 16.

**CLAUDIO SILVESTRI**





## **In Regione**

**Centri accreditati  
e convenzioni:  
blitz della Finanza**

**Verificare le modalità con le quali sono stati accreditati i centri sanitari convenzionati con il servizio sanitario campano e le modalità seguite per l'affidamento e l'esecuzione degli obblighi contrattuali derivanti da appalti di forniture e servizi.**

**È l'obiettivo di un'ispezione messa a segno dai militari presso la sede della Regione Campania e l'Azienda sanitaria locale Napoli 3 (area Nolana e Sorrentina) effettuata da militari del Nucleo speciale anticorruzione della Guardia di Finanza.**

**L'iniziativa che ha visto protagonisti i militari delle fiamme gialle rientra nella collaborazione tra Autorità nazionale anticorruzione e il comando della Guardia di Finanza della nostra regione.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'INCHIESTA**

# Convenzioni Asl appalti e servizi: blitz in Regione

- Ispezione del nucleo anticorruzione della Finanza  
Nel mirino i centri privati accreditati con la Napoli 1
- Sotto controllo centinaia di atti per l'ok degli affidamenti,  
i rimborsi e la regolarità di alcune cessioni societarie

**ROCCO TRAISCI**  
Redazione

**Napoli.** Blitz in Regione, ieri mattina. Il nucleo speciale anticorruzione della Guardia di Finanza di Napoli ha chiesto e ottenuto l'accesso ad alcuni uffici sia dell'Asl sia della Regione per verificare le modalità con le quali sono stati accreditati i centri sanitari convenzionati con il servizio sanitario campano e le modalità seguite per l'affidamento e l'esecuzione degli obblighi contrattuali derivanti da appalti di forniture e servizi. E' questo il corpo dell'indagine (che proseguirà stamattina) presso la Regione Campania e l'Asl Na3 effettuata da militari. L'iniziativa rientra nella collaborazione tra Autorità nazionale anticorruzione e fiamme gialle.

L'intervento dei finanziari è volto, tra l'altro, ad accertare la

regolarità di modifiche e cessioni societarie e delle procedure di erogazione dei rimborsi ai centri sanitari convenzionati o accreditati. L'inchiesta per adesso non ha fatto trapelare alcun tipo di coinvolgimento giudiziario; top secret risulta anche la lista delle aziende e dei centri convenzionati sotto controllo. Nessun commento, chiaramente, anche dalla Regione, che aspetta la fine dell'ispezione prevista per domani.

Intanto il neo governatore Vincenzo De Luca è alle prese con la nomina dei manager della Napoli 1. Fallita la consegna dell'incarico ad Antonella Guida, che ha rifiutato la nomina, la giunta lancia un nuovo strumento di tutela proprio per gli appalti nel delicato settore sanitario. Infatti è già in fase di elaborazione e sarà siglato nei prossimi giorni un Protocollo di Vigilanza Collaborativa tra la

Regione Campania e l'autorità nazionale Anticorruzione. Nel corso di un colloquio tra il governatore Vincenzo De Luca e il presidente dell'Autorità Raffaele Cantone sono state definite le linee del Protocollo. «Abbiamo avviato con il Presidente Cantone - afferma De Luca in una nota - una collaborazione strategica per assicurare massima legalità e trasparenza per tutti gli appalti e contratti della Regione Campania, degli enti e delle società partecipati».

«Avremo - prosegue il presidente della Campania - una continua attività di monitoraggio e verifica con particolare riguardo per alcuni settori come il ciclo integrato dei rifiuti, la gestione delle acque, l'edilizia pubblica, le infrastrutture per i quali nei prossimi anni sono previsti ingenti investimenti pubblici a cominciare dall'uso virtuoso dei fondi europei».



## L'INDAGINE

E' finalizzata a verificare la regolarità delle procedure di erogazione dei rimborsi alle strutture private



## IL PRECEDENTE

Qualche giorno fa la visita agli uffici che lavorano con le onlus che stanno ospitando i profughi



E' il secondo in pochi giorni: mercoledì l'accesso del nucleo Anticorruzione per fare luce sull'accoglienza ai migranti

# Sanità, doppio blitz della Finanza in Regione

Acquisiti atti a Palazzo Santa Lucia e all'Asl Napoli 3: nel mirino i centri convenzionati accreditati

di Maria Bertone

**NAPOLI** - Un nuovo blitz della guardia di finanza negli uffici Regionali. I militari del Nucleo speciale Anticorruzione delle fiamme gialle hanno messo in campo una doppia ispezione, ieri: una presso Palazzo Santa Lucia e un'altra negli uffici dell'Asl Napoli 3. In entrambi i luoghi hanno consultato e fotocopiato documenti. L'obiettivo

è verificare le modalità con le quali sono state accreditati i centri sanitari convenzionati con il servizio sanitario campano e le modalità seguite per l'affidamento e l'esecuzione degli obblighi contrattuali derivanti da appalti di forniture e servizi. L'intervento dei finanzieri è volto, tra l'altro, ad accertare la regolarità di modifiche e cessioni societarie e delle procedure di erogazione dei rimborsi ai centri

sanitari convenzionati o accreditati. Il blitz di ieri è il secondo in pochi giorni che vede gli uomini dell'Anticorruzione fare visita in Regione. Quella di mercoledì era finalizzata alla verifica della regolarità degli affidamenti ad onlus per la gestione temporanea dei servizi di accoglienza di cittadini extracomunitari. In quella occasione i militari hanno fatto visita a palazzo Santa Lucia e all'edifi-

cio C3 del Centro direzionale. In particolare, l'attività ispettiva è stata finalizzata in primo luogo all'acquisizione della documentazione relativa alla vicenda della Onlus "Un'Ala di Riserva", al centro di un'inchiesta della Procura di Napoli per una maxi truffa ai danni dei migranti e dello Stato. L'ex presidente **Alfonso De Martino** ha raccontato ai pm di aver subito pressioni da parte di alcuni politici che gli avrebbero chiesto di 'raccomandare' i propri conoscenti per il servizio civile: l'ex vicepresidente del consiglio regionale, **Biagio Iacolare**, gli ex assessori regionali **Ermanno Russo** e **Bianca D'Angelo** e il sindaco di Pozzuoli **Vincenzo Figliolia**, pur non indagati, sono finiti nell'occhio del ciclone. "Per me più si accendono i riflettori meglio è - ha commentato in quella occasione il governatore **Vincenzo De Luca** - L'importante è evitare strumentalizzazioni o descrizioni unilaterali della realtà. Io sono per accendere i riflettori su tutto. La Regione dovrà essere un palazzo di vetro". Il pericolo è che, data la frequenza degli accessi, prima o poi vada in frantumi.



**GRAGNANO** L'ospedale avrà 12 posti letto per l'assistenza e la cura di questo tipo di ammalato grave

## Malati in stato vegetativo, un reparto ad hoc

**GRAGNANO.** Mentre l'organizzazione dell'ospedale "San Leonardo" di Castellammare di Stabia arranca, a Gragnano, il piccolo nosocomio apre un nuovo reparto Suap e viaggia per essere indicato come fiore all'occhiello della sanità del territorio. «Ho incontrato il Commissario straordinario dell'Asl Napoli 3 Sud, Salvatore Panaro, e il Sub-commissario Luigi Stella Alfano, unitamente alla dottoressa Maria Galdi (responsabile fasce deboli Asl Na 3 Sud) - afferma Alfonso Longobardi, consigliere regionale del Gruppo "De Luca Presidente in Rete" - ai tecnici dell'azienda sanitaria e ai medici, per realizzare il nuovo reparto S.U.A.P. (Speciale Unità Accoglienza Permanente) al 2° piano dell'Ospedale di Gragnano. Si tratta di uno dei primi reparti di questo tipo in Campania».

«Il progetto - spiega Longobardi - rischiava di arenarsi nelle pastoie burocratiche determinando la perdita di cospicue risorse economiche: sono quindi molto soddisfatto di aver contribuito al riavvio delle procedure per dare attuazione al programma Suap in Campania».

Il progetto relativo al territorio dell'Asl Na 3 Sud ha piena copertura economica, visto il via libera ottenuto per l'attuazione del Decreto 105/2014 (linea di intervento 4) che prevede per i lavori di realizzazione del reparto Suap a Gragnano uno stanziamento da 400mila euro circa. Inoltre, altri 500mila euro sono programmati ed approvati per la

gestione del reparto. Visti i provvedimenti già firmati dai vertici dell'Asl, ora occorre definire alcuni dettagli progettuali con le relative fasi tecniche ed è ragionevole immaginare che entro 4 mesi possano partire i lavori ed entro 7-8 mesi si possa consegnare il reparto pronto. «Ritengo che si tratti di una novità molto importante per il territorio e



● Longobardi illustra il progetto nell'ospedale di Gragnano

per l'assistenza sanitaria - conclude Longobardi - I reparti Suap sono riservati ai malati in stato vegetativo e quello che sarà realizzato a Gragnano avrà 12 posti letto per un'area di circa 400 metri quadri. Sarà dunque tra i primi in Campania per tecnologia,

accoglienza, assistenza tecnica e specializzazione per pazienti particolarmente sofferenti e bisognosi di servizi mirati e moderni. Questa nuova iniziativa renderà l'ospedale di Gragnano all'avanguardia per la cura e l'assistenza di pazienti in stato vegetativo».

## LA PROTESTA

# Bufera ospedale: c'è l'occupazione

■ Pronto soccorso in tilt perchè senza infermieri, i sindacati si scagliano contro il direttore sanitario  
Emergenza al San Leonardo, interviene la Regione: summit urgente in commissione sanità

**DANIELE DI MARTINO**  
CASTELLAMMARE DI STABIA

Il Pronto soccorso resta senza infermieri, la bufera si abbatte sull'ospedale San Leonardo. Il sit-in dei sindacati si trasforma in un'occupazione del presidio, a causa dell'incontro saltato con il direttore sanitario della struttura Lomello.

Tutto nasce da un summit negato e dal continuo rinvio di un tavolo per discutere dell'emergenza che sta creando solo disagi all'utenza del pronto soccorso. Da quasi una settimana il reparto è in balia delle onde: infermieri in malattia e personale che non riesce a coprire tutti i turni. Al quinto giorno di emergenza, però, non sono ancora stati presi provvedimenti. A sentire le sigle sindacali (Cgil, Uil, Fials, Nursing Up e Fsi), i provvedimenti tardano ad arrivare. E quelli già programmati per la prossima settimana «sono tardivi e senza aver concertato nulla con le parti sociali» denunciano dal luogo dell'occupazione. E' stata una giornata di tensione che alla fine si è conclusa con la promessa di due incontri urgenti. Il primo - quello tanto atteso - tra le sigle sindacali e il direttore sanitario Lomello. Il secondo con la convocazione del presidente della commissione sanità della Regione, Lello Topo. Quest'ultimo appuntamento è fissato per martedì al centro direzionale di Napoli. Palazzo Santa Lucia quindi accende i fari sull'emergenza dell'ospedale San Leonardo, attanagliato ora da una carenza di personale senza precedenti. Per sopperire alle emergenze la direzione sanitaria ha optato

per cinque ordini di servizio per altrettanti infermieri del reparto di neurologia, un provvedimento che i sindacati contestano perchè non concertato. «Avremmo auspicato ordini di servizio per cinque dipendenti di diversi reparti, perchè in questo modo va in affanno neurologia. Per questo avevamo chiesto un confronto, che ci è stato negato» sostengono le sigle sindacali.

L'azienda invece sostiene che gli ordini di servizio per le emergenze - da contratto - possono essere firmati anche senza il consenso delle parti sociali. Un lungo tira e molla che va avanti ormai da tempo. Non è il primo contrasto con la direzione sanitaria e con la direzione generale, affidata al commissario Salvatore Panaro. Il documento dei sindacati è infatti impietoso nei loro confronti: «Continua la grave emergenza sanitaria all'ospedale San Leonardo e si aggravano i problemi per l'assistenza, l'utenza e per gli operatori, sottolineata anche dagli organi di stampa. Ogni giorno che passa si evidenziano e si sottolineano le responsabilità del Direttore Sanitario dottor Lomello». Per cui e le sigle di Cgil, Uil, Fials, Nursing Up e Fsi chiedono all'Asl Napoli 3 «la rimozione immediata del direttore sanitario del presidio ospedaliero di Castellammare». L'emergenza però continua. Mentre si consuma lo scontro all'interno dell'azienda, il pronto soccorso resta in balia della carenza di personale.

