



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La sanità, la riorganizzazione

Dieci posti al pronto soccorso svolta all'Ospedale del Mare

Destinati a pazienti dopo i primi trattamenti in altre strutture

Ettore Mautone

Sarà Vittorio Helzel - dal 22 dicembre primario responsabile del dipartimento di pronto soccorso e medicina d'urgenza dell'Ospedale del Mare - ad attivare (a partire da domani) da 8 a 10 posti letto destinati ad accogliere in seconda battuta pazienti che giungano al pronto soccorso da altri ospedali della Asl 1. Per ora l'emergenza dell'Ospedale del Mare funzionerà solo per trasferimenti secondari, dopo la stabilizzazione nei reparti di emergenza del Loreto Mare, del San Giovanni Bosco, del Pellegrini e del San Paolo. Helzel due settimane fa ha preso il posto di Fabio Numis, stimato esperto in medicina d'urgenza, inizialmente reclutato con un avviso pubblico e destinato all'Ospedale del Mare per alcuni mesi, si è poi trasferito al pronto soccorso di Pozzuoli dove ha vinto un concorso pubblico. Al suo posto dunque Helzel, unico specialista del settore impiegato nei pronto soccorso della Asl dove invece troviamo anche cardiologi, internisti e anestesisti.

Ernesto Grasso che finora guidava la medicina d'urgenza passa dunque al timone della sola medicina generale. Quello del pronto soccorso secondario è solo il primo passo dell'attivazione programmata, entro metà di questo mese, di ulteriori 66 posti letto (rispetto ai 189 già funzionanti) all'ospedale di Napoli est. In arrivo ci sono le discipline di urologia (proveniente dall'Ascalesi e attiva da domani) e neurologia, neurochirurgia e neuroradiologia (dal Loreto Mare in pista entro questa settimana). A complicare il difficile snodo il fatto che la Asl Napoli 1 non ha ancora acquistato le apparecchiature necessarie ad attrezzare la medicina d'urgenza dell'Ospedale del Mare, per cui si è provveduto a tamponare la situazione montando le tecnologie già disponibili per il pronto

soccorso, fornite da Astaldi nell'ambito del bando originario, in numero superiore ai posti letto per ora attivati.

Per la Asl Napoli 1 alle difficoltà di far decollare il gigante da mesi sulla pista di lancio di Napoli est fa da contraltare la difficile gestione della quotidianità con 4 pronto soccorso (tra cui due Dea di I livello, il San Paolo e San Giovanni Bosco), a cui badare, oltre a Pellegrini e Loreto e altri presidi destinati ad attività non di urgenza come Ascalesi, Incurabili, Barra, in parte Annunziata. Tutti ospedali che a fronte di rimaneggiamenti,

traslochi e perduranti gravi carenze di personale vivono momenti critici.

Il più esposto è l'ospedale San Paolo (da cui risultano complessi anche i trasferimenti verso Napoli est). Qui con picco influenzale da giorni è scattato il semaforo rosso nei reparti di osservazione breve, neurologia, medicina d'urgenza e medicina generale, con il tutto esaurito di letti, barelle e anche delle bocchette dell'ossigeno per cui ieri i pazienti sono stati «parcheggiati» in pronto soccorso. Ma anche gli altri ospedali della Asl viaggiano con una media di almeno 15 barelle. Ieri il manager della Napoli 1, Mario Forlenza, ha controfirmato una disposizione di servizio di Giuseppe Russo, capo del dipartimento ospedaliero, in cui si invitano i direttori dei singoli presidi a limitare per 30 giorni i ricoveri ai soli pazienti urgenti.

Per gestire al meglio l'elevato numero dei ricoveri viene inoltre suggerito di effettuare dimissioni anche nei giorni festivi e prefestivi e di sospendere i congedi per ferie e ordinari al personale. Ai camici bianchi infine viene suggerito l'uso di mascherine al letto

di pazienti influenzati per limitare i contagi, anche se la migliore soluzione sarebbe anche suggerire di praticare la vaccinazione al personale sanitario.

Pienone, infine, come ogni giorno da dopo Natale, anche al Cardarelli, dove oltre al tutto esaurito in osservazione breve e alle circa 22 barelle contate tra medicina d'urgenza (16), chirurgia d'urgenza (4) e gastroenterologia (2), si registra la saturazione da settimane dei 22 posti di rianimazione e degli 8 di terapia intensiva post-operatoria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I reparti d'urgenza utilizzati per ora per trasferimenti e affidati allo specialista Helzel

L'iter
I posti letto sono i primi di 66 che dovranno essere attivati entro il mese

Il progetto**Ascalesi, c'è l'ok
al passaggio
con il Pascale****Il caso**

Annessione dell'ospedale Ascalesi all'Istituto Pascale: c'è il decreto dirigenziale della Regione, ma non sono stati ancora sciolti i principali nodi di un trasloco complesso che, nel corso del 2018, riguarderà molti reparti e camici bianchi del presidio della Asl Napoli 1. Né, o almeno non ancora, è stata diramata un'informativa ufficiale che, con gli allegati del provvedimento alla mano, definisca i tempi dell'operazione e il destino del personale attualmente in forze allo storico ospedale di Forcella. Insomma nulla in cui sia chiarito nel dettaglio chi va (in altri ospedali della Asl con i corrispondenti reparti per le discipline previste), e chi resta invece nella struttura del centro storico.

Abbastanza dunque per mobilitare i sindacati della dirigenza medica e i camici bianchi del comparto (infermieri, Oss e amministrativi). Nei giorni scorsi si sono ritrovati tutti insieme in assemblea plenaria nella sala conferenze dell'Ascalesi. Alla riunione ha partecipato, in prima fila, ma senza profferire parola, il presidente della circoscrizio-

ne Mercato-Pendino. Una riunione che, diciamo subito, non ha visto contrari per principio i sindacati, ma che ha sottolineato una serie di incongruenze in un'operazione che finora non ha coinvolto nemmeno districò il personale aziendale. Quel che è certo è che l'immobile, la Rianimazione, i servizi di Anestesia e Radiologia, compresa la Radioterapia (ma fatta eccezione per il Laboratorio di analisi) sono destinati a passare sotto l'egida dell'Istituto tumori di Napoli, formando così la prima propaggine strategica del nascente polo oncologico del Mediterraneo. Serviranno interventi di riqualificazione certo (e qui gli euro, per circa 5 milioni, saranno attinti a quelli già disponibili a valere sui 270 milioni di fondi nazionali per l'edilizia ospedaliera). Cosa manca

dunque per massiccurare camici bianchi e dirigenti che non si finisca sullo stesso binario morto in cui oggi staziona l'Annunziata che non ha mai dato vita al progettato polo pediatrico unico col Santobono? Quel che serve, secondo quanto si legge nel documento diramato a margine della riunione - è uno studio preliminare di fattibilità e di piena utilizzazione, da parte dell'Ircs Pascale, che chiarisca cosa fare di un immobile di così vaste dimensioni. E poi l'analisi della possibilità di coesistenza di funzioni aziendali e oncologiche che vadano oltre il confine del solo laboratorio a fronte della perdita di posti letto già rimaneggiati rispetto ai 300 di dieci anni fa. E infine indicazioni sulle ragioni di una scelta strategica che ha anticipato il Piano ospedaliero ma trascurato l'alternativa di utilizzare spazi inutilizzati del Cardarelli confinante col Pascale.

e.m.

Meeting sui nuovi vaccini, scatta l'assedio dei precari

Arriva la ministra Lorenzin e rilanciano la vertenza i medici in attesa della stabilizzazione. Fari puntati su vaccini e nuovi farmaci: sono questi i temi di un convegno in programma stamania a Napoli, a partire dalle ore 9, Aula Magna del policlinico Federico II. All'incontro, promosso da Gabriella Fabbrocini membro del Consiglio superiore di Sanità, intervengono il ministro della Salute Beatrice Lorenzin e il presidente della Regione Vincenzo De Luca. Sotto i riflettori le pratiche vaccinali, a livello regionale e nazionale, il piano per la tutela della salute, l'impegno dei centri di farmacovigilanza e dell'agenzia del farmaco, passando per il ruolo delle scuole e dei pediatri nella prevenzione. Attesi il rettore della Federico II Gaetano Manfredi, il rettore del Campus

Biomedico di Roma Raffaele Calabrò, Luigi Califano, presidente della scuola di Medicina della Federico II, Mario Delfino, direttore della dermatologia del Policlinico collinare, il manager Azienda ospedaliera universitaria Vincenzo Viggiani, e il presidente dell'Ordine dei Medici Silvestro Scotti.

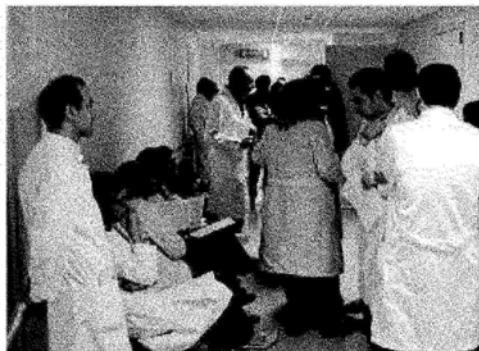
All'esterno dell'Aula magna, ci saranno anche i precari. Oltre 100 camici bianchi impiegati da anni con contratti a tempo determinato. Una protesta programmata, scattata dopo il no della Regione alla stabilizzazione delle Partite Iva che risulterebbero escluse dal percorso definito dalla recente circolare del ministro per la Funzione pubblica Marianna Madia. Dito puntato sulle lentezze dei percorsi di stabilizzazione destinati ai precari atipici. La vertenza riguarda 125 tra medici, biologi, psicologi farmaci-

sti, infermieri, dentisti, dietisti e tecnici titolari di incarichi professionali a tempo determinato (comprese le partite Iva). Contratti per la maggior parte stipulati a seguito di bandi a evidenza pubblica e rinnovati in questi anni sulla base di leggi, circolari, decreti commissariali, di rango nazionale e regionale, e di accordi sindacali con la struttura commissariale nel 2010 per la salvaguardia dei Livelli di assistenza. Le aspettative riguardano ora "una seconda fase" del percorso di stabilizzazione che in Campania non è ancora iniziata e dedicata al personale assunto con contratti flessibili.

«La Campania è stata la prima ad attuare il decreto della presidenza del Consiglio dei Ministri del 2015 noto come Lorenzin - è scritto in una nota di Difina associazione di precari storici - e ci aspettiamo di essere i primi ad applicare la riforma Madia per stabilizzare i pre-

cari del servizio sanitario regionale assunti con contratti flessibili e atipici, comprese le partite Iva». I camici bianchi hanno fretta e spingono affinché la Regione istruisca i processi di stabilizzazione, applicando la circolare Madia entro il 30 marzo, così da evitare la tagliola della preventiva approvazione dei ministeri sul Piano di rientro. L'alternativa sarebbero i percorsi definiti dalla Finanziaria 2016 che prevede concorsi con posti riservati (fino al 50%) da bandire entro il 2018.

e.m.



Il convegno Saranno discusse oggi le nuove pratiche vaccinali e il piano per la tutela della salute e i centri di vigilanza sui farmaci

Danno erariale all'Asl Maddaloni: in 4 condannati a pagare 119mila euro

La sentenza

Accolta la tesi dell'accusa: materiale sanitario comprato «a peso d'oro» per il distretto

Domenico Zampelli

Acquisti di materiale parasanitario effettuati a trattativa privata e a prezzi maggiorati, la sezione centrale di appello della Corte dei Conti conferma la sentenza della magistratura contabile campana, ribadisce la sussistenza del danno erariale da parte del Comitato di Gestione dell'ex Usl 16 di Maddaloni, e condanna i quattro componenti al pagamento di 119mila euro.

Una vicenda che risale agli anni '92, scaturita da una verifica amministrativo-contabile effettuata dall'ispettorato generale per la finanza pubblica. Dalla relazione conclusiva era derivato un procedimento da parte della procura contabile, definito dalla sezione giurisdizionale per la Campania con la condanna di Francesco Morgillo, Domenico Tedesco, Antonio Mastella e Pietro Farina (i primi tre componenti del comitato di gestione, l'ultimo coordinatore amministrativo).

A fronte dell'importo inizialmente attivato dalla Procura contabile (198.330 euro), il collegio



Lo spreco

«I pagamenti sono avvenuti senza delibera del Comitato di Gestione ma attingendo dai fondi»



aveva contenuto la somma, quantificandola in 118.995 euro. Un giudizio di responsabilità peraltro sospeso due volte, la prima in attesa della definizione del parallelo procedimento penale (definito con sentenza del Tribunale di Santa Maria Capua Vetere di non luogo a procedere per intervenuta prescrizione) e la seconda in attesa della definizione in Corte di cassazione di un ricorso civile che era stato ritenuto rilevante ai fini del decidere.

La sentenza di primo grado era stata appellata, e adesso è arrivata la conferma della sezione centrale della Corte. «I fatti di causa - si legge nella sentenza - e gli elementi desumibili dalle indagini effettuate anche per delega della Procura contabile, nonché gli ulteriori elementi probatori acquisiti nel processo penale, liberamente valutabili dal giudice contabile anche a prescindere dall'esito che il giudizio penale ha avuto depongono per la conferma della responsabilità di tutti i soggetti coinvolti nella vicenda». Nel provvedimento viene inoltre sottolineato come «i pagamenti sono avvenuti al di fuori di qualunque atto autorizzatorio preventivo, e spesso anche senza neppure passare dalla trafila della delibera del Comitato di Gestione ma attingendo dai fondi economici». Disattesi infine i rilievi del Comitato regionale di control-

lo: «Il Comitato di gestione non ha tenuto conto dei numerosi rilievi mossi alla approvazione di tali ordinanze dal Co.re.co. e ha pervicacemente proceduto a reiterare le delibere di ratifica». Il Collegio giudicante (presidente Salvatore Nicoletta, consiglieri Rita Loreto, Emma Rosati, Pina Maria Adriana La Cava ed Elena Tomassini) nel respingere l'eccezione di prescrizione degli appellanti, ha reputato corretta la statuizione operata dal giudice di primo grado anche in ordine alla quantificazione del danno, in considerazione della natura solidale della chiamata in responsabilità. Sin da ora gli interessati hanno annunciato di impugnare il provvedimento.

©/R/PRODUZIONE RISERVATA

15/1/2018

Assenze per malattia retribuite: Italia fanalino di coda dell'Ue per la spesa complessiva e procapite

quotidianossanità.it

14 GENNAIO 2018

Assenze per malattia retribuite: Italia fanalino di coda dell'Ue per la spesa complessiva e procapite

Le spese di protezione sociale per le assenze per malattia, secondo l'ultima rilevazione Eurostat, retribuite rappresentano il 3,6% del totale delle spese per prestazioni sociali e sono il 12% della spesa totale per le prestazioni di malattia/assistenza sanitaria. La percentuale delle prestazioni sociali complessive spese in congedo di malattia retribuito varia tra gli Stati membri: rappresentava oltre il 5% delle prestazioni sociali totali a Cipro (8,5%), Germania (6,1%), Paesi Bassi (6,1%) e Lussemburgo (5,3%), le quote più basse sono state registrate in Grecia (0,7%), Italia (1,2%), Portogallo (1,4%) e Romania (1,6%).

Nel 2014 gli Stati membri dell'Ue hanno speso oltre 138 miliardi di euro in assegni per malattia retribuita (1% del Pil dell'Ue). Cifra in aumento nel 2015, anche se non è presente il dato di alcuni Paesi e comunque mediamente sempre in aumento dal 2010 in poi praticamente ovunque, tranne che in Italia, dove – probabilmente anche per le politiche di controllo su eventuali abusi e contenimento della spesa - la cifra è andata sempre diminuendo, Danimarca e Norvegia che tuttavia rappresentano due Stati in cui la spesa per assegni malattia, calcolati come euro medi per abitante, è al top dell'Ue.

Le spese di protezione sociale per le assenze per malattia, secondo l'ultima rilevazione Eurostat, retribuite rappresentano il 3,6% del totale delle spese per prestazioni sociali e sono il 12% della spesa totale per le prestazioni di malattia/assistenza sanitaria.

Negli ultimi anni, la percentuale delle spese di protezione sociale per le indennità di malattia retribuite nell'Ue è leggermente aumentata, passando dal 3,4% nel 2010 al 3,6% nel 2014 quando in valori assoluti e per tutti gli stati membri è stata di 138 miliardi circa, mentre nel 2015 (assente il dato di Polonia e Turchia) è salita oltre i 151 miliardi.

La percentuale delle prestazioni sociali complessive spese in congedo di malattia retribuito varia però significativamente tra gli Stati membri. Rappresentava oltre il 5% delle prestazioni sociali totali a Cipro (8,5%), Germania (6,1%), Paesi Bassi (6,1%) e Lussemburgo (5,3%).

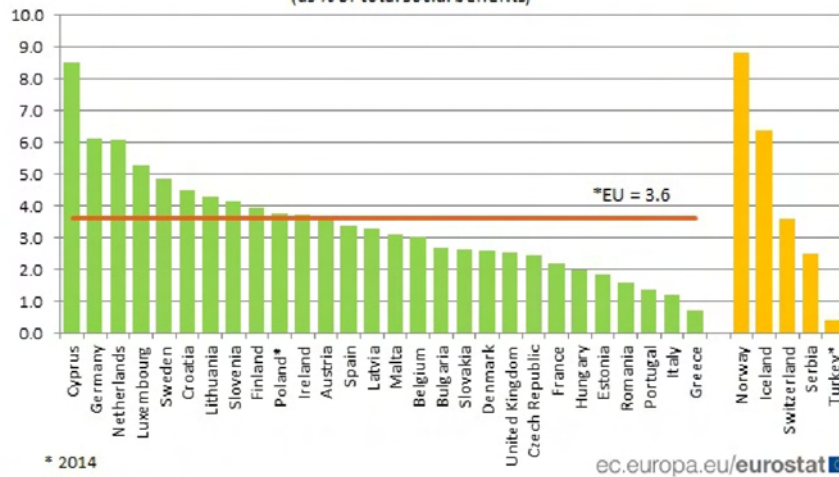
Le quote più basse sono state registrate in Grecia (0,7%), Italia (1,2%), Portogallo (1,4%) e Romania (1,6%). Dal punto di vista della media di euro procapite per abitante poi, la classifica vede in testa la Norvegia e il Lussemburgo rispettivamente con oltre 1.600 e quasi 963 euro (la media Ue 28 è a 295 euro) e in coda Romani e Serbia, rispettivamente a 17 e 23,4 euro. Ma l'Italia è al dodicesimo posto dal fondo classifica con 88,39 euro, mentre dopo di lei tra i partner maggiori dell'Ue c'è la Francia a quota 222,82 euro medi procapite per abitante.

15/1/2018

Assenze per malattia retribuite: Italia fanalino di coda dell'Ue per la spesa complessiva e procapite

Share of paid sick leave benefits, 2015

(as % of total social benefits)



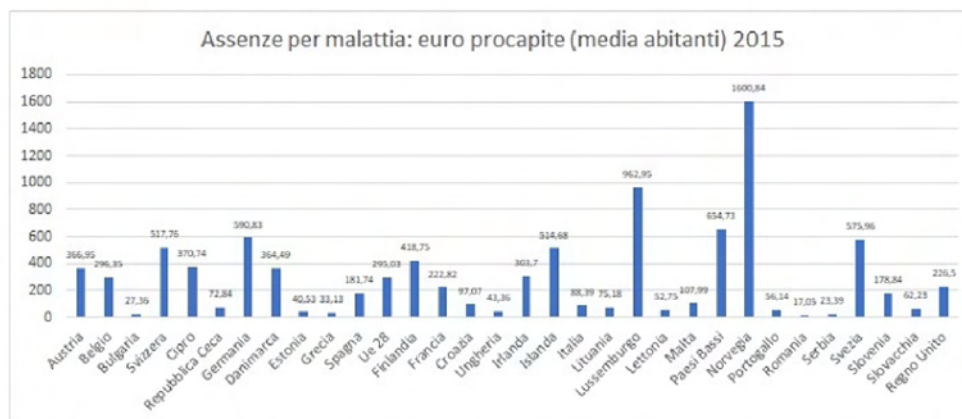
Spesa totale 2010-2015 per assenze malattia retribuite (milioni di euro)

15/1/2018

Assenze per malattia retribuite: Italia fanalino di coda dell'Ue per la spesa complessiva e procapite

Stati membri	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ue 28	108.907,39	109.490,31	119.067,80	123.571,89	129.438,94	132.870,05	138.007,63	151.235,15
Belgio	2.480,18	2.638,02	2.756,54	2.909,99	3.057,51	3.253,96	3.477,09	3.586,13
Bulgaria	145,38	181,17	159,98	134,15	147,35	171,90	183,39	209,72
Repubblica Ceca	1.036,89	833,36	737,36	701,34	661,39	686,56	666,19	756,27
Danimarca	2.548,59	2.560,64	2.545,75	2.527,73	2.454,39	2.274,26	2.262,99	2.189,60
Germania	32.960,34	35.390,65	36.743,01	40.010,79	44.558,22	48.103,71	49.022,32	51.649,92
Estonia	99,92	81,96	38,50	45,17	44,48	49,95	54,38	61,39
Irlanda	917,89	884,34	1.778,38	1.697,00	1.572,49	1.482,70	1.467,29	1.488,37
Grecia	535,93	545,14	509,57	453,21	380,30	334,71	328,95	341,89
Spagna	11.718,47	11.021,02	10.523,81	9.672,76	8.015,41	7.413,37	7.995,51	8.845,48
Francia	14.406,15	14.076,24	14.449,76	14.571,05	14.535,38	14.574,86	14.876,40	15.412,61
Croazia	536,11	507,56	452,38	461,54	424,36	395,97	370,94	414,40
Italia	6.248,00	6.065,00	6.044,00	6.085,00	6.046,00	5.953,00	5.730,00	5.668,00
Cipro	270,87	290,50	288,31	291,64	292,41	243,66	296,55	321,22
Lettonia	96,42	135,15	94,26	75,46	73,44	82,99	84,93	117,02
Lituania	236,72	219,00	120,13	126,91	138,15	156,97	170,95	237,02
Lussemburgo	328,42	407,10	439,19	474,68	523,27	560,73	561,66	595,46
Ungheria	621,21	578,30	469,72	382,60	344,39	345,17	405,85	428,87
Malta	41,18	40,92	39,02	42,42	44,70	46,85	46,80	49,97
Paesi Bassi	10.835,00	11.536,00	11.984,00	12.269,00	12.271,00	11.684,00	11.404,00	11.769,00
Austria	2.964,53	3.058,81	3.062,19	3.223,78	3.250,00	3.408,91	3.352,22	3.525,12
Polonia	2.559,18	2.485,32	2.569,63	2.612,94	2.689,75	2.910,46	2.900,99	
Portogallo	574,79	586,70	565,55	564,26	523,00	492,59	529,20	603,36
Romania	407,59	394,82	279,55	256,36	260,01	304,45	330,51	365,01
Slovenia	330,27	330,08	353,38	344,48	347,84	349,45	353,41	377,90
Slovacchia	235,08	317,05	330,62	343,63	355,94	343,76	321,85	367,06
Finlandia	2.116,85	2.242,68	2.304,92	2.388,93	2.441,45	2.452,66	2.454,14	2.557,20
Svezia	4.229,35	3.471,76	3.641,60	4.274,96	5.090,82	5.606,66	5.699,51	6.228,90
Regno Unito	9.426,08	8.614,69	15.790,59	16.639,59	18.898,95	19.115,45	18.063,98	18.878,23
Islanda	159,73	124,45	132,82	142,73	156,49	167,92	188,20	220,54
Norvegia	7.201,46	7.843,34	8.135,92	8.421,95	8.781,10	8.857,28	8.679,70	8.359,54
Svizzera	3.107,93	4.252,92	3.464,35	4.175,08	4.798,46	5.175,04	4.843,04	5.430,14
Serbia	157,11	148,45	140,54	150,74	151,34	156,97	173,32	179,81
Turchia	179,51	174,32	209,32	233,47	284,50	341,01	358,55	

Fonte: Eurostat



Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità su dati Eurostat

Assegni malattia 2015
euro per abitante

Norvegia	1600,84
Lussemburgo	962,95
Paesi Bassi	654,73
Germania	590,83
Svezia	575,96
Svizzera	517,76
Islanda	514,68
Finlandia	418,75
Cipro	370,74
Austria	366,95
Danimarca	364,49
Irlanda	303,70
Belgio	296,35
Ue 28	295,03
Regno Unito	226,50
Francia	222,82
Spagna	181,74
Slovenia	178,84
Malta	107,99
Croazia	97,07
Italia	88,39
Lituania	75,18
Repubblica Ceca	72,84
Slovacchia	62,23
Portogallo	56,14
Lettonia	52,75
Ungheria	43,36
Estonia	40,53
Grecia	33,13
Bulgaria	27,36
Serbia	23,39
Romania	17,05

*Fonte: elaborazione
Quotidiano sanità su dati
Eurostat*

La tassa aveva scoraggiato l'uso delle strutture pubbliche in favore dei privati: così stop al caro-rimborsi

Ecografie e analisi, abolito il ticket

Via i 10 euro sulla ricetta, alla Regione costerà 10 milioni ma recupererà le prestazioni perse

Ettore Mautone

Cancellato il ticket regionale di 10 euro a ricetta. La misura riguarda le prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche, analisi di laboratorio, indagini diagnostiche come radiografie, ecografie, doppler) il cui costo complessivo abbia un valore inferiore a 56,15 euro. In pratica la Regione tira il freno alla spesa che i cittadini campani sostenevano per prestazioni che finivano per essere più convenienti ri-

nunciando alla ricetta e se pagate di tasca propria presso i centri erogatori privati accreditati. L'obiettivo è riportare nel Servizio sanitario regionale una serie di prestazioni oggi pagate direttamente dai cittadini che trovano più conveniente ricorrere al regime privatistico in quanto l'esborso risulta inferiore o uguale a quello che sarebbero costretti a pagare conteggiando i ticket.

> A pag. 30



La strategia
I cittadini
rinunciavano
alla ricetta
pagando
l'esame
di tasca
propria

Le cure, la svolta

Ticket, abolita la quota di dieci euro ecografie e analisi costano meno

Decreto di De Luca: la Regione spende 10 milioni ma recupera prestazioni perse

Ettore Mautone

Cancellato il ticket regionale di 10 euro a ricetta. La misura riguarda le prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche, analisi di laboratorio, indagini diagnostiche come radiografie, ecografie, doppler) il cui costo complessivo abbia un valore inferiore a 56,15 euro. In pratica la Regione tira il freno alla spesa che i cittadini campani sostenevano per prestazioni che finivano per essere più convenienti rinunciando alla ricetta e se pagate di tasca propria presso i centri erogatori privati accreditati. Il provvedimento è stato assunto con un decreto ad hoc firmato a fine anno dal commissario per la Sanità regionale Vincenzo De Luca (decreto numero 78 del 28 dicembre scorso). Il governatore mantiene dunque le promesse annunciate nel discorso di fine anno in Consiglio regionale. Alla vigilia della campagna elettorale per le elezioni politiche De Luca mette così in campo una manovra, dal costo tutto sommato sostenibile (circa 10 milioni di euro) che non è invece riuscita al Governo centrale nonostante i ripetuti tentativi condotti sul filo di lana della fine della legislatura. Tentativi naufragati sullo scoglio della mancanza di copertura finanziaria.

L'obiettivo del presidente della Regione è chiaro: riportare nel Servizio sanitario regionale tutta una serie di prestazioni oggi pagate direttamente, di tasca propria, dai cittadini che trovano più conveniente ricorrere al regime privatistico (out of pocket) in quanto l'esborso risulta inferiore o uguale a quello che sarebbero costretti a pagare conteggiando i ticket. Una forma di compartecipazione alla spesa che finora aveva funzionato da disincentivo a richiedere alcune prestazioni e indagini a carico del Servizio sanitario regionale. Ogni prestazione è infatti pagata per intero fino al tetto massimo di 36,15 euro con l'aggiunta di 10 euro di quota fissa per ricetta di competenza nazionale cui si aggiungevano altri 10 euro di quota regionale che portavano a 56,15 euro l'esborso finale per i cittadini. Sotto tale soglia i 10 euro regionali sono stati aboliti. Visite ed esami che, entro tale soglia di costo, diventavano dunque più convenienti da pagare direttamente anziché richiesti con la ricetta, con il vantaggio di non dover passare per lo studio del medico di famiglia per la prescrizione. Insomma tutto quello che finora il cittadino pagava meno di 56,15 euro avrà un costo inferiore, con un risparmio netto di 10 euro a prestazione, se ciascun esame o visita specialistica sarà richiesta su presentazione di ricetta medica. Un vantaggio di cui godranno esclusivamente i cittadini non esenti, in quanto gli altri (esenti) già erano esclusi da tale maggiorazione. Per poliambulatori e gabinetti specialistici, dove si effettuano tali esami, non cambia nulla tranne i tempi di riscossione dalle Asl del corrispettivo dell'esame o visita effettuata. Il costo finale della prestazione resta infatti identico. Le Asl incasseranno una parte di tale spesa con i ticket residui (che continueranno a essere a carico dei cittadini, ossia il valore della prestazione fino a 36,15 euro e i 10 euro a ricetta di competenza nazionale) mentre l'altra quota di 10 euro sarà appunto abolita e messa a carico delle casse della Regione.

Nessuna novità, invece, riguardo ai 2 euro a ricetta che i cittadini pagano sulle prescrizioni dei farmaci. Resta in piedi, a carico del cittadino, anche la differenza di costo tra il farmaco generico (a basso prezzo) e quello che ha un brand più noto e a brevetto scaduto che non si sia allineato alla media del minor costo.

Intanto la Regione e la Struttura commissariale lavorano con gli organi di Federfarma per una riforma complessiva dei Cup (Centri unici di prenotazione). L'obiettivo è allargare le funzioni del canale di prenotazione di visite, esami e ricoveri in farmacia. Attualmente l'utilizzo di

tale modalità costa alle tasche dei cittadini 2 euro a prenotazione. Dati ancora preliminari (stabiliti con certezza solo a Napoli 1 dove sono state conteggiate nell'ultimo anno circa 500mila prestazioni) limiterebbero a pochi milioni di euro l'eventuale abolizione di tale esborso per gli assistiti. Come contropartita si potrebbero però potenziare i Cup nelle farmacie deputandoli ad assorbire in via esclusiva tale funzione sottraendola ad Asl e ospedali. Questi libererebbero così diverse decine di unità di personale, soprattutto infermieristiche, (di cui c'è grave penuria), attualmente impiegate in attività amministrative, restituendole alle funzioni assistenziali cui sono state finora sottratte.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità/2

Distretti Asl, nove specialisti per coprire i posti vacanti

Per reintegrare il personale medico mancante nei vari distretti, l'Asl conferisce incarichi a tempo indeterminato a 9 medici. Si tratta di tre specialisti ambulatoriali di Neuropsichiatria Infantile, tre di Ginecologia, uno di Igiene e Medicina Preventiva, uno di Epidemiologia e Prevenzione e uno di Chirurgia Generale. Giovanni Santamaria, Giuseppa Uturnale e Anna di Dona, per Neuropsichiatria, svolgeranno turni lavorativi rispettivamente di 38, 19 e 28 ore, presso il Centro unico di Salute Mentale in età Evolutiva dell'Asl, e presso i distretti di Montesarchio e di Benevento Nord Est. Stella Di Lella, Antonella Angiolillo e Giuseppe Cerrota, per Ginecologia, copriranno rispettivamente turni di 30, 5 e 10 ore settimanali presso i distretti sanitari Benevento Nord Est, Benevento 2, con sede a S. Giorgio del Sannio e presso il consultorio di Vitulano. Per Chirurgia Generale, Epidemiologia e Prevenzione e per Igiene e Medicina Preventiva saranno assegnate rispettivamente, 12, 30 e 18 ore settimanali a Flavio Fabozzi, da destinare ai distretti di Teleso e Morcone, Lucia Esposito al dipartimento di prevenzione e Valentina Galdo, per l'assistenza ai tossicodipendenti della casa circondariale di Capodimonte.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

13/1/2018

Sostenibilità Ssn. Quici (Cimo): "Vogliamo veramente una sanità equa e universale? La politica risponda...se non ora quando?"

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 12 GENNAIO 2018

Sostenibilità Ssn. Quici (Cimo): "Vogliamo veramente una sanità equa e universale? La politica risponda...se non ora quando?"

"È stata la politica a mettere in crisi la sostenibilità del diritto alla salute. Ed ora tocca proprio alla stessa politica stabilire il reale impegno che intende assumere in un settore nevralgico per l'Italia, come quello della Sanità". È questo, in sintesi il pensiero di Guido Quici, presidente nazionale Cimo che, commentando [il documento conclusivo sull'indagine e analisi dello stato di salute del nostro Ssn](#), apre nuovi orizzonti di riflessione.

"Il documento conclusivo sull'indagine e analisi dello stato di salute del nostro Ssn, votato all'unanimità dalla Commissione Sanità del Senato, offre l'opportunità per alcune riflessioni non solo sui principi di universalità, solidarietà ed equità della sanità italiana ma, soprattutto, sul reale impegno che la politica intende assumere in un settore nevralgico per il nostro Paese dove il confine tra welfare e salute è sempre più lontano".

Così **Guido Quici**, presidente nazionale Cimo, commenta il lungo lavoro di indagine e analisi sullo stato di salute del Ssn, iniziato nel giugno del 2013 su proposta dei senatori **Nerina Dirindin** e **Luigi D'Ambrosio Lettieri**, e conclusi ieri con un voto unanime della Commissione Sanità del Senato.

"Certamente - ha continuato Quici - **l'analisi condotta ha evidenziato uno spaccato della sanità italiana del tutto realistico**, come sono condivisibili le 10 considerazioni conclusive che i senatori lasciano all'attenzione dei partiti e delle forze politiche per questa campagna elettorale e per chi sarà chiamato a governare e legiferare nella prossima legislatura. Una sorta di testamento che lascia una pesante eredità e che richiama anche il lavoro dell'analoga commissione canadese che ha costatatato come 'il sistema sanitario è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia'".

"E' proprio vero - ha sottolineato il presidente nazionale Cimo - **'volere è potere' e di volere e potere ne abbiamo visto, in questi anni, davvero poco**. Molti dubbi, tuttavia, permangono ancora. Si afferma, ad esempio, che 'non si tratta di un problema economico', perché 'la sostenibilità del diritto alla salute è prima di tutto un problema culturale e politico'. Giusto, ma questa affermazione è 'indigesta' e di difficile comprensione per i pazienti e gli operatori sanitari che si trovano di fronte al più basso rapporto spesa sanitaria / Pil degli ultimi anni, quale conseguenza di una politica di definanziamento che origina 4 anni prima della crisi economica e persegue fino ai nostri giorni a prescindere dai Governi che si sono succeduti".

Per Quici "piuttosto sembra di rilevare una forte autocritica perché, prima di tutto, **è stata la politica a mettere in crisi la sostenibilità del diritto alla salute**: dalla conduzione autoreferenziale delle regioni nei processi organizzativi, alle politiche remissive nei confronti delle decisioni assunte dal Mef, non certo per la scuola, le banche etc, fino alla recente politica del bonus e malus presente nell'ultima finanziaria. Certo esiste ancora un problema culturale perché non vi è un vero progetto di rilancio della nostra sanità e le azioni intraprese in questi anni dal Ministero della salute sono state puntualmente disattese dalla stessa politica economica nazionale che ha sempre considerato la sanità un costo e non un fattore produttivo, per non parlare delle politiche regionali che, spesso, hanno frenato ogni iniziativa aprendo, di volta in volta, contenziosi su tematiche nazionali come nel caso della vicenda vaccini".

Secondo il presidente nazionale Cimo "il messaggio che emerge è chiaro e forte: **lo Stato non è più in grado di assicurare tutto a tutti ed il combinato liste di attesa, out of pocket e rinuncia alle cure rappresenta l'evidenza dei fatti**. Si vorrebbe, quindi, un cambio culturale che porti i cittadini a convivere con strumenti alternativi, (vedi sanità integrativa) e gli operatori sanitari ad avere un diverso approccio al mondo del lavoro caratterizzato, sempre di più, da modelli organizzativi e costi sempre più bassi ed iniziere dal costo del

13/1/2018

Sostenibilità Ssn. Quici (Cimo): "Vogliamo veramente una sanità equa e universale? La politica risponda...se non ora quando?"

personale. Ma questo sembra in contrasto con l'altra affermazione secondo la quale si tratta di 'una questione di equità e quindi di giudizi di valore, prima ancora che di sostenibilità economica'.

"Il valore, inteso in termini di efficienza clinica ed efficacia delle cure, di esiti di salute, di equità – ha detto ancora Quici - non può non tenere conto della spinta motivazionale dei professionisti della salute, spinta che è venuta meno da troppo tempo e che oggi, invece, diventa la prima necessità. Chi vive, tutti i giorni, la vita delle corsie e dei pronto soccorso ospedalieri, sa perfettamente che **la demotivazione del personale porterà ad un ulteriore abbassamento dei livelli di assistenza** e, se fino ad ora, nonostante il ridotto personale, l'aumento del precariato, le aggressioni nelle strutture sanitarie, la medicina amministrata, i sanitari hanno dimostrato senso di responsabilità, adesso diventa sempre più difficile continuare a sostenere un sistema che necessita di interventi strutturali, non al ribasso, a meno che la politica non voglia continuare a perseguire il copione già visto".

"Occorre, quindi – ha concluso il presidente nazionale Cimo - uscire dal mondo virtuale ed entrare in quello reale e, allora, le domande che Cimo pone nel confronto politico sono: **fino a che punto la politica è disposta a salvaguardare i principi fondanti del nostro sistema sanitario nell'interesse della collettività, garantendo a tutti coloro che ne hanno bisogno un'elevata qualità di accesso alle cure?** Quali cure il nostro sistema è in grado di assicurare ai cittadini? Quali politiche del personale intende perseguire? Si vuole davvero una sanità più equa, universalistica e sostenibile? È questo il momento in cui la politica deve dare risposte forti e chiare".

Farmindustria. 71 le sperimentazioni Alzheimer, l'Italia resta in prima linea nella ricerca

STRATEGIA

Scaccabarozzi: Pfizer ha deciso di dirottare risorse in aree in cui ha maggiori possibilità di arrivare a risultati importanti

Rosanna Magnano

■ «Le neuroscienze e le demenze come Alzheimer e Parkinson restano strategiche per la ricerca farmaceutica mondiale, finanziata per il 90% dalle industrie. La rinuncia di Pfizer a questo filone di indagine non deve essere interpretata come un segnale di abbandono, ma come una buona notizia. Perché vuol dire che si è resa conto che altri competitor sono più avanti». È questa l'analisi del presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi dopo il dibattito che nei giorni scorsi si è sviluppato sui media e il timore diffuso di una sconfitta definitiva della scienza. «Visti gli alti costi della ricerca - continua Scaccabarozzi - è giusto che Pfizer dirotti risorse in aree in cui ha maggiori possibilità di arrivare a risultati importanti».

L'industria mondiale dunque va avanti, nonostante difficoltà e fallimenti. Sono infatti un'ottantina le multinazionali impegnate sulle patologie neurodegenerative e 190 i progetti di sperimentazione su nuovi farmaci contro l'Alzheimer. Anche l'Italia è in prima linea con 71 sperimentazioni cliniche, di cui 48 in fase avanzata (fonte: Aifa). «La neurologia e il sistema nervoso centrale, subito dopo l'oncologia - continua Scaccaba-

rozzi - sono la seconda area di interesse della ricerca dell'industria farmaceutica. Quindi mi sento di tranquillizzare tutti. Nessun abbandono».

Ma le demenze restano un'emergenza globale che rischia di mettere definitivamente in ginocchio sistemi sanitari e modelli di welfare. Solo in Italia colpiscono 1,2 milioni di pazienti e la metà dei casi sono di Alzheimer, con costi sociali diretti e indiretti per 6 miliardi. Pertentare di avvicinarsi più rapidamente al traguardo si punta quindi su una maggiore cooperazione, tra privati e con il pubblico. «La ricerca in rete è un modello molto positivo, già operativo nell'industria farmaceutica. Dalla ricerca chiusa degli anni '60 si è passati gradualmente al network dell'innovazione e della conoscenza. Così siamo arrivati a una produttività molto maggiore. Con 15 mila nuovi farmaci in arrivo e 7 mila in fase di sperimentazione. È fondamentale è il contributo delle università, che vantano una qualità delle pubblicazioni elevatissima. Anche in oncologia l'accademia italiana è eccezionale».

I costi della ricerca, sottolinea Farmindustria, restano tuttavia alti. «Servono due miliardi e mezzo per sviluppare una molecola - ribadisce il presidente di Farmindustria - e i costi continuano ad aumentare. Servono garanzie di efficacia e una produzione di dati che ha un impatto. E poi ci sono i fallimenti. Che sono normali. Dopo la fase uno, solo il 4% delle molecole arriva al paziente. Ma se due malati di cancro su tre re-

stano vivi a cinque anni, la mortalità per patologie cardiovascolari è diminuita del 30%, se l'Hiv non è più una malattia mortale e l'Epatite C è curabile vuol dire che ne vale la pena». Resta aperto il nodo dei prezzi dei farmaci innovativi. E anche per la demenza gli stakeholder si pongono il problema sostenibilità. «Il farmaco non va considerato come prodotto a se stante - conclude Scaccabarozzi - ma va inserito in un processo che mette il paziente al centro e misura gli outcome. Faccio l'esempio dell'Epatite C. Si diceva che i farmaci per eradicare il virus costavano tanto. Ma in Italia spendevamo un miliardo di euro per trattare l'Epatite C: tra cirrosi, carcinoma e trapianto si spendevano centinaia di milioni. Ora con poche migliaia di euro il virus è eradicato, il paziente viene curato e guarisce. E quel miliardo non si spenderà più. Per i malati oncologici, se si guardano le spese mediche l'incidenza del costo dei farmaci è del 4%. Per le demenze il grosso dei costi sono i caregiver. Il farmaco inserito nel percorso di cura fa risparmiare. Quindi per accedere alle terapie innovative basteranno le risorse che già ci sono. Bisognerà solo spenderle meglio».

© SIPRE/STUDIO NEWSPAZZ