



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Per il presidente AIRO sono tante le eccellenze regionali ma, soprattutto in provincia, c'è anche un forte gap tecnologico

Campania, luci e ombre dell'assistenza sanitaria

Per Elvio Grazioso Russi, nuovo presidente AIRO, «il congresso napoletano in cui la radioterapia campana si ritrova con oncologi medici e chirurghi oncologi è molto importante, perché la Campania è un centro vitale nella nostra società scientifica». Russi sottolinea di essersi preparato molto per questo appuntamento, «da uomo del Sud nato in Puglia, ma impegnato professionalmente a Cuneo - dice - ho trascorso dei giorni in Campania per rendermi conto della situazione esistente».

Presidente, qual è la situazione che ha trovato?

«Ottima in alcune strutture. Ho visitato il Pascale che ha tecnologie modernissime e di grande efficienza, capaci di assicurare prestazioni di avanguardia. Ma

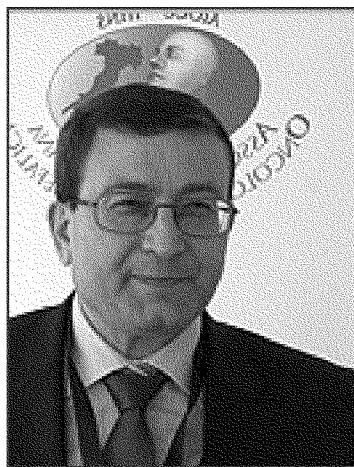
accanto a queste grandi specialità esistono centri di radioterapia, soprattutto in provincia, che dal punto di vista tecnologico andrebbero rapidamente rimodernati. Zone critiche esistono nel casertano e nel Beneventano perché bisogna tener presente che dal punto di vista tecnico per la diffusione delle patologie oncologiche serve un acceleratore lineare mediamente ogni 150-160 mila abitanti. A Caserta il dato Mil è drammatico perché è fermo a 2,3; Avellino e Benevento sono a 3,5 e questo allunga le liste di attesa e provoca viaggi della speranza che sono da evitare perché dal punto di vista assistenziale la Campania può reggere il confronto con le altre Regioni».

Come si può risolvere il problema delle liste d'attesa?

«E' un problema sul quale devono intervenire con intelligenza la Regione Campania e le singole aziende ospedaliere. In campo radioterapico in Campania si vive ancora con due realtà completamente opposte, da una parte i centri convenzionati organizzati con medici, tecnici di radiologia e personale qualificato che assicura turni di lavoro di 12 ore al giorno per un uso adeguato dei macchinari a disposizione; dall'altra strutture pubbliche che per il blocco del turn over non possono assicurare un doppio turno di lavoro. Di qui i viaggi della speranza in Puglia, nel Lazio e nel resto d'Italia. Sono certo che anche il commissariamento della Sanità sa essere lungimirante, si rende conto dell'urgenza di attivare al meglio tutti i centri di radioterapia operanti sul territorio tenendo presente che l'urgenza per questo tipo di trattamento è determinata dagli stessi pazienti. Chi ha un cancro non ha tempo e voglia di aspettare perché è giustamente convinto che ogni ora guadagnata può essere decisiva».

La Campania si muove dunque tra luci e ombre?

«E' purtroppo l'altra faccia della realtà della vostra Regione. In alcune strutture ci sono ancora acceleratori lineari del '91 e del '92. Da addetto ai lavori mi auguro che macchinari del genere non lavorino più, così come ci sono strutture con un solo apparecchio di radioterapia che proprio per questo non avrebbero ragione di esistere».



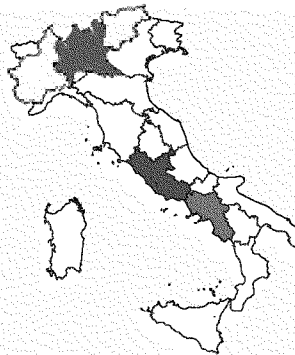
■ Elvio Grazioso Russi,
Presidente AIRO

REGIONI A CONFRONTO

REGIONE	POPOLAZIONE	CENTRI	LINAC
CAMPANIA	5.764.424	16 (7 PUB + 8 SSN-PRIV + 1 PRIV)	27
LOMBARDIA	9.995.000	34 (18 PUB + 15 SSN-PRIV + 1 PRIV)	75
LAZIO	5.889.649	18 (11 PUB + 6 SSN-PRIV + 1 PRIV)	42
CITTA'	POPOLAZIONE	CENTRI	LINAC
NAPOLI	989.160	su 16 centri 5 (4 PUB + 1 SSN-PRIV)	10 su 27
MILANO	1.336.364	su 34 centri 8 (3 PUB + 5 SSN-PRIV)	31 su 75
ROMA	2.874.038	su 18 centri 13 (7 PUB + 5 SSN-PRIV + 1 PRIV)	33 su 42

REGIONE	LINAC/milione AB	medici (dirigenti+borsisti)	pz/medico	TSRM	pz/TSRM
CAMPANIA	4,7	65	145	91	104
LOMBARDIA	7,5	195	139	305	89
LAZIO	7,2	152	87	140	90

fisico san	pz/fisico san	pz
26	364	9470
110	246	27128
55	230	12630



Rispetto a Lazio e Lombardia, la Campania ha il minor numero di centri per la radioterapia. La nostra regione ne ha **16** contro i **34** della Lombardia e i **18** del Lazio.

Per garantire cure omogenee bisogna costruire una rete

In una regione come la Campania, dove ancora si alternano sacche d'eccellenza a strutture obsolete, la chiave per una svolta pare possa arrivare solo dalla creazione di una rete oncologica radioterapica. «Questo consentirebbe - spiega Vincenzo Rago, coordinatore Airo Campania - a tutti i pazienti di fruire di una radioterapia di qualità». Per comprendere bene ogni aspetto del problema vale però la pena analizzare la situazione, comparandola con altre realtà. In Campania, oggi, sono a disposizione dei pazienti tutte le tecniche innovative. Dal punto di vista tecnologico la

Campania può essere considerata una regione all'avanguardia e concorrenziale con il resto d'Italia e d'Europa. Se si guarda alla Lombardia si nota che con circa 10 milioni di abitanti ci sono 34 centri dotati complessivamente di circa 75 macchine (7,5 per milione di abitanti), la Campania pur avendo una popolazione nettamente minore e tecnologia a disposizione, non

riesce a garantire un adeguato numero di apparecchiature (solo 4,7 per milione di abitanti). A questa sottostima di LINAC si associa una inferiorità nel numero di personale sanitario che spesso vede penalizzate soprattutto le strutture pubbliche. Anche per la regione Lazio che ha una popolazione simile alla nostra riesce a garantire cura ad un numero maggiore di pazienti avendo a disposizione il doppio delle unità, sia in termini

di dotazione macchine che in termini di personale. In Campania ad un medico corrispondono circa 145 pazienti, mentre nel Lazio ne

corrispondono circa 87 e rapporto analogo anche per le altre figure sanitarie: un tecnico di radioterapia campano tratta oltre 100 pazienti, mentre quello lombardo meno di 90. E il fisico sanitario campano elabora il 50% di piani di cura in più rispetto a quanto avviene nel Lazio e nella Lombardia. E' chiaro che si può fare di più e di meglio.

Carenze di personale e spending review possono inficiare il diritto alla salute dei cittadini campani

Specialisti a confronto nel corso dei due giorni del congresso AIRO Radioterapia, nuovi scenari contro le malattie oncologiche

Paolo Muto: «La malattia va affrontata con un approccio multidisciplinare»

NAPOLI Cambiano con un costante miglioramento le cure per i pazienti con problemi oncologici. Per due giorni il gruppo campano dell'Associazione italiana di radioterapia oncologica (AIRO) nel suo secondo congresso regionale pone l'accento sulla necessità di approcciare la patologia tumorale in maniera moderna. Cioè, contemporaneamente, con più specialisti che disegnino un iter terapeutico multidisciplinare coordinato e personalizzato per ogni singolo paziente.

«Il sessanta per cento dei pazienti curati per cancro in fase iniziale o in fase avanzata - spiega lo specialista Paolo Muto, direttore della radioterapia della Fondazione Pascale e presidente del convegno AIRO - include la radioterapia nel proprio percorso terapeutico per combattere il problema oncologico». Due giorni di studi, di discussione e confronti aperti a cento specialisti che si occupano di problemi oncologici per capire quanto e come si può migliorare l'assistenza ai singoli pazienti. «La radioterapia - ricorda lo specialista Paolo Muto - permette oggi di utilizzare le radiazioni in maniera sempre più mirata. I cicli di radioterapia sono spesso molto più efficaci di una volta, meglio tollerati e anche più brevi.

Tuttavia è urgente e necessario l'adeguamento delle tecnologie in molti centri presenti sul territorio campano».

La Campania dispone di centri dotati di moderne tecnologie che le consentono di reggere alla pari il confronto con altri centri d'Italia e del mondo. «Ma ad un anno di distanza dal precedente congresso AIRO - ricorda Muto - il percorso dell'adeguamento delle tecnologie

i 2/3 sono entrati in funzione più di dieci anni fa, solo 8 Linac sono stati acquistati di recente. Ma nella nostra regione si garantiscono trattamenti di nuova generazione grazie alla presenza del sistema robotico CyberKnife, della Tomoterapia, Iort e grazie alla professionalità e all'impegno dei diversi centri che si adoperano per fornire trattamenti all'avanguardia (Imrt, Igrt, Vmat, Stereotassi) con le diverse apparecchiature a disposizione. Questo al momento non viene ri-

prattutto in provincia (Benevento, Avellino, Caserta) - incalza Muto - determina ancora "viaggi della speranza" per la radioterapia. Inoltre nei centri pubblici non viene adottato il turnover con assunzioni che farebbero raddoppiare il turno di lavoro in un reparto di radioterapia portandolo a dodici ore. Cosa che invece avviene regolarmente da tempo nei centri accreditati. Diciamo che la Radioterapia Campana è pronta a mettersi in RETE attraverso il sito societario



Paolo Muto, Direttore della radioterapia della Fondazione Pascale



In Campania si fanno trattamenti di nuova generazione grazie alla presenza del sistema robotico CyberKnife, della Tomoterapia e della tecnologia chirurgica Iort

non è stato ancora completato. Solo 5 centri su 16 nella nostra regione hanno rinnovato le loro macchine o acquisito nuovi acceleratori lineari negli ultimi due anni. Dei 27 acceleratori presenti sul territorio

conosciuto dal nomenclatore e dal tariffario della Regione Campania con una specifica voce, e si può assistere a rimborso diverso da centro a centro e da regione a regione. La carenza di acceleratori lineari so-

www.radioterapiaitalia è possibile avere informazioni su tutti i centri, tipologia di trattamento che viene effettuato, esperienza degli operatori, età delle macchine e tempi di attesa per iniziare un trattamento».

Dal Parlamento. Il provvedimento passa all'esame di Palazzo Madama

Riforma del terzo settore, disco verde dalla Camera

Federica Micardi

La Camera ha approvato ieri il disegno di legge sulla **riforma del terzo settore**; ora il provvedimento passa al Senato. Obiettivo dell'esecutivo è quello di formulare i criteri per una revisione organica delle norme sul volontariato, la cooperazione sociale, l'associazionismo non-profit, le fondazioni e le imprese sociali.

Il Ddl 2617 «Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del Servizio civile universale» è arrivato alla XII Commissione Affari sociali di Montecitorio il 1° ottobre 2014 per poi passare all'esame dell'assemblea il 1° aprile. Il disegno di legge è stato approvato con 297 voti favorevoli, 121 contrari e 50 astenuti.

È trascorso quasi un anno da quando, a maggio 2014, il Governo ha predisposto le linee guida per una riforma del Terzo settore e avviato sul testo una consultazione pubblica (dal 13 maggio al 13 giugno) che ha coinvolto più

di mille soggetti; la prima versione del ddl delega è stata approvata dal Consiglio dei ministri su proposta del Presidente e del ministro del Lavoro e delle Politiche sociali, il 10 luglio 2014. Il provvedimento, inizialmente composto da 7 articoli oggi ne contiene 11, dopo le modifiche approvate dalla Commissione.

Il Forum nazionale del Terzo settore, soddisfatto dell'approvazione, sottolinea come questo ddl legge riguardi un «mondo vastissimo, che interessa oltre 300 mila organizzazioni, quasi un milione di lavoratori totali e oltre 4,5 milioni di volontari». Secondo il ministro del Lavoro e delle Politiche sociali Giuliano Poletti il voto di oggi segna un «passaggio importante per un provvedimento che punta a dare certezza di regole e di risorse e trasparenza alle attività».

Le reazioni sono varie e di opposto tenore; c'è chi parla di «un provvedimento atteso da 20 anni e che farà la storia» (Micaela Campana, Pd) e chi vede nel te-

sto una «delega in bianco per estendere il servizio civile agli extracomunitari» (Marco Rondini, Lega). Tra i contrari il M5S perché il ddl «demanda funzioni primarie dello Stato a soggetti privati, sovvenzionati con fondi pubblici». Astenuta Alternativa Libera, secondo Eleonora Bechis della XII Commissione il testo approvato ieri «è una delega in bianco al Governo e conferma, ancora una volta, lo svuotamento del Parlamento».

Pareri divergenti anche dal mondo delle associazioni e del volontariato. Secondo Modavi Onlus è «L'ennesima occasione persa dal Governo per ammodernare il Paese e renderlo al passo con le sfide del futuro e favorire concretamente l'autonomia iniziativa dei cittadini tesa alla tutela dell'interesse generale». Per Alleanza Cooperative Sociali il testo «Va nella giusta direzione e pone le basi per intervenire su un settore che da tempo aveva necessità di essere ordinato con maggior

chiarezza e trasparenza». Auspica a un miglioramento nel passaggio al Senato ConVol, la Conferenza permanente delle associazioni, federazioni e reti di volontariato, che sottolinea la «scarsa attenzione al volontariato organizzato».

L'APPLICAZIONE

Il testo punta a una revisione organica delle norme sul volontariato. Entro dodici mesi i decreti legislativi

Il quadro

01 | L'ITER
L'esame in sede referente del disegno di legge presso la XII Commissione Affari sociali è iniziato il 1° ottobre 2014 per concludersi il 31 marzo 2015. Al disegno di legge del Governo (A.C. 2617) sono state successivamente abbinata alcune proposte di legge di iniziativa parlamentare (A.C. 2071, A.C. 2095 e A.C. 2791). Il 25 novembre 2014 il disegno di legge del Governo è stato assunto come testo base.

02 | I CONTENUTI
Articolo 1 - Individua e disciplina la finalità e le linee generali dell'intervento, prevedendo che il Governo adotti, entro 12 mesi dall'entrata in vigore della legge, decreti legislativi in materia di disciplina del Terzo settore.
Articolo 2 - Elenca i principi e criteri direttivi generali cui devono uniformarsi i decreti legislativi.
Articolo 3 - Detta i principi e i criteri direttivi in tema di revisione della disciplina contenuta nel Codice civile in materia di associazioni e fondazioni.
Articolo 4 - Disciplina la redazione del Codice del Terzo settore.
Articolo 5 - Rilegge e revisione della disciplina in tema di attività di volontariato, di promozione sociale e di mutuo soccorso.
Articolo 6 - L'impresa sociale.
Articolo 7 - La vigilanza e il controllo esercitate dal ministero del Lavoro.
Articolo 8 - Servizio civile nazionale.
Articoli 9 e 10 - Misure agevolative e di sostegno economico e disposizioni finanziarie.
Articolo 11 - La relazione annuale del ministero del Lavoro.

La strategia sulle spese legata al rientro dei capitali e ai minori esborsi per pagare gli interessi su Bot e Btp

«Non tocchiamo i fondi del welfare» Il governo cerca almeno 3-4 miliardi

ROMA «Le due parole chiave per i prossimi mesi sono: meno tasse e più lavoro». Il ministro dell'Economia, Pier Carlo Padoan, assicura che la spesa sociale non solo non verrà toccata «ma andrà difesa e rafforzata», e conferma che gli aumenti dell'Iva previsti dal 2016 saranno cancellati. Probabilmente senza neanche ricorrere a tagli pesanti della spesa pubblica. Il Documento di economia e finanza, che sarà varato domani dall'esecutivo, annuncia una nuova tornata di revisione della spesa da 10 miliardi l'anno, un obiettivo ambizioso a regime, ma difficilissimo da realizzare nel 2016. Anche se per il prossimo anno, considerati i buoni margini che si sono creati nel bilancio pubblico, non ci sarà probabilmente bisogno di affondare troppo il coltello. Tanto più che anche i tagli, e non solo le tasse, portano via decimili preziosi per la crescita, a priorità del governo.

Nel 2016 bisognerà scongiurare un primo aumento dell'Iva da cui sono attesi 16 miliardi di maggiori entrate, già a bilancio. Buona parte della copertura, circa un terzo, arriverà dalla minor spesa per gli interessi sui titoli pubblici. Nel 2015 si

10

miliardi di euro la nuova tornata di revisione della spesa pubblica per 10 miliardi di euro

11

miliardi di euro in due anni (2015-2016) i risparmi attesi per i minori interessi sul debito pubblico

1,8

per cento il rapporto tra deficit e prodotto interno lordo nel 2016 secondo il governo

sono risparmiati 5 miliardi di euro, che per il 2016 potrebbe salire a 6 miliardi. Nel 2016, poi, il governo prevede di lasciar scivolare il deficit pubblico dall'1,4% del prodotto interno lordo, cui scenderebbe naturalmente senza fare niente, all'1,8% del Pil. Può farlo sfruttando la regola europea che consente di allontanarsi dal percorso concordato per il pareggio di bilancio se vengono attuate le riforme strutturali (che costano, ed altrimenti sarebbero disincantate).

Tradotto in soldoni sono 7 miliardi di euro di maggior deficit che potranno dunque servire anche a «coprire» un altro pezzetto dell'incremento dell'Iva che si vorrebbe evitare. Per scongiurare tutto l'aumento dell'Iva basterebbe, oltre alla minor spesa per interessi e al maggior deficit, un taglio alla spesa pubblica di 3-4 miliardi di euro. Senz'altro più realistico, e decisamente meno traumatico per l'economia, della sforbiciata da 10 miliardi che per il momento è indicata nelle carte del governo.

Tra le misure figurerebbe un «tagliando annuale» per gli sconti fiscali: un rapporto annuale sulle detrazioni, per

«identificare» quelle «non giustificate» o che sono una duplicazione per «eliminarle o riformarle», salvandone alcune, come quelle per carichi familiari.

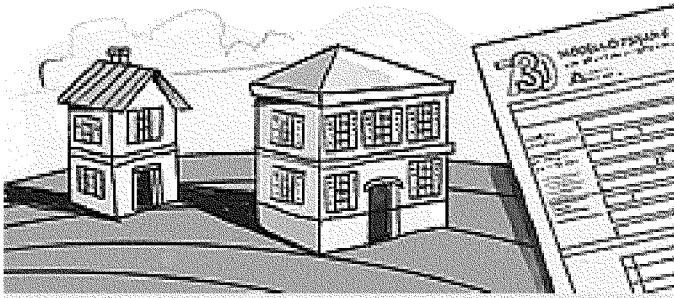
Nel 2017 è previsto un nuovo scatto dell'Iva per ulteriori 7 miliardi di euro (con i 16 dell'anno prima si arriva a 23). Ma anche nel 2017 il governo ha previsto di fare un deficit più alto di quello tendenziale. A politiche invariate il disavanzo scenderebbe infatti allo 0,2% del Pil (in pratica avremmo raggiunto il pareggio di bilancio), ma l'obiettivo è stato portato allo 0,8%, spostando il pareggio all'anno successivo. Così facendo il governo potrà recuperare quasi 10 miliardi di euro, con i quali manovrare. Mentre la *spending review*, con un anno in più di rodaggio nelle gambe, potrebbe puntare ad obiettivi più ambiziosi.

I margini di manovra offerti da un deficit che, dopo anni di manovre «lacrime e sangue»,

L'Iva

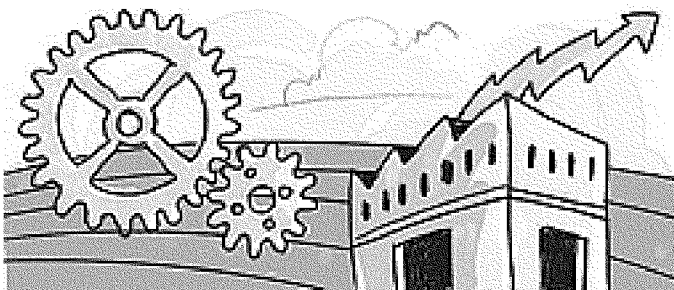
Nel 2016 bisognerà scongiurare un primo aumento dell'Iva: 16 miliardi di gettito atteso

I punti



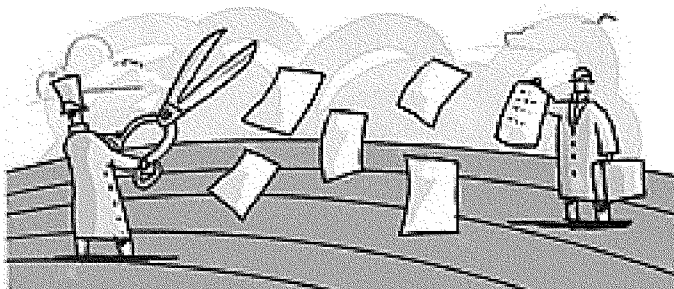
Tagliando annuale sulle detrazioni

Arriva il rapporto annuale sulle detrazioni fiscali, un tagliando con cui si punta a identificare quelle «non giustificate» o «che costituiscono una duplicazione», come si legge nel Def, per «eliminarle o riformarle». Fatte salve alcune priorità come quelle da lavoro dipendente o per carichi familiari



La crescita, dal Pil alle imprese

Quest'anno il Pil dell'Italia crescerà dello 0,7%, un decimale in più rispetto alla stima d'autunno di +0,6%. Crescita dell'1,4% nel 2016, +1,5% nel 2017 e +1,4% nel 2018. Ma «se si consolida la fiducia dei cittadini, imprese e mercati – ha detto il ministro dell'Economia Pier Carlo Padoan – le cifre potrebbero essere sbagliate per difetto»



Riforme e meno sprechi per 10 miliardi

Nel piano nazionale di riforme, la seconda costola del Def, ci saranno anche i dettagli della spending review. L'operazione di revisione della spesa pubblica varrà circa 10 miliardi, ha chiarito Matteo Renzi, anche se gli spazi di intervento sarebbero di circa il doppio

Le tappe

● Martedì il presidente del Consiglio ha presentato il Def, il Documento di economia e finanza con cui viene programmata l'economia e la finanza pubblica

● L'approvazione definitiva è rimandata a venerdì. La crescita del Pil in Italia è prevista a più 0,7% nel 2015, più 1,4% l'anno prossimo

● Secondo il governo nel 2015 le tasse saranno ridotte per un valore pari a 18 miliardi: 10 dagli 80 euro, 8 dai provvedimenti sul lavoro, 3 attraverso clausole di salvaguardia disinnescate

● Nel 2016 bisognerà scongiurare un aumento dell'Iva da cui sono attesi 16 miliardi di maggiori entrate. Nel 2017 un altro aumento dell'Iva dovrebbe portare 7 miliardi

● Dalla *voluntary disclosure* sui capitali all'estero è atteso qualche miliardo di euro anche se a bilancio è scritta l'entrata simbolica di un euro

comincia a ridursi per via naturale, si avvertiranno già quest'anno. Il deficit pubblico sta scendendo verso il 2,5% del Pil, a fronte di un obiettivo del 2,6% concordato con la Ue e che il governo manterrà. Anche nel 2015, si potrà dunque fare qualche operazione in deficit (il margine è di 1,6 miliardi) in aggiunta agli interventi già previsti. Senza contare che, sui conti di quest'anno, potrà incidere positivamente anche il gettito della *voluntary disclosure* sui capitali all'estero che potrebbe incassare qualche miliardo. Soldi *una tantum*, ma sempre spendibili. Anche per limitare, ridurre o rimodulare i tagli alla spesa già previsti negli anni passati ma ancora da realizzare. Come quelli a carico degli enti locali che, temendo un'altra sforbiciata ai trasferimenti, oggi incontreranno il premier.

Mario Sensi
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Commercialisti. Tramite procedure online

Durc sempre in attesa della semplificazione

■ A oltre sette anni dalla nascita il percorso di realizzazione e di semplificazione del documento unico di regolarità contributiva (**Durc**) non si è concluso.

Secondo quanto evidenziato ieri dal Consiglio nazionale dei dottori **commercialisti** e degli esperti contabili, nel momento in cui si è dato vita al Durc, con il decreto ministeriale 24 ottobre 2007, era stata prevista l'adozione di un decreto ministeriale per definire le modalità di rilascio e i contenuti analitici del documento, al fine di realizzare

una disciplina uniforme per le varie tipologie di richieste.

Altro aspetto importante è la necessità di garantire la verifica della regolarità contributiva in tempi certi. Purtroppo il decreto non è stato ancora adottato e, sottolinea il consigliere Vito Jacono, «si rende assolutamente necessario un sistema che, con una semplice richiesta online di dati messi in collegamento tra tutti gli enti interessati e in tempo reale, produca un'informazione utile alla sostituzione del Durc».

Quest'ultimo, peraltro, dallo scorso mese di gennaio per i lavori privati edili ha una durata ridotta a 90 giorni invece dei 120 per il settore pubblico in quanto non è stato emanato un decreto attuativo previsto dal Dl 34/2014.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Ambulatori aperti ma vietati ai pazienti

Ospedale del Mare, 27 giorni dopo l'inaugurazione non si possono prenotare visite

Presentati ventisette giorni fa i poliambulatori dell'Ospedale del Mare sono vietati ai pazienti. Manca il codice per la prenotazione delle visite mediche tramite il Centro unico di prenotazione (Cup). Già dal 31 marzo scorso l'Asl Napoli 1 ha invece ottenuto il nullaosta all'esercizio da parte del Comune di Napoli. Tecnicamente dunque le visite sarebbero già state possibili. Ancora una volta i tempi dell'Asl si sono dimostrati eccessivamente lunghi a danno degli ammalati.

Ospedale del Mare, ambulatori ancora chiusi Impossibile effettuare le visite, sembra per una mail inviata in ritardo



Il manager
Asl Na 1
Ernesto
Esposito

Il caso

● Bisognerà ancora attendere per l'attivazione degli ambulatori dell'Ospedale del Mare, ragioni burocratiche bloccano l'apertura

NAPOLI Se non è una promessa mancata, certo non si può dire che tutto sia andato nel migliore dei modi. Oggi infatti, nonostante siano passati 27 giorni dalla presentazione alla stampa, gli ambulatori dell'Ospedale del Mare non hanno ancora visto un solo paziente. E a questo punto non ci si può esimere dal chiedersi perché. Non certo per una questione di autorizzazioni. Così come promesso dal commissario ad acta, Ciro Verdoliva, l'Ospedale del Mare ha infatti ottenuto il nullaosta all'esercizio già il 31 marzo scorso. Non una banalità, visto che a Napoli (ma in realtà anche nel resto della regione) sono pochissime le strutture che possono vantare questo "adempimento burocratico". Non per una questione di mancanza di richieste, visti i tempi delle liste d'attesa che si re-

gistrano in tutte le altre strutture di Napoli. Ma allora perché? È un dato di fatto che le prime visite sarebbero potute partire già nei primi giorni di aprile. Questo avrebbe messo a tacere le voci di quanti hanno sempre remato contro, etichettando la presentazione degli ambulatori come un mero spot elettorale. E invece, dopo aver lottato contro il tempo e aver superato ostacoli alti come montagne, alla fine si inciampa su una banalità. Perché?

La risposta, come spesso accade, è la più semplice. La verità è che la forza di una catena si misura dal suo anello più debole; e in questo caso viene da pensare che l'anello debole, o almeno non all'altezza di quanto fatto in precedenza, sia la Asl Napoli 1 Centro. Già, perché anche gli uffici dell'Asl Napoli 1 Centro avrebbero dovuto fare la propria parte, anche se piccola, per rendere operativi gli ambulatori. Per la precisione dagli uffici della direzione generale sarebbe dovuta partire una mail per richiedere alla Regione un codice di prenotazione. Un numeretto identificativo che consentirà all'Ospedale del Mare di essere inserito nel Cup, ovvero nel centro unico di prenotazione. Per inviare questa mail, a quanto pare, sono serviti 6 giorni. Tant'è che ancora stamane, nelle liste del centro unico di prenotazione, dell'Ospedale del Mare non ce n'è traccia. Certo, si potrà eccepire che «se non oggi, le visite partiranno domani». Ma la verità è che sarà comunque tardi. L'Ospedale del Mare, infatti, non è solo una delle più importanti opere realizzate in Campania da anni, è anche e so-

prattutto, come ha sottolineato Stefano Caldoro, un esempio di come le cose possano cambiare. Facile immaginare che questi ritardi abbiano creato non pochi malumori a palazzo Santa Lucia. Anche perché, esattamente come promesso da Caldoro, gli ambulatori sono lì, con tanto di strumentazioni e permessi all'esercizio. Ma certo non si può considerare un dettaglio che manchino i pazienti. Per trovare un lato positivo all'intera vicenda bisogna invece guardare al di là degli uffici, tra coloro che indossano il caschetto giallo e continuano a lavorare senza sosta per raggiungere il secondo traguardo, quello più importante. Certo, se alla Asl Napoli 1 Centro sono serviti circa 6 giorni per inviare una mail, viene da chiedersi cosa potrà succedere quando si arriverà allo start-up dell'intera struttura. Per avere questa risposta non si può fare altro che aspettare, e magari fare tesoro degli errori commessi. Di tempo per recuperare ce n'è, ma c'è anche il rischio di gettare alle ortiche il lavoro straordinario fatto in questi anni.

Raffaele Nespoli

Vittime
della Crisi

La Regione ha inaugurato l'Ospedale del Mare prima di completarlo: non soddisfa le esigenze dell'utenza che negli ultimi 5 anni ha detto addio alla qualità dei servizi

La chiusura di presidi territoriali come quelli del Molosiglio e di via Matilde Serao costringe i pazienti a prendere d'assalto i nosocomi

Ambulatori dimezzati, caos negli ospedali

Persi 2300 posti letto in un anno e smantellati interi reparti nelle cinque province campane

di **Ciro Crescentini**

NAPOLI - L'assistenza sanitaria in Campania è un disastro. I piani di riorganizzazione sbandierati dalla giunta regionale di **Stefano Caldoro** non hanno migliorato i servizi in favore dei cittadini. Ridotti i posti letto negli ospedali e nelle strutture di medicina territoriale (meno 2300 posti nel 2014). Interrotti i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e della diagnostica strumentale. Le prestazioni negli ambulatori sono crollate del 30%. La chiusura di presidi sanitari in alcune località della regione ha prodotto effetti negativi per gli utenti. Alcuni esempi? La chiusura del Pronto soccorso a Bisaccia e la parziale disattivazione di quello di Sant'Angelo dei Lombardi hanno provocato l'ingolfamento degli ospedali di Avellino, Solofra e Ariano Irpino che soffrono carenza di organico e sono costretti ad attivare turni di servizio di 12 e 24 ore. Nel presidio ospedaliero di Sant'Agata de' Goti sono andate in tilt le unità operative di terapia intensiva, radiologia, cardiologia, ortopedia e oncologia e si utilizza sempre più personale in convenzionamento interno ed esterno con un notevole aumento dei costi. Chiusi i presidi ospedalieri di Capua, San Felice, Teano. Progressivamente svuotati i presidi di Madaloni e Santa Maria Capua Vetere. Nella provincia di Salerno sono stati chiusi i Pronto soccorso di Agropoli, Cava dei Tirreni, Mercato San Severino e di Scafati. In nessuno di questi presidi sono state avviate iniziative di riconversione. È stato chiuso il presidio ospedaliero di Sant'Arsenio dove è prevista una trasformazione in hospice. Drammatica la situazione a Napoli e nelle strutture operanti nell'ambito del-

l'Asl Napoli 1. Mentre permangono dubbi e perplessità sull'apertura e la funzionalità dell'Ospedale del Mare, non sono ancora chiariti gli interventi di riconversione che saranno attuati nei presidi del San Gennaro, dell'Asculesi, degli Incurabili. All'ospedale Vecchio Pellegrini il servizio di Pronto soccorso è stato parzialmente disattivato nelle ore notturne. Nei presidi di emergenza di San Paolo, Loreto Mare, San Giovanni Bosco, Vecchio Pellegrini tutte le attività sono paralizzate. Nel distretto sanitario di Secondigliano è stato chiuso il consultorio materno infantile e sono stati interrotti alcuni servizi ambulatoriali tra i quali quello di ecografia. Smantellata l'unità di ginecologia all'ospedale Annunziata dove avvengono in media 1500 nascite all'anno. Nel distretto 29 di piazza Carlo III è stato chiuso il poliambulatorio di via Carlo de Marco. Nel distretto 24, Napoli centro, sono stati disattivati gli unici presidi ambulatoriali ubicati al Molosiglio e a via Matilde Serao. Grave, preoccupante la situazione nella provincia di Napoli. I locali del Pronto soccorso dell'ospedale La Schianna di Pozzuoli si sono ridotti a tre stanzette. Nell'ospedale di Castellammare funziona una sola sala operatoria. A Nola ci sono solo 4 posti in day hospital in oncologia. Non è stata effettuata la riconversione dell'ospedale Maresca di Torre del Greco, chiusi i reparti di ortopedia, ginecologia e urologia. Erano previste strutture polifunzionali per la salute, presidi ambulatoriali specialistici, di oncologia, unità operativa di riabilitazione e di lunga degenza con 80 posti letto. A distanza di quattro anni, nulla è stato realizzato.



IL «BARELLIFICIO» Management medico in subbuglio: «Ogni giorno 100 pazienti nei corridoi, intervenga l'Azienda»

Cardarelli, dirigenti in agitazione

DI **EUGENIO D'ALESSANDRO**

NAPOLI. Tensione alle stelle tra il management del Cardarelli. Da ieri mattina è scattata infatti l'agitazione permanente della dirigenza medica. Che punta il dito contro «l'atteggiamento dell'azienda ospedaliera di totale chiusura verso il ripristino delle normali e civili relazioni sindacali e calpestando le normative vigenti». I medici chiedono quindi che venga rispettato il piano regionale ospedaliero e che le prescrizioni della Regione smettano di essere disattese.

LA VERTENZA. I problemi sono noti e, soprattutto, ad oggi ancora irrisolti. Aaroi Emac, Cimo, Cisl Medici, Uil Medici, Federazione Medici, Fassid e Sinafo hanno quindi diramato una nota dai toni inequivocabili: «Nonostante le ingenti risorse messe in campo per le attività di pronto soccorso e osservazione breve, al Cardarelli ogni giorno circa 100 persone continuano a essere assistite in barella, spesso nei corridoi», è l'incipit del documento. Le suddette sigle sindacali entrano poi nel dettaglio della querelle affermando che «nei fatti al Cardarelli esiste un ospedale nell'ospedale che utilizza in maniera inefficace e inefficiente ingenti risorse umane e materiali. Intanto il responsabile ritardo nell'applicazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici sta comportando gravi ripercussioni anche sulle attività specialistiche».

FUTURO INCERTO. C'è poi dell'altro: «Sprechi e incongruenze - prosegue la nota - si registrano anche per quanto riguarda l'organizzazione del lavoro: l'Amministrazione ha sostituito immotivatamente il sistema di rilevazione delle presenze Iris, che non è mai stato utilizzato al 100%,

con il sistema Gopche crea disagi sullo svolgimento delle attività in rispetto delle normative contrattuali vigenti e contravvenendo alla delibera del 2013 per quanto attiene alla «flessibilità» dell'orario di lavoro dei dirigenti sanitari. Inoltre tra pochi mesi scadrà il contratto di assicurazione professionale per i dirigenti sanitari stipulato con la Trust Europe Limited, un contratto che prevede che tale assicurazione abbia anche la delega a proporre la transazione in netto contrasto con gli interessi aziendali e degli operatori tutti». Insomma, se non è un disastro poco ci manca.

L'APPELLO. I sindacati chiedono pertanto l'immediato intervento degli organi regionali e delle forse politiche affinché il Cardarelli «non venga declassificato a un'esclusiva e nefasta funzione di pronto soccorso».



● Emergenza barelle senza fine nel più importante ospedale del Mezzogiorno

LOTTA TRA POVERI

Solo due gli sportelli dedicati al servizio di accoglienza dei moduli per il rinnovo delle pratiche che esonerano dal pagamento

In fila dalle 4 davanti all'Asl per l'esenzione del ticket

DI GENNY MANZO

CASTELLAMMARE DI STABIA. Scene di panico, da una settimana a questa parte, in via Salvator Allende, davanti ai cancelli della sede dell'Asl Napoli 3 Sud, dove sono in corso i rinnovi per l'esenzione dei ticket sanitari applicabili sulla contribuzione per medicinali e analisi di laboratorio. La povertà della città si rivela anche in questa occasione, con centinaia di persone che prendono d'assalto i due sportelli dedicati a questo servizio, scatenando tensioni e lotte tra disperati.

LE FILE DISUMANE. Si parte la mattina alle 4,30, con l'accaparramento di un numero che gli stessi cittadini, utenti dell'Asl, hanno deciso di distribuire per

evitare liti su chi è arrivato prima. Un foglietto strappato da un quaderno funge da improvvisato elenco nominativo. Si va fino al massimo di 60 utenti al giorno. Di più gli impiegati non possono garantire.

NESSUN PREAVVISO. «Ho scoperto solo andando dal medico, per la prescrizione di alcuni esami di laboratorio, che il ticket per l'esenzione era scaduto lo

Gli utenti si auto-disciplinano creando un elenco su un foglio strappato da un quaderno

scorso 31 marzo, ma nessuno ci ha avvisato. Il medico non ha potuto prescrivermi gli esami di laboratorio. E allora mi sono precipitato all'Asl per il effettuare il rinnovo», Andrea Lambiase, disoccupato 49enne, padre di famiglia, è testimone della ressa che ha trovato davanti all'ingresso ancora chiuso dell'Asl di via Allende.

L'ITER. Alle ore 7, c'erano solo pochi "numeri" disponibili. Chi è arrivato alle ore 8, pochi istanti in anticipo rispetto all'apertura degli uffici, non ha trovato più un numero per potersi mettere in fila. Ai "fortunati 60" che sono riusciti ad accaparrarsi un "numero",

l'Asl distribuisce dei moduli da compilare, sotto la propria responsabilità, per dichiarare di avere diritto all'esenzione in base alla malattia invalidante o allo stato di indigenza. Quindi bisogna allegare la fotocopia di un proprio documento e del codice fiscale.

LA CORSA AL NUMERO.

«Di notte, prima delle 4, già qualcuno si avvia davanti ai cancelli per assicurarsi un posto in fila. Prende il numero per sé e per altri amici - racconta Lambiase - E va avanti così da alcuni giorni. La gente è sorpresa perché arriva in orari d'ufficio, ma poi si vede co-

stretto a rinviare al giorno dopo la possibilità di accedere agli sportelli. Avrebbero potuto dividere le persone per iniziali del nome. Per evitare questo accaparramento di numeri durante la notte». Ma l'Asl avrebbe dovuto quanto meno prevedere di avvisare i suoi utenti con un po' di anticipo.



● Via Allende, sede Asl: la fila ai cancelli per l'esenzione ticket sanitario



Manager Squillante, direttore generale dell'Asl Salerno

Le indagini

Primari trasferiti Squillante dal pm Antimafia

Dopo l'archiviazione dell'inchiesta sugli scarichi dell'ospedale di Eboli, il suo legale, l'avvocato Giovanni Annunziata, nel fare una verifica si era accorto di un altro procedimento a carico di Antonio Squillante: uno stralcio dell'indagine Cofaser, il Consorzio di farmacia, per la quale il pm Antimafia Vincenzo Montemurro, aveva già disposto l'archiviazione. Uno stralcio relativo ad alcune denunce sulle nomine disposte da Squillante all'Asl. E così, qualche giorno prima di Pasqua, il manager ha chiesto di essere sentito dal sostituto procuratore per «chiarire» la propria posizione. Si è parlato, in pratica, di nomine relative ai primi atti adottati da Squillante in esecuzione al piano di ristrutturazione dell'Emergenza sanitaria come previsto dalla Regione e che prevedevano un ridimensionamento anche dei primari sulla base di scelte che, stando a quanto riferito dal manager al pm, sarebbero state fatte con valutazioni di carattere contrattuale ed economico. L'inchiesta, infatti, è partita a seguito di denunce presentate proprio da alcuni medici trasferiti. «Sono sereno - ha detto Squillante - ho ritenuto di dover chiarire la mia posizione in quanto non ho problemi a spiegare il perché del mio operato».

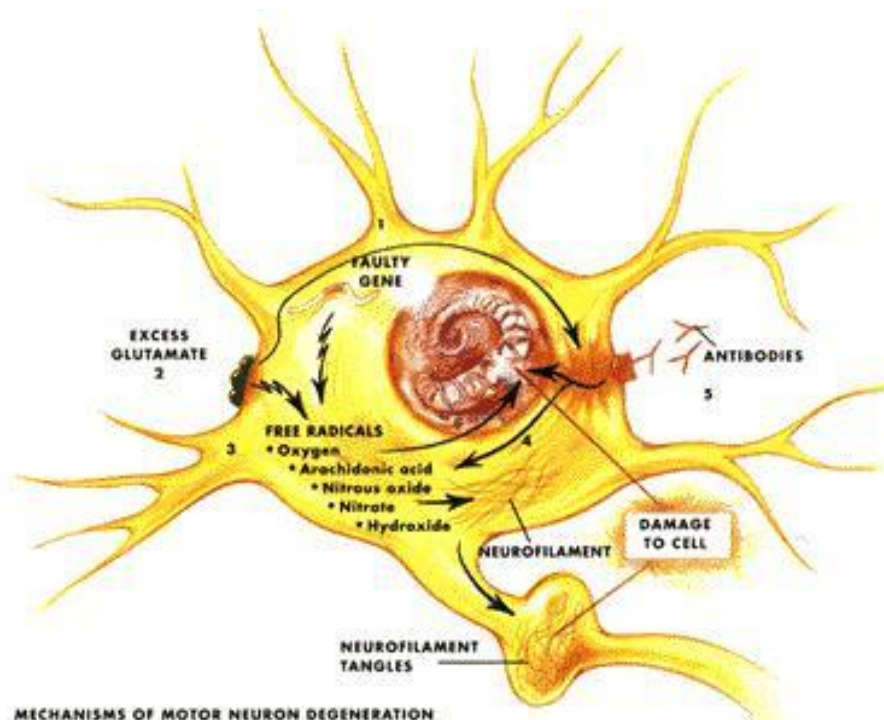
pe.car.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



■ ■ **Salute** Al Monzino i Google Glass per la registrazione di due interventi endovascolari

Super-occhi in ospedale

A Boston integrazione con strumenti per il controllo dei parametri

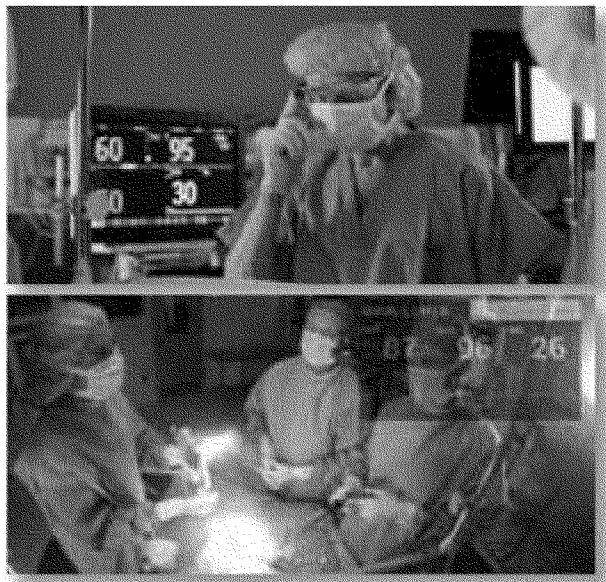
di Cristina Cimato

Dopo la robotica anche la realtà aumentata si sta facendo sempre più strada in ambito chirurgico e clinico-ambulatoriale. In particolar modo sono i Google Glass a essere protagonisti di progetti di accesso ai dati e di condivisione degli stessi. Già da un po' di tempo Philips Healthcare ha presentato un progetto volto a migliorare l'efficienza delle performance chirurgiche connettendo gli speciali occhiali alle IntelliVue Solutions, serie di prodotti per il monitoraggio e misurazione dei parametri vitali dei pazienti. Questa tecnologia applicata è stata testata da David Feinstein, anestesista al Beth Israel Deaconess Medical Center di Boston, di recente nominato co-direttore del Simulation and Skills Center dell'istituto. «Si tratta di un passo avanti importante che renderà più semplice prendersi cura dei pazienti e faciliterà al contempo il nostro lavoro», ha commentato lo specialista. In pratica, attraverso l'uso di questi occhiali il dottore può contemporaneamente monitorare i parametri vitali osservando il display e procedere nella chirurgia senza dover distogliere l'attenzione dal lettino della sala operatoria. L'obiettivo è quindi quello dell'accesso alle informazioni nel tempo più utile così da rendere maggiormente efficiente il lavoro del chirurgo.

In Italia il Centro Cardiologico Monzino ha avviato un progetto simile attraverso il team Life Science, che si è impegnato nello sviluppo di una piattaforma chirurgica assistita da robot.

In questo progetto rientra anche l'utilizzo di dispositivi indossabili per la realtà aumentata. I Google Glass sono stati impiegati per la registrazione di due interventi di esclusione endovascolare di aneurisma all'aorta addominale. «A differenza di una telecamera, il dispositivo riprende il punto di vista esatto dell'operatore, senza interferenze né problemi di illuminazione e può essere attivato o messo in pausa attraverso un semplice comando vocale», ha commentato Pietro Trabattoni, responsabile della chirurgia vascolare ed endovascolare del Monzino, «in futuro il fatto di poter disporre di una registrazione ottica completa di ciò che il medico vede durante l'intervento potrà rappresentare non solo una sorta di scatola nera in sede di operazione chirurgica ma anche agire in modo positivo sul rapporto di fiducia tra

paziente e medico curante». Negli intenti del progetto del Monzino la soggettiva catturata dagli occhiali sarà resa disponibile su Incat Lab, una piattaforma cui possono accedere i medici, così da mostrare la manualità dell'operatore e dell'équipe. Questo monitoraggio rientra nella più ampia iniziativa Life Thru the Glass, promossa da Medtronic per il sostegno e l'aggiornamento sulle terapie mininvasive in ambito cardiovascolare. «I Google Glass del futuro potranno mettere davanti agli occhi dell'operatore la visione del monitor guida e quella del campo operatorio con un semplice comando vocale», ha precisato Trabattoni, «questa possibilità sarà interessante soprattutto negli interventi endovascolari eseguiti nelle sale operatorie ibride». (riproduzione riservata)



Dimmi che Dna hai (e ti dirò

La Personal Genomics di Verona è la prima azienda italiana a offrire, per 3 mila euro, la lettura del genoma. Con la promessa di di-

come stai)

di diagnosi e terapie personalizzate.

RICHIESTE DI
MAPPATURA
DEL DNA
GIUNTE
FINORA
DA PRIVATI

“
OFFRIAMO
UN'ANALISI
«SARTORIALE»
DEL RISCHIO
”

Una delle prime richieste è arrivata da un cinquantenne, sportivo e in salute: suo padre è morto di infarto e lui ha voluto sapere se il suo Dna nascondeva un rischio analogo. Da quando Personal Genomics, spin-off dell'Università di Verona, ha annunciato ai primi di marzo il suo servizio di lettura del genoma e di test genetici personalizzati, al prezzo di circa 3 mila euro, sono arrivate un centinaio di richieste da parte di privati (e molte altre da associazioni di pazienti con malattie rare, in cerca di una diagnosi molecolare).

«Tutto è cominciato 10 anni fa» racconta Massimo Delledonne, di origini piacentine, professore di genetica nell'ateneo scaligero dal 2001. «Con il ritiro dal progetto di sequenziamento del genoma umano, l'Italia aveva perso una fantastica occasione per creare esperti di genomica.

Con diversi colleghi provammo allora a lanciare un programma che ci portò, nel 2007, a decodificare il genoma della vite.

E dai medici arrivarono le prime richieste di usare gli strumenti della genomica per lavorare sulla genetica umana, invece che su quella delle piante».

Mentre nel resto del mondo il settore esplodeva, anche a Delledonne venne l'idea di buttarsi. Quando l'università acquista la prima macchina, sequenzia innanzitutto il suo Dna, poi inizia a girare all'estero cercando tra le aziende che offrono servizi di genomica personalizzata i migliori esempi da imitare. Così fonda la Personal Genomics: prima azienda in Italia a rivolgersi direttamente ai consumatori con l'offerta di test per sapere se si è portatori di malattie gravi trasmissibili ai figli, di rischi genetici, o il tipo di risposta a certi farmaci.

Nella maggior parte dei casi, l'associazione tra gene «sospetto» e malattia è sfumata e di difficile interpretazione. Rispetto ad analoghi servizi di genomica personalizzata offerti all'estero, e meno costosi, Delledonne rivendica di offrire una «interpretazione sartoriale del rischio» basata non su una lettura automatica dei dati genetici (tali geni associati a tali rischi) ma su una valutazione fatta in parte a mano, per minimizzare gli errori di lettura, poi interpretata da un medico specialista.

Non che sia semplice. Ci sono tre milioni di varianti, ossia differenze di una lettera nel codice genetico, tra il genoma di una persona qualsiasi e quello sequenziato dal Consorzio internazionale (che oggi

serve da riferimento), variabili per la maggior parte senza significato. In questo pagliaio c'è da cercare l'ago: la lettera che determina una mutazione in grado di influire sulla salute. Delle malattie che spaventano di più, dall'infarto ai tumori, si sa solo che la presenza di geni con una certa configurazione aumenta in modo più o meno significativo il rischio. Di molte altre è del tutto sconosciuta la base genetica.

Che cosa se ne fa uno della trascrizione del proprio genoma, magari da leggere sull'iPad? Delledonne fa l'esempio del Gps: nessuno si farebbe guidare bendato da un navigatore automatico, ma è utile per orientarsi. «La mia missione è dare a medici e specialisti le informazioni che consentano di fare una diagnosi» dice.

Ma se si scopre di avere un gene che accresce il rischio di Alzheimer, che si può fare? Nella pratica, niente. È un dilemma ben noto a Delledonne. Lui, che fa canoa e rafting, ha scoperto di essere portatore di un gene raro collegato alla sindrome della morte improvvisa. «Di fatto dovrei andarmene in giro con il defibrillatore» dice. Invece non lo fa, anche perché i suoi genitori, di cui uno dei due portatori del gene, sono vivi e vegeti in età abbastanza avanzata. «Potrebbe darsi che il significato della mutazione sia un altro, o non sia l'unico gene che agisce».

All'orizzonte si staglia la «medicina di precisione», basata sulla conoscenza del genoma per migliori diagnosi e terapie. Rispetto all'estero, da noi siamo all'età della pietra, lamenta Delledonne, che sogna di creare in Italia archivi pubblici di dati genetici. «Per ora abbiamo ricevuto varie richieste di collaborazione: ospedali pubblici e privati, oltre ad aziende italiane ed estere di analisi genetiche e diagnostiche, che vorrebbero dare la possibilità ai pazienti di accedere al nostro servizio» dice Delledonne.

Non sarà una strada facile: prima ancora di avere messo mano su un singolo campione di Dna, Personal Genomics ha ricevuto parecchie critiche: a preoccupare è il fatto che i dati finiscano in mano ai pazienti senza alcuna mediazione. «In realtà non può accadere» dice Delledonne. «Le persone possono rivolgersi a noi solo tramite un medico. Il paziente sceglie di sapere che cosa conoscere del suo genoma: se tutto, solo la presenza di geni per malattie per cui c'è cura o prevenzione, o tutte indistintamente».

I dati, a richiesta del paziente, verranno distrutti o conservati in forma anonima. «Non li venderemo, come fa l'azienda californiana 23andMe, anche se speriamo che i clienti ce li lascino per poterli usare per la ricerca».

(Chiara Palmerini)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Massimo Delledonne, al centro, con il team della Personal Genomics. In due casi su tre la mappatura del Dna è fatta su pazienti con malattie rare. Ma crescono le richieste di persone sane.