



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La sanità

# Esami e test clinici, i giorni del caos «Negata l'assistenza in Campania»

## Raggiunti i tetti di spesa, appello al ministro: serve una deroga

**Marisa La Penna**

Centri convenzionati deserti. Ospedali pieni come un uovo. Malati di cancro, diabetici, cardiopatici sbalottolati da una struttura sanitaria pubblica all'altra alla ricerca di un posto libero per un esame del sangue, una tac, una risonanza, una pet, una visita cardiologica. L'esaurimento dei tetti di spesa è un anatema. Per tutti. Per i malati, per i medici di famiglia, per gli ospedali, per le strutture convenzionate.

E così partono da Napoli appelli al ministro della Salute. Si invoca un tavolo col Governo per una deroga. Si chiede di non lasciare soli i pazienti indigenti. Quelli che non possono pagarsi il diritto alla salute. Quelli costretti a rinunciare ad esami fondamentali per la propria sopravvivenza in attesa di gennaio, quando si potrà di nuovo contare sulla sanità accreditata. Ma quando, forse, sarà troppo tardi per fermare un cancro.

Mettono, così, nero su bianco il sindacato (il segretario regionale della funzione pubblica della Cgil, Alfredo Garzi e Lina Lucci, segretario generale della Cisl Campania), gli imprenditori dell'ospitalità privata (il presidente dell'Aiop, Sergio Crispino), le associazioni per i diritti dell'ammalato.

Ieri sono partite le ultime due lettere per il ministro Lorenzin. Partiamo da quella dell'Aiop. Scrive, tra l'altro Crispino nel documento che porta la firma anche del presidente della commissione sanità di Confindustria Campania, Vincenzo Schiavone. «L'annuale esaurimento anzitempo dei budget per prestazioni ambulatoriali erogate da strutture accreditate è la ulteriore prova di una programmazione economica che non ha punti di contatto con il reale fabbisogno del territorio campano, ma che ba-

da solo a quadrare i conti in modo ragionieristico, nello spasmodico tentativo di mostrare ai ministeri un ipotetico pareggio di bilancio».

Inoltre, secondo l'Aiop, «l'applicazione rigida del "decreto Balduzzi" porterà in Campania un ulteriore indebolimento della rete ospedaliera già ampiamente al di sotto degli standard numerici nazionali. Solo nel settore ospedaliero accreditato si perderanno infatti oltre mille posti letto. E con essi capacità assistenziale, produttiva e occupazionale».

Chiudere un punto nascite non fa parte, ammette ancora Crispino, di una scelta imprenditoriale ma è piuttosto l'obbligatorio tentativo di non far fallire un'impresa.

Proprio ieri, infatti, abbiamo raccontato della volontà, da parte dell'amministrazione della clinica Villa Bianca, di sopprimere il punto nascite dove vengono alla luce mediamente duemila bambini all'anno. Conclude la lettera dell'Aiop: «Se, pertanto, l'invocato tavolo contribuisse a dare certezze sul futuro del servizio sanitario regionale e, conseguentemente, delle aziende che operano erogando un servizio pubblico, saremmo i primi a contribuire alla ricerca di soluzioni possibili per il superamento della crisi del comparto».

La Cgil ha usato la mano più pesante nella nota inviata alla Lorenzin. Scrive tra l'altro Garzi: «Il sistema non regge più. Urge avviare un confronto serio, teso all'efficientamento del servizio, che restituisca piena dignità di cittadinanza a chi vive nel nostro territorio».

Per il rappresentante della Cgil «è altrettanto importante risolvere con urgenza l'emergenza occupazionale e dare dignità ai lavoratori del settore, considerati cenerentole del sistema, ma unici a reggerlo». Infine la richiesta al ministro di convocare un tavolo ad horas con le istituzioni regionali e l'apertura contestuale di un tavolo di crisi nazionale che scongiuri i licenziamenti già avviati e la chiusura di strutture «indispensabili a garantire il diritto alla salute». Poi il sindacato preannuncia una mobilitazione dei lavoratori del settore: «Agiremo con tutte le forme di lotta consentite».

Sempre a proposito di Villa Bianca, questa mattina si riunirà la commissione sanità per un'audizione pubblica sul caso Ospedale del Mare. «In quella occasione - spiega il capogruppo di Campania Libera-Psi-Davvero Verdi Francesco Emilio Borrelli, membro della commissione - chiederò che venga svolta una iniziativa simile per Villa Bianca».

Insiste Borrelli: «Non possiamo accettare che una eccellenza della sani-

tà in Campania sopprime il reparto nascite e licenzi decine di dipendenti all'improvviso. Voglio sapere pubblicamente e con dati alla mano le vere ragioni della chiusura del punto nascite dove sono nati decine di migliaia di bambini napoletani».

Ma vediamo quale è stato, quest'anno, lo scandenzario dello sfioramento dei tetti di spesa. I primi a chiudere i battenti delle prestazioni in convenzione col servizio sanitario regionale sono stati i centri di cardiologia. Era il 15 luglio. L'11 agosto stop ai laboratori di analisi. Il giorno dopo è stata la volta delle visite specialistiche. Il 16 agosto la radiologia. Il 7 settembre la diabetologia. E l'altro giorno la medicina nucleare.

Nei giorni scorsi erano scesi in campo i medici di famiglia (Sumai di medicina generale e Fimmg) a loro volta disperati per non riuscire ad aiutare i loro pazienti nella ricerca di strutture disponibili ad effettuare indagini per i più indigenti e gravemente ammalati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Lo stop**  
Fine delle prestazioni in cardiologia radiologia analisi di laboratorio e nucleare

**L'incontro**  
Cgil, Cisl imprenditori chiedono al governo una deroga per il caso Campania

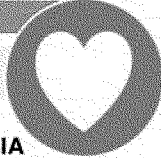
**La lettera**  
Un appello al ministro della Salute Beatrice Lorenzin (sopra, in una visita a sorpresa al Cardarelli) per risolvere il dramma dei pazienti senza assistenza



## Stop alle prestazioni in convenzione

15 LUGLIO

**CENTRI  
DI CARDIOLOGIA**



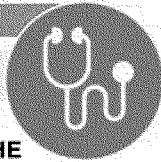
11 AGOSTO

**LABORATORI  
DI ANALISI**



12 AGOSTO

**VISITE  
SPECIALISTICHE**



16 AGOSTO

**RADIOLOGIA**



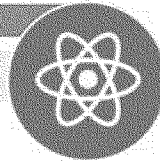
7 SETTEMBRE

**DIABETOLOGIA**



14 SETTEMBRE

**MEDICINA  
NUCLEARE**



centimetri

Il reportage

# File in ospedale, la rivolta del popolo dei ticket

## Ingolfate le strutture sanitarie pubbliche, crescono le liste di attesa per le prestazioni

**Gigi Di Fiore**

Monica dovrebbe fare un controllo almeno una volta all'anno. Ha avuto un intervento al seno per un cancro afferrato in tempo, ma lavora in uno studio di avvocati nella zona di Chiaia dove la stipendiano al nero. Con meno di 800 euro al mese, Monica non può permettersi il lusso di pagare ticket da cui dovrebbe essere esente. Lo dice: «Forse sono pigra, o mi faccio bene i conti in tasca. Sarei esentata dal ticket in tempi normali, quando poi c'è la solita chiusura dei laboratori, dovrei mettermi in fila per fare un controllo nelle strutture pubbliche. Non ho tempo e lascio perdere».

Quanti rinunciano a farsi delle analisi mediche, per non dover pagare il ticket? Come ogni anno, tornano le chiusure dei circa 700 laboratori privati regionali convenzionati con le Asl. Non chiudono in concreto, solo devono convertire l'assistenza da indiretta a diretta. Significa, in soldoni, che anche con la famosa prescrizione rossa, quella del medico di base messa a disposizione della sanità pubblica, il ticket bisogna pagarselo di tasca propria. E, per evitarlo, ci si riversa nei 25 laboratori pubblici, che sono negli ospedali o nelle sedi delle Asl.

«Quest'anno, i budget assegnati per le convenzioni con i laboratori privati sono finiti prima degli altri anni - spiega Annamaria Lettera, medico di base - Significa che i laboratori hanno cominciato a far pagare i ticket già da questo mese e non da ottobre, come è avvenuto negli scorsi anni».

All'ospedale Loreto Crispi, sono in attesa soprattutto anziani. Una signora ha portato un libro. Spiega: «Al ritorno dalle vacanze dovevo controllare una serie di valori, dal colesterolo ad altro. Ho i miei acciacchi e la mia età. L'anno scorso, di questi tempi, ero a pochi metri, all'Sdn. Ora però lì si paga e allora mi sono sottoposta ad attese maggiori, per risparmiare. Vivo di pensione, non posso permettermi certe cifre».

Proprio al Loreto Crispi viaggiano ad una media di una quarantina di prelievi quotidiani, per analisi di routine. Poi, ci sono le analisi specialistiche. In piazza Nazionale, la struttura di radiologia della Asl lavora a tutto

spiano. Ha spiegato Bruno Accarino, presidente regionale del sindacato radiologi: «Il 2016 è lontano e abbiamo esaurito da tempo le risorse per la diagnostica radiologica in quasi tutte le Asl. Le convenzioni sono agli sgoccioli, solo pochi laboratori hanno ancora dei budget a disposizione. Nelle strutture pubbliche, così, aumentano le liste d'attesa».

Racconta Gianni, 45 anni, in fila nella struttura pubblica di radiologia della Asl in piazza Nazionale: «Sono fortunato, perché avevo deciso subito di farmi qui il mio accertamento. Quindi non mi sono trovato spiazzato all'improvviso. Mi hanno detto che, oggi, chi vuole prenotare una risonanza magnetica al ginocchio deve aspettare, per farla, anche oltre 65 giorni».

Un radiologo fornisce altri tempi d'attesa, per analisi specialistiche: fino a 71 giorni per un'ecografia all'addome, 79 per una delicata colonscopia dove i tempi sembrano, negli ultimi giorni, allungarsi ancora di più. Francesco deve sottoporsi proprio ad una colonscopia al Cardarelli. Ha pagato 56 euro di ticket e ha dovuto aspettare quattro mesi. Dice: «Una colonscopia senza biopsia costerebbe 224 euro circa se fatta in un laboratorio privato».

Le analisi più specialistiche, come la scintigrafia, hanno costi variabili tra 200 e 400 euro. Ha denunciato Luigi Costanzo, medico di famiglia di Frattamaggiore: «I tempi di attesa di analisi nelle strutture pubbliche sono aumentati. Per un'ecografia o un ecodoppler si può aspettare anche cinque o sei mesi».

Gli esami di laboratorio convenzionati si sono trovati privi di budget a fine luglio. Aggiunge Bruno Accarino, presidente del sindacato regionale radiologi: «Molti decidono di posticipare esami e analisi, che significa rinunciare alle cure».

Al Monaldi, Vincenzo ha da poco pagato il ticket per una visita di controllo cui si sottopone ogni mese. Ha un tumore alla prostata, lo cura con medicine sperimentali che costano molto e hanno bisogno di prescrizioni ospedaliere. Racconta: «Ho 86 anni, per fortuna alla mia età il tumore si tiene a bada. I miei costi sono sostenuti dall'assistenza pubblica, prenoto con il numero verde a telefono la visi-

ta di volta in volta. Una signora mia amica, invece, che ha avuto un intervento per un tumore al seno, ha dovuto pagare 300 euro per una Pet. Non poteva aspettare il turno, e ha deciso di utilizzare un laboratorio privato».

Sono soprattutto i pazienti oncologici a subire le conseguenze del blocco dei laboratori privati. Proprio i pazienti che non dovrebbero avere tempi d'attesa troppo lunghi. Spiega la dottoressa Annamaria Lettera: «Paradossalmente, chi non ha un'esenzione, per gravi patologie o per reddito, del ticket, subisce meno danni dal blocco. Si paga quasi la stessa cifra, ad esempio, a farsi un prelievo per un check up di controllo con la ricetta bianca, quella di normale prescrizione medica».

I prelievi di controllo hanno costi medi di 60-70 euro, ma sono i tempi d'attesa, la ricettività, il doversi spostare dal proprio quartiere i disagi maggiori per gli utenti. E in gran parte dei centri diagnostici privati è comparso un avviso che informa l'avvio dell'assistenza diretta. L'Associazione dei centri ambulatoriali ha da tempo annunciato: «Molti centri hanno esaurito il budget a disposizione, per pochi altri è questione di tempo. Un mese, forse meno: per radiografie, tac, analisi di laboratorio, visite specialistiche e prestazioni diabetologiche bisognerà pagare».

Un refrain annuale, arrivato in anticipo di un mese. Spiega un biologo al lavoro in un laboratorio privato: «Alcuni centri vanno avanti con l'indiretta, ce ne è uno al quartiere Vomero di Napoli, grazie a fondi extrabudget dei rimborsi di prestazioni a cittadini di altre regioni».

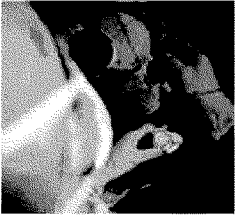
È un tesoretto campano residuo di sette-otto milioni, di cui tre a Napoli e provincia. Presto finirà anche quello e ovunque bisognerà attendere il nuovo anno per farsi delle analisi mediche senza pagare direttamente. È il contenimento della spesa sanitaria.



”

### La testimonianza/1

Monica, segretaria:  
«Pagata in nero, senza ticket  
per ora ho rinunciato»



”

### La testimonianza/2

«300 euro per una Pet  
non potevo aspettare  
sono andata dai privati»



”

### La protesta/1

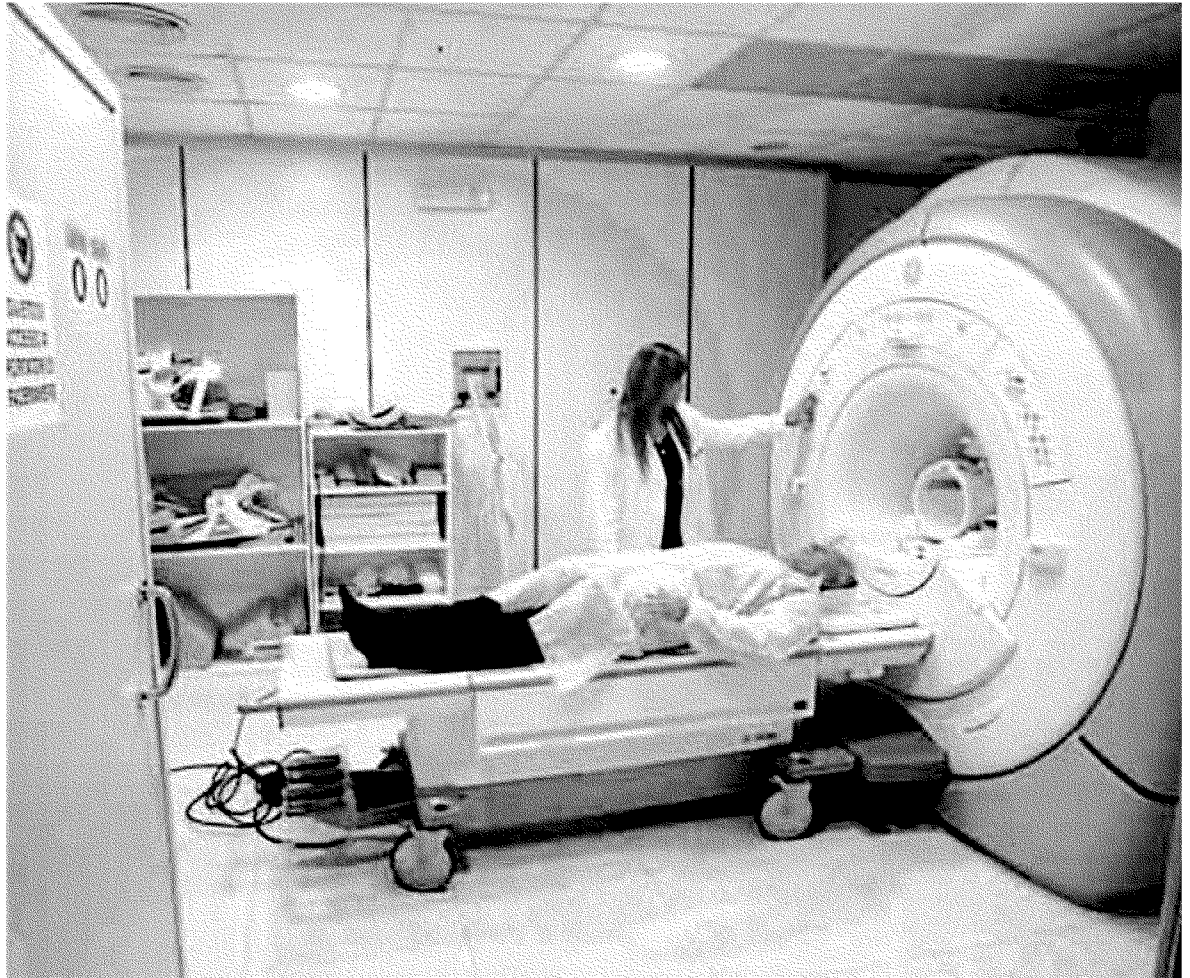
Il sindacato dei radiologi  
«Il 2016 è lontano  
tutti esauriti i budget»



”

### La protesta/2

I medici di base  
«Tetti raggiunti da tempo  
prestazioni a rischio»



### File & proteste

Prestazioni  
ingolfata  
nei presidi  
ospedalieri  
dopo lo stop  
ai privati

# quotidianosanità.it

Giovedì 17 SETTEMBRE 2015

## Stabilità. Lorenzin: “Giusto abbassare le tasse. Ma per farlo non serve demolire il Ssn”

**“L’abbassamento delle tasse sarà una cosa storica ed è un obiettivo del Governo. Ma si può fare anche senza demolire il Ssn com’è stato fatto in passato”. Così il ministro in un’intervista a Sky Tg 24 dove ha anche annunciato l’intenzione di battersi per un aumento del fondo per i farmaci innovativi, epatite C in testa, auspicando anche “un abbassamento dei prezzi dei nuovi farmaci”.**

“Spero che in questa legge di stabilità si possa rimpinguare il fondo per i farmaci innovativi, a partire da quelli per l’epatite C, ma non solo”. Mentre infuria la polemica sui tagli alla sanità, il ministro della salute **Beatrice Lorenzin**, intervistata questa mattina da *Sky Tg24*, prova a spargliare le carte.

Rispondendo a una domanda di una telespettatrice via twitter che chiedeva quando sarebbero stati disponibili per tutti i nuovi farmaci contro l’epatite C, il ministro non si tira indietro e anzi annuncia che darà battaglia per aumentare il Fondo di 1 miliardo previsto dalla precedente stabilità.

E come a sottolineare che la questione dei tagli sia tutt’altro che chiusa, l’altra bordata: “L’abbassamento delle tasse sarà una cosa storica” ed è un “obiettivo del Governo”, ha detto, ma questo “si può fare anche senza demolire il Ssn com’è stato fatto in passato”.

**Insomma il messaggio a Renzi e Padoa è chiaro.** “Ho ascoltato bene le parole del Presidente del Consiglio – ha detto Lorenzin - e ritengo che bisogna almeno rimanere sullo stanziamento della Legge di stabilità del 2015 (112 mld, mentre Renzi aveva detto in sostanza che si sarebbe potuto scendere fino a 109,7, ndr)”.

“Dal 2013 ad oggi - aggiunge - non c’è stato più un taglio lineare nel Ssn. Quando sono diventata ministro il Fondo era intorno ai 107 mld. Quest’anno in Stabilità era stato fissato a 112 mld che poi si sono diventati poco meno di 110 mld perché le Regioni hanno rinunciato all’incremento per coprire altre spese. Però abbiamo un trend positivo di crescita”.

“Del resto – ricorda - bisogna fare la spending, che non sono tagli lineari ma è la messa in efficienza del sistema al proprio interno per reinvestire in sanità”. E in questo senso le priorità sono “continuare a investire su innovazione e ricerca e dare accesso ai pazienti ai nuovi farmaci oncologici e per l’epatite c. Poi occorre investire sul personale soprattutto al Sud dove abbiamo il blocco del turnover che ha messo in difficoltà le strutture sanitarie e tiene fuori dal mondo sanitario migliaia di giovani che si sono specializzati nel nostro paese. E poi nuovi Lea, nomenclatore e rafforzare il funzionamento del pronto soccorso e la rete emergenza”.

**Più soldi per i nuovi farmaci.** Come dicevamo Lorenzin promette battaglia per aumentare il fondo per l’innovazione ma rivendica anche gli sforzi fatti sin qui. “Nella scorsa Legge di Stabilità abbiamo stanziato 1 mld per due anni in un fondo speciale, su cui ho avuto anche un grosso contenzioso con alcuni, - ha ricordato il Ministro - per cominciare a curare i primi 100mila pazienti. Le Regioni stanno assorbendo i pazienti in una lista d’attesa in base alla gravità della malattia e dello stato di avanzamento. Più volte ho mandato i Nas per fare accertamenti perché per me è importante che la lista sia rispettata. Stiamo parlando di pazienti in fasi molto delicate e spesso critiche della malattia. E ricordiamo che il farmaco con poche somministrazioni guarisce dall’epatite C”.

Ed è per questo che “spero che in questa Legge di Stabilità si possa rimpinguare il fondo”. Per dare risposta a più pazienti, considerando che “abbiamo trattato i primi 100 mila sui 450 mila in stato più critico e poi ci sono i circa 1,5 milioni di italiani sieropositivi. Su questo continuerà l’impegno dello Stato nei prossimi anni e spero anche con ulteriore diminuzione del prezzo, visto che stanno entrando nuovi farmaci”.

**Lorenzin ha parlato anche di migrantiribadendo** che “non c’è nessun contagio o rischio per la salute” e annunciando che “a novembre qui a Roma, su mio invito, ci sarà l’Oms per discutere di questi temi. Sicurezza e Salute vanno insieme e non vanno strumentalizzate, ma gestite”.

**Novità anche sulla lotta al fumo.** Ieri la nuova campagna con **Nino Frassica** rivolta soprattutto ai minori (quasi uno su quattro fuma), oggi la conferma che arriverà presto un nuovo pacchetto anti fumo più stringente: “sono una serie di misure - divieto fumo in auto con minori e donne in gravidanza, divieto pacchetti da 10, immagini shock, ha detto Lorenzin, che mirano a tutelare la salute, soprattutto dei minori”

**E poi i limiti di età per l’eterologa.** Rispondendo a un’altra domanda di un telespettatore sul limite di età a 43 anni che fissa il limite per avere la prestazione a carico dello Stato, Lorenzin ha detto: “lo l’ho fissata a 46 anni, 43 anni è la proposta delle regioni. Dico la verità Per me era una scelta che doveva fare il ginecologo in base allo stato di fertilità della donna. Però, anche e purtroppo per motivi prettamente economici delle regioni si è cominciata a fare questa diatriba sull’età”.

**Infine, anche una battuta sulla riforma del Senato.** “Sarebbe incomprensibile non portare a compimento la Riforma. Riforma voluta in primis da noi e che abbiamo votato poco più di qualche mese fa. Questa è la linea di Ncd”.

# Manovra, dalla web tax risorse anti-Tasi Sanità, altolà Lorenzin: no a nuovi tagli

## La Stabilità

Previsti incassi per 3 miliardi  
Il premier: l'imposta dal 2017  
Zanetti: si può anticipare al 2016

**Andrea Bassi**

ROMA. Ogni volta che si mettono in fila, quei numeri fanno una certa impressione. Una società come Google raccoglie in Italia, secondo le stime più prudenti, circa un miliardo di euro l'anno di pubblicità. Eppure lo scorso anno ha versato nelle casse del Fisco poco più di due milioni di euro. Una percentuale irrisoria del suo fatturato nel Paese. Fino a due giorni fa Matteo Renzi non era mai stato convinto di un intervento nei confronti dei colossi del web per mettere un freno alle pratiche di pianificazione fiscale aggressiva portate avanti dai vari Google, Amazon, Facebook. All'inizio del suo mandato aveva persino cassato una norma già approvata scritta dal presidente della Commissione bilancio, Francesco Boccia, che obbligava i colossi dell'on line a dotarsi di partita Iva italiana. Ma ora il governo ha cambiato linea. Il motivo principale, probabilmente, è che Roma si aspettava che fosse Bruxelles a muovere per prima su questo fronte per evitare che ogni Paese andasse per la sua strada.

In effetti la Commissione europea ha approvato un piano di azione, che dovrebbe sfociare in una proposta di direttiva che metta finalmente fine alle

pratiche elusive delle multinazionali del web. Ma Bruxelles su questo terreno si muove al ralenty. Probabile che la proposta non arrivi prima dell'estate del prossimo anno. L'accelerata impressa da Renzi, che ha annunciato che in Italia la Google Tax sarà in vigore dal primo gennaio del 2017, potrebbe essere un modo per mettere sotto pressione Bruxelles. Del resto sul tavolo di Palazzo Chigi un testo già pronto, e in linea con le direttive dell'Ocse sul tema, c'è da tempo.

Si tratta di una proposta di legge firmata da Beppe Quintarelli e Giulio Cesare Sottanelli, due deputati di Scelta Civica. La settimana scorsa Renzi ha incontrato il sottosegretario all'Economia Enrico Zanetti, che di Scelta Civica è anche il segretario. Il vertice era proprio in vista della prossima legge di Stabilità, e buona parte della discussione è stata proprio sulla web tax. A convincere il premier più di ogni altra cosa, sarebbero stati due elementi. Il primo è il gettito per lo Stato che si può ricavare tassando i colossi del web, circa 3 miliardi di euro, quasi abbastanza per coprire l'eliminazione della Tasi sulle prime case. E il secondo elemento è il fatto che la proposta segue alla lettera le indicazioni dell'Ocse. Nasce infatti come una norma «anti elusiva» per contrastare le «stabili organizzazioni occulte». A proposito della legge di stabilità, una quota di risparmi arriverà, come ha lasciato intendere lo stesso Renzi, da un nuovo congelamento del fondo sanitario che sarà mantenuto ai livelli di quest'anno, bloccando quindi l'aumento di 3,3 miliardi di euro previsto per il 2016. Su questo tema ieri è intervenuto anche il

ministro alla Salute Beatrice Lorenzin che ha spiegato che, comunque vada, «il fondo sanitario nazionale non può andare sotto i 112 miliardi di euro». In realtà, sulla base di quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016, il finanziamento del fondo era stato fissato in 109 miliardi per il 2014, 112 miliardi per il 2015 e 115 miliardi per il 2016. Ma già lo scorso anno le Regioni erano state costrette ad una spending review di 2,3 miliardi che aveva riportato il fondo a 109 miliardi. Dunque, almeno secondo la Lorenzin, il dato di partenza dovrebbero comunque essere i 112 miliardi previsti per il 2015 e non i 109 che poi effettivamente le Regioni hanno avuto a disposizione.

Tornando alla web tax, già oggi se un'impresa estera ha un'organizzazione in Italia e non paga le tasse, il Fisco interviene. Con i giganti del web è, ovviamente, più difficile dimostrare che hanno delle organizzazioni sul territorio, visto che si muovono sul terreno virtuale. La legge prevede che se un'azienda straniera generi in Italia per un periodo superiore a sei mesi flussi di pagamento in misura non inferiore a 5 milioni, si presuppone che si tratti di un'impresa italiana. In questo caso scatta una tassa del 25% che viene prelevata direttamente dai bonifici o dai pagamenti con carta di credito che partono dall'Italia verso la sede estera del colosso. Una sorta di ritenuta alla fonte. Renzi ha detto che la Google Tax partirà nel 2017. Ma ieri Zanetti ha spiegato che si potrebbe anche anticipare al 2016.

### Multinazionali

Scelta civica ha proposto di tassare i colossi alla fonte: l'iniziativa ricalca i suggerimenti dati dall'Ocse

### I risparmi

Il ministro: il fondo nazionale non può andare sotto 112 miliardi. Ma il governo vuole mantenere i livelli del 2015





**La Stabilità** Il governo con il ministro Padoan mettono a punto le misure della prossima manovra: uno dei punti importanti riguarda i risparmi sulla sanità

## Sanità, l'annuncio del ministro Lorenzin: «Fondo nazionale mai sotto i 112 miliardi»

Comunque vada il Fondo sanitario nazionale (Fsn) «non può andare sotto i 112 miliardi». A blindare l'entità del finanziamento alla Sanità è il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, che così risponde alle affermazioni del premier Matteo Renzi che, due giorni fa, ha spiegato come «sulla sanità, male che vada nella legge di stabilità 2016 ci saranno le stesse cifre di quest'anno». Parole che non sono però piaciute a sindacati ed associazioni, secondo cui è all'orizzonte un nuovo "attacco" al Servizio sanitario nazionale, mentre il coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, Luca Coletto, esprime soddisfazione per le rassicurazioni del ministro.

Nell'ambito della manovra 2016 dunque, che sarà pari a 27 miliardi di euro come annunciato da Renzi, sembra non escluso un intervento sulla sani-



tà, partendo dalla considerazione del ministro dell'Economia, Pier Carlo Padoan, secondo cui in questo settore si può spendere «meno e meglio». Un intervento che non si configurerebbe tuttavia come un vero proprio e taglio.

le **i**nchieste del Mattino Il flop delle «stroke unit»

# Ictus, ci sono gli specialisti mancano i centri salvavita

**Maria Pirro**

**S**ei ore. È il tempo massimo entro il quale intervenire nei casi di ictus per salvare sia la vita del paziente sia per ridurre le complicanze. Ma per intervenire in questo tempo così breve occorre una rete di centri specializzati. «La Campania può vantare una grande tradizione nel settore specialistico - spiega Mario Muto, primario del Cardarelli - ma si è ancora indietro nell'organizzazione della rete d'intervento».

Ritardi per le strutture d'emergenza  
Sono attive soltanto tre unità:  
restano sulla carta i 26 reparti previsti

La sanità, il caso

# Tante eccellenze ma non c'è una «rete» così l'ictus è mortale

Ritardi nelle stroke unit, i centri salvavita

**Maria Pirro**

Iniziano oggi le «Cinque giornate di Napoli» dedicate alle neuroscienze. Parte da qui la battaglia per migliorare le cure contro l'ictus ischemico. Medici e ricercatori sono in città, in occasione del doppio congresso sulle terapie più efficaci messe a punto al fine di prevenire e trattare questa e altre patologie del sistema nervoso, tra cui aneurismi, malformazioni, sclerosi a placche e tumori cerebrali.

Il primo appuntamento scientifico è promosso dall'associazione italiana di Neuroradiologia (Ainr), l'altro a seguire, in programma per tre giorni, da domani al 20 settembre, è curato dalla società europea ESNR guidata da Majda Thurhner, docente all'università di Vienna.

Tra i relatori di livello internazionale, ci sono Mauricio Castillio, direttore della principale rivista in materia negli Stati Uniti, l'American Journal Neuroradiology, il francese George Rodesch e il tedesco Olav Jannsen, l'inglese Tarek Yousry, lo spagnolo Alex Roviva.

Ma, in particolare per la gestione dell'ictus ischemico, «passare dalla teoria alla pratica è un problema nel capoluogo e nella nostra regione, dove manca un numero adeguato di stroke unit, ovvero di struttu-

re dedicate alle cure in emergenza» fa notare Mario Muto, primario del Cardarelli e presidente di entrambi i congressi. Aggiunge: «Anche i percorsi di riabilitazione dell'ictus non sono definiti».

Come intervenire, quanto è decisivo un approccio multidisciplinare, i campanelli di allarme della malattia che rappresenta la

prima causa di invalidità nel mondo, la seconda causa di demenza e la terza causa di mortalità nei paesi occidentali. Fin qui i temi al centro del dibattito al via questa mattina, tra luci e ombre locali. «La Campania può vantare una grande tradizione nel settore specialistico» dice con orgoglio Muto. «Non a caso, si contano dieci reparti specializzati in neurodiagnostica, più che nel resto delle altre zone del Paese, ma si è ancora indietro nell'organizzazione della rete d'intervento, che è decisiva per aumentare le probabilità di sopravvivenza dei pazienti e ridurre le complicanze».

Peggio. In tutta Italia ogni anno si registrano oltre 200 mila

nuovi casi di ictus, di cui circa un terzo porta al decesso nell'arco di un anno e un altro terzo a un'invalidità seria. Il report dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità mostra «un enorme divario tra regioni, oltre che una disomogenea distribuzione dei centri di cura in emergenza sul territorio, a scapito del centro e del sud».

E la situazione più critica è segnalata in Campania: «Con tre stroke unit su 5,7 milioni di abitanti». Quando il ministero della salute ne prevede una ogni 200 mila abitanti.

Le stroke unit sono reparti speciali, dedicati alle malattie cerebrovascolari, con 4-15 letti per i pazienti seguiti da neurologi, radiologi, cardiologi, infermieri, tecnici di riabilitazione, logopedisti, assistenti sociali. «I protocolli internazionali pre-

vedono un preciso itinerario diagnostico e terapeutico», aggiunge Muto. «Le ricerche più aggiornate, di cui si parla al congresso, indicano i vantaggi dell'intervento chirurgico combinato con il trattamento farmacologico entro sei ore dall'allarme».

Il fattore tempo è decisivo. Per la diagnosi è necessario, peraltro, sottoporre velocemente il paziente ad esami come la risonanza magnetica. «Ma l'attrezzatura non è ancora installata in ospedali cittadini di frontiera quali sono il Loreto Mare, il San Giovanni Bosco e il presidio San Paolo», osserva.

C'è invece un piano, rimasto sulla carta, elaborato dal gruppo di lavoro istituito dalla Regione nel 2012 per potenziare l'assistenza all'ictus cerebrale acuto. E il documento

precisa che qui solo l'1,2 per cento dei pazienti viene sottoposto a immediato trattamento farmacologico. «La rilevazione risale al 2011 ma la situazione resta pressoché invariata», puntualizza Muto che rimanda al giudizio unanime della commissione. La sintesi è durissima: «L'organizzazione è veramente scarsa», anche se il decreto regionale 49 ha previsto l'istituzione di 26 stroke unit in Campania.

Quanto alla riabilitazione dopo l'ictus, i ritardi fanno aumentare anche i costi. Certifica l'Istituto superiore di sanità: «La degenza è di 7,5-8 giorni nelle regioni virtuose fuori dall'Italia, la media è di 12 giorni in Campania». Medici e scienziati di livello sono in città ma l'Europa quanto è lontana.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

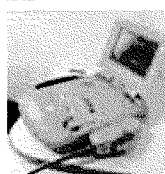
Iniziano stamani le giornate dedicate alle neuroscienze e alla prevenzione dell'ictus



”  
Muto  
«Intervento entro 6 ore decisivo. Ma sono in attività solo tre unità»



”  
Degenze  
«In Italia degenza media tra 7,5 e 8 giorni in Campania dodici»



### I reparti

Ventisei previsti

Sono 26 i reparti in Campania previsti dal decreto 49 approvato dalla Regione, ma la maggior parte delle strutture di stroke unit è solo sulla carta.



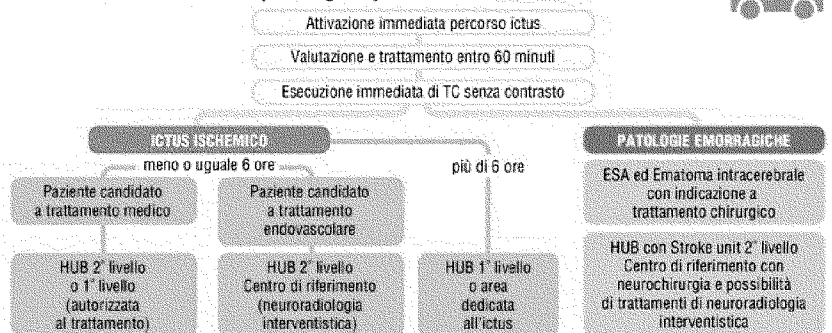
### Gli interventi

Sei ore decisive

Entro 6 ore dall'ictus è opportuno intervenire ma ci sono ospedali a Napoli che non hanno macchinari preziosi come la risonanza magnetica.

## Fase ospedaliera

TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO: per assegnare priorità di cura



centimetri



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



Le questioni della sanità | tagli all'assistenza, da venerdì si fermano anche i centri diabetologici

# Budget di cura esauriti, analisi a pagamento

Da oggi stop alle prestazioni  
in regime convenzionato  
Esami solo in strutture pubbliche

**Luella De Ciampis**

Scatta oggi lo stop alle erogazioni assistite dal Ssr delle prestazioni per la radiologia e dall'inizio della prossima settimana anche per la diagnostica di laboratorio, presso i centri privati accreditati, in linea con le comunicazioni ufficializzate dall'Asl. «A loro volta - dice Antonio Glorioso, responsabile della Uoc Servizio Controllo Gestione dell'Asl di Benevento - le strutture private dovrebbero comunicare agli utenti che è possibile usufruire delle stesse prestazioni presso le strutture pubbliche. Non ci sono state differenze sostanziali nel budget rispetto all'anno scorso, se non per una detrazione del 2 per cento sull'importo totale della somma erogata, da attribuire unicamente alla spending review, cioè alla revisione della spesa. Per l'anno in corso, la Regione Campania ha messo a disposizione poco meno di 10 milioni di euro per i tetti di branca che riguardano i centri convenzionati e si differenziano dai tetti di spesa o di struttura, in quanto sono soggetti a controlli ciclici da parte dell'Asl che, altrettanto periodicamente, comunica la percentuale di consumo. Vale a dire - spiega ancora Glorioso - che noi periodicamente avvertiamo i centri diagnostici quanto hanno già consumato dei soldi messi a loro disposizione per le prestazioni. Dei 9.700.000 euro, tale è il budget esatto stanziato per i tetti di branca, 3.427.500 euro sono stati assegnati alle spese relative agli esami di laboratorio, 5.243.500 euro sono stati destinati alla radiologia che comprende Tac, risonanza magnetica, ecografia e radiologia digitale, 792.179 euro sono stati stanziati per la medicina nucleare le cui erogazioni saranno eseguite fino a fine ottobre e 185.000 per i centri diabetologici che possono usufruire della convenzione fino al 18 settembre».

Tuttavia, molto spesso il passaggio dall'erogazione gratuita delle prestazioni nei centri accreditati a quella di esecuzione degli esami a pagamento non è così netta, in quanto i titolari delle strutture private decidono di dilatare i tempi delle erogazioni gratuite, rischiando di non poter usufruire del rimborso Asl. Certamente la sospensione dell'erogazione dei fondi regionali che perdurerà fino al mese di

gennaio è comunque una questione di difficile gestione per i pazienti, soprattutto per quelli affetti da patologie gravi. A tal proposito Vincenzo Luciani, medico di base, ex presidente dell'Ordine, dice: «È un aggravio burocratico per noi e un disagio per i pazienti, in special modo per quelli con patologie serie, perché, venendo meno i centri convenzionati, so-

**Fondi  
Soltanto  
la medicina  
nucleare  
ha risorse  
sufficienti  
fino a fine  
ottobre**

no costretti a mettersi in lista di attesa, presso le strutture pubbliche. In questi casi noi medici siamo obbligati a usare il codice di priorità, contrassegnato dalla casella U, del quale poi agli sportelli del Cup non si tiene minimamente conto. Ogni anno si accorciano sempre più i tempi di erogazione

dei fondi regionali, sia a causa della scarsità di risorse che per disincentivare gli utenti che non hanno necessità impellente di effettuare analisi cliniche e indagini diagnostiche approfondite e che comunque rappresentano un costo non trascurabile. Probabilmente - conclude Luciani - se la gestione delle prestazioni sanitarie fosse più oculata, andrebbe tutto a vantaggio di chi ha bisogno effettivo di cure mediche».

Secondo alcune stime di Confindustria Benevento (sezione sanità privata) sul territorio regionale allo stato esiste un fabbisogno di prestazioni assistenziali non coperte pari a 9 milioni di euro. A fronte di ciò, lo scorso maggio una delibera del commissario straordinario dell'Asl di Benevento Gelsomino Ventucci certifica la chiusura del bilancio consuntivo 2014 con un utile di 8 milioni e 700 mila euro, somma che evidentemente è stata utilizzata dalla Regione e «spalmata» sul debito complessivo della sanità regionale piuttosto che impiegata per assicurare la copertura finanziaria per le prestazioni diagnostiche convenzionate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Asl Napoli 1, è ribaltone arriva il commissario

## Pizzuti al vertice, il vice sarà la moglie di un consigliere regionale

**Paolo Mainiero**

«Cambieremo tutto», aveva assicurato Vincenzo De Luca e la promessa di rivoltare la Regione come un calzino non risparmiò la Asl Napoli 1. Scaduto, il 31 luglio scorso, il mandato del direttore generale Ernesto Esposito, il governatore ha nominato commissario dell'Azienda Renato Pizzuti, dirigente di staff della direzione generale Salute della Regione. Una scelta interna, dunque, così come interni sono i due sub-commissari: Antonella Guida, direttore sanitario della stessa Asl Napoli 1, e Rosario Guida, direttore amministrativo del Distretto di Scampia. Dei tre vertici uscenti (oltre a Esposito, il direttore amministrativo Domenico Concilio) si salva (con tanto di promozione) soltanto Antonella Guida, casertana di Santa Maria a Vico e moglie del consigliere regionale Alfonso Piscitelli, nuovo presidente della commissione Affari istituzionali, eletto in Regione con Campania in rete, la lista ispirata dal senatore verdiniano Vincenzo D'Anna. «Dobbiamo dimostrare che si volta pagina - ha spiegato De Luca - e si ragiona sulle qualità professionali e non sulle qualità di essere clienti o raccoglitori di voti».

Si cambia, dunque. Il governatore ha affidato ai nuovi vertici un preciso mandato, quello di «procedere a una riorganizzazione totale di una delle Asl più grandi e importanti d'Italia e del Mezzogiorno». In particolare, De Luca ha indicato una serie di obiettivi: «una severa verifica

dei costi e dei criteri di spesa all'insegna del rigore e della trasparenza»; «la qualità dei servizi ai pazienti»; «la razionalizzazione di strutture e servizi a Napoli città»; «la defini-

nizione dell'assetto operativo e gestionale dell'ospedale del Mare». Non una parola, nel suo comunicato, per Esposito, che pure ha il merito di avere riportato la Asl in linea di galleggiamento anche se il risanamento ha condizionato e spesso impoverito l'assistenza. Nel 2012, quando si insediò, il disavanzo era di 100 milioni: il preventivo 2015 prevede una perdita di 23 milioni con il raggiungimento del pareggio di bilancio nel 2016. La Napoli 1 era anche la Asl dei doppi pagamenti: soltanto per il triennio 2009-2011 risultavano 27.000 documenti contabili non verificati per un totale di 831 milioni. In un anno furono recuperati più di 20 milioni e lo scorso aprile il tavolo interministeriale di verifica del pia-

**Le scelte**  
Esposito via dopo tre anni, al suo posto un dirigente di staff della Regione

**Il caso**  
Il marito della Guida è Alfonso Piscitelli, eletto in una lista di De Luca

no di rientro valutò positivamente i risultati conseguiti. Numeri a parte, in tre anni, sotto la guida di Esposito, sono stati portati a termine interventi di adeguamento al Pellegrini (apertura dei nuovi reparti di Medicina e di Terapia intensiva), al San Giovanni in Bosco (apertura del nuovo complesso operatorio), al San Paolo (il Centro di medicina trasfusionale e il centro Antiviolenza).

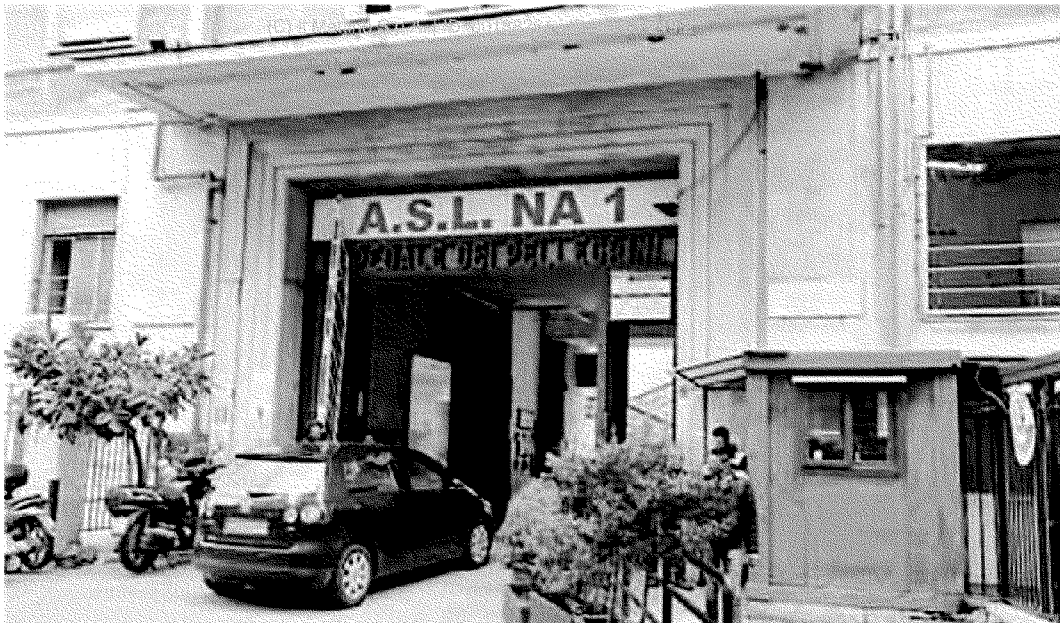
Ospedale del Mare e Napoli città sono le due priorità indicate da De Luca a Pizzuti. «Ho chiesto al commissario di porre grande attenzione all'Ospedale del Mare - spiega De Luca - dobbiamo definire, cosa incredibile che fino ad oggi non sia ancora stata fatta, le funzioni da collocare dentro l'ospedale. L'obiettivo è di farne un'eccellenza e portarvi dei capiscuola. Dobbiamo fare presto perché il tempo

di conclusione dei lavori sta arrivando». Intanto, il presidente della commissione regionale Sanità Lello Topo ha convocato per oggi in audizione il commissario dell'Ospedale del Mare Ciro Verdoliva, il consigliere di De Luca per la Sanità Enrico Coscioni e Ernesto Esposito (che ovviamente non ci sarà). Quanto alla gestione della Asl, De Luca ha chiesto a Pizzuti una programmazione più attenta. «L'obiettivo è darci una grande or-

ganizzazione guardando al meglio che si può fare e poi, naturalmente, guardare ai bilanci, fare un'analisi rigorosissima dei costi e della gestione. Non sarà consentita la sbavatura di una sola virgola perché non è più tempo di politiche clientelari», ha spiegato il governatore.

Resta aperta la questione più complessa della nomina dei direttori generali. Oggi tutte le Asl e

gran parte delle aziende ospedaliere sono commissariate (i commissari, anche quelli nominati da Caldoro, sono tutti dirigenti regionali) e De Luca ha deciso di riaprire i termini per le iscrizioni all'albo dei manager. In ballo c'è infine la nomina del commissario alla Sanità, nomina che spetta al governo. «Ne ho parlato con il ministro Lorenzin - ha detto il governatore - dobbiamo scegliere il meglio che c'è in Italia dal punto di vista della managerialità e della ragione delle strutture ospedaliere».



**Polemico il consigliere Grimaldi sulla nomina di Rosaria Guida**

## Cambio ai vertici dell'Asl Napoli 1 Pizzuti commissario, due i vice

**NAPOLI** L'Asl Napoli 1 Centro ha un nuovo commissario straordinario. Chiuso il mandato del direttore generale Ernesto Esposito, il presidente Vincenzo De Luca ha nominato ieri Renato Pizzuti alla guida dell'Azienda sanitaria partenopea. Lo affiancheranno i sub commissari Antonella Guida (moglie del consigliere regionale Piscitelli, vicino al senatore Enzo D'Anna) e Rosario Guida. Sulla nomina di Antonella Guida molto ha da ridire Massimo Grimaldi, consigliere regionale di Caldoro Presidente, il quale ne fa una «questione etico-morale. Ricordo — dice — che con Caldoro varammo “Campania zero”, una normativa che vietava a parenti di primo e secondo grado di consiglieri comunali

nel ricoprire incarichi pubblici. Vedo che tutto è stato aggirato. E' al solita doppia morale di De Luca». Intanto, per fare il punto sull'Ospedale del Mare, stamane alle ore 11 la V Commissione consiliare “Sanità”, terrà una audizione finalizzata ad analizzare lo “stato dell'arte”. Questione che vedrà protagonista il commissario Ciro Verdoliva, ormai in dirittura d'arrivo con i lavori. Anche se il vero nodo da sciogliere pare essere legato all'avvio delle attività e al reclutamento del personale.

**Raffaele Nespoli**

**Pozzuoli** Sulla scrivania del presidente De Luca e dei primi cittadini flegrei un atto di denuncia: La Schiana nel mirino

## Sanità sotto accusa: esposto in Regione

*Un malato oncologico costretto a tornare casa dopo ore di attesa*

di Tiziana Casciaro

**POZZUOLI** - Non c'è alternativa che tenga. Per le associazioni e i sindacati bisogna intervenire quanto prima per fronteggiare i disagi che, giorno dopo giorno, si registrano presso l'ospedale Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli. Lunghe file per un prelievo e tempi incommensurabili per una prenotazione di una visita medica specialistica e di esami radiologici finiscono al centro di un atto di denuncia indirizzato al governatore della Campania, **Vincenzo De Luca**; al presidente della V commissione regionale, **Raffaele Topo**; ai quattro sindaci dei comuni flegrei e al commissario a capo dell'Asl Napoli 2 Nord,

**Agnese Iovino**. Tra le firme in calce alla lettera ci sono la Cisl e la Uil Area Flegrea, i sindacati dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil, Legambiente Quartum, Eco della Fascia Costiera, Nuovi Orizzonti, Liberass, Comitato Pari Opportunità del comune di Pozzuoli, Acli Diccarchia e Osservatorio per la tutela dell'ambiente e della salute. *“Non basta pagare alte tasse sulla fiscalità*

*locale, le accise regionali per la sanità, dobbiamo anche subire queste enormi difficoltà”*, scrivono in

una nota congiunta, condannando in prima battuta soprattutto i sindaci perché *“primi responsabili della sanità nel loro territorio”* e dunque rei anche *“dell'inefficienza e dell'inefficacia dei servizi sanitari locali dei quali i cittadini dell'area flegrea sono vittime”*. I toni si fanno ancor più concitati quando al centro delle polemiche finisce la storia di un ammalato oncologico che l'altro giorno, dopo ore di attesa si è sentito dire che il laboratorio di analisi non avrebbe effettuato altri prelievi. *“Una situazione riluttante sotto ogni punto di vista, umano, sociale e lavorativo”* per i firmatari dell'esposto, che invitano l'Asl Napoli 2 Nord a promuovere un incontro pubblico in cui si possa definire una corretta programmazione sanitaria territoriale tesa ad evitare ulteriori disservizi e disagi ai cittadini dell'area flegrea. In caso contrario annunciano battaglia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Specialisti ambulatoriali, chance assunzioni con l'atto aziendale

## La vertenza/2

Solo il via libera al provvedimento consentirebbe le stabilizzazioni contenzioso al Consiglio di Stato

**Clemente Ultimo**

La via per la stabilizzazione degli specialisti ambulatoriali non sembra passare da Napoli. Il precedente citato dai medici del Ruggi nella lettera indirizzata al governatore campano De Luca, ovvero l'assunzione a tempo indeterminato degli specialisti ambulatoriali effettuato da alcune aziende ospedaliere partenopee, è stato giudicato non attuabile dal sub commissario ad acta Ettore Cinque.

In una nota indirizzata nelle scorse settimane ai direttori generali ed ai commissari straordinari delle aziende ospedaliere Pascale, Federico II, Sun e dei Colli, il sub commissario ha contestato

la legittimità dei provvedimenti di stabilizzazione. «Si segnala - si legge nella nota - che, in disparte ogni considerazione in ordine alla possibilità per tali specialisti di operare in convenzione diretta all'interno delle aziende ospedaliere (sull'argomento pende in Avvocatura Generale una richiesta di parere di legittimità), con il decreto commissariale in epigrafe tanto (ovvero la trasformazione dei contratti degli specialisti ambulatoriali da tempo determinato a tempo indeterminato, nda) risulta vietato, almeno fino all'approvazione dell'atto aziendale». Per il Ruggi, dunque, si tratta di una sorta di bocciatura preventiva, considerato che proprio il precedente napoletano veniva indicato come possibile strada da seguire per la stabilizzazione.

A ben guardare, però, la stessa nota del sub commissario Cinque apre uno spiraglio, indicando, di fatto, nell'approvazione dell'atto aziendale la condizione per superare l'attuale divieto. E' noto come anche l'Azienda ospedaliera universitaria di Salerno sia in attesa di vedere approvato il proprio atto aziendale, attualmente fermo negli uffici della Regione Campania. Dunque proprio Palazzo Santa Lucia potrebbe imprimere una svolta alla vicenda della mancata stabilizzazione degli specialisti ambulatoriali attraverso una tempestiva approvazione dell'atto aziendale del Ruggi.

Un passaggio, l'approvazione dell'atto aziendale, che consentirebbe inoltre una piena ridefinizione dell'assetto organizzativo dell'Aou, anche sotto il profilo della dotazione organica. Al momento sono circa trenta gli specialisti ambulatoriali in forza al Ruggi, di cui dodici in servizio al Pronto Soccorso. E proprio da questi ultimi, giudicati indispensabili per garantire la copertura dei turni, è partita l'iniziativa di rivolgere un appello al governatore De Luca perché intervenga consentendo la trasformazione dei contratti da tempo determinato a tempo indeterminato.



**Assistenza** L'ingresso del pronto soccorso del Ruggi



**Il confronto**  
Soluzione diversa per i medici di Napoli