



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Mancati pagamenti, frenata in regione

I MANCATI pagamenti delle imprese italiane nei primi nove mesi del 2013 segnano, rispetto allo stesso periodo del 2012, un calo sul fronte della frequenza sia sul mercato nazionale (meno 13 per cento) sia nel settore dell'export (meno 17 per cento). Calo decisamente più marcato in Campania rispetto alla media nazionale: meno 30 per cento. E' quanto emerge dal Report sui Mancati pagamenti, ricerca trimestrale di Euler Hermes Italia (gruppo Allianz). L'indicatore della severità, ovvero dell'importo medio (più 14 per cento in Italia e più 12 per cento in Campania), registra un deciso incremento in Italia, mentre sui mercati esteri si contrae (meno 11). Il comparto più colpito è quello delle commodities (più 59 per cento rispetto a dicembre 2007), in particolare il settore petrolifero.

Sanità**Policlinici
e Asl: conti
in dissesto**

Il debito delle Asl, delle aziende ospedaliere, policlinici e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico è praticamente raddoppiato nel giro di sette anni, dal 2006 al 2013, registrando un aumento del 97% e passando da 8,9 miliardi di euro a 17,6 miliardi. È quanto segnala il presidente di Adusbef Elio Lannutti analizzando il supplemento al bollettino statistico di Banca d'Italia di ottobre. Il debito pubblico degli enti che fanno capo alla pubblica amministrazione, complessivamente, in sette anni è aumentato quasi del 30% (29,8%). Insieme alla spesa sanitaria, sono cresciute anche le spese degli altri enti: i comuni sono arrivati a 48,3 mld di debito (+11,6%), le Regioni a 39,1 mld (+4,9%), e le province a 8,7 mld (+6,1%). I dati evidenziano anche che a giugno 2013, il peso del debito pubblico locale è diminuito.

La manovra

Sanità, controllo centralizzato per la spesa

Spending review e costi standard, si studiano i risparmi. Domani il piano Cottarelli**Andrea Bassi**

ROMA. Ancora ventiquattro ore. Poi il commissario alla spending review, Carlo Cottarelli, alzerà il velo sul suo piano di riduzione della spesa pubblica. Un piano atteso con sempre maggiori aspettative, soprattutto dopo la bocciatura della manovra italiana da parte della Commissione europea. Il lavoro di Cottarelli è guardato con interesse da Bruxelles ed è l'ultima carta rimasta nella manica del premier Enrico Letta e del ministro dell'economia Fabrizio Saccomanni per trovare nuove risorse per il prossimo anno.

L'obiettivo è di recuperare un ammontare di fondi pari almeno a 2-3 miliardi di euro immediatamente. E il lavoro più avanzato sul quale si potrà agire immediatamente riguarda il settore sanitario, dove si punta a razionalizzazioni che permettano almeno 1-1,5 miliardi di risparmi senza incidere sulle prestazioni. Le Regioni insieme al ministero stanno lavorando al nuovo patto per la Salute, di cui uno degli elementi fondamentali saranno i costi standard.

Le cinque Regioni «benchmark», quelle che faranno da modello, sono già state scelte (Umbria, Emilia Romagna, Marche, Lombardia e Veneto). Tra queste dovrebbero esserne ora selezionate tre. Le Regioni comunque, hanno deciso di far partire il meccanismo.

Intanto, nei giorni scorsi il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, si è detta pronta a compiere tutti gli atti necessari per rendere operativa la riforma. La legge di Stabilità potrebbe essere un contenitore adatto. Il vero nodo da sciogliere riguarda gli acquisti della Pubblica amministrazione. I costi stan-

dard e il Patto per la salute potrebbero portare ad una razionalizzazione importante della spesa sanitaria nel tempo.

Ma Cottarelli, che nei giorni scorsi avrebbe incontrato anche il Ragioniere generale dello Stato, Daniele Franco, avrebbe sul tavolo anche altre opzioni. Come per esempio, la messa a punto di un sistema centrale di controllo della spesa sanitaria. Un passaggio questo delicato e da declinare con attenzione per evitare di finire nella tagliola della Corte Costituzionale, visto che la sanità è una materia di competenza delle Regioni. Non solo. La voce «aggregabile», quella degli acquisti dei beni e servizi, è stata già più

volte sforbiciata negli ultimi anni. In questo modo i consumi intermedi sono scesi ormai sotto i 30 miliardi di euro. Inoltre i corrispettivi sono stati tagliati del 5 per cento ed è stato anche introdotto l'obbligo di rinegoziare i contratti con i fornitori quando i prezzi unitari sono superiori al 20 per cento di quelli individuati dall'Osservatorio per i contratti pubblici.

Quello di riuscire in qualche modo a centralizzare la spesa della Sanità, è anche uno degli obiettivi del relatore alla legge di stabilità per il Pdl (che dopo la scissione del partito è rimasto nella pattuglia dei governisti), Antonio D'Alì, che ha presentato un emendamento per assegnare la gestione del servizio sanitario a delle Macroregioni. Si tratterebbe di realizzare in tal modo delle economie di scala facendo massa critica.

In pratica, la Sanità sarebbe gestita da enti con un bacino di cittadini-utenti di 6-13 milioni di persone. Una proposta che costituirebbe un primo passo verso una maggiore centralizzazione della spesa sanitaria. Obiettivo che potrebbe trovare orecchie attente in Cottarelli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le Regioni
Al lavoro
sul patto
per la Salute
Il governo
punta
a recuperare
2-3 miliardi

Tredicesime al palo

CONFRONTO 2012-2013 (valori in euro)

OPERAIO SPECIALIZZATO
(Imponibile IRPEF=21.081)

Tredicesima netta 2012 **1.238**
Tredicesima netta 2013 **1.255**
Deflazionata **1.239 +1 euro**

CAPO UFFICIO
(Imponibile IRPEF=49.838)

Tredicesima netta 2012 **2.514**
Tredicesima netta 2013 **2.545**
Deflazionata **2.514 +0 euro**

IMPIEGATO
(Imponibile IRPEF=25.643)

Tredicesima netta 2012 **1.400**
Tredicesima netta 2013 **1.419**
Deflazionata **1.402 +2 euro**

**TOTALE PENSIONATI E DIPENDENTI
CHE PERCEPISCONO LA TREDICESIMA
NEL 2013**

33.058.182 persone

CIFRA TOTALE TREDICESIME 2013
33.000.000 euro

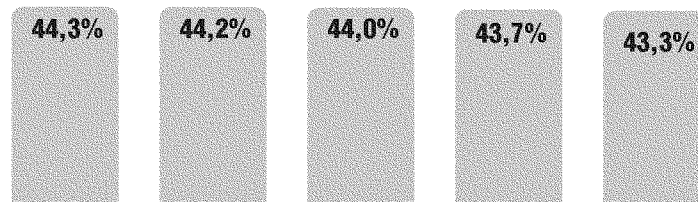
Fonte: Cgia di Mestre

La fotografia | Legge di stabilità

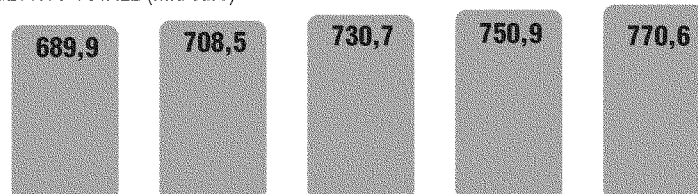
NEL 2014
SPESE NETTE
+3,7 mld

PRESSIONE FISCALE
-0,1%

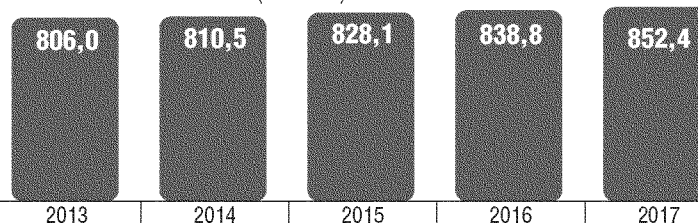
IL CONFRONTO
PRESSIONE FISCALE



GETTITO TOTALE (mld euro)

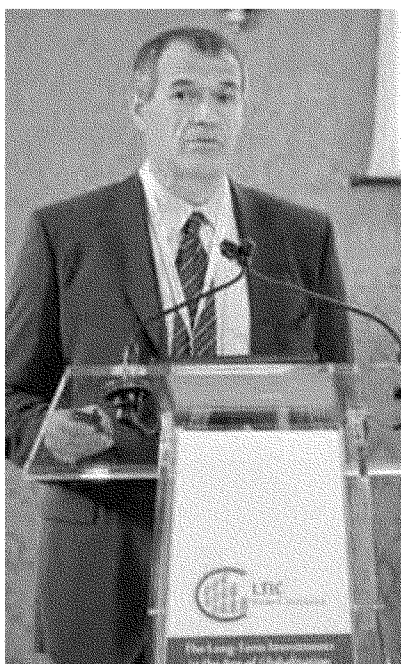


SPESA TOTALE TENDENZIALE (mld euro)



Fonte: Cer

ANSA centimetri



Ex Fmi Carlo Cottarelli proviene dal Fondo monetario

Welfare Il funzionamento di polizze salute e fondi integrativi

Sanità Ora conviene preparare il paracadute

Con la graduale ritirata dello Stato sociale crescerà il bisogno di tutelarsi: ecco che cosa offre il mercato

DI PAOLO GOLINUCCI

Un paracadute per proteggersi dalle spese impreviste in caso di ricovero ospedaliero o per far fronte all'assistenza infermieristica domiciliare o alla perdita dell'autosufficienza.

Sono le polizze sempre più mirate a specifiche esigenze di protezione della salute che le compagnie di assicurazione offrono in Italia dove la spesa sanitaria privata raggiunge i 30 miliardi l'anno (rispetto ai 113,5 miliardi della quota pubblica, pari al 7,3% del Pil). L'invecchiamento, l'aumento medio della speranza di vita, l'incremento delle patologie croniche, le aspettative dei cittadini in termini di qualità del servizio e dei tempi di erogazione determinano un generale innalzamento dei costi di assistenza, e il maggior ricorso al settore privato.

«La sostenibilità del sistema sanitario pubblico e lo sviluppo della sanità integrativa rappresentano una delle sfide di maggior rilievo per il riassetto del nostro sistema di welfare», sostiene Marco Vecchietti, direttore generale di Previmedical, società specializzata nei servizi per la sanità integrativa e amministratore della compagnia assicurativa Rbm salute.

Dei 30 miliardi di spesa sanitaria privata, circa l'88% del suo ammontare è pagata direttamente dai cittadini, mentre solo il 9% è garantito attraverso fondi sanitari integrativi e/o il 3% mediante prodotti assicurativi. Ma che cosa offre il mercato? Nella tabella a

La spesa pubblica ammonta a 113 miliardi, il 7,3% del Pil

fianco abbiamo indicato alcune soluzioni di compagnie specializzate o di fondi sanitari integrativi. Le polizze individuali si propongono di risolvere mirate esigenze dei consumatori, mentre quelle collettive collegate a fondi sanitari sono più onerose ma hanno una copertura più ampia.

Leader nelle assicurazioni sanitarie è Unisalute (gruppo Unipol): ha oltre 4.300.000 clienti sia con polizze collettive (casse aziendali, fondi sanitari o di categoria) sia con polizze individuali. «Ci occupiamo esclusivamente di assicurazione salute in modo unico ed innovativo attraverso il lavoro di 560 persone, tra cui 45 medici presenti in azienda, un comitato scientifico e un network di strutture sanitarie convenzionate direttamente presso le quali gli assicurati possono usufruire di prestazioni sanitarie di qualità con ridotti tempi di attesa e con il pagamento della prestazione da parte della società», dichiara Andrea Pezzi, direttore generale di Unisalute. Vediamo le principali coperture previste dalle varie compagnie.

Diaria ricovero

Si riceve un'indennità per ogni giorno di ricovero. Unisalute con «Diaria Plus» ricono-

sce una somma di 100 euro al giorno e in più offre un servizio di seconda diagnosi prestata da medico specialista. Il costo annuo della polizza è di 260 euro per un assicurato 45enne. Uniqa Salute con «Diaria Senza Tempo» presta la copertura per tutta la vita dell'assicurato, mantenendo il costo dell'età di prima sottoscrizione (345 euro per un 45enne). Prevista un'indennità giornaliera di 100 euro per ricovero da malattia, che sale a 150 per infortuni e a 200 per un grande intervento chirurgico. Reale Mutua con «Salute Facile» prevede la liquidazione di una diaria di 50 euro se il ricovero è senza intervento, e il pagamento di una una somma che va da 350 a 15.000 euro se l'ospedalizzazione è dovuta a intervento chirurgico. Il costo annuo per un 45enne è di 432 euro.

Dentista

Unisalute Dentista è la polizza che, con 190 euro di costo annuo, consente all'assicurato di ricevere una visita di controllo e pulizia denti all'anno, prestazioni per interventi chirurgici (fino a 1.500 euro) o cure odontoiatriche per incidente stradale (fino a 2.000 euro) oltre a tariffe agevolate per altre prestazioni dentistiche presso i professionisti convenzionati.

Autosufficienza

La polizza Axa «Mia Autonomia» protegge dai costi economici per perdita di autosufficienza, se non si possono più compiere autonomamente 3 delle 4 attività elementari della vita quotidiana (vestirsi

e svestirsi, andare al bagno ed usarlo, alimentarsi, spostarsi) oppure all'assicurato viene diagnosticato il morbo di Parkinson o di Alzheimer. Gli assicurati sono persone tra i 18 e 70 anni che pagano un premio costante per avere una rendita mensile (tra 500 e 2500 euro), per tutta la vita. Per un 45enne, il costo per una rendita mensile di 2.000 euro è di 860,27 l'anno.

Fisco

I contributi versati a fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale o enti, casse e società di mutuo soccorso, nel rispetto del «Decreto Sacconi» hanno un trattamento fiscale agevolato. Le somme corrisposte sono, infatti, deducibili dal reddito dell'assicurato entro un limite massimo di 3.615,20 euro l'anno

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Esigenze/bisogni	Compagnia prodotto	Prestazione	Premio annuo
Diaria per ricovero Indennità per ogni giorno di ricovero Copertura delle degenze ospedaliere per tutta la vita, al costo dell'età iniziale della sottoscrizione polizza Indennizzo certo per ricovero con intervento chirurgico, diaria per ricovero senza intervento	UNISALUTE Diaria Plus	€ 100 per giorno di ospedalizzazione; seconda diagnosi prestata da altro medico	€ 260 (1)
Spese dentistiche Visita e pulizia denti cure dentistiche agevolazioni per altre spese dentistiche	UNIQA Diaria Senza Tempo	Diaria di €100 per ricovero da malattia, € 150 per infortunio, € 200 per grande intervento chirurgico; servizi assistenza	€ 345,43 (1)
Assistenza domiciliare Assistenza infermieristica e medica domiciliare	REALE MUTUA Salute Facile	Indennizzo predefinito per Intervento Chirurgico, da € 350 a € 15.000; diaria per ricovero senza intervento chirurgico € 50 al giorno	€ 432 (1)
Rimborso spese mediche Tutela delle spese mediche affrontate prima, durante e a seguito di un ricovero ospedaliero, da assicurato e familiari	UNISALUTE Dentista	Gratis visita di controllo e igiene orale; gratis fino a € 1.500 interventi chirurgici; gratis cure odontoiatriche da incidente stradale fino a € 2.000; tariffe agevolate dai dentisti convenzionati	€ 190
Perdita autosufficienza Rendita vitalizia in caso di incapacità a svolgere le attività elementari della vita quotidiana	UNISALUTE Assistenza Domiciliare	Servizi di ospedalizzazione domiciliare post ricovero per infortunio o grande intervento chirurgico, fino a € 5.000; tariffe agevolate dal personale medico o sanitario convenzionato con Unisalute	€ 80
	Polizze collettive fornite da Fondi Sanitari (3)	Massimale € 200.000 comprese visite specialistiche extraospedaliere, acquisto farmaci	€ 1.650 per nucleo familiare (2)
	AXA Mia Autonomia	Rendita mensile di € 2.000 riconosciuta per tutta la vita	€ 860,27 (1)

(1) età assicurato = 45 anni; (2) Fonte RBM Salute; (3) i contributi a Fondi Sanitari Integrativi sono oneri deducibili nel limite di € 3.615,20 l'anno

L'indagine Più «fondi di garanzia» al posto di assicurazioni troppo care

Danni da errore medico Ti risarcisce la Regione

Raccogliere i dati sulle richieste di risarcimento da parte di cittadini danneggiati per presunti errori medici è importante per capire perché si è verificato l'incidente e mettere in atto misure di prevenzione.

Le Regioni sono tenute a comunicare le informazioni sulle denunce dei sinistri al Simes — Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità, istituito presso il Ministero della Salute.

A monitorare i sistemi regionali di gestione di sinistri e polizze assicurative nel periodo 2012-2013 c'è un'indagine realizzata dall'Agenzia nazionale dei Servizi regionali sanitari, in collaborazione con il Comitato tecnico delle Regioni per la sicurezza del paziente. Ebbene, nella Provincia autonoma di Trento e in sei Re-

gioni — Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Toscana — c'è un sistema di gestione dei sinistri che opera già a regime; in Sicilia e in Veneto il sistema è in fase sperimentale, mentre le altre Regioni non lo hanno ancora predisposto o lo stanno avviando.

«Il monitoraggio della gestione del rischio clinico — spiega una delle curatrici del rapporto, Barbara Labella, della sezione "Qualità e accreditamento" di Agenas — serve a promuovere la sicurezza dei pazienti. La comunicazione dei dati al Simes rientrerà a breve tra gli adempimenti previsti per il "mantenimento dei Lea" (Livelli essenziali di assistenza, cioè le prestazioni da garantire a tutti i cittadini, ndr), che le Regioni devono rispettare per poter accedere ai finanziamenti integrativi,

nell'ambito del riparto del Fondo sanitario nazionale».

L'indagine di Agenas ha preso in esame i modelli organizzativi che alcune Regioni stanno adottando per far fronte a polizze assicurative sempre più care o alle disdette dalle compagnie, per cui i pazienti che hanno subito un danno rischiano di non essere risarciti.

«Stanno aumentando le Regioni che optano per una gestione diretta dei sinistri, istituendo un proprio fondo assicurativo — riferisce la dottoressa Labella — . Toscana e Liguria hanno ormai adottato un sistema di gestione diretta; altre tre Regioni — Basilicata, Puglia ed Emilia Romagna — lo stanno sperimentando: quest'ultima prevede il ricorso alla polizza assicurativa per i risarcimenti elevati, e anche il Pie-

monte ha adottato un modello misto. Nelle Marche la sperimentazione della gestione diretta è stata avviata in un'Asl. In altri casi, come in Campania, qualche Azienda sanitaria vi fa ricorso perché non è riuscita a stipulare polizze assicurative».

Maria Giovanna Faiella

Gli eventi
avversi
vanno
monitorati
per poterli
prevenire

Controversie

Formule diverse a tutela delle legittime richieste dei malati



L'intervento

Non c'è crescita
senza il welfareNON C'È CRESCITA
SENZA IL WELFARE

ANDREA MORNIROLI

SUI giornali della città si è aperto da qualche tempo a questa parte un utile dibattito sul tema del "capitale sociale" e se esso sia da considerarsi ineludibile o meno a qualsivoglia ipotesi di sviluppo del Mezzogiorno. Su questi temi è opportuno approfondire il dibattito.

SEGUE A PAGINA VII

Un dibattito che spesso prende spunto dal libro di Carlo Borgomeo: "L'equivoco del Sud".

Dico subito che ritengo gli investimenti sulla coesione sociale, sul contrasto alla povertà, sul rilancio delle scuole e del welfare come presupposto e non come esito dello sviluppo. Lo penso perché credo non si possa ipotizzare di costruire benessere e sicurezza per i «primi della fila» semplicemente pensando di abbandonare e contenere masse sempre più ampie di ultimi e vulnerabili. Non è possibile, né in termini di giustizia sociale, né se si guarda al tema dal punto di vista economico. Infatti le politiche contenitive costano molto di più che ipotesi di prevenzione e supporto all'emancipazione delle persone deboli.

Voglio fare un solo esempio: con le attività di strada mirate alla prevenzione e all'educazione sanitaria la mia cooperativa raggiunge ogni anno nelle strade di Napoli circa 1000 persone che vivono situazioni estreme di marginalità e a fortissimo rischio sanitario. Per queste attività, la cooperativa riceve dal pubblico (Regione, Asl, Comune, ministeri) un finanziamento annuo di circa 200.000 euro. Bene, se solo il 5 per cento dei destinatari — percentuale considerata al ribasso — non si ammala di Aids (senza contare tutte le altre possibili patologie), si ha un risparmio per il pubblico di circa 1.000.000 di euro l'anno. Infatti, ogni singolo trattamento per Aids costa all'azienda sanitaria circa 2.000 euro al mese. Se si moltiplica tale cifra per 50 persone (appunto il 5% dei mille contattati) per 12 mesi si arriva alla cifra di 1.200.000 euro l'anno.

A risultati analoghi si giunge se si paragona il costo di un'accoglienza in comunità o in una casa famiglia, al costo di un minore nel circuito penale. O ancora di un'assistenza domiciliare integrata ad un anziano rispetto al ricovero in una struttura residenziale assistita. Sono considerazioni che sembrano banali. Sono calcoli che qualsiasi politico e amministratore locale potrebbe fare con facilità per definire a priori scelte e politiche. Eppure sono piccole, grandi verità che rimangono sommerse. A volte volutamente nascoste forse perché non compatibili con gli interessi del mercato e dei privati.

Infine, un'ultima considerazione sul tema del trasferimento di fondi al Mezzogiorno. Non si tratta di entrare nella contrapposizione "fondisti" — "fondino" perché mai come oggi il trasferimento di risorse non è solo importante dal punto di vista economico e sociale ma anche eticamente indispensabile per fare passare nel Paese la consapevolezza che occorre contrastare le spinte egoiste e corporative che arrivano da tanti attori istituzionali, politici ed economici che teorizzano che il Nord non si può fare più carico di un Sud straccione e senza alcuna possibilità di riscatto.

Il problema è invece di stabilire programmi certi su cui strutturare l'utilizzo dei fondi così come è essenziale definire serisistemi di monitoraggio e valutazione. In passato ho coordinato diversi percorsi formativi. Non ho mai avuto il piacere di incontrare un valutatore delle diverse istituzioni che finanziavano tali progetti che, in sede di valutazione, mi chiedesse quante persone avevano trovato lavoro dopo il corso, ma solo "quante matite avevo usato per le esercitazioni".

Insomma, mi pare che il tema centrale sia quello di tornare a ragionare su come intendiamo investire le risorse, su quali progetti e su quali ipotesi di società e sviluppo. Sapendo che occorre superare la contraddizione che porta molti a pensare che si possa parlare di crescita e contemporaneamente tagliare i servizi sociali, ridurre gli spazi aggregativi e culturali, rendere impotente la scuola rispetto alla complessità, abbandonare gli ultimi e i più fragili. Credo che questo sia un terreno di sfida anche per l'amministrazione napoletana, che penso sia pienamente consapevole che senza un recupero delle disparità e delle criticità non solo è difficile ipotizzare uno sviluppo ma anche lavorare per una società giusta, sicura e fondata sul benessere collettivo e su forme di convivenza civili e democratiche.

Epatologia

NAPOLI Al centro congressi dell'Università Federico II domani prende il via la due giorni del convegno «L'epatologia nel III millennio», seconda edizione del corso di aggiornamento coordinato da Ernesto Claar.

**Centro Congressi Federico II,
via Partenope, domani, ore 9.30**

assistenza sanitaria

«Meno ricoveri e cure inutili» Il ministero promuove 9 Regioni

DA ROMA

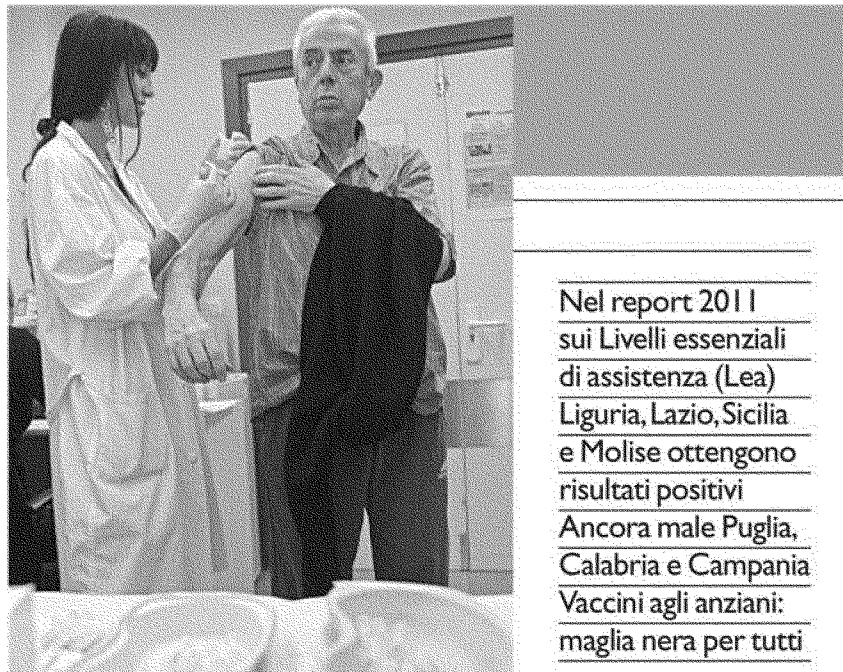
Le Regioni zoppicano ancora, soprattutto sul fronte vaccinazioni, ma nel complesso il quadro comincia a girare in positivo visto che nel 2011 diventano 9 – circa la metà – quelle “promosse” nell’erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), ovvero di tutte quelle prestazioni che dovrebbero essere garantite in modo omogeneo su tutto il territorio. A entrare nel gruppo di testa, tra le Regioni a statuto ordinario, la Liguria, che tra 2010 e 2011 ha fatto bene i suoi “compiti” secondo il monitoraggio Lea del ministero della Salute, uno degli adempimenti cui sono tenute le Regioni e che consente, tra l’altro, di accedere a un 3% in più di finanziamento premiale dal fondo sanitario nazionale.

Ma a dare segni incoraggianti sono anche altri tre territori alle prese con i conti in rosso della sanità, Lazio, Sicilia e Molise, anche in virtù, si osserva nel report, del buon esito dei piani di rientro. Ancora non si parla di sufficienza piena, quel disco verde che hanno anche Emilia Romagna, Umbria, Toscana, Marche, Veneto, Piemonte, Lombardia e Basili-

cata, ma si cominciano a vedere indicatori di inversione di tendenza: tutte e tre le Regioni dovranno comunque ancora impegnarsi in particolare su vaccini, assistenza residenziale e ospedaliera e sui programmi di screening cui in generale ancora una percentuale troppo bassa di italiani aderisce. Nella fotografia scattata dal report restano tra le “bocciate” invece Campania, Puglia e Calabria, che presentano valori critici o comunque non ancora sufficienti per tutti i 21 criteri analizzati (Griglia Lea).

Tra le buone performance registrate nel 2011 si annoverano soprattutto un calo dei ricoveri, insieme a un aumento dell’appropriatezza, cioè meno cure inutili per i pazienti (erogate peraltro a carico del pubblico). Quindi meno inefficienza, una delle parole chiave anche per guardare al nuovo Patto per la Salute, ancora in via di definizione. Ma la corretta erogazione dei Lea ha e avrà un ruolo anche nella definizione dei costi standard, visto che si tratta di uno degli adempimenti indispensabili per poter essere annoverate tra le Regioni benchmark.

Resta comunque una grande variabilità territoriale, anche all’interno della stessa Regione, nelle cure che vengono garantite ai cittadini. E tra le note negative in prima fila resta il numero eccessivo di parti cesarei. Maglia nera invece alle vaccinazioni anti-influenza per gli anziani, in cui nessuna Regione guadagna la piena sufficienza, mentre si continuano a registrare percentuali «stabilmente basse» di pazienti con frattura del femore operati entro tre giorni. Per la prima volta nel report – anche se formalmente non sono sottoposte all’adempimento – si è scelto di focalizzare l’attenzione anche sui risultati del triennio 2009-2011 di Valle D’Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Trento e Bolzano che, si osserva, «non presentano comportamenti e tendenze sostanzialmente diversi da quelli osservati nelle Regioni sottoposte a verifica».



**Nel report 2011
sui Livelli essenziali
di assistenza (Lea)
Liguria, Lazio, Sicilia
e Molise ottengono
risultati positivi
Ancora male Puglia,
Calabria e Campania
Vaccini agli anziani:
maglia nera per tutti**



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Solofra

Sanità, sblocco del turn over Florio dice sì

Il manager Asl favorevole al rinnovo degli organici «Ma dipende dai ministeri»

Antonella Palma

SOLOFRA. Il blocco del turn-over nel settore sanitario è stato uno dei temi sollevati ieri in occasione dell'inaugurazione del corso di Laurea triennale in «Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro», promosso dall'Asl di Avellino con l'ingegnere Sergio Florio, dall'Università «Federico II» di Napoli e dal Comune di Solofra.

All'ingegnere Sergio Florio è stata rinnovata la richiesta di rivedere le disposizioni relative al blocco delle assunzioni in modo da consentire almeno in parte l'ingresso di personale a tempo indeterminato, rispetto al numero ridotto di unità sanitarie causato dal pensionamento di una parte degli organici.

Una tematica che «il presidente della Campania Stefano Caldoro - spiega l'ingegnere Florio - più volte ha sollevato, in prima persona, nei vari confronti. Si tratta di difficoltà che riguardano sicuramente la Regione Campania, anche se in modo non esclusivo. Sono osservazioni che personalmente ho posto e che il presidente Caldoro ha evidenziato alle forze politiche. Lo sblocco del turnover dipende anche dai ministeri».

Al taglio del nastro del corso universitario l'ingegnere Florio ha sottolineato l'importanza che hanno rivestito l'Università partenopea, il Comune e la Provincia nell'ambito delle rispettive competenze. Evidenziata anche l'importanza, in ambito provinciale, di una collocazione dei corsi universitari relativi alle professioni sanitarie in stretta relazione con la domanda del territorio. «Una scelta - ha concluso il manager Asl - che nel caso di Solofra si raccorda alle esigenze del polo produttivo».

A fare gli onori di casa, nella sede municipale di palazzo Orsini, il sin-

daco Michele Vignola. «In questo periodo di tagli - ha affermato il primo cittadino - conseguiamo un risultato importante con l'attivazione di questo corso, reso possibile dal valore che riveste il distretto industriale. È una risposta concreta che si fornisce al territorio grazie alla sinergia con Provincia, Asl, Università «Federico II» ed all'assessore Agata Tarantino. L'auspicio, ora, è che si possa giungere, nella stessa logica che ha ispirato il corso di laurea, all'attivazione del servizio di Rianimazione presso l'ospedale «Landolfi».

A portare i saluti del Commissario alla Provincia Raffaele Coppola, assente per altri impegni istituzionali, c'era il segretario Ciccone. Importante sarà ora il ruolo del personale docente, tecnico e medico nel creare i contenuti del corso per radicarlo sul territorio. Concetti rimarcati dal presidente della scuola di

medicina e chirurgia della Federico II di Napoli, Lucio Annunziato e dal direttore sanitario dell'Asl di Avellino Mario Ferrante. «Siamo orgogliosi - ha affermato, in particolare, il dirigente Asl - di poter avere la "Federico II" quale guida in un percorso formativo di qualità».

A coordinare le attività didattiche, che avranno inizio il 25 novembre, sarà Umberto Carbone, presidente del corso di laurea in Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, coadiuva-

to da Maria Triassi, direttore del dipartimento Sanità pubblica e presidente del corso di laurea magistrale.

«La formazione di queste figure, con l'avvio del corso universitario a Solofra - afferma Antonio Dello Russo, docente dell'università di Napoli - è importante anche in termini di riciclo delle acque reflue del sistema produttivo». Il corso si svolgerà nelle aule dell'Isiss «Gregorio Ronca». Dal prossimo anno accademico sono previste iniziative informative agli studenti degli istituti superiori per orientare l'accesso al corso.



Impegno
Ieri l'apertura del corso di laurea in Prevenzione

L'iniziativa Previsti «progetti a misura» per i pazienti

Disagi psichici, ecco la task force dell'Asl

«Per rendere efficace l'innovativa legislazione della Regione sulla salute mentale non basta applicare direttive, essere professionali o dichiararsi favorevoli: bisogna essere convinti, impegnati, entusiasti e affrontare il compito con passione, come una sorta di missione. Questa task force ha buone possibilità di riuscirci perché è fatta di persone che ci credono». Con questo commento si è conclusa presso l'Asl la prima riunione del «tavolo di lavoro», decollato a tempo di record su sollecitazione del direttore generale Michele Rossi, dopo la denuncia fatta il 31 ottobre dall'associazione di familiari dei sofferenti psichici «La Rete Sociale». Allora in una conferenza stampa alla Caritas era stata

denunciata l'inefficacia delle cure fuori dal contesto in cui vive il paziente, nonché la necessità di una sua «presa in carico» e di un preciso progetto che lo riguardi da parte dei responsabili sanitari sul territorio. Per questo la Regione, dopo una lunga sperimentazione nella Asl Ce2, ha approvato da oltre un anno una legislazione innovativa che consente cure migliori a minor costo, che vieta «ricoveri impropri» e promuove progetti terapeutico riabilitativi elaborati in base alle esigenze di ogni paziente: una legislazione basata su budget di salute individuali che finora, però, nel Sannio è stata ignorata.

«Per rimediare al ritardo è stato insediato questo tavolo di lavoro aperto anche ad al-



Il tavolo
All'Asl costituita
la task force

tri contribuiti purché concreti, gratuiti e spinti dall'obiettivo di soddisfare le esigenze dei pazienti e dei loro familiari», dice il direttore sanitario Mino Ventucci. «L'obiettivo è riqualificare la spesa sanitaria, ma si può ottenere solo se si cambia il passo di marcia», dice il coordinatore socio-sanitario Pietro Crisci e «con una precisa metodologia e il coinvolgimento delle famiglie come richiede la legge» aggiunge lo psichiatra Lorenzo Piombo. Al tavolo anche «La Rete sociale», i cui rappresentanti Serena Romano e Nicola La Peccerella hanno sottolineato «l'utilità del contributo di persone competenti e che hanno già dimostrato di stare dalla parte dei pazienti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Marcianise, l'ospedale non decolla ma almeno entra in funzione la Tac

Viaggio nei nosocomi / 3

Il decreto regionale prevede il trasferimento di altri reparti dal presidio di Maddaloni

Franco Agrippa

È il grande incompiuto della sanità casertana, con grandi potenzialità, ma che a sette anni dall'apertura sono ancora tutte inesprese. Una struttura all'avanguardia, incompleta, mai inaugurata ufficialmente e nemmeno intitolata. È l'ospedale di Marcianise in cui, come previsto dal decreto del presidente della Regione n. 49 del 2010 dovrebbe confluire il presidio di Maddaloni (entro 60 mesi da settembre 2010). Lo stesso decreto prevede, nelle more del completamento del presidio di Marcianise, che a regime dovrà ospitare tutte le attività attualmente svolte in quello di Maddaloni, un processo di ottimizzazione e razionalizzazione dei processi assistenziali. Ad oltre tre anni dall'emanazione del decreto ed a due dal previsto accorpamento, il nosocomio marcianisano ha visto, invece, un progressivo depauperamento di risorse. Per molti è colpa della mancanza di fondi e di finanziamenti regionali, per altri, invece, sono evidenti le responsabilità politiche.

L'ospedale attualmente ha un limite di posti letto poiché, aperto nel 2006 dopo la chiusura con un'ordinanza dell'allora sindaco Fecondo della vecchia sede di piazza Carità per carenze igieniche, non ricevette l'autorizzazione per la prevenzione degli incendi. Nonostante tutti sapessero dell'anomalia solo da qualche mese l'Asl sta cercando di risolvere il problema. Dopo aver concordato con i Vigili del Fuoco i lavori da effettuare



L'esterno Dell'ospedale civile di Marcianise

per rendere a norma la struttura, nei giorni scorsi è stata aggiudicata anche la gara per le opere propeedeutiche all'ottenimento del certificato di prevenzione degli incendi. Entro gennaio prossimo, quindi, i lavori della prima tranche dovrebbero iniziare e nel giro di qualche mese completarsi. Il certificato autorizzerebbe nella struttura l'attivazione fino a 100 posti letto, che dovrebbero incrementarsi fino a 230 quando avverrebbe l'accorpamento con Maddaloni. Attualmente i reparti in funzione sono tutti quelli previsti dal decreto 49 e cioè medicina, chirurgia, ginecologia ed ostetricia, pediatria e cardiologia più i servizi di pronto soccorso, gastroenterologia, laboratorio di analisi e radiografia. La novità di questi giorni riguarda proprio la diagnostica per immagini. Martedì prossimo, infatti, è prevista la partenza della piena

operatività dalla Tac per l'emergenza. L'apparecchio acquistato dall'Asl attraverso al Soresa è stato montato nel settembre scorso a Marcianise e dopo il collaudo e la fase di formazione del personale tra due giorni potrà funzionare. Nelle ultime settimane, poi, si sono registrati anche dei disagi per l'utenza che si è recata al Cup, il centro unico di prenotazione, per la presenza di lunghe file agli sportelli. Un problema derivante dal cambio del sistema informatico senza la dovuta preparazione degli operatori che si sono trovati spesso volte in difficoltà. C'è, ancora, da sottolineare la presenza dell'Università nel nosocomio marcianisano con la medicina clinicizzata, mentre si attende il completamento di quanto stabilito nella convenzione tra l'Asl e la Sun con l'apertura della chirurgia che deve essere formalizzata con un atto regionale. Insomma un ospedale incompleto e spesso nell'occhio del ciclone per la carenza di servizi a supporto dell'emergenza.

«Nonostante tutte le difficoltà che si riscontrano - dice il direttore sanitario Enzo Iodice - riusciamo anche a dare servizi di alta qualità, con delle eccellenze che vengono pubblicamente riconosciute». La struttura di via Santella ha grandi possibilità di crescita, considerando che buona parte è ancora incompleta, ma il suo sviluppo è subordinato agli eventuali finanziamenti regionali. «Non esiste una struttura moderna e funzionale come quella di Marcianise in provincia e credo in regione - aggiunge Iodice - con una peculiarità derivante dalla sua posizione baricentrica, per cui con un minimo di investimento si riuscirebbe ad avere un ospedale all'avanguardia». Per la difesa e le rivendicazioni del presidio ospedaliero di Marcianise sono nati, nel corso degli anni, dei comitati di lavoratori ospedalieri e cittadini, come anche il suo potenziamento è stato un argomento al centro di dibattiti e convegni politici e di documenti deliberati dal consiglio comunale. Ma di risultati effettivi se ne sono visti ben pochi.

”

L'antincendio
Non c'è il certificato ma dopo i lavori previsti potranno aumentare i posti letto disponibili

”

Gli spazi
Consentono ulteriori crescite nei servizi ma sono mancati finora i finanziamenti regionali

TERZA MUNICIPALITÀ L'appello di consiglieri e residenti dopo lo sfratto del Poliambulatorio, ecco dove possono andare

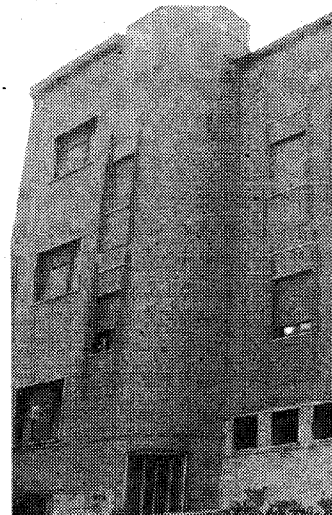
«Asl negli edifici vuoti del Comune»

DI MICHELE PAOLETTI

NAPOLI. Municipalità ancora sul piede di guerra dopo lo sfratto del Poliambulatorio di via Carlo De Marco. I residenti e il consigliere municipale Francesco Ruotolo affermano che nel quartiere ci sono edifici comunali non utilizzati dove potrebbe trovare spazio l'Asl Napoli 1. Del resto, ricorda Ruotolo, il direttore generale dell'Asl Napoli 1, Ernesto Esposito, ha più volte ribadito di «non avere nulla in contrario a trasferire le attività ambulatoriali in un edificio adeguato non in pessime condizioni». «L'edificio, che il Comune di Napoli potrebbe dare in comodato d'uso gratuito all'Asl - afferma il consigliere - si trova in via Bernardo Tanucci, 33 all'incrocio con piazza Gian Battista Vico». L'edificio, con due ascensori, con al piano terra l'officina dell'attiguo garage dei mezzi di trasporto (autobus e filobus) dell'Azienda Napoletana Mobilità, consta - afferma Ruotolo - «di ben quattro piani, ciascuno di circa 200 metri quadrati, che potrebbero ospitare il Poliambulatorio del quale è stata privata una utenza di oltre 30mila abitanti dell'area sita tra via Foria e via Arenaccia e le zone collinari



sfasdff gd dfgdsg sdfg dfg sdfg dfg



(foto pippo baudo)

tra Capodimonte e Capodichino». Secondo il consigliere del Prc attualmente «la palazzina, in buono stato è per larga parte sotto utilizzata».

Un altro edificio è l'attigua palazzina di due piani (circa 150 metri quadrati di superficie per ogni piano) sita al civico 17 di via Tanucci nell'ex sede per l'incasso delle contravvenzioni».

Come è noto, a causa di eccessivi costi per il canone di locazione, presso privati, della sede (tre piani in via Carlo De Marco, 4) del Poliambulatorio dell'Asl Napoli 1, il manager Ernesto Esposito, chiudeva, a par-

tire dal 4 novembre «l'unico Poliambulatorio territoriale di San Carlo All'Arena».

«Il Comune potrebbe dare i quattro piani della palazzina di via Tanucci, 33 in comodato d'uso all'Asl Napoli 1 attribuendo l'attigua palazzina al civico 17 alla Atn per i necessari servizi all'utenza e al personale - conclude il consigliere - per garantire il diritto alla salute a decine di migliaia di cittadini, oggi costretti a notevoli disagi, economici e i trasporti, per raggiungere i più vicini presidi sanitari, ove le liste di attesa sono sempre più lunghe».

Autismo: convegno ad Ischia

DI **AGATA BUONO**

Sabato scorso dalle ore 8.45 presso il Grand Hotel delle Terme Re Ferdinando si è svolto l'interessantissimo convegno "Approcci integrati come sfida alla nuova affezione del secolo: l'Autismo" che ha visto avvicinarsi al tavolo dei relatori illustri ed autorevoli nomi della medicina e della ricerca, non solo campani, impegnati fattivamente da sempre in questo difficile campo.

Il convegno è stato pensato, fortemente voluto ed organizzato da Associazione Il Filo d'erba Onlus, A.I.S.T. Associazione Italiana di Soterapia, Kalimera società cooperativa sociale Onlus, Associazione I.sole d'amore Onlus in collaborazione con IRFID Onlus. La dott.ssa Teresa d'Alterio ha introdotto i lavori e coordinato gli interventi.

Il dott. Carmine Barile ha portato i saluti istituzionali in qualità di Vicesindaco e di Presidente di Ambito 3, assicurando che la sua azione di politico è volta a garantire un sicuro e sempre meglio articolato supporto alle famiglie, alle associazioni, alle scuole, agli enti che hanno in carico bambini affetti dallo spettro autistico.

Il convegno ha avuto inizio con la visione di un video di matrice francese dal titolo "Il mio fratellino che viene dalla luna".

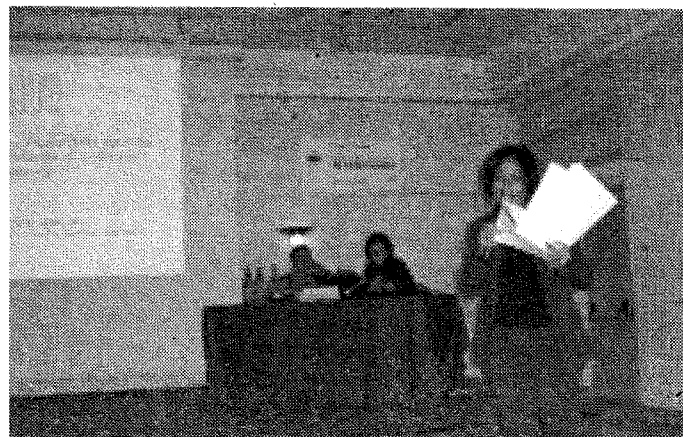
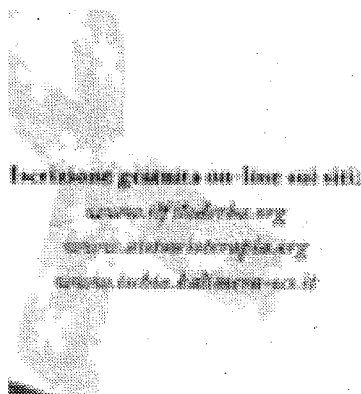
Video che con immagini e parole semplici ed eloquenti ha toccato tutte le problematiche esistenti in una famiglia in cui vi è un componente affetto da tale patologia, dall'inadeguatezza e l'incapacità di farsi capire all'emarginazione al desiderio di voler essere una fata per poter prendere il fratellino per mano e farlo stare qui invece che sulla Luna!

Ha poi preso la parola il dott. Camillo Vittozzi, direttore della Asl di Avellino, che ha illustrato dal punto di vista medico i sintomi di questo disturbo, che si manifesta come sindrome comportamentale causata da un disordine dello sviluppo biologicamente determinato, con esordio nei primi tre anni di vita. Si sono poi succeduti al tavolo dei lavori medici, psicologi e psicoterapeuti.

Tutti gli interventi hanno posto l'accento sulla necessità di una diagnosi precoce per poter intervenire con la speranza di risultati determinati a garantire un progetto educativo che preveda il raggiungimento di una qualità di vita accettabile. Ma una diagnosi precoce sarebbe inutile se i Servizi non progettano interventi precoci...! Ed allora ecco l'importanza di un lavoro sinergico atto a garantire un'unità di intenti, tra tutti gli operatori che si occupano della cura e del benessere dei soggetti autistici,

dalla famiglia al sistema sanitario alla scuola alle associazioni all'Ente Comunale. Il progetto di inclusione dei soggetti autistici in una Comunità non è impossibile e passa attraverso l'interazione tra reti formali quali le Istituzioni, le agenzie sociali e sanitarie, la scuola, e reti informali quali possono es-

sere le famiglie, le associazioni, i singoli. Ancora forte è la necessità di sensibilizzare il territorio con azioni che non prevedano la formazione solo dei soggetti interessati ma che coinvolgano tutta la Comunità che deve prendersi in carico il bambino, l'adolescente, il giovane ed infine l'adulto autistico!



Sanità

Riforma il giudice dà ragione all'Asl 2

Nello Mazzone

POZZUOLI. Il direttore generale dell'Asl Napoli 2 Nord, Giuseppe Ferraro, ha applicato alla lettera la «riforma Brunetta». Lo ha stabilito il giudice del lavoro del tribunale di Napoli, che ha rigettato con sentenza il ricorso presentato dalla Cgil. Secondo il comparto sanitario del sindacato, il manager della Na2 Nord avrebbe tenuto un comportamento antisindacale perché non avrebbe concertato il piano di pronta disponibilità degli infermieri.

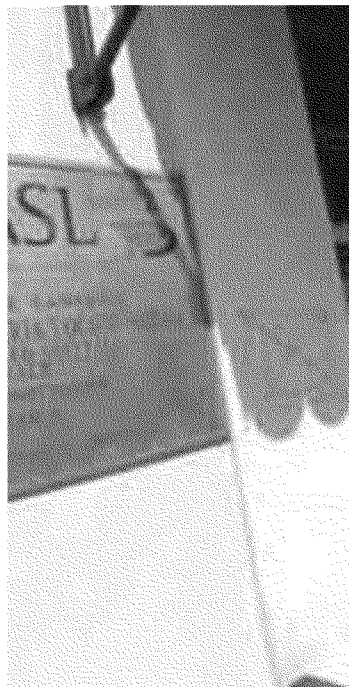
In particolare, secondo le rappresentanze sindacali, Ferraro avrebbe violato l'articolo 28 dello Statuto dei Lavoratori, per «non aver concertato con le rappresentanze dei lavoratori il nuovo piano della pronta disponibilità, che prevede un programma per stabilire il numero di infermieri che per ogni reparto dovevano essere reperibili, anche durante il proprio periodo di riposo, per eventuali sostituzioni urgenti». Un piano che ha permesso all'Asl dell'hinterland napoletano, di poter risparmiare già 100mila euro in appena 8 mesi dall'emanazione della circolare. E dopo aver ottenuto, a maggio scorso, dal tribunale di Napoli un primo pronunciamento favorevole con un decreto urgente, il manager Giuseppe Ferraro ha ottenuto due giorni fa anche la sentenza di rigetto del ricorso sindacale. «La sentenza rappresenta un secondo grado di valutazione giudiziaria

sulla medesima materia - dice con soddisfazione il direttore generale - Il Tribunale di Napoli si era già espresso sulla questione nello scorso maggio, con

La sentenza
Applicata
la «Brunetta
sconfitta
in aula
la Cgil
che aveva
fatto ricorso

un decreto favorevole alla nostra azienda sanitaria. Ora arriva questo secondo pronunciamento relativo alla medesima materia. Il nuovo dispositivo, in particolare, riafferma quanto previsto dalla riforma Brunetta, in base alla quale il dirigente della pubblica amministrazione non ha l'obbligo di concordare le materie attinenti l'organizzazione degli uffici con gli organismi sindacali, ma deve semplicemente informarli delle decisioni assunte». Una sentenza che riaccende il braccio di ferro tra sindacati e dirigenza, che da anni rende incandescente il clima delle relazioni sindacali nella sanità flegrea. Nel 2013 sono state già tre le sentenze emesse dal Tribunale di Napoli e favorevoli all'Asl: prima della Cgil era stato il sindacato Sumai a soccombere in giudizio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giudizio L'Asl2 ha vinto contro il ricorso dei sindacati

La sanità Il trasferimento di pneumologia

Pronto soccorso e turni di notte a rischio paralisi

Livelli assistenziali al minimo guardie mediche nei reparti con cinque unità in meno

Nicola Sorrentino

NOCERAINFERIORE. Con il trasferimento del reparto di pneumologia, il servizio di guardia medica interdivisionale (quel servizio per il quale un solo specialista serve di notte più reparti contemporaneamente) è a rischio. L'allarme è stato lanciato già da diversi medici operativi presso i reparti di malattia infettiva, neurologia e pneumologia. Oggi il servizio viene svolto da medici di differenti specializzazioni che garantiscono 24 ore su 24 l'assistenza ai pazienti ricoverati nei vari reparti dell'Umberto I. Questi ultimi sono chiamati ad intervenire in tutti i casi di urgenza ed emergenza, malori o infortuni che riguardano ad esempio anche gli ingressi che si registrano al pronto soccorso, presso il quale vengono svolte consulenze specialistiche e di supporto. Il problema si presenterà ora con il trasferimento di Pneumologia presso l'ospedale scarlato di Scafati. Già in grande sofferenza in termini di organici, il rischio che si corre è che lo stesso personale impegnato nel servizio di guardia medica interdivisionale possa essere del tutto compromesso. I reparti da controllare sono dislocati su tre piani diversi ed eliminando Pneumologia, è scontato immaginare una riduzione automatica di almeno cinque medici in servizio. Una riduzione che andrebbe ad incidere sulle già scarse risorse

che oggi coprono i vari turni di assistenza. Qualche medico, seppur sottovoce, sottolinea che c'è il rischio di non riuscire più a garantire i livelli minimi assistenziali. Il problema sorge già adesso con la contemporaneità di due chiamate o più chiamate di emergenza. Situazioni spiacevoli che tutti gli addetti ai lavori sperano di evitare, visto che il personale attualmente impegnato assicura di compiere veri e propri «salti mortali». Tra ferie, malattie e quant'altro, garantire il livello minimo assistenziale per 24 ore risulta impresa piuttosto complicata. Trasferendo Pneumologia a Scafati, anche il personale verrebbe dunque ridotto.

Già per la prossima settimana è previsto un incontro tra la direzione sanitaria e i camici bianchi impegnati nel servizio. L'obiettivo è trovare al più presto una soluzione. Proprio il direttore sanitario, Maurizio D'Ambrosio, rassicura che insieme agli altri vertici ospedalieri sta vagliando un possibile incremento di ore per gli specialisti impegnati nel servizio notturno. «La grossa difficoltà - racconta diversi medici - è che dovendo assistere tre reparti insieme alle consulenze in pronto soccorso, corriamo il rischio di non poter rispondere tempestivamente alle chiamate che giungono in contemporanea. Il medico che riceve due chiamate nello stesso momento si trova a dover pensare: a chi devo assistere per primo? Cosa viene prima? La patologia, l'età o le problematiche medico-legali? Sono domande alle quali non sempre c'è una risposta».

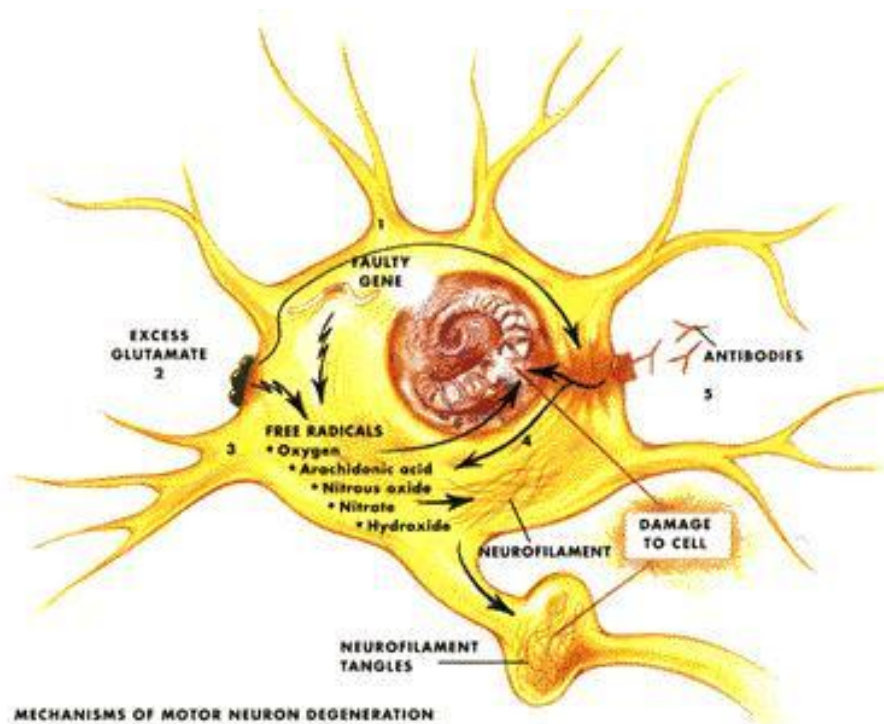


La sanità L'ingresso del pronto soccorso dell'ospedale Umberto I



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



In Olanda è stato ricostruito con stradine, parco, supermercato, bar e parrucchiere

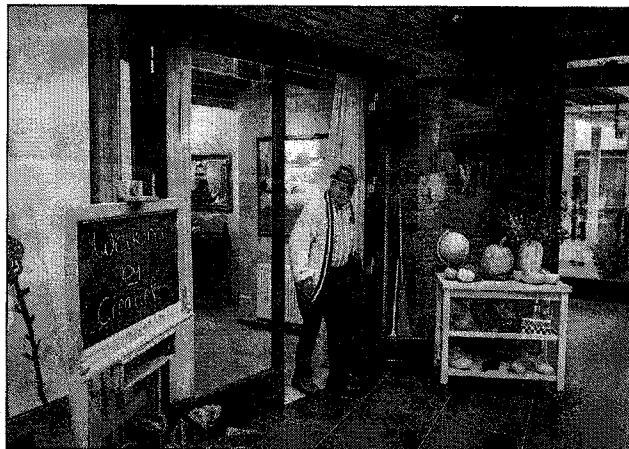
Un villaggio per l'Alzheimer

I malati vivono come un tempo ma sotto controllo

DI SIMONETTA SCARANE

Un anziano esce dalla sala dei ritratti, dove sono esposti quadri che anche lui ha dipinto. Più in là, al ristorante, una donna beve una Coca-Cola con rum in compagnia di una amica sulle note di sottofondo. Theo Visser, 83 anni, che ancora ama indossare cravatta e gilet, tiene per mano sua moglie che ha lo sguardo perso nel vuoto e non parla da cinque anni. In un'altra sala quattro pensionati guardano insieme un Dvd. Alie De Vlugt, 83 anni, sembra contenta di aprire la porta della sua camera per fare quattro chiacchiere. Lavorava nella moda, ma da molto tempo risiede qui. Cinque anziani, cinque situazioni diverse, cinque istantanee di vita quotidiana, con gesti ordinari, che però a ben guardare si capisce che i protagonisti sono tutti malati di Alzheimer. Vivono in questo quartiere, che all'apparenza sembra uno di una qualsiasi città, invece è una residenza protetta che ha

le sembianze di un villaggio. È stato realizzato appositamente per i malati affetti da demenza senile. È organizzato come un quartiere in tutto e per tutto, con le case, le strade, il parco, il supermercato, il parrucchiere, il ristorante, la palestra per la fisioterapia. Tutto qui è curato per consentire a chi non ha più memoria, e neanche consapevolezza di se stesso, di riconoscere la realtà e di provare a vivere da solo, libero di entrare al ristorante o al supermercato, di passeggiare, anche in compagnia, di fermarsi a parlare con gli altri ospiti, di tornare «a casa», nella sua camera, quando vuole, a qualsiasi ora. In questo villaggio non ci sono imposizioni. Niente camici bianchi, assenza di odori di medicine. Soltanto la sorveglianza di infermieri, pochi perché multitasking, discreti, pronti a intervenire in caso di necessità, fa intuire che il villaggio è una casa di riposo. E di notte, ad aiutare il personale a proteggere il sonno dei malati, ci sono le telecamere della videosorveglianza. Una



La casa dei ritratti nel villaggio De Hogeweyk per malati di Alzheimer, alle porte di Amsterdam, in Olanda

casa di riposo così pionieristica è unica. E vengono da tutto il mondo per vederla. Si trova in Olanda, a una ventina di chilometri da Amsterdam. Si chiama villaggio De Hogeweyk e propone un approccio rivoluzionario nell'assistenza ai malati di Alzheimer. Qui non sono i pazienti a doversi adattare all'istituzione, ma è l'istituzione che si adatta a

loro. Niente orari fissi, né per alzarsi, né per mangiare, né per dormire. Nessuna restrizione di sorta, nessun orario di visita per i parenti che possono venire quando vogliono e sono sempre benvenuti. Le case sono in stile borghese: lampade di cristallo, caminetto, cestino del pane sulla tavola, sottofondo di musica classica. I medici hanno un atteggiamento di grande familiarità come tutto il personale della casa di riposo. Questo villaggio in stile urbano offre ai malati di Alzheimer la possibilità di vivere in maniera quanto più vicina alla normalità, ma in situazione protetta, affinché le loro giornate riprendano un senso. Il villaggio è stato costruito tenendo conto di tutte le norme sanitarie in vigore, e con accorgimenti psicologici che mettono questi malati in grado di riconoscere luoghi e cose e di muoversi liberamente da soli, in autonomia, senza pericolo. In caso di bisogno c'è chi interviene gentilmente. Il villaggio è stato finanziato quasi interamente dallo stato con 17,5 milioni di euro più altri 2 milioni di euro degli sponsor privati. I primi abitanti sono arrivati nel 2009. Pagano 2.200 euro e se la loro pensione non glielo permette vengono presi in carico dal servizio sociale. Un esempio da imitare e in scia sono in via di realizzazione due o tre iniziative similari in Svizzera e Germania.