



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



CAMERA/ Via libera al documento finale dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità

Risparmiare sì, ma per il Ssn

Risorse fresche per territorio, innovazione, medicina personalizzata

Via libera definitivo delle commissioni Affari sociali e Bilancio della Camera alle conclusioni dell'indagine conoscitiva «La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica» (anticipata su *Il Sole-24 Ore Sanità* n. 20/2014). Con la sfida lanciata dai due presidenti delle commissioni **Francesco Boccia** (Bilancio) e **Pierpaolo Vargiu** (Affari sociali): «Dall'indagine emerge che non c'è da scherzare, né tempo da perdere. Regioni e ministero sapranno trarre indicazioni utili dal nostro lavoro per il dibattito in corso sul Patto della salute. Il Parlamento ha fatto la sua parte».

Rispetto al testo iniziale le conclusioni spingono ancora di più verso una maggiore presenza centrale con un diverso riparto di competenze che già è in atto nella revisione del Titolo V. Inoltre, per recuperare risorse le conclusioni propongono uno sviluppo rapidissimo dell'assistenza territoriale sfruttando soprattutto il model-

lo delle migliori performance regionali già in atto. E sul finanziamento le conclusioni dell'indagine calcano ancora di più l'impossibilità di contrazioni a qualsiasi titolo e scrivono a chiare lettere che «eventuali risorse recuperate attraverso misure di razionalizzazione della spesa dovranno essere destinate al miglioramento dei servizi sanitari».

Nel testo finale è aggiunta anche la proposta di prevedere percorsi premiali non solo per le Regioni che abbiano già avviato percorsi virtuosi per il rientro dal deficit, ma anche per quelle che sotto piano di rientro «abbiano intrapreso processi efficaci di riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali».

C'è anche il capitolo dell'innovazione nelle conclusioni che, si legge «non potrà prescindere dal considerare i nuovi orizzonti della medicina personalizzata, che valorizza gli aspetti della prevenzione su base genetica e sposta decisamente il focus dalla risposta alla malattia alla presa in carico del singolo individuo nella sua complessità, introducendo gli scenari della medicina proattiva e della cosiddetta Sanità 3.0».

Infine, servono maggiori risorse per incrementare le scuole di specializzazione e permettere «un'adeguata programmazione delle figure sanitarie necessarie a garantire il livello e la qualità dell'assistenza». E per questo le conclusioni dell'indagine giudicano fondamentale l'adeguamento del numero dei contratti di formazione specialistica e degli accessi alla formazione in medicina generale. «Non si tratta di un problema che riguarda solo i "giovani medici" - si legge - ma di una delle più importanti sfide che attiene alla sostenibilità dell'intero sistema sanitario e che necessita pertanto di adeguate risposte».

Red.San.

Annuario 2011 del ministero della Salute: cresce l'assistenza territoriale anche domiciliare

Meno ospedale, più cure a casa

Strutture di ricovero: -1,9% dal 2008 - Fuori delle corsie cresce di più il privato

Nel 2011 c'erano in Italia 1.120 ospedali, 9.481 strutture di assistenza specialistica ambulatoriale, 6.383 di assistenza territoriale residenziale, 2.694 di assistenza territoriale semiresidenziale, 5.601 per l'altra assistenza territoriale e 993 per l'assistenza riabilitativa. La maggior parte di quelle di ricovero sono pubbliche (53,1%) così come quelle che erogano altra assistenza territoriale (87,6%). Sono invece in maggioranza private accreditate le strutture che erogano assistenza riabilitativa (75,1%) e le strutture che erogano assistenza territoriale residenziale (76,5%).

Sono questi alcuni dati dell'annuario statistico del Ssn 2011 del ministero della Salute, pubblicato la scorsa settimana assieme a quello del personale di Asl e istituti di cura pubblici, su cui tuttavia il Conto annuale dell'Economia ha già comunicato i macro-dati 2012.

L'analisi dei trend del numero di strutture nel periodo tra 2008 e 2011, spiega il ministero, evidenzia una diminuzione per l'assistenza ospedaliera con una contrazione del -1,9% delle strutture pubbliche. Per l'assistenza specialistica ambulatoriale, ci sono invece un lieve aumento dello 0,1% delle strutture pubbliche e una diminuzione del -1,5% delle private accreditate.

Incrementi più evidenti invece si registrano, soprattutto per il privato accreditato, per l'assistenza territoriale semiresidenziale (+0,1% per il pubblico, +7,8% per il privato accreditato), l'assistenza territoriale residenziale (+1,8% per il pubblico, +7,8% per il privato accreditato), e l'assi-

stenza riabilitativa (+6,6% per il pubblico, +0,2% per il privato accreditato). Infine, per l'assistenza delle strutture territoriali, aumentano dell'1,7% le strutture pubbliche, ma anche del 3,8% quelle private accreditate.

Dimensione e attività degli ospedali. Sempre parlando di ospedali poi, dall'annuario si nota che nel 2011 erano presenti tra gli ospedali ancora 181 "piccoli ospedali" con meno di 120 posti letto. Di questi la maggior parte (92) non superano le quattro branche specialistiche. Un numero tuttavia in calo di 28 strutture in un solo anno, il che fa pensare che le manovre di razionalizzazione in atto a livello di reti ospedaliere abbiano ridotto ulteriormente negli anni successivi la presenza di piccole strutture di ricovero.

Le strutture di ricovero pubbliche sono 595. Il 30% delle strutture di ricovero dispone meno di 120 posti letto e il 15% dispone meno di 5 discipline. Il 41% delle strutture di ricovero pubbliche è caratterizzato da un numero di posti letto compreso fra i 120 e i 400. Infine il 16% dispone di più di 600 posti letto.

Per quanto riguarda il numero delle discipline, le strutture di dimensioni ridotte (meno di 120 posti letto) presentano al massimo 15 discipline, mentre quelle di dimensioni significative (più di 600 posti letto) hanno un numero di discipline almeno pari a 15.

Le strutture extraospedaliere. Nel 2011 in totale sono state censite 9.481 strutture sanitarie di tipo ambulatorio/laboratorio: la percentuale di strutture pubbliche è molto variabile a livello

regionale; in generale nelle Regioni centro-meridionali si ha una prevalenza di strutture private accreditate. Una situazione opposta si registra per quanto riguarda le altre strutture territoriali nelle quali prevale la gestione diretta delle aziende sanitarie. Solo 51 strutture ambulatoriali (0,7%) erogano volumi di prestazioni significativi, superando 500 mila prestazioni l'anno. Di queste, 45 presentano la quasi totalità delle branche attivabili (un numero di branche variabile tra 21 e 25).

Il territorio e l'assistenza di base. Il numero di medici di famiglia aumenta appena dello 0,4% (183 in più del 2010) rispetto all'anno precedente e in media a livello nazionale ogni medico di base ha un carico potenziale di 1.144 adulti residenti (uno in più del 2010). A livello regionale esistono notevoli differenze: per le Regioni del Nord, tranne alcune eccezioni, gli scostamenti dal valore medio nazionale sono positivi.

In particolare a Bolzano ci sono 1.557 residenti adulti per medico di base (sette in meno dell'anno prima), ma nella Provincia autonoma la convenzione dei medici di base stabilisce quale massima di scelte 2.000 assistiti e non 1.500 come nel resto del Paese. In Basilicata si registra il valore minimo di 1.015 residenti adulti per medico di medicina generale; nelle Regioni del Sud si registrano lievi oscillazioni attorno al valore nazionale.

Il carico medio potenziale per pediatra è a livello nazionale di 1.030 bambini: era di 1.026 nel 2010, con una variabilità territoriale anche più elevata rispetto a quella registrata per i medici di

medicina generale. Tutte le Regioni comunque sono caratterizzate da una forte carenza di pediatri in convenzione con il Ssn tranne Abruzzo, Sardegna e Sicilia che hanno un numero di bambini per pediatra di poco superiore al massimo stabilito nella convenzione (800).

La guardia medica. Nel 2011 sono stati rilevati in Italia 2.881 punti di guardia medica; con 11.921 medici titolari, cioè 20 medici ogni 100.000 abitanti. A livello territoriale si registra una realtà notevolmente diversificata sia per quanto riguarda la densità dei punti di guardia medica sia per quanto concerne il numero dei medici titolari per ogni 100.000 abitanti.

L'assistenza domiciliare integrata. Nel 2011 sono stati assistiti al proprio domicilio 605.896 pazienti, di questi l'83,2% è rappresentato da assistibili di età maggiore o uguale a 65 anni e il 9,1% è rappresentato da pazienti terminali. Mediamente a ciascun paziente sono state dedicate circa 22 ore di assistenza erogata in gran parte da personale infermieristico (14 ore). Le ore dedicate a ciascun malato terminale risultano, invece, 23.

Il personale. Nel 2011 ammonta a 643.169 unità e risulta così ripartito: il 70,4% ruolo sanitario, il 18,0% ruolo tecnico, il 11,3% ruolo amministrativo e lo 0,2% ruolo professionale. Nell'ambito del ruolo sanitario, il personale medico è costituito da 106.779 unità e quello infermieristico da 264.378 unità; il rapporto fra infermieri e medici è di 2,5 infermieri per ogni medico.

P.D.B.

Compartecipazioni, pasticcio da sanare

“**P**er carità sistemate questo pasticcio”. La Corte non lo scrive proprio così, ma da quel che riassume il concetto è chiaro: è lecito nutrire seri dubbi sul fatto che i meccanismi di compartecipazione alla spesa vigenti nei diversi sistemi regionali «rappresentino, oggi, uno strumento utile per la gestione della fase che si sta aprendo».

Il quadro è il seguente: almeno 5 sistemi diversi di rimodulazione della quota aggiuntiva sulla specialistica in base al reddito familiare; 2 diversi range di variazione per le rimodulazioni in base al valore della ricetta; criteri di reddito regionale che fanno riferimento ad almeno 3 diverse tipologie di fasce di reddito e almeno 3 tipologie di calcolo del reddito stesso (familiare, Isee lordo, familiare fiscale). E poi la fantasia al potere tra ticket per confezione, importi massimi per ricetta, regimi dei farmaci equivalenti, esenzioni, differenziali, ticket di pronto soccorso e chi più ne ha più ne metta e così via.

«Sull'uso delle compartecipazioni come strumento per ottenere un uso più appropriato dei servizi sanitari sono state avanzate, da più parti, riserve» - sottolineano i giudici, che condividono l'analisi dell'Agenas: il solo riferimento ai risultati economici non basta a valutare in che misura lo sforzo richiesto dal copayment compartecipazione si sia tradotto in calo delle prestazioni richieste a causa della crisi, razionamento, trasferimento verso acquisti privati e così via. Uno strumento zoppo, insomma. Anche

se in questa fase di «revisione dei confini entro cui estendere le prestazioni pubbliche» - annotano i giudici - «contare su di un sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e di esenzione può essere un elemento determinante».

Il tentativo di declinazione è presto fatto: il primo passo fondamentale è «l'assunzione di un chiaro elemento di valutazione della condizione reddituale, con caratteristiche che riducano le differenze di trattamento a parità di condizioni di reddito», mentre sull'Isee aggiornato resta valida la valutazione di criticità che «rendono difficile utilizzarlo in ambito sanitario». «L'ipotesi su cui si sta lavorando - si legge nel Rapporto - è la possibilità di utilizzare, almeno in via transitoria, un indicatore più semplice, costruito su informazioni (composizione del nucleo familiare fiscale, redditi dichiarati a fini Irpef) già presenti presso l'Amministrazione finanziaria», per fornire ai medici l'informazione relativa all'appartenenza di ogni assistito «a una classe di "reddito equivalente", cui associare benefici in termini di partecipazione alla spesa sanitaria». La revisione dell'attuale sistema - conclude la Corte dei Conti - dovrebbe «garantire una maggiore equità sociale e, in particolare, una maggiore tutela delle fasce di popolazione caratterizzate da un reddito modesto in relazione alla numerosità dei componenti del nucleo familiare». E l'obiettivo dei meccanismi che saranno decisi col Patto «dovranno far sì che le compartecipazioni possano contribuire a preservare un servizio sanitario di qualità, contemperando le esigenze di bilancio con la tutela degli accessi ai servizi».

Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata - anno 2011

Assistenza	Natura delle strutture				Totale
	Pubbliche	%	Private accreditate	%	
Assistenza ospedaliera	595	53,1	525	46,9	1.120
Assistenza specialistica ambulatoriale	3.894	41,1	5.587	58,6	9.481
Assistenza territoriale residenziale	1.499	23,5	4.884	76,5	6.383
Assistenza territoriale semiresidenziale	982	36,5	1.712	63,5	2.694
Altra assistenza territoriale	4.905	87,6	696	12,4	5.601
Assistenza riabilitativa (ex articolo 26)	247	24,9	746	75,1	993
Totale	12.122	46,1	14.150	53,9	26.272

La struttura degli istituti di ricovero

		Numero posti letto					
		0 - 120	121 - 400	401 - 600	601 - 800	801 - 1.500	>1.500
Numero discipline	≥ 25	-	5	29	28	38	8
	20 - 24	-	25	26	10	6	-
	15 - 19	-	58	17	6	2	-
	10 - 14	21	81	-	-	-	-
	5 - 9	68	55	1	-	-	-
	0 - 4	92	18	1	-	-	-

Accelerata sui cantieri del Ssn

Non solo appropriatezza e razionalizzazioni di spesa. Il Patto per la Salute non sarà solo la vestale delle frenate. La relazione della Corte dei conti assegna infatti al nuovo accordo il compito di ridare fuoco alle polveri dei cantieri della Salute, nel solco delle indicazioni date dal Patto 2010/2012 in cui si sottolineava la necessità di ampliare gli interventi del programma straordinario di investimenti di edilizia sanitaria, destinando le risorse alle Regioni che hanno esaurito le loro disponibilità.

Le priorità indicate dalle Regioni sono le strutture ospedaliere di eccellenza, le riconversioni ospedale-territorio, la manutenzione straordinaria per l'adeguamento alle normative antisismica e antincendio, la dotazione tecnologica, la telemedicina. A fronte di questi obiettivi la Corte dei conti fotografa con puntualità lo stato dell'arte in materia: le risorse destinate agli Accordi di programma sono pari a 15,3 miliardi; al 31 dicembre 2013 sono stati sottoscritti 67 accordi per 10,2 miliardi; nell'anno sono stati siglati altri 8 accordi per complessivi 978 milioni. Le risorse ancora da utilizzare sono pari a circa 5 miliardi. In particolare, le risorse impegnate in

Accordi di programma sottoscritti riguardano circa il 67 per cento del totale destinato. Le risorse ammesse a finanziamento sono il 90 per cento dei valori sottoscritti e riguardano 2.128 interventi. Le risorse ancora disponibili per la sottoscrizione di Accordi sono per oltre l'80 per cento attribuite alle Regioni in Piano di rientro.

Otto Regioni (Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Umbria) hanno completamente utilizzato le risorse loro attribuite; 3 (Lazio, Sicilia e Puglia) stanno elaborando programmi di investimento nell'ambito della capienza residua assegnata; solo in alcune Regioni dell'obiettivo di convergenza, tra cui la Puglia, è stato possibile nell'ultimo quinquennio fare ricorso a quota parte delle risorse dei Programmi operativi regionali (Por) del Fondo Sviluppo e coesione 2014-2020. È su questa strada che bisogna proseguire, dice la Corte dei conti, che segnala anche l'esistenza dell'ipotesi - di cui si farebbe cenno nel Patto - «di consentire, per il triennio 2014-2017, l'accesso a una provvista finanziaria presso la Cassa Depositi e prestiti, prevedendo una copertura a carico delle Regioni per garantire il rispetto dei vincoli di finanza pubblica».

Buone cure mandando 7mila letti in soffitta

Il travaso ospedale-territorio? il potenziamento della rete domiciliare? il supporto alle patologie cronico-degenerative legate all'invecchiamento?

«Si può fare», dice il Rapporto della Corte dei conti. Serve solo quella volontà politica che basta a chiudere i piccoli ospedali (sotto i 60 p.l.) e a raggiungere lo standard di 3,7 p.l. per mille abitanti, nel triennio, per tagliare oltre 7mila posti letto.

«Ciò consentirebbe - scrive la Corte, che i conti li sa fare - il recupero delle risorse necessarie per potenziare l'assistenza territoriale e domiciliare». «Il provvedimento dedicato alla ridefinizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera è ancora in attesa di approvazione, dopo il rinvio dell'esame dello scorso 13

marzo 2013» - non manca di sottolineare la Corte -. Laddove invece «concordare le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei nell'intero territorio nazionale, in termini sia di adeguatezza delle strutture, sia di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti serviti e al livello di complessità della struttura, rappresenta un passo importante verso il riassorbimento di inefficienze e inapproprietezze».

Puntuale il listino delle attività stilato dai giudici: serve la classificazione delle strutture ospedaliere secondo livelli gerarchici di complessità e bacini di utenza, standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina, previsione di standard generali di qualità per l'auto-rizzazione e l'accreditamento e standard specifici per l'alta specialità.

Di pari passo, però, tra gli aspetti più urgenti del Patto figura anche «l'individuazione di interventi sulla rete dei servizi per l'assistenza e la cura delle persone non autosufficienti, in particolare anziani e disabili», speculari agli «interventi in grado di incidere sugli accessi non appropriati al pronto soccorso e alle prestazioni diagnostiche». Chiaro che tutto il ricavato dovrà restare in famiglia: «Le risorse che verranno risparmiate attraverso l'applicazione di tali misure oggetto del Patto dovranno essere reinvestite a invarianza del finanziamento annuale previsto». E se stavolta lo dicono anche i giudici contabili, magari accadrà davvero.

«Costi standard, non v'è certezza»

“**S**enza costi certi il costo standard che standard è?”. Buona domanda, quella della Corte dei conti, faccia a faccia col rebus dell'armonizzazione contabile. La stessa domanda - a partire dalle stesse riflessioni - se la pone del resto anche qualche Regione, che si dichiara penalizzata dai riparti new style. E dunque ecco l'analisi. Il 2013 è stato il primo anno del riparto realizzato sul criterio dei costi standard: è stato utilizzato cioè un set di indicatori tali da valutare i livelli di efficienza e di appropriatezza raggiunti in ciascuna Regione, con riferimento a un aggregato di prestazioni rese all'interno di ciascuno dei tre macrolivelli dell'assistenza sanitaria e sono stati, quindi, applicati a tutte le Regioni i valori di costo rilevati nelle tre Regioni di riferimento (Umbria, Emilia Romagna e Veneto). «L'applicazione di tale metodologia nel riparto del fabbisogno sanitario standard - sottolinea il Rapporto - non ha però cambiato in maniera sostanziale i risultati ottenuti con la procedura di definizione dei fabbisogni sanitari regionali vigente in passato: la popolazione pesata di ciascuna Regione è rimasta l'elemento principale per la quantificazione dei fabbisogni sanitari regionali».

Per rendere effettivo il percorso di applicazione dei costi standard e dei fabbisogni standard in sanità, sarà necessario, invece «operare una revisione dei criteri di pesatura della quota capitaria (attualmente basati sui consumi ospedalieri e di specialistica ambulatoriale per fascia di età della popolazione residente)» e magari prevedere «un eventuale passaggio a criteri basati anche sui consumi di altri ambiti assistenziali, e su indici di prevalenza delle malattie o indicatori socio-economici», da cui potrebbero scaturire «modifiche di maggior rilievo».

Operazioni complesse, è ovvio. Per le quali forse il Paese non è ancora ben attrezzato: bisogna disporre infatti «di adeguati flussi informativi (sull'assistenza domiciliare, sull'assistenza residenziale, sulla salute mentale e sulla dipendenza patologica ed emergenza-urgenza) e di criteri di costruzione dei dati contabili affidabili e omogenei». Ma soprattutto è necessario «che alle procedure corrispondano adeguate capacità gestionali». E i percorsi formativi «per i professionisti chiamati a gestire i nuovi livelli di complessità, le nuove sfide e a interpretare e sostenere il cambiamento» sono partiti solo nel 2013...

La relazione 2014 dei magistrati contabili: la spesa cala, ma anche i Lea - «I risparmi restino nel Ssn»

Corte dei conti dà lezioni di Patto

Meno ospedaletti, ticket per reddito - Via agli investimenti: «Ripartano i cantieri»

Ticket da rivedere, investimenti da incrementare, appropriatezza da garantire, criteri per i costi standard da modificare. Sono le proposte della Corte dei conti, al di là dei risultati positivi registrati sul versante del contenimento della spesa illustrati nel «Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica», che i magistrati chiedono a Regioni e Governo di valutare per la predisposizione del Patto per la salute. Nella ricetta ci sono la revisione della rete ospedaliera con la chiusura

dei piccoli ospedali, il restyling delle partecipazioni che dovranno essere tarate sul reddito, ma anche il rilancio degli investimenti per garantire la necessaria innovazione. E se il Ssn, come ha dimostrato, è capace di risparmi che cresceranno ancora col nuovo Patto, questi dovranno restare all'interno del servizio pubblico per implementare e garantire Lea uguali per tutti.

A PAG. 8-9

CORTE DEI CONTI/ Rapporto sulla finanza pubblica 2014: spesa in calo più del previsto

La ricetta per il nuovo Patto

I consigli dei giudici su ticket, appropriatezza, investimenti e costi standard

Ticket da rivedere, investimenti da incrementare, appropriatezza da garantire, criteri per i costi standard da modificare. Arrivano con il «Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica» - presentato la scorsa settimana - i «consigli» della Corte dei conti a Governo e Regioni per il nuovo Patto della salute. Con una serie di proposte e analisi che, come spiega il rapporto, al di là dei risultati positivi registrati sul versante del contenimento della spesa, dovrebbero essere attentamente valutate perché il nuovo Patto sia davvero efficace anche dal punto di vista del risparmio.

Per quanto riguarda il 2013, il rapporto della Corte conferma il calo della spesa così come negli anni precedenti: la sanità fa progressi «già evidenziati negli ultimi esercizi, nel contenimento dei costi per l'assistenza sanitaria. La spesa complessiva ha continuato a ridursi, pur se a ritmi inferiori allo scorso biennio. La spesa è stata di circa 2 miliardi inferiore alle attese, confermando la sua stabilizzazione in termini di prodotto al 7 per cento».

Secondo la Corte dei conti, in particolare nel 2013 le uscite complessive per l'assistenza sanitaria si sono attestate a 109,3 miliardi e il dato a consuntivo si è mantenuto «ben al di sotto» del dato previsto nel Def di aprile 2013 (111,1 miliardi). Per il terzo anno consecutivo la spesa presenta una riduzione in termini nominali (-0,3 per cento contro il -1,3 per cento dello scorso anno secondo gli importi rivisti anche in relazione all'esercizio 2012), mentre rimane sostanzialmente in-

variata in termini di prodotto.

«Un risultato da non sottovalutare - sottolinea la Corte - anche considerando che, dei 7 miliardi di minori spese nel conto della Pa rispetto al preconsuntivo di ottobre, circa due sono da ricondurre al settore sanitario, settore che assorbe poco più del 15% della spesa al netto interessi. Un contributo importante per il mantenimento degli obiettivi di indebitamento netto delle Pa entro il 3%. Una flessione ottenuta inoltre in un anno di ripresa della spesa corrente primaria aumentata di 3,6 miliardi».

Secondo l'analisi della Corte dei conti, nel 2013 il risultato di esercizio (prima delle correzioni apportate in sede di verifica riguardo alle aziende in utile, differenze e rischi) presenta un «netto miglioramento rispetto al precedente esercizio»: le perdite si riducono del 14,4% per l'effetto combinato di minori costi (in flessione dell'1,2%) e minori ricavi (-0,9%). Sono soprattutto le Regioni in Piano di rientro a registrare il miglioramento più netto (21%). Un progresso che vale per tutte le aree del Paese e che si fa più forte nelle Regioni a statuto ordinario del Mezzogiorno. Il risultato cambia però in base ai dati di esercizio presi in considerazione dai Tavoli. Le perdite prima delle coperture (considerando le aziende in avanzo e le correzioni e i rischi) crescono a circa 1,9 miliardi, in riduzione rispetto al 2012 dell'8,7 per cento.

Ma, soprattutto, il buon andamento segue due vie: le Regioni in Piano di rientro hanno un lieve aumento delle perdite

(+1%) rispetto al 2012; quelle non in Piano riducono il disavanzo (prima delle coperture) del 17%. Le Regioni in Piano presentano coperture eccedenti non diverse da quelle non in Piano, con un ridimensionamento complessivo di 121 milioni.

Seguendo le previsioni del Def, la Corte indica anche la spesa prevista per il 2014: 111,474 milioni (+2% rispetto al 2013). In riduzione di oltre 1,6 miliardi rispetto alle stime contenute nella Nota illustrativa della legge di stabilità 2014.

Nel periodo 2015-2018, invece, la spesa sanitaria, scrive la Corte nella relazione, cresce a un ritmo del 2,1% medio annuo, inferiore alla variazione attesa del Pil nominale (+3% annuo): l'incidenza della spesa sul prodotto si riduce lievemente, passando dal 7% del 2014 al 6,8% del 2018. Aumenta invece dello 0,5% l'incidenza sulla spesa corrente al netto degli interessi per la quale si prevede una variazione più contenuta.

**Paolo Del Bufalo
Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I risultati per aree geografiche e Regioni con e senza piano di rientro (milioni di euro)

	Utile o perdita di esercizio (prima delle coperture)	Trasferimenti da Pa e Regioni a statuto speciale	Coperture validate dal Tavolo	Utile o perdita di esercizio con coperture validate	Ulteriori perdite/avanzi anni precedenti	Coperture ulteriori rispetto a quelle contabilizzate	Utile o perdita di esercizio coerente con verbale Tavolo
Anno 2013							
Regioni in piano	-962,50	0,00	1.311,90	349,40	-223,60	0,80	126,50
Regioni non in piano	-893,00	919,80	91,30	118,10	-3,10	5,70	120,70
Totale	-1.855,60	919,80	1.403,30	467,50	-226,70	6,40	247,20
Rso	-876,00	0,00	1.294,90	419,00	-226,70	6,40	198,60
• Rso Nord	-114,10	0,00	141,30	27,30	0,00	5,70	32,90
• Rso Centro	-643,00	0,00	868,00	225,00	9,20	0,00	234,20
• Rso Sud	-118,90	0,00	285,50	166,70	-235,90	0,80	-68,50
Rss	-979,60	919,80	108,30	48,60	0,00	0,00	48,60
• Rss Nord	-498,20	574,60	0,00	76,40	0,00	0,00	76,40
• Rss Sud	-481,40	345,20	108,30	-27,80	0,00	0,00	-27,80
Anno 2012							
Regioni in piano	-953,20	0,00	1.367,00	413,80	-1.207,10	1.088,00	294,70
Regioni non in piano	-1.080,10	994,10	94,40	8,40	-97,00	189,00	100,50
Totale	-2.033,30	994,10	1.461,40	422,30	-1.304,10	1.277,10	395,20
Rso	-1.024,00	0,00	1.453,60	429,60	-1.304,10	1.277,10	402,60
• Rso Nord	-188,60	0,00	224,40	35,90	-883,00	929,20	82,10
• Rso Centro	-615,80	0,00	808,70	192,90	-88,50	107,10	211,50
• Rso Sud	-219,60	0,00	420,50	200,80	-332,60	240,80	109,00
Rss	-1.009,30	994,10	7,80	-7,30	0,00	0,00	-7,30
• Rss Nord	-610,20	601,40	0,00	-8,80	0,00	0,00	-8,80
• Rss Sud	-399,20	392,80	7,80	1,40	0,00	0,00	1,40
Variazione 2013/2012							
Regioni in piano	1,00	-	-4,00	-15,60	-	-	-57,10
Regioni non in piano	-17,30	-	-3,30	1.302,40	-	-	20,10
Totale	-8,70	-	-4,00	10,70	-	-	-37,40

Accelerata sui cantieri del Ssn

Non solo appropriatezza e razionalizzazioni di spesa. Il Patto per la Salute non sarà solo la veste delle frenate. La relazione della Corte dei conti assegna infatti al nuovo accordo il compito di ridare fuoco alle polveri dei cantieri della Salute, nel solco delle indicazioni date dal Patto 2010/2012 in cui si sottolineava la necessità di ampliare gli interventi del programma straordinario di investimenti di edilizia sanitaria, destinando le risorse alle Regioni che hanno esaurito le loro disponibilità.

Le priorità indicate dalle Regioni sono le strutture ospedaliere di eccellenza, le riconversioni ospedale-territorio, la manutenzione straordinaria per l'adeguamento alle normative antisismica e antincendio, la dotazione tecnologica, la telemedicina. A fronte di questi obiettivi la Corte dei conti fotografa con puntualità lo stato dell'arte in materia: le risorse destinate agli Accordi di programma sono pari a 15,3 miliardi; al 31 dicembre 2013 sono stati sottoscritti 67 accordi per 10,2 miliardi; nell'anno sono stati siglati altri 8 accordi per complessivi 978 milioni. Le risorse ancora da utilizzare sono pari a circa 5 miliardi. In particolare, le risorse impegnate in Accordi di programma sottoscritti riguardano circa il 67 per cento del totale destinato. Le risorse ammesse a finanziamento sono il 90 per cento dei valori sottoscritti e riguardano 2.128 interventi. Le risorse ancora disponibili per la sottoscrizione di Accordi sono per oltre l'80 per cento attribuite alle Regioni in Piano di rientro.

Otto Regioni (Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Umbria) hanno completamente utilizzato le risorse loro attribuite: 3 (Lazio, Sicilia e Puglia) stanno elaborando programmi di investimento nell'ambito della capienza residua assegnata; solo in alcune Regioni dell'obiettivo di convergenza, tra cui la Puglia, è stato possibile nell'ultimo quinquennio fare ricorso a quota parte delle risorse dei Programmi operativi regionali (Por) del Fondo Sviluppo e coesione 2014-2020. È su questa strada che bisogna proseguire, dice la Corte dei conti, che segnala anche l'esistenza dell'ipotesi - di cui si farebbe cenno nel Patto - «di consentire, per il triennio 2014-2017, l'accesso a una provvista finanziaria presso la Cassa Depositi e prestiti, prevedendo una copertura a carico delle Regioni per garantire il rispetto dei vincoli di finanza pubblica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Buone cure mandando 7mila letti in soffitta

Il travaso ospedale-territorio? Il potenziamento della rete domiciliare? Il supporto alle patologie cronico-degenerative legate all'invecchiamento?

«Si può fare», dice il Rapporto della Corte dei conti. Serve solo quella volontà politica che basta a chiudere i piccoli ospedali (sotto i 60 p.l.) e a raggiungere lo standard di 3,7 p.l. per mille abitanti, nel triennio, per tagliare oltre 7mila posti letto.

«Ciò consentirebbe - scrive la Corte, che i conti li sa fare - il recupero delle risorse necessarie per potenziare l'assistenza territoriale e domiciliare», «il provvedimento dedicato alla ridefinizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assisten-

za ospedaliera è ancora in attesa di approvazione, dopo il rinvio dell'esame dello scorso 13 marzo 2013» - non manca di sottolineare la Corte - Laddove invece «concordare le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei nell'intero territorio nazionale, in termini sia di adeguatezza delle strutture, sia di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti serviti e al livello di complessità della struttura, rappresenta un passo importante verso il riassetto di efficienza e inappropriato».

Puntuale il listino delle attività stilato dai giudici: serve la classificazione delle strutture ospedaliere secondo livelli gerarchici di complessità e bacini di utenza, standard minimi e

massimi di strutture per singola disciplina, previsione di standard generali di qualità per l'auto-organizzazione e l'accreditamento e standard specifici per l'alta specialità.

Di pari passo, però, tra gli aspetti più urgenti del Patto figura anche «l'individuazione di interventi sulla rete dei servizi per l'assistenza e la cura delle persone non autosufficienti, in particolare anziani e disabili», speculari agli «interventi in grado di incidere sugli accessi non appropriati al pronto soccorso e alle prestazioni diagnostiche». Chiaro che tutto il ricavato dovrà restare in famiglia: «Le risorse che verranno risparmiate attraverso l'applicazione di tali misure oggetto del Patto dovranno essere reinvestite a invarianza del finanziamento annuale previsto». E se stavolta lo dicono anche i giudici contabili, magari accadrà davvero.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Costi standard, non v'è certezza»

«Senza costi certi il costo standard che standard è?». Buona domanda, quella della Corte dei conti, faccia a faccia col rebus dell'armonizzazione contabile. La stessa domanda - a partire dalle stesse riflessioni - se la pone del resto anche qualche Regione, che si dichiara penalizzata dal riparto new style. E dunque ecco l'analisi. Il 2013 è stato il primo anno del riparto realizzato sul criterio dei costi standard: è stato utilizzato cioè un set di indicatori tali da valutare i livelli di efficienza e di appropriatezza raggiunti in ciascuna Regione, con riferimento a un aggregato di prestazioni rese all'interno di ciascuno dei tre macrolivelli dell'assistenza sanitaria e sono stati, quindi, applicati a tutte le Regioni i valori di costo rilevati nelle tre Regioni di riferimento (Umbria, Emilia Romagna e Veneto). «L'applicazione di tale metodologia nel riparto del fabbisogno sanitario standard - sottolinea il Rapporto - non ha però cambiato in maniera sostanziale i risultati ottenuti con la procedura di definizione dei fabbisogni sanitari regionali vigente in passato: la popolazione pesata di ciascuna Regione è rimasta l'elemen-

to principale per la quantificazione dei fabbisogni sanitari regionali».

Per rendere effettivo il percorso di applicazione dei costi standard e dei fabbisogni standard in sanità, sarà necessario, invece «operare una revisione dei criteri di pesatura della quota capitaria (attualmente basati sui consumi ospedalieri e di specialistica ambulatoriale per fascia di età della popolazione residente) e magari prevedere «un eventuale passaggio a criteri basati anche sui consumi di altri ambiti assistenziali, e sui indici di prevalenza delle malattie o indicatori socio-economici», da cui potrebbero scaturire «modifiche di maggior rilievo».

Operazioni complesse, è ovvio. Per le quali forse il Paese non è ancora ben attrezzato: bisogna disporre infatti «di adeguati flussi informativi (sull'assistenza domiciliare, sull'assistenza residenziale, sulla salute mentale e sulla dipendenza patologica ed emergenza-urgenza) e di criteri di costruzione dei dati contabili affidabili e omogenei». Ma soprattutto è necessario «che alle procedure corrispondano adeguate capacità gestionali». E i percorsi formativi «per i professionisti chiamati a gestire i nuovi livelli di complessità, le nuove sfide e a interpretare e sostenere il cambiamento» sono partiti solo nel 2013...

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Troppo privato poco pubblico?

Il dilemma delle fonti di finanziamento attanaglia l'Oms, che anche durante l'ultima assemblea si è incagliata sul «non state actors framework». Da chiarire i rapporti con i contribuenti volontari, che influenzano le scelte di salute globale.

INTERVISTA A PAG. 13

L'INTERVISTA

Partita aperta su fondi e copertura universale

DI BARBARA GOBBI

L'Organizzazione mondiale della sanità è su un crinale e questa riforma potrebbe essere l'occasione per decidere da che parte stare: se puntare in alto o giocare al ribasso. Sia in ambito regolatorio sia dal punto di vista dei finanziamenti. Nodo cruciale, quest'ultimo, visto che «dall'inizio degli anni Duemila - come ricorda **Eduardo Missoni**, gruppo Salute globale e sviluppo del Cergas Bocconi - l'Organizzazione ha avviato quella progressiva apertura ai contribuenti privati, con la promozione di public-private partnership e di un'accezione di "società civile", che include anche enti decisamente profit».

Oggi a che punto siamo?

La riforma, ancora in itinere, tra gli altri ha avuto l'effetto di instaurare quel "bilancing dialogue" che dovrebbe permettere all'Oms di raggiungere un maggiore controllo del bilancio. Ma non è un caso che il processo, avviato nel 2010-2011 proprio con la volontà di affrontare le problematiche finanziarie di un'Oms che per l'80% si regge su contri-

buti volontari, proprio sul tema delle risorse trovi i maggiori intoppi. Emblematica è la vicenda del "framework" sui "non state actors", su cui il dibattito si è arenato anche durante l'ultima assemblea.

A cosa mira quel framework?

Mira a regolamentare i rapporti tra l'Oms e tutti i suoi interlocutori che non siano gli Stati membri, quindi sia le associazioni a interesse pubblico sia quelle che hanno interessi privati e commerciali. E compreso quel settore "filantropico" in cui rientra a esempio la Bill and Melinda Gates Foundation, secondo contribuente volontario dell'Oms dopo gli Usa. Va detto che quella parte della società civile che vorrebbe un'Oms post riforma più forte e indipendente, anche grazie alla conquista di un maggior potere regolatorio, di questo framework non sentiva affatto il bisogno.

Cosa si teme?

C'è il rischio che istituzionalizzare il ruolo dei "non State actors" comporti una presa d'atto del bisogno dell'Oms dei contribuenti privati. Una scelta neoliberista e peggiorativa rispetto al quadro attuale, che rischia di impigliare ancor di più l'Oms in una rete di rapporti a volte poco chiari. Paesi come la Cina e il blocco latinoamericano di Unasur, che si sono opposti all'approvazione del framework rinviandola di fatto a gennaio prossimo, temono che "portar dentro" l'organizzazione realtà il cui primo interesse non è la salute globale

ma interessi commerciali, ne indebolisca ulteriormente quel potere regolatorio conferitole per statuto ma molto raro. C'è il timore, insomma, che i cosiddetti Bingo (Business interest non governmental organization) prevalgano sui Pingo (public interest non governmental organization). E non si pensi, in quanto Bingo, solo all'industria farmaceutica o dei medical device, ma anche a esempio a quell'industria alimentare responsabile di molti fattori diabetogenici e obesogenici. Sarebbe cruciale, in questo quadro, che l'Oms recuperasse quel ruolo di leadership adeguato, che le permise nel 2005 di vincere la lobby del tabacco.

Mentre la riforma è nel guado, cresce il dibattito sul post 2015 e sul dopo Millennium Goals...

Nessuno sconfessa gli Obiettivi, anche perché in questo contesto molti hanno la volontà di mantenere l'approccio per malattie che ha alimentato molti interessi. Certo è che un approccio di sistema, volto al rafforzamento dei sistemi sanitari piuttosto che alla lotta a singole patologie, ci avvicinerebbe di più alla conquista del risultato più auspicabile: una copertura sanitaria universale capace di migliorare la salute globale. Senza prestare il fianco a obiettivi di business.

Barbara Gobbi

«Non State actors»
cruna dell'ago

Più part-time per la staffetta nella Pa

Nel decreto rimodulazione del turnover e abolizione del trattenimento in servizio

Davide Colombo

ROMA

L'operazione di svecchiamento delle pubbliche amministrazioni punterà molto sul part-time. Dopo il passo indietro sulla reintroduzione dell'esonero dal servizio, il governo va dritto sui contratti a tempo parziale e l'abolizione del trattenimento in servizio per liberare spazio all'auspicata «staffetta generazionale». Le due misure sono state messe a punto e inserite nella prima bozza di un decreto legge diramato l'altra notte e ora al vaglio dell'Economia.

Per far decollare il part-time si lavorerebbe sulla garanzia della contribuzione piena per chi, a po-

SEMPLIFICAZIONI

Prevista l'adozione di moduli standard nazionali per la presentazione da parte di cittadini e imprese di istanze o dichiarazioni alle Pa

chi anni dalla pensione, opti per il tempo parziale (ma altre opzioni sono in campo). E la misura, se ben congegnata, potrebbe far decollare uno strumento che oggi non va oltre i 120mila contratti, di cui 45mila con riduzione del 50% del tempo lavorativo, secondo i dati Aran. L'altra misura certa è l'abolizione del trattenimento in servizio, che libererebbe circa 10mila posti da qui al 2018 secondo il ministro Marianna Madia, con un impatto significativo su determinate categorie come i professori universitari o i magistrati. Quanto ai primi, tra ordinari e associati sono 543 quelli in cattedra oltre i limiti di età e nel corso dell'anno altri 765 compiranno 70 anni. Per i secondi stiamo parlando di 296 magistrati ordinari in servizio oltre i limiti di età, 15 amministrativi, 15 avvocati dello Stato e 9 consiglieri di Stato; la norma allo studio consentirebbe una proroga di questi incarichi solo fino a fine anno.

L'altro cambio di marcia nel pubblico impiego arriverebbe con quella che viene definita «semplificazione delle regole sul turnover». Si supererà il vincolo delle teste nel computo dei limiti assunzionali vigenti restando valido solo quello sulle risorse spendibili: se si licenziano 4 dirigenti l'amministrazione potrà assumere più di un giovane funzionario nell'anno in corso. Si apre così alla possibilità di una nuova programmazione in vista del ritorno al turnover fisiologico previsto attualmente nel 2018.

• Nel documento governativo diffuso ai sindacati in vista dell'incontro di domani si parla com'è noto anche di rinnovo del contratto nazionale con una trattativa da aprirsi l'anno prossimo. L'iniziativa si tradurrebbe in una maggiore spesa nei tendenziali del triennio 2015-2017 per almeno 6,5 miliardi. Nel decreto ci sarà poi il taglio del 50% dei permessi sindacali, prerogative che nel 2012, secondo un calcolo della Corte dei conti, sono state quantificate in 110 milioni, ovvero il corrispettivo della mancata prestazione lavorativa di un dipendente ogni 750.

L'altra misura prevista nella bozza di decreto riguarda la mobilità volontaria e obbligatoria. Per far decollare questi strumenti sono confermate le anticipazioni dei giorni scorsi: viene abolito il nulla osta da parte dell'amministrazione di provenienza per le volontarie, mentre per le obbligatorie il lavoratore potrà essere trasferito da un'amministrazione all'altra con la garanzia del medesimo trattamento economico e precisi limiti geografici. Eventuali deroghe sono rinviate alla contrattazione collettiva mentre la norma dovrebbe prevedere «tabelle di equiparazione» per far funzionare il meccanismo. Un meccanismo che potrebbe essere completato con l'indicazione dei fabbisogni standard di personale per le amministrazioni, andando oltre i vecchi criteri basati sulla popolazione residente, nel caso degli enti locali. Il capitolo

della riforma della dirigenza (ruolo unico, superamento delle due fasce, licenziabilità) andrebbe nel ddl delega, mentre nel decreto potrebbe arrivare un blocco dei concorsi per dirigenti fino allo smaltimento delle graduatorie aperte. Ancora: potrebbe essere nel dl l'abolizione della figura dei segretari comunali, con l'istituzione del ruolo unico nazionale della dirigenza degli enti locali, e la razionalizzazione su base regionale delle Camere di commercio, nonché l'accorpamento di Aci, Pra e Motorizzazione, mentre slitterebbe il riordino degli enti di ricerca.

Previsto, invece, il trasferimento delle competenze in materia di trasparenza e valutazione della performance dall'Autorità anticorruzione al Dipartimento funzione pubblica, misura che s'accompagna ai nuovi poteri dati a Raffaele Cantone. E ci sarà pure un pacchetto di misure di semplificazioni (si veda a pagina 3) che si apre con l'adozione di moduli standard unificati e standardizzati su tutto il territorio per la presentazione di istanze e dichiarazioni alla Pa da parte di cittadini e imprese. Ieri il ministro Madia è stata ricevuta dal capo dello Stato, Giorgio Napolitano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le novità in arrivo nel pubblico impiego



Per far decollare il part-time si lavora sulla garanzia della contribuzione piena per chi, a pochi anni dalla pensione, opti per il tempo parziale. Una misura che, se ben congegnata, potrebbe promuovere uno strumento poco utilizzato. Secondo i dati Aran oggi i contratti a tempo parziale non superano i 120mila, di cui 45mila con riduzione del 50% del tempo lavorativo

I CONTRATTI PART TIME

120 mila



L'abolizione del trattenimento in servizio, contenuta nella bozza di DL, libererebbe circa 10mila posti da qui al 2018. Con un impatto significativo su determinate categorie come i professori universitari o i magistrati. I docenti, tra ordinari e associati, oltre i limiti d'età sono 543 e nel corso dell'anno altri 765 compiranno 70 anni. Mentre i magistrati ordinari oltre soglia sono 296

NUOVI POSTI ENTRO IL 2018

10 mila



Il decreto interviene anche sulla mobilità: se volontaria viene abolito il nulla osta da parte dell'amministrazione di provenienza, mentre per quella obbligatoria il lavoratore potrà essere trasferito da un'amministrazione all'altra con la garanzia del medesimo trattamento economico e precisi limiti geografici. Eventuali deroghe sono rinviate alla contrattazione collettiva

IN MOBILITÀ NEL 2012

1,29%



Dopo i tagli già effettuati (del 15% l'ultimo) si torna con un nuovo giro di vite sui permessi e i distacchi sindacali. Questa volta il taglio dovrebbe essere del 50%. Si incide così su un onere per le amministrazioni che la Corte dei conti ha quantificato, per l'anno 2012, in 110 milioni, ovvero l'equivalente di un lavoratore assente perché in permesso sindacale ogni 750 dipendenti

QUANTO COSTANO

110 milioni



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province

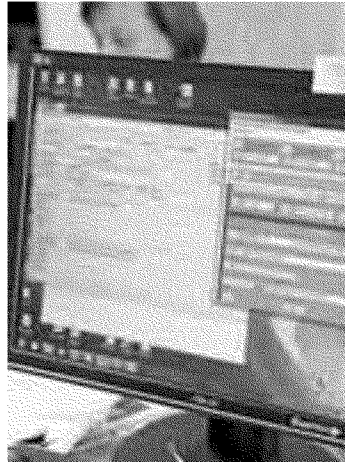


Il convegno

Pediatria e malattie rare, il focus con la comunità scientifica

«Esperienza è il nome che ciascuno dà ai propri errori». È con questo aforisma di Oscar Wilde che, domani, si apre il quinto Focus nazionale di Pediatria, la serie di incontri monotelatici mensili rivolta a medici chirurghi di tutte le discipline, a infermieri, biologi e dietisti. «La consapevolezza dell'errore viene acquisita solo dal confronto con gli altri», dicono i tre ideatori del format Giuseppe Furcolo, Maria Majorana, entrambi dell'Uoc Pediatria, Neonatologia, Utin del Fatebenefratelli, e Flavio Quarantiello, dell'Uoc di Pediatria e adolescentologia del Rummo. «È nato - dice Quarantiello - tutto da un caso clinico reale. Cinque anni fa ci trovammo di fronte un bambino con una malattia grave con

esordio acuto e improvviso, ma riuscimmo a individuarla in tempo. Capimmo quanto fosse importante condividere la scoperta scientifica e quanto fosse stato utile confrontarci su questo argomento». «È stato allora - dice Furcolo - che abbiamo pensato a un incontro su casi clinici reali, con la possibilità di condividere le esperienze, e che bandisca l'approccio cattedratico delle relazioni asettiche». «La risposta della comunità scientifica - dice Majorana - fu incredibile. Aderirono con entusiasmo i medici del territorio e del Sud. Da allora un crescendo che ha portato il Focus a una dimensione nazionale, sinergia e rete sono alleati fondamentali contro le malattie rare».

La sanità**Registro tumori
entro tre anni
la vera mappa****Nico De Vincentiis**

Il rischio, certo, è quello di creare allarmismi. Ma non servono bollettini ufficiali per apprendere che moltissime famiglie sono costrette a misurarsi con almeno un caso di tumore al loro interno. Il passaparola è devastante. Si vince una escalation che magari l'Istat smentirà nelle sue indagini statistiche ma che interroga e sollecita riflessioni molto più ampie. Fatto è che l'impressione generale, confermata o smentita dalla comunità scientifica, crea una significativa condizione di attesa per l'avvio del Registro Tumori.

Le questioni della sanità

Registro tumori parte il primo screening

Censiti i dati di 77 comuni su 78
Al lavoro un dirigente e tre esperti
Domani la presentazione

Nico De Vincentiis

Il rischio, certo, è quello di creare allarmismi. Ma non servono bollettini ufficiali per apprendere che moltissime famiglie sono costrette a misurarsi con almeno un caso di tumore al loro interno. Il passaparola è devastante. Si evince una escalation che magari l'Istat smentirà nelle sue indagini statistiche ma che interroga e sollecita riflessioni molto più ampie. Fatto è che l'impressione generale di questi ultimi tempi, confermata o smentita dalla comunità scientifica, crea una significativa condizione di attesa per l'avvio del Registro Tumori istituito con la legge regionale del febbraio scorso. Al momento sappiamo che i tumori non sono, nonostante tutto, la prima causa di morte, preceduti dalle malattie cardiovascolari e dagli incidenti. Resta da considerare quale realistico contributo dia ancora oggi la prevenzione e quanto la diagnosi precoce consenta guarigioni o maggiori aspettative di vita. Indagini, queste, di carattere prettamente scientifico anche se basate su osservatori socio-territoriali. La funzione del Registro Tumori è un'altra. Esso documenterà tutti i casi insorti seguendone l'evoluzione. Per fare questo servirà una solida rete di collaborazioni, in particolare da parte dei Comuni e dei medici di base. «La Campania - dice il direttore dell'Asl Bn1 Michele Rossi - è l'ultima regione italiana a istituire i registri, pure in presenza di una esperienza iniziata venti anni fa a cura dell'Asl Na3 Sud e coordinata dal dottore Mario Fusco. Anche nel resto d'Italia le cose non sono finora andate nel verso desiderato considerando che i Registri istituiti sono solo 48 e neanche la metà della popolazione è al momento censita».

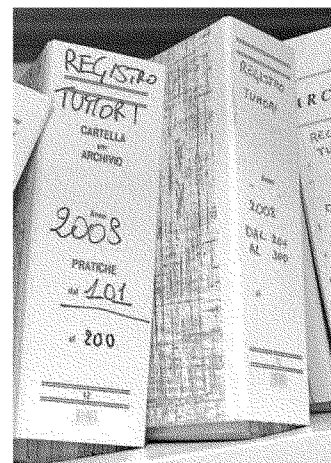
In Campania, oltre a quello di Napoli (l'area considerata è quella intorno a Pomigliano), esiste un Registro anche a Salerno, mentre quello di Caserta è ancora in via di accreditamento. Ora toccherà a Benevento (l'Asl per la sua attivazione ha ottenuto un finanziamento di circa 130.000 euro). Sarà istituito presso il Servizio Epidemiologia e Prevenzione nella sede Asl di via Mascellaro e sarà diretto dalla dottoressa Annarita Citarella. L'iniziativa verrà presentata domani. Secondo una tipologia sancita dall'Associazione nazionale Registri Tumori, che prevede un impiego di personale proporzionato alla

popolazione provinciale, saranno dedicate al programma quattro delle sette unità che operano presso la struttura. Insieme alla responsabile Citarella, un medico dirigente e due codificatori. Ma come ci si è preparati alla novità? In questi mesi è stata completata la fotografia della popolazione sannita con l'acquisizione dei dati dai Comuni (hanno risposto 77 su 78) relativi alle nascite, ai decessi e ai flussi migratori. «È questa la base di partenza - dice ancora Rossi - per poter sviluppare, in un tempo che non sarà inferiore ai tre anni, il programma di censimento dei pazienti affetti da tumore. Acquisiremo i dati sui decessi direttamente dagli ospedali oppure dai Comuni, mentre sarà decisivo il contributo dei medici di base per quelli relativi all'insorgenza della patologia, ai pazienti seguiti a casa o avviati alle indagini diagnostiche e nei vari ospedali. Ogni anno avverrà l'aggiornamento dei decessi».

Il Registro Tumori sarà suddiviso in due sezioni, quella dedicata al numero complessivo dei casi, l'altra specialistica, per la raccolta delle varie tipologie di tumori. A livello regionale vi sarà un comitato di coordinamento dei Registri che sarà presieduto dal sannita Tonino Pedicini, oncologo e direttore generale dell'Istituto Pascale di Napoli. La nuova realtà, appena istituita rilancia, naturalmente, altri temi legati alla questione tumori. Uno è la mancanza di strutture capaci di ospitare, in un clima più accogliente e familiare, i malati terminali. L'obiettivo sarebbe la creazione di un hospice o un centro specializzato. Vi sarebbero state manifestazioni d'interesse da parte di istituzioni e anche privati ma nulla è stato concretizzato. I segnali portano al nuovo ospedale di Sant'Agata dei Goti. Qui esiste, infatti, un intero piano non utilizzato ma dotato di spazi e nuove tecnologie.

**Coordinatore scientifico**

Antonio Pedicini ex direttore Arsan e attuale direttore del Pascale sarà il coordinatore regionale dei Registri Tumori



La struttura di Aversa, la svolta

Dismissione del «Saporito» ora più vicina

L'immenso complesso potrebbe tornare patrimonio della città

Nicola Rosselli

AVERSA. «In breve tempo potrebbe essere liberato dai pazienti l'ospedale psichiatrico Filippo Saporito». A dare la notizia, nel corso di un incontro svoltosi qualche giorno fa presso il Castello Aragonese, sede del tribunale di Aversa-Napoli Nord, la presidente del nuovo ufficio giudiziario Elisabetta Garzo. Il magistrato ha, infatti, riferito che dal ministero di giustizia sono giunte indicazioni in questo senso. Insomma, da quanto si intuisce, dagli uffici di via Arenula si vorrebbe dare un'accelerata (nonostante la proroga concessa sino al prossimo mese di marzo) alla chiusura dell'ospedale psichiatrico per fare in modo che l'immenso patrimonio immobiliare (in gran parte inutilizzato e fatiscente) possa essere utilizzato a servizio dell'unico nuovo tribunale nato in occasione del riordino della geografia giudiziaria nel settembre del 2013.

Un'occasione questa che la città attendeva da tempo. Auspicata da tutte le forze politiche, ma soprattutto da quelle di sinistra, l'apertura alla città dell'antico manicomio giudiziario sembrava una chimera, ma ora è realtà. Per Aversa si intravede, quindi, una concreta possibilità di ridisegnarsi. Ridisegnare

la propria viabilità, ridisegnare le scelte urbanistiche, ridisegnare il suo centro antico, ridisegnare la cittadella giudiziario. In una sola parola: ridisegnare il proprio futuro, sia sociale che economico.

Insomma, un evento di tale portata che, secondo gli aversani, non può essere lasciato nelle mani dei burocrati romani di via Arenula, sede del ministero di giustizia. La città, attraverso le proprie istituzioni locali, deve essere parte attiva in questo progetto. Attualmente, l'ospedale psichiatrico taglia praticamente in due la città. Con la sua chiusura si potranno nuovamente riaprire le strade di penetrazione che portano nel centro senza effettuare giri viziosi e creare traffico. Per non parlare dell'immenso patrimonio immobiliare che può trasformare il tribunale rendendolo effettivamente uno dei più confortevoli, nonostante la grandezza del bacino di utenza, del circondario che supera agevolmente il milione di abitanti.

In esso può trovare posto anche l'Ufficio del Giudice di Pace del Circondario del Tribunale di Aversa-Napoli Nord, liberando per uso civile e non più giudiziario tutto il complesso monumentale di San Domenico che, ad esempio, potrebbe ritornare ad essere il Palazzo di Città, così come lo è stato in un passato lontano, lasciando gli uffici presso l'attuale casa comunale.

Si tratta, ovviamente di un'ipotesi, come se ne potranno formulare

tante altre, certamente più consona perché verranno da tecnici del settore. A riportare tutti con i piedi per terra ci pensa il sindaco Giuseppe Saggiocco che rivela: «Si tratta di un argomento che non può essere trattato in maniera disattenta come si è fatto in questi ultimi trenta anni, fantasticando di tutto e, si sa, con la fantasia tutto è possibile. Si fanno analisi e progetti da decenni, ma di fatto non dobbiamo dimenticare che l'immobile è del ministero. Oggi già all'interno (come ho potuto verificare di persona trascorrendovi una domenica intera proprio per capire dove si stava andando) si stanno già realizzando

moduli ultramoderni per la nuova edilizia carceraria a servizio del tribunale di Napoli Nord. Carcere, comunque, è un termine improprio, si tratta di una struttura di solo transito per il tribunale e di recupero per alcune categorie, per cui non ci saranno detenuti che possano ritenersi pericolosi. Tra l'altro il tribunale presuppone che vi sia il carcere. Vi sono, poi, al suo interno, coltivazioni e allevamenti. Con il presidente della Camera di Commercio e d'intesa con la direttrice del Saporito vorrei legare questi possibili scenari alla città, coinvolgendo scuole e associazioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'interno L'ospedale psichiatrico giudiziario «Filippo Saporito»

Maresca, c'è uno spiraglio Tavolo tecnico in Regione

Summit sindaco-governatore per provare a salvare la struttura sanitaria di via Montedoro: «Agli incontri per scongiurare il rischio-chiusura, parteciperà anche il comitato civico»

Promesso, fatto. Non ha perso tempo, il sindaco **Ciro Borriello**. Pronto a mettere immediatamente in pratica lo slogan diventato il cavallo di battaglia della sua campagna elettorale. Mantenuto l'impegno di nominare in tempi record la sua squadra di governo cittadino - la giunta sarà presentata oggi alle 14 a palazzo Baronale - l'ex deputato di Forza Italia ha già avviato i «lavori» per provare a scongiurare l'incubo della chiusura dell'ospedale **Maresca**. Non ha caso, il primo cittadino ha incontrato il presidente della Regione Campania per affrontare subito il tema del futuro della struttura sanitaria di via Montedoro. A **Stefano Caldoro** - uno dei principali sponsor della candidatura a sindaco del chirurgo plastico di via del Monte - l'ex deputato di Forza Italia ha ricordato gli impegni assunti durante le due «visite» a Torre del Greco in campagna elettorale. A partire proprio dalla questione relativa all'ospedale **Agostino Maresca**: «Il governatore -



spiega **Ciro Borriello** - ha mostrato di avere le idee chiare, come del resto era già emerso nei due incontri organizzati all'hotel Poseidon». Dai proclami, ora, si è passati alle iniziative concrete: «Il presidente della Regione Campania - prosegue il primo cittadino di Torre del Greco - si è impegnato nell'immediato a istituire un tavolo tecnico sulla situazione della sanità nelle città che appartengono all'Asl Napoli 3 Sud. Ora che la Regione Campania ha messo a posto i conti nella sanità, colmando un disavanzo di 800 milioni di euro, si può partire con una nuova fase di rilancio. Una fase che non può non comprendere il nosocomio di via Montedoro». Del tavolo tecnico faranno parte - stando alle prime notizie trapelate - lo stesso **Stefano Caldoro**, il sub commissario alla sanità **Mario Morlacco** e il sindaco **Ciro Borriello**: «Su mia indicazione - sottolinea lo «sceriffo» uscito vincitore dal ballottaggio con **Loredana Raia** - ho chiesto che



LA LOTTA PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

Al tavolo tecnico parteciperà anche un esponente del comitato Pro Maresca

agli incontri che riguarderanno l'ospedale di Torre del Greco sia invitato un rappresentante del comitato Pro Maresca, nato in difesa del nosocomio di via Montedoro». Ma la lunga chiacchierata con **Stefano Caldoro**, non si è fermata al tema della sanità. Nel lungo incontro tra il presidente della Regione Campania e il sindaco di Torre del Greco, si è discusso di una seconda questione particolarmente «sentita» all'ombra del Vesuvio: l'incubo abbattimenti. Un incubo che interessa le cosiddette «case di necessità» nonché decine di attività commerciali: «**Stefano Caldoro** ha immediatamente sollecitato il capogruppo di Forza Italia alla Camera,

Renato Brunetta - prosegue **Ciro Borriello** - affinché l'intero partito si prenda in carico il ddl presentato dal senatore **Ciro Falanga**, disegno di legge già approvato al Senato. Il ddl che prevede una precisa calendarizzazione di tutti gli ordini di demolizione giace da tempo all'attenzione della commissione Giustizia della Camera. Sarà ora Forza Italia a chiedere di calendarizzare la proposta e portarla al più presto al voto dell'aula». Infine la discussione è scivolata su una delle più cocenti debacle dell'amministrazione comunale di centrosinistra che ha guidato la città di Torre del Greco negli ultimi due anni, la mancata adesione ai benefici della zona franca urbana: «Purtroppo quel tipo di opportunità - il rammarico di **Ciro Borriello** - è andata definitivamente persa a causa dell'immobilismo della precedente giunta. Con **Stefano Caldoro** stiamo studiando per la nostra città un'azione legata a speciali fondi di coesione che permettano alle realtà economiche in difficoltà di poter beneficiare di speciali agevolazioni. Agevolazioni che potrebbero favorire al tempo stesso la nascita di nuove imprese sul territorio».

La sanità

Pronto soccorso turni ok al Ruggi in corsia i medici dell'Asl

Clemente Ultimo

I medici dell'Asl continueranno a garantire i turni di copertura presso il pronto soccorso dell'ospedale di via San Leonardo. La decisione di procedere alla proroga della convenzione tra l'azienda sanitaria e l'azienda ospedaliera universitaria è stata annunciata nella giornata di ieri dal direttore generale dell'Asl Antonio Squillante. «Con quest'ultimo atto - dice il manager - confermiamo la perfetta sintonia ed integrazione tra l'Asl e l'azienda ospedaliera universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona. In tempi nei quali vi è scarsa disponibilità di risorse umane ed economiche vi è più che mai esigenza di fare squadra».

L'integrazione della convenzione prevede che nel periodo compreso tra il 1° giugno ed il 30 settembre medici dipendenti dell'Asl, o convenzionati a tempo indeterminato con la stessa, garantiranno la copertura di turni presso il pronto soccorso del Ruggi d'Aragona per complessive seicento ore, consentendo così di alleviare i disagi derivanti dalla carenza di personale di cui soffre l'azienda ospedaliera universitaria. Carenza ancora più avvertita nei mesi estivi, quando è necessario garantire i turni di ferie per i dipendenti del Ruggi. Una boccata d'ossigeno, quella offerta dalla proroga della convenzione tra Asl e Ruggi, che tuttavia non risolve i problemi dell'azienda ospedaliera in materia di personale: per garantire il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza nel periodo estivo i vertici aziendali hanno messo a punto un apposito piano, caratterizzato da accorpamenti e sospensione delle attività non urgenti fino alla fine di agosto.

Il documento, passato al vaglio dei direttori di dipartimento, sarà presentato oggi alle organizzazioni sindacali. Queste ultime nei giorni scorsi hanno aperto un vero e proprio fuoco di fila contro il piano estivo, giudicato non solo inadeguato a garantire il diritto alla salute, ma visto come lo strumento attraverso il quale apportare ulteriori tagli non solo alla struttura del Ruggi, quanto all'intero sistema sanitario salernitano.

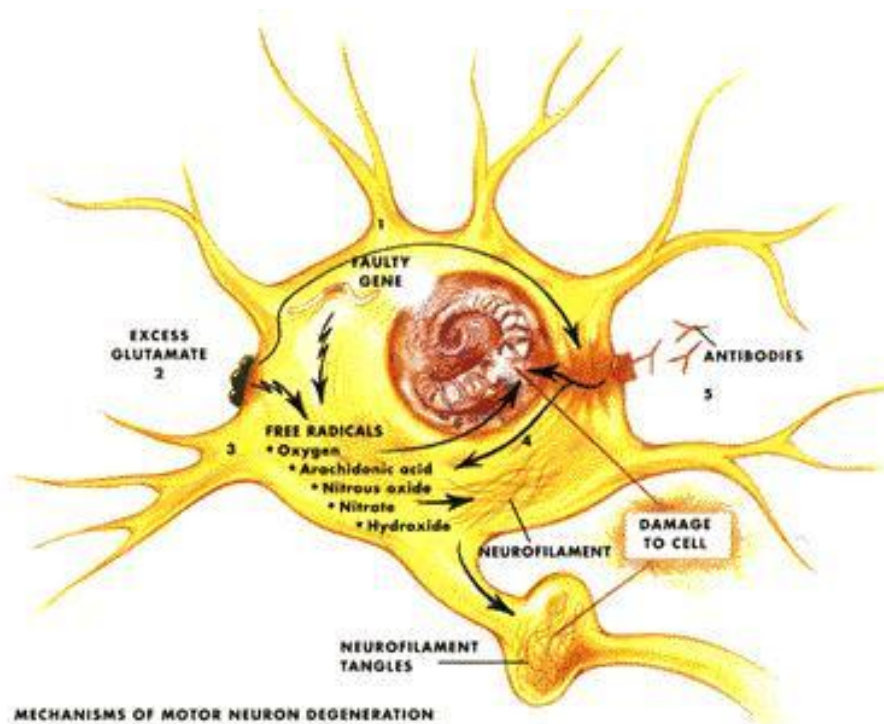


Emergenza Il pronto soccorso dell'ospedale Ruggi d'Aragona



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Risultati promettenti contro il tumore

Melanoma, cure immunologiche



Nuove speranze per i malati di cancro

Contro il melanoma, il cancro della pelle, arrivano risultati incoraggianti da una nuova terapia di tipo immunologico. La ricerca è stata condotta dal laboratorio Bristol-Myers Squibb. È emerso che la combinazione di due trattamenti di questo genere permette la sopravvivenza di nove malati su dieci a distanza di due anni.

Pur non agendo soltanto sul melanoma, la terapia ha dato risultati spettacolari proprio su questo genere di tumore. L'immunoterapia è di grande aiuto nel cancro della pelle, ma i suoi benefici si estendono al tumore polmonare, del rene, della vescica e delle ovaie. Altri studi sono in corso per approfondire la questione.

Multinazionali del farmaco come Roche, Gsk e Merck han-

no già le antenne ben alzate, poiché il mercato di questi trattamenti è valutato nell'ordine di 35 miliardi di dollari (25,8 mld euro) all'anno. Però servono finanziamenti: il costo annuo di una cura ammonta a circa 80 mila euro e ci si trova ancora in una fase sperimentale. I risultati del trattamento con le sostanze nivolumab e ipilimumab hanno mostrato una sopravvivenza complessiva del 94% dopo un anno e dell'88% dopo due anni. Gli esperti stanno inoltre valutando gli effetti collaterali. Nel caso dell'ipilimumab si sono verificate forti infiammazioni, a volte fatali, del tubo digestivo nel 7% dei casi. Fra i 511 pazienti ai quali era stato somministrato il farmaco, si sono verificate cinque perforazioni intestinali, di cui quattro mortali.

—© Riproduzione riservata—

Due studi dimostrano che un esame della pelle può servire a prevenire anche la neoplasia della mammella

Seno, i nei rivelano il tumore

LA RICERCA

La pelle, con i suoi nei, come specchio per un probabile tumore (melanoma) ma anche come segnale di un danno al seno. L'epidermide rivelerebbe, dunque, un doppio allarme. La dimostrazione in due studi indipendenti che sono stati condotti negli Stati Uniti e in Francia. Ricerche parallele che sono arrivate allo stesso risultato: dimostrano l'associazione tra la presenza di una gran numero di nei e il rischio di un tumore alla mammella.

Questo non significa che le piccole macchie scure sono responsabili di una neoplasia al seno; piuttosto l'intuizione è quella di utilizzare la pelle come segnale. E decidere di fare approfondimenti. Tutti e due i lavori, uno di Jiali Han della Indiana University con la Harvard di Boston e uno di Marina Kvaskoff dell'Inserm in Francia, sono stati pubblicati

sulla rivista scientifica "Plos Medicine".

LE DIFFERENZE

Negli Stati Uniti ("Nurses Health Study") sono state reclutate 74.523 donne e il loro stato di salute monitorato per circa 24 anni. In Francia ("E3N Teachers'-Study Cohort") lo studio si è basato su 89.902 volontarie per 18 anni. Alle americane, i ricercatori, hanno chiesto di contare i nei su braccio sinistro più grandi di 3 millimetri: è stato, così, stimato che una paziente con più di 15 nei dal braccio al gomito ha un rischio di ammalarsi di cancro al

**UNA PAZIENTE
CON OLTRE 15 PICCOLE
MACCHIE SUL BRACCIO
HA IL RISCHIO
DI AMMALARSI
PIÙ ALTO DEL 35%**

seno più alto del 35% rispetto ad una senza nei.

In modo differente hanno deciso di procedere per la ricerca francese. Alle donne che hanno partecipato allo studio, infatti, è stato chiesto di controllare i nei su tutto il corpo. La conclusione è stata che le signore che ne avevano contati tanti rischiavano di ammalarsi con una percentuale del 13% in più a quelle che con pochi o nessun neo.

GLI ORMONI

Non solo studio dell'epidermide. Anche la presenza di ormoni come testosterone ed estrogeni (legati alla neoplasia alla mammella) può interferire con il numero alto o basso delle piccole macchie sulla pelle. Da qui l'ipotesi di far diventare la superficie del nostro corpo un fidato segnalatore di rischio. Fino ad oggi focalizzato solo sulla prevenzione del melanoma. Che è un tumore in netto aumento. E' il terzo più frequente al di sotto dei 50 anni con 10.500 nuovi casi nel 2013.

Allarme dei dermatologi: la malattia è in crescita tra gli uomini e, la gran parte dei pazienti (anche le donne) arriva tardi alla diagnosi, quando la malattia è in stadio già avanzato. «Il fatto predisponenti - spiega Paolo Ascierto dell'Istituto Pascale di Napoli e presidente della Fondazione melanoma onlus - sono la carnagione chiara, precedenti casi in famiglia, la presenza di numerosi nei congeniti o acquisiti di grandi dimensioni, l'esposizione frequente alle lampade abbronzanti prima dei 30 anni. E' importante controllare periodicamente numero, forma, dimensioni dei propri nei. Quando viene diagnosticato precocemente è, in generale, una malattia curabile e può essere asportato chirurgicamente. Ma, se non viene individuato in fase iniziale, può diffondersi ad altre parti dell'organismo, come fegato, polmoni, ossa e cervello».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I segnali

Asimmetria

► Se tracciando idealmente una linea al centro del neo si nota asimmetria sottoporsi a controllo

Bordi irregolari

► Occhio se il neo invece di essere tondo è frastagliato e irregolare e se con il tempo cambia colore e dimensione

Dimensione

► Se i nei superano un diametro di 6 millimetri potrebbero rivelarsi a rischio per la pelle

Allergie e italiani: credenze da sfatare

Le patologie legate all'apparato respiratorio sono in aumento ma non sempre sono dovute a reazioni allergiche vere e proprie

Il 27° Congresso Nazionale della Società Italiana Allergologia, Asma ed Immunologia Clinica che si è tenuto a Roma è stato l'occasione che ha riunito gli specialisti italiani e i più influenti esperti a livello internazionale per discutere degli argomenti più attuali riguardanti le patologie allergologiche e del sistema immunitario.

Queste malattie registrano un importante aumento nella nostra popolazione: la percentuale di pazienti con allergie aumenta a livello esponenziale, fino a coinvolgere un italiano su cinque.

«La rinite allergica colpisce un adulto su cinque e un bambino su quattro. Ma il trend tende ad aumentare: entro il 2020 colpirà il 50% dei più piccoli. L'asma bronchiale colpisce intorno al 10% della popolazione, mentre le allergie alimentari colpiscono il 6% dei bambini ed il 4% degli adulti. Per quanto riguarda quelle ai farmaci, non esistono ancora dati definitivi, ma l'incidenza, anche questa in aumento, è stimabile intorno all'1% della popolazione per quanto riguarda le reazioni avverse a medicinali, soprattutto antibiotici e anti-infiammatori, e a mezzi di

” Sono molti gli equivoci che si commettono riguardo i sintomi respiratori “

contrasto usati in radiologia», ha spiegato il Professor Massimo Triggiani, Presidente uscente SIAAIC e docente di Allergologia e immunologia clinica presso l'Università di Salerno.

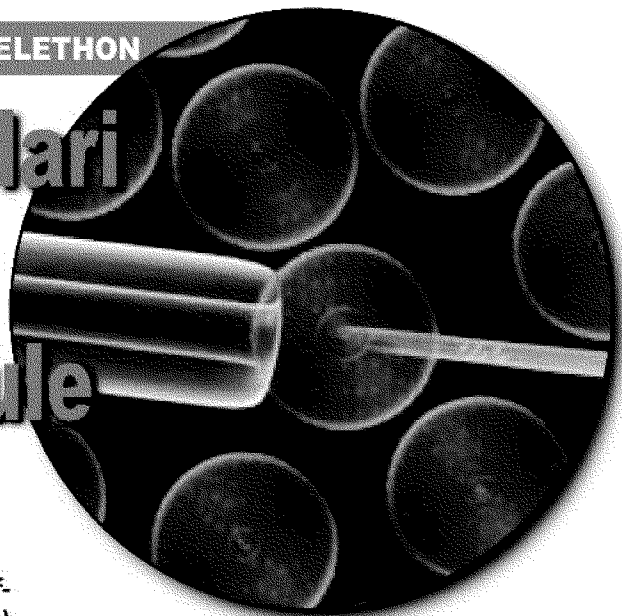
«I sintomi sono spesso simili a quelli di un'ampia fascia di altre malattie. Fastidi gastrointestinali, ad esempio, come gonfiori o mal di pancia sono tipici non soltanto delle allergie alimentari, ma anche di intolleranze o condizioni: stando ai nostri dati i veri allergici sono il 20% della popolazione, ma più del 30% degli italiani ha sintomi che crede riconducibili a un'allergia», ha continuato il professor Triggiani.

Gli equivoci si hanno anche con i sintomi respiratori: l'iper-reattività bronchiale, ossia una forte sensibilità delle vie aeree che diventano molto reattive a particolari stimoli quali fumo, odori forti, agenti irritanti, può essere confusa con l'asma allergica.



■ DALL'ISTITUTO SAN RAFFAELE - TELETHON

Bisturi molecolari correggono geni delle cellule staminali



Un gruppo di ricercatori dell'Istituto San Raffaele-Telethon per la terapia genica (Tiget) di Milano è riuscito per la prima volta a riscrivere il Dna di cellule staminali del sangue umano grazie all'editing del genoma (tecnica introdotta per la prima volta dal premio Nobel Mauro Capecchi) che consente di correggere gli errori direttamente sul gene malato. In particolare, grazie a «bisturi molecolari» gli scienziati sono riusciti a riparare con assoluta precisione il difetto responsabile di una grave immunodeficienza ereditaria, aprendo così le porte all'applicazione sull'uomo, di questo innovativo metodo. A firmare lo studio, pubblicato su Nature, sono Luigi Naldini, direttore dell'Istituto San Raffaele-Telethon per la terapia genica e docente dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano e Angelo Lombardo, ricercatore presso le stesse Istituzioni. A conferma del valore internazionale della ricerca del Tiget è anche il prestigioso Outstanding Achievement Award, conferito a Luigi Naldini proprio in questi giorni a Washington dalla Società americana di terapia genica e cellulare. «Fino ad oggi la terapia

genica consisteva soprattutto nell'aggiungere una copia funzionante di un gene quando quello presente era difettoso, usando un virus opportunamente manipolato e reso innocuo; un pò come usare una stampella quando ci si sia rotti una gamba, - spiega Luigi Naldini, direttore del dell'Istituto San Raffaele-Telethon per la terapia genica -. Con il nuovo studio pubblicato oggi su Nature abbiamo fatto un importante passo avanti. L'editing del genoma ci consente di correggere direttamente il difetto genetico sul Dna, un pò come riparare l'osso fratturato. È un vantaggio straordinario, perché ci permette di ripristinare non solo la funzione ma anche la naturale regolazione di quel gene - quanto, quando e dove viene espresso - cosa che oggi non possiamo fare fedelmente quando introduciamo con un virus una nuova copia del gene dall'esterno. E abbiamo dimostrato come farlo nelle cellule staminali emopoietiche, le madri di tutte le cellule del sangue».