



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



LA PROBLEMATICATA***Ospedale, tanti i medici dislocati all'Asl***

AVERSA (af) - Carezza di personale all'ospedale di Aversa. Un problema atavico, di difficile soluzione, che fa discutere. In questo senso si attendono risposte dal tavolo tecnico di lunedì a cui prenderanno parte dipendenti dell'Asl Caserta e sindacati. Al tavolo istituzionale prenderanno parte l'Asl, la direzione dell'ospedale Moscati, la prefettura e i rappresentanti sindacali. Ben vengano dunque gli incontri in prefettura, per cercare di risolvere la problematica. Ma c'è da capire anche da cosa dipenda l'a-



tavica carezza di personale all'ospedale di Aversa. Attualmente molti tra medici e infermieri sono dislocati presso gli uffici dell'Asl, continuando a percepire l'indennità di rischio. Probabilmente provvedendo a trasferire parte di questi medici e infermieri in corsia si risolverebbe almeno parte del problema. E invece si continua, spesso e volentieri, ad assumere personale dalle agenzie interinali.

© RIPRODUZIONE
RISERVATA

**LA RIVOLTA DEL PERSONALE MEDICO**

E' il secondo stop al servizio in una settimana, dopo l'avaria al sistema che sviluppa le radiografie il quattro dicembre

Un guasto tecnico ieri pomeriggio ha bloccato il reparto dell'ospedale Loreto Mare. Sindacati sul piede di guerra

Si rompe un macchinario, ferma Radiologia

Pazienti smistati in altri nosocomi. La direzione sanitaria accelera la sostituzione della Tac

di Giuseppe Letizia

NAPOLI - Macchinario guasto e reparto di Radiologia fermo. E' successo ieri pomeriggio all'ospedale Loreto Mare. E' il secondo stop in una settimana e i sindacati sono sul piede di guerra. Già il quattro dicembre c'era stato un blocco per un malfunzionamento del sistema che sviluppa le radiografie. Cosa sta succedendo in uno dei principali nosocomi cittadini? Alle sedici di ieri si è rotto il tavolo ribaltabile e i pazienti sono stati spostati negli ospedali più vicini, in particolare il Pellegrini e il San Giovanni Bosco. E' stata informata la direzione sanitaria, che in questa ore sta provvedendo alla sostituzione della macchina nel reparto al piano terra dell'ospedale in via Amerigo Vespucci. Non è la prima volta che viene sospesa l'attività nel reparto di Radiologia. I sindacati fanno sapere che si tratta di un'apparecchiatura obsoleta e molto usurata: il Loreto Mare abbraccia un largo bacino

Non è la prima volta che viene sospesa l'attività nel reparto della Radiologia

di utenti, dopo la chiusura di molti pronto soccorso negli ultimi mesi. E' stato già sottoposto a diversi interventi di manutenzione. Ora la direzione sanitaria ha deciso di accelerare la procedura per sostituire l'apparecchio. Lo stesso caos era già successo nel gennaio del 2015. Il macchinario della radiologia si era guastato nel cuore della notte. Hanno chiuso gli altri ospedali per la spending review - hanno spiegato gli operatori sanitari - bene, ma ci mettono in condizioni di lavora-

anche negli altri ospedali. Ma il Loreto Mare soffre ancora di più, perché la chiusura degli altri nosocomi ricade direttamente su questo presidio sanita-

Il Loreto Mare è un presidio di frontiera che abbraccia un ampio bacino di utenti

rio. I duecento posti letto sono sempre occupati. A questi si aggiungono le circa cinquanta barelle per sopperire all'emergenza quotidiana. Le Tac si guastano anche perché sono super utilizzate. Intanto le attese si allungano e i familiari dei degenti spesso esasperati se la prendono con i medici. Il personale in pronto soccorso è quello più esposto. Per le guardie giurate è una lotta contro il tempo. Devono trovarsi al momento giusto al posto giusto per evitare liti e aggressioni. Il carico di stress è enorme. Questo è anche in periodo particolare dell'anno, con un picco di richieste per anziani con crisi respiratori, influenze, problemi ortopedici. Il Loreto Mare è l'unico ospedale di riferimento nella zona. E in un periodo dell'anno particolare come questo, l'utenza raggiunge numeri notevoli. La direzione sanitaria e il personale medico cercano di affrontare l'emergenza come possono. Con tutte le forze che hanno a disposizione. Lavorano a volte anche per trasferire i pazienti anche in altri ospedali, come l'Ascalesi e il San Gennaro dei Poveri. Ma spesso anche negli altri nosocomi si registra un sovraffollamento. Da dicembre a fine febbraio si registra un picco di utenti: decine di persone affol-

lano il pronto soccorso a tutte le ore del giorno e della notte, soprattutto anziani. Ma ci sono anche i senza fissa dimora, che non hanno un tetto per dormire.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

E' il secondo guasto al macchinario nel reparto di Radiologia all'ospedale Loreto Mare in una settimana



Paghiamo di più per curarci di meno I salassi di Monti fanno ancora danni

Abbiamo uno dei sistemi sanitari più sostenibili d'Europa. Ma dal 2012 i governi drenano miliardi in nome dell'efficienza. La riduzione delle risorse statali spinge verso il privato e guarire diventa questione di soldi

di **ALESSANDRO RICO**

■ Era il 2012, quando l'ex premier Mario Monti dichiarò che il Servizio sanitario nazionale era a rischio, se non si fossero trovate «nuove modalità di finanziamento» non pubbliche. Stava per cominciare la stagione dei tagli brutali alla spesa per la sanità, con l'allora ministro della Salute, Renato Balduzzi, che annunciava, per il triennio 2012-2015, un giro di vite da 25 miliardi di euro. I Documenti di economia e finanza degli anni successivi, a partire dal 2013, hanno confermato il trend: la Legge di stabilità 2014 operava tagli di oltre un miliardo di euro complessivi per il 2015 e il 2016, aggravati dall'ulteriore stretta di circa 6,8 miliardi programmata nell'estate del 2015; da ultimo, il Def di settembre 2017 ha stabilito che il rapporto tra spesa sanitaria e Pil dovrà passare dall'8,9% del 2016 (dati Istat) al 6,4% del 2019, in un periodo, quello 2017-2019, in cui, secondo le previsioni dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, il tasso di crescita reale in Italia non supererà il punto e mezzo percentuale.

DIREZIONE INDOTTA

Ciò vuol dire che, non aumentando molto il prodotto interno lordo, sarà il fisiologico incremento della spesa sanitaria a dover essere compreso: rispetto alle stime del 2015, infatti, con una spesa sanitaria che doveva oscillare dai 115,509 miliardi del 2017 ai 120,094 del 2019, l'ultima revisione del Def ha ridotto i preventivi di spesa di oltre un miliardo per l'anno corrente, di oltre 2 per il 2018 e di oltre 4 per il 2019.

Ma qual è stato l'effetto di questa vera e propria spoliatura della sanità pubblica? In sintesi, i tagli hanno costretto sempre più italiani a rivolgersi al settore privato,

moltiplicando peraltro i casi in cui, per via dell'aumento dei costi, i pazienti non sono stati neppure in grado di accedere alle prestazioni mediche.

In primo luogo bisogna specificare che, come evidenzia il rapporto Oasi 2017 dell'Università Bocconi di Milano, in tema di conti l'Italia si è comportata più che bene. Tra il 2010 e il 2015 il tasso di crescita reale della spesa sanitaria è stato pressoché nullo, mentre nel decennio 2000-2010 si era attestato all'1,9%, tra i più bassi del mondo. Altro che emergenza sostenibile.

Nonostante la relativa virtuosità del nostro Paese, confermata dal successo dei piani di risanamento dei disavanzi sanitari in sette regioni (Abruzzo, Puglia, Sicilia, più le commissariate Lazio, appena uscita, Calabria, Molise e Campania), cinque delle quali si sono ridotte a non poter garantire i Livelli essenziali di assistenza (Lea), si prospettano nuove misure draconiane. Al punto che un fascicolo della Fondazione Gimbe ha definito le politiche di «definanziamento» della sanità pubblica come «una costante» oramai «irreversibile».

DEPAUPERAMENTO

Le conseguenze del depauperamento iniziano a essere allarmanti. Il report Bocconi segnala, ad esempio, che la spesa *out-of-pocket* per la sanità privata, cioè quella pagata di tasca propria dai cittadini, al di fuori di convenzioni o polizze assicurative, nel 2015 rappresentava circa il 23% del totale, il valore più elevato dal 2004, in controtendenza rispetto a un trend che da circa un decennio vedeva questa percentuale in diminuzione. Se paragonata agli altri Paesi del G7, nel 2015 l'Italia è seconda per spesa *out-of-pocket*, ma ultima sia per spesa sanitaria pubblica che per spesa totale. I dati su quella pro-capite, ad esempio, la fotografano avanti soltanto a

Spagna, Slovenia, Portogallo, Ungheria, Repubblica Ceca, Grecia, Slovacchia, Estonia e Lettonia. L'Italia spende 3.245 dollari per la salute di ogni cittadino, contro i 3.976 della media Ocse.

Che un numero crescente di nostri connazionali debba ricorrere alle cure erogate dai privati e pagate con i propri soldi è tanto più preoccupante, se si considera che, come spiega il rapporto della Bocconi, la spesa *out-of-pocket* è regressiva rispetto al reddito, sottostima il livello reale di iniquità (perché non fornisce una stima di quanti, non potendosele permettere, rinunciano del tutto alle prestazioni sanitarie) ed è correlata, per ogni incremento di un punto percentuale, a un corrispettivo aumento del tasso di mortalità del 2,3%.

CIRCOLO VIZIOSO

Insomma, cure più onerose, minore accesso ai servizi sanitari, peggioramento della salute dei pazienti, che se non riescono ad andare dal medico, se ne vanno direttamente al Creatore. E così, la quota di «bisogni insoddisfatti» a causa del costo delle prestazioni sanitarie continua ad allargarsi, ponendo il nostro Paese ai vertici di questa infelice classifica, mentre la rinuncia alle cure è cresciuta dello 0,5% tra il 2013 e il 2015.

Resta da capire quale sia la causa di questa folle corsa alla demolizione di un Servizio sanitario nazionale che, al netto degli squilibri territoriali, era una delle poche realizzazioni di cui l'Italia potesse vantarsi. E se si pensa che, unico caso registrato dall'Oecd, da noi la percentuale di medici con più di 55 anni di età supera il 50% del totale, la mente non può che correre ai nefasti del governo tecnico e alle pene che patiamo per mantenere l'euro.

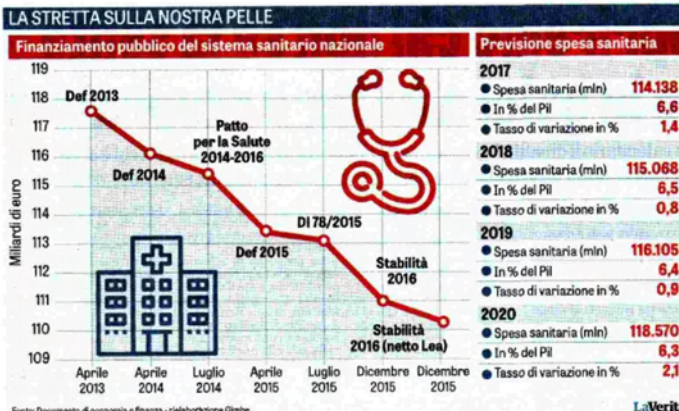
PAGHIAMO IL RIGORE

Come ha spiegato più volte l'economista Alberto Bagnai, quella del 2011 ci è stata ven-

duta come una crisi del debito pubblico, pur essendo una crisi di debito estero, ossia l'eccessivo indebitamento dell'Italia a causa dei passivi nella bilancia commerciale. Tradizionalmente, queste emergenze venivano fronteggiate agendo sia sulla correzione dei bilanci, sia sulla svalutazione della moneta. Poiché l'Italia (che curiosamente è stata esposta a tali scompensi solo quando la sua valuta era agganciata a un tasso di cambio fisso) fa parte dell'eurozona e non può dunque servirsi della leva monetaria, le nostre classi dirigenti hanno preferito occuparsi dei crediti vantati nei nostri confronti dagli stranieri, anche se rifonderli significava fare strage di salari e domanda interna. Le politiche del rigore nei bilanci, che ci erano state presentate come il sacrificio necessario a pagare gli stipendi o a farci curare negli ospedali, rientrano in verità in questa spirale perversa e autolesionista, oltre che destinata all'insuccesso. E difatti, siccome il nostro Paese è più povero, con servizi peggiori e imprese che faticano a competere a livello internazionale, il saldo negativo con l'estero, anziché ridursi, è cresciuto (parliamo di oltre 2.400 miliardi nel 2013).

Ci sarebbe di che infuriarsi, ma la rabbia fa alzare la pressione. E, visto il futuro della sanità italiana, l'ipertensione sarebbe bene evitarla.

■ RIPRODUZIONE RISERVATA



Allarme epatite C Il governo non ti cura

Il governo disattende l'impegno di curarla

Epatite C: emergenza

In Italia la terapia costa il doppio che altrove. Risultato: solo un terzo dei malati ha accesso ai farmaci e per darli a tutti ci vogliono 43 anni. Chi specula sui medicinali? I contratti del ministero sono segreti. Intanto muoiono 13mila persone l'anno

In Italia muoiono 13mila persone all'anno però la terapia resta più costosa che altrove. E due malati su tre sono senza farmaci

IL CONFRONTO Con la stessa cifra spesa da noi per garantire la procedura a 105.120 pazienti, in Egitto ne sarebbero stati trattati addirittura 3.750.000

di **FRANCO BECHIS**

La promessa era stata: 80 mila malati di Epatite C curati entro la fine del 2017 grazie ai nuovi criteri per la somministrazione del farmaco e delle cure che ormai sono in grado di debellare la malattia. Così aveva garantito il nuovo direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), Mario Melazzini, alla presenza del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Ma è una promessa ancora una volta non mantenuta, a leggere i dati ufficiali pubblicati sul sito dalla stessa Aifa: (...)

(...) dal gennaio 2015 all'inizio del mese di dicembre 2017, praticamente in tre anni sono stati «avviati al trattamento» previsto dai nuovi farmaci appena 105.120 pazienti, qualcosina in più di 35 mila pazienti all'anno e in media 3 mila pazienti al mese. Meno della metà dei numeri promessi, e soprattutto gli stessi identici numeri degli anni precedenti da cui secondo le autorità istituzionali si sarebbe dovuti svoltare. Eppure la stessa cifra di 80 mila pazienti all'anno era stata considerata da molti osservatori tecnici assai poco ambiziosa: in Italia di Epatite C si continua a morire, ed è un assurdo perché oggi esistono più cure farmacologiche in grado di fare guarire dalla terribile malattia.

Non esistono statistiche ufficiali certe per i malati di Epatite C in Italia, ma solo stime che differiscono assai fra loro. Due sono le principali prese in considerazione: la prima fu fornita dall'ex direttore generale dell'Aifa, Luca Pani in un colloquio con il *Sole 24 ore* del 22 ottobre 2014: «In Europa ci sono 5,5 milioni di infetti, di cui 1,5 milioni in Italia». Fossero veri quei numeri, curando 80 mila pazienti all'anno ci vorrebbero quindi 19 anni a guarire tutti, se ci si basa su un semplice calcolo matematico: un tempo infinito, visto che nel frattempo da una parte qualcuno morirebbe e dall'altra il contagio farebbe nuovi malati. Ma con 35 mila pazienti trattati l'anno per debellare la malattia ci vorrebbero 43 anni, e sostanzialmente lo sforzo non servirebbe a nulla. Secondo una autorevole epatologa dell'Istituto superiore della Sanità, Loredana Kondili, la stima dei malati sarebbe inferiore - circa 800 mila. Ma anche in questo caso ci vorrebbero 10 anni se si rispettasse - e non accade - la promessa di 80 mila curati all'anno, e comunque 23 anni ai ritmi attuali di cura.

Come i lettori di *Libero* ricorderanno, le promesse del-

l'Aifa e i nuovi criteri che avrebbero dovuto allargare l'accesso alle cure arrivarono dopo che questa testata aveva sollevato l'incredibile caso dei malati di Epatite C, costretti spesso ad affrontare viaggi della speranza verso paesi come Egitto ed India che fornivano gratuitamente il solo farmaco che era risultato efficace, il Sovaldi, a base di Sofosbuvir.

All'inizio quel farmaco era prodotto da una sola azienda farmaceutica al mondo, la Gilead, una multinazionale del settore quotata al Nasdaq, e bisognava trattare con loro per contrattare un prezzo più di favore rispetto a un costo proibitivo per il singolo paziente. L'Italia lo fece, e concluse un contratto iniziale che fu segreto fra mille polemiche per gli anni 2015 e 2016. Proprio il costo - comunque ancora altissimo - aveva costretto a restringere molto la strada per l'accesso alla cura, vista la cronica mancanza di fondi del servizio sanitario nazionale. La scienza però non sta mai ferma, e durante quel contratto è stata annunciata la concorrenza di altre molecole per curare con la stessa efficacia l'epatite C:

Viekirax+Exviera, Olysio, Daklinza e Zepatier. La concorrenza avrebbe dovuto fare scendere i prezzi, ma l'Aifa ha preferito nel 2016 sottoscrivere un nuovo contratto della durata di 36 mesi sempre con la Gilead, per il farmaco Epclusa. Il ministero della Salute per farlo ha stanziato ad hoc 1,5 miliardi di euro. La Gilead si è così assicurata dall'Italia 2,5 miliardi di euro per il quinquennio 2015-2019.

Ancora una volta il contratto è stato segreto, ma fa impressione che con la stessa cifra spesa in Italia per avviare alle cure i 105.120 malati sopra ricordati in Egitto sarebbero stati curati ben 3.750.000 pazienti (ogni cura con una compressa al giorno per 12 settimane li costa 400 euro). Restano dunque troppo pochi i centri specializzati dove si può avviare la cura in Italia, mentre resta vietata la prescrizione ai medici specialisti di settore. Così si continua incredibilmente a morire di Epatite C, una strage silenziosa di 13 mila pazienti all'anno - più di mille al mese - che si sarebbe potuta evitare. E non si sono ovviamente fermati i viaggi della speranza verso Egitto ed India dove a spese proprie ancora ci si riesce a salvare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA MALATTIA

COS'È

L'epatite C è una malattia infettiva

DA COSA È CAUSATA

Dall'Hepatitis C virus (HCV), che colpisce in primo luogo il fegato. L'infezione è spesso asintomatica, ma la sua cronicizzazione può condurre alla cicatrizzazione del fegato e, infine, alla cirrosi

LE CONSEGUENZE

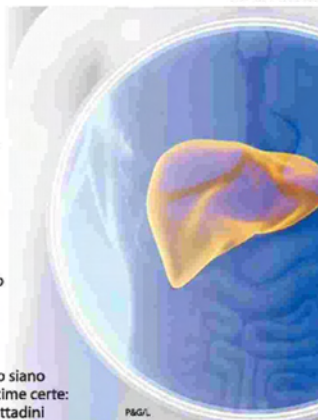
Di solito, la cirrosi risulta evidente dopo molti anni. In alcuni casi, potrà portare a insufficienza epatica, cancro del fegato, varici esofagee e gastriche

LA TRASMISSIONE

L'HCV è trasmesso principalmente per contatto diretto con il sangue infetto, spesso dovuto all'uso di droghe per via endovenosa, a presidi medici non sterilizzati e trasfusioni di sangue

I NUMERI

Si stima che circa 130-170 milioni di persone al mondo siano infettate dal virus dell'epatite C. In Italia non ci sono stime certe: si parla di un minimo di 800mila fino a 1,5 milioni di cittadini



PAGGI

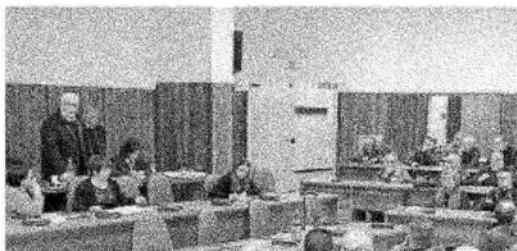
La sanità

Sindaci e piano Asl, assemblea al secondo tentativo

Oggi la nuova convocazione nel capoluogo dopo la seduta deserta di ieri, si cerca l'intesa amministrativa sugli ospedali

L'assemblea dei sindaci sulla sanità arriva alla seconda convocazione. Come pronosticato dai più, ieri la riunione convocata da Paolo Foti al Comune di Avellino per discutere con i 117 colleghi l'Atto aziendale dell'Asl è andata praticamente deserta, per riproporsi in automatico questa mattina alle 10.30.

Peraltro, i numeri richiesti nella mattinata odierna, come accade nei consigli comunali, sono molto più abbordabili: per celebrare l'assemblea basteranno 39 sindaci. Ieri ne servivano 60, ma in pratica ad attendere per una mezzora prima di ritirarsi è stata la sola prima cittadina di Contrada, Filomena Del Gaizo, che peraltro è anche un medico. La stessa tornerà nel capoluogo oggi, con l'obiettivo condiviso di trovare una posizione univoca dei Comuni sulla programmazione ospede-



daliera e territoriale inserita nell'Atto aziendale dell'Asl. Ad oggi i vertici di via Degli Imbimbo ritengono il documento non modificabile, almeno per ciò che concerne le richieste di un aumento di Strutture complesse negli ospedali: i numeri e i conti non lo consentono. Ma allo stesso tempo i sindaci chiedono anche un'accelerata su servizi previsti ma non ancora attivati, come le terapie intensive all'ospedale «Landolfi» di Solofra e al «Criscuoli» di Sant'Angelo di Lombardi. Istanze presenti nel documento licenziato dal consiglio provinciale, e redatto dal presidente dell'ordine dei medici Pino Rosato, che questa mattina verrà sottoposto come base di discussione all'intera assemblea dei sindaci, dopo la condivisione già operata dal Comitato ristretto presieduto da Foti.

In attesa che la politica trovi una quadra, sulla sanità resta aperta una partita dal punto di vista giuridico, quella innescata dal sindaco di Solofra Michele Vignola, che al netto della discussione in atto ha già dato mandato all'avvocato Antonio Brancaccio di impugnare l'Atto aziendale dell'Asl davanti al giudice ordinario. Rispetto a quanto ipotizzabile nelle scorse settimane, il Comune di Solofra per ora agirà su questo aspetto in solitaria. Sia Sant'Angelo dei Lombardi che Montoro, infatti, preferiscono non adire le vie legali.

I. c.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In aula

Questa mattina la seconda convocazione dell'assemblea dei 118 Comuni sulla sanità

L'università

Fondi alla ricerca, l'ateneo scala la classifica

Il Campus sale al quarto posto per dotazione aggiuntiva di fondi. Tommasetti: «Premio al merito»

Barbara Landi

I ricercatori Unisa al quarto posto in Italia nella distribuzione del Fondo per il Finanziamento delle attività base di Ricerca del 2017 (FFABR). Obiettivo del fondo, disposto dal Miur nella legge di Bilancio 2017 in aggiunta al finanziamento ordinario, è incentivare l'attività di base di ricerca di professori associati di seconda fascia e di ricercatori. Dai dati diffusi lo scorso 5 dicembre dall'Anvur, l'agenzia nazionale per la valutazione della ricerca, dei 28 milioni e 941 mila euro previsti dal Miur, ben 675 mila euro sono stati intercettati da Salerno, ovvero il 2,33% della cifra erogata, percentuale quindi superiore all'1,77% di peso specifico dell'ateneo nel sistema universitario nazionale rispetto all'erogazione del Fondo di Finanziamento Ordinario (FFO).

Si aggiudica, così, una premialità del 40 per cento in più per risultati conseguiti, al contrario di quanto sarebbe avvenuto con un'eventuale distribuzione "a pioggia" delle risorse ministeriali. Altro fattore eclatante che emerge dall'analisi della graduatoria generale che prende in considerazione 66 istituzioni accademiche pubbliche e dominata dall'Università di Pisa, è la collocazione dell'ateneo salernitano all'8° posto in Italia, con un primato assoluto in Campania: segue in posizione 24 La Parthenope, 37 L'Orientale, 42 Benevento, 54 Vanvitelli e infine, fanalino di coda in Regione La Federico II, solo al 56esimo posto). Il finanziamento della ricerca di base FFA-BR viene definito attraverso un "indicatore di produzione scientifica", che non va confuso con la "valutazione della qualità dei risultati": si tratta di un conteggio, su base algoritmica-bibliometrica, pesato su valutazioni oggettive della produzione scientifica, quali la ti-

pologia, le sedi editoriali, il grado di proprietà e l'impatto, con contributi in riviste e volumi specializzati, oltre a brevetti nazionali e internazionali. "La combinazione tra merito e ricerca è la vera occasione per il Mezzogiorno per competere a livello globale - sottolinea il rettore Aurelio Tommasetti - Il nostro investimento ancora una volta è stato premiato. L'università di Salerno si impone tra gli atenei d'Italia, perché presenta risultati positivi sia per i ricercatori che per gli associati. La vera notizia è che ci posizioniamo all'ottavo posto nel nostro paese per la tabella complessiva per la produttività della ricerca. Puntare sul merito si dimostra ancora una volta decisivo. È un orgoglio per noi e un enorme successo per i nostri giovani". Ancora una volta vincenti le aree scientifiche. Infatti, se nella classifica di ripartizione di fondi relativa agli associati emerge il dipartimento di Farmacia con il 28,6 per cento di assegnatari con borsa, per la fascia dei ricercatori si impone il dipartimento di Ingegneria dell'Informazione ed Elettrica e Matematica Applicata per il 93,3% di addetti con borsa, con a seguire Chimica e Biologia (88,9%) e Ingegneria Industriale (78,3%). Ottime performance anche per i beneficiari di Medicina per un totale del 72,7%. Meno favorite gli studi umanistici, con un minor numero di borse di ricerca. A certificare l'evoluzione del campus interviene anche un nuovo



Il rettore
«Intreccio virtuoso tra sapere e spinta innovativa un segnale per il Sud»

I dati

UNISA
Finanziamento
alla Ricerca
di Base



Docenti Unisa



ranking internazionale promosso da un'agenzia statunitense, la "U.S. News Best Global Universities 2018", che misura le performance scientifiche e il prestigio internazionale e nazionale. Salerno si classifica in posizione 581 tra le 1.000 top Academy del mondo, scalando la graduatoria e risalendo dal 624esimo posto della scorsa edizione

Castellammare La risposta della manager Asl Costantini al Tribunale del Malato, che ora fa appello a De Luca

L'emodinamica? Manca un placet

Solo la burocrazia blocca un reparto del San Leonardo essenziale per i cardiopatici

Ciriaco M. Viggiano

CASTELLAMMARE. «Chiediamo al presidente Vincenzo De Luca di risolvere due questioni cruciali per la qualità dell'assistenza sanitaria nell'area a sud di Napoli»: il Tribunale per i diritti del malato torna in campo rivolgendosi direttamente ai vertici della Regione. L'obiettivo? Ottenerne l'attivazione dell'emodinamica nell'ospedale di Castellammare, servizio indispensabile per i pazienti cardiologici, e il completamento del restyling dei locali al primo piano del nosocomio di Sorrento, necessario per il trasferimento della Rianimazione e il riassetto degli ambulatori presenti nella struttura. Sul primo fronte, poche settimane fa il Tribunale per i diritti del malato ha presentato un esposto alla procura di Torre Annunziata per denunciare la mancata attivazione dell'emodinamica al San Leonardo. Sebbene previsto dall'atto varato a suo tempo dall'Asl Napoli 3 Sud d'intesa con la Regione, il servizio stenta a decollare. Con buona pace degli infartuati di Costiera, area stabiese e hinterland a sud di Napoli, costretti a rivolgersi alle aziende ospedaliere del capoluogo o al nosocomio di Nola per sottoporsi ad angioplastica primaria.

Si tratta di un intervento salvavita al quale, secondo i protocolli, il paziente cardiologico dev'essere sottoposto nel giro di 90 minuti. Il che è impossibile per un infartuato che dall'estremo lembo della penisola sorrentina debba essere trasportato d'urgenza a Napoli, soprattutto quando la statale 145 è parzialmente chiusa o paralizzata dal traffico. Eppure, fra Massa Lubrense e Portici, ogni an-

no circa 800 persone ingaggiano questa lotta contro il tempo per essere trasferite nel capoluogo. La direttrice generale dell'Asl Antonietta Costantini, in una nota inviata ai rappresentanti dei malati, è stata chiara: l'emodinamica a Castellammare manca perché «l'attivazione presuppone il nulla osta al finanziamento regionale, allo stato non ancora pervenuto». Ecco perché Giuseppe Staiano, presidente della sezione sorrentina del tribunale per i diritti del malato, si rivolge ora a Vincenzo De Luca che riveste anche la carica di commissario per la sanità.

«Stiamo parlando di un servizio vitale - si legge nella lettera al presidente della Regione - È impensabile che l'ospedale di Nola, dove l'emodinamica è attiva, soddisfi da sola le esigenze di più di un milione di persone». I rappresentanti dei malati invocano un intervento anche per la Rianimazione dell'ospedale di Sorrento. Sono quasi vent'anni che medici e infermieri del reparto attendono di tornare nei locali al primo piano, oggetto di lavori di ristrutturazione mai portati a termine, abbandonando quelli angusti in cui sono attualmente sistemati. Dalla Regione è trapeolata la disponibilità di 17 milioni di euro per l'edilizia ospedaliera in tutta l'Asl Napoli 3 Sud, quindi anche per l'ospedale di Sorrento. I lavori in

questione però, non si sono ancora conclusi. Eppure, come scrive Staiano, il restyling del primo piano del nosocomio costiero sarebbe decisivo non solo per trasferirvi la Rianimazione, ma anche «per adeguare il pronto soccorso, spostare al piano terra gli ambulatori attualmente ospitati in locali inidonei e riaprire il centro di raccolta del sangue» chiuso tre anni fa.

«Non si può morire di burocrazia - conclude il Tribunale per i diritti del malato - Rivolgiamo a De Luca un appello affinché intervenga e sblocchi al più presto queste situazioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il caso
A Sorrento annunciati e mai avviati i lavori per Rianimazione Forte rischio isolamento

L'allarme

Asl Napoli 1, in aumento i pazienti per mobbing: sono 250 i nuovi casi

Mobbing: pazienti in aumento. Lo testimoniano i numeri che arrivano dal centro di riferimento regionale della Asl Napoli 1 centro dedicata alla "Psicopatologia da mobbing e disadattamento lavorativo" diretto da Giovanni Nolfè.

Sono circa 250 i nuovi pazienti registrati in un anno di cui il 5 per cento arriva da altre regioni (Sicilia, Calabria, Lazio), mentre le prestazioni continuative effettuate ogni 12 mesi sono 1100. Tante le situazioni misconosciute. Alcune paradossali. Come quella dei soggetti che, pur reintegrati dal giudice del lavoro, continuano a subire maltrattamenti psicologici. L'ultimo caso riguarda un signore di 43 anni, impiegato di una azienda di medie dimensioni a cui il magistrato aveva riconosciuto un diritto negato. «Ebbene, quando è tornato in attività – rivela lo specialista – è stato mandato in un capannone. Da solo, separato da tutti gli altri colleghi e privo di strumenti oggi indispensabili come telefono e pc. Insomma, questo signore licenziato per contestazioni disciplinari e poi riammesso dal giudice, continua a essere vessato, messo in una cuccia e sopraffatto da un atteggiamento intimidatorio pur senza minacce evidenti. Ci si sente disarmati, nonostante la tutela legale». Tra l'altro, il fenomeno-mobbing riguarda sempre più frequentemente le donne e sempre più spesso è proprio il lavoro a rappresentare la causa principale delle patologie psichiatriche come de-

pressione maggiore, disturbi da stress e manifestazioni d'ansia. «Il sesso femminile non ha raggiunto quello maschile in termini di stipendio e carriera – ironizza lo specialista – ma sicuramente lo sorpassa nel dato negativo dell'aumento delle patologie psichiatriche». Nel centro regionale l'obiettivo mira a integrare la cura farmacologica e psicologica con la diagnosi e la valutazione medico legale. È una presa in carico totale, da sei a dodici mesi. Og-

«Tra le patologie psichiatriche il numero delle donne sovrasta nettamente quello dei pazienti maschi...»

gi, alle 9, al mobbing è dedicato il convegno che affronterà gli aspetti normativi all'Istituto italiano per gli studi filosofici. Si discuterà infatti della legge approvata un mese fa dal Consiglio regionale. Quali le novità? «Partiranno gli sportelli di ascolto sul territorio – rivela Nolfè – per una prima valutazione del disagio lavorativo, una specie di filtro. Ma sarà anche istituito l'Osservatorio per il rilevamento epidemiologico. Per avere i dati numerici sulla diffusione del disagio correlato al lavoro».

-g. d. b.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Salerno, nasce una struttura per i “disturbi alimentari”

Da gennaio per pazienti con malattie correlate al cibo e per l'anoressia
Mario Maj: “È una causa di disabilità nei giovani”

GIUSEPPE DEL BELLO

Una struttura residenziale destinata alle anoressiche e ai pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare. È la mini-rivoluzione che scatterà a gennaio prossimo quando entrerà in funzione il nuovo centro di Salerno, il primo per i residenti della Campania che soffrono di patologie correlate al cibo. Finora per i soggetti che avevano bisogno di assistenza continuativa (diurna e notturna) non rimaneva che il trasferimento in altre regioni. Con disagi enormi per loro e per i familiari e, anche, con i relativi costi della mobilità passiva.

La residenza assistenziale potrà accogliere da 8 a 16 pazienti e sarà gestita - attraverso un accordo di cooperazione - dal centro pilota regionale per i disturbi dell'alimentazione dell'Ateneo Vanvitelli di Napoli diretto dall'ordinario di Psichiatria Mario Maj e dall'Asl di Salerno con l'ospedale Ruggi (coordinamento degli specialisti Giulio Corrivetti e Palmiero Monteleone). Camere da letto arredate di tutto punto e dotate di bagni privati, armadi e scrivanie, la nuova “casa” dispone di una sala da pranzo con cucina attrezzata, di un salotto con tv e una sala per le attività ricreative con biblioteca e internet-point. Di più. Sono attivi due ambulatori e una medicheria gestita da personale formato nel centro pilota universitario.

Una seconda struttura residen-

ziale è prevista invece a Napoli-città e, in contemporanea, attorno al polo pilota è in via di realizzazione una rete regionale finalizzata al potenziamento delle attività ambulatoriali specialistiche e alla creazione di un centro diurno in ogni Asl (già molto attivo al momento quello di Solofra, Avellino).

La definizione sembra di quelle generiche, ma oggi i “disturbi dell'alimentazione” sono un'entità patologica che raggruppa varie sottospecie, dall'anoressia nervosa alla bulimia al disturbo da binge-eating. Problemi di salute (più comuni negli adolescenti e tra i giovani adulti) che, pur appartenendo alla sfera psichiatrica, diventano spesso conseguenza di complicanze fisiche. «Complicanze - precisa Maj - secondarie alla malnutrizione e/o ai comportamenti impropri messi in atto per ottenere il controllo sul peso e la forma del corpo. E oggi rappresentano una delle più frequenti cause di disabilità nei giovani, gravati da un rischio significativo di mortalità».

L'Organizzazione mondiale della Sanità ha incluso i disturbi dell'alimentazione tra le priorità per la tutela della salute mentale negli adolescenti. «Due principi generali sono alla base della gestione di queste manifestazioni - aggiunge Maj - Prima di tutto l'approccio multiprofessionale che coinvolge i medici (psichiatri, internisti, nutrizionisti clinici) e psicologi, dietisti, infermieri. Ma è an-

che fondamentale la molteplicità dei contesti di cura: dall'assistenza ambulatoriale alla riabilitazione intensiva (semi-residenziale e residenziale)».

A dare le direttive sarà ovviamente il centro pilota con un modello utile alla valutazione diagnostica psichiatrica, psicologica, nutrizionale e internistica (generalmente in regime ambulatoriale o di day hospital). Il trattamento specifico del disturbo si basa, a seconda dei casi, su interventi di counseling nutrizionale, psicoterapia cognitivo-comportamentale, psicoterapia familiare, psicoeducazione, farmacoterapia delle eventuali complicanze fisiche e psichiatriche. A sua volta, il follow-up sarà svolto in collaborazione con i servizi di salute mentale competenti per territorio e/o con i medici di base che si occuperanno anche del percorso psicoeducazionale destinato ai familiari dei pazienti.

Il centro della Vanvitelli negli ultimi anni ha stretto un'intensa collaborazione con il ministero della Salute, anche per stilare, con vari specialisti italiani, le linee di indirizzo per il trattamento integrato dei disturbi dell'alimentazione, la base della programmazione dell'assistenza regionale.

La terapia

Ma da dove ti viene questa mania

Riconoscere l'evento
che causa la malattia
E imparare a controllarlo

D al disturbo ossessivo compulsivo si guarisce. Se questo viene riconosciuto e trattato adeguatamente. Il che accade solo nel 70% dei casi. La restante quota di pazienti non viene intercettata dalle strutture, oppure non riceve la terapia corretta. E in assenza di trattamento la remissione spontanea si verifica solo in un numero ridotto di casi.

Dopo la diagnosi, «il primo lavoro che si affronta con il paziente è quello di definire chiaramente qual è l'evento che scatena l'ansia, il pensiero ossessivo associato e qual è il rituale che si mette in atto per ridurre il disagio», spiega Barbara Basile, psicoterapeuta specialista di Schema Therapy, un approccio che viene utilizzato parallelamente alla terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento dei disturbi ossessivo-compulsivi. Una volta chiaro

il meccanismo, il terapeuta espone il paziente allo stimolo che gli provoca disagio per un periodo di tempo maggiore di quello che sarebbe normalmente tollerato. Per esempio, a chi ha paura del contagio da oggetti contaminati, si chiede di tenere la mano sulla maniglia di una porta per qualche minuto, lavorando sull'accettazione dell'ansia. In seguito si lavora alla prevenzione della risposta, aggiunge Basile, che consiste nel bloccare per qualche tempo quelle azioni che normalmente seguirebbero la situazione temuta, in questo caso chiedendogli di non lavare le mani, per un lasso di tempo gradualmente maggiore, dopo aver toccato la maniglia.

Con un intervento mirato le percentuali di guarigione variano tra il 50 e l'85. «Alcuni pazienti, però, possono mantenere una sensibilità al disturbo che, in seguito a eventi impor-

tanti o a situazioni stressanti, può generare delle ricadute», spiega la terapeuta. Perciò lui o lei, durante le sedute, deve acquisire gli strumenti per poter gestire in autonomia le eventuali ricadute.

Accanto alla psicoterapia può essere previsto un intervento farmacologico. Si tratta in genere di antidepressivi Ssri - farmaci che agiscono sulla regolazione dell'umore - ed eventualmente antipsicotici. «La chimica può essere un buon alleato, a volte è necessaria in fase iniziale per sbloccare una impasse o agire su una condizione concomitante, per esempio la depressione che a volte si presenta insieme ai disturbi ossessivo-compulsivi», aggiunge lo psichiatra Marco Saffroni del Centro Pandora di Lucca. Ma i farmaci da soli producono un miglioramento nel 10% dei casi appena.

- e.m.

DIPLOMAZIONE RISERVATA

Psichiatria computazionale Matematica del disagio

Un modello matematico per capire quello che accade nel cervello di una persona con Doc. Lo hanno messo a punto i ricercatori del Brain Decision Modelling

Laboratory di Londra guidati da Benedetto De Martino. Il modello mostra come il paziente sviluppi un senso molto chiaro di come vadano le cose, ma non sappia adottare un comportamento conseguente. Lo studio si inserisce nel filone della psichiatria computazionale,

Farmaci Da soli non bastano

10%

I farmaci, senza la
psicoterapia,
curano solo il 10%
dei malati

che sviluppa modelli matematici per comprendere alcuni comportamenti. Se immaginiamo il nostro cervello come una sorta di computer, spiega De Martino, possiamo usare strumenti matematici per capire cosa succede quando una delle sue parti non funziona.

Diagnostica

La super tomografia che ripulisce le immagini

di GIULIANO ALUFFI

Ogni Tac ci espone a una dose di radiazioni di circa 5 milliSievert (l'equivalente di 25 radiografie). Purtroppo però la tecnica più utilizzata, che identifica i vari tessuti misurando le variazioni di intensità che i raggi X subiscono attraversandoli, non distingue perfettamente le strutture dei diversi tessuti molli, perché questi oppongono ai raggi resistenze molto simili tra loro. La precisione si può aumentare incrementando la dose di radiazioni, ma così sale anche il rischio di tumori. La buona notizia è che sta facendo grandi progressi una tecnica, la tomografia a contrasto di fase, che può ridurre enormemente le radiazioni che assorbiamo. Lo dimostra uno studio pubblicato su *Nature Scientific Reports* da Marcus Kitchen, fisico della Monash University.

«Abbiamo dimostrato, su modelli animali, che un particolare algoritmo, detto "di ricostruzione di fase", che ripulisce le immagini dal "rumore" causato dai fotoni in eccesso, aiuta a ridurre le dosi di radiazioni di oltre 300 volte ottenendo un'immagine 10 volte più accurata delle Tac attuali. E, per ora solo potenzialmente, può ridurre la dose di decine di migliaia di volte», spiega Kitchen.

«Non serve sostituire interi macchinari: basta rimpicciolire di pochi micron la dimensione della sorgente di raggi X e usare gli algoritmi descritti nel nostro studio». Per produrre le immagini, la nuova tecnica non sfrutta più le variazioni di intensità dei raggi X, ma un dato centinaia di volte più preciso ed espressivo: gli angoli che i raggi formano man mano che si addentrano nel corpo: «Quando le onde elettromagnetiche, come la luce e i raggi X, penetrano tessuti diversi, si piegano: è il fenomeno della rifrazione», dice Kitchen e aggiunge: «Piegandosi, formano angoli, detti "cambiamenti di fase", molto piccoli. Abbiamo trovato che rimpicciolire la sorgente, e quindi ridurre le radiazioni, li rende più evidenti».

FINE LEGISLATURA AL SENATO/2

Ddl Lorenzin, ultimo step dopo Natale

Forse tra Natale e Capodanno, in ogni caso dopo lo ius soli, in coda al calendario di Palazzo Madama. È la possibile data per l'approvazione definitiva del Ddl Lorenzin sulle professioni sanitarie (e non solo) in Aula al Senato. Anche perché se Ddl Lorenzin sarà, andrà approvato così come è. Rapidamente.

Così come ha fatto la Commissione Igiene e Sanità del Senato che la scorsa settimana ha approvato il provvedimento in terza lettura in tempi da record. Subito dopo la conclusione della sessione di bilancio.

«Abbiamo incardinato il Ddl in Aula della Commissione - spiega **Emilia Grazia De Biasi**, presidente della XII Commissione, in una nota - alle 22 di giovedì 30 novembre dopo l'approvazione del Bilancio, perché prima il regolamento non lo consentiva e lo abbiamo votato oggi pomeriggio (6 dicembre ndr) con tempi inusuali che segnalano l'importanza di norme sulla sperimentazione clinica e Comitati etici, sulla medicina di genere, sulla riforma degli Ordini e delle professioni sanitarie, con l'istituzione di Albi professionali, l'indicazione di muovere professioni contro l'abusivismo professionale a tutela dei professionisti della sanità e dei cittadini».

Insomma, conclude, «un passo atteso da più di dodici anni che ci porta nella parte migliore dell'Europa. Ora il provvedimento è pronto per l'Aula per il voto finale. Ringrazio l'intera Commissione sanità per la passione, la competenza e la disponibilità dimostrate».

Ro.M.

Lavori in corso sul welfare

Prove d'intesa tra imprese e istituzioni per il Ssn che verrà

Una strategia di interventi che, in un'ottica di dichiarato universalismo del Servizio sanitario nazionale, chiami in causa alla pari attori pubblici e privati. Per far fronte, soprattutto, alla nuova domanda di cure dei cittadini e ai bisogni sempre più impellenti dettati dalle emergenze

cronicità e invecchiamento della popolazione. Se n'è parlato al convegno organizzato a Roma dal Gruppo Unipol, proprio per fare il punto sugli scenari di welfare tracciabili a partire da oggi. Ad accendere i riflettori sulla non autosufficienza, il presidente Inps Tito Boeri.

GOBBI A PAG. 2-3

Prove d'intesa tra istituzioni e imprese: il punto all'evento organizzato dal Gruppo Unipol

Chi si candida al nuovo welfare

Le proposte: mix pubblico privato per una presa in carico «integrata»

Un'Italia con un indice di vecchiaia pari a 165,3 - destinato a crescere a 257,9 nel 2065 - e dove al 1° gennaio 2017 la coorte dei giovani tra 0 e 14 anni era scesa al livello mai sperimentato del 13,5%, a fronte della pleora di over 65 che supera il 22% della popolazione. Un Paese dove le disuguaglianze crescono: sia in termini di fruizione della sanità e dei servizi assistenziali, sia all'interno dei diversi gruppi sociali, sia a livello territoriale.

Questo lo scenario tracciato dal presidente Istat **Giorgio Alleva**, che ha aperto a Roma il convegno Unipol-Unisalute "A ciascuno il suo welfare: Bisogni mutevoli, scelte individuali, risposte integrate". Tra i partecipanti, il sottosegretario all'Economia **Pier Paolo Baretta**, il presidente Inps **Tito Boeri**, il presidente di Confindustria **Vincenzo Boccia**, il responsabile Sanità del Pd **Federico Gelli**. Secondo il quale «per il Ssn non è più rinviabile una riforma 4.0, che confermi il principio di universalismo ma che allo stesso tempo punti su una nuova governance, dove si affrontino priorità come la prevenzione, la presa in carico della cronicità e della non

autosufficienza, e la complementarietà di interventi che mettano in gioco i fondi sanitari integrativi per le prestazioni meno coperte dal pubblico, come l'odontoiatria».

Per il sottosegretario Baretta, si deve partire dal presupposto che «lo Stato da solo non ce la fa» e che quindi il rapporto pubblico privato non va visto come un aspetto

al privato sociale cui guarda la Riforma del

Terzo settore - ha precisato Baretta - ad un'assunzione di responsabilità pubblica». La seconda strada è quella di un welfare "territoriale": «i territori stanno cambiando e le risposte vanno adeguate». La terza via è «cambiare il fisco: non è necessario pensare a nuove risorse, che ovviamente se ci fossero sarebbero benvenute, ma decidere come riorientare quelle esistenti. Tutta la partita fiscale delle detrazioni e delle deduzioni, sintetizzata nel "730", andrebbe rivista, per tenere conto delle nuove priorità. Il risparmio andrebbe riversato sui bisogni emergenti. Serve un lavoro di squadra: l'operazione Ape so-

ciale, ad esempio, è un'integrazione tra ministeri del Lavoro, dell'Economia e della Salute».

Il convegno ha messo insieme il punto di vista delle istituzioni e delle imprese. Vincenzo Boccia ha tracciato la sintesi: «Lavoro, imprese, sistema sanitario pubblico. Un messaggio di collaborazione in cui i tre pilastri del welfare - il "welfare state" classico, quello che viene dalle relazioni industriali e dai contratti e quello che viene dal settore assicurativo - possono lavorare e partecipare a un'idea di integrazione e di complementarietà. Nessuno sostitutivo dell'altro».

Unipol, intanto, ha lanciato la sua proposta, veicolata dal Ceo del Gruppo, **Carlo Cimbrì**: più collaborazione pubblico-privato su assistenza ai non autosufficienti, diffusione del welfare aziendale e istituzione di una piattaforma di coordinamento per favorire la

collettivizzazione della domanda di welfare degli individui. Interventi che non sarebbero più rinviabili: ad esempio, la propensione a fare controlli medici è maggiore per le donne e per i residenti nel Centro-Nord e, dall'altro lato, si allarga la forbice sociale tra chi rinuncia, per motivi economici, a sottoporsi a cure mediche o esami (1 su 5 nelle famiglie a basso reddito). Sul fronte dell'offerta, solo il 9% dei Comuni, tutti nel Nord Italia, sono virtuosi in termini di servizi sociali offerti, mentre nel privato cresce il ricorso al welfare aziendale, adottato da quasi il 60% delle grandi imprese manifatturiere. E sebbene due italiani su tre (il 67,7%) si dichiarano "in buona salute", dato che sale

al 75,6% per le famiglie della classe dirigente, l'invecchiamento della popolazione - per la prima volta gli over 65 hanno superato il 22% - pone nuove e complesse sfide per ridurre le disuguaglianze attraverso l'offerta non solo di aiuti economici, ma anche di maggiori servizi.

Queste le proposte avanzate Gruppo Unipol nel dettaglio: per le sfide alla sostenibilità del welfare, l'evoluzione sociale e demografica del Paese renderebbe necessario accelerare un ruolo attivo del privato in campo socio-sanitario, in particolare nei settori non coperti da intervento pubblico: ad esempio, odontoiatria e Long term care.

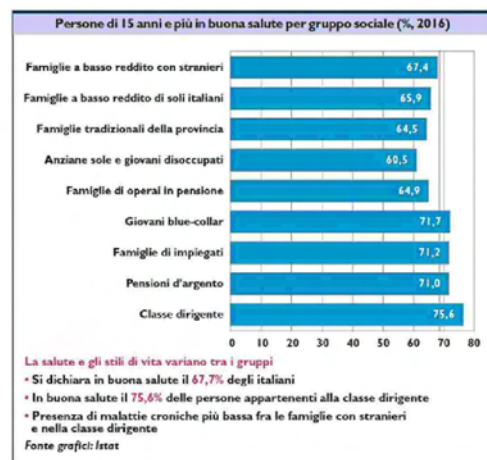
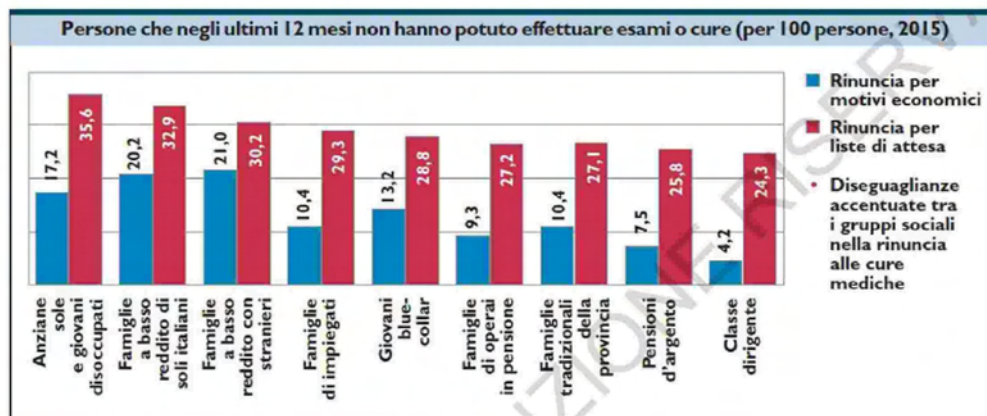
Secondo focus, la domanda di protezione sociale, divenuta sempre più diversificata e personaliz-

zata, che dovrebbe portare allo sviluppo di misure atte a incrementare ulteriormente la diffusione del welfare aziendale, focalizzando l'offerta sul sostegno alle fragilità e alla riduzione del rischio di impoverimento della classe media. Unipol si propone di favorire la diffusione di un pacchetto welfare integrato, con cui offrire previdenza ed allo stesso tempo assistenza agli aderenti, con particolare riferimento ai familiari a carico e figli minorenni. Infine, il Gruppo si propone come «partner credibile» per lo Stato, sia come assicuratore sia come piattaforma di servizi e, attraverso UniSalute, si candida a un ruolo di "coordinatore di assistenza socio-sanitaria", ovvero piattaforma operativa di inter-

faccia verso il cittadino e di coordinamento delle strutture assistenziali, in particolare ad esempio nell'ambito della gestione dei malati cronici.

Barbara Gobbi

Gelli: «Pronti per un Ssn 4.0»



LA RICHIESTA DI UN PROGRAMMA DI LEGISLATURA

Boeri (Inps): «Un piano per i non autosufficienti»

Le stime: nel 2060 il fenomeno inciderà sul Pil per il 3,2-3,3%

Strumenti e aiuti da razionalizzare

«Sul fronte del welfare c'è ancora moltissimo da fare. Il sistema di protezione sociale presenta infatti lacune vistose, a cominciare dalla non autosufficienza, che nel 2060 stimiamo inciderà sul Pil per il 3,2-3,3%». Così il presidente dell'Inps, **Tito Boeri**, intervenendo al convegno "A ciascuno il suo welfare. Bisogni mutevoli, scelte individuali, risposte integrate". «Pensiamo che il sistema pubblico, il cui ruolo deve restare comunque fondamentale, debba ripensare i suoi strumenti: essere più selettivo, evitare abusi, concepire un programma di Legislatura. Poi, è chiaro che il sistema deve includere le assicurazioni private, ma anche le imprese, considerando che sono alle prese con una forza lavoro che invecchia. È già evidente, ad esempio che le imprese che presentano lavoratori più anziani, stanno investendo maggiormente in welfare aziendale».

La non autosufficienza è un tema fondamentale, ma di cui si è parlato poco in Italia...

Non è un caso che abbiamo voluto dare particolare attenzione a questo tema fin dal Rapporto 2015 dell'Inps, dove si mette in luce come l'Italia tenda a gravare eccessivamente sulla famiglia, per quanto attiene all'assistenza alle persone non più autosufficienti, e si sia molto poco selettivi. Strumenti come le indennità di accompagnamento assegnano una somma fis-

sa, indipendentemente dalla gravità del bisogno di assistenza dei singoli e senza tenere conto delle condizioni economiche delle famiglie. Poi ci sono tanti altri strumenti, che vengono utilizzati con controlli non sempre adeguati: ci sono differenze nell'utilizzo della 104 del 1992 - tra pubblico e privato e tra Regioni - che non possono essere spiegati con differenze nella composizione della popolazione né con dati epidemiologici, ma che probabilmente hanno a che vedere con rischi di abuso.

Serve un programma di Legislatura?

Serve senz'altro, perché bisogna razionalizzare gli strumenti esistenti, il che all'inizio qualche scontento lo creerà... ma grazie alle risorse che si recuperano in questo modo, si può essere molto più adeguati nel fornire assistenza alle persone che hanno bisogno e si può puntare ad ampliare anche la copertura, aspetto fondamentale. Pensiamo ai bambini, ad esempio...

Cioè?

Solo un quarto dei bambini non autosufficienti oggi viene coperto dall'insieme di prestazioni erogate dall'Inps: proprio per cambiare questo stato di cose abbiamo firmato una convenzione con gli ospedali pediatrici d'eccellenza in Italia. Per cercare, ad esempio, di ridurre la burocrazia legata alla presentazione della domanda per l'indennità di accompagnamento. Speriamo in questo modo di ampliare la consapevolezza delle famiglie e la loro scelta di chiedere l'aiuto cui hanno diritto.

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Si scinde Ap Gentiloni un anno dopo “È un Paese migliore”

■ A un anno dalla nomina a Presidente del Consiglio, Paolo Gentiloni rivendica i suoi risultati: «A Palazzo Chigi come su un ottovolante, ma lascio un'Italia migliore». Poi chiede a chi

prenderà il suo posto di «non disperdere gli sforzi fatti». Il partito di Alfano si scinde: metà col Pd, metà con Berlusconi.

La Mattina, Magri, Martini
e Schianchi ALLE PAGINE 8 E 9

PAOLO GENTILONI

“Un anno a Palazzo Chigi come su un ottovolante Lascio un'Italia più stabile”

Il premier rivendica i suoi risultati e chiede a chi verrà di “non disperdere gli sforzi fatti”

FABIO MARTINI
ROMA

Le poche volte che Paolo Gentiloni percorre a piedi le strade di una città italiana, puntualmente si ripete lo sketch dell'altro giorno, nei 400 metri che il premier ha percorso tra il Tempio di Adriano e palazzo Chigi: «Presidente, continui così», «presidente si ricorda i bei tempi della Margherita?», «presidente una foto con mia figlia!». E lui, rivolto alla ragazzina: «Come ti chiami?». Lei: «Sabrina...». Gentiloni: «Va bene, Sabrina: almeno tu una foto con me te la vuoi fare...». Sempre minimalista Paolo Gentiloni, il massimo che concede a chi lo pressa per strada, è un cortese «da dove venite?». Se quelli arrivano da lontano, abbozza un romanesco: «Ammazza...» e se ne va. Nulla a che vedere col ciclone Renzi, che cercava il contatto fisico, la battuta, il selfie.

Anti-eroe era e anti-eroe resta, Paolo Gentiloni, un anno dopo quel 12 dicembre

2016, quando entrò - in punta di piedi e sospinto dall'amico Matteo Renzi - nello studio del presidente del Consiglio. Sorride Gentiloni: «Quel giorno sono salito sull'ottovolante e sono accadute tante cose che era difficile immaginare». Un anno dopo, curiosamente ma non troppo, l'uomo non è stato neppure sfiorato dalla tentazione di una (pur rituale) conferenza stampa di bilancio del governo. Ai suoi occhi, un evento che rischiava di virare sull'auto-celebrativo. Una “esposizione” che chissà come sarebbe stata interpretata dal sempre vigile amico Matteo.

Per 365 giorni Paolo Gentiloni ha costruito la sua fortuna (come attestano i sondaggi che lo danno sempre sopra a Renzi) senza travestirsi e anche nei suoi ultimi discorsi ha continuato ad allontanare come un demone la tentazione della retorica. Ogni volta che dalla sua voce avverte affiorare un po' di enfasi, la stempera nell'humour, «be', non

essageriamo...». Ma dopo un anno di governo è anche consapevole del lavoro fatto e lo sintetizza così a “La Stampa”: «Lasciamo un'Italia più stabile», un Paese più forte che, pur con tanti problemi aperti, «ha superato la sua crisi più grave e che non deve disperdere gli sforzi fatti in comune». Poche parole con le quali, certo, rivendica il lavoro fatto dal suo governo e da quello guidato da Renzi ma aggiunge un ponte sul futuro. Con quell'accento a non disperdere gli sforzi «fatti in comune». Dunque, dagli italiani tutti. Ma anche dalle forze oggi all'opposizione. «L'Italia - dice Gentiloni - non va verso un periodo di instabilità, perché lo

sue scelte fondamentali, a partire da quelle europee, restarono: c'è continuità nelle posizioni dei governi del nostro Paese». Dunque, con tutti i governi, compresi quelli guidati da Silvio Berlusconi.

E qui si apre il capitolo del futuro. Paolo Gentiloni non è tipo da brigare per conquistarsi un posto al sole. Da mesi sa che il Pd - e dunque lui, oltre a Renzi - avrà chances di rivendicare palazzo Chigi soltanto se la sua coalizione avrà preso un voto in più degli altri. Sa che gli equilibri post-elettorali sono incertissimi, ma in caso di grande coalizione sa pure di avere una carta pesante da giocare: il suo professionismo politico, per motivi diversi, è apprezzato dal Capo dello Stato, ma anche da due personaggi agli antipodi: Romano Prodi e Silvio Berlusconi. Racconta uno dei pochi parlamentari che

conosce gli umori del Cavaliere: «Non immaginatevi nessuno scambio o chissà quali rapporti particolari. Berlusconi apprezza come si è mosso il governo, Calenda e Gentiloni, sulla difesa degli interessi delle aziende italiane. È il minimo sindacale. Ma rispetto al passato, è già molto».

Con Prodi, che con Renzi continua ad avere un rapporto difficile, Gentiloni non aveva mai interrotto i rapporti e li ha proseguiti a palazzo Chigi. E il Professore ricambia con una definizione pennellata: «Paolo il freddo? No, Paolo il calmo». E quanto al Capo dello Stato il rapporto è molto solido, è stato Mattarella a volere che il governo non si dimettesse e restasse in carica, anche in vista di un lungo dopo-elezioni.

In vista di marzo, non prevedendo un lancio come star del

Pd da parte di Renzi, il presidente del Consiglio parteciperà alla campagna elettorale, senza dar spettacolo, in continuità con un «understatement voluto e spontaneo che in un anno lo ha portato a partecipare ad un solo talk show», dice l'amico di una vita Ermete Realacci. Intanto nelle ore che precedono il primo compleanno del suo governo, Gentiloni si gode il risultato che ha pubblicamente rivendicato: «L'Italia è tornata a crescere, si attesterà su un dato tra l'1,5 e il 2%». Omette di sottolineare che si tratta di un raddoppio della crescita, passata in un anno dallo 0,9 ad un probabile 1,8%. Anche se il presidente del Consiglio, passeggiando per Roma, come al solito, minimizza: «Vedremo quale sarà il dato finale. Ma per stare tra l'1,5 e il 2, basta arrivare all'1,76...».

© ENRICO CALABRETTI/REUTERS

Ritrosia
L'uomo non è stato neppure sfiorato dalla tentazione di una conferenza stampa di

bilancio del governo. Ai suoi occhi, un evento che rischiava di virare sull'auto-celebrativo

Eredità
«Lasciamo un'Italia più stabile», un Paese che, pur con tanti problemi aperti, «ha

superato la sua crisi più grave e che non deve disperdere gli sforzi fatti in comune»



ETTORE FERRARI/ANSA



Il giuramento

Il 12 dicembre 2016, Paolo Gentiloni scioglie la riserva e accetta l'incarico, comunicando la lista dei ministri e prestando giuramento nelle mani del Presidente della Repubblica. Ottiene la fiducia con 368 voti favorevoli e 105 contrari alla Camera