



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Sanità, Riabilitazione tagli insostenibili A novembre si chiude

Di **ETTORE MAUTONE**

Rifiuti e Sanità: gli scogli su cui, negli anni scorsi, si è infranta la nave campana del Centrosinistra a guida bassoliniana si stagliano all'orizzonte della corazzata a guida Caldro stretta da un lato dal dramma dell'inquinamento e della Terra dei fuochi e dall'altro dalle asperità della programmazione sanitaria. E qui il pareggio dei conti e il Piano di rientro c'entrano poco o nulla.

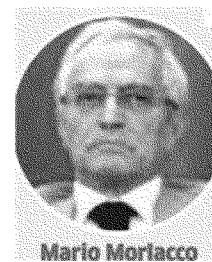
In assenza di novità, a partire dal mese di novembre, le strutture sanitarie che effettuano prestazioni per anziani e disabili non autosufficienti avranno raggiunto il proprio limite di budget. Quest'ultimo, assegnato in proroga del 2012, è passato in agosto dal valore per macroarea assistenziale, con le relative possibili compensazioni tra una disciplina e l'altra, alle rigidità del tetto di spesa per singola struttura. I centri saranno dunque costretti a sospendere l'erogazione delle prestazioni. Tra meno di 30 giorni scoppierà il caos dell'assistenza con la richiesta dei centri erogatori, alle Asl competenti, dell'adozione di una procedura immediata di dimissione protetta. Ovvero Interruzione dell'assistenza riabilitativa a cittadini che necessitano di cure conti-

nue e specialistiche e una pioggia di richieste alle Asl della dovuta continuità terapeutica da parte degli assistiti e magari una nuova sprale di contenzioso tra pazienti e Asl.

Tutto ciò in un settore che al 95 per cento è gestito dal privato convenzionato. Effetto collaterale sarà l'ulteriore contrazione dei livelli occupazionali. Una situazione che unisce in unico fronte una decina di associazioni di categoria, segnatamente Aias, Aiop, Anffas, Anisap, Aris, Aspat, Confapi Sanità, Federlab Riab, Foai Campania e Rete Solidale. Una situazione esplosiva su cui il sub commissario **Mario Moriaccio** come punto di massima mediazione, sarebbe disposto a mettere una manciata di milioni nel piatto laddove il nodo è la programmazione.

Dito puntato sul decreto n. 86 del 2013 reattivo ai tetti di spesa 2013 che non ha mai recepito gli accordi del tavolo tra sindacati e Regione e che dispone - a quattro mesi dalla fine dell'anno - un ulteriore e consistente taglio di risorse e prestazioni per tutte le strutture della macroarea della riabilitazione già ridimensionata dai provvedimenti del Piano di rientro a partire dal 2008 (con tagli del 20 per cento per le attività riabilitative e di circa il 55 per cento per il settore dell'Fkt).

Se a questo si aggiunge un aumento delle tariffe riconosciute dal Consiglio di Stato per singola prestazione il taglio si riverbera sul volume della coperta delle prestazioni più corta, nel 2013, di circa il 16 per cento rispetto al 2012. Impossibile così garantire la continuità assistenziale (che invece viene richiesta obbligatoriamente nello schema di accordo contrattuale allegato al suddetto decreto) a fasce di utenti caratterizzati da gravi disabilità e fruitrici di prestazioni rientranti pienamente nei Livelli essenziali di assistenza. Il tutto, unito alla divaricazione dei pagamenti tra Asl e Comuni (che non pagano da un anno e mezzo), mettono letteralmente in ginocchio le Rsa e i Centri diurni che da maggio 2012 subiscono una decurtazione del fatturato solvibile nell'ordine del 30-50 per cento. ●●●



Mario Moriaccio

Più tagli ai ministeri. Lorenzin: la sanità non si tocca

LA TITOLARE DELLA SALUTE CHIEDE GARANZIE SUI RISPARMI DELLA LEGGE DI STABILITÀ

LA MANOVRA/2

ROMA Ci sono i tagli da fare subito, entro la fine dell'anno, per assicurare il rispetto degli impegni europei in tema di finanza pubblica: si tratta di riduzioni di spesa vecchia maniera, di tipo lineare, da realizzare su quel che resta dei bilanci degli enti interessati. E ci sono poi i risparmi da mettere in cantiere per il futuro con la legge di stabilità, che con un po' più di tempo a disposizione dovrebbero essere ottenuti attraverso una più intelligente azione di spending review. Sul primo fronte, la versione finale del decreto taglia deficit chiederà probabilmente un sacrificio più pesante ai ministeri. Se in Consiglio dei ministri l'indicazione data dal ministero dell'Economia parlava di risparmi per 1,1 miliardi da dividere a metà tra Stato centrale ed enti locali, i Comuni hanno poi ottenuto che la propria quota fosse ridotta da 550 a 350 milioni, pur ribadendo la propria contrarietà a questa impostazione. Di qui la necessità di arrivare comunque all'importo complessivo necessario per far quadrare i conti. I tagli devono poi essere ripartiti tra i vari dicasteri sulla base di una tabella che ieri era ancora in via di aggiustamento.

IL TICKET

Al termine del Consiglio dei ministri Fabrizio Saccomanni aveva specificato che dai tagli del decreto restavano esclusi settori quali istruzione, ricerca e sanità. È ancora aperta però la partita sugli anni successivi. Si parla con insistenza di una decurtazione di 1-1,5 miliardi al Fondo sani-

tario nazionale. Insomma un intervento in linea con quelli attuati più volte in passato, anche se stavolta i risparmi dovrebbero essere ottenuti non con un intervento lineare ma attraverso provvedimenti più mirati.

Il settore della sanità eredita comunque dai passati governi alcuni nodi ancora da sciogliere, come quello legato al numero di posti letto per abitante che sarebbe dovuto scendere a un valore del 3,7 per mille: obiettivo previsto dalla spending review del governo Monti, che però non è stato di fatto raggiunto.

E c'è anche la questione dei nuovi ticket che sarebbero dovuti entrare in vigore nel 2014, con un impatto di 2 miliardi, e che sono invece stati congelati da una sentenza della Corte costituzionale relativa ai poteri del governo in materia. Si tratta ora di accettare il venir meno di questo gettito nei conti del prossimo anno, oppure di trovare una copertura alternativa.

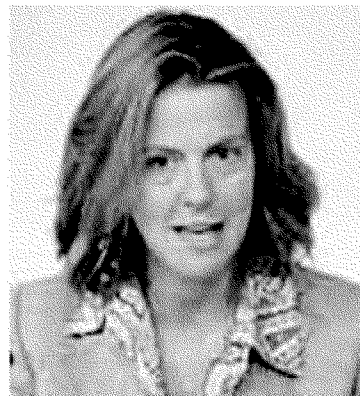
In ogni caso contro l'ipotesi di tagli alla sanità si è fatta sentire ieri Beatrice Lorenzin, ministro della Salute. «Mi batterò come una leonessa» ha detto Lorenzin, spiegando che interventi di questo tipo metterebbero a rischio l'erogazione delle cure. Il ministro ha ricordato di aver posto la questione al collega Saccomanni durante il Consiglio dei ministri, senza ottenere conferma di future decurtazioni.

LE RICHIESTE DELLE REGIONI

Chiarezza sul punto è stata sollecitata anche dalle Regioni. «Chiediamo per prima cosa al governo di conoscere con certezza quali siano le risorse, non in percentuale ma in termini assoluti, che possono essere messe a disposizione della sanità» ha sottolineato Claudio Montaldo, assessore della Liguria e presidente del comitato di settore Regioni-Sanità.

L. Ci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Il ministro della Salute
Beatrice Lorenzin**

SANITÀ, LA DIFFERENZA TRA NORD E SUD

RAFFAELE CALABRÒ

Una settimana dopo la pubblicazione del Programma nazionale esiti (Pne), nutro la ragionevole speranza che si possa fare un'analisi onesta e pacata sui dati relativi al tasso di mortalità e sulla qualità dell'assistenza nelle nostre strutture ospedaliere. La diffusione dei dati elaborati dall'Agenas (Agenzia nazionale dei servizi sanitari) quest'anno si è colorita per un'operazione di puro marketing della Regione Toscana che, con una rielaborazione mistificatoria del rapporto, ha "bollinato" i propri ospedali come i migliori d'Italia e quelli campani tra i peggiori, beccandosi la sconfitta della stessa Agenas. È utile ribadire che il Pne non va letto, come purtroppo accade in ogni edizione, quasi fosse un programma ideato per elaborare le classifiche dei migliori e peggiori ospedali, ma piuttosto come un input al cambiamento e al miglioramento delle performance sanitarie: le strutture ospedaliere e gli indicatori presi in considerazione sono talmente eterogenei che non possono essere sommati per valutare e classificare un'azienda ospedaliera o una regione come se fosse una squadra di calcio.

Ma non è del rigore necessario nella rappresentazione dei criteri utilizzati e dei risultati ottenuti che voglio parlare, ma piuttosto focalizzerei l'attenzione su un dato ben evidente che emerge dal rapporto: lo squilibrio tra Nord e Sud e sugli effetti collaterali o meglio sulle strumentalizzazioni cui possono prestarsi studi di questo genere, come ben dimostra la strategia di comunicazione messa in atto dalla Toscana, diretta ad attrarre i nostri pazienti nelle proprie strutture sanitarie. È più che fondato il sospetto che la migrazione sanitaria sia una manna dal Sud per le casse del Nord che cominciano a presentare qualche difficoltà di bilancio.

Non voglio rivestire il ruolo di avvocato d'ufficio del nostro sistema sanitario dopo le polemiche dei giorni scorsi. Restano senz'altro delle falle da tappare, si può e si deve ottimizzare la performance delle nostre strutture: sono, tra l'altro, in dirittura d'arrivo alcune linee guida indirizzate al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni; si potrebbero prevedere, inoltre, indicatori di esito nella valutazione dei direttori generali, come suggerito dall'Agenas. Epperò di tutto ab-

Le performance dei nostri ospedali sarebbero di gran lunga migliori se potessimo contare su una quota di risorse non più vincolata soltanto al dato anagrafico che finora ha avvantaggiato il Settentrione

biamo bisogno, tranne che di incoraggiare i meridionali ad andare a curarsi fuori regione, aggiungendo un ulteriore danno alle casse regionali, senza alcun beneficio per la salute dei campani.

Non vanifichiamo l'impegno della Campania nel contrastare una migrazione sanitaria che rappresenta un dato patologico e alla quale abbiamo posto un argine necessario, approvando un decreto che subordina in alcune condizioni la possibilità di curarsi in altre regioni alla previa autorizzazione dell'Asl. Il provvedimento — sia chiaro — fa salva la libertà del cittadino che migra fuori regione per interventi di alta

complessità, o in presenza di liste di attesa non adeguate, ma pone regole e restrizioni per quegli interventi che possono essere effettuati dai nostri medici nei nostri nosocomi, che spesso, in quanto a professionalità ed esperienza, eguagliano se non superano i colleghi del Nord. Non a caso il decreto (tra l'altro, è cronaca di questi giorni, ha ottenuto il disco verde dalla giustizia amministrativa) ha suscitato polemiche e ricorsi da parte di quelle Regioni che finora si sono avvantaggiate ingiustamente e inappropriatamente del flusso di migrazione sanitaria. A scampo di equivoci, saranno negate richieste di rimborsi per alcuni tipi di intervento sulla retina: ci sono eccellenti oculisti napoletani; saranno concesse quelle per interventi complessi in centri di eccellenza.

Quanto allo squilibrio di assistenza sanitaria tra Nord e Sud, in tutta coscienza, si può sostenere che le performance dei nostri ospedali sarebbero di gran lunga migliori se potessimo contare su una quota di risorse destinate alla sanità non più vincolata soltanto al dato anagrafico che finora ha avvantaggiato il Settentrione; se finalmente potessimo disporre della libertà di assumere più medici e infermieri per offrire un'assistenza adeguata, se potessimo ottenere quei finanziamenti ex articolo 20 dedicati all'edilizia sanitaria per modernizzare e tecnologizzare le nostre strutture sanitarie.

È, infatti, facilmente dimostrabile che questi fattori (blocco del turn over, riparto del fondo sanitario, articolo 20) di forte impatto politico-economico fanno una gran bella differenza tra l'assistenza sanitaria nostra e quella del Nord.

L'autore è senatore del Pdl

I fondi

Dismissioni: sbloccati 1,2 miliardi su 300

A rilento l'operazione varata da Monti: la società del Tesoro partirà nel 2014

Antonio Vastarelli

Qualcosa si muove sul versante delle dismissioni, ma non si tratta ancora di passi nel solco di quella strategia che immaginava la vendite di pezzi del patrimonio pubblico come la soluzione per recuperare risorse per gli investimenti e la crescita, attraverso una drastica riduzione dello stock di debito pubblico, e dei relativi interessi sul debito.

Dopo il recente passaggio del controllo di Ansaldo Energia da Finmeccanica alla Cassa depositi e prestiti (assaggio di altre possibili operazioni simili nella galassia Finmeccanica), è ancora una volta la società presieduta da Franco Bassanini a togliere le castagne dal fuoco al governo che, nella manovrina varata per evitare lo sfioramento del 3% nel rapporto tra deficit e Pil, ha previsto di incassare 500 milioni di euro dalla vendita di immobili al Fondo strategico italiano, holding controllata dalla Cdp.

Operazione considerata da tanti una accelerazione sul tema delle dismissioni, da troppo tempo sul tavolo. Ma la portata è troppo ridotta rispetto all'obiettivo di una riduzione drastica dello stock del debito che, da un paio di anni, viene indicato come indispensabile da tanti economisti ed è anche stato assunto dai governi Monti e Letta come prioritario.

Sia nel caso di Ansaldo Energia che nella vendita diretta di immobili alla Cassa depositi e prestiti prevista dal decreto varato mercoledì da Palazzo Chigi, infatti, si è attinto al patrimonio pubblico per fare cassa. In en-

trambi i casi, non siamo ancora davanti all'avvio di un'operazione strutturale.

Tra i primi a presentare una proposta organica sul tema delle dismissioni, nell'estate 2012, quando c'era il governo Monti, fu la Fondazione Astrid, attraverso un documento firmato da 11 economisti e giuristi (Giuliano Amato, Giuseppe Bivona, Davide Ciferri, Paolo Guerrieri, Giorgio Macciotta, Rainer Masera, Marcello Messori, Stefano Micossi, Edoardo Reviglio, Maria Teresa Salvemini e, soprattutto, Franco Bassanini, presidente sia di Astrid che di Cassa depositi e prestiti). L'obiettivo era mettere in sicurezza lo stock del debito italiano entro 5 anni e di riportarlo, entro il 2020, sotto la soglia del 100% del Pil.

Per fare questo sarebbe stato necessario un piano di dismissioni pari a 150-200 miliardi entro il 2017, con la possibilità di ulteriori 150 entro il 2022. Per grandi linee, nel primo quinquennio, secondo la proposta, si sarebbero potuti incassare 30 miliardi dalla capitalizzazione delle concessioni, circa 40 dalla cessione di quote delle società partecipate del ministero del Tesoro e degli enti locali, ed altre risorse da misure fiscali di vario tipo. Il grosso, però, era rappresentato dalla vendita di pezzi del patrimonio immobi-

liare (sia statale che locale), il cui ricavo era stimato in 72 miliardi di euro entro il 2017.

In quest'ottica, il governo Monti decise l'istituzione di una società di gestione del risparmio (Sgr), poi realmente nata lo scorso maggio, sotto il governo Letta. Si tratta della Invimit (partecipata dal Tesoro al 100%), che dovrebbe essere operativa alla fine del 2013, dopo aver ottenuto l'autorizzazione della Banca d'Italia. Se tutto va bene, quindi, il percorso partirà nel 2014, cioè a ben due anni dalla sua "ideazione". E il primo tratto di strada non sarà a gran velocità. Se la stima fatta dal governo Monti fu quella di un patrimonio pubblico alienabile di circa 300 miliardi di euro, infatti, il monitoraggio dei beni disponibili per questa operazione non è affatto agevole.

Per il momento, l'unica certezza sembrano 350 immobili, per un valore di 1,2 miliardi di euro, che avrebbero dovuto essere gestiti dall'Invimit. Ma è proprio una parte di questi che sarà ora trasferita (grazie alle modifiche di legge previste dal decreto del governo) alla Cassa depositi e prestiti, per permettere nel 2013 il rientro dell'Italia nei parametri europei sul deficit. Con l'emergenza che, ancora una volta, ha la meglio sulla programmazione.

Le cifre
Sono oltre trecento gli immobili che l'Invimit avrebbe dovuto gestire

I punti del decreto



ENTITÀ

1,6 miliardi di euro per ridurre il deficit, che viaggiava al 3,1%, sotto la soglia del 3%



BENZINA

Non ci sarà l'aumento delle accise di 6,5 centesimi al litro previsto inizialmente



IRES E IRAP

Non ci sono più gli aumenti degli acconti Ires e Irap paventati nella bozza



IMMIGRAZIONE

Istituito un Fondo per affrontare l'eccezionale afflusso di stranieri con la dotazione finanziaria di 190 milioni per il 2013



CIG E SOCIAL CARD

Saltano i 330 milioni di euro per il rifinanziamento della cig in deroga per il 2013 e 35 milioni per la carta acquisti



TAGLI A MINISTERI

Tagli per 550 milioni di euro



COMUNI

120 milioni in più sul fondo di solidarietà comunale 2013 per assicurare la spettanza ai Comuni del gettito Imu



DISMISSIONI

500 milioni dalla vendita di immobili da parte del Demanio



DERIVATI

Alleggerimento dell'esposizione delle banche nelle operazioni con derivati per favorire collocamento più agevole dei Titoli di Stato



PRIVATIZZAZIONI "STABILI"

Il Comitato di Garanzia per le Privatizzazioni diventa permanente



INDENNIZZI TAV

Per imprese che abbiano subito danneggiamenti



VIDEOPOKER

Nuova modalità di definizione agevolata della controversia per i videopoker

ANSA centimetri



n lista Il palazzo Diedo a Venezia è una delle residenze di lusso che compare nell'elenco delle dismissioni di Stato

L'indagine I risultati del rapporto Mercer Marsh Benefits in 16 nazioni nel mondo

La salute? Fa bene ai bilanci

Il legame tra le politiche sanitarie e la produttività in azienda

Mens sana in corpore sano, si diceva una volta. Ma le aziende oggi ci credono? Certo, anzi gira addirittura l'idea che la buona salute dei dipendenti faccia bene al fatturato. Soprattutto all'estero, però. Perché da noi non è proprio così. Almeno è quanto esce da una recente indagine svolta da Mercer Marsh Benefits sul tema in 16 Paesi diversi. Numeri alla mano, si calcola che in Europa, Medioriente e Africa quasi 8 aziende su 10 vedono un legame tra politiche di healthcare e produttività/performance. Ma se ci focalizziamo sull'Italia ci riduciamo alla metà: neanche 4 su 10. E neppure le assenze per malattia destano da noi il dovuto interesse: solo il 29% dei nostri consigli di amministrazione chiede un report al proposito, quando la media Emea viaggia sul 55%. «In generale in Italia non viene monitorata la salute della workforce e il suo legame con assenteismo e produttività», spiega Linda van Andel, head of employee benefits practice Italy Mercer Marsh Benefits.

Va detto che abbiamo scarsa fiducia nell'effetto positivo della «spesa in benessere» sulla salute dei lavoratori: non più del 26% è veramente convinto che funzioni (ben al di sotto del 48% «europeo»). Anche semplicemente per mancanza d'esperienza. «Investendo molto meno delle altre in programmi di prevenzione e wellness, le aziende italiane non hanno la possibilità di misurarne l'efficacia», sottolinea infatti Linda van Andel.

Ma le motivazioni del divario Italia-Estero su questi temi sono diverse. Beatrice Bauer, docente senior dell'area organizzazione di Sda Bocconi, punta il dito contro la cultura manageriale del Command

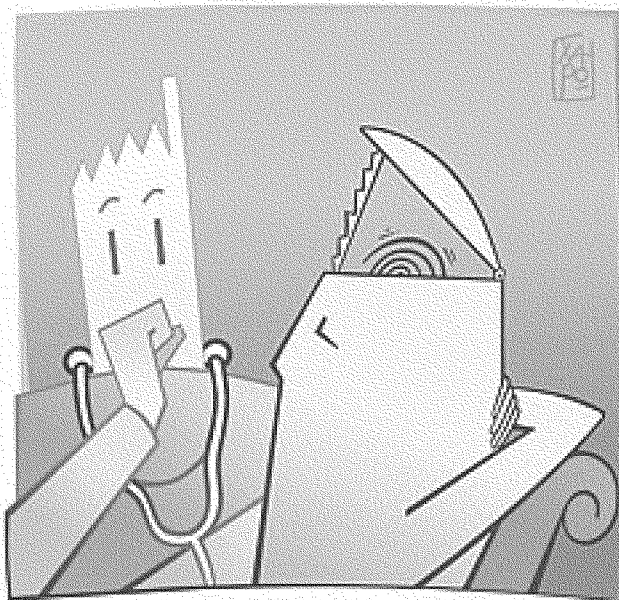


ILLUSTRAZIONE DI XAVIER POIRET

Cuoa

Master, 40 mila euro di assegni

Il Cuoa mette a disposizione circa 40 mila euro di agevolazioni per la partecipazione al Master in Management dell'Innovazione, in partenza il prossimo 13 novembre (master@cuoa.it).

and Control innanzitutto: «In un contesto in cui quello che conta per un capo è che le persone ubbidiscano ai suoi ordini, mentre ciò che producono, le capacità o le performance non sono così rilevanti, si capisce che anche la salute o il benessere non viene preso molto in considerazione», commenta.

Neanche il cortisolo pare in cima ai nostri pensieri. «La relazione tra stress e performance qui è percepita come: più mi stresso più andremo bene», aggiunge la professoressa. E l'indagine conferma: nel nostro Paese si «offre» più che altrove la cura odontoiatrica (un benefit che porta un vantaggio economico al dipendente) e molto meno il supporto psicologico. Per sostenere allo stress o counseling siamo, infatti, a un terzo della media Emea. E nelle campagne di prevenzione ed educazione alla salute facciamo an-

L'eccezione

Ma in Italia, rispetto all'estero, in pochi credono nel rapporto tra salute dei dipendenti e vendite

che peggio: 8 a 30.

Ma tutto ciò influenzerà davvero la performance aziendale? Difficile dirlo. Quel che è certo è che abbiamo una fetta di assenze per malattie brevi nettamente più ampia rispetto all'estero: l'85% contro il 75% secondo Mercer Marsh Benefits. Un dato che per gli esperti andrebbe approfondito.

Iolanda Barera

Trend Le soluzioni integrative (oggi riguardano 1,5 milioni di italiani) sono destinate a crescere

Più sanità privata, strada obbligata per le compagnie

Il settore delle polizze sanitarie integrative sembra destinato a crescere. E questo per una serie di ragioni che stanno determinando un contesto favorevole alla necessità di protezione. Tanto per cominciare, ogni anno gli italiani sborsano circa 30 miliardi di tasca propria per cure mediche e medicine, l'equivalente di 500 euro per ogni cittadino. È l'effetto di un peggioramento del welfare pubblico che sta producendo una progressiva rinuncia ai servizi sanitari da parte delle fasce deboli che non riescono a sostenere l'aumento dei costi. Il tema è stato affrontato dal direttore generale dell'Ania, Dario Focarelli, durante un'audizione parlamentare di metà settembre. «La soluzione», ha detto Focarelli, «è incentivare il ricorso alle polizze private, che coprono attualmente 1,5 milioni di assicurati. Per questo servirebbe rimodulare gli sgravi fiscali in modo da spingere i cittadini a investire in sanità integrativa, tenendo conto che ogni italiano già spende centinaia di euro di tasca propria per curarsi». «La nostra sanità non ha un livello di inefficienza e spreco elevato», ha sottolineato Focarelli di fronte ai deputati

impegnati nel filone d'indagine sulla sostenibilità finanziaria del Sistema sanitario nazionale. Quel che preoccupa è la forte crescita della spesa sanitaria, aumentata di circa 50 miliardi di euro dal 2000 a oggi, come si legge nella relazione consegnata alle commissioni. E le previsioni sono fosche». Secondo i dati della Ragioneria generale dello Stato, infatti, nel 2060, il rapporto tra spesa e pil, in mancanza di politiche di contenimento della spesa, potrebbe raggiungere il 12,6%, mentre la spesa per la non autosufficienza «è destinata a raddoppiare, salendo dallo 0,8% del pil all'1,7%». A questo problema se ne aggiunge uno meno noto: la tendenza alla rinuncia alle cure che per il Censis riguarda ben 9 milioni di italiani. Secondo un'indagine dell'Ocse, «i cittadini a basso reddito che denunciavano un mancato accesso ai servizi, nel 2010, prima della crisi economica, sono stati il 12%. Cifra che sale al 20% per le cure dentali».

M.M.





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



FRATTAMAGGIORE

Rallentare l'invecchiamento, oggi incontro

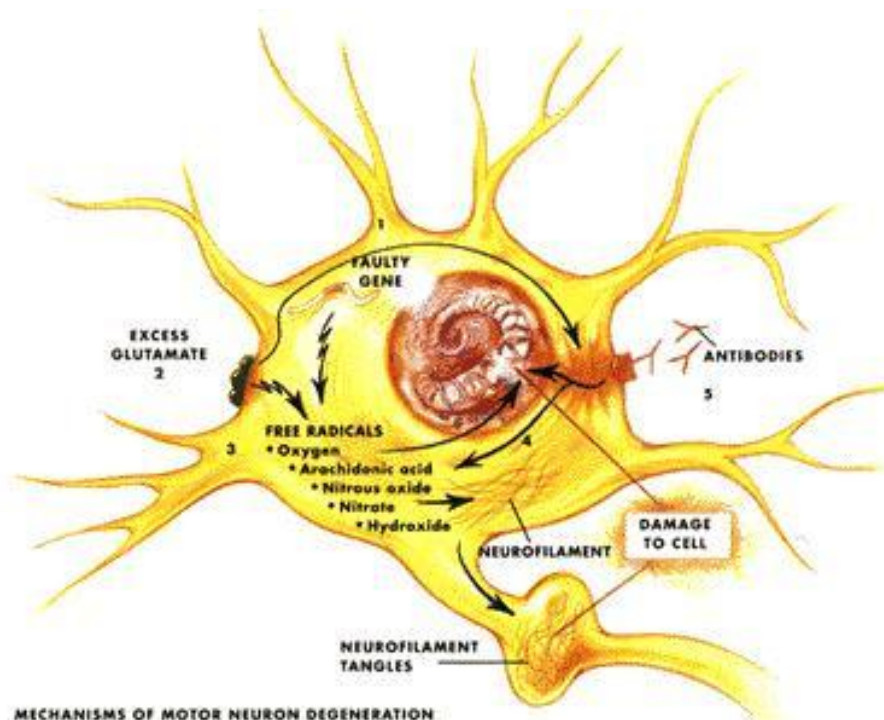
FRATTAMAGGIORE. Come rallentare l'invecchiamento e ridurre lo stress ossidativo: se ne parla questo pomeriggio, dalle ore 15 all'Eliseo Restaurant Clubbing di corso Durante. Target dell'incontro "la donna moderna" ed il suo rapporto con la medicina "anti-aging" Ad organizzare l'incontro (la partecipazione è gratuita, ma è necessari prenotarsi) la società di comunicazioni ed eventi, Erredieffe, nell'ambito del progetto "il sapore del sapere" in collaborazione con il Movimento italiano casalinghe (Moica) ed altre aziende alimentari e farmaceutiche, tra cui la Named che ha in scelto il relatori. "Infiammazione ed invecchiamento" è il tema che sarà sviluppato dal dottor Francesco Junod, dirigente dell'unità operativa di geriatria dell'Asl Napoli 1. Su "L'infiammazione e le problematiche articolari connesse" parlerà Alberto Tesat, omotossicologo e medico dello sport. Al convegno parteciperanno il sindaco Francesco Russo, il consigliere comunale e funzionario medico dell'Asl Napoli 2 Nord, Orazio Capasso, la responsabile del gruppo di Frattamaggiore e presidente regionale del Moica, Silvana Interino Caporale, e la vicepresidente nazionale, nonché responsabile regionale della Lombardi, dello stesso Movimenti, Camilla Occhiomorelli Pinna.

bema



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Demenze e malati di Alzheimer Pronte le linee guida regionali

Demenze e malati di Alzheimer: fari puntati sulle linee di Indirizzo per la prevenzione, diagnosi, cura e presa in carico dei pazienti campani. La Campania a distanza di circa sei anni dal lavoro avviato dalla Regione approda ad una prima bozza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i pazienti. Evidenziare tra le priorità regionali la particolare attenzione della Regione Campania ai problemi ed ai bisogni dei pazienti con demenza e delle loro famiglie, Comunicare lo stato dell'arte del lavoro del Comitato tecnico-scientifico per le demenze della Regione Campania e raccogliere spunti di riflessione e valutazione per meglio completare il lavoro del comitato lo scopo della conferenza.

Il lavoro preparatorio è stato condotto in prima fila dalle Associazioni dei pazienti, in particolare l'Aima (associazione italiana malati di Alzheimer). La Campania è a ruota di altre regioni che hanno già realizzato tali norme, segnatamente Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Veneto, mentre Liguria e

Sicilia sono nella fase di elaborazione come la Campania.

L'appuntamento è per oggi presso la sala conferenze dell'Ordine dei medici-chirurghi ed odontoiatri di Napoli e provincia alle 15. Intervengono **Bruno Zuccarelli** presidente dell'Ordine dei medici, **Ferdinando Romano** capo dipartimento Risorse naturali Regione Campania, **Ernesto Esposito**, direttore generale Asl Napoli 1 Centro. Apre i lavori **Mario Vasco**, direttore generale del settore Sanità della Regione. Moderano **Mario Delfino**, **Rosanna Romano** e **Mario Scognamiglio**. Fari puntati sull'entità del problema e la prevenzione di cui parla **Giuseppe Paolisso** preside a Medicina università Federico II e sull'importanza della diagnosi precoce, tema affrontato da **Alfredo Postiglione** ordinario di Neurologia allo stesso Ateneo. E poi i luoghi ed il percorso della cura con **Paolo Sorrentino** e **Graziella Milan**, gli interventi delle politiche sociali della Regione Campania con **Cecilia Sannino**. La seconda sessione dedicata ai bisogni dei pazienti è affidata a Vin-

cenzo Canonico, **Gabriella Fabbrocini** e **Salvatore Putignano**. A marcare il ruolo delle società scientifiche: tra ricerca ed assistenza **Nicola Ferrara** mentre a far sentire la voce delle associazioni e del volontariato **Caterina Musella** (Aima) e **Anna Ruocco**. Conclude **Raffaèle Calabrò** consigliere per la Sanità del presidente della Regione **Stefano Caldoro**. ***



BEAUTIFUL
MIND
di Simone
Porrovecchio

UNA TASK FORCE CONTRO I BATTERI ULTRARESISTENTI

L'allarme arriva dal Center for disease control and prevention (Cdc), l'ente americano per il controllo delle epidemie: 23mila decessi nei primi sei mesi dell'anno, solo negli Usa, sono stati provocati da super-batteri in grado di resistere a tutti gli antibiotici disponibili, anche ai carbapenemi di ultima generazione. I batteri killer sono *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli* che vivono nell'intestino e provocano infezioni ai polmoni e alle vie urinarie. Che si tratti di una situazione di emergenza lo conferma Petra Gastmeier, direttrice dell'Istituto di Medicina ambientale del Policlinico Charité di Berlino, e una delle maggiori esperte europee.

La super-resistenza dei batteri è in aumento anche in Europa?

«Purtroppo sì, siamo in allarme. L'emergere della resistenza negli enterobatteri ai carbapenemi costituisce un problema clinico rilevantisimo, dato che questi antibiotici rappresentano i farmaci di riferimento. Se nel 2009 le *Klebsiella pneumoniae* e le *Escherichia coli* che non rispondevano ai carbapenemi erano "solo" il 25 per cento, oggi si avvicinano al 60 per cento».

Sono gli ospedali i brodi di coltura di questi super-batteri?

«Sì, il 90 per cento dei contagi avviene nelle strutture sanitarie. Per correre ai ripari è necessario anzitutto combattere l'uso eccessivo degli antibiotici, prima causa di insorgenza di resistenze. Poi si deve investire massicciamente nella ricerca sui nuovi farmaci. Ma anche nei sistemi sanitari, che devono essere messi in grado di isolare i malati in reparti ad hoc con équipe di infermieri dedicati».

Misure che costano molto...

«I risparmi indiscriminati di oggi potrebbero avere un conto salatissimo in futuro. Il costo delle infezioni da batteri multiresistenti nell'Ue è già di 1,5 miliardi di euro l'anno».

