



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# quotidianossanità.it

Venerdì 10 GIUGNO 2016

## Aggiornamento Lea. De Filippo alla Camera: "Confronto con Mef ancora in corso. Auspichiamo chiusura in prossime settimane"

***Così il sottosegretario alla Salute ha risposto oggi in Aula ad un'interrogazione presentata dal presidente del Gruppo di Scelta Civica alla Camera, Giovanni Monchiero, per chiedere lumi sul reale impatto economico del Dpcm. De Filippo ha spiegato: "A seguito di questa concertazione tecnica con il Mef, lo schema del provvedimento sarà trasmesso alla Conferenza Stato regioni e sarà oggetto di valutazione da parte delle Commissioni parlamentari".***

"Il confronto con il Ministero dell'economia e delle finanze per la valutazione dell'impatto economico dell'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza è ancora in corso. La verifica finanziaria è stata particolarmente complessa perché, come è noto, la situazione del Paese si presentava diversificata in termini di erogazione storica dei livelli essenziali di assistenza e, quindi, riallineare il calcolo reale dei costi con i nuovi livelli essenziali di assistenza è assolutamente decisivo e importante proprio ai fini della sostenibilità dell'impatto finanziario". Così il sottosegretario alla Salute, Vito De Filippo, ha fatto oggi il punto sull'iter del Dpcm di aggiornamento dei Lea, rispondendo in Aula alla Camera ad un'interrogazione presentata dal presidente del Gruppo di Scelta Civica alla Camera, **Giovanni Monchiero**, nella quale si chiedeva lumi sul reale impatto economico del provvedimento.

"Assicuro l'onorevole Monchiero - ha concluso De Filippo - che il Ministero della salute quotidianamente sta sollecitando e sta incidendo, anche in termini di tempi, nell'approvazione e nella definizione di questa istruttoria finanziaria, che speriamo veramente si concluda nelle prossime settimane. A seguito, quindi, di questa concertazione tecnica con il Ministero dell'economia e delle finanze, lo schema del provvedimento sarà trasmesso alla Conferenza Stato regioni e sarà anche oggetto di una valutazione e di un parere delle Commissioni parlamentari, com'è noto, da procedura approvata per norma".

In fase di replica, Monchiero ha evidenziato la difficoltà di calcolare l'impatto economico di un'iniziativa che afferma un principio, "ma se poi, per ragioni anche solo organizzative, questo principio viene disatteso, è chiaro che l'impatto economico conseguente varierà poi da regione a regione".

"Io credo che siano da apprezzare gli sforzi fatti per migliorare la capacità tecnica nel formulare questa previsione, che, però, questi sforzi debbano anche essere accompagnati da una più chiara e trasparente assunzione di responsabilità. Infatti, se da questa verifica tecnica verrà confermato che l'incremento di spesa non è contenuto nel limite previsto dalla vigente legge di stabilità (Ndr. nella legge di stabilità è stata vincolata una quota pari ad 800 mln), delle due l'una, o si riduce l'elenco dei Lea o si aumenta lo stanziamento. Questa è la sfida che ci attende, signor sottosegretario. Spero che il Governo la voglia assumere in piena trasparenza", ha concluso Monchiero.

# quotidianossanità.it

Venerdì 10 GIUGNO 2016

## Campania. De Luca: "Voglio riparto uguale per tutti". E sul commissariamento: "Obiettivo è concluderlo entro il 2017"

***Così il governatore è intervenuto oggi nel corso della visita all'ospedale da Procida di Salerno. "La Campania è fortemente penalizzata nel piano nel riparto del fondo nazionale e dovremmo fare una battaglia davvero con grande determinazione sulla base di una linea rigorosa". Infine, sul commissariamento: "Concluderlo entro il 2017 è al limite della follia perché in tanti campi partiamo da sottozero, ma puntiamo al governo pieno della sanità campana".***

"Noi diamo 300 milioni di mobilità passiva alle altre regioni e non possiamo usufruire invece di quella attiva. La Campania non subirà più queste logiche. Anche a Roma la ricreazione è finita". Lo assicura il presidente della Regione Campania **Vincenzo De Luca**, in visita oggi all'ospedale da Procida di Salerno, in merito alla mobilità in ambito sanitario che coinvolge molti cittadini campani.

"Sul piano nazionale - spiega il governatore all'Ansa - la Campania è fortemente penalizzata nel piano nel riparto del fondo nazionale e dovremmo fare una battaglia davvero con grande determinazione sulla base di una linea rigorosa. Io per i cittadini campani non chiederò un euro in più rispetto a quello che hanno i cittadini milanesi o piemontesi. Voglio che ci sia un riparto identico per ogni cittadino italiano; è una linea estremamente forte che mette in difficoltà anche tanti nostri interlocutori lombardi, emiliani, toscani i quali immaginano - facendo i furbi- di sottrarre alla Campania centinaia di milioni di euro e poi darci una mancia in termini di solidarietà. Io non voglio nessuna solidarietà ma voglio lo stesso criterio di riparto per tutti i cittadini italiani. Sarà una bella battaglia".

**Quanto poi al commissariamento:** "Il mio obiettivo è di concludere il commissariamento entro il 2017; è un obiettivo al limite della follia perché dobbiamo in tanti campi partire da sottozero ma iniziamo a puntare al governo pieno della sanità campana. Ci sono le condizioni per poterlo fare".

"Noi siamo commissariati - spiega De Luca - perché la sanità è stato il più grande terreno di sviluppo delle clientele politiche e anche di ladrocinio. Nel 2009 siamo stati commissariati perché la Campania aveva 6 miliardi di euro di debiti, con ovvi bilanci in deficit. Siamo stati costretti ad aumentare le tasse con addizionali Irpef e Irap che ancora stiamo pagando per i debiti accumulati nell'arco dei decenni".

Sull'ospedale spiega: "siamo riusciti a salvare questo ospedale condannato alla chiusura. Siamo riusciti a destinare alla struttura 110 posti letto. Deve diventare il centro di riabilitazione pubblica regionale per eccellenza. Nell'ambito di un più ampio programma generale di riorganizzazione della sanità campana, tra le altre cose, dobbiamo trovare le risorse per realizzare il nuovo ospedale Ruggi di Salerno. Non serve rattopparlo, perché rischia di cadere a pezzi. Servono 200 milioni di euro che dobbiamo trovare".

De Luca, poi, annuncia: "Cominceremo a breve a sistemare gruppi dirigenti nelle strutture ospedaliere e nelle Asl. Ogni dirigente, all'atto della nomina, avrà una scheda con gli obiettivi da raggiungere e sarà verificata mese per mese. Ogni direttore generale avrà un suo programma di cui rispondere altrimenti ci sarà rimozione senza pietà".

# quotidianos**sanità**.it

Venerdì 10 GIUGNO 2016

## Fabbisogno formativo 2016/2017. Al Ssn serviranno 8.700 medici e 15.408 infermieri. Via libera all'accordo in Stato-Regioni. Ecco i numeri per tutte le professioni

***Nell'accordo stabilita anche l'adozione del modello per l'individuazione del fabbisogno per il Ssn messo a punto dal Ministero della Salute, capofila anche del progetto 'Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting'. Per quest'anno il metodo è stato utilizzato per individuare i fabbisogni di: Medici, Odontoiatri, farmacisti, infermieri ed ostetrici. [IL TESTO DELL'ACCORDO](#)***

Per l'anno accademico 2016-2017 il fabbisogno formativo per il Servizio sanitario nazionale è di 15.408 infermieri, 8.700 medici, 2.164 fisioterapisti, 1.279 farmacisti, 850 odontoiatri e via dicendo. Il via libera all'accordo ieri in Stato-Regioni.

Tra le misure approvate, inoltre l'adozione del modello previsionale dei fabbisogni messo a punto dal Ministero della Salute, capofila del progetto europeo 'Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting', per il quale l'Italia ha sviluppato un proprio [progetto presentato a Roma il 20 maggio scorso](#).

Una metodologia, quest'ultima che viene definita e illustrata nel documento e che è stata utilizzata per identificare il fabbisogno di medici, odontoiatri, farmacisti, infermieri ed ostetrici per il 2016-2017. E la previsione è che dal prossimo anno si possa allargare lo strumento anche ad altre professioni.

### **Ma vediamo i fabbisogni formativi per l'anno accademico 2016/2017 suddivisi per professione:**

**Medici:** 8.700

**Farmacisti:** 1.279

**Odontoiatri:** 850

**Veterinari:** 497

**Area Infermieristica ed ostetrica.** Fabbisogno totale 16.433 di cui:

Infermieri: 15.408

Ostetriche: 743

Infermiere pediatrico: 282

**Area della Riabilitazione.** Fabbisogno totale 5.021 di cui:

Fisioterapisti: 2.164

Podologo: 152

Logopedista: 721

Ortottista-Assistente di Oftalmologia: 218

Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età evolutiva: 340

Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica: 323

Terapista occupazionale: 309

Educatore professionale: 794

**Area tecnico-diagnostica.** Fabbisogno totale 1.835 di cui:

Tecnico Audiometrista: 129

Tecnico Sanitario di Laboratorio medico: 770

## Sanità: il presidente mette mano ai dirigenti delle Asl

**NAPOLI (rc)** -Sul problema atavico della sanità in Campania, il presidente della Regione **Vincenzo De Luca** si gioca la sua carriera politica. Ieri, nel corso di uno dei suoi tanti tour in giro per le aziende ospedaliere, ha rinsaldato: "Il mio obiettivo è di concludere il commissariamento entro il 2017. E' un obiettivo al limite della follia perché dobbiamo in tanti campi partire da sottozero ma iniziamo a puntare al governo pieno della sanità campana. Ci sono le condizioni per poterlo fare". Nodo vero lasciato in sospeso già dalla giunta di **Stefano Caldoro** è la nomina

dei dirigenti: "Cominceremo a breve a sistemare gruppi dirigenti nelle strutture ospedaliere e nelle Asl - ha assicurato - ogni dirigente, all'atto della nomina, avrà una scheda con gli obiettivi da raggiungere e sarà verificata mese per mese. Ogni direttore generale avrà un suo programma di cui rispondere altrimenti ci sarà rimozione senza pietà". Il governatore della Campania, è entrato nel merito della lunga storia che ha riguardato la sanità regionale e il lungo commissariamento: "Noi siamo commissariati - ha spiegato De Luca - perché la sanità è stato il più grande terreno di sviluppo

delle clientele politiche e anche di ladrocinio. Nel 2009 siamo stati commissariati perché la Campania aveva 6 miliardi di euro di debiti, con ovvi bilanci in deficit. Siamo stati costretti ad aumentare le tasse con addizionali Irpef e Irap che ancora stiamo pagando per i debiti accumulati nell'arco dei decenni".

RIPRODUZIONE  
RISERVATA

## ASL E OSPEDALI

# Le nomine dei manager in estate

Abolita la commissione di valutazione per la nomina di manager di Asl e ospedali, il presidente **Vincenzo De Luca** potrà attingere dagli albi degli idonei, regionale e nazionale, per designare i nuovi manager. Secondo indiscrezioni degli operatori sanitari dell'ospedale "Ruggi", la scelta di De Luca, più che dovuta a porre fine alla stagione dei commissariamenti e ad aprire quella delle decisioni prese dai manager, è tesa ad evitare che il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, porti avanti il suo piano e cioè istituire un unico albo nazionale dal quale attingere per scegliere i direttori generali. L'albo dovrebbe essere formato da professionisti che hanno alle spalle corsi in management sanitario ed altri requisiti che in Campania possiedono in pochi. In pratica per non designare direttori che vengono da fuori regione, De Luca intende anticipare le mosse del ministro per decidere in piena autonomia. Al "Ruggi" c'è chi dice che designerà i direttori entro l'estate, altri pensano che le farà dopo il referendum di ottobre perché la procedura ministeriale è lunga. Il presidente, invece, ha sostenuto che il passaggio della commissione allungava i tempi della decisione che, comunque, sempre a lui spettava. (m.c.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Il rapporto Il Censis: 11 milioni di cittadini hanno rinunciato alle visite

# Crisi e liste d'attesa, l'Italia non si cura

Silvio Garattini

**I**l rapporto annuale del Censis mostra una situazione di deterioramento del Servizio sanitario nazionale. In attesa di poter avere a disposizione l'intera relazione può essere opportuno anticipare alcuni dati che suonano veramente allarmanti. Ben 11 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare alle cure per problemi economici che, in altre parole, significa mancanza di soldi per pagare il ticket sui farmaci, sulle analisi di laboratorio o sulle visite mediche. Sono 2 milioni in più rispetto al 2012 e riguardano soprattutto i giovani e gli anziani.

> Segue a pag. 43

> M. Esposito a pag. 9

Segue dalla prima

# Crisi e liste d'attesa, l'Italia non si cura

Silvio Garattini

Tra coloro che possono pagare i ticket, che sono divenuti in molti casi eccessivi, perché sono eguali o addirittura superiori alle stesse prestazioni che si possono ottenere nelle strutture private, circa 5,4 milioni di cittadini dichiarano di aver ricevuto cure inutili, ma nella maggioranza dei casi non vogliono sanzioni ai medici ritenendo che la colpa sia il decreto sulla appropriatezza degli interventi, un dato che deprime per la scarsa abilità di comunicazione del ministero della Salute.

Altro punto dolente è rappresentato dalle liste d'attesa che tendono sempre di più ad allungarsi a tempi che sono certamente incompatibili con una forma di buona sanità. Ben il 72 per cento delle persone che si sono rivolte a strutture private lo hanno fatto a causa dei tempi d'attesa proposti dal servizio pubblico. Inoltre più di 7 milioni di italiani sono ricorsi all'intramoenia, l'attività privata del Servizio Sanitario nazionale. Si tratta di una situazione scandalosa: «Devi attendere se non hai risorse economiche, ma se puoi pagare con le stesse apparecchiature, gli stessi medici e nelle stesse strutture puoi essere curato a distanza di pochi giorni».

Naturalmente non bisogna dimenticare che nei giudizi non si può ignorare la grande differenza che esiste fra le va-

soddisfazione passa dal 70 per cento nelle Regioni del Sud al 33% nel Nord-Est. È chiaro a tutti che questo non è il modello equo e universalistico, conquista sociale irrinunciabile da parte dei cittadini sancito dalla legge di istituzione del Servizio sanitario nazionale.

Piangere sulla situazione attuale non porta molto lontano. È invece importante cercar di capire cosa si può fare tenendo conto che nessuno ha voglia di ritornare ad un sistema assicurativo parziale o totale. Per essere efficaci occorre anzitutto non pensare solo aappare i buchi con una visione a breve termine, ma essere capaci di programmare con un occhio al futuro che sarà fatto prevalentemente di polimorbilità cronica a causa della tendenza all'invecchiamento della nostra popolazione. Non si ripeterà mai a sufficienza l'importanza di tutte le attività di prevenzione che riguardano l'intera società. Si devono ridurre le malattie che non piovono dal cielo, ma sono il frutto dei nostri cattivi stili di vita e delle influenze ambientali. Puntare sulla prevenzione vuol dire diminuire di almeno il 50 per cento le malattie croniche, quelle che richiedono il maggior consumo di risorse. In secondo luogo è importante fornire ai cittadini solo ciò che in base alle conoscenze scientifiche ha una dimostrazione di un favorevole rapporto benefici-rischi e a parità di condizioni ciò che costa meno. In questo senso occorre introdurre rapi-

per tutto il Paese, evitando sprechi, per recuperare miliardi da destinare prevalentemente al miglioramento delle liste d'attesa. Fra gli sprechi oltre ai farmaci, ai dispositivi medici, alle piccole strutture ospedaliere, non bisogna dimenticare la inutile complessità delle procedure amministrative. Occorre poi disinvestire trasferendo le risorse per interventi poco efficaci verso quelli più risolutivi. I Livelli essenziali di assistenza (Lea) devono essere rivisti tenendo presente che spesso riguardano interessi che nulla hanno a che fare con la prevenzione, la terapia o la riabilitazione. I cittadini non hanno diritto a tutto, ma solo a ciò che è dimostrato essere utile alla salute e devono anche essere stimolati ad evitare cattive abitudini di vita.

Infine non bisogna dimenticare che nel medio-lungo termine la ricerca sanitaria è la migliore spending review perché permette di identificare trattamenti e sistemi organizzativi ottimali. La ricerca serve anche per trovare le migliori vie di comunicazione. Le autorità ministeriali e regionali parlano troppo poco con i cittadini. Se spiegassero in modo chiaro e non in politichese, le ragioni e le difficoltà di condurre un'attività così complessa come quella che riguarda la salvaguardia della salute, troverebbero più facilmente la comprensione e l'aiuto dei cittadini, condizione indispensabile per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

# Rinunciano alle cure undici milioni di italiani

## Sanità, il rapporto Censis: pesano costi alti e liste d'attesa

La fasce più colpite sono gli anziani e i giovani nati tra il 1980 e il 2000

**Marco Esposito**

Io speriamo che me la cavo. Sono undici milioni gli italiani che rinunciano a curarsi e si affidano alla speranza di cavarsela senza ricorrere alle trafilate (e alle spese) del sistema sanitario pubblico o privato. Il drammatico rapporto sulla sanità italiana è firmato dal Censis e correge al rialzo il già pesante dato del 2012, quando gli italiani che avevano rinunciato a curarsi erano 9 milioni.

Che si tratti di una carie, di un mal di schiena o di un controllo dal dermatologo, sempre più italiani, per motivi economici, rinunciano a curarsi o rimandano interventi e visite. Le ragioni che portano alla rinuncia alle cure mediche sono due: le liste d'attesa sono lunghe e la spesa per le soluzioni alternative è eccessiva. «Decolla la sanità a pagamento - si legge nella sintesi del rapporto - chi può e ha bisogno ricorre massicciamente al privato». Ormai la sanità gratuita «è un ricordo» e «pagare per acquistare prestazioni sanitarie diventa un gesto quotidiano, ordinario, così come si amplia la fascia di cittadini che non avendo disponibilità economica adeguata di fatto rinuncia o rinvia prestazioni». In pratica «sanità a pagamento e sanità negata sono due facce della stessa crisi sanitaria del nostro Paese».

Una crisi che però è più acuta - decisamente - nel Mezzogiorno. La metà degli italiani (il 52% per l'esattezza) giudica inadeguato il servizio sanitario nella propria regione; ma tale valore medio ha un picco del 68,9% nel Mezzogiorno, contro il 56,1% del centro, il 41,3% del Nordovest e il 32,8% del Nordest. Al Sud è anche più alta la quota di persone convinta che la situazione sia peggiorata negli ultimi due anni: il 53% contro il 37% del Nord.

Il rapporto del Censis (commissionato dalla Rbm assicu-

**Sud**  
Il servizio pubblico è inadeguato per il 69% contro il 33% del Nordest

private) cominciano a valutare con favore le polizze sanitarie integrative. Sono ormai 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a soluzioni simili. E sono 10,2 milioni quelli che dichiarano di aver fatto maggiore ricorso al privato, soprattutto (72,6%) per «l'incubo delle liste d'attesa troppo lunghe». Sono 7,1 milioni gli italiani che hanno fatto ricorso all'intramoenia nell'ultimo anno, il 66,4% dei quali per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2%, invece, perché laboratori, ambulatori e studi medici a pagamento sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. La spesa sanitaria privata nel 2015 è cresciuta del 3,2% rispetto al 2013 a 34,5 miliardi di euro, nonostante le tariffe nel settore siano in calo. A testa sono 569 euro annui, in media.

Ma la soluzione della polizza sanitaria integrativa è percorribile per chi ha un reddito adeguato o lavora in settori nei quali l'opzione c'è per contratto, mentre taglia fuori le fasce sociali più deboli: «Ampia - sottolinea il Censis - è ormai l'area sociale che semplicemente non riesce a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno». E quindi non si cura.

Al cambiamento «meno sanità pubblica, più sanità privata» si aggiunge, dunque, il fenomeno della sanità negata: «niente sanità senza soldi». Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di cosiddetti millennial, cioè persone nate tra il 1980 e il 2000 e che non hanno ancora raggiunto una posizione lavorativa tale da garantire un reddito ade-

guato. «L'universo della sanità negata tende a dilatarsi», tra «nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie», spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche «meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia».

La ricerca tocca anche un altro aspetto interessante: gli italiani ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, si legge nel rapporto, «incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico». Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili,

**Inutili**  
Sono 5 milioni ad aver ricevuto prescrizioni non necessarie

che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate soltanto dalla logica dei tagli. Prevalge quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come «uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni».

**Lorenzin**

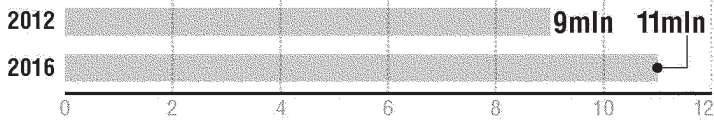


«Non si fanno le nozze con i fichi secchi»

«È chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turnover. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi». Lo afferma il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commentando i dati Censis secondo cui 11 milioni di italiani rinunciano a cure.

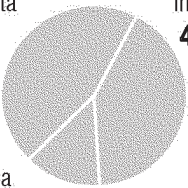
## Gli italiani e la Sanità

### RINUNCIANO A CURARSI PER QUESTIONI ECONOMICHE



### LA SITUAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO È

peggiorata  
**45,1%**

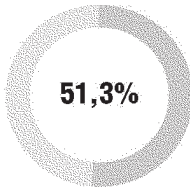


**13,5%**  
migliorata

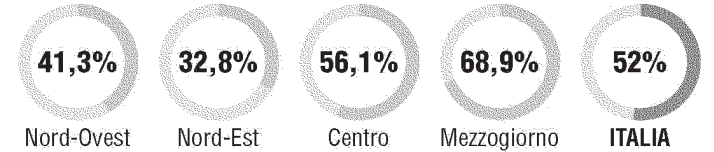
inalterata  
**41,4%**

**5,4 milioni**  
hanno ricevuto prescrizioni di farmaci o visite inutili

contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili



### IL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE È INADEGUATO



Fonte: Censis

ANSA - centimetri



# Costi e liste di attesa infinite 11 milioni non si curano più

► L'allarme in uno studio del Censis: «Si sta allargando l'universo della sanità negata» ► In difficoltà oltre due milioni di anziani  
Lorenzin: si sente il peso della crisi economica

## IL CASO

ROMA Il dato è allarmante: 11 milioni di italiani nella prima metà di quest'anno, ben 2 milioni in più rispetto al 2012, hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche o sono ricorsi al privato per ovviare alle lunghe liste di attesa. A denunciarlo è una ricerca Censis-Rbm, presentata ieri in occasione del Welfare Day, alla quale replica prontamente il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin: «È un problema che abbiamo presente e trovare una soluzione per noi rappresenta una priorità». Ma, avverte, «deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi».

## CRISI ECONOMICA

«È chiaro - spiega il ministro - che il Sistema sanitario nazionale deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie italiane stanno vivendo, e questa indagine del Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo sanitario nazionale per gli anni 2017 e 2018, che intendiamo utilizzare per sbloccare il turn over e stabilizzare il personale sanitario preca-

rio, rifinanziare il Fondo per l'epatite C, coprire i costi dei nuovi farmaci oncologici e garantire a tutti i cittadini accesso gratuito alle cure».

## LISTE DI ATTESA

Ma il ministro individua al contempo una soluzione al problema, che passa, spiega, «da una profonda riorganizzazione del sistema delle liste di attesa, soprattutto in alcune regioni italiane». L'obiettivo è cioè quello di «uniformare l'intero territorio nazionale su standard elevati» e a tal fine, annuncia, «ho intenzione di proporre l'inserimento nel mio decreto legislativo sulla nomina dei Direttori Generali delle aziende sanitarie di una norma che imponga di valutare i manager anche in relazione agli obiettivi di riduzione delle liste d'attesa». Intanto, af-

ferma, «una prima svolta verrà a breve introdotta con i nuovi livelli essenziali di assistenza, con l'ingresso nel Servizio sanitario nazionale di nuove prestazioni gratuite attese da 15 anni».

Lo studio Censis ha suscitato anche la forte critica del segretario generale della Cgil Susan-

na Camusso, secondo la quale questi dati «sono la dimostrazione che aver progressivamente ridotto gli investimenti nel Ssn mette le persone in condizione di non curarsi. È la

logica dei commissariamenti e dei tagli». E per il Movimento 5 Stelle «la frana del nostro sistema sanitario si è già trasformata in una valanga, e a essere responsabili, intenzionalmente, di questa demolizione sono il ministro della Salute e tutto il governo. Le conseguenze dei continui tagli inflitti alla sanità ora sono stati evidenziati dalla ricerca Censis-Rbm».

## L'ANAAO

Critico pure il sindacato dei medici dirigenti Anaa, che denuncia come «il taglio dei fondi alla Sanità non si sia mai interrotto». E se il Codacons parla di «dati vergognosi per un paese civile», la segretaria nazionale della Fp Cgil, Cecilia Taranto, e il segretario nazionale della Fp Cgil Medici, Massimo Cozza, commentano: «Ha ragione il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, quando afferma che non si possono fare le nozze con i fichi secchi. Ma questa affermazione dovrebbe essere rivolta al suo governo che, attraverso precise scelte politiche, continua a destinare più risorse ad altri settori: dagli imprenditori alle banche».

**Valeria Arnaldi**

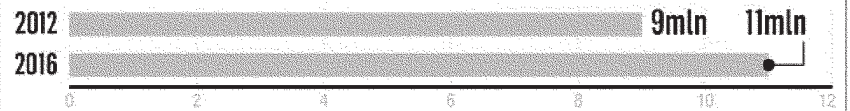
© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL MINISTRO:  
«QUESTA ANALISI  
CONFERMA  
LA NECESSITÀ DI  
AUMENTARE I FONDI  
PER IL 2017 E IL 2018»**

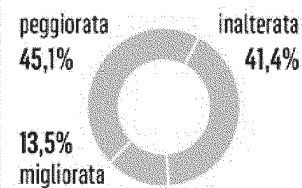


## Gli italiani e la Sanità

RINUNCIANO A CURARSI PER QUESTIONI ECONOMICHE



LA SITUAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO È



5,4 milioni hanno ricevuto prescrizioni di farmaci o visite inutili

CONTRARIO A SANZIONARE I MEDICI CHE FANNO PRESCRIZIONI INUTILI



IL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE È INADEGUATO



Nord-Ovest



Nord-Est



Centro



Mezzogiorno



ITALIA

Fonte: Censis

centimetri

La lunga attesa per prenotare una visita nelle strutture sanitarie pubbliche fa sì che molti abbiano rinunciato

**L'emergenza sanitaria**

## Loreto Mare, visite in piedi e trasfusioni in barella

**Melina Chiapparino**

**P**azienti visitati in piedi e su sedie di fortuna perché l'attesa per una barella disponibile in pronto soccorso, può durare giorni. Il dato è lo scioccante resoconto delle ultime 48 ore di caos all'ospedale Loreto Mare, uno dei presidi sanitari col maggior numero di accessi di tutta l'Asl Napoli 1, dove torna prepotentemente l'emergenza. Per garantire il ricovero di tutti gli ammalati, i sanitari sono stati costretti a impiegare le barelle e prendere in prestito anche quelle del pronto soccorso al punto

**In barella** Trasfusione in corsia.

di lasciarlo sguarnito dei 35 lettini mobili di cui è dotato.

Dalle 20 della notte a cavallo tra il 7 e l'8 giugno 2016 lo scenario che si è presentato a medici e infermieri è stato drammatico: nei reparti della struttura ospedaliera i corridoi scoppiavano di barelle. Basti pensare che durante la fascia oraria in questione si è arrivati a 22 ricoveri di fortuna in Medicina, mentre al piano terra, il pronto soccorso era completamente vuoto senza le barelle necessarie per le visite. In corridoio sono state effettuate persino trasfusioni.

**> A pag. 35**

La sanità

# Barelle «requisite», pronto soccorso nel caos

Loreto Mare, lettini usati nei reparti. Pazienti d'urgenza visitati sulle sedie. Ambulanze dirottate

**Melina Chiapparino**

Pazienti visitati in piedi e su sedie di fortuna perché l'attesa per una barella disponibile in pronto soccorso può durare giorni. È lo scioccante resoconto delle ultime 48 ore di caos all'ospedale Loreto Mare, uno dei presidi sanitari con il maggior numero di accessi di tutta l'Asl Napoli 1, dove torna prepotentemente l'emergenza. Per garantire il ricovero di tutti gli ammalati, i sanitari sono stati costretti a impiegare le barelle e prendere in prestito anche quelle del pronto soccorso al punto di lasciarlo sguarnito dei 35 lettini mobili di cui è dotato.

Dalle 20 della notte a cavallo tra il 7 e l'8 giugno 2016 lo scenario che si presenta a medici e infermieri è drammatico: nei reparti della struttura ospedaliera i corridoi sono pieni di barelle. Si arriva a 22 ricoveri di fortuna in Medicina, mentre al piano terra, il pronto soccorso è vuoto senza le barelle necessarie

## Le tensioni

Ore di fila  
Infermieri  
e medici  
minacciati  
e aggrediti  
nella notte:  
due feriti

per le visite. Fino al mattino diventa una calca la fila delle persone in attesa del Triage che gli infermieri applicano per filtrare la priorità degli accessi al pronto soccorso.

Tra la folla sale la rabbia e non mancano minacce ai medici fino alle aggressioni, ben quattro episodi nei due turni ospedalieri in questione. «Per accorciare i tempi delle attese, essendo senza barelle, abbiamo cominciato a far entrare i pazienti che potevano essere visitati in piedi come le persone con fratture alle dita - spiega Marianna Paparo, delegata Uil e vittima dell'aggressione che le ha lasciato lividi in tutto il corpo -.

Nonostante il nostro impegno per garantire l'assistenza, c'è chi

spazientito ci ha picchiato pretendendo di essere visitato subito».

Il bilancio è di due infermieri feriti, con prognosi di 7 e 5 giorni, un operatore socio sanitario contuso e un medico aggredito con spintoni e minacce con frasi del tipo «ti apro la testa». «Ormai lavoriamo con il terrore di essere aggrediti e molte donne stanno pensando di farsi trasferire nei reparti perché al pronto soccorso ogni giorno viene messa a rischio la nostra incolumità», chiarisce Mauro Merenda della Uil, sottolineando che «in piena emergenza il presidio ha allertato il 118 per evitare l'arrivo di altri ammalati perché il personale promesso in supporto ancora non è arrivato».

Dopo oltre tre ore di assenza totale di barelle, la situazione viene tamponata utilizzando quelle delle ambulanze che, a loro volta, sono bloccate presso il presidio, come avviene per un lettino fermo dalle 8.30 fino alle 14. Un'altra misura straordinaria è l'impiego di alcune barelle sottratte all'obitorio, unico ambiente dove sono ancora reperibili. Ad aggravare le condizioni di disagio degli ammalati, come se non bastasse è la cronica presenza di senza fissa dimora che trascorrono la notte nell'area di attesa del pronto soccorso occupando le sedie. A questo proposito in una lettera del 3 giugno indirizzata alla direzione sanitaria, il personale chiede ufficialmente di chi sia la competenza in materia, per tutelare i pazienti e gli stessi clochard.

Dopo 24 ore di caos ieri una nota del commissario dell'Asl Napoli 1, Renato Pizzuti, che potrebbe ribaltare gli scenari. «Ci è stato comunicato che i presidi Ascalesi, Incurabili e San Gennaro dovranno inviarcì relazioni sui loro posti letto liberi per metterli a nostra disposizione - chiarisce Lorenzo De Lillo della Cgil -. Questa disposizione potrebbe far decongestionare il Loreto ma vigileremo sulla sua effettiva applicazione».



## L'attesa

Mancano le barelle e i medici aspettano che si liberino anche le sedie per poter accogliere i pazienti.



## La precarietà

Nei corridoi sistemate alla meglio le lettighe e per alleviare i disagi dei ricoverati arrivano talvolta pannelli di separazione.



## I familiari

I parenti dei ricoverati costretti a restare nei a lungo per garantire un minimo di servizi.



OSPEDALI

## Castellammare-Gragnano L'ispezione di Polimeni



«Con il Commissario ad acta alla Sanità Joseph Polimeni, il Sub commissario Claudio D'Amario, i Commissari dell'Asl Napoli 3 Sud, dottoressa Antonietta Costantini e dottor Luigi Caterino, abbiamo effettuato un sopralluogo presso gli ospedali di Castellammare di Stabia e Gragnano». Così in una nota il vicepresidente della Commissione Bilancio della Regione Campania Alfonso Longobardi. «Insieme abbiamo verificato criticità e potenzialità di due nosocomi strategici per il territorio e per una popolazione di circa 200mila cittadini - aggiunge Longobardi - . Il pronto soccorso, la radiologia, la rianimazione a Castellammare, l'Umaca, l'Epatologia, l'Oncologia a Gragnano sono alcuni esempi dei reparti da potenziare, in una logica di sistema. Castellammare di

Stabia in particolare è Hub di riferimento e ospedale di I livello a cui l'Amministrazione regionale pone grande attenzione. Con Gragnano sarà al centro del Piano ospedaliero che andrà definito nella prossime settimane dopo la prima versione inviata al Governo nazionale nei giorni scorsi - prosegue Longobardi - . Il nuovo corso regionale, con una nuova programmazione di medio e lungo periodo, sta già dimostrando che si possono integrare i servizi rendendo efficace ed efficiente l'offerta di salute per la Comunità e far crescere in quantità e qualità l'assistenza. Questa è la strada che la Sanità in Campania deve percorrere per offrire un servizio medico-specialistico sempre più al fianco dei cittadini, dei pazienti, dei medici e degli operatori sanitari», conclude Longobardi.

# quotidiano **sanità**.it

Mercoledì 08 GIUGNO 2016

## Censis. 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure per difficoltà economiche. Aumenta la spesa privata: liste d'attesa troppo lunghe e l'intramoenia è sempre più una scorciatoia

***Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni. Il ricorso al privato è dovuto anche al forte aumento dei ticket: 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. E sono 7,1 mln coloro che hanno scelto l'intramoenia. Di questi il 66,4% per saltare le liste d'attesa. [LA RICERCA](#)***

In Italia cresce la spesa sanitaria privata che è arrivata a 34,5 miliardi di euro, con un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%. Una dinamica dovuta in parte all'**allungamento progressivo delle liste d'attesa**, che rappresenta il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Un altro motivo non meno importante è il **forte aumento dei ticket pagati dagli italiani**, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. Sono gli elementi principali che emergono dalla ricerca del Censis-Rbm Assicurazione Salute 'Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo'.

Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'**intramoenia** (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend.

**E sono diventati 11 milioni nel 2016** (2 milioni in più rispetto al 2012) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di **difficoltà economiche**, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Un fenomeno che riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials.

**Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni** (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est).

**Il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria** o lavora in un settore in cui è disponibile la **sanità integrativa** dovrebbe stipularla e aderire. Sono più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa, evidenzia la ricerca, si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i

9/6/2016 Censis. 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure per difficoltà economiche. Aumenta la spesa privata: liste d'attesa troppo lunghe e l'intramoenia... perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia.

Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto **prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili**. Tuttavia, **il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili**. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli.

## *Sanità, regioni e ministero a confronto*

Regioni e ministero della salute a confronto sul fabbisogno per le professioni sanitarie per gli anni 2016 e 2017. E lo scontro di appresta a essere su medici e odontoiatri. Lo scarto tra le richieste degli enti territoriali e la proposta del Minsalute per quanto riguarda i primi, infatti, è di più di 1.200 unità di personale. Più contenuta, invece, la differenza sugli odontoiatri, che è al di sotto dei 100 soggetti. Nel dettaglio, lo schema di accordo tra il governo e gli enti territoriali, ieri al vaglio della Conferenza stato-regioni, ha posto in evidenza una comunione di vedute in merito al fabbisogno sulla quasi totalità delle professioni sanitarie. Una mappatura che tiene conto, nel suo complesso, non solo del servizio sanitario pubblico ma anche ai professionisti che lavorano nel settore convenzionato e privato, sia in forma di dipendenti sia in forma di liberi professionisti. A evidenziare uno scostamento, però, il fabbisogno relativo ai medici chirurghi. In particolare, ad avviso delle regioni dovrebbero essere 9.937 le unità di personale necessarie per far fronte alle esigenze di servizio. Richiesta, però, non condivisa dal ministero della salute ad avviso del quale non sarà possibile andare oltre le 8.700 unità. Speculare, poi, la situazione per quanto attiene gli odontoiatri. La richiesta delle regioni, infatti, è di 947 professionisti, a fronte di una disponibilità del ministero di 850 unità. Per quanto riguarda le altre professioni sanitarie, invece, uno scostamento è rilevabile sia sui tecnici di laboratorio, per i quali la richiesta è di 803 professionisti a fronte di una disponibilità di 770 unità, sia sui tecnici di radiologia, per i quali gli enti hanno presentato istanza per 853 soggetti a fronte di una disponibilità massima di 800 unità. Il quadro complessivo delineato dallo schema di accordo, però, mostra anche una eccezione relativa ai terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva. Solo per questi professionisti, infatti, la richiesta delle regioni (310 unità), risulta essere inferiore al fabbisogno calcolato dal Minsalute. Peculiarità che, se dovesse trovare conferma, significherebbe concrete possibilità di lavoro per i professionisti del settore.

*Beatrice Migliorini*