



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



REGIONE
Tagli alla riabilitazione
Pmi in crisi
Allertate le commissioni
>>10

Tagli a Riabilitazione, Pmi in crisi Allertate le Commissioni regionali

DI **ETTORE MAUTONE**

Crisi del comparto socio-sanitario e della riabilitazione: la seconda Commissione consiliare permanente (Bilancio e Finanze), presieduta da **Massimo Grimaldi** (Caldoro-presidente), convoca, insieme alle Commissioni consiliari (Sanità e Sicurezza sociale) e (Politiche Sociali), presiedute rispettivamente da **Michele Schiano di Visconti** (Pd) e **Antonia Ruggiero** (Pdl), un'audizione urgente sullo stato di crisi del comparto riabilitativo e socio-sanitario regionale. L'audizione si terrà martedì prossimo alle ore 12. Sono invitati a partecipare il presidente della Giunta regionale **Stefano Caldoro** nella qualità di Commissario ad acta per la prosecuzione del del Piano di rientro dal debito della sanità regionale, l'assessore regionale al Bilancio **Gaetano Giancane** e l'assessore regionale alle Attività sociali **Ermano Russo**. Intanto, sulla vertenza, si leva la voce di **Raffaele Topo**, capogruppo del Pd in Consiglio regionale. Ciò che sta acca-

dendo in queste ore nel settore dell'assistenza riabilitativa e sociosanitaria non è accettabile, è la conseguenza di restrizioni che hanno compromesso seriamente il diritto alla salute delle fasce più deboli. Chiediamo un immediato intervento del Presidente Caldoro".

Nuove tariffe stesso budget

La Regione Campania con il decreto del Commissario ad acta del 24 luglio 2013, ha inserito le nuove tariffe all'interno della programmazione dei tetti di spesa, determinando una riduzione del 16 per cento delle prestazioni erogabili. "Va segnalato in proposito - continua Topo - che ai tagli previsti nel suddetto decreto si aggiungono gli aumenti tariffari che, senza ulteriore copertura finanziaria, avrebbero di fatto già comportato una riduzione delle prestazioni. In queste condizioni si rischia un vero e proprio blocco dell'assistenza e delle prestazioni da parte delle strutture erogatrici. Non si può

aspettare il 2014, come dichiara Calabrò.

Rivedere i tetti di spesa

La Regione Campania - conclude Topo - ora che è rientrata dal deficit, deve rivedere i tetti di spesa e il sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria che, di fatto, ha costretto molti cittadini a rinunciare all'assistenza sanitaria".

In ginocchio in Campania, c'è tutto il comparto della sanità privata ex convenzionata dell'area specialistica, a cui si aggiunge il fronte della riabilitazione e dell'area socio-sanitaria. Sul piede di guerra una decina tra associazioni di categoria e delegazioni sindacali riunite in coordinamento (Aias, Aiop, Anffas, Anisap, Anpric, Aris Campania, Confapi Sanità, Federlab Riab e Foai Campania e Aspat) che non hanno sottoscritto i contratti e avviato le procedure di licenziamento per centinaia di addetti con la contestuale chiusura dei centri di Riabilitazione. ●●●



Politiche sociali, 115 mln ai Comuni Piani di zona: utilizzo dei fondi al 90%

Di **ETTORE MAUTONE**

Arrivano nelle casse dei Comuni della Campania gli 80 milioni appostati dalla Regione sulla prima annualità relativa alla stesura dei Piani di zona. A questi si aggiungono altri 35 milioni, provenienti dal decreto 35 (pagamenti della Pubblica amministrazione) che serviranno per pagare i debiti pregressi relativi al 2010-2011 accumulati dagli enti nei confronti della Regione e delle Asl. Anni sui quali la Regione, assessorato regionale alle politiche sociali, ha effettuato una ricognizione tesa a verificare tutti i crediti vantati dalle amministrazioni locali non spesi e dunque da restituire.

La legge nazionale 328 del 2000, norma quadro sul Welfare, prescrive che le Regioni organizzino la gestione dei servizi sociali sulle cosiddette aree vaste, in base alle quali i Comuni sono tenuti ad associarsi. La Campania è intervenuta con una delibera di Giunta regionale, la 320 del 2012, per individuare i nuovi confini degli ambiti. Su 57 distretti sociali individuati soltanto in 12, di questi la metà è in fase di regolarizzazione. In totale sono 45 quelli che hanno

già adempiuto a tutti i passaggi richiesti. La novità dei nuovi piani di zona è legata proprio al fatto di dover inserire i dati sulla piattaforma informatica allestita dall'assessorato regionale.

Per la prima annualità del Piano sociale regionale - di conseguenza di quelli di zona - l'ammontare delle risorse è composto da tre voci, tra cui figurano poco più di 17 milioni del Fondo sociale regionale che arrivano dalle tasse del bollo auto. Le altre due voci sono relative al Fondo nazionale per le politiche sociali che per il 2013 ammonta a circa 30 milioni di euro. C'è poi il fondo Per le non autosufficienze per un totale, relativo sempre al 2013, di 23 milioni a cui vanno ad aggiungersi altri 10 milioni a valere sull'annualità 2012. Con l'approvazione del nuovo Piano sociale di zona, sono cambiati gli Ambiti sociali territoriali. Ovvero i Comuni ai quali è data la possibilità di riunirsi in consorzi o unioni, individuare il capofila, fare un accordo di programma e inserire i dati sul sistema in-

formativo predisposto dalla Regione Campania. Ma se la Regione Campania ha impegnato quasi il 90 per cento dei fondi europei (Fesr) per fornire servizi ai cittadini che vivono in condizione di disagio sociale resta la difficoltà di certificare le spese. **Rosanna Romano**, neo direttore generale dell'assessorato alle Politiche sociali ha analizzato con un gruppo di collaboratori, il rapporto annuale di esecuzione del Fesr presentato nelle settimane scorse nell'Aula del Consiglio regionale da **Nicola Caputo**. ***



Gennaro Matino

10 ore fa tramite cellulare

Il contrario dell'amore, amico caro, non è l'odio ma l'indifferenza!

Debiti Pa, biomedicali in stand by

Assobiomedica: delle somme incassate dalle Regioni le imprese hanno avuto poco più del 50%. E solo in 5 sono a posto con i creditori. (Servizio a pag. 6)

Analisi di Assobiomedica sull'impatto per le imprese biomedicali del decreto sui debiti Pa

Debiti Pa, imprese in stand by

Solo 5 Regioni hanno erogato più delle assegnazioni - Lazio e Calabria maglie nere

Ad agosto 2013 i tempi di pagamento per i biomedicali hanno raggiunto il valore più basso dal 1997 a oggi: 256 giorni. Ma il problema è un altro secondo Assobiomedica, che nella sua assemblea dell'8 ottobre fa il punto sulla situazione dello scoperto economico delle imprese: quali debiti sono stati saldati finora in presenza dei 3,9 miliardi che l'Economia dichiara non solo erogati alle Regioni, ma già distribuiti ai creditori?

Secondo l'analisi dell'associazione dei produttori di biomedicali, nove Regioni non hanno utilizzato (in tutto o in parte) le anticipazioni di liquidità per il saldo dei debiti previsto dal decreto: Umbria, Abruzzo, Sardegna, Sicilia, Veneto, Piemonte, Lazio, Molise e Calabria (v. tabella). E finora dal 30 giugno le imprese hanno incassato per forniture che si sono aggiudicate dal 1° gennaio al 30 aprile 2013 il 28% degli importi. In base alla sua analisi Assobiomedica ritiene che l'assegnazione di quanto erogato per il 2013 dallo Stato alle Regioni, si protragga per i mesi di settembre e ottobre. E se le Regioni utilizzeranno tutte le somme incassate, per quanto riguarda il mercato dei dispositivi medici i giorni di ritardo medi nazionali dovrebbero assestarsi, a fine ottobre, intorno ai 240 giorni, con un netto calo (16 giorni) in soli due mesi.

Dal punto di vista economico, però, i pagamenti vanno comunque a rilento e le imprese restano, in molte Regioni, in attesa. Tanto che Assobiomedica non si aspetta - tranne sorprese - che i pagamenti abbiano una vera svolta prima di fine anno.

La situazione nelle Regioni. La stima di Assobiomedica calcola in poco più di 613 milioni la quota dei 5 miliardi assegnati con il decreto sui debiti Pa alle Regioni per la Sanità, la quota che spetta alle imprese biomedicali. Il 12,3% cioè dell'importo complessivo, visto che lo scoperto del settore (4,9 miliardi) pesa per questa percentuale sui 40 miliardi complessivi di debiti stimati per il Ssn.

Così Assobiomedica calcola per ogni Regione la quota di riparto che dovrebbe essere erogata alle sue imprese. In questo quadro le Regioni che ancora non hanno utilizzato tutte le risorse devono ancora alle imprese circa 214 milioni.

Le situazioni migliori. Cinque Regioni (Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Puglia e Campania) hanno utilizzato secondo le stime di Assobiomedica tutte le risorse. Anzi, hanno pagato rispetto al riparto

anche circa 79 milioni in più. La più "virtuosa" in questo senso è proprio la Campania che grazie a un protocollo sottoscritto a luglio con Assobiomedica in cui si prevede il pagamento immediato del 50% dei crediti e quello del restante 50% dopo la certificazione, ha abbattuto il debito con 38,5 milioni in più pagati rispetto ai 65,2 erogati con il decreto debiti Pa. Anche se per la seconda metà del debito Assobiomedica sa di dover attendere: la certificazione nella Regione commissariata ha procedure molto più lente che nelle altre, ma, soprattutto, la sentenza della Corte Costituzionale che ha cancellato l'impignorabilità delle risorse nei confronti delle Regioni in piano di rientro ha di fatto congelato le somme che altrimenti sarebbero state usate per i pagamenti. Molto bene anche l'Emilia Romagna che ha erogato alle imprese quasi 23 milioni in più rispetto ai circa 55 assegnati con il decreto sui debiti Pa, seguita dalla Toscana con oltre 8 milioni.

Le situazioni peggiori. Chi non ha praticamente utilizzato le somme finora erogate con il decreto è il Lazio. Ha incassato poco più di 102 milioni, ma il suo scoperto è aumentato di 7,7 milioni. Sprint per lo scoperto anche in Calabria: l'importo che secondo la stima di Assobiomedica avrebbe dovuto essere erogato alle imprese del biomedicale nella Regione è di circa 13,1 milioni, ma dalla Regione non solo non è arrivato nulla, ma il debito è aumentato di quasi 15 milioni.

Va relativamente meglio, ma non ancora del tutto, in Abruzzo, Veneto, Puglia e Umbria. In queste Regioni, infatti, è stata pagata alle imprese solo una parte dei debiti, lasciando ancora da saldare una quota di scoperto. A esempio il Veneto su circa 95 milioni dei 777 incassati per i debiti Pa che sarebbero dovuti andare alle imprese biomedicali, ha ridotto lo scoperto di 27,3 milioni, con un debito residuo di quasi 68 milioni. Casi a parte Assobiomedica considera Sicilia e Sardegna. Entrambi hanno pagato una piccola quota di scoperto, ma non è ancora chiaro, sottolinea l'associazione, in quanto Regioni a statuto speciale (le uniche due che hanno chiesto risorse), come debbano essere utilizzate le somme del decreto sui debiti Pa rispetto ai protocolli (come quello della certificazione) indicati per le altre a statuto ordinario.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Impatto del decreto sui debiti Pa sul settore biomedicale

Regione	Importo assegnato per riparto 2013	[A] Stima importo per il settore biomedicale	[B] Var. scoperto apr. '13-ago. '13	Situazione a settembre [A - B]
Valle d'Aosta	-	-	-268.109	-
Trentino A.A.	-	-	-1.751.395	-
Friuli	-	-	-277.438	-
Marche	-	-	-27.408.450	-
Lombardia	-	-	-24.764.021	-
Umbria	17.222.000	2.112.709	624.357	-2.737.066
Basilicata	-	-	1.556.078	-
Liguria	81.833.000	10.038.863	-12.873.377	2.834.514
Abruzzo	174.009.000	21.346.554	-10.418.046	-10.928.509
Sardegna	159.728.000	19.594.632	-3.685.615	-15.909.017
Emilia Romagna	447.980.000	54.955.947	-77.664.027	22.708.000
Toscana	230.753.000	28.307.624	-36.442.851	8.135.227
Sicilia	606.097.000	74.352.949	-4.124.280	-70.228.669
Veneto	777.230.000	95.346.690	-27.373.848	-67.972.842
Puglia	185.975.000	22.814.483	-29.477.032	6.662.549
Piemonte	803.724.000	98.596.842	-67.856.593	-30.740.249
Lazio	832.052.000	102.071.979	7.707.304	-109.779.283
Campania	531.970.000	65.259.420	-103.691.637	28.433.218
Molise	44.285.000	5.432.662	2.289.474	-7.722.137
Calabria	107.142.000	13.143.645	14.983.155	-28.126.800
Totale	5.000.000.000	613.375.000	400.916.351	-

Le cifre in rosso sono relative alle Regioni che non hanno utilizzato (in tutto o in parte) le anticipazioni di liquidità per il saldo dei debiti Dm

Fonte: Centro studi Assobiomedica - Mef

PARLA CARLO PERUCCI (RESPONSABILE SCIENTIFICO DEL PNE)

«È dovere del Ssn garantire la qualità delle sue strutture»

Gli esiti servono al cambiamento - La reputazione pungola medici e Dg

Urgente chiudere le maternità sotto i 500 parti l'anno

«**F**emore, cesarei, colecistomie laparoscopiche... qualche miglioramento c'è stato. Per il resto anche quest'anno il Pne disegna il quadro di un Ssn ad altissima eterogeneità nella qualità dei servizi, con l'unica eccezione di Emilia Romagna e Toscana. Una novità importante viene dal Sud: è bastato che la Sicilia introducesse degli indicatori di esito nella valutazione dei Dg... Non è vero che il Sud non può cambiare». **Carlo Perucci**, responsabile scientifico del Programma nazionale esiti dell'Agenas tira le somme della IV edizione del rapporto e non si stanca di avvertire: «Attenzione: niente graduatorie né classifiche. Questo strumento non serve a indirizzare i cittadini verso le strutture migliori. Serve semmai a Regioni, Dg e professionisti per ragionare su come vanno le loro strutture e su cosa c'è da cambiare. E del resto chi è vittima di un infarto non va sul sito web per decidere dove farsi curare».

L'esempio dell'infarto non è casuale, vero?

Certo che no. Abbiamo appena mandato alle Regioni una lettera chiedendo di fare i controlli sia sulle strutture con la mortalità post infarto eccessivamente alta o eccessivamente bassa, ovvero inferiore al 3%, che è biologicamente impossibile.

Che dubbi avete?

In alcune case di cura del Sud viene diagnosticato l'infarto per giustificare l'iperproduzione di angioplastiche, che rappresentano un intervento efficacissimo, appropriato e salvavita negli infarti miocardici stemi, i più gravi. La casa di cura che ne produce di più a Napoli non fa parte della rete di emergenza e denuncia 109 infarti con una mortalità del 2%, quando sarebbe logico aspettarsi una mortalità media del 10%... così viene il dubbio che sia stata attribuita una patologia che non c'era.

Ma un dato oggettivo sulla qualità in qualche caso emerge?

Quando siamo molto sicuri sulla qualità dell'informazione c'è una valutazione esplicita della qualità dell'assistenza. L'esempio classico è la proporzione di anziani con frattura del femore operati entro 48 ore, come prescritto da tutte le linee guida internazionali. Nel 2005 partivamo da un dato inferiore al 30%; nel 2012 siamo faticosamente arrivati a superare il 40%. Ma ci sono ospedali come la Clinica poliambulanza di Brescia dove la percentuale si avvicina al 90% - è un dato da Paese civile - e anche grandi ospedali dove la stessa probabilità scende al di sotto del 5%. Questa è

una delle aree dove c'è stato un chiaro miglioramento dal 2010: oggi ci sono aree dove va tutto meravigliosamente bene come la Toscana, Trento, Bolzano, larga parte dell'Emilia Romagna, le Marche.

Regioni dove i servizi sono migliori?

Meglio dire le Regioni che si sono impegnate di più su questo fronte. Qui vale l'esempio della Sicilia: nel giro di un anno è passata da meno del 20% a oltre il 50% di interventi su fratture di femore a meno di 48 ore. Semplicemente perché la Regione ha messo tra gli obiettivi dei direttori generali questo indicatore. Questa è una delle classiche aree dove se vuoi puoi. È un problema organizzativo non di difficoltà clinica. Si tratta a esempio di costringere gli ortopedici a dare la priorità ad alcuni interventi piuttosto che agli interventi elettivi. Credo che questo sia un fortissimo effetto del programma esiti: aver pubblicato i dati e aver indotto le Regioni a intervenire. Nel 2011 andavano benissimo Toscana, Bolzano, Marche, Friuli mentre la Sicilia, la Calabria e la Campania erano in una situazione disastrosa (sotto il 20%). Nel 2012 nella lista dei best performer - 31 ospedali che stanno sopra il 75% - compaiono anche 5 ospedali siciliani e 4 del Lazio, tra cui il Sant'Eugenio, divenuto best performer nazionale 2012 a quota 94% grazie all'adozione di uno specifico programma.

Insomma basta l'organizzazione...

Non è solo organizzazione. Si tratta anche di dare indirizzi precisi agli operatori. Intervenire sui vecchietti è rischioso e non si fidelizza nessuno. Comunque il miglioramento c'è stato: nel 2011 c'erano 33 ospedali sotto il 5%: tra questi c'erano strutture grandissime come il Cardarelli di Napoli, il S. Paolo di Bari, l'Ingrassia di Palermo, l'ospedale di Sassari, l'ospedale dell'Angelo di Mestre. Nel 2012 gli ospedali sotto il 5% sono solo 13, quasi tutti in Campania.

Altri esempi di cambiamento?

Un altro caso eclatante è quello del cesareo. Tre anni fa Governo e Regioni hanno siglato una Intesa che prevedeva non ci potessero essere maternità sotto i 500 parti l'anno e che tutti dovessero tendere ad andare oltre i mille. A due anni di distanza restano più di 100 strutture pubbliche o accreditate con meno di 500 parti l'anno e ci sono più di 200 strutture che stanno tra i 500 e i mille parti. In Sicilia ci sono 15 ospedali, di cui 11 pubblici e 4 accreditati, che stanno sotto i 500 parti. Tra questi c'è anche l'Ospedale Basilotta di Nicosia: un ospedale da 280 parti l'anno dove questa estate è deceduta una donna sottoposta a cesareo. Il problema non è che questi ospedali sono costosi, ma che sono pericolosi.

Ma allora servirebbero le classifiche.

Non credo alle graduatorie, lo ripeto, soprattutto nei confronti dei cittadini. Se tu ministro, assessore, direttore generale sei il proprietario di alcune strutture di produzione e sei anche quello che ne accredita altre, non puoi dire ai cittadini "scegliete tra strutture tra cui io so essercene alcune con pessime performance, perché sono mie". Il primo dovere del Ssn è garantire che le proprie strutture abbiano standard di qualità sufficienti.

Altre novità tra i risultati 2012?

La colecistectomia laparoscopica che ormai è l'intervento d'elezione: l'indicatore valuta la proporzione di colecistectomie laparoscopiche che dopo l'intervento stanno in ospedale meno di 3 giorni. Questa proporzione è passata dal 52% nel 2007 al 61% nel 2012 e va progressivamente migliorando con grosse differenze tra Regioni. Chi va meglio in assoluto è la Toscana, con una media regionale quasi dell'85%: in Molise è del 30%, in Calabria è del 40%. Ma ci sono ospedali sotto il 10% nel Lazio, in Puglia, in Campania, in Sicilia. Però ormai questo intervento si fa anche in day surgery. Negli Usa è la regola. La Toscana è la migliore anche su questo fronte. Da Lazio in giù, invece, questo tipo di intervento è quasi sconosciuto, tranne in Basilicata. Best performer è l'ospedale di Tolentino, nelle Marche, a quota 97%.

Restiamo sulla chirurgia.

Anche in questo caso ci sono problemi di appropriatezza. A esempio per quanto riguarda il tumore gastrico maligno, le linee guida internazionali dicono che vanno operati in chirurgia con oltre 20 interventi l'anno: ma ci sono 400 ospedali con meno di 15 interventi l'anno. Il problema non sono tanto e solo i piccoli ospedali, bensì le piccole unità operative dei grandi ospedali. Nel 2011 all'Umberto I di Roma ci risultano 15 primari chirurgici che intervengono sullo stomaco: nessun reparto supera i 20 interventi l'anno. Altro tema gigantesco, le cardiocirurgie sono un altro argomento gigantesco. Prendiamo la mortalità a 30 giorni dopo by pass aorto-coronarico isolato: ci sono cardiocirurgie italiane anche molto grosse che navigano con mortalità inferiori all'1%. E sono in tutte le Regioni italiane. Viceversa ci sono 6 cardiocirurgie della Campania che hanno una mortalità superiore al 5%. La più critica è Caserta, con una mortalità aggiustata di quasi il 15%. Questo è uno strumento potentissimo anche nei confronti dei professionisti: una delle cose evidenti in letteratura è che la pubblicazione di questi dati incide sulla reputazione... E solo se c'è in ballo la reputazione i professionisti si impegnano a cambiare.

Torniamo ai cesarei.

Tra il 2005 e il 2007 erano il 29,6%, nel 2012 sono scesi al 26,3%: una diminuzione del 3% è un dato notevolissimo. Ci sono grandi strutture del Nord che navigano sotto il 10-15% di cesarei. E non è comunque una situazione estrema quella di navigare sotto il 20%. In Campania invece la situazione è peggiorata: tutte le strutture navigano sopra il 50%. L'ospedale di Marcianise è al 62% di cesarei; Villa Bianca con 1.200 parti è all'84%. A Villa Cinzia la via vaginale al parto è stata quasi abolita: 93%.

Un oroscopo per gli esiti 2014?

Nei sistemi sanitari nulla cambia rapidamente: servono programmi di lunga durata e stabilità... Il più grosso regalo che potremmo fare alla salute degli italiani è la chiusura delle maternità con meno di 500 parti l'anno. Ma questo richiede molta volontà e una azione politica forte. Che finora sono mancate.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ISPETTORE CAPO MASSICCI SULL'ATTUAZIONE DEI PIANI DI RIENTRO

«Tagliare i servizi è subdolo e sbagliato»

Il Piano di rientro non può essere sinonimo di riduzione dei servizi e delle prestazioni sanitarie. Attuarli attraverso il taglio dei servizi è infatti «subdolo e sbagliato». Lo afferma l'Ispettore capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale della Ragioneria generale dello Stato, **Francesco Massicci**, in audizione nelle commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica.

«I miglioramenti - spiega Massicci - devono avvenire attraverso la riorganizzazione dell'offerta sanitaria e gestionale/amministrativa». I piani di rientro, aggiunge l'ispettore, «non sono solo finanziari ma anche di riclassificazione della spesa e non peggiorano le situazioni ma le migliorano».

Insomma, la parola d'ordine deve essere il recupero dell'efficienza della spesa, senza inficiare la qualità dell'assistenza. Secondo quanto riferito da Massicci, grazie a un governo più efficace, negli ultimi anni la spesa sanitaria è diminuita: l'incremento medio è passato dal 7% al -0,8% dal 2000 al 2012.

«Grazie alla governance - ha detto - messa in atto negli ultimi anni, si è potuto assistere a una sostanziale riduzione dell'incremento della spesa sanitaria, pur non intaccando il livello di qualità del servizio erogato». Massicci ha precisato «che l'incremento medio annuo della spesa era stato del 7% fra il 2000 e il 2006 per passare all'1,4% tra il 2006 e il 2012, mentre la previsione per gli anni a venire è di un'ulteriore riduzione», a fronte anche «delle misure di contenimento della spesa già deliberate dal Parlamento».

Massicci ha sottolineato come la governance si sia rivelata uno strumento particolarmente efficace in ambito sanitario, «perché ha avuto la capacità di favorire, incentivare, fino a imporre alle Regioni comportamenti virtuosi nell'erogazione e gestione dei servizi sanitari nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza».

«Il livello dei servizi erogati non è stato intaccato», ha detto Massicci. Se oggi si spende meno e in modo più oculato, «la previsione per il futuro», ha spiegato, «è che la spesa si ridurrà ulteriormente, in seguito a misure di contenimento già deliberate dal Parlamento».

«A pagare il ticket - ha spiegato infine Massicci - è solo il 30% degli assistiti dal Ssn». Il gettito complessivo dei ticket è di 3 mld, di cui 2,3 per la specialistica e 0,6 per l'assistenza.

Ro.M.

Fuori dai tagli ricerca, scuola e sanità

I risparmi ripartiti in parti eguali tra dicasteri e trasferimenti agli enti locali

Dino Pesole
ROMA

■ Circa 1,1 miliardi di tagli "semilineari" ai ministeri e agli enti locali, con l'esclusione di ricerca, istruzione e sanità, cui si aggiungono 500 milioni attesi dalla dismissione di immobili pubblici che transitano dal Demanio alla Cassa depositi e prestiti. Al termine del Consiglio dei ministri che ha varato la mini-correzione da 1,6 miliardi del deficit per l'anno in corso, è stato il ministro dell'Economia, Fabrizio Saccomanni, a fornire il dettaglio delle coperture individuate dal Governo. Nessun aumento immediato delle accise sulla benzina per 6,5 centesimi al litro, come prevedeva la bozza preliminare del provvedimento. Nessun altro incremento dell'imposizione fiscale, mentre si era ipotizzato anche l'aumento dell'imposta di registro oltre a quello degli account Ires e Irap.

Nello specifico i tagli alle «spese rimodulabili» dei ministeri ammontano a 550 milioni, mentre per il resto si interviene sui trasferimenti diretti agli enti locali.

Non è stato facile individuare la copertura più idonea, e di certo i tagli a ministeri ed enti locali paiono non indifferenti, soprattutto perchè cadono nella parte finale dell'anno, e vanno ad aggiungersi ai 975 milioni già individuati sotto forma di uno degli addendi della copertura per l'abolizione della rata Imu di settembre.

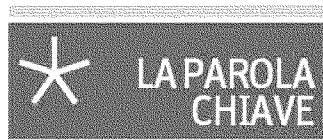
Quanto agli incassi attesi dalla dismissione di immobili pubblici, si potrebbe aprire sull'argomento un confronto con Bruxelles, poiché si tratta di introiti la cui destinazio-

ne è la riduzione del fondo di ammortamento del debito pubblico. La lettura approfondita del decreto potrà consentire di chiarire la questione, considerato che l'operazione vede il coinvolgimento della Cassa depositi e prestiti, il cui raggio di azione fuoriesce formalmente dal perimetro delle pubbliche amministrazioni e dunque non transita per il deficit.

Nella bozza d'ingresso del provvedimento compare altresì una potenziale boccata d'ossigeno per le regioni commissariate o sotto piano di rientro dai maxi debiti sanita-

BOCCATA D'OSSIGENO

Potranno ridurre Irpef e Irap le Regioni sottoposte a piano di rientro che hanno dato prova di comportamenti virtuosi



Cdp

● La Cassa depositi e prestiti (Cdp) è una società per azioni a controllo pubblico: lo Stato detiene il 70% del capitale, il restante 30% è posseduto da un gruppo di Fondazioni di origine bancaria. Cdp gestisce una parte importante del risparmio degli italiani, il risparmio postale, che convoglia in favore della crescita del Paese, finanziando i principali settori di interesse strategico

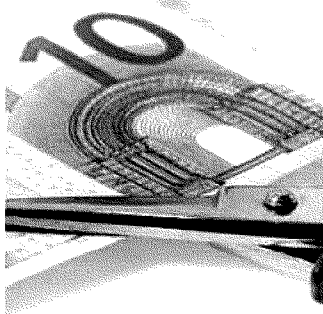
ri, dove sono scattate le maxi aliquote Irpef e Irap. Se nell'ultimo triennio, in applicazione dei piani concordati col Governo, avranno ottenuto un deficit inferiore a quello del gettito fiscale extra incassato, potranno ridurre le aliquote oppure destinarne una parte a finalità extra sanitarie. Il jolly previsto dal Governo nel decreto, per la verità, non sembra poter avere nell'immediato molte regioni beneficiarie. Forse soltanto la Sicilia, come sembra di capire dalla postilla a corredo della relazione tecnica all'articolo del decreto. Con questa potenziale ciambella di salvataggio si modifica la Finanziaria 2010, che prescriveva l'obbligo di mantenere in vita le maggiorazioni fiscali locali per l'intera durata del piano di rientro dal deficit e di ristrutturazione del servizio sanitario regionale sotto indagine.

Resta ancora da definire la copertura per i 330 milioni che occorrono per finanziare l'ulteriore stanziamento per la cassa integrazione in deroga. Lo slittamento disposto ieri sera dal Consiglio dei ministri si deve all'ulteriore copertura da individuare. Stando a quanto ha annunciato lo stesso Saccomanni, sarà la prossima riunione di Governo, in programma per martedì 15 ottobre, a prevedere la copertura. È l'appuntamento con l'approvazione della legge di stabilità vero banco di prova per il governo. Vi sarà indicata la prima tranche di riduzione del cuneo fiscale, anche se ancora non è stata indicata una cifra (si ragiona su un range di 4/5 miliardi).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le coperture della manovrina

TAGLI DI SPESA



Giro di vite sui ministeri

Una sforbiciata da 550 milioni. Tanto valgono i tagli semi-lineari alle spese rimodulabili dei ministeri previsti dalla manovrina con l'esclusione di Salute, Istruzione e Ricerca, annunciati ieri dal ministro dell'Economia Saccomanni. Copriranno circa un terzo delle risorse necessarie (1,6 miliardi) per riportare il rapporto

deficit/Pil sotto la soglia del 3%. «Le disponibilità di competenza e di cassa relative alle spese rimodulabili del bilancio dello Stato sono accantonate e rese indisponibili per ciascun Ministero»

550 milioni

PATTO DI STABILITÀ



Penalizzati i Comuni «virtuosi»

Sospeso per il 2013 il meccanismo "premiante" che prevedeva per gli enti locali virtuosi l'attribuzione di un obiettivo in termini di patto di stabilità interno pari a zero. Di conseguenza, tale meccanismo comportava l'aumento delle percentuali, nella misura massima di un punto, che gli enti locali "non virtuosi" applicano alla spesa

corrente media registrata negli anni 2007-2009, per individuare i propri obiettivi. La sospensione della «virtuosità» dovrebbe portare ora a risparmi per 550 milioni, in termini di indebitamento netto e fabbisogno

550 milioni

DISMISSIONI



In campo la Cdp

Una parte della copertura della manovrina (500 milioni) arriva dalla vendita di immobili pubblici da parte del Demanio. Che non vengono dati direttamente alla nuova Sgr del Tesoro bensì vengono acquistati dalla Cassa depositi e prestiti. Quanto agli incassi attesi, si potrebbe aprire sull'argomento un confronto con

Bruxelles, poiché si tratta di introiti la cui destinazione è la riduzione del fondo di ammortamento del debito pubblico. Il raggio di azione della Cdp fuoriesce infatti dal perimetro delle Pa e dunque non transita per il deficit

500 milioni

Dismissioni. Il passaggio alla Cassa depositi e prestiti

In vendita immobili per 500 milioni

Saverio Fossati

■ Ennesima accelerazione per le dismissioni immobiliari: con la norma di semplificazione contenuta nel decreto legge votato ieri possono rientrare in gioco 500 milioni di vendite, che già da subito potranno esser ceduti alla Cassa depositi e prestiti.

Questo importo, ha spiegato ieri il ministro dell'Economia Fabrizio Saccomanni, serve a risparmiare i tagli ai ministeri della Ricerca, dell'Istruzione e della Sanità e saranno «attuati in forma più o meno lineare». Gli immobili «verranno venduti alla Cassa depositi e prestiti e poi verranno gradualmente immessi sul mercato».

Una modifica normativa era

necessaria proprio per consentire la cessione alla Cdp attraverso un meccanismo che permetta, per il 2013, di "saltare" la cessione alla Sgr (la Invimit del Tesoro prevista dal "Decreto Grilli"). Nel 2014 dovrebbe invece riattivarsi la procedura ordinaria con la cessione alla Sgr del Tesoro che sinora, però, non è diventata operativa.

Fortunatamente nel piano industriale della Cdp era stata pre-

LA SCELTA

L'operazione evita la cessione a una Sgr Beni immessi sul mercato con gradualità

vista la spesa di un miliardo proprio per investimento nel mattone pubblico attraverso il fondo Fiv (Fondo Investimenti per la Valorizzazione). La vendita sarà diretta, senza gare preventive, e l'importo complessivo (500 milioni) è relativamente basso anche perché sono tutti edifici assolutamente pronti da vendere, assicurano al Demanio.

Gli immobili interessati dalle dismissioni rapide sono quelli già valorizzati, a partire, probabilmente, da quelli inseriti nel piano di Valore Paese e Valore Paese Dimore, che avrebbero dovuto invece finire nella Invimit.

Nel testo sono comunque contenute due norme più specifiche per facilitare le dismissioni: una

ha un'importanza cruciale perché nel frattempo è sopravvenuta la disposizione che impone la sanzione della nullità alle cessioni immobiliari che non vedano l'allegazione dell'Attestato di prestazione energetica.

Proprio per consentire i tempi brevi richiesti dalla situazione la norma integra le disposizioni di esonero dalla presentazione di documenti e attestazioni già previste nel procedimento di dismissione disciplinato dall'articolo 3 del decreto legge 351/2001. Il regime degli esoneri dagli oneri informativi e documentali viene infatti aggiornato, ricomprendendovi anche gli obblighi previsti a pena di nullità (cioè appunto

l'Ape) intervenuti da poco.

Questa ultima disposizione, si legge nella relazione tecnica, comporta un risparmio, allo stato difficilmente quantificabile, in relazione ai costi che avrebbero dovuto essere sostenuti per l'ottenimento delle certificazioni energetiche e per quelli indiretti costituiti dalle risorse da impiegare per gli allineamenti catastali.

L'altra norma della "manovrina" serve a semplificare il trasferimento ai comuni degli alloggi costruiti per i profughi, rimuovendo l'ostacolo della preventiva pubblicazione di un bando locativo da parte dei comuni, per completare i trasferimenti da parte dell'Agenzia e permettere ai comuni destinatari di provvedere agli adeguamenti dell'immobile prima di procedere all'assegnazione mediante bando.

FONDO DI GARANZIA

Scontro tra Mef e Sviluppo sulla gestione

■ «Ai fini del riordino del sistema delle garanzie, del più efficiente utilizzo delle risorse pubbliche e della garanzia dello Stato», il Fondo di garanzia per le Pmi «è imputato al ministero dell'Economia». La norma sarebbe saltata in extremis per l'opposizione dello Sviluppo economico, attuale regista del Fondo, a cui sarebbero rimasti solo «l'esercizio delle funzioni amministrative e contabili» e le attività ispettive d'intesa con il Mef.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Asl Napoli 2 nord: apre nuovo distretto

Taglio del nastro per il nuovo distretto sanitario di Villaricca. La struttura sarà inaugurata stamani alle ore 12. La nuova sede del distretto n.39 di Villaricca, competente per i Comuni di Villaricca, Qualiano e Calvizzano è ubicata in Corso Italia ed è stata realizzata ex novo a sostituzione delle tre diverse strutture presso cui erano allocati i servizi dell'Asl. Alla cerimonia intervengono rappresentanti delle istituzioni locali e

regionali, il direttore generale dell'Asl Napoli 2 Nord, **Giuseppe Ferraro**, il direttore amministrativo dell'Asl Napoli 2 Nord **Nicola Cantone** e il direttore sanitario della Asl **Agnese Iovino**.

Il caso Senza decisioni a breve, Squillante dovrà approvare la delibera con i tagli. Associazioni infuriate

Centri di riabilitazione: morte certa a novembre

Morlacco non modifica ancora il decreto 86: «Saremo costretti a chiudere»

di Marta Naddei

Meno di un mese e i centri riabilitativi chiuderanno i battenti, procedendo con la dimissione protetta dei pazienti e i licenziamenti dei dipendenti. Tentenna il sub commissario alla sanità campana, Mario **Morlacco**, in merito alle modifiche da apportare al contestatissimo decreto 86 che prevede una totale revisione dei tetti di spesa per la macroarea della riabilitazione. Tradotto: per il comparto della provincia di Salerno un taglio di ben 9 milioni di euro rispetto al 2012 (pari a circa il 16% delle prestazioni erogabili) ma con le stesse prestazioni da erogare. Il nuovo allarme arriva a seguito della riunione di ieri del coordinamento delle associazioni di categoria (Aias - Aiop - Anffas - Anisap - Aris - Aspat - Confapi Sanità - Federlab Riab - Foai Campania - Rete solidale). In sostanza, a partire dal prossimo mese, le strutture che avranno raggiunto il proprio limite fissato dal budget di struttura saranno costrette a sospendere l'erogazione delle prestazioni, con contestuale richiesta alle Asl di adottare le procedure di dimissione protetta dei propri pazienti. Se questo drammatico scenario dovesse divenire realtà si assisterà alla morte dell'assistenza riabilitativa e di quella agli anziani; alla presumibile richiesta alle Asl della dovuta continuità terapeutica da parte degli assistiti che saranno privati di un diritto costituzionalmente garantito con tanto di richieste di risarcimento danni a corredo e l'inevitabile ripercussione sui livelli occupazionali, con i centri che hanno già dovuto adottare numerosi interventi di riduzione del proprio personale. Intanto, il subcommissario Morlacco tace: al momento non c'è stata alcuna risposta a quelle che sono state le tantissime istanze



Il coordinatore Aspat Antonio Gambardella (a sinistra) con Mario Morlacco

presentate dalle associazioni di categoria con le quali veniva invitato a prendere in considerazione modifiche da apportare al decreto 86 per evitare di distruggere un intero settore. In attesa di un cenno da parte del numero due della struttura commissariale regionale, c'è anche il direttore generale dell'Asl di Salerno, Antonio **Squillante**. Quest'ultimo, lo scorso primo ottobre, ha già approvato la delibera per i tetti di spesa per il settore della fisioterapia che, fortunatamente, non inciderà in maniera drastica sui servizi e le strutture. La decisione sull'atto relativo, invece, ai centri riabilitativi ed alle residenze assistenziali sarebbe in stand by proprio in attesa delle mosse del subcommissario. Mosse che se dovessero ulteriormente tardare metterebbero in condizione lo stesso Squillante di approvare la delibera che dà applicazione al decreto 86 così come concepito ora. Una evenienza che, di fatto, provocherebbe la chiusura di gran parte dei centri della provincia di Salerno.

Sul piede di guerra i coordinatori e presidenti delle associazioni di categoria. «Non pensavamo davvero di arrivare al punto di

programmare una data di chiusura delle nostre strutture» - commenta Antonio **Gambardella**, coordinatore Aspat. «E' il fallimento della sistema regionale di cura ed assistenza alle persone di fascia debole. Non avevamo bisogno di un grande economista come Morlacco per operare dei tagli lineari ed indiscriminati». Martedì il coordinamento è stato convocato in audizione dalle Commissioni regionali congiunte di bilancio, sanità e politiche sociali, alle ore 12. «Finalmente i politici regionali si sono accorti del problema. Spero solo non sia troppo tardi» - conclude Gambardella. Sulla stessa linea anche il presidente dell'Anffas, Salvatore **Parisi**: «E' davvero un momento amaro quello che stiamo vivendo. Qui non si tratta di negare una prestazione ma di negare il diritto alla salute dei cittadini e, in questo caso, di quelli più deboli. Ci saranno ripercussioni sui livelli occupazionali e si provocherà smarrimento nei familiari dei pazienti. La politica non solo è rimasta sorda ai nostri appelli ma ha applicato provvedimenti che hanno definitivamente messo in ginocchio una situazione già precaria e delicata».

Riabilitazione: tra un mese centri a rischio chiusura

Martedì la riunione della commissione regionale sanità sul taglio ai tetti di spesa
Da novembre i pazienti potrebbero essere dimessi e molti operatori licenziati

La convocazione della quinta commissione regionale Sanità, fissata per martedì 15 (ore 12 a Napoli) con le associazioni di categoria del settore riabilitativo campano, appare l'ultima spiaggia per evitare il peggio. Se la fumata sarà nera, anche i prossimi mesi saranno dello stesso colore per migliaia e migliaia di utenti campani. A novembre, infatti, si chiuderanno giocoforza i battenti delle strutture. I pazienti verranno dimessi e ci sarà un ulteriore taglio al personale. «Non pensavamo davvero di arrivare al punto di programmare una data di chiusura delle nostre strutture - hanno commentato Salvatore **Parisi** di Anffas e Antonio **Gambardella** di Aspat - E' il fallimento della sistema regionale di cura ed assistenza alle persone di fascia debole».

La decisione di arrivare all'inevitabile stop delle prestazioni è arrivato ieri al termine di una riunione del coordinamento del comparto campano (composto da Aias, Aiop, Anffas, Anisap, Aris, Aspat, Confapi, Federlab Riab e Foai Campania) che si è svolta a Napoli. Da maggio del 2012 ad oggi, hanno sottolineato le associazioni di categoria in un documento, c'è stata una decurtazione del fatturato solvibile nell'ordine del 30-50 per cento. Quello stabilito ieri sembra essere davvero un punto di non ritorno. Cosa succederà ora? «I nostri - hanno spiegato Gambardella e Parisi - chiederanno al direttore generale dell'Asl, con un apposito modello che abbiamo predisposto, di essere assistiti nelle inesistenti strutture pubbliche di riabilitazione. Non possiamo fare altro». Per il coordinamento del comparto queste conseguenze hanno delle responsa-



L'ingresso dell'Azienda sanitaria locale di via Nizza

bilità ben definite a cominciare dalla struttura commissariale «che, a tutt'oggi, non ha dato alcun riscontro alle varie istanze inviate negli ultimi due mesi per la convocazione di un tavolo regionale di concertazione e condivisione relative alle modifiche da apportare all'adottato decreto 86/2013 sui tetti di spesa dell'anno in corso. Correzioni - hanno sottolineato - peraltro più volte ufficiosamente annunciate, fin dall'agosto scorso presso la sede della presidenza della giunta regionale e dal sub commissario Mario **Morlacco**, e mai concretizzate».

Il decreto 86 ha infatti disposto, a quattro mesi dalla fine di questa annualità, un ulteriore e consistente taglio di risorse e prestazioni per tutte le strutture di questa macroarea, peraltro già progressivamente ridimensionata dai vari provvedimenti del piano di rientro, già a partire dal 2008 con riduzioni che vanno dal 20 al 55 per cento. E ancora il taglio del 16 per

cento del volume di prestazioni erogabili, che ha determinato l'impossibilità di garantire la continuità assistenziale, nonostante sia richiesta obbligatoriamente nello schema di accordo contrattuale allegato al decreto 86/2013, a fasce di utenti caratterizzati da gravi disabilità e fruitrici di prestazioni rientranti pienamente nei livelli essenziali di assistenza e, quindi, non sospensibili. «Non avevamo bisogno di un grande economista come Morlacco per operare dei tagli lineari ed indiscriminati. I tagli - hanno sostenuto ancora Gambardella e Parisi - vanno fatti con i criteri di appropriatezza, dopo aver svolto corretti monitoraggi sul fabbisogno di salute dei cittadini. Martedì saremo in Regione. Finalmente - hanno concluso - i politici regionali si sono accorti del problema. Spero solo non sia troppo tardi».

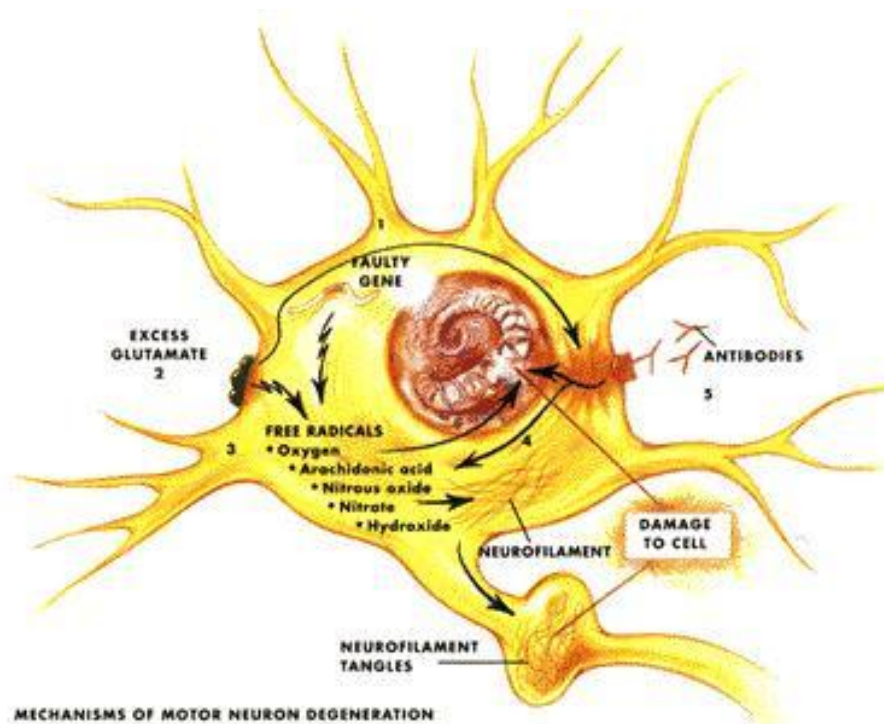
Mattia A. Carpinelli

ORIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Ricerca Usa-Italia scopre “interruttore” che accende i geni anticancro

ROMA. Scoperto un nuovo “interruttore” molecolare che potrebbe aprire la via a nuove cure per i tumori. Una terapia capace di riaccendere “geni oncosoppressori” cioè geni anticancro. La scoperta è stata pubblicata su *Nature*, la prestigiosa rivista scientifica, ed è il risultato di un lavoro svolto in collaborazione dalla Harvard University di Boston e dall'Università Cattolica di Roma. Lo studio è stato condotto da Annalisa Di Ruscio, ricercatrice italiana ora negli Stati Uniti, insieme ai colleghi americani e italiani del Policlinico Gemelli, tra cui Giuseppe Leone direttore del reparto di Ematologia. Di Ruscio ha scoperto una classe di molecole (Rna) che spegne un enzima chiave nella regolazione dei geni, denominato DNMT1. Il DNMT1 è un silenziatore genetico, vale a dire che se viene disattivato, i suoi geni bersaglio (tra cui geni anticancro) si possono accendere. Dunque, spiegano gli esperti, mettendo fuori gioco DNMT1 potrebbero essere riattivati geni specifici in grado di contrastare il cancro, i cosiddetti “oncosoppressori”.

L'evento

Vico Equense, un congresso sulle patologie reumatiche

Vico Equense. La pratica clinica nella gestione di patologie reumatiche sarà al centro del dibattito coordinato dallo specialista Francesco Comentale nel congresso che si terrà lunedì prossimo all'hotel Moon Valley a Vico Equense. Un appuntamento importante a cui prenderanno parte esperti del settore. Confronto a 360 gradi dunque sulle malattie reumatiche che rappresentano ancora un universo sconosciuto per gli italiani e per molti medici, spesso vittime dei falsi miti e pregiudizi. Il 36% è convinto che la causa principale sia il clima, il 58% pensa che i sintomi derivanti da queste patologie siano solo dolori, ignorando i danni più gravi e il rischio di invalidità. La stragrande maggioranza degli italiani non immagina neanche che dietro la definizione «malattie reumatiche» si nascondono ben 180 tipi diversi di patologie, o che a soffrirne nel nostro Paese sia una fetta di popolazione che va dai 6 ai 10 milioni di persone, 2 su 10 «under 50». La gente è ancora convinta che il clima sia un fattore predisponente, non sa che l'artrite è uguale nel deserto del Sahara come nella nebbiosa Padania. Un altro ostacolo è rappresentato dal fatto che «i dolori» legati a queste malattie sono appannaggio di tutta la popolazione. Chiunque ha sofferto di mal di schiena almeno una



volta nella vita. Spesso si tende a banalizzare le cause e si fatica a distinguere quelle banali da quelle più serie. La conseguenza è che in molti scelgono il

«fai da te» per alleviare il dolore con l'aiuto di antinfiammatori, senza curare davvero la malattia. La diagnosi viene ritardata e i danni che lo specialista riscontra sono sempre più gravi, in molti casi «irreversibili».

Ciò succede per una patologia in cui la diagnosi precoce è strategica

ai fini dell'efficacia delle terapie. Scopo del convegno è quello di affrontare in maniera scientifica quelli che sono i più comuni pregiudizi delle malattie reumatiche per cercare di ridurre i danni

derivanti da una diagnosi fatta troppo tardi. Fondamentale è anche il ruolo del farmacista.

Già ufficializzato il programma del congresso. La presentazione del corso sarà affidata proprio al dottore Francesco Comentale. A seguire spazio alla gestione integrata MMG

allo specialista della patologia Francesco Cappiello.

Previsti focus anche sul ruolo dell'ecografia nei pazienti reumatici, nuove frontiere nella gestione del dolore neuropatico, carenza di vitamina D nei pazienti reumatici.



© RIPRODUZIONE RISERVATA
@Metropolis_Web

Simulatore di ginocchio, svolta in ortopedia

Il convegno

L'attrezzatura consente ai giovani chirurghi di operare virtualmente

Patrizia Marino

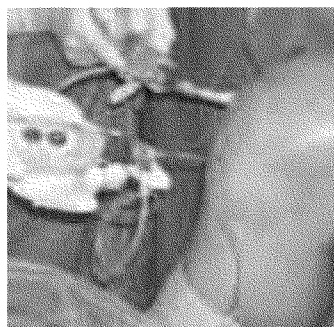
Una svolta importante in campo ortopedico per una chirurgia sempre meno invasiva. Presentato per la prima volta a Napoli un simulatore di ginocchio e spalla che consente ai giovani chirurghi di operare virtualmente in artroscopia.

Se ne è discusso ieri presso l'hotel Alabardieri nel convegno «L'artroscopia e la chirurgia ricostruttiva nel ginocchio e nella spalla» presieduto da Donato Rosa chirurgo del ginocchio presso L'Università Federico II di Napoli.

Presenti alla tavola rotonda Maria Triassi direttore del Di-

partimento di Sanità pubblica policlinico federiciano, Francesco Sadile direttore dell'area funzionale dell'ortopedia ed Enrico Di Salvo direttore del dipartimento assistenziale.

«La presentazione di questo simulatore virtuale fa parte di un progetto più ampio - ha detto Donato Rosa - per poter affrontare nella maniera più moderna la patologia articolare del ginocchio e della spalla. Attraverso l'impiego di questo simulatore che riproduce esattamente



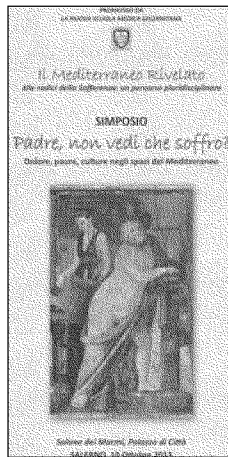
l'anatomia dell'arto, sarà possibile istruire i giovani chirurghi ortopedici del domani alla pratica di interventi di artroscopia senza dover ricorrere per forza all'utilizzo di pezzi anatomici come una volta».

«Una grossa recentissima novità - ha aggiunto il professore Donato Rosa - per il trattamento del danno articolare del ginocchio è il Kinespring. Si tratta di una specie di ammortizzatore exarticolare in grado di prevenire e trattare danni cartilaginei, che può ritardare l'intervento più invasivo di protesi del ginocchio».

«Il dipartimento di Sanità pubblica per la sezione ortopedia - ha dichiarato infine la professoressa Maria Triassi - si propone come avamposto tecnologico per tutte le innovazioni per la chirurgia ortopedica ai fini della didattica ed anche della ricerca».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'iniziativa



Cefalea e dolore, studiosi a raccolta a Salerno

Nei luoghi che videro il fiorire di una delle più importanti istituzioni mediche dell'Occidente, la Scuola Medica Salernitana, studiosi di diversa formazione, ricercatori e clinici esperti in Cefalea, provenienti dalle varie aree del Mediterraneo s'incontrano per fare il punto sulle attualità in tema di Cefalea e Dolore, in uno stimolante confronto di esperienze. Un esaltante viaggio alle radici della Sofferenza svolto in una prospettiva pluridisciplinare. Due i momenti fondamentali: un Simposio dal suggestivo titolo - "Padre non vedi che soffro?" - , che affronta l'argomento nell'ottica delle Scienze Umane (Salerno, Palazzo di Città, Salone dei Marmi, giovedì 10 ottobre 2013, ore 15); fa seguito, in un mirabile continuum, il Meeting di respiro internazionale a carattere clinico-scientifico - "La diffusione della conoscenza sulla Cefalea nell'Area Mediterranea" - che si svolge a Vietri Sul Mare (Hotel Lloyd's Baia, 11 e 12 Ottobre), riguardante il Mal di testa e le sue comorbidity nell'adulto e nel bambino.



Fino al 20 ottobre c'è BergamoScienza 2013, con scienziati, conferenze, mostre, laboratori interattivi, spettacoli e molto altro. Su www.bergamoscienza.it.



Recuperare la vista grazie alle staminali

Ustioni della cornea e malattie gravi degli occhi possono guarire con l'uso di queste cellule.

Digitate la parola «staminali» sul web e otterrete 2 milioni di risultati, il che rende bene le aspettative nate intorno a questo tipo di cellule, capaci di dare vita a tutti i tessuti dell'organismo (le cosiddette cellule staminali, non ancora specializzate). Finora, però, i casi in cui le staminali sono entrate a far parte della pratica clinica sono pochi: oggi servono per curare tumori del sangue, anemie congenite, malattie della pelle e degli occhi. Il resto appartiene al campo delle sperimentazioni (o

dell'aneddotica, che in scienza ha scarso peso). Il recupero della vista con staminali è uno dei settori più avanzati. «Le utilizziamo nelle ustioni della cornea, piuttosto comuni: succede agli idraulici con i liquidi per sturare i lavandini, ai muratori che usano calce viva, ai bambini che giocano nei cantieri, alle donne assalite con l'acido muriatico» dice Paolo Rama, primario dell'Unità operativa di oculistica all'ospedale San Raffaele di Milano, che di staminali parla a BergamoScienza il 13 ottobre.

Si parte da un pezzettino di epitelio della cornea prelevato dall'occhio sano (quando uno dei due non è stato colpito) e lo si amplifica in modo da ricavare le cellule staminali, congelate

e poi scongelate al momento dell'intervento. «Nella maggior parte dei casi le staminali rigenerano la cornea. Ed è fantastico come si sia riusciti a standardizzare una procedura di assoluta avanguardia» aggiunge Rama.

E quando entrambi gli occhi sono coinvolti, o colpiti da una malattia congenita? In questo caso la cornea del paziente non è più una sorgente di staminali, l'alternativa allora potrebbe essere prelevarle da altre sedi, dalla mucosa della bocca o dalla pelle; o ricorrere a un altro tipo di staminali, quelle riprogrammate (ossia cellule adulte ritrasformate in bambine). Si tratta per ora di tentativi, precisa Rama. Solo il futuro dirà se è una strada percorribile. *(Daniela Mattalia)*

Cardiologia: i modelli tra Hta e «syncope unit»

Il punto su appropriatezza, tecnologie, reti territoriali e modelli di intervento sulla sincope. (Servizio a pag. 26-27)

CONGRESSO SICI-GISE/ Il punto su health technology assessment e criteri costo-efficacia

Quelle sfide dei cardio-device

Con le istituzioni dialogo aperto su standard di dispositivi e strutture

Argini «hi-tech» ai tagli lineari

L'innovazione tecnologica e il cardiologo interventista sono ormai un binomio inscindibile, i dispositivi medici svolgono un ruolo consolidato e fondamentale nell'assistenza sanitaria e sociale, concorrendo alla riduzione della mortalità e al miglioramento della qualità di vita dei cittadini.

La tecnologia è l'interfaccia tra il medico e la patologia del paziente: l'efficacia (e il costo/efficacia) del nostro intervento è quindi conseguenza non solo delle nostre capacità professionali, ma anche dell'uso corretto dell'elemento tecnologico. La sfida del nostro tempo è sostenere, con le limitate risorse a disposizione del sistema sanitario attuale, l'evoluzione di terapie ad alto contenuto tecnologico, poiché l'innovazione è costosa e ha un alto impatto sulle risorse disponibili.

Quale società scientifica della cardiologia invasiva italiana il nostro ruolo è duplice: 1) produrre ricerca, sostenere il rapporto tra clinica e tecnologia, 2) stare al tavolo del decisore pubblico e collaborare nella valutazione delle tecnologie sanitarie (Health technology assessment-Hta), ancor più oggi alla luce della nuova direttiva europea - concernente l'applicazione dei diritti dei pa-

zienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera - che sta per entrare in vigore e renderà più armonico e coerente l'approccio degli studi di Hta nell'Unione europea dando maggiore efficienza all'uso delle risorse in tempi di crisi.

Il settore dei medical devices che ha rivoluzionato negli ultimi 5 anni l'approccio per le patologie cardiovascolari ha due caratteristiche peculiari: l'eterogeneità qualitativa delle numerose famiglie di dispositivi e la continua evoluzione tecnologica. Sotto il profilo di governo del sistema, la selezione, validazione e diffusione delle best practice dovranno essere gli elementi oggettivi del processo decisionale della Sanità pubblica, utilizzando strumenti gestionali diversi da quelli attuali. Se l'obiettivo dichiarato di tutti i soggetti, privati e pubblici, è coniugare qualità della prestazione e sostenibilità economica, va ridesegnato alquanto radicalmente il rapporto tra istituzioni di governo pubblico, società scientifiche, associazioni dei pazienti e partner industriali: solo l'azione sinergica sarà in grado di individuare e diffondere unicamente le innovazioni in grado di dimostrare evidenze di costo-efficacia o, ancora meglio, che introducano elementi di risparmio nel sistema sanitario.

La Società italiana di cardiologia invasiva Sici-Gise, a congres-

so a Genova dal 9 all'11 ottobre, rappresenta una comunità scientifica da sempre distintasi per la dinamicità intellettuale e per l'interesse alla gestione del dato clinico. Per questo motivo, in particolare durante l'ultima presidenza, ha sostenuto che la componente clinica in generale, e le società scientifiche, debbano contribuire in modo critico al governo dell'innovazione tecnologica.

Le società scientifiche rappresentano di fatto il punto di riferimento in materia tecnico-scientifica, e il loro contributo è ineludibile dal momento che l'impatto della qualità dei dispositivi sul loro costo/efficacia può essere certificato unicamente dalle evidenze scientifiche derivanti dagli studi clinici. Per queste ragioni, l'attuale Consiglio direttivo ha promosso iniziative educazionali e studi clinici e intrapreso un programma formale di relazioni istituzionali con l'obiettivo di partecipare al processo decisionale delle istituzioni sanitarie centrali e periferiche.

La nostra attività è stata presentata al Centro unico dei dispositivi medici, e specificamente Gise-Network che ha raccolto per la prima volta in modo comparato i risultati dei centri di emodinamica italiani, portando un grande valore aggiunto al decisore pubblico.

Al ministero della Salute abbiamo portato il nostro contributo sui processi di cura ad alto contenuto tecnologico; presso Farmindustria i presidenti delle società Sici-Gise e Aiac sono stati invitati congiuntamente a chiari-

re le specifiche posizioni societarie sull'impatto della revisione della spesa sulla qualità della prestazione erogata al paziente.

Insieme ad Anmco e Aiac si è poi aperto a un tavolo istituzionale di alto profilo presso Age.na.s nel contesto del processo di riordino del sistema cardiologico e cardiocirurgico, un complesso programma di re-ingegnerizzazione del sistema cardiologico basato sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

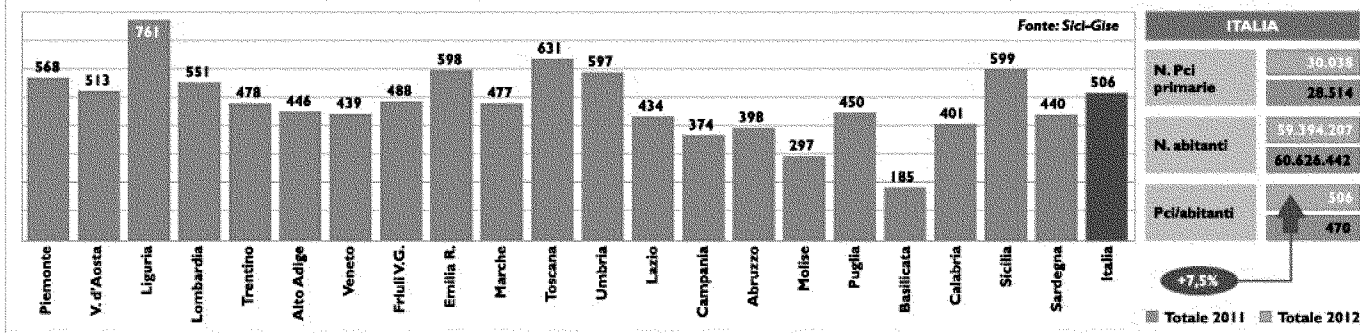
Il primo contributo di Gise, sotto il profilo tecnico-scientifico, è stato orientato alla revisione delle caratteristiche dei dispositivi impiantabili per superare lo scoglio dei tagli lineari che i prezzi di riferimento potevano introdurre nel nostro sistema, e oggi il tema appare in via di soluzione.

La seconda fase del riordino di sistema, cioè quella che dovrà stabilire gli standard minimi e massimi delle strutture per singola disciplina sulla scorta del fabbisogno del territorio, dei livelli assistenziali, della qualità delle strutture (emodinamiche, reparti cardiologia, cardiocirurgia) è ben più complessa. Ed è in particolare in questo campo che la rappresentatività della nostra società scientifica potrà portare valore aggiunto alle istituzioni.

Alberto Cremonesi
Presidente Sici-Gise

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Angioplastica primaria per 1.000.000 di abitanti in differenti Regioni italiane (dati Sici-Gise, anno 2012)



L'aumento delle procedure e il miglioramento delle reti in alcune Regioni target dove Sici-Gise ha collaborato

	PIEMONTE	2011	2012	Δ%	Pci/ab.
		2.175	2.475	13,8%	568
	VENETO	2011	2012	Δ%	Pci/ab.
		2.090	2.133	2,1%	439
	SICILIA	2011	2012	Δ%	Pci/ab.
		2.735	2.994	9,5%	599
	PUGLIA	2011	2012	Δ%	Pci/ab.
		1.780	1.823	2,4%	450
	CAMPANIA	2011	2012	Δ%	Pci/ab.
		1.876	2.156	14,9%	374

STUDI FALSAMENTE NEUTRI

Scompenso cardiaco: un'emergenza declinata al maschile

Lo scompenso cardiaco (heart failure) rappresenta un problema di grande rilievo epidemiologico, con importanti conseguenze di ordine assistenziale.

Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica la cui diagnosi si basa su una valutazione clinica dei sintomi combinata con esami strumentali. I sintomi e i segni clinici più importanti sono caratterizzati da dispnea a riposo e durante l'esercizio fisico, astenia e gonfiore alle gambe.

Le cause principali dello scompenso cardiaco sono la cardiopatia ischemica e l'ipertensione arteriosa.

Negli Stati Uniti più di 3 milioni di persone sono affette da scompenso cardiaco che, con 400.000 nuovi casi l'anno, costituisce la causa più frequente di dimissione della popolazione oltre i 65 anni. La prevalenza dello scompenso aumenta con l'età: è dell'1% nelle persone tra i 50 e i 59 anni, sale al 9% tra gli 80 e gli 89 anni.

In Italia lo scompenso cardiaco interessa circa l'1-2% della popolazione generale. La prevalenza dello scompenso cardiaco è di circa il 5% in soggetti fra 65 e 69 anni e raggiunge oltre il 12% negli ultraottantenni.

L'insufficienza cardiaca rappresenta il primo Drg, per numerosità, nell'ambito delle malattie trattate in Medicina interna, costituendo l'8% di tutti i ricoveri (Fadoi 2000) e l'invecchiamento della popolazione costituisce un fattore di amplificazione del fenomeno. In Italia gli ultrasessantacinquenni consumano oltre il 40% della spesa sanitaria totale e il trend demografico in incremento della popolazione anziana fa presumere un aumento di tale quota nei prossimi anni.

La prognosi continua a essere severa, non molto diversa da quella di molte neoplasie maligne e sostanzialmente non migliore rispetto al passato.

L'incidenza dei ricoveri per Sc è aumentata del 40% negli ultimi anni, con oltre il 70% dei ricoveri totali in soggetti ultrasessantenni. Il rischio di riammissioni ospedaliere per Sc è alto con una prevalenza di re-ricovero a 6 mesi in ca. il 45% dei casi.

Lo scompenso cardiaco è caratterizzato da un alto numero di comorbidità che condiziona un elevato livello di disabilità che diventa un elemento caratterizzante per questi pazienti, il cui impatto sulla prognosi deve essere ancora completamente chiarito.

Tra le principali comorbidità si segna-

lano l'ipertensione (55%-77%), la malattia coronarica (36%-53%), la fibrillazione atriale (32%-41%), il diabete mellito (32%-45%), la broncopneumopatia cronica (20-25%), l'insufficienza renale cronica (15%), l'obesità e l'anemia.

Molte donne muoiono ogni anno più per malattie cardiovascolari che per neoplasia della mammella o dell'utero. Sebbene quasi il 50% della mortalità femminile per cause cardiovascolari sia dovuta a malattia coronarica, l'insufficienza cardiaca contribuisce per il 35% della mortalità cardiovascolare delle donne. Inoltre, circa il 50% dei ricoveri per scompenso cardiaco è costituito da donne.

Nonostante ciò, lo scompenso cardiaco nelle donne rimane scarsamente considerato e poco studiato e non ha ricevuto la stessa attenzione pubblica della malattia coronarica.

I farmaci impiegati nella cura dello scompenso cardiaco (Ace-inibitori, beta-bloccanti e spironolattone) hanno dimostrato la loro efficacia nel ridurre la mortalità e l'ospedalizzazione, ma gli studi sono stati condotti principalmente sulla popolazione di sesso maschile (70-80%).

La prevalenza dello scompenso cardiaco aumenta con l'età in entrambi i sessi, ma le donne tendono a sviluppare l'insufficienza cardiaca a un'età più avanzata rispetto agli uomini.

Nelle donne con scompenso cardiaco prevale l'ipertensione arteriosa rispetto alla cardiopatia ischemica, mentre nell'uomo avviene l'inverso. Allo stato attuale non emergono chiare indicazioni per differenziare il trattamento nei due sessi, anche se nella pratica clinica si è evidenziata una maggiore incidenza di effetti collaterali nelle donne con i farmaci utilizzati nello scompenso cardiaco.

Lo scopo primario nella gestione dell'insufficienza cardiaca è l'intervento sulla riduzione della mortalità e della ospedalizzazione, oltre al miglioramento della qualità della vita.

Lo studio delle differenze di genere nelle malattie cardiovascolari e in particolare nello scompenso cardiaco, mira a valorizzare le peculiarità cliniche e le differenze nella risposta ai farmaci nei due sessi con l'obiettivo finale di attuare una vera terapia personalizzata dei pazienti.

Mauro Bussolotto
Uoc di Medicina generale
Azienda ospedaliera di Padova

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tamara de Lempicka - *Idyll* (1931)