



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## Debiti delle Asl: in pista il decreto 35 1,6 mld alla Sanità

Di **ETTORE MAUTONE**

**Trattativa serrata** tra Regione e governo per sbloccare entro fine mese i pagamenti di migliaia di fatture emesse da altrettante imprese fornitrici della Sanità. Nei giorni scorsi un pool di fun-

zionari del dipartimento risorse finanziarie della Regione Campania, insieme al suo direttore **Salvatore Varriale**, è stato a Roma in missione per consegnare nelle mani dei tecnici del ministero dello Sviluppo economico un voluminoso dossier di oltre mille pagine con il piano dei pagamenti. Il dossier contiene tutti i dettagli delle fatture invase da anni, l'elenco delle imprese che vantano crediti certi ed esigibili. Nero su bianco le procedure, le fasi del ripiano e le modalità attuative del programma ancorato all'articolo 3 del decreto 35 per i pagamenti della pubblica amministrazione tradotte recentemente in legge (la n. 134 del 2013). Una partita da condurre in porto entro la metà di luglio. Una partita doppia che prevede altri 1,460 miliardi di euro per i debiti della pubblica amministrazione. Finora solo l'Emilia Romagna ha sbloccato i fondi per i fornitori della Sanità che vantano crediti nei confronti della pubblica amministrazione utilizzando il decreto del governo paga-debiti sbloccando 420 mi-

### LA SCHEDE

- **Debito sanitario al 2005: 7 mld**
- **Operazione Soresa 1 (cartolarizzazione): 2,5 mld**
- **Debito residuo al 2010: 4,5 mld**
- **Ripiano tramite decreto 12: 1 mld**
- **Operazione Soresa 4 per partite in contenzioso: 2 mld**
- **Decreto pagamenti Pubblica amministrazione: 1,6 mld**

lioni di euro. Soldi che evidentemente la Regione ha già in cassa con anticipi su quelli che otterrà dal governo con il pagaddebiti. In tutte le regioni sottoposte a piano di rientro, ovvero Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia, non è ancora chiaro come avverrà il pagamento. **In Campania da due anni c'è una norma quadro che disciplina i pagamenti pregressi delle aziende sanitarie nei confronti degli ex convenzionati: è il decreto 12 del febbraio del 2011. "Una norma che ha incontrato grosse difficoltà ad essere tradotta nelle auspicate certificazioni dei nostri crediti - avverte Pier Paolo Polizzi, presidente dell'Aspat, associazione di categoria della specialistica ambulatoriale - prima perché si è infranta sugli scogli delle norme nazionali sulla certificazione, poi perché esclusa dall'ambito di applicazione delle compensazioni e per lungaggini burocratiche.**

**Leggi i tempi del ripiano**



### RIPIANO DEL DEBITO, CAMPANIA ALL'INCASSO

**La Campania** recupera terreno sul fronte del ripiano del debito e va all'incasso di 287 milioni di euro di premialità sul patto per la Salute. Come anticipato una settimana fa dal Denaro arrivano i primo fondi del riparto dei 2 miliardi di euro a favore delle regioni sottoposte al piano di rientro e che rispettano i parametri dei programmi operativi sui Lea. Oltre alla Campania, tra i beneficiari dei fondi, ci sono l'Abruzzo, la Calabria, il Lazio, il Molise e la Sicilia. I dati sul buon andamento del riordino della spesa sanitaria in Campania parlano chiaro: sessanta milioni di attivo a consuntivo del 2011 e 78 del pareggio per il 2012. Per la prima volta in dieci anni compare il segno più nella contabilità della sanità campana. E nel 2013, il gettito di Irpef e Irap, da due anni ai valori massimi (nel 2011 tocca i 377 mln, 232 nel 2012), per la quota parte drenata dalle aliquote dello 0,15 e 0,30 applicate per la copertura della Sanità (160 mln) dovrebbero andare al ripiano dei trasporti insieme a 200 mln del Fas. Dal 2014 lo stesso gettito sarà invece devoluto all'ammortamento dei ratei a favore della cassa Depositi e prestiti per i pagamenti delle anticipazioni di 1,6 mld per il ripiano dei debiti della pubblica amministrazione.

### Piano ospedaliero da rifare: scure su 1.700 posti letto

**Il decreto commissariale n. 49 del 2010** è da riscrivere. Il riordino delle degenze in Campania va revisionato da cima a fondo. Inizia il lavoro della Regione per rispondere alle direttive del decreto Balduzzi. Le unità di degenza ospedaliera in Italia diminuiranno di almeno 7.389 unità. In realtà il taglio reale sui letti per acuti è di 14.043 unità. Il totale da tagliare diminuisce perché per rispettare i nuovi standard (3 letti per acuti e 0,7 per lunghe degenze) serviranno 6.635 letti in più per post-acuti. Dalla riduzione dal 3,82 al 3,7 per mille (1,2 per mille in meno) abitanti della media italiana lo 0,7 deve essere dedicato a riabilitazione e lungo-degenze e i restanti 3 agli acuti. Il taglio previsto è di almeno 7.389 unità, in base all'attuazione dello schema di regolamento del decreto dell'ex ministro della Salute. In pratica si passerà dai 231.707 posti letto (3,82 ogni mille abitanti) censiti in Italia al 1° gennaio 2012 a 224.318 (3,7 ogni mille abitanti). Di questi 181.879 dovranno essere per acuti (-14.043) e fino a 42.438 per post-acuti (+6.635). Al 1° gennaio 2012 i posti per acuti erano 195.922 (3,23 ogni mille abitanti) e 35.785 quelli per post-acuti (0,59). Considerando che i posti letto erano 251.023 quelli tagliati in poco più di tre anni saranno, nei fatti, circa 27 mila. I calcoli, spiega il ministero, si basano sulla popolazione generale di ogni Regione pesata e corretta in base alla percentuale di anziani e ai flussi di mobilità ospedaliera tra Regioni. In cinque Regioni (Lombardia, Provincia autonoma di Trento, Emilia Romagna, Lazio e Molise) si risconterà una diminuzione dei posti letto di entrambe le tipologie. In sei Regioni (Liguria, Toscana, Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia) il numero dei posti letto, per effetto del gioco dei saldi, potrà complessivamente aumentare. Ma la Campania non intende beneficiare di questa possibilità che in teoria trascinerebbe con sé anche le dotazioni di personale. Tra l'altro il saldo per la Campania è positivo solo in virtù dei posti di lungodegenza da attivare mentre il saldo di quelli per acuti dovrebbe essere di oltre 1.700 in meno. E il Piano ospedaliero, prevede tagli ai posti letto a fronte di risparmi strutturali, per 206 milioni l'anno. Risparmi non derogabili per centrale l'obiettivo dell'equilibrio di bilancio.

## Regione, Vasco al posto di D'Ascoli Dipartimento: s'insedia Romano

Di **ETTORE MAUTONE**

**Mario Vasco**, ex coordinatore dell'area Prevenzione e Assistenza sanitaria dell'assessorato regionale al ramo, nonché dirigente di ruolo del settore Prevenzione e Igiene sanitaria, si dimette dalla direzione della Soresa - incarico ricoperto nell'ultimo anno - e torna in Regione. Questa volta in veste di coordinatore delle due aree (Programmazione e Assistenza sanitaria).

Il mandato è formalmente in vigore fino alla fine di questo mese, ossia quando scade l'ultima proroga firmata dal presidente della Regione Stefano Caldoro all'attuale assetto degli uffici di Palazzo Santa Lucia e in attesa che si proceda con le nomine dei direttori generali di Area che completeranno la riforma della macchina amministrativa di Palazzo Santa Lucia. In pratica Vasco assume lo stesso ruolo di superdirigente che fu di **Albino d'Ascoli**, dal 1° aprile andato in pensione. A rimanere a bocca asciutta sono i due dirigenti che negli ultimi due mesi hanno ricoperto l'incarico di capo-area a scavalco, segnatamente Renato Pizzuti per il settore Assistenza sanitaria e Nino Postiglione per il settore Programmazione sanitaria. Entrambi tornano ai vecchi ruoli ricoperti in seno all'assessorato Ossia a capo del settore assistenza ospedaliera Pizzuti e al timone dell'ufficio personale e ruoli Postiglione. Intanto si è insediato Ferdinando Romano alla direzione del dipartimento Salute della Regione. La sede sarà Palazzo Santa Lucia: nonostante l'esiguità degli spazi infatti il docente ha optato per il centro nevralgico della Regione scartando l'ipotesi Centro direzionale.

Per ora, dunque, a restare vacante è la cassetta della direzione generale della Soresa: un incarico che viene affidato per mandato fiduciario dalla presidenza della Regione senza rispondere a requisiti vincolanti come accade per la direzione generale delle Asl e degli ospedali. Sullo sfondo rimane il valzer degli incarichi di vertice delle aziende sanitarie: a luglio scadono i 18 mesi per le valutazioni in itinere dell'operato di una mezza dozzina di direttori. Senza contare che a luglio del 2014 scade il mandato per Rocco Granata al Cardarelli e di Anna Maria Minicucci al vertice del Santobono-Pausilipon. ●●●

### I DIRETTORI GENERALI IN CARICA

ASL	DIRETTORE GENERALE	DIR. SANITARIO	DIR. AMMINISTRATIVO
• Napoli 1	Ernesto Esposito	-	Daniele Baldi
• Napoli 2	Giuseppe Ferraro	Agnese Iovino	Nicola Cantone
• Napoli 3	Maurizio D'Amora	Giuseppe Russo	Salv. Panaro
• Avellino	Sergio Florio	Nicola Ferrante	-
• Benevento	Michele Rossi	Felice Pisapia	Gelsomino Ventussi
• Caserta	Paolo Menduni	Gaetano Danzi	Franca Milani
• Salerno	Antonio Squillante	Anna Calazzo	Anna Farano
• Cardarelli	Rocco Granata	Patrizia Caputo	Abbondante Elia
• Az. dei Colli	Antonio Giordano	Nicola Silvestri	Antonella Tropiano
• Santobono	Anna M. Minicucci	E. de Campora	Giuseppe Gargiulo
• Ruggi (Sa)	Elvira Lenzi	-	-
• Moscati (Av)	Giuseppe Rosato	Vincenzo Castaldo	Silvano Bello
• Rummo (Bn)	Nicola Boccalone	Gianpiero Berruti	Alberto Di Stasio
• S. Seb. Caserta	Franco Bottino	Diego Paternostro	Luigi Patrone
• Aou Sun	Pasquale Cordione	Maurizio Di Mauro	Elvio Costa
• Aou Fed. II	Giovanni Persico	Gaetano D'Onofrio	Vincenzo Viggiani
• Pascale	Tonino Pedicini	Sergio Lodato	Loredana Cici

### MANAGER DI ASL E OSPEDALI: FERRARO NELL'ALBO

**Nomine in vista** per il settore sanitario campano, con manager di Asl e ospedali sulla graticola per la scadenza di mandato e per la verifica in itinere per gli altri.

L'esecutivo di Palazzo Santa Lucia fa scattare intanto il semaforo verde al disciplinare per il conferimento dell'incarico di direttore generale di Asl e Aziende ospedaliere. Intanto, la Regione dà esecuzione alla sentenza del tribunale di Napoli, sezione Lavoro, per l'inserimento di **Sergio Ferraro** nell'elenco unico regionale degli idonei alla nomina di direttore generale di aziende sanitarie locali ed aziende ospedaliere della Regione Campania. Ferraro, agli inizi del 2011, viene escluso dall'albo degli idonei alla carica di manager di Aziende sanitarie per decisione della Commissione ad hoc incaricata di verificarne i requisiti. Ferraro presenta ricorso e a marzo scorso il giudice del lavoro accoglie definitivamente le ragioni del ricorrente ammettendolo nell'elenco unico degli idonei alla nomina. Ma chi deve scegliere i direttori generali delle aziende sanitarie campane? Secondo la Finanziaria regiona-

le deve farlo una commissione composta da giuristi, economisti, tecnici. Mentre mancano figure sanitarie. Tutto è contenuto nell'articolo 1, comma 41, della finanziaria regionale che individua appunto le nuove modalità di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie. La norma prevede, ogni due anni, la costituzione di un elenco degli idonei con delibera del presidente della Giunta sulla base di una valutazione dei titoli e dei requisiti. Ma come nasce questa prima rosa di candidati? A inserirli in elenco è una commissione nominata dallo stesso presidente e composta da un dirigente designato dall'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), da un dirigente dell'avvocatura regionale, da tre componenti designati dalla conferenza dei Rettori delle Università campane e da tre docenti in discipline giuridiche ed economiche. Mancano all'appello i profili sanitari. La legge nazionale prevede che l'aspirante direttore debba avere una laurea magistrale e un'adeguata esperienza dirigenziale nel campo delle strutture sanitarie.

## TERRA DI VELENI: IL LIBRO DI GIORDANO E TARRO TRADOTTO IN SPAGNOLO

**Inquinamento ambientale e tumori:** gli studiosi **Antonio Giordano** e **Giulio Tarro** sono da anni in prima linea contro i roghi tossici e più in generale per la tutela dell'ambiente e della salute dei cittadini campani. Dopo l'allarme lanciato un anno fa con la denuncia del fatto che in Campania ci si ammala di più di tumori rispetto a qualsiasi altra regione d'Italia e dove lo sversamento illecito dei rifiuti

in zone prossime ai centri abitati è una delle probabili cause dalla maggiore presenza di neoplasie i due scienziati hanno pubblicato il libro bianco dal titolo "Campania, terra di veleni" che il Denaro pubblica in esclusiva e che oggi viene tradotto anche in lingua spagnola. Il volume raccoglie i loro studi, le indagini scientifiche e decine di pareri qualificati. Leggere il libro, farlo circolare tra gli addetti ai lavori,

discutere sui tempi che i due scienziati pongono è un modo per evitare che le loro denunce cadano nel dimenticatoio.

Antonio Giordano è allievo del Nobel James Watson ed docente ordinario di Anatomia e Istologia patologica all'università di Siena e dirige lo Sbarro Institute. Giulio Tarro è docente di Virologia oncologica all'Università di Napoli ed è primario emerito dell'Ospedale "Cotugno".

Campania,  
Terra di veleni



Acquista il libro

### Tumori e inquinamento ambientale: Via a indagine del Senato

Prenderà il via dalla Campania l'indagine conoscitiva che avrà il compito di stabilire le connessioni possibili tra inquinamento ambientale e malattie tumorali. L'istanza presentata dal senatore **Lucio Romano** (Scelta Civica) è stata infatti approvata dall'Ufficio di Presidenza della Commissione



Lucio Romano

Igiene e Sanità del Senato. Emblematico e quanto mai chiaro il titolo dell'indagine: "Istituzione indagine conoscitiva in merito a: incidenza tumori, malformazioni fetoneonatali ed epigenetica conseguenti a inquinamento ambientale".

La finalità di quest'indagine - spiega il senatore Romano - è l'approfondimento di una tematica particolarmente dibattuta e conflittuale, che caratterizza alcune Regioni d'Italia. Vuole inoltre dare seguito all'esigenza, particolarmente avvertita e richiesta dalle popolazioni interessate, di fornire una risposta rigorosa al problema sotto il profilo igienico-sanitario. Intanto è stato siglato nei giorni scorsi a Napoli un nuovo patto tra le amministrazioni per tirare il freno alla tragedia dell'abbandono incontrollato dei rifiuti e soprattutto giurare guerra ai sistematici roghi alla diossina per smaltire ogni sorta di rifiuto industriale. Il dito è puntato sulle centinaia di imprese in nero che sotto traccia fanno sparire ogni giorno tonnellate di scarti delle lavorazioni. Un guaio che dura da almeno due lustri e che fa della Campania lo sversatoio di tutta Italia. Una tragedia che si consuma sulla pelle dei cittadini campani e che sta irrimediabilmente avvelenando le matrici ambientali di quella che fu la Campania felix. Alla fine del 2012 in Prefettura, Regione, Provincia di Napoli e Comune capoluogo, insieme ai primi cittadini di 27 enti della cinta nord di Napoli e altri 18 Comuni del casertano le basi di un intervento coordinato con la polizia municipale. Intervento che ora viene potenziato.

## Asl, atti aziendali Via alle verifiche Oggi prima seduta

DI ETTORE MAUTONE

**Atti aziendali delle Asl al rush finale.** Si riunisce oggi la commissione regionale di valutazione. Dopo la scadenza, il 10 giugno, della proroga concessa dalla struttura commissariale ai manager di Asl e ospedali, ora si passa al vaglio, nel merito, della congruità delle proposte, rispetto alle linee guida regionali. Sono una mezza dozzina in tutto, su 21, le proposte di riassetto consegnate finora in Regione dai direttori generali: si tratta delle Asl Napoli 2 (che lo ha adottato il 4 giugno), della Asl di Avellino e dell'ospedale di Benevento, della Asl Na 1 della Asl di Caserta. Ma sono in arrivo, in ordine sparso, anche quello del Monaldi (Azienda dei Colli), del Cardarelli e della Asl di Salerno. A seguire tutti gli altri. Considerando che il termine del 10 giugno non è ordinatorio c'è ancora tempo. Quel che è certo è che la commissione si riunisce per la prima volta oggi. Una riunione interlocutoria nella quale mettere a punto l'agenda di lavoro e i criteri da adottare per le verifiche. Una task force formata dai funzionari regionali **Antonio Postiglione** e **Renato Pizzuti**, **Lara Natale**, dirigente di staff del dipartimento Salute, **Rosanna Romano**, dirigente del Settore fasce deboli dell'assessorato, **Lia Bertoli**, direttore generale dell'Ar-san **Angelo Giovanni Rossi** e **Remo Bonichi**, rappresentanti dell'agenzia sanitaria



*In campo  
la commissione  
regionale  
Proposte dei manager  
sotto la lente*

nazionale e **Enrico Desideri**, direttore generale della Usi di Arezzo. Nel frattempo da Roma sono finalmente giunti i primi rilievi del ministero della Salute alle linee guida regionali. Anche questa volta, come da almeno un anno e mezzo a questa parte, si tratta di una sfilza di decine e decine di punti da correggere, integrare ovvero spiegare nei dettagli. Un lavoro che richiederà settimane. Nel frattempo l'iter regionale va avanti. Il nucleo fondante della proposta campana (ossia diversificare il rapporto tra primari e posti letto indicato dal ministero a seconda delle intensità di cura e dunque tra Asl, ospedali e Università) pare che infatti abbia trovato accoglimento in via XX Settembre dove ha sede il tavolo Massicci sui Livelli essenziali di assistenza. Sullo sfondo resta il giallo del regolamento Balduzzi al quale il ministero rimanda senza che lo stesso ministero lo abbia ancora emanato. Pertanto lo strumento di programmazione di riferimento resta unico e solo il Piano ospedaliero regionale che, come è noto, è ormai da rivedere da capo a piedi. ●●●

## L'assicurazione del medico: dalla scelta all'obbligo

L'assicurazione del medico, dalla scelta all'obbligo: il 13 agosto 2013 entra in vigore, per tutte le professioni, medici compresi, l'obbligatorietà delle assicurazioni Rc professionali. Una disposizione prevista dal decreto 138 del 2011 che inizialmente ha esonerato, fino al 2013, solo le professioni sanitarie prorogando l'applicazione anche per le professioni tecniche e legali. Il tema che sarà affrontato in una tavola rotonda in programma lunedì 8 luglio alle ore 17 nell'auditorium dell'Ordine dei medici di Napoli. A presiedere la discussione **Ludovico Docimo**, presidente della Società italiana chirurghi universitari e ordinario di Chirurgia generale presso il dipartimento di Scienze mediche e chirurgiche della Seconda università di Napoli. Moderano **Alfonso Ruffo** e **Biagio Trojaniello**. Partecipano **Claudio Buccelli**, ordinario di Medicina Legale e delle assicurazioni, **Raffaele Calabrò**, parlamentare componente della commissione Affari sociali della Camera dei deputati, **Giorgio De Toma**, presidente della Società italiana di Chirurgia **Carmine Gigli**, presidente Nazionale Fesmed, **Luana Pepe**, broker assicurativo, **Bruno Zucarelli**, presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli e **Antonella Zaroni** delle relazioni istituzionali Ania. Intervengono al dibattito i direttori generali Pasquale Corcione (Sun), **Ernesto Esposito** (Asl Na 1), **Giovanni Persico** (Federico II), **Anna Maria Minicucci** (Santob-

### SOCIETÀ NAPOLETANA DI CHIRURGIA

- **Presidente:** Ludovico Docimo
- **Past-President:** Giovanni Romano
- Vice-Presidenti:** Giovanni Barone  
Natale Di Martino, Concetta Dodaro  
Biagio Trojaniello
- **Consiglieri:** Francesco Bianco,  
Gennaro M. Buonanno, Nicola

- Carlomagno, Nicola Colacurci,  
Francesco D'Andrea, Ines Marano,  
Romolo Mennella, Mario Musella,  
Mario Misasi, Gabriele Salvatore,  
F. Schonauer
- **Segretario:** Michele Santangelo
- **Tesoriere:** Francesco La Rocca

no), **Antonio Giordano** (Azienda dei Colli), **Rocco Granata** (Cardarelli), **Maurizio D'Amora** (Asl Na 3 Sud), **Tonino Pedicini**, (istituto Pascale) e **Giuseppe Ferraro** (Asl a 3 nord). Tra i relatori

anche i chirurghi specialisti **Francesco D'Andrea**, **Nicola Colacurci**, **Mario Misasi** e **Fabrizio Schonauer**.

ETTORE MAUTONE

### NEOPLASIE, LA CURA È MULTIDISCIPLINARE

Team multidisciplinare per i trattamenti ottimali delle neoplasie. Si conclude domani all'Hotel Ambassador, in via Medina, il quindicesimo congresso nazionale Goim (Gruppo oncologico dell'Italia Meridionale). Presieduto da **Giacomo Carteni**, primario di oncologia all'Ospedale Cardarelli di Napoli il congresso ospita oncologi, anatomopatologi, chirurghi, radiologi e radioterapisti, provenienti da ogni parte d'Italia. Riflettori accesi sul carcinoma mammario, esofago-gastrico, polmonare, rene, prostata, colon-retto, pancreas esocrino, dell'ovaio. "Si tratta di un congresso nuovo - avverte Carteni - sia come tema di fondo, sia come articolazione delle giornate recependo non solo le innovazioni scaturenti nel panorama scientifico ma anche indicazioni suggeriteci da docenti e discenti. Focus di questa edizione la multidisciplinarietà come metodologia imprescindibile per la fase diagnostica e la strategia terapeutica in oncologia mantenendo la centralità dei pazienti.

## Sun e Federico II Un percorso interateneo

# Manager di welfare e sanità

**Enrica Buongiorno**

Diventare manager dei servizi sociali e socio sanitari. La Federico II in collaborazione con la Sun organizza il Master di II livello interateneo in «Management dei servizi sociali e socio sanitari». Le strutture sanitarie (pubbliche e private) necessitano sempre più di figure formate (manager o amministratori) con un ruolo specifico all'interno della rete dei servizi, e in particolare di quelli socio sanitari con mansioni di carattere

gestionale/organizzativo. Da giurisprudenza a ingegneria gestionale, da statistica a psicologia sono moltissime le lauree (vecchio ordinamento, specialistiche o magistrali) necessarie per poter accedere al bando di concorso. Per partecipare è indispensabile riempire (e consegnare nelle sedi indicate) il modulo presente sul sito [www.unina2.it](http://www.unina2.it) entro e non oltre il 25 giugno 2013. Il numero massimo dei posti disponibili è 30. La prova del concorso si terrà il prossimo 12 luglio 2013.



**Il preside** Lorenzo Chieffi, preside di Giurisprudenza

Il master, di durata annuale (si concluderà entro luglio 2014), prevede una serie di attività didattiche e di tirocinio presso atenei convenzionati o strutture disponibili a concedere spazi e attrezzature per lo svolgimento delle attività. Nel piano didattico (organizzato in 10 moduli di apprendimento) si studierà il diritto del lavoro, quello regionale e amministrativo ma anche il governo clinico e la qualità dell'assistenza. Per conseguire il titolo, infine, i partecipanti dovranno sostenere una prova finale che consiste nella discussione di un «field project».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



# Spending review, in arrivo nuovi tagli Al Comune quasi due milioni in meno

## Il provvedimento

La nuova stretta fa segnare un aumento dell'undici per cento rispetto all'ultima sforbiciata

Una nuova bella sforbiciata per il Comune di Avellino arriva ancora una volta sotto la voce spending review. Piazza del Popolo dovrà rinunciare a quasi due milioni di euro di fondi statali (un milione ed ottocento per la precisione).

Rispetto ai tagli già operati in recente passato, la nuova stretta sui finanziamenti pubblici fa segnare un consistente aumento percentuale (+11,3%). A fare due conti ci hanno pensato gli esperti de «Il Sole 24ore» che nell'edizione di ieri mattina hanno pubblicato i dati relativi a tutti i comuni capoluoghi di provincia.

Gli specialisti del quotidiano di Confindustria hanno provato a vedere come cambia la «cura dimagrante» imposta agli enti locali alla luce dei criteri appena ritoccati da Governo e Parlamento.

La parola d'ordine è agire sui «consumi intermedi»: in pratica nello stesso calderone finiscono sia i costi per sostenere i servizi

cosiddetti essenziali (dai trasporti al sociale ai rifiuti) sia le «spese di funzionamento» (in buona sostanza quanto si spende per mantenere l'ente comprese le spese per sindaci, giunte e dirigenti). Rielaborando le cifre fornite dal ministero dell'Economia, «Il Sole 24 ore» parla, per quanto riguarda Avellino, di consumi intermedi che nel 2011 si erano attestati a quota 19 milioni e 200mila euro: la media tra 2010 e 2012 è stata, invece, di poco superiore ai 21 milioni. Nell'ultimo bilancio la spending review è «costata» all'ente un milione e 600mila euro. Con le



nuove regola la cifra sale ad un milione ed ottocentomila. Sforbiciate consistenti anche per Benevento e Caserta mentre Napoli pareggia e Salerno si vede tagliare in meno rispetto al passato. Ma andiamo con ordine. Tagliati al capoluogo sannita quasi tre milioni di euro (l'incremento del taglio è del 12,5%). Due milioni in meno, invece, per il capoluogo della provincia di Terra di lavoro (più 12,6%). A Napoli i nuovi tagli si traducono in una decurtazione di 43 milioni e mezzo (la stessa cifra del precedente dispositivo). Infine Salerno: l'amministrazione del sindaco De Luca dovrà rinunciare a sei milioni e 200mila euro. L'anno scorso, però, il taglio era stato più consistente: sei milioni e 600mila euro. A livello nazionale, grazie ai dati de «Il Sole 24 ore», scopriamo che in cima alla classifica dei tagli della spending review 2013 ci sono Milano e Venezia. Nel primo caso l'entità del taglio ammonta a 122,8 milioni di euro mentre nel secondo si tocca quota 96 euro ad abitante. Ma i parametri che sono stati appena «corretti» nella legge di conversione del decreto «sblocca-debiti» peggiorano il quadro in particolare anche a Prato, Cosenza e Torino e allo stesso tempo offrono qualche sconto ad altre città (soprattutto Enna, Brescia e Perugia). Queste misure «anti-sprechi» rischiano, però, di far nascere un vero e proprio caso L'Aquila, dove la sforbiciata, se non corretta, può mangiarsi le risorse date al comune per il terremoto. Per il capoluogo abruzzese il taglio è di 237 euro ad abitante.

**a. pic.**

## Agropoli riapre: Salva l'emergenza

**L'ospedale di Agropoli non chiuderà.** Lo conferma il sindaco della cittadina salernitana, **Franco Alfieri** dopo il faccia a faccia nei giorni scorsi con il governatore **Stefano Caldoro**.

Il pronto soccorso dell'Ospedale civile, che formalmente avrebbe dovuto chiudere i battenti a partire dal 10 giugno, resterà attivo per tutta l'estate in attesa della riorganizzazione della rete dell'emergenza regionale. Ieri sul punto si è svolta la riunione del tavolo tecnico tra il subcommissario regionale alla Sanità **Mario Morlacco** e il direttore generale dell'Asl di Salerno **Antonio Squillante**. Oltre al ritiro del provvedimento di chiusura del pronto soccorso è stato aperto un confronto che dovrà portare ad una rivisitazione complessiva della pianificazione ospedaliera nel territorio cilentano, in particolar modo per quanto riguarda l'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza.

"E' un risultato che premia la nostra battaglia, affrontata con grande senso di responsabilità - dice il primo cittadino di Agropoli - da parte dei cittadini e dei sindaci del territorio. Non deve essere, però interrotto il percorso costruttivo avviato dopo l'incontro di sabato con il presidente della Regione Campania **Stefano Caldoro**, che ha compreso e fatto sue le istanze che gli abbiamo pre-

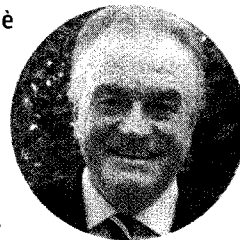
sentato. Con il governatore abbiamo avuto un dialogo sereno, serio e costruttivo, così come dovrebbe essere improntato sempre il confronto tra istituzioni, la cui classe dirigente, con il supporto tecnico adeguato nel ricercare soluzioni che non vedano mortificati i diritti fondamentali in un quadro di sostenibilità economica". Ora resta da vedere quali saranno modi e tempi della riconversione dell'ospedale. Perché far slittare la chiusura non vuol dire bloccare il processo previsto dal Piano ospedaliero.

### **Scafati, riapre il nosocomio**

Intanto, per la Asl di Salerno novità anche dall'ospedale di Scafati. Il manager si difende e, a stretto giro, ribadisce l'impegno per la riapertura dell'ospedale specificando che il plesso rientra tra gli interventi prioritari identificati nel piano degli investimenti. "Per l'ospedale - avverte Squillante - sono stati effettuati lavori di riconversione della struttura ad indirizzo riabilitativo. Allo stato attuale, da quanto si apprende, i lavori per la struttura (l'unità di terapia intensiva respiratoria Utir) di supporto all' Unità operativa di Pneumologia da collocare nei locali della ex rianimazione termineranno fra 15 giorni. Le attrezzature sono state già consegnate. La verifica degli impianti è in corso. ●●●

### **Convegni, Chirurgia vascolare: Napoli capitale del Mediterraneo**

**Chirurgia vascolare:** è in programma a Pozzuoli dal 25 al 27 giugno (Hotel Gli Dei) il XVI Congresso Internazionale della Società di Patologia e chirurgia vascolare latino mediterranea



**Giancarlo Bracale**

(in sigla Sopachivalame). Presidente del congresso **Giancarlo Bracale**, ordinario di chirurgia vascolare della Università Federico II e direttore della cattedra e della scuola di specializzazione in chirurgia vascolare. La Sopachivalame, ideata e realizzata all'inizio degli anni '90 dallo stesso Bracale, quando era ancora vivo il suo maestro **Giuseppe Zannini**, "ha lo scopo - avverte il chirurgo napoletano - di riunire tutti i paesi che affacciano sul Mediterraneo e la cui lingua ha origini comuni dal latino. Attraverso la lingua spagnola e portoghese, sono quindi coinvolti anche i paesi del Centro e Sud America, con l'obiettivo di fare dell'Italia e di Napoli in particolare, il centro scientifico del Mediterraneo, il fulcro dell'interesse e dello sviluppo della chirurgia vascolare in campo internazionale. Con gli anni c'è anche adesione di numerosi soci promotori tra i più rappresentativi e noti chirurghi europei, l'Università Federico II e il Neuromed di Pozzilli dotato di un avanzato centro di ricerche.

Via libera da Napoli ma il presidio resta

## **Ospedale Agropoli un piano per l'estate**

**Mini pronto soccorso fino a settembre**

**Ernesto Rocco**

**L'**ospedale civile di Agropoli rientrerà nel piano di riconversione della rete sanitaria della Campania, ma avrà a disposizione un Psaut potenziato rispetto a quello previsto inizialmente dall'Asl. È quanto è emerso al termine dell'incontro tra il subcommissario alla sanità Morlacco e il direttore generale dell'Asl Squillante, che hanno soltanto in parte accolto le richieste dei sindaci del Cilento che chiedevano di mantenere aperto il pronto

soccorso. Il vertice di palazzo Santa Lucia, invece, ha confermato l'entrata in funzione dal 20 giugno e per tutta la durata dell'estate di un punto di primo soccorso dove sarà garantita la presenza 24 ore su 24 di un medico specializzato in emergenza e due infermieri. A disposizione della struttura tre ambulanze, dieci posti letto per il ricovero temporaneo, la radiologia, un laboratorio di analisi del sangue e una consulenza cardiologica.

## «Il distretto sanitario verso la chiusura»

Nocera Superiore: i sindacati avvertono i politici e scrivono una lettera a Caldoro e Squillante

### ► NOCERA SUPERIORE

«I sindaci del territorio non sottovalutino le minacce di chiusura del distretto di Materdomini. La chiusura in realtà è già partita».

**Raffaele Di Tullio**, consigliere rsu Asl Salerno, avverte i primi cittadini. Se dovesse chiudere, i pazienti di Nocera Superiore, Roccapiemonte e Castel San Giorgio andrebbero a confluire nel distretto di Nocera Inferiore. Così la Uil Fpl scrive un'ulteriore lettera di deluci-

dazione, questa volta non solo al direttore generale Asl, **Antonio Squillante** e a **Stefano Caldoro**, Governatore della Regione, ma agli stessi consiglieri comunali del territorio.

Le sigle sindacali avevano preso visione di un fascicolo denominato: «Chiusura della Struttura di Materdomini di Nocera Superiore». «Dalla lettura degli atti acquisiti emerge – dichiarano i sindacati – la perseguita e incomprensibile volontà, sin dal mese di novembre 2011, di chiusura e

smantellamento del suddetto presidio Materdomini».

Le criticità strutturali messe in evidenza dalla direzione generale vengono smentite una ad una, da quelle inerenti all'umidità, alle condizioni igienico-sanitarie. «La struttura di Materdomini, rispetto a molte altre realtà, è in condizioni migliori». Ulteriore richiesta della Uil Fpl è la nomina di una commissione esterna per valutare la situazione.

**Davide Speranza**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

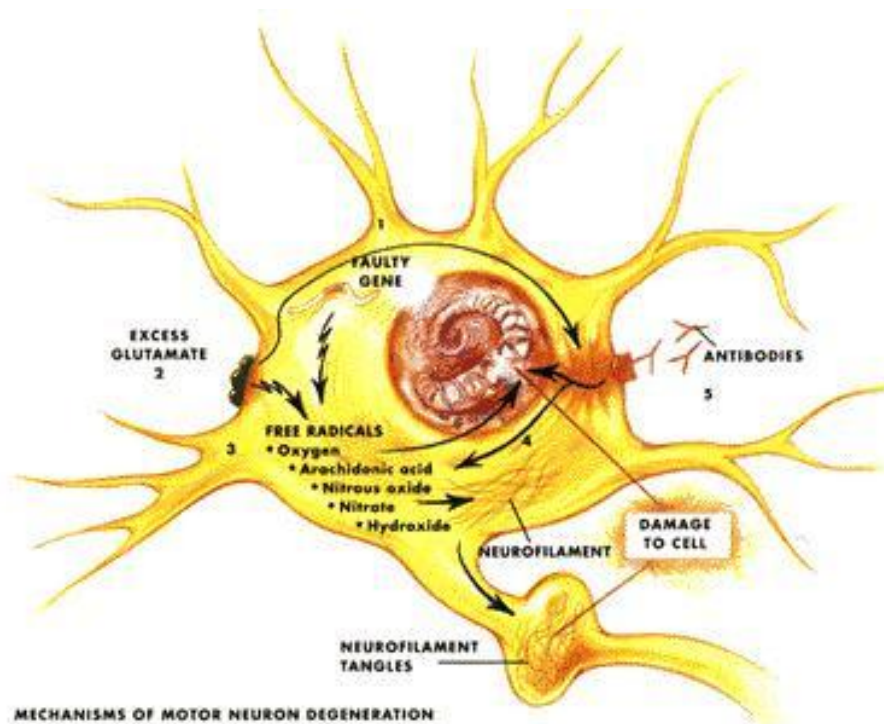


Il direttore dell'Asl Squillante



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



## Il congresso «Fratture articolari» un nuovo trattamento

Il moderno trattamento delle fratture articolari. Se ne è parlato al 17esimo congresso regionale dell'Acoto (Associazione Campana Ortopedici Traumatologi Ospedalieri). Claudio Latte, dirigente ortopedico del Loreto Mare, che ha presieduto l'incontro insieme con i colleghi Maurizio Longo (Ospedale San Paolo), e Achille Pellegrino, (Moscato di Aversa) precisa: «L'idea nasce dalla consapevolezza del grosso incremento nel numero e nella complessità di tali lesioni negli ultimi anni, dovuti, da un lato, alla maggiore frequenza di traumi dello sport e della strada, dall'altro, ad un vertiginoso incremento del numero e della gravità degli infortuni domestici, legati soprattutto all'aumento nella popolazione attiva, di persone della terza età, spesso affette da osteoporosi, malattia che rende lo scheletro più fragile ed esposto a maggiore rischio

di eventi fratturativi».

Il trattamento delle fratture articolari va affrontato sotto diversi aspetti. «Innanzitutto - spiega Latte - l'ortopedico deve inquadrare nella maniera più precisa possibile la lesione, spesso di non facile classificazione specie nei traumi complessi, per scegliere le tecniche chirurgiche più adeguate possibili, allo scopo di ridurre i tempi di guarigione e rendere il meno possibile evidente gli esiti funzionali al paziente. È importante inoltre il ruolo delle altre figure professionali, infermieri e fisioterapisti, che collaborano all'attività del chirurgo e contribuiscono in maniera rilevante al buon esito del trattamento chirurgico stesso». Per questi motivi al convegno hanno partecipato anche infermieri e fisioterapisti, che hanno avuto modo di effettuare un proficuo aggiornamento per la loro professione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Epilessia

Il controllo delle crisi non riesce in un paziente su tre

Ma il progresso delle conoscenze sta rendendo più efficace

l'asportazione del focolaio. Congresso dell'associazione Lice

## Elettro-stimoli e bisturi per i malati insensibili alle medicine

MARIA PAOLA SALMI

**L**i problemi grossi restano. L'imprevedibilità della crisi epilettica e, più di ogni altro, quel 30% di epilessie refrattarie a qualunque farmaco, pesano sulla vita dei pazienti. Ma l'approccio all'epilessia sta cambiando radicalmente, come hanno riferito ricercatori e clinici durante il 36° congresso nazionale della Lega italiana contro l'epilessia (Lice) da poco concluso a Roma. Il farmaco non sempre funziona, si comincia a investigare vie diverse da quelle battute per decenni; quasi 8.000 pazienti potrebbero beneficiare della chirurgia che, poco praticata, esige un cambio culturale. Genetica e intervento precoce, se i farmaci non bastano, sono le nuove tendenze.

«L'arrivo dei nuovi antiepilettici – dice Roberto Michelucci, direttore di neurologia al Bellaria di Bologna e presidente Lice – ha poco giovato a quel 30% di epilessie resistenti a farmaci. Forse perché fino ad oggi abbiamo attaccato la "crisi" sul fronte dei mediatori chimici, forse perché ci sono altri meccanismi ancora sconosciuti che potrebbero aprire la strada a molecole efficaci». Diversi studi

**L'importanza della selezione accurata dei soggetti a cui fare l'intervento**

incoraggiano queste teorie. La ricerca di base è fortemente orientata all'identificazione delle cause della farmacoresistenza. Si ipotizza una sovra-produzione di

proteine prodotte dai geni in grado di espellere il farmaco dalle cellule nervose o di modificazioni, acquisite o innate, dei bersagli ai quali esso dovrebbe legarsi, una sorta di attivazione delle proteine di trasporto che impediscono al farmaco di agganciarsi al bersaglio cellulare e svolgere la sua azione. Altra ipotesi, l'infiammazione che, a seguito di molteplici danni cerebrali, potrebbe alterare i meccanismi immunologici.

Poi vi è la cosiddetta pseudo-farmacoresistenza. «Siamo sicuri che il paziente sia davvero resistente al farmaco? Oppure è quest'ultimo che non è adatto o il dosaggio non è quello giusto oppure non si tratta di epilessia – osserva Michelucci – si parla di farmacoresistenza, secondo Lice, se le crisi persistono nonostante l'impiego di almeno due farmaci al giusto dosaggio». E quando i medicinali falliscono si aspetta anche 15-20 anni prima di arrivare all'opzione chirurgica, e questa enorme latenza favorisce la refrattarietà e complica la malattia danneggiando il paziente specialmente se giovane. «Se pensiamo che il 90% delle epilessie focali farmacoresistenti inizia nei primi anni di vita, offrire un trattamento risolutivo con la chirurgia curativa o almeno un trattamento di riduzione del numero delle crisi che si può ottenere con le tecniche di neuromodulazione palliativa, è una opportunità che non possiamo non prendere in considerazione», sottolinea Laura Tassi, dirigente medico del Centro di chirurgia ed epilessia dell'ospedale Niguarda di Milano. Lo studio prechirurgico diventa prassi per la selezione accurata dei pazienti.

La risonanza magnetica, utilizzata per studiare morfologia e funzioni delle diverse aree cerebrali,

la Spect che valuta l'irrorazione del cervello, la Pet utile a quantificare il consumo cerebrale di glucosio, sono usate insieme all'Eeg che studia il segnale elettrico del cervello. Un paziente non idoneo alla chirurgia curativa può esserlo per l'approccio neuromodulatorio (Dbs, stimolazione cerebrale profonda, oppure stimolazione del nervo vago, tecnica più seguita) che può in un caso su due dimezzare il numero delle crisi. «È una modalità meno invasiva, palliativa che non modifica la situazione cerebrale, ma sfrutta il fisiologico funzionamento elettrico del cervello attraverso meccanismi di eccitazione-inibizione, bloccando la scarica elettrica anomala», spiega il neurochirurgo Gabriella Colicchio del Gemelli di Roma.

In arrivo per i pazienti il diario elettronico e tante le nuove molecole. Midazolam indicata nel trattamento anche domiciliare delle crisi in serie e dello stato epilettico convulsivo, in commercio da due mesi in Italia, rimborsabile, si somministra per bocca e assicura un rapido assorbimento; retigabina, rimborsabile, indicata per le epilessie che proprio non rispondono ad altro, precauzioni obbligatorie per effetti avversi; attesi per il 2014 Ema permettendo, esclicarbazepina e perampnel sempre per le epilessie resistenti.

## LE LEUCEMIE

### VENERDÌ GIORNATA NAZIONALE PROMOSSA DA AIL NUMERO VERDE, BARCA A VELA E TANTE INIZIATIVE

**V**enerdì è la giornata nazionale per la lotta contro leucemie, linfomi e mieloma, voluta da Ail. Quest'anno otto ematologi rispondono al numero verde dell'associazione (800.226524 dalle 8 alle 20) per offrire consigli sulla malattia e sui centri di terapia. E sempre il 21 approderà a Palermo, dopo un viaggio cominciato l'8 giugno a Genova, la barca a vela che - ad ogni porto toccato, oggi è a Catania - offre la possibilità di veleggiare a malati, medici e infermieri dei centri ematologici. Tra le altre iniziative (su [www.ail.it](http://www.ail.it)) anche un concorso per video maker non professionisti under 35 per la realizzazione

di uno spot su volontariato e ricerca scientifica. Ricerca che, in questi ultimi anni, ha fatto compiere alla cura delle malattie ematologiche passi da gigante. «Nel caso della leucemia mieloide cronica - precisa il professor Franco Mandelli, presidente Ail - si può ottenere una remissione molecolare completa e dunque la sospensione della terapia, che può cambiare la vita. Nel frattempo è importante aver realizzato, grazie al supporto di Novartis, Labnet, una rete che consente di gestire in modo ottimale i pazienti e la loro patologia attraverso una efficace monitoraggio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Flash

### I virus

#### PER EPATITE C E HIV SVOLTA NELLE TERAPIE

Contro i virus di Epatite C e Hiv-Aids le nuove cure funzionano ma occorre avviare le terapie prima possibile: nel presentare il premio Riccardo Tomassetti per giornalisti under35 ([www.premiotomassetti.it](http://www.premiotomassetti.it)) virologi e biologi hanno segnalato la svolta. Obiettivo: arrivare all'eradicazione dell'Epatite C e al controllo dell'epidemia Aids. Sul fronte delle cure Hiv va registrato l'arrivo in Italia della versione generica della terapia combinata antiretrovirale Combivir (Mylan) Nell'Epatite C di genotipo 1, l'antivirale Telaprevir (Janssen) con somministrazione semplificata (2 volte al giorno) ha avuto il via libera europeo

### Malattie rare

#### CURE PER CISTINOSI E ANGIOEDEMA

Disponibile in Italia un nuovo farmaco a base di c1 inibitore, Cinryze (ViroPharma) per cura e prevenzione di attacchi acuti di angioedema ereditario. Si tratta di una malattia genetica rara debilitante e sottodiagnosticata: 800 pazienti con un altro 20% mai diagnosticato. Negli Usa è invece stato appena commercializzato il Cystaran (Sigma-Tau), per pazienti affetti da cistinosi, gravissima patologia che colpisce 2000 persone nel mondo

### La Bpco

#### VIA LIBERA AL NUOVO BRONCODILATATORE

Arriva in Italia Seebri Breezhaler (Novartis), nuovo farmaco per il trattamento (una volta al giorno) della broncopneumopatia cronica ostruttiva

### Il tumore

#### COLON, VISITE E INFO AL NUMERO VERDE

Un numero verde (800101151) dedicato esclusivamente al tumore del colon-retto per prenotare entro 48 ore una visita specialistica al Policlinico Gemelli di Roma

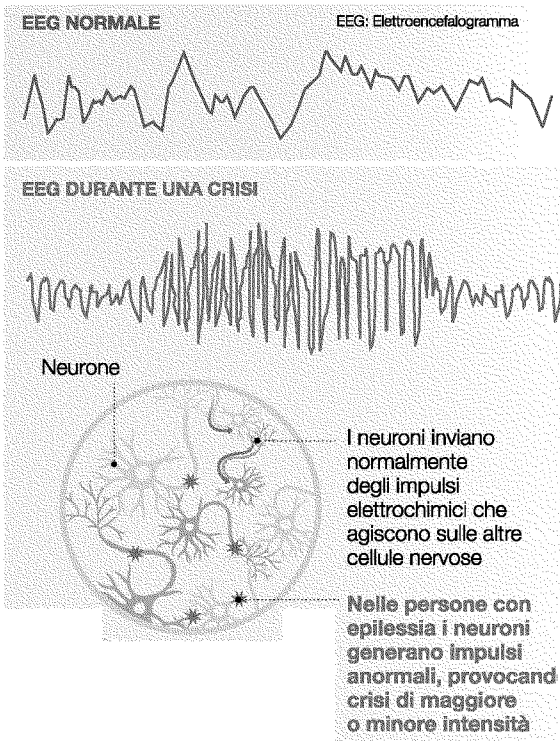
### Il forum

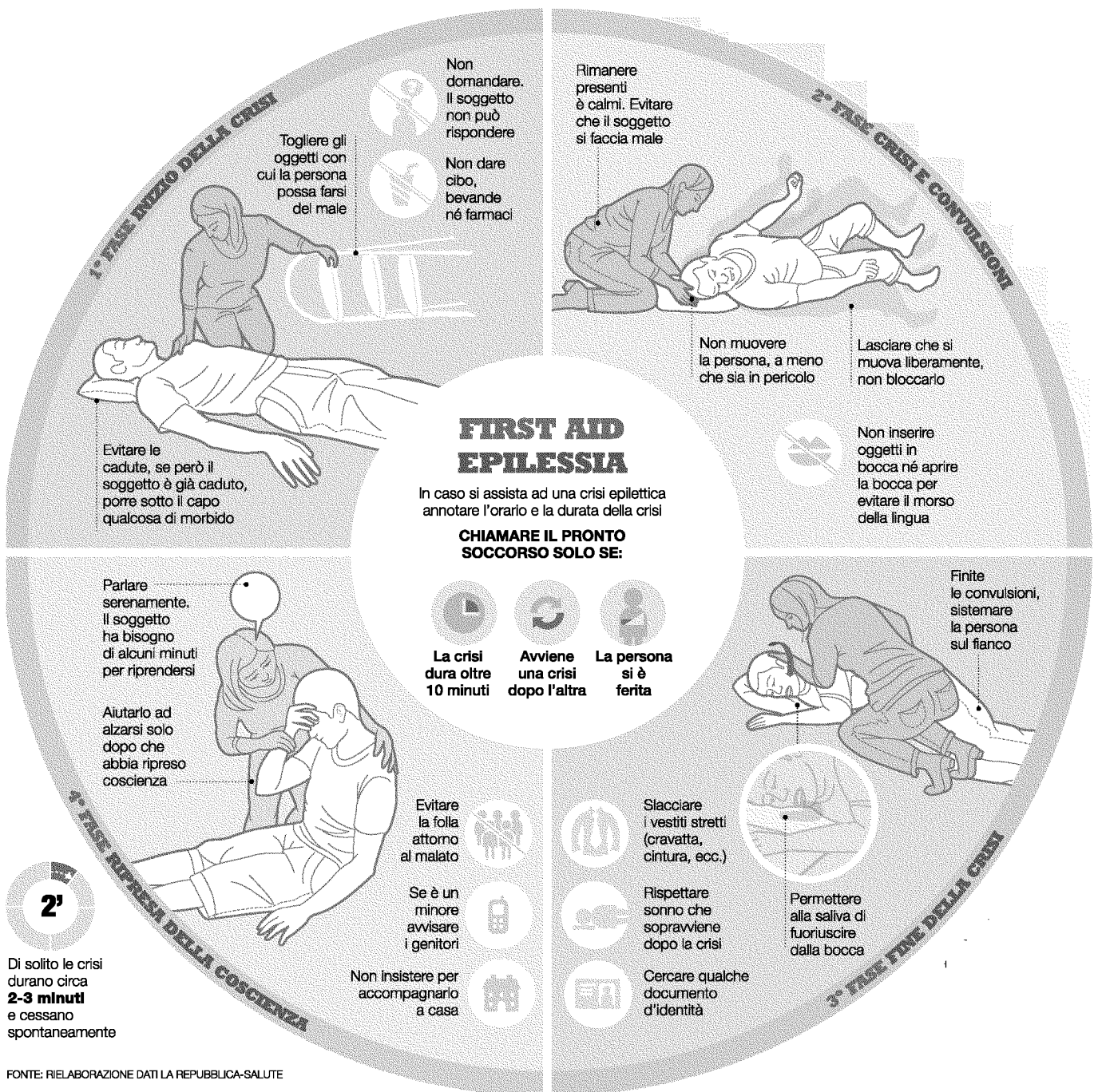
#### AL VIA LA DECIMA EDIZIONE DI SANIT

Check up generali, controlli dell'udito e del cuore, convegni e incontri al Sanit, rassegna sulla sanità giunta alla decima edizione (da oggi al 21 giugno, Roma, Palazzo dei Congressi)  
Info: [www.sanit.org](http://www.sanit.org)

## COSA È

È una condizione neurologica caratterizzata da ricorrenti e improvvise "crisi epilettiche"





## Medicina narrativa

Da domani gran consulto a Londra organizzato dal King's College in collaborazione con la Columbia university. L'esperienza di "Viverla tutta" su Repubblica.it come base di discussione. E ad ottobre Consensus conference all'Istituto Superiore di Sanità

 <b>VIVERLA TUTTA</b> Su <a href="http://repubblica.it">repubblica.it</a> centinaia di racconti di malati e familiari studiati e analizzati da esperti con metodo scientifico	 <b>NAME</b> È il progetto della Asl 10 di Firenze. Studio della narrazione attraverso video-interviste e focus group, e vari mezzi espressivi	 <b>MNEMOS</b> Al congresso di Londra sarà presentato anche il master Mnemos, su narrazione in medicina per la sanità promosso dall'Istud	 <b>LINEE GUIDA</b> Dai vari progetti si stanno elaborando linee guida sulla Narrative Medicine: a Roma ad ottobre una Consensus Conference
---	--	---	---

# Studiare le storie dei pazienti nasce un network internazionale

DOMENICA TARUSCIO \*

**D**agli anni '70-'80, con i primi tentativi di applicazione dell'approccio terapeutico che va sotto il nome di medicina narrativa, orientato alla dimensione umanistica e sociale della relazione medico-paziente, sono stati progressivamente sviluppati e affinati strumenti e tecniche sempre più rigorosi per cercare di incentivare l'impiego della narrazione e della conoscenza basata sulle storie di malattia nella pratica clinica. Uno strumento che, è bene ricordarlo, non può che migliorare la qualità dei percorsi di assistenza e cura, in particolare in un settore come quello delle malattie rare, caratterizzato spesso dalla scarsità di conoscenze, letteratura scientifica e grandi numeri.

La Narrative Medicine Conference che avrà luogo a Londra da domani al 21 giugno, organizzata dal King's College in collaborazione con la Columbia university

**Disease, illness e sickness: le tre dimensioni chiave con cui analizzare la malattia**

di New York, mira proprio a fare il punto sullo stato dell'arte delle competenze nel campo della medicina narrativa e sulle nuove prospettive aperte da studi innovativi e protocolli sperimentali, stimolando il confronto ed il di-

battito in merito al futuro. L'apuntamento sarà anche l'occasione per annunciare la nascita del primo network internazionale dedicato alla narrative medicine, che consentirà agli esperti sul tema di essere costantemente in contatto e condividere in modo più strutturato ed efficiente il proprio know-how.

Da alcuni anni il Centro Nazionale Malattie Rare (CNMR) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha attivato il Laboratorio di medicina narrativa, con l'obiettivo di promuovere in sanità l'uso della medicina narrativa, in particolare nell'ambito di malattie poco conosciute come le rare, individuando diverse aree di intervento: documentazione, ricerca, informazione e formazione. Con entusiasmo, quindi, abbiamo accolto la sfida di "Viverla Tutta", avviata da uno spazio aperto all'interno del sito web del quotidiano *la Repubblica* e proseguita con il progetto "Laboratorio sperimentale di medicina narrativa", coordinato dal CNMR dell'ISS, i cui partner sono l'ASL 10 di Firenze, la European Society for Health and Medical Sociology (ESHMS) e la Pfizer Italia.

Le giornate di Londra consentiranno di portare all'attenzione di un pubblico internazionale anche il contributo delle centinaia di storie di persone, con malattie rare e croniche, e di caregivers (colui o colei che principalmente si prende cura della persona malata, ndr) che sono state raccolte durante la Call to action "Viverla

Tutta". Una pagina web creata all'interno del sito *Repubblica.it* ha consentito di raccogliere i contributi di pazienti e caregivers. Racconti che sono stati analizzati, con metodi qualitativi e quantitativi, nell'ottica delle tre dimensioni-chiave dell'esperienza di malattia: disease, illness e sickness, intese secondo il punto di vista di pazienti e caregivers.

Circa un terzo delle narrazioni raccolte interessava aspetti legati alla malattia concepita come disease, facendo riferimento a tutto ciò che era correlato alla dimensione strettamente "medica", come aspetti relativi a diagnosi e cure. All'interno di questa categoria, più della metà dei contributi si è focalizzato sulla cura, circa il 40% sulla diagnosi, una parte minore sulla modalità di comunicazione e l'atteggiamento dei professionisti della salute. Il ritardo diagnostico si conferma come aspetto particolarmente critico soprattutto nel caso di malattie rare.

La dimensione soggettiva della malattia, l'illness, che include la sfera dei rapporti affettivi e della qualità della vita, è stata oggetto di quasi la metà delle narrazioni raccolte. In tale categoria, le narrazioni erano centrate principalmente sugli aspetti emotivi, sulla percezione della malattia, sugli atteggiamenti nei confronti della malattia, ma anche sulla qualità della vita e sull'impatto della malattia nella vita di tutti i giorni. Sulla percezione della dimensione sociale della malattia, la sickness, erano focalizzate circa il 20% del-

**Ritardi diagnostici, qualità di cura e della relazione e dimensione affettiva**

le narrazioni raccolte. Tra i risultati più significativi: più di due terzi delle testimonianze all'interno di questa categoria si riferiscono su aspetti legati a come pazienti o caregivers vengono percepiti da chi li circonda (ad es. parenti, amici, colleghi e professionisti non sanitari). Altri temi di rilievo, emersi dai racconti, sono stati l'accesso ai servizi sanitari e sociali, le politiche sanitarie (in termini di organizzazione dei servizi e riconoscimento dell'invalidità), l'integrazione socio-sanitaria e le questioni legali.

I risultati dell'analisi delle narrazioni raccolte, unitamente alla letteratura scientifica sul tema della medicina narrativa, costituiranno il background per la realizzazione di Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative, destinate a operatori della salute impegnati in ambito sanitario, sociale e socio-sanitario (Consensus Conference il 2 e 3 ottobre all'ISS).

\*Direttore Centro Nazionale Malattie Rare, ISS