



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La Regione

# Emergenze e pronto soccorso c'è un nuovo piano per la sanità

## Caldoro: ma assistenza e assunzioni non sono promesse elettorali

Paolo Mainiero

I più felici sono i sindaci di Torre del Greco, Cava de' Tirreni, Scafati, Maddaloni e Oliveto Citra che si ritrovano gli ospedali sotto casa. Cinque anni fa furono tagliati come rami secchi, oggi riaprono e rientrano nella rete dell'emergenza. «Prima si chiudeva, ora si riapre e si investe», dice il presidente Caldoro. Il governatore, che ieri ha presentato il nuovo piano ospedaliero, parla di «grande rilancio», possibile «grazie a un lavoro serio e silenzioso». Non sfugge che quei cinque sindaci sono tutti di centrodestra e non sfugge che il 31 maggio si voterà. Ma Caldoro non vuol sentire parlare di operazione da campagna elettorale. «Anzi - aggiunge - chiedo responsabilità alla politica, che non trovi elementi di propaganda. Facciamo cose concrete e dovremmo essere tutti contenti. Non è una questione di maggioranza e opposizione, sono cose positive per la nostra regione e tutti dobbiamo remare nella stessa direzione per migliorare la sanità». E in effetti sembra che l'opposizione abbia raccolto l'invito del governatore. Del resto,

**I fronti**  
Dopo 5 anni si riorganizza il pianeta salute: ora la parola passa al ministero

sto, dopo aver attaccato per cinque anni Caldoro, accusandolo di aver chiuso gli ospedali e minato il diritto alla salute dei cittadini, è ora difficile accusarlo di averli riaperti. Così il Pd sposta il tiro concentrandosi sullo sblocco del turn

over. «Dopo aver passato cinque anni a chiudere gli ospedali ora li riapre. Ma quello che più colpisce - incalza il capogruppo in Regione Lello Topo - sono le 1.100 assunzioni annunciate, a fronte di 10mila esuberanti, corrispondenti in realtà alla somma della quota di turn over possibile per legge, compresi i precari». E Massimo Paolucci aggiunge: «Caldoro la smetta di fare campagna elettorale sulla sanità. Le 1.118 assunzioni annunciate non sono praticabili. Il ministero non ha autorizzato i decreti perchè non è assicurata la copertura finanziaria».

A scanso di equivoci Caldoro precisa che la tempistica «non è decisa da noi» ma risponde al cronoprogramma, valido per tutte le Regioni, fissato dal governo. «Il piano - dice - è un atto significativo che avrà un forte impatto sul territorio». La premessa è il risanamento dei conti: si è passati da un deficit, nel 2009, di 853 milioni a un attivo, nel 2013, di 6 milioni. «Una nuova fase», la definisce il governatore, accompagnata da altri risultati, come la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori, scesi dai 427 giorni del 2009 ai 165 del 2014; o la riduzione della mobilità passiva: nel 2009 i ricoveri fuori regione erano 92.000, nel 2013 sono stati 80.754. In questo quadro rientra il piano ospedaliero, che ha uno dei punti chiave nella dotazione dei posti letto: la Campania si riallinea agli standard nazionali e ottiene un incremento di 802 nuovi posti letto. Misura che consente di riattivare i cinque pronto soccorso chiusi nel 2010 oltre a quello del Loreto Mare: il presidio di via Marina è destinato a con-

fluire nell'Ospedale del Mare ma la Regione ritiene necessario mantenere un presidio strategico in una zona nevralgica di Napoli. Tra i punti essenziali del piano, la rete dell'emergenza, le reti ictus, cardiologia e trauma, la rete neonatale, il potenziamento dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza. «È un piano dinamico», lo definisce in sintesi il subcommissario alla Sanità Mario Morlacco, nel senso che si integra con le 67 case di cura private che hanno completato l'accreditamento. Fra l'altro entro il 30 settembre prossimo le cliniche che hanno tra i 40 e i 60 posti letto dovranno essere accorpate mentre quelle sotto i 40 posti dovranno essere riconvertite. Il prossimo passaggio prevede che sia l'Agenas, l'Agenzia nazionale per la sanità, a esaminare il piano. «Non è uno spot elettorale, è il compimento di un percorso», assicura il presidente della commissione Sanità del consiglio regionale Michele Schiano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Presentato il nuovo piano. Riattivate le strutture sanitarie che erano state «congelate» nell'ultima riorganizzazione

# Ospedali, 800 posti letto in più

Sanità, riaprono cinque Pronto soccorso. Caldoro: non sono promesse elettorali

Paolo Mainiero

**I** più felici sono i sindaci di Torre del Greco, Cava de' Tirreni, Scafati, Maddaloni e Oliveto Citra che si ritrovano gli ospedali sotto casa. Cinque anni fa furono tagliati come rami secchi, oggi riaprono e rientrano nella rete dell'emergenza. «Prima si chiudeva, ora si riapre e si investe», dice il presidente Caldoro. Il governatore, che ieri ha presentato il nuovo piano ospedaliero, parla di «grande rilancio», possibile «grazie a un lavoro serio e silenzioso». Non sfugge che quei cinque sindaci sono tutti di centrodestra e non sfugge che il 31 maggio si voterà. Ma Caldoro non vuol sentire parlare di operazione da campagna elettorale. «Anzi - aggiunge - chiedo responsabilità alla politica, che non trovi elementi di propaganda. Facciamo cose concrete e dovremmo essere tutti contenti».



**La riorganizzazione** A palazzo Santa Lucia per presentare ieri dal governatore Stefano Caldoro il nuovo piano ospedaliero regionale



## Isindaci

Riapertura del pronto soccorso, recupero di posti letto e assunzioni attraverso un'ulteriore sblocco del turnover. È quanto prevede il Piano di riordino della rete ospedaliera messo nero su bianco dalla Regione Campania e presentato alla presenza di molti sindaci

## La rete dell'emergenza

32

PRESIDI di BASE SEDE di Pronto soccorso

### ■ AVELLINO

P.O. Landolfi di Solofra, P.O. Crisculi Sant'Angelo dei Lombardi, P.O. di Ariano Irpino

### ■ BENEVENTO

P.O. Fatebenefratelli, P.O. S. Alfonso Maria de Liguori di S. Agata dei Goti

### ■ CASERTA

P.O. di Marcianise, P.O. di Maddaloni, P.O. di Sessa Aurunca, P.O. S. Giuseppe e Melorio di Santa Maria Capua Vetere, P.O. di Piedimonte Matese

### ■ NAPOLI 1

P.O. Pellegrini, P.O. Fatebenefratelli, P.O. Villa Betania, P.O. Loreto Mare

### ■ NAPOLI 2

P.O. San Giuliano di Giugliano, P.O. San Giovanni di Dio di Frattamaggiore, P.O. Rizzoli di Ischia, CDC di Villa dei Fiori di Acerra, Ospedale Religioso Santa Maria della Pietà di Casoria

### ■ NAPOLI 3

P.O. di Sorrento, P.O. di Vico Equense, P.O. di Torre del Greco, P.O. di Boscotrecase

### ■ SALERNO

P.O. Villa Malta di Sarno; P.O. Fucito di Mercato San Severino, P.O. di Polla S. Arsenio, P.O. di Eboli, P.O. di Battipaglia, P.O. di Cava dei Tirreni, P.O. Santa Maria della Speranza di Sapri, P.O. di Scafati, P.O. di Oliveto Citra

9

DEA I° LIVELLO

### ■ P.O. di Aversa

■ Cdc Pineta Grande di Castel Volturno

■ P.O. San Giovanni Bosco

■ P.O. Na Ovest S. Paolo

■ P.O. S. Maria delle Grazie di Pozzuoli

■ P.O. Castellammare di Stabia

■ P.O. di Nola

■ P.O. Vallo della Lucania

■ P.O. Umberto I di Nocera Inferiore

6

DEA II° LIVELLO

■ A.O. Moscati di Avellino

■ A.O. Rummo di Benevento

■ A.O. San Sebastiano di Caserta

■ A.O. Cardarelli

■ Ospedale del Mare (a regime)

■ A.O.U. Ruggi di Salerno

2

PS in zone particolarmente disagiate

■ P.O. Capilupi di Capri

■ P.O. di Roccapiside

**Il focus**

(C) Il Mattino S.p.A. | ID: 00191397 | IP: 93.41.241.111

# Crescono i posti letto, riaprono cinque ospedali

## La Regione ottiene altre ottocento unità. Viene potenziata anche la rete neonatale

**Paolo Mainiero**

Una sintesi prova a farla Raffaele Calabrò. «Il paziente nell'ospedale giusto al momento giusto», dice il consigliere di Caldoro per la Sanità. È a questa filosofia che si ispira il piano ospedaliero presentato ieri dal governatore e all'esame del ministero della Salute. Il principio è quello della rete territoriale. «La Campania - spiega Calabrò - ha guadagnato un numero di posti letto per il suo buon

” **Parametri  
Fabbisogno,  
nuovi criteri**

andamento degli anni precedenti e in questa maniera riusciamo a riorganizzare gli ospedali secondo quelle che sono le esigenze di ogni singolo territorio, riequilibrando anche tra le varie province lì dove c'erano carenze. L'obiettivo è di migliorare la qualità dell'assistenza migliorando i servizi».

**Posti letto.** È la vera novità del piano, dalla quale discende la scelta di riattivare il pronto soccorso di cinque ospedali. Il numero dei posti letto è fissato in 19.726, con un incremento di 802 unità. Con questo aumento di posti la Campania si riallinea alla media nazionale, obiettivo raggiunto grazie a una battaglia fatta dalla Regione in Conferenza Stato-Regioni: il numero dei posti letto è stato ricalcolato non più sull'anzianità della popolazione (criterio che penalizzava la Campania) ma sul numero effettivo degli abitanti. Il fabbisogno è stato infine determinato sulla valutazione della reale occupazione dei posti letto negli ultimi cinque anni cercando di accorciare le liste di attesa e di avere una copertura dei posti letto non inferiore al 70 per cento. Il piano prevede anche il potenziamento dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza: ne sono previsti 2.990 di cui 2.187 per la riabilitazione e 803 per le lungodegenze dopo la fase acuta. Infine per i servizi psichiatrici i posti letto passano da 196 a 234.

” **Turismo  
Capri e Ravello  
non chiudono**

**Pronto soccorso.** L'incremento dei posti letto consente alla Regione di riattivare il pronto soccorso di sei ospedali (Torre del Greco, Scafati, Cava de' Tirreni, Oliveto Citra, Maddaloni, Loreto Mare) che furono chiusi o ridimensionati nel 2010 perché considerati rami secchi o doppiati di presidi vicini (è il caso dell'ospedale di Torre del Greco, chiuso in favore del nuovo ospedale di Boscotrecase, o di Maddaloni, stretto tra Caserta e Marigliano). Insomma, il vecchio piano ospedaliero lo considerava non produttivi e dunque da tagliare. Oggi quelle strutture rientrano nella rete dell'emergenza grazie all'incremento dei posti letto. Queste sei strutture riacquistano Medicina, Chirurgia, Ortopedia, Ostetricia (sempre che siano garantiti almeno 500 parti all'anno). Inoltre, il piano prevede due pronto soccorso a Capri e Roccamare, considerate zone disagiate, e un punto di primo intervento presso il Castiglione di Ravello.

**Le reti.** Sono tre: ictus, cardiologia, trauma. Sono organizzate per hub e spoke. Gli spoke sono il primo accesso, punto di smistamento del paziente verso gli hub, suddivisi in hub di primo e di secondo livello a seconda delle tecnologie. Per esempio, in cardiologia un hub di primo livello ha l'emodinamica interventistica ma non la cardiocirurgia, di cui dispone invece l'hub di secondo

” **Trauma  
Individuati  
tre centri pilota**

livello. Per restare nella cardiologia, la rete prevede anche 37 Utic (Unità di terapia intensiva coronarica) di cui solo 19 con emodinamica interventistica. Nella rete cardiologica rientrano anche cinque strutture private (le cliniche Mediterranea, Montevergine, San Michele di Maddaloni, Pineta Grande, Villa Betania). Per quanto riguarda l'ictus, la rete dell'emergenza è organizzata in 8

hub e in 12 spoke, mentre per il trauma ci sono 6 hub di primo livello e tre di secondo livello, uno per macroarea: l'ospedale Sant'Anna di Caserta per Campania Nord; il San Giovanni di Dio di Salerno per Campania Sud; l'Ospedale del Mare (quando entrerà in funzione) per Campania Centro. In totale, la rete dell'emergenza è composta da 32 presidi di base di pronto soccorso; 9 Dea (dipartimento di emergenza e accettazione) di primo livello (per esempio: il San Giovanni Bosco e il San Paolo); 6 Dea di secondo livello (a Napoli, il Cardarelli oltre all'Ospedale del Mare quando sarà a regime).

**La rete neonatale.** Il piano è tarato su 54.000 parti all'anno e prevede la concentrazione di punti nascita passando dai 68 del 2013 ai 60 del 2015, che resta una dotazione superiore allo standard nazionale per l'alta natalità in Campania. Resta anche il tetto dei 500 parti all'anno, il mini-

” **Progetti  
Sorrento e Sele  
nel programma**

mo per giustificare l'esistenza di un punto nascita, con una deroga per sei zone disagiate: Ariano Irpino, Piedimonte Matese, Sessa Aurunca, Ischia, Sapri, Vallo della Lucania. Il piano prevede l'aumento dei posti letto di terapia intensiva neonatale: dagli attuali 110 ai 156 programmati.

**Nuovi ospedali.** Nel piano proposto dalla Regione sono inserite quattro nuove strutture. Due sono in via di realizzazione: l'Ospedale del Mare, del quale sono stati inaugurati i primi ambulatori, sarà completato entro agosto e sarà a regime a inizio del 2016; a Caserta sono in corso i lavori del Policlinico: tempi di conclusione, circa due anni. In fase molto embrionale è invece la progettazione dell'ospedale unico della Penisola Sorrentina e dell'ospedale della Valle del Sele.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I numeri

### 5

Riattivati il pronto soccorso dei presidi sanitari di Maddaloni, Torre del Greco, Cava de' Tirreni, Oliveto Citra e Scafati: nel 2010 furono chiusi come rami secchi

### 32

Sono 32 i presidi di base della rete dell'emergenza in tutta la regione. A Napoli ci sono Pellegrini, Loreto, Fatebenefratelli e Villa Betania

### 6

Decisivo il risanamento dei conti della sanità. È di sei milioni di euro l'attivo di bilancio registrato nel 2013. Nel 2009 il settore presentava un deficit di 853 milioni

### 14

Sono gli hub di primo livello della rete cardiologica ai quali vanno aggiunti 5 hub di secondo livello, 18 spoke e 37 unità di terapia intensiva coronarica

### 165

Il piano di rientro voluto dal governo ha dato risultati nel pagamento dei fornitori: nel 2014 i tempi sono stati di 165 giorni contro i 427 del 2009

### 156

Il piano ospedaliero della Regione prevede l'aumento dei posti letto di terapia intensiva neonatale: si passa dagli attuali 110 ai programmati 156

### 80.754

Secondo i dati forniti dalla Regione c'è stata la riduzione della mobilità passiva. Nel 2009 i ricoveri fuori Campania erano 92.200, nel 2013 sono stati 80.754

**Il Maresca**  
L'ospedale di Torre del Greco mantiene il pronto soccorso nel nuovo piano ospedaliero

## I pronto soccorso

### RIATTIVATI dal nuovo Piano ospedaliero

- SCAFAT
- TORRE DEL GRECO
- CAVA DEI TIRRENI
- MADDALONI
- LORETO MARE
- OLIVETO CITRA

### Programmati 2 Pronto Soccorso in zone particolarmente disagiate

- OSPEDALE CAPILUPI di Capri, P. O. di Roccamare
- PUNTO DI PRIMO INTERVENTO LA STRUTTURA di Castiglione di Ravello (Ruggi di Salerno)

### Allo Studio

- AGROPOLI

### PRIVATI NELLA RETE DELLA EMERGENZA

- PINETA GRANDE di Castel Volturno
- VILLA DEI FIORI di Acerra
- OSPEDALE RELIGIOSO SANTA MARIA DELLA PIETÀ di Casoria
- OSPEDALE FATEBENEFRATELLI di Napoli e Benevento
- VILLA BETANIA



# Sanità, rivoluzione Caldoro a due mesi dalle Regionali

■ Presentata la riorganizzazione della rete degli ospedali in Campania: premiati i nosocomi di Torre del Greco, Scafati, Castellammare e Salerno

CARMELA SCARANO  
Dalla redazione

Trentadue Pronto Soccorso, nove Dea di primo livello, sei Dea di secondo livello. Riduzione dei ricoveri fuori Regione, più posti letto, la nascita e l'avvio delle reti cliniche integrate, dell'emergenza, "tempo dipendenti", neonatale. Soprattutto presidi sanitari per i quali era prevista la chiusura in base al decreto 40-2010, resteranno aperti. È la buona sorte del Loreto Mare e degli ospedali di Scafati e Torre del Greco. Sono alcuni dei punti della riorganizzazione della rete degli ospedali in Campania, presentata ieri dal presidente della Regione Campania, Stefano Caldoro. Un piano che ha suscitato violente polemiche perché visto come un'operazione di marketing elettorale in vista delle regionali del 31 maggio. Chiusi dal decreto 49-2010c sono riattivati il pronto soccorso di Scafati, Oliveto Citra e Cava de' Tirreni, nel Salernitano, Torre del Greco e Loreto Mare per Napoli, Maddaloni, nel Casertano. Accanto a questi sono programmati altri due pronto soccorso nell'Ospedale Calilupi di Carpi e nel presidio di Roccadaspide. Per i punti di primo intervento, la struttura di Castiglione di Ravello viene annessa al Ruggi di Salerno. Nella riorganizzazione del Piano inseriti ufficialmente anche l'ospedale unico della Penisola Sorrentina, il Policlinico di Casertae l'ospedale della Valle del Sele. Tagliato fuori dal Piano l'ospedale di Agropoli. I tempi di attuazione dipendono, come ha spiegato Mario Morlac-



LA PRESENTAZIONE DEL PIANO  
Caldoro e Morlacco hanno presentato il nuovo volto della Sanità in Campania tra luci e ombre



co, subcommissario alla sanità, da motivo tecnici. "Il provvedimento è stato messo a sistemata lo scorso 24 febbraio - ha spiegato - e l'abbiamo inviato al Ministero della salute". Il prossimo passaggio prevede che sia l'Agenas, l'Agenzia nazionale per la sanità, ad esaminare il piano. Ma Morlacco spiega che "in ogni caso di dubbio, durante la stesura del piano, abbiamo sempre consultato l'Agenas che ha apprezzato il lavoro". "Già alla prossima verifica, il primo aprile - ha sottolineato - dovremmo avere le impostazioni". Nel 2009, il deficit sanitario ammontava a 853 milioni di euro con il bilancio in passivo. Già nel 2013, il bilancio della sanità campana ha fatto registrare un attivo di 6,1 milioni di euro e il pre consuntivo del 2014 fa registrare un arrivo di 250 milioni da usare per investimenti in tecnologie e potenziamento dei servizi.

Il piano prevede un nuovo modello di riorganizzazione delle cure primarie attraverso un accordo già stipulato con i medici della medicina generale e quelli prossimi con gli specialisti ambulatoriali e i pediatri di famiglia. La mobilità passiva ha fatto registrare una diminuiti zone dei ricoveri fuori Regione: dai 92.200 del 2009 si è passati agli 80.754 del 2013, con un recupero, in termini economici, considerando anche l'aumento di mobilità attiva, dai 20 ai 30 milioni annui. Sul fronte dei posti letto, il totale è di 19.726, con un recupero di 500 posti in più che porta la Campania ad allinearsi con la media nazionale rispetto al passato in cui era al di sotto. Il piano prevede anche il potenziamento dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza: in programma i posti letto sono 2990 di cui 2187 per la riabilitazione e 803 per le lungodegenze dopo la fase acuta. Infine per i servizi psichiatrici di diagnosi e cura, sono previsti il potenziamento dei posti letto che da 196 attivo nel 2013 passeranno a 234 con il nuovo piano e la riduzione della mobilità interregionale. I Pronto Soccorso saranno attivi negli ospedali di: Solofra, Sant'Angelo dei Lombardi, Ariano Irpino, Benevento, Sant'Angelo dei Goti. A Napoli nei

Poli Ospedalieri Pellegrini, Fatebene Fratelli, Villa Betania, Loreto Mare. In provincia a Giugliano, Frattamaggiore, Ischia, Acerra, Casoria, Sorrento, Vico Equense, Torre del Greco, Boscotrecase. In provincia di Salerno garantiti i Pronto Soccorso a Sarno, Mercato San Severino, Polla, Eboli, Battipaglia, Cava dei Tirreni, Sapri, Scafati e Oliveto Citra. I Dipartimenti d'Emergenza di primo livello sono attivi negli ospedali di Aversa, "Pineta Grande" di Castel Volturno, al "San Giovanni Bosco" e al "San Paolo" di Napoli, al "Santa Maria delle Grazie" di Pozzuoli, al "San Leonardo" di Castellammare, agli ospedali di Nola, Vallo della Lucania e all'Umberto I di Nocera Inferiore. Dea di secondo livello negli ospedali 'Moscati' di Avellino, 'Rummo' di Benevento, 'San Sebastiano' di Caserta, 'Cardarelli' e 'Ospedale del Mare' di Napoli, 'Ruggi' di Salerno. Previsti due pronto soccorso nelle zone particolarmente disagiate di Capri e Roccadaspide.

## Strutture contestate prima di nascere

### Dalla Penisola sorrentina fino a Caserta, la Regione insiste sulle grandi incompiute

**NAPOLI (gp)** - Nella Sanità campana del futuro sono previsti ben quattro nuovi ospedali: il Policlinico di Caserta, l'ospedale del Mare, l'ospedale unico della Penisola sorrentina e quello della Valle del Sele. Tutte strutture che non hanno mai visto la luce e che dovrebbero sopperire ai tagli ai presidi locali che sono stati chiusi nel corso degli anni del piano di razionalizzazione attuato dalla Regione Campania. Del presidio napoletano è stata fatta un'inaugurazione nei giorni scorsi, ma la struttura non è ancora in funzione. Per non parlare del Policlinico di Caserta, grande incompiuta della Sanità in Terra di Lavoro (già gravata dalle inefficienze dei presidi locali, dalle chiusure di ambulatori territoriali e dagli scandali legati alla corruzione all'Asl). L'ospedale unico della Penisola sorrentina dovrebbe essere costruito,

almeno secondo i piani, entro 3 anni, a Sant'Agnello. Ma la soluzione è contestata in Costiera per la 'morfologia' del territorio. Per arrivare dalle aree più lontane a Sant'Agnello in un presidio unico che serve l'intera area sorrentina, potrebbero volerci ore. Non è l'ideale, insomma, per chi ha bisogno di un pronto soccorso. Nella Valle del Sele, invece, il provvedimento dell'ospedale unico dovrebbe sostituire quelli di Eboli, Battipaglia, Roccadaspide e Oliveto Citra. Anche qui una corsa d'emergenza verso il presidio potrebbe risultare davvero troppo lunga. In ogni caso, per ora, i progetti sono soltanto sulla carta. Alla futura giunta regionale, anzi, al prossimo commissario, il compito di renderli reali e compatibili alle vere esigenze dell'utenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ANALISI

## I dirigenti p.a. vanno selezionati attraverso concorsi pubblici

**C**on l'arresto di Ercole Incalza sembra che i cattivi della situazione siano quei dirigenti pubblici infedeli che si trasformano in dominus assoluti nei ministeri, in combutta con politici via via sempre più deboli e ricattabili. Non è così. «Ercolino», definito superficialmente come lo storico dirigente del ministero dei Lavori pubblici abile nel restare in sella con ben sette ministri, prima del 2001 non avrebbe mai potuto ricoprire quel ruolo, fregiandosi del titolo di dirigente pubblico. Figura che per definizione dovrebbe rappresentare un'eccellenza, essere autonoma, compiere una carriera per titoli ed esami e servire i cittadini. Di certo anche sapendo e potendo pronunciare dei sonori no con i ministri, quando le richieste sono illegittime o non rispondono al criterio del bene comune. Eppure ancora sembra che il problema sia quello di portare all'interno della Pubblica amministrazione dei dirigenti esterni scelti dai politici di turno. Ciò come antidoto al fatto che gli interni sarebbero tutti degli inetti, impreparati o peggio. E, invece, no. Sia chiaro a tutti, infatti, che Incalza è giunto a ricoprire il ruolo di super dirigente non per merito e prepara-

DI FRANCO ADRIANO

zione. Non è emerso in competizione con altri giovani e bravi aspiranti dirigenti pubblici. Non era il migliore fra tanti, forse era più scaltro. Era un giovane socialista imposto dal partito nel ruolo di dirigente pubblico schiacciando chi potesse fargli ombra; che vantava ancora un suo peso politico, lo apprendiamo dalle intercettazioni, perfino nella scelta dell'attuale vicesegretario. Allora si capisce che non cambia nulla ad avere dirigenti sotto schiaffo dei politici o politici sotto schiaffo dei dirigenti. Non diceva questo l'articolo 97 della Costituzione sull'imparzialità dell'amministrazione. Si è fatto notare che il potere di Incalza è durato 14 anni. Guarda caso, con il dlgs 165 del 2001 si stabiliva che potessero essere conferiti incarichi dirigenziali esterni. Salvo poi dimenticare che ciò dovesse avvenire solo nella misura in cui non ci fossero professionalità equivalenti interne. Ne abbiamo raccolto i frutti. Ora Marianna Madia fa bene a sostenere il principio della licenziabilità dei dirigenti pubblici che sbagliano, ma prima non scordi che l'Italia ha bisogno di concorsi pubblici seri per selezionare una degna classe dirigente.

**EF EnglishTown**

Il corso di Inglese online 24h24  
con insegnanti madrelingua

[www.englishtown.it](http://www.englishtown.it)

POLITECNICO MILANO/ L'offerta di soluzioni Ict condivise e la governance guidano il cambiamento

# Agenda digitale formato Regioni

Digitalizzate le prenotazioni e il front-end ma il banco di prova è il fascicolo sanitario

**A**ll'interno del Sistema sanitario nazionale italiano, le Regioni sono un attore fondamentale, poiché sono responsabili dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e dei finanziamenti alle aziende sanitarie locali e ospedaliere. Contribuiscono inoltre a determinare i livelli di servizio, l'efficienza e l'efficacia dell'intera sanità.

È dunque indubbio che, nello svolgimento della loro funzione di indirizzo e programmazione, le Regioni devono rappresentare un traino anche per l'innovazione digitale nella sanità motivando e indirizzando le aziende sanitarie verso soluzioni tecnologiche che ne favoriscano lo sviluppo, ma anche ponendosi come fornitori di soluzioni condivise ("shared services") strutturate, standardizzate ed erogate a livello centrale, al fine di sfruttare i benefici di razionalizzazione e accentramento. Proprio partendo da queste considerazioni, l'Osservatorio innovazione digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano ha approfondito il ruolo giocato dalle Regioni sul tema dell'innovazione digitale in sanità, un ruolo sempre più rilevante come dimostrano i numeri del budget a essa dedicato. Dati in costante crescita negli ultimi anni e che per il 2013 hanno sfiorato la quota dei 300 milioni di euro, in aumento del 5,4% rispetto all'anno precedente.

**Governare l'innovazione.** Le Regioni definiscono dunque la governance dell'Ict che, per non essere percepita in modo verticistico dalle strutture, deve essere il più possibile inclusiva. Ecco perché è di grande interesse analizzare il livello di percezione, da parte delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie italiane, riguardo al commitment degli enti regionali verso lo sviluppo di progetti di innovazione tecnologica e digitale (figura 1).

Secondo il 68% dei direttori, gli enti regionali orientano pesantemente le aziende per realizzare l'integrazione dei sistemi informativi aziendali con i sistemi regionali di Fascicolo sanitario elet-

tronico (Fse) e/o nazionali. Lo stesso ruolo è presente nei confronti dei servizi digitali al cittadino, per i quali il 67% del campione ritiene che la propria Regione dimostri un commitment alto o medio-alto. Tale risultato è in linea con la rilevanza che le direzioni aziendali stesse hanno attribuito a questi due ambiti sui quali, nonostante vi siano barriere allo sviluppo percepite, continuano a investire. Nello specifico, la Ricerca dell'Osservatorio stima una quota di 21 milioni di euro per lo sviluppo di sistemi di integrazione con i Fse regionali - di grande attualità vista la recente normativa che impone alle Regioni la realizzazione del proprio Fse nel corso del 2015 - e 17 milioni di euro allocati in Italia per organizzare concretamente i servizi digitali ai cittadini.

Oltre alle funzioni di governo e indirizzo, il contesto attuale di riduzione delle risorse disponibili spinge le Regioni sempre più verso la realizzazione di servizi condivisi a livello regionale, che appaiono oggi come una delle migliori soluzioni per favorire la razionalizzazione delle risorse e delle attività per le strutture sanitarie. I cosiddetti shared services sono erogati direttamente dalle Regioni o, molto più spesso, sono progettati, sviluppati e resi disponibili dalle società in-house regionali. Il concetto della condivisione di un servizio per sfruttare economie di scala e beneficiare complessivamente di una maggior efficienza, soprattutto nella pubblica amministrazione, non è particolarmente innovativo, tuttavia la diffusione dei servizi condivisi appare ancora limitata e con forti differenze territoriali.

Tra i servizi a oggi già presenti in modalità condivisa nelle strutture sanitarie (figura 2), i servizi al cittadino e al territorio (prenotazione online delle prestazioni, Cup ecc.) sono tra quelli più sviluppati, come segnalato dal 31% dei responsabili Ict (Cio) delle aziende sanitarie, mentre quello su cui ci si aspetta una maggiore offerta in futuro è l'ambito della gestione documentale e conservazione sostitutiva (48%).

Dall'indagine dell'Osservatorio emerge che sui processi di accoglienza, diagnosi e cura la diffusione dei servizi in modalità condivisa è ancora molto bassa, fatta eccezione per i servizi al cittadino (caratterizzati comunque da una elevata richiesta di una maggiore offerta di servizi condivisi). Tra questi processi il secondo ambito per presenza è rappresentato dai sistemi di front-end (15%), mentre appare ancora ridotta l'offerta di applicazioni clinico-sanitarie quali la Cce (6%), i sistemi Pacs (5%) e Lis (3%). Tra i servizi di infrastruttura Ict abilitante compare il secondo ambito più diffuso in assoluto, con i servizi di connettività per e tra gli enti (22%). Sempre tra i servizi infrastrutturali, lo sviluppo di data center e di sistemi per la connettività degli enti sono desiderati in modalità condivisa rispettivamente dal 42% e 44% dei Cio intervistati.

Altri ambiti sui quali la richiesta è maggiore sono presenti tra i processi amministrativi e di supporto: il 48% dei Cio si aspetta un incremento delle soluzioni per la gestione documentale e la conservazione sostitutiva, mentre il 34% del campione vorrebbe dei sistemi condivisi di gestione delle Risorse umane e il 32% vorrebbe condividere soluzioni per la centralizzazione dell'acquisto di beni e servizi e sistemi a supporto della gestione amministrativa.

La spinta verso l'erogazione di servizi in modalità condivisa è generata soprattutto dai potenziali benefici, di ordine economico, raggiungibili. Nel breve periodo gli Shared services consentono infatti alle strutture sanitarie di beneficiare di una maggiore razionalizzazione delle risorse grazie allo sfruttamento di economie di scala create a livello sovra-aziendale. Mantenendo questo tipo di servizi a lungo termine, i benefici possono tradursi inoltre in una migliore focalizzazione delle attività delle aziende sanitarie, che potranno concentrare sforzi e risorse su attività a valore aggiunto a fronte di una standardizzazione dei processi di supporto.

Per provare a dare concretezza a queste riflessioni, la Ricerca dell'Osservatorio ha stimato i benefici derivanti dall'adozione di soluzioni applicative condivise, focalizzando l'attenzione su due ambiti specifici, identificati come più facilmente standardizzabili a livello sovra-aziendale o regionale: le soluzioni per la gestione dei rapporti di lavoro (nell'ambito della gestione delle Risorse umane) e i sistemi per la gestione delle immagini diagnostiche (Pacs).

Il risultato che emerge è abbastanza chiaro. Nell'ipotesi che l'85% delle aziende aderisca a servizi di gestione dei rapporti di lavoro condivisi (regionali o sovra-aziendali) si otterrebbe un risparmio a livello nazionale pari a 50 milioni di euro, che potrebbero arrivare a 63 milioni di euro se tutte le Regioni proponessero un tale servizio e la totalità delle aziende sanitarie vi aderisse. Allo stesso modo l'adozione dei sistemi Pacs forniti in servizio condiviso consentirebbe un risparmio di 54 milioni di euro se l'80% delle strutture aderisse al servizio e fino a 93 milioni di euro nel caso di un'adesione completa da parte delle aziende.

Nell'ipotesi di uno scenario più conservativo, che prevede un'adozione parziale delle strutture sanitarie ai servizi condivisi, il beneficio complessivo sarebbe quindi superiore ai 100 milioni di euro. Valore che potrebbe superare i 150 milioni di euro se l'offerta dei servizi condivisi considerati nell'analisi venisse offerta dalle Regioni e sfruttata da tutte le strutture sanitarie.

**Paolo Locatelli**  
**Marco Paparella**  
**Simona Solvi**  
Osservatorio Innovazione  
digitale in Sanità  
School of management  
del Politecnico di Milano

**Il contenzioso  
non avrà fine**

BALDUZZI A PAG. 13

LA LEGISLAZIONE CONCORRENTE NON ERA PIÙ IL PROBLEMA, MA I LEA E IL COORDINAMENTO DELLA FINANZA PUBBLICA

## Spacchettare non basta, rischio contenzioso

DI RENATO BALDUZZI \*

**R**iformare il nostro bicameralismo cosiddetto perfetto, cioè assolutamente paritario, in cui entrambe le Camere concedono e revocano la fiducia al Governo e concorrono in forme e modi pressoché identici alla legislazione, è obiettivo riformatore da molti decenni, e dunque non sarebbe ragionevole criticare la revisione costituzionale in corso per il fatto di volerlo finalmente raggiungere. Semmai il problema è come farlo senza ridurre il tasso di democraticità del sistema, anzi rendendo il Parlamento ancora più rappresentativo della vitalità e della ricchezza del tessuto economico e sociale del nostro Paese.

Le proposte possibili erano molte: l'aver liquidato senza troppa attenzione le soluzioni miranti a comporre la seconda Camera non soltanto con rappresentanti delle autonomie territoriali, ma anche con esponenti delle cosiddette autonomie funzionali (camere di commercio, università e scuole, ordini professionali), non ha giovato a quell'allargamento e riqualificazione della rappresentanza parlamentare che costituisce una delle necessità delle società democratiche contemporanee.

All'interno di quella che potremmo chiamare la "questione rappresentativa" si colloca il rapporto centro-periferie e in particolare il mantenimento dello Stato regionale e autonomistico disegnato nella Costituzione del 1948 e ulteriormente rafforzato nella revisione costituzionale del 2001.

Che alcune scelte del 2001 vadano riviste e che in particolare occorra riportare alla competenza statale talune materie troppo frettolosamente demandate allora alle Regioni (un esempio per tutte: il coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario) è opinione largamente condivisa, sulla scia della stessa giurisprudenza costituzionale. L'importante però è non ripetere quell'errore e dunque individuare correttamente le cause dell'insoddisfacentissimo funzionamento del nostro sistema regionale e autonomistico e apportarvi i necessari e appropriati correttivi.

E proprio qui sta il punto. Si sono imputate la confusione e l'incertezza nel riparto di competenze tra Stato e Regioni alla previsione

costituzionale delle materie di legislazione concorrente (allo Stato i soli principi fondamentali della materia, il resto alle Regioni), considerata la principale causa del contenzioso costituzionale. L'analisi è sommaria e imprecisa: l'esame della giurisprudenza costituzionale mostra che il contenzioso sta ormai fuori dalle materie concorrenti (salvo il già menzionato coordinamento della finanza pubblica) e che invece riguarda proprio l'elenco delle materie di competenza esclusiva statale e, per rimbalzo, quelle attualmente affidate in via residuale alle Regioni.

Il campo sanitario bene esemplifica quanto sin qui osservato. La "tutela della salute", attualmente inclusa nella legislazione concorrente quale evoluzione dell'originaria competenza in tema di assistenza sanitaria e ospedaliera (analogamente per la "tutela e sicurezza del lavoro" e per l'"alimentazione"), ha cessato da tempo di essere fonte di significativo contenzioso costituzionale e ormai le questioni che riguardano la sanità vengono in rilievo essenzialmente a proposito della clausola dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria e a quella del coordinamento della finanza pubblica.

La riforma, soppressa la legislazione concorrente, "spacchetta" la materia sanitaria in tre competenze esclusive statali ("disposizioni generali e comuni per la tutela della salute", "disposizioni generali e comuni per la sicurezza alimentare" e "tutela e sicurezza del lavoro") e in una competenza regionale (esclusiva?) sulla "programmazione e organizzazione dei servizi sanitari".

Ora, a parte la problematicità di due competenze reciprocamente esclusive in materie intrecciate, tale riparto rischia di generare nuovo e difficile contenzioso. In primo luogo, per l'intrinseca difficoltà di determinare il perimetro delle disposizioni generali e soprattutto di quelle "comuni", il cui ambito sembra in questo caso, al pari delle altre analoghe clausole contenute nella riforma, essere lasciato all'apprezzamento libero di Governo e Parlamento, con la conseguente difficoltà di comprendere

il criterio di attribuzione della competenza, tanto più in presenza di una competenza regionale in tema di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari (per fare un esempio, l'attuale assetto della sanità aziendalizzata è o non è modificabile dalla competenza regionale sull'organizzazione dei servizi?).

In secondo luogo, a causa dell'imprecisa e apparentemente casuale determinazione di taluni oggetti, sembra difficile una convivenza pacifica tra le competenze attualmente esercitate dalle Regioni in tema di sicurezza del lavoro (o in tema di alimentazione, che la riforma circoscrive alla sola sicurezza alimentare) e la competenza esclusiva statale quanto alle disposizioni generali e comuni in materia di tutela e sicurezza del lavoro.

In terzo luogo, la circostanza che la riforma tratti allo stesso modo oggetti materiali così diversi come la sanità, l'assistenza sociale e l'istruzione (tutti ripartiti tra competenza esclusiva statale quanto a disposizioni generali e comuni, e competenza regionale sulla programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali e in materia di servizi scolastici) corre il forte rischio di produrre disarmonie in un sistema nel quale l'assetto, sia sotto il profilo costituzionale, sia sotto quello della legislazione ordinaria, delle competenze in campo sanitario, oltre che il quadro effettuale e organizzativo che gli fa da substrato, sono profondamente diversi rispetto all'assetto in materia di assistenza sociale o di istruzione.

Sono ancora possibili dei correttivi? Gioverà a tutti riflettervi.

\* costituzionalista, già ministro della Salute

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Figura 1 - La spinta regionale allo sviluppo degli ambiti Ict strategici per le aziende sanitarie

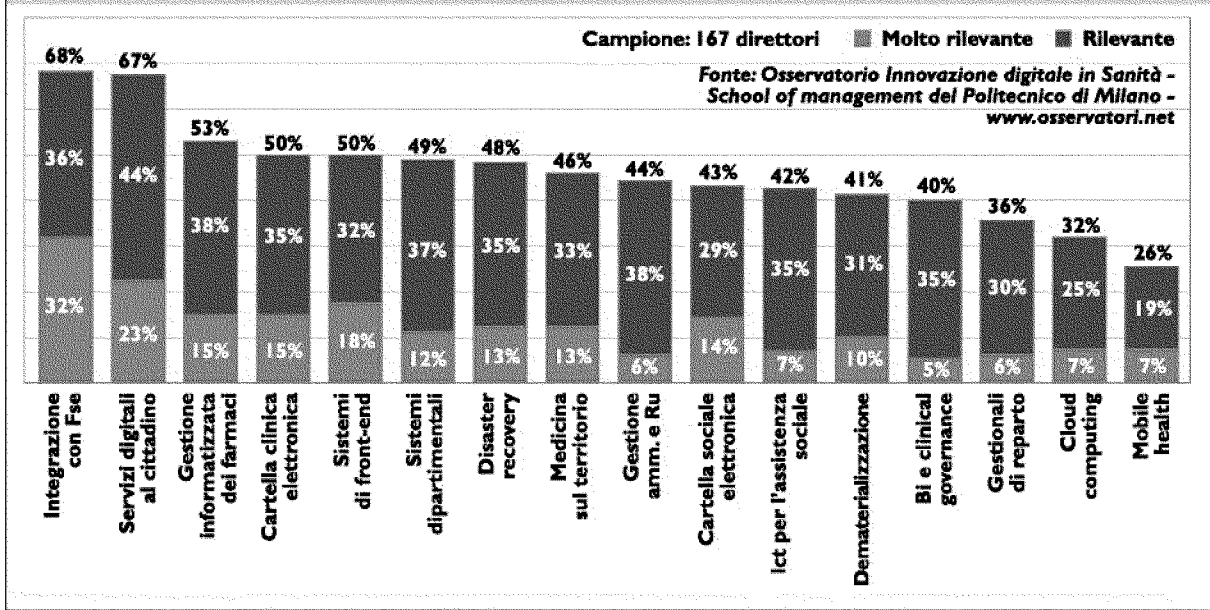
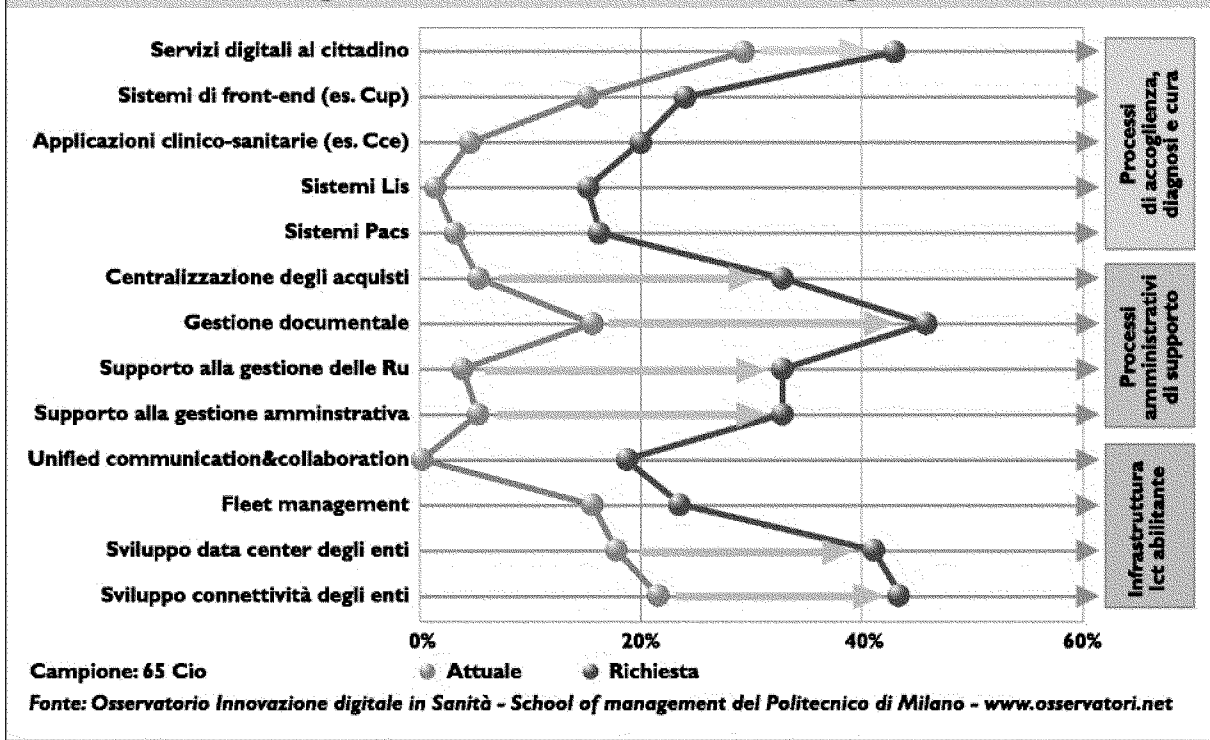


Figura 2 - L'offerta di Shared services a livello regionale



RAPPORTO AIRTUM 2014/ Illustrati i nuovi numeri dell'incidenza dei tumori in Italia

# «Più diagnosi più guarigioni»

Nel 2014 i malati sono 3 milioni - Il 27% dei pazienti è considerato guarito

I numeri dei tumori in Italia			
<b>3 mln</b>	<b>27%</b>	<b>60%</b>	<b>6.081</b>
Gli italiani colpiti da tumori nel 2014. Erano 2,6 milioni nel 2010	La percentuale di italiani colpiti da tumore e considerati guariti	La percentuale di pazienti che ha ricevuto la diagnosi prima dei 45 anni e che guarirà	La maggior prevalenza di tumori è a Milano (casi ogni 100mila abitanti)

**D**iagnosi più mirate, terapie sempre più efficaci e una migliore adesione ai programmi di screening per la diagnosi precoce hanno progressivamente mutato lo scenario relativo ai tumori nel nostro Paese. Le persone che scoprono di avere un cancro sono sempre di più, ma cresce anche il numero di chi guarisce. Nel 2010 gli italiani colpiti da tumore erano 2,6 milioni, oggi sono 3 milioni. Ma cambia la prospettiva: un malato su quattro dopo le cure torna ad avere le stesse prospettive di vita di chi non si è mai ammalato. Sembra una cosa normale, ma è qui la rivoluzione. La recente pubblicazione del rapporto Airtum, l'associazione dei registri tumori italiani, fa i conti in tasca alla malattia che per molto tempo neppure si nominava e dice qualcosa a partire dai numeri, ma andando oltre la contabilità "spiccia" di sopravvissuti e sopravvissenti, anzi "lungosopravvissuti" - quando la diagnosi di tumore è avvenuta da oltre 5 anni. Airtum 2014 mette l'accento rispetto al report del 2006 sulle persone guarite, e lo fa con la forza dei numeri e l'autorevolezza di chi monitora registri in tutto il Paese. E la chiave di lettura deve essere chiara: più alta è l'incidenza di un tumore e migliore è la sopravvivenza, più alto sarà il numero di persone viventi dopo una diagnosi tumorale. E sulla crescita dei numeri gioca un fattore decisivo: l'invecchiamento della popolazione che influenza l'aumento dell'incidenza dei tumori e, di conseguenza, ne incrementa la prevalenza. Lungi dall'essere un rapporto compilativo, Airtum 2014 ci parla di sopravvissuti, anzi di guariti, che portano con sé il peso di interrogativi aperti e la paura di possibili ricadute. E per

questo viene evidenziato il ruolo della prevenzione terziaria, necessaria per chi si è sottoposto a cure pesanti, come le chemioterapie, le radioterapie e l'uso di farmaci con forti effetti secondari. Il pieno recupero può essere raggiunto solo con una riabilitazione adeguata, essenziale per il ritorno al lavoro e alla normalità.

Le conseguenze economiche e sociali della malattia per i malati oncologici sono molto gravi e di riflesso lo sono anche per il sistema economico italiano. Nel report si evidenziano le lacune del Servizio sanitario nazionale che trascura la fase di riabilitazione post-trattamento acuto così come quella che segue alla remissione totale. E questo apre un tema sempre più spinoso: la mancanza di supporto socio-economico e assistenziale carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza nella fase post-acute.

**Dentro i numeri del male.** Il report propone di aggiornare la stima del numero di persone viventi dopo una diagnosi di patologia tumorale al gennaio 2010, ultima data alla quale sono disponibili informazioni complete per la maggior parte dei registri, e proiettare tali stime al 2015; le stime sono calcolate per tipo di tumore, sesso, età e area geografica, estendendo rispetto al passato il numero delle sedi ad alcuni sottotipi neoplastici di particolare interesse (per esempio, linfomi a grandi cellule B, follicolari). «Possiamo dire che 1 italiano su 22 ha ricevuto una diagnosi di tumore nel corso della vita - ha spiegato Emanuele Crocetti, segretario nazionale Airtum ed epidemiologo dell'Iss - si tratta di un numero elevato che corrisponde al 5% dell'intera popolazione del nostro Paese. Il 20% dei ma-

schisti over 75 e il 13% delle donne di questa fascia d'età ha affrontato nel corso della vita l'esperienza cancro». Lo studio è coordinato dai ricercatori del Cro di Aviano, dall'Iss e dalla Regione Veneto. Dalla fotografia scattata dal rapporto emerge che il 27% dei italiani colpiti da tumore (20% dei maschi e 33% delle donne) può essere definito guarito. «Ma anche il restante 73% dei pazienti è destinato a guarire, con percentuali che variano dal tipo di neoplasia - avverte Crocetti -. Sommando le frazioni di guarigione per tutti i tipi di tumore è emerso che oltre il 60% dei pazienti che ha ricevuto la diagnosi prima dei 45 anni guarirà dal tumore, ma il dato scende con l'aumentare dell'età, a meno di un terzo dopo i 75 anni». In ogni caso la prevenzione resta un fattore decisivo per migliorare ancora i numeri e dunque le condizioni di salute. Lo ha detto con forza la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**: «La prevenzione non è una parolaccia. Abbiamo tutti un'idea di salute abbinata alla cura, ma prima c'è la prevenzione. Bisogna spostare l'attenzione per far sì che le persone che si ammalano siano sempre meno». E ha proseguito puntando il dito sulla disattenzione dei singoli cittadini e delle istituzioni preposte rispetto agli screening: «Occorre rispettare gli screening sia per le donne

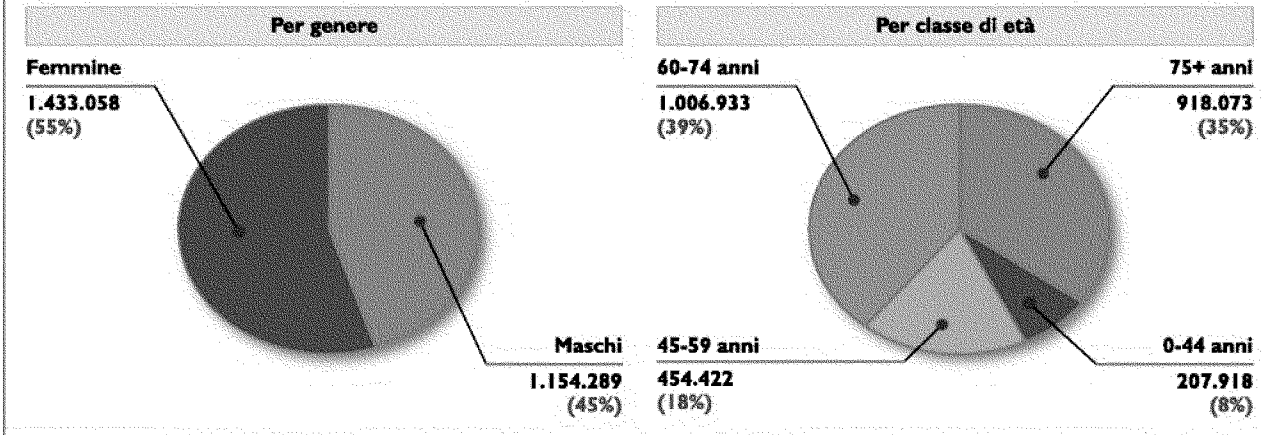
che per gli uomini che sono più restii. La prevenzione - commenta Lorenzin - deve diventare un "mantra" e le istituzioni locali devono effettuare gli screening chiamando i cittadini uno a uno».

Per le donne emerge un vantaggio sostanziale rispetto agli uomini negli indicatori di sopravvivenza di lungo periodo e di guarigione per la maggior parte dei tumori (colon retto, melanoma cutaneo, vescica, rene e tiroide). Tale vantaggio è verosimilmente spiegato da una più bassa presenza di altre patologie (comorbidità) e da uno stadio di malattia alla diagnosi meno avanzato. Inoltre, spiega il rapporto, una minore probabilità di guarigione viene osservata per la maggior parte dei tumori con l'aumentare dell'età, probabilmente a causa di recidive tardive, eventi avversi a seguito dei trattamenti, o l'aumentata presenza di patologie concomitanti.

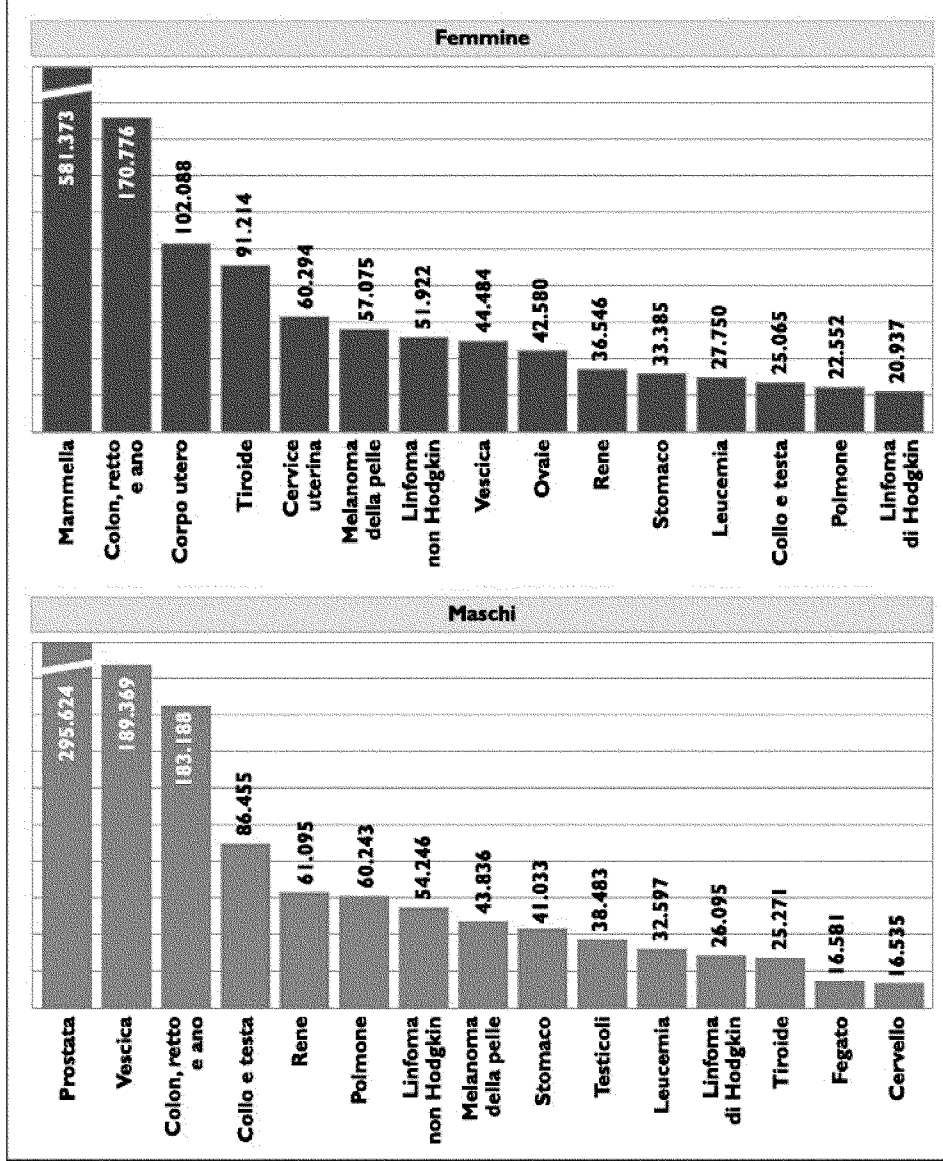
**Lucilla Vazza**

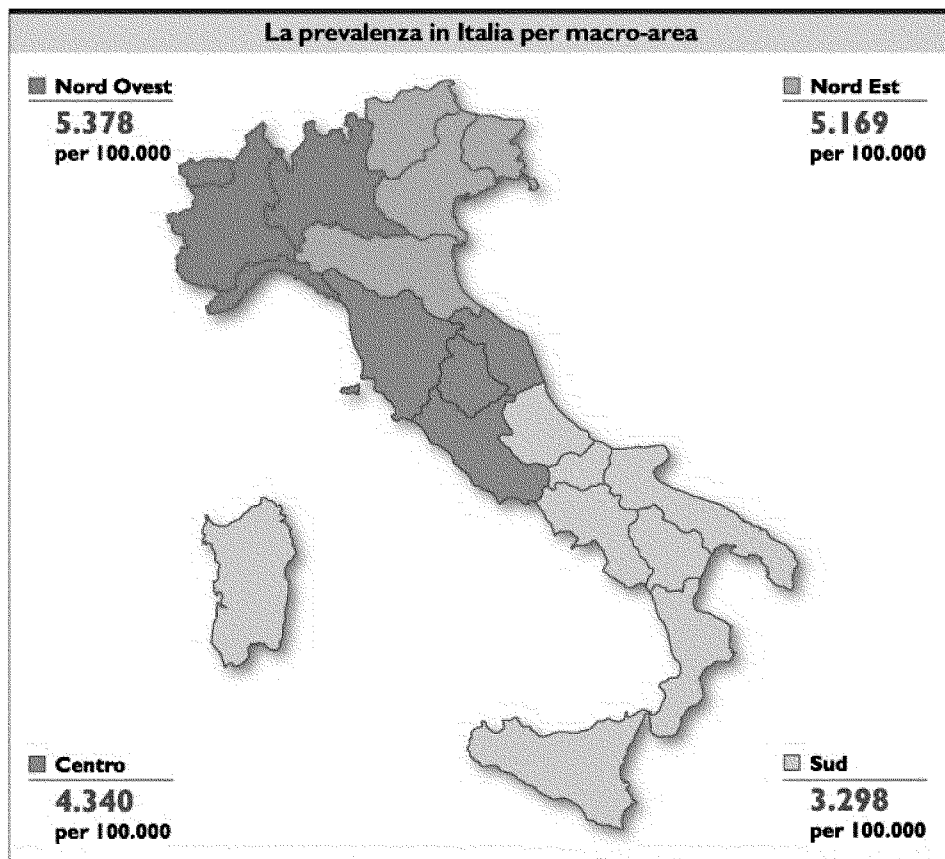
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sopravvivenza per sesso e classe di età (Italia, 1° gennaio 2010)



Sopravvivenza per sesso e per i 15 tumori più frequenti (Italia, 1° gennaio 2010)





**I numeri dei tumori in Italia**

	Classe di età				Tutte le età
	0-44	45-59	60-74	75+	
<b>Maschi</b>					
• Nord Ovest	603	2.856	12.024	22.395	4.988
• Nord Est	582	2.872	11.873	22.820	4.758
• Centro	556	2.537	9.392	19.125	4.021
• Sud	525	2.239	8.244	15.198	3.013
<b>Totale</b>	<b>566</b>	<b>2.643</b>	<b>10.863</b>	<b>20.222</b>	<b>4.197</b>
<b>Femmine</b>					
• Nord Ovest	797	5.178	11.520	15.029	5.734
• Nord Est	811	5.309	11.747	15.029	5.558
• Centro	802	4.809	9.774	15.323	4.639
• Sud	721	4.237	8.455	12.649	3.566
<b>Totale</b>	<b>775</b>	<b>4.891</b>	<b>10.589</b>	<b>13.645</b>	<b>4.896</b>
<b>Entrambi i sessi</b>					
• Nord Ovest	699	4.042	11.752	17.665	5.378
• Nord Est	694	4.097	11.807	17.665	5.169
• Centro	678	3.703	9.592	18.066	4.340
• Sud	623	3.267	8.357	15.167	3.298
<b>Totale</b>	<b>669</b>	<b>3.788</b>	<b>10.634</b>	<b>16.092</b>	<b>4.558</b>

LA GESTAZIONE NORMATIVA

# Una rete modello «hub and spoke» ma restano le disparità sul territorio

DI MARCO SPIZZICHINO \*

L'idea di mettere a punto una legge dedicata al dolore e alle cure palliative è nata direttamente su impulso del Parlamento. Erano stati presentati, infatti, diversi progetti di legge a riguardo, sia dalla maggioranza che dall'opposizione. L'allora ministro della Salute, professor **Ferruccio Fazio**, incaricò **Guido Fanelli** di coordinare le attività ministeriali orientate alla creazione di una proposta di legge organica. In questo contesto è stato partorito il modello assistenziale, strutturato in hub e spoke, del quale il 15 marzo si celebrano i cinque anni.

Alla definizione della prima bozza di legge si giunse mediante il lavoro di concerto di tutti gli Uffici del ministero, che sono stati impegnati nella revisione delle proposte iniziali; anche le Commissioni parlamentari, sia del Senato che della Camera, fecero un lavoro straordinario in tal senso, in totale sinergia con la struttura ministeriale e apportando miglioramenti significativi.

Questa collaborazione fra Uffici e Commissioni si concretizzò nella definizione di una sintesi tra le due bozze, presentate dalla maggioranza e dall'opposizione, ulteriormente arricchita con gli elementi che erano emersi dal tavolo di lavoro ministeriale. Così, dalla proposta di legge 1771, nacque la legge 38.

Durante il processo di gestazione, fra i nodi più difficili da sciogliere emersero subito i temi legati ai professionisti impegnati nelle reti di cure palliative e nelle reti di terapia del dolore: sia con riferimento all'identificazione delle figure deputate a operare nelle reti assistenziali, sia rispetto alla definizione dei percorsi formativi specifici dedicati al personale sanitario.

A quanti si chiedano perché mai per la cura del dolore si sia resa necessaria una legge "ad hoc", è facile rispondere che questa esigenza è sorta dal fallimento degli esperimenti del passato, e in particolare del Progetto "Ospedale senza dolore". Quell'iniziativa rappresentò una rivoluzione nel modo di percepire il dolore in ambiente medico e sanitario in genere, ma aveva il limite di collocare nell'ospedale il baricentro dell'assistenza. Il grande salto in avanti consentito dalla legge 38 è rappresenta-

to dalla concezione di un nuovo equilibrio della rete assistenziale, che da quel momento non fa perno sul solo ospedale, ma anche sul territorio. Di qui la nascita del nuovo Progetto, caratteristico del quinquennio inaugurato dalla legge, "Ospedale-territorio senza dolore". All'interno di questo nuovo orizzonte, la legge 38, a mio avviso, si è rivelata imprescindibile proprio nel garantire il dialogo e il coordinamento fra territorio e ospedale, fra medicina di famiglia e strutture specialistiche, fra formazione ed erogazione dei servizi.

Anche il ministero della Salute - con i professionisti operanti nella rete assistenziale e con le organizzazioni non profit presenti sul territorio - in questi anni è stato impegnato in prima linea nella corretta applicazione della legge, e quindi nella tutela del diritto dei pazienti a non soffrire. Quest'impegno ha riposato sulla certezza che la legge 38, forte del consenso dell'intero Parlamento, rappresenti altresì un modello di eccellenza nel panorama europeo. Grazie all'impegno del ministro, il Semestre italiano di Presidenza della Commissione europea ha rappresentato un'occasione per portare all'attenzione degli Stati membri le tematiche della terapia del dolore e delle cure palliative come argomento prioritario. L'opportunità di condividere a livello continentale le buone pratiche presenti nel nostro Paese, e di confrontarci con i rappresentanti di altri sistemi sanitari, ha messo in luce l'unicità dell'esperienza italiana, specialmente per quanto riguarda l'ambito pediatrico.

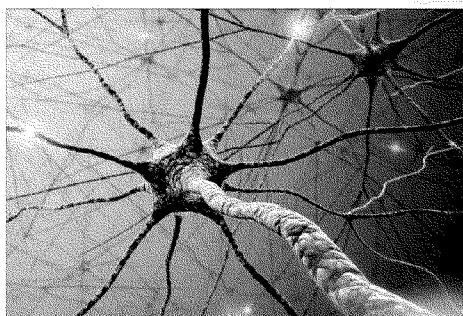
Si ha la consapevolezza che le reti, nel loro insieme, devono darsi una mission ardua ma chiarissima: anzitutto "farsi trovare", cioè rendere immediato l'accesso - anche per il tramite dei medici di famiglia - da parte dei pazienti con malattie inguaribili e dolore cronico; in secondo luogo, nell'ambito della rete di terapia del dolore, diagnosticare con precisione queste patologie; quindi offrire assistenza specifica, attraverso figure professionali opportunamente formate e capaci di erogare servizi caratteristici, in alcun modo sovrapponibili ad altre prestazioni riconducibili all'assistenza ospedaliera genericamente intesa.

Si tratta di obiettivi già iscritti nella struttu-

ra e nella filosofia della legge 38, ma nonostante il percorso avviato - un cammino virtuoso, preso a modello anche nei consessi europei - credo che un bilancio quinquennale sulla legge debba esser lasciato aperto, per far leva sui successi ottenuti e colmare le lacune ancora presenti nel sistema.

Fra queste citerò la disparità fra i servizi erogati nelle diverse zone del Paese, dove i centri specialistici e le prestazioni di alta complessità risultano ancora distribuiti in modo disomogeneo. I servizi, del resto, sono la vera risposta alle aspettative e ai diritti dei pazienti. Il livello dei primi e la garanzia dei secondi riposano sull'efficienza del sistema, che a sua volta si fonda sull'organizzazione complessiva, sulla formazione dei clinici, sull'adeguatezza degli strumenti diagnostici e sull'efficacia e l'appropriatezza delle terapie. Credo che la legge 38 non trascuri nessuno di questi passaggi. Per questo sono convinto che la sua effettiva applicazione - unitamente alla progressiva diffusione di una vera cultura del diritto a non soffrire - rappresenti l'esito più augurabile del lungo processo che l'Italia ha inaugurato cinque anni orsono, per dare una concreta risposta al diritto dei cittadini sancito dall'art. 1 della legge stessa.

\* *Ministero della Salute,  
Direzione generale della programmazione  
sanitaria, direttore Ufficio XI  
Cure palliative e terapia del dolore*



**SENATO/ COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ**

## Autismo, avanti in deliberante

**È** partito la scorsa settimana in commissione Igiene e Sanità del Senato l'esame in sede deliberante delle «Norme per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'autismo e disposizioni per l'assistenza alle famiglie delle persone affette da questa malattia». Finalità del provvedimento: sostenere la famiglia nell'affrontare un problema che ha, tra gli altri, anche risvolti economici; basti pensare che il bilancio economico - sempre più gravoso - comprende visite specialistiche, esami di laboratorio, alimenti speciali, farmaci, training riabilitativo e varia tra i 10mila e i 40mila euro l'anno. La commissione ha approvato alcuni emendamenti, sostituendo l'articolo 1 e facendo riferimento alla risoluzione Onu del 2012. Sostituito anche l'articolo 2 che prevede un aggiornamento da parte dell'Iss delle Linee guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico in tutte le età della vita. Abrogati terzo e quarto articolo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



La sanità

(G) Il Mattino

Maria Pirro

## Cardarelli, rischio crolli le sale operatorie diventano un cantiere

Soluzione-ponte per continuare la chirurgia  
Da lunedì la riapertura di tre camere su sei



Gli operai sono già al lavoro nel padiglione H del Cardarelli, dove è venuto giù un controsoffitto e sono state chiuse tutte e sei le sale operatorie utilizzate dai medici di ortopedia 1, ortopedia 2 e chirurgia vascolare. Oltre cinquanta gli interventi già rinviati.

Per limitare i disagi, i camici bianchi ieri hanno ottenuto il nullaosta a operare in altri locali, con una inevitabile provvisoria e parziale riduzione delle attività non urgenti, ma i vertici dell'ospedale hanno anche deciso di modificare il cronoprogramma del restyling reso noto lunedì scorso a seguito di una ispezione. «La notte porta consiglio» spiega il giorno dopo l'ingegnere **Ciro Verdoliva**, che dirige l'ufficio tecnico che ha dato l'ok alla revisione del piano, cercando di tenere insieme l'esigenza di ripristinare le condizioni di sicurezza con la necessità di garantire continuità nell'assistenza. Ecco come: «Da lunedì è prevista la riapertura di tre sale operatorie su sei». Una soluzione caldeggiata dal direttore sanitario **Franco Paradiso**, facendo leva sulla delicata questione delle liste di attesa per la chirurgia di elezione. Un esempio? Si aspetta tra i 200 e i 250 giorni per una protesi, 80 per un intervento al ginocchio. «Applicare il piano originario, e cioè far operare i medici in altri locali durante i lavori nel padiglione H, sarebbe stato complicato per le ripercussioni sull'assistenza dovute alla necessità di trasportare i pazienti e anche le attrezzature da un padiglione all'altro» chiarisce l'ingegnere Verdoliva.

Si è così stabilito di riaprire tre delle sei sale del complesso operatorio del padiglione H, alzando una parete in cartongesso per dividere a metà il blocco operatorio. In pratica, i lavori sono stati riprogrammati in due fasi: una parte dei locali viene ristrutturata subito, l'altra subito dopo. «Con questa soluzione, l'ufficio tecnico - sottolinea Verdoliva - contribuisce a limitare il disagio. Naturalmente, i tempi del restyling si allungano di due settimane dalla previsione iniziale di un mese». Oltre a rifare il contro-

soffitto, che è risultato installato negli anni Novanta con un sistema di fili di ferro, obsoleto oggi, gli operai sono impegnati ad adeguare tutti gli impianti, elettrici e anti-incendio, alle normative vigenti, e non solo. «Lo stop delle sale operatorie è l'occasione per sostituire anche la pavimentazione» afferma il geometra **Franco Chiocchia** con l'architetto **Francesco Iovino**, direttore dei lavori per la parte edile della Cardarelli Consortile, la ditta che si occupa della manutenzione.

Quanto all'assistenza, l'équipe di chirurgia vascolare ieri ha ripreso a operare nel centro trapianti, all'interno del padiglione D. Gli ortopedici tornano oggi nelle sale del vicino padiglione A. Interventi fissati per questa settimana, in vista della nuova rimodulazione prevista per la prossima, con la riapertura parziale del blocco chirurgico del padiglione H che appare decisiva a far rientrare l'allarme sui disagi nell'assistenza sollevato da **Bruno Zuccatelli**, il presidente regionale del sindacato **Anaao Assomed**, che rappresenta i medici ospeda-

lieri. «Bene la soluzione individuata dai vertici del Cardarelli per garantire la continuità assistenziale» dice **Vittorio Russo**, presidente regionale dell'Anpo, l'associazione guidata dai primari ospedalieri.

«L'eventuale riduzione delle attività chirurgica in ortopedia e in chirurgia vascolare - certifica il primario di chirurgia vascolare, **Carlo Ruotolo** - renderebbe ancor più difficile l'accoglienza dei pazienti che, in numero sempre crescente, afferiscono al Dipartimento di emergenza accettazione del Cardarelli». Ma Ruotolo aggiunge: «Per garantire un'assistenza di livello, a prescindere dalla difficoltà contingenti dovute alla provvisoria chiusura delle sale operatorie del padiglione H, è indispensabile rafforzare i trasferimenti dal Cardarelli nelle strutture sanitarie limitrofe, specializzate nel trattamento delle stesse patologie, ospedaliere e universitarie, eventualmente anche private accreditate, sulla scia del piano anti-barre già intrapreso dalla Regione».

**L'elezione  
I medici  
ortopedici  
oggi  
riprendono  
le attività  
in un altro  
edificio**



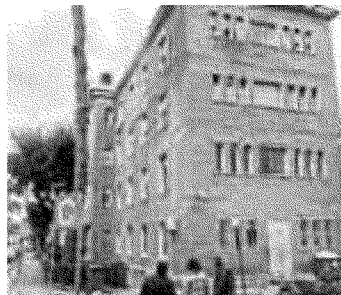
## Edificio H

Il complesso interessato dai lavori ospita i reparti di ortopedia 1 ortopedia 2 e la chirurgia vascolare



## Edificio E

Il corpo centrale è stato ristrutturato dopo la caduta della pensilina sul parabrezza di un'ambulanza



## Edificio C

La palazzina ospita la scuola infermieristica ma non più i reparti ed è tra quelle da riqualificare

## I dati

### Ventimila interventi in un anno

Sono 172mila gli accessi al pronto soccorso registrati in un anno al Cardarelli. «In incremento del 22 per cento. Ciò significa un paziente visitato ogni due minuti» è certificato in un dossier presentato dall'Anpo. L'indice di occupazione globale dell'ospedale è del 123,3 per cento (119 nel 2013), «oltre 323mila giornate di degenza, 880 ricoverati in media al giorno per 719 posti letto (868 nel 2013)». L'indice operatorio dell'89 per cento con circa 21mila interventi chirurgici fra emergenza ed elezione e oltre 400mila indagini radiologiche effettuate in un anno.

Il focus

# Almeno cinque padiglioni dell'ospedale da ristrutturare

Interventi per quaranta milioni già assegnati con appalto di gara ma ancora non avviati

L'appalto è stato assegnato, ma i lavori non sono iniziati: restano così almeno cinque padiglioni da ristrutturare nell'ospedale Cardarelli, costruito tra il 1927 e il 1934 e completato negli anni 1939-40. Il padiglione, ad esempio, contrassegnato dalla lettera C che accoglie la scuola infermieristica ma non più i reparti ed è il simbolo degli spazi vuoti, al momento rimasti inutilizzati, nella cittadella della sanità da sempre assediata dalle barelle che detiene il record di ricoveri in Campania, 67700 nel 2014, aumentati del sette per cento nell'ultimo anno.

Da riqualificare anche l'ex pronto soccorso dell'ospedale che ospita al pianterreno la direzione sanitaria: il padiglione è contrassegnato dalla lettera F, la facciata da rifare.

Invece, il padiglione E appare soltanto per metà ristrutturato e il contrasto è stridente nel corpo centrale, dopo una tragedia sfiorata per il crollo di una pensilina: la lastra, nel luglio 2013, colpì una ambulanza parcheggiata davanti all'ingresso, mandandone in frantumi il parabrezza. Da quell'estate di due anni fa tutte le tettoie sistemate davanti ai padiglioni sono state controllate e quelle pericolose sono state rifatte daccapo: nell'ambito della stessa indagine tecnica, sono stati individuati i mattoncini a rischio caduta sulle facciate ed eliminati. Un intervento al padiglione B è stato completato ieri, ma una ulteriore opera di ristrutturazione è sollecitata dai sindacati anche per questo edificio.



**La facciata**  
Rimossi alcuni pannelli di amianto davanti all'ingresso principale della struttura

Ancora: altri lavori sono previsti nei padiglioni G, O e S nell'ambito degli interventi già predisposti e finanziati con quaranta milioni di euro, ma fermi in attesa di un ultimo parere dell'Agenzia regionale sanitaria che si occupa della programmazione.

Un ulteriore intervento programmato è stato invece annunciato in tempi stretti per mettere in sicurezza la facciata del Dipartimento emergenza accettazione, il padiglione contrassegnato dalla lettera L, da sempre il cuore pulsante dell'ospedale. Da lì sono state rimosse alcune lastre di amianto, la scorsa settimana, e sono stati posizionati una serie di teli di plastica visibili sin dall'esterno dell'ospedale. Fuori dalla cittadella della sanità, negli stessi giorni durante l'ultima ondata di maltempo, è scattato l'allarme per la caduta di un albero; mentre i pini e gli altri arbusti nei viali del Cardarelli sono stati già al centro di verifiche. Potatura effettuata.

## SANITÀ » LA SCELTA DI SQUILLANTE

Basta ai disservizi in corsia, arriva un commissario per la gestione del pronto soccorso dell'ospedale "Umberto I" di Nocera Inferiore.

Il direttore generale **Antonio Squillante** ha adottato questa decisione alla luce delle numerose sollecitazioni, giunte non solo dagli organi di stampa, relative al funzionamento della divisione di emergenza di viale san Francesco. Il gastroenterologo **Pietro Spinelli** affiancherà nella conduzione del reparto il responsabile **Antonio Innac**.

Il manager ha voluto che colui il quale ha provato a mettere il freno agli abusi di ALPI e straordinario fosse anche l'artefice di un nuovo corso dell'emergency room nocerina. Spinelli si dovrà interessare di ricoveri e trasporto infermi. Dovrà, questo il mandato ricevuto, riorganizzare le attività «al fine di eliminare i disservizi e garantire un'assistenza efficiente e qualificata ai cittadini che afferiscono al pronto soccorso».

Viene, dunque, militarizzata la corsia. Il personale, ma anche gli utenti, saranno messi in riga dal commissario. Una decisione che pare non sia stata digerita benissimo dagli interni.

Squillante stava meditando da tempo un simile colpo di scena, ma ha atteso che da Nocera arrivassero risposte. Avrebbe voluto evitare molto volentieri il commissariamento, ma «non avendo ottenuto le opportune rassicurazioni sulla ottimale gestione dei ricoveri - si legge in una nota diffusa ieri da via Nizza a Salerno - ha ritenuto di adottare uno specifico provvedimento». Spinelli, dunque, si dovrà occupare di verificare i «percorsi sia dei ricoveri che del servizio trasporto infermi», ma nei fatti sarà la longa manus del manager nella gestione del reparto. Il commissario non sarà solo. Ad aiutarlo ci sarà la dottoressa **Carmela Rescigno**, già coordinatrice dell'Osservazione breve intensiva.

In questo modo si vuole dire no alle lunghe attese e ai ricoveri in barella. «Con questo provvedimento - ha dichiarato il direttore generale Antonio Squillante - l'Asl Salerno intende rimuovere tutti i disservizi e



Un paziente in attesa sulla barella nel corridoio di un pronto soccorso

# Il direttore dell'Asl ha commissariato il pronto soccorso

Dopo le lamentele e i disagi arriva Spinelli: affianca Innac  
Un freno anche sugli abusi legati al lavoro straordinario

le inefficienze che creano quotidianamente disagi ai pazienti sofferenti in pronto soccorso, offrendo una migliore e più umana accoglienza anche attraverso l'individuazione di percorsi clinici che garantiscano la migliore assistenza possi-

bile. Auspico pertanto da parte di tutto il personale medico e del comparto la massima collaborazione al Commissario per il raggiungimento del comune obiettivo di tutela della salute pubblica».

Il manager è consapevole

che la sua decisione potrebbe provocare contraccolpi, ma va avanti deciso pur di assicurare a tutti un trattamento sanitario migliore. Ora si attendono i risultati.

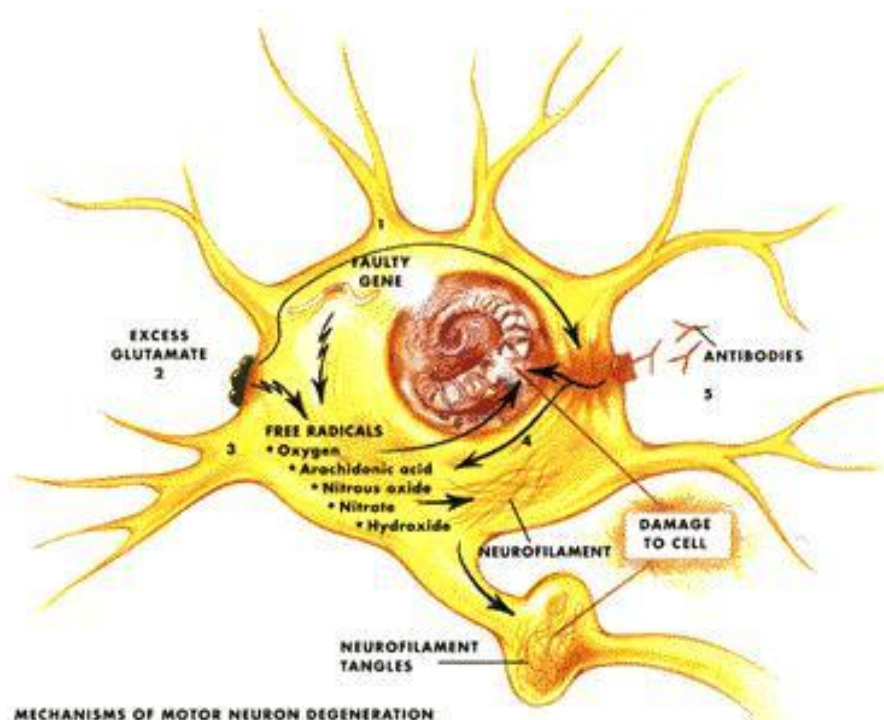
**Salvatore D'Angelo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



# Le due grandi sfide al Parkinson: prevenzione e diagnosi più accurate

NICLA PANCIERA

**D**i fronte alle malattie neurodegenerative, con le quali ancora non ci resta che convivere per la mancanza di cure, il segreto è intervenire precocemente. Solo così si può rallentare l'avanzata di tante patologie. Questo vale anche per il Parkinson, vera emergenza che in Italia colpisce 200 mila persone e 10 milioni nel mondo.

Contro questo disturbo progressivo - che causa la distruzione dei neuroni che producono dopamina, il neurotrasmettitore coinvolto anche nei circuiti cerebrali deputati al movimento - la ricerca procede in più direzioni, dalla genetica alle staminali: e ora di Parkinson si torna a parlare in occasione della «Settimana del Cervello», in programma fino al 22 marzo. «Il 90% dei casi è sporadico. Non conosciamo le cause della malattia, la cui comparsa dipende da una complessa interazione tra predisposizioni genetiche e fattori ambientali, in equilibrio come braccia di una bilancia», ammette Aldo Quattrone, presidente della Società italiana di neurologia e rettore dell'Università della Magna Graecia di Catanzaro. «Quel che è certo è che, una volta comparso, il Parkinson non si può fermare».

## Settimana del cervello

L'incidenza cresce con l'aumentare dell'età: è quindi fondamentale saper distinguere i cambiamenti fisiologici dovuti all'invecchiamento dalla vera patologia neurologica. «La risonanza magnetica non ci aiuta: i cervelli parkinsoniani sono spesso indistinguibili dai sani. Bisogna

invece osservare i disturbi non motori, come la riduzione dell'olfatto, la depressione, la stitichezza e i disturbi urogenitali - aggiunge -. Ma il fattore predittivo più importante è il disturbo del sonno Rem, individuabile con un test elettroencefalografico mentre si dorme: è quello che causa un'agitazione anche violenta. Il 50% di chi ne soffre svilupperà il Parkinson entro 13 anni».

Nel Parkinson rimangono intatte il 20% delle cellule dopaminergiche. «La diagnosi, quindi, non è banale. L'osservazione clinica non è sufficiente, perché può essere confuso con patologie simili, ma diverse, i "parkinsonismi"». Gli esami per la diagnosi certa sono perciò due: la scintigrafia cerebrale DatScan, con cui misurare il danno dei nuclei dalle base, e «la scintigrafia miocardica Mibg per indagare lo stato dell'innervazione simpatica

del cuore», dice il neurologo, il cui contributo a questa tecnica è stato decisivo.

Mentre la sostanza nera cerebrale degenera, si determina un'alterazione funzionale del circuito dei nuclei della base che produce tremori e rigidità muscolari; questi, in fase avanzata, sono talmente invalidanti da impedire le azioni più semplici. Oggi il farmaco antiparkinsoniano più efficace in uso è la levodopa, ma alcuni pazienti, nelle fasi avanzate, sviluppano una forma di farmacoresistenza. Alleviare i sintomi è allora possibile solo ricorrendo alla stimolazione cerebrale profonda, la Dbs: attraverso un intervento neurochirurgico due elettrodi sono impiantati in una zona profonda del cervello e l'accensione del neurostimolatore provoca la decontrazione muscolare, restituendo così al paziente l'autonomia perduta.

## Stimolazione wireless

«Oggi, però, le aspettative nei confronti della "Dbs" sono state in parte ridimensionate: oltre ad essere un trattamento invasivo, aumenta il rischio di demenza». Tuttavia, uno studio appena pubblicato sulla rivista «Science», condotto sui topi dai ricercatori del Mit di Boston, ha ideato una forma wireless, senza elettrodi, attraverso l'iniezione nelle aree da stimolare di nanoparticelle magnetiche: queste, reagendo all'applicazione di campi variabili, riescono ad attivare i neuroni.

La strada per le cure, perciò, è ancora lunga. Intanto Quattrone ribadisce il ruolo terapeutico della prevenzione: «Una dieta vegetariana e ipoproteica è fondamentale». Insieme con l'esercizio fisico sembra svolgere un ruolo protettivo. Anti-Parkinson.



**In dettaglio**  
Un cervello colpito dal Parkinson: in evidenza le fibre bianche e il nucleo caudato, due strutture chiave coinvolte nei processi cognitivi che vengono alterate dal morbo (Immagine realizzata dalla University of Florida Health)

## Un «Motore» per il post ictus

“**M**otore” è il nuovo robot portatile, tutto italiano, che consente la Riabilitazione post ictus. Sviluppato da Humanware, azienda pisana, spin off della Scuola Superiore Sant’Anna, in collaborazione con il Laboratorio di robotica percettiva dell’Istituto Tecip (Tecnologie della Comunicazione, dell’Informazione, della Percezione) della stessa Scuola Superiore Sant’Anna, il robot è già utilizzato in fase sperimentale al centro di riabilitazione “Auxilium Vitae” di Volterra e all’Ospedale di Cisanello, a Pisa. Il sistema robotico è stato ribattezzato “Motore” e mette a disposizione di clinici e di fisioterapisti un nuovo strumento per il recupero e per la valutazione funzionale dell’arto superiore in pazienti che hanno subito traumi di carattere neurologico. “Motore” è in grado di supportare i pazienti, aiutandoli nell’esercitare le forze necessarie e nel mantenere traiettorie fluide ed efficaci, per ottenere il massimo dalla riabilitazione. A differenza dei pesanti e ingombranti bracci robotici, il sistema sviluppato da Humanware e dalla Scuola Superiore Sant’Anna ha dimensioni tali da poter essere posizionato su una scrivania.