



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Sanità campana «più sobria» a discapito dei livelli di assistenza

Rapporto della Bocconi: spesa contratta e performance diminuite Aumentano anche i tempi di pagamento per le aziende fornitrici

NAPOLI — La buona notizia è che il disavanzo della Campania, nel 2012, è un decimo di quello del 2005. Subito dopo arriva però la cattiva notizia: i tagli, sostanzialmente lineari, alla sanità campana hanno reso i servizi meno efficienti, tanto che curarsi è diventato ormai un vero lusso.

Da qualche anno Cergas (Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) e Bocconi firmano il «rapporto Oasi». Una fotografia del sistema sanitario nazionale dal punto di vista della governance e dell'organizzazione (non della qualità).

In linea generale il dossier cosa dice? «Contenendo la spesa per ogni singolo fattore produttivo (personale, medical device, privato accreditato) e contraendo gli investimenti in tecnologie e rinnovo infrastrutturale la sanità pubblica sistema i conti nel breve periodo, ma a discapito della performance sanitaria presente e futura — spiegano Elena Cantù e Francesco Longo, autori dello studio —, tanto che in alcune regioni si fa concreto il rischio dell'undertreatment, ovvero dell'impossibilità di far fronte alle necessità sanitarie della popolazione».

Una delle cause principali è il dilatamento dei tempi di pagamento che in Campania è da record: si passa da aziende sanitarie che pagano a 103 giorni ad altre a 1.509. Cinque anni per pagare un fornitore e non rinnovare le attrezzature creano costi futuri — e debito sommerso — «in termini di prezzi più alti per le forniture, interessi di mora, contenziosi e personale impiegato per far fronte alle richieste dei creditori e futura obsolescenza tecnologica e inadeguatezza infrastrutturale». «I recenti provvedimenti normativi per liquidare parte del debito commerciale accumulato dalla pubblica amministrazione — puntualizzano Cantù e Longo — hanno sicuramente migliorato la situazione. Mettere le aziende sanitarie nella condizione di saldare i debiti pregressi non è, però, sufficiente. È necessario che le aziende siano poste in condizioni di pagare puntualmente anche quelli futuri».

Quel che il rapporto Oasi 2013 evidenzia ancora una volta è un'Italia «sobria» dal punto di vista della spesa ma a due velocità. In generale la spesa pubblica pro capite, pari a 2.419 (dollari parità di potere d'acquisto), è significativamente più bassa di quella di Francia (3.133), Germania (3.318) e Regno Unito (2.747) e un disavanzo in forte diminuzione a 1,04 miliardi di euro nel 2012 (-17,3% rispetto all'anno precedente), il che equivale allo 0,9 per cento della spesa sanitaria pubblica corrente. E, lo dicevamo prima, i risultati sono notevoli soprattutto nelle regioni soggette a Piani di rientro: il disavanzo della Campania, nel 2012, è un decimo di quello del 2005, quello del Lazio un quinto e quello della Sicilia è sostanzialmente azzerato. Ma quando si tratta delle performance c'è una differenza abissale tra il Trentino e la Calabria o la Lombardia e la

Campania, «dal momento che tutte e sole le regioni in Piano di rientro (Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia)», scrivono sempre i coordinatori di Oasi 2013, «risultano inadempienti o parzialmente inadempienti» nel mantenimento dei livelli essenziali di assistenza. Questo è un pericoloso campanello di allarme sul potenziale livello di iniquità nell'accesso alle cure tra Nord e Sud.

Penalizzata è la spesa per investimenti: 59 euro pro capite nella media nazionale, ma con una forte variabilità, dai 111 euro dell'Emilia Romagna ai 20 euro della Calabria. Le regioni del Sud sono sistematicamente al di sotto della media nazionale, pur avendo un quadro infrastrutturale più fragile già in partenza. E la riduzione della spesa pubblica non è compensata da un aumento di quella privata, che segue, invece, il ciclo economico e il reddito disponibile dei consumatori. Anche in questo caso la variabilità regionale è molto forte. La media italiana è di 463 euro pro capite, ma si va dai 707 euro del Trentino Alto Adige ai 239 della Campania, ultima. Sembra un paradosso ma nelle regioni più ricche, con la migliore sanità, si spende di più anche per quella privata a pa-

gamento. Mentre in quelle più povere, dove si investe meno e la sanità pubblica non è efficiente, non si ricorre neanche al privato. Ciò significa che ci si cura meno e ci si ammalerà di più. Un problema che dovrebbe essere risolto per evitare un futuro pesante anche dal punto di vista economico.

C'è un aspetto ancor più grave e che val la pena ricordare e che rappresenta un'ulteriore disparità. I piani di rientro hanno fatto schizzare alle stelle le tasse locali: in Campania tutte le aliquote, Irpef e Irap, al massimo. A fronte però di servizi inefficienti.

Come deve cambiare il sistema sanitario nazionale? Ieri Francesco Longo ha risposto così a *La Stampa*: «Bisogna chiudere le unità ospedaliere che hanno i doppioni e investire più soldi nelle cure intermedie... Infine, sviluppare i servizi nel Mezzogiorno, rimanendo nel perimetro delle risorse che ci sono. Ma bisogna andare oltre il concetto di ospedale: i bisogni richiedono una filiera di cure che permettano di vivere una vita tranquilla. A un iperteso, ed è un esempio, l'ospedale non serve a nulla».

Simona Brandolini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

59
Euro è la spesa di investimento procapite media nazionale per l'assistenza sanitaria. Nelle regioni del Sud è sensibilmente più bassa della media.

4
Si arriva a più di quattro anni di attesa in alcune Asl per pagare le ditte fornitrici in Campania. L'attesa minima supera comunque i tre mesi.

Tasse L'ipotesi di riduzione legata ai redditi più elevati. L'appello del Fondo Monetario: un Fisco più semplice

Detrazioni, salve le spese sanitarie

Verso un taglio degli sconti dal 19 al 18% per mutui e polizze

ROMA — Le detrazioni dall'Irpef delle spese sanitarie, o almeno di gran parte di queste, potrebbero scampare al taglio che scatterà a fine gennaio. E' questo l'orientamento che si sta facendo strada nell'esecutivo a pochissimi giorni dalla scadenza imposta dalla legge di Stabilità del 2014, una riduzione degli sconti fiscali che produca un risparmio per le casse dello Stato di almeno 500 milioni di euro l'anno, da attuare entro il prossimo 31 gennaio.

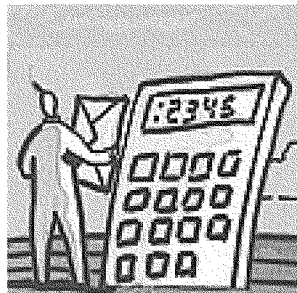
Oggi le ipotesi di intervento messe a punto in questi giorni dai tecnici del ministero dell'Economia saranno discusse informalmente a Palazzo Chigi con i collaboratori del Presidente del Consiglio, Enrico Letta, al quale spetterà l'ultima parola in materia. Le strade percorribili sono sostanzialmente due. La prima, la più facile, è quella di un taglio lineare di tutte le detrazioni Irpef, che scenderebbero dal 19% al 18% già sulle spese sostenute nel 2013. La seconda è l'ipotesi di una sforbiciata selettiva, che riscuote maggiori consensi, ma che rende più complicato il raggiungimento dell'obiettivo di risparmio.

I punti



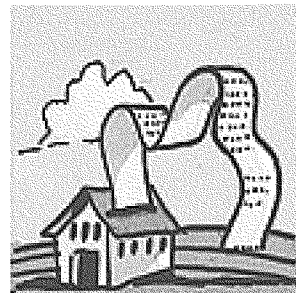
Come funzionano le agevolazioni

Il taglio delle detrazioni Irpef che potrebbe scattare a fine gennaio non dovrebbe includere gran parte delle spese sanitarie



Gli sgravi al 19% e l'ipotesi taglio

Tra le ipotesi allo studio: un taglio lineare delle detrazioni Irpef dal 19% al 18% o una sforbiciata selettiva in base al reddito



ILLUSTRAZIONI DI ROBERTO PIROLA

Mini Imu, scadenza il 24 gennaio

Per pagare la «mini-Imu», sulle prime case esenti dall'Imu nel corso del 2013, c'è tempo fino a venerdì prossimo

La maggior parte delle detrazioni Irpef al 19% riguarda proprio le spese sanitarie e quelle per l'assistenza ai portatori di handicap, che da sole assorbono la metà (2,7 miliardi) del costo complessivo (5,4 miliardi di euro l'anno). Il governo vorrebbe salvaguardarle, ma lo spazio per recuperare i 500 milioni necessari si restringerebbe parecchio.

Un taglio lineare dal 19 al 18% delle altre detrazioni più importanti, quelle sulle spese per le assicurazioni sulla vita e contro gli infortuni, per gli interessi sui mutui prima casa, per le università dei figli, potrebbe non bastare. Per questo, tra le ipotesi che i tecnici hanno preso inconsiderazione,

Incontro

Oggi incontro a Palazzo Chigi per valutare le diverse ipotesi messe a punto dai tecnici dell'Economia

c'è anche quella di eliminare alcuni di questi sconti per i redditi più elevati. Anche questa una strada scomoda, perché per ottenere risultati apprezzabili il taglio o la cancellazione degli sconti dovrebbe scattare a partire da redditi non certo molto elevati. Una via di mediazione potrebbe essere quella di vincolare al reddito anche le detrazioni su alcune spese sanitarie, quelle considerate non essenziali. Ma anche questo è un terreno molto difficile da praticare.

Nelle intenzioni del governo, comunque, la revisione degli sconti e delle agevolazioni fiscali si farà. Perché serve a risparmiare, ma anche ad avere un quadro più attendibile dell'efficacia della spesa pubblica (come di fatto sono le detrazioni Irpef). Da Washington il Fondo Monetario Internazionale continua a sollecitare la loro razionalizzazione. Mettendo nel mirino non solo le detrazioni Irpef, ma anche i regimi agevolati e le esenzioni dell'Iva, che secondo uno studio dell'istituto, assorbono 40 miliardi di euro l'anno.

Mario Sensini

Rapporto Oasi 2013

Sanità, nelle Regioni servizi a rischio Sud più colpito dal taglio spesa



Se continuerà la contrazione degli investimenti nel settore sanitario e la riduzione della spesa dei cittadini, in alcune Regioni si andrà incontro al rischio di non riuscire a fronteggiare i bisogni della popolazione. E' quanto emerge dal rapporto Oasi 2013, presentato questa mattina all'università Bocconi di Milano dal Cergas, il centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale. Il Rapporto Oasi 2013 ribadisce la natura "sobria" del sistema sanitario italiano che presenta una spesa pubblica pro capite di 2.419 dollari a parità di potere pro capite. Il dato italiano, nettamente più basso di quello francese (3.133), tedesco (3.318) e britannico (2.747), mostra un disavanzo in forte diminuzione a 1,04 miliardi di euro nel 2012 (-17,3% rispetto all'anno precedente), il che equivale allo 0,9% della spesa sanitaria pubblica corrente.

Campania: si riduce il disavanzo

I risultati "sono notevoli" soprattutto nelle regioni soggette a piani di rientro: il disavanzo della Campania, nel 2012, è un decimo di quello del 2005, quello del Lazio un quinto e quello della Sicilia è sostanzialmente azzerato. La spesa maggiormente penalizzata, sottolinea il Rapporto, quella dedicata agli investimenti, che si attesta a 59 euro pro capite nella media nazionale, ma con una forte variabilità: dai 111 euro dell'Emilia Romagna ai 20 euro della Calabria. Le Regioni del sud sono sistematicamente al di sotto della media nazionale.

Gap Nord-Mezzogiorno

Ad aggravare ulteriormente la situazione è il fatto che la contrazione della spesa pubblica non è compensata da un aumento di quella privata che, invece, segue il ciclo economico e il reddito disponibile dei consumatori. Anche in questo ambito, il Rapporto Oasi riscontra una forte disparità tra le diverse Regioni: la media italiana è di 463 euro pro capite, con una situazione che passa dai 707 euro del Trentino alto Adige ai 239 della Campania; ad occupare le ultime posizioni sono le Regioni meridionali. La condizione che si va delineando è l'assenza di una correlazione tra la spesa sanitaria privata e la qualità e la quantità di quella pubblica: nelle Regioni più ricche e con la migliore sanità si spende di più anche per quella privata a pagamento. Il rischio nelle Regioni più

povere è, dunque, quello dell'undertreatment, ovvero dell'impossibilità' di far fronte alle necessità sanitarie della popolazione.

Si allungano i tempi di pagamento

Tra le soluzioni messe in atto fino ad ora la più praticata è l'allungamento dei tempi di pagamento: in media, in Italia, i farmaci sono pagati a 236 giorni e le attrezzature a 274, con un calo di circa 20 giorni registrato a metà 2013 rispetto a metà 2012. Anche in questo caso la situazione varia molto in base alla Regione: per le attrezzature si spazia dagli 83 giorni della Val d'Aosta, ai 929 della Calabria, mentre per i farmaci dai 75 del Trentino al 797 del Molise. Le situazioni più complicate riguardano ancora una volta il sud, in particolare Campania, Calabria, Molise; ma è da tenere monitorata anche la condizione di Piemonte, Puglia e Veneto.

Sanità. Il rapporto Oasi 2013 del Cergas Bocconi evidenzia la copertura sempre meno universalistica del sistema italiano

Il «Ssn» fa i conti con la riduzione degli investimenti

Roberto Turno

Non è vero che è sprecone, almeno non dappertutto. Anzi, a guardare quanto spendono altrove in Europa, addirittura ha una «natura sobria». Sorpresa, almeno per chi non lo sapesse: il servizio sanitario nazionale non è affatto da buttar via. Ma a forza di tagli e di mancati investimenti, rischia concretamente, soprattutto al Sud e nelle regioni sotto piano di rientro dal maxi debito, di non poter assicurare quella

che è la sua mission, ovvero garantire le necessità e i diritti di salute degli italiani. La Bocconi ne è sicura: per la sanità pubblica il pericolo di *undertreatment*, è già adesso un'amara realtà.

Alla prova sempre più difficile della sostenibilità, insomma, il Ssn è quanto mai sguarnito. E il «Rapporto Oasi 2013» del Cergas Bocconi, curato da Elena Cantù e Francesco Longo, elenca meticolosamente i vizi (molti) e le virtù (non rare) di un si-

stema che di universalistico ormai conserva sempre meno. Anche se, oltre ai difetti d'origine e alle vere e proprie anomalie (e non solo) gestionali, uno dei punti di partenza del rapporto è il gap vistoso di investimenti in infrastrutture dunque in salute: tagli che colpiscono tutti i fattori produttivi (personale, macchinari, privato accreditato), che mentre fanno calare gli investimenti, rendono al tempo stesso più complicate la perfor-

mance sanitaria «presente e futura». Di fatto, creando «debito sommerso» per il futuro.

Un esempio dei debiti a "scoppio ritardato" sono i tempi biblici di rimborso dei fornitori (236 giorni per i farmaci, 274 per le attrezzature), con le solite escursioni Nord-Sud. Ma anche l'estrema variabilità della spesa per investimenti, che da fronte di una media nazionale di 59 euro procapite, registra la punta massima di 111 euro dell'Emilia Romagna e quella minima di 20 euro in Calabria. Tutto questo, riconosce la Bocconi, mentre il Ssn può vantare sobrietà nella spesa pubblica rispetto ai principali partner Ue. E mentre, allo stesso tempo, va riconosciuto che il deficit nelle "regioni canaglia" s'è ridotto notevolmente: in Campania, ad esempio, nel 2012 è sceso a un decimo di quello del 2005. Ma sono successi solo parziali. La garanzia dei Lea (livelli essenziali di assistenza) è una chimera proprio dove i conti non tornano: col rischio appunto di iniquità nord-sud e, appunto, di *undertreatment*. Per non dire dell'assenteismo per malattia e permessi, più forte da Roma in giù. E perfino nella scelta dei manager che peraltro, secondo un'analisi tra quattro grandi regioni (Lombardia, Veneto, Emilia e Toscana), di formazione "manageriale" si scopre che ne hanno ben poca. Principalmente sono maschi, medici e a fine carriera, i dg di Asl e ospedali. E in Lombardia spiccano per la loro matrice «politica». Chissà al Sud come va.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

30 euro

Soglia pagamenti

L'obbligo di accettare pagamenti effettuati attraverso bancomat si applica a tutte le transazioni di importo superiore ai 30 euro

200 mila

Soglia fatturato

Fino al 30 giugno 2014 vale solo per le attività commerciali o professionali che abbiano un fatturato -

relativamente all'anno precedente - superiore a 200 mila euro

31%

Imprese con Pos

Il 31% delle imprese di servizi risulta dotata di un terminale Pos (a fronte del 44% dei Paesi europei con livelli medio-alti di utilizzo delle carte di pagamento). In alcune categorie (attività professionali, immobiliari, servizi sanitari e assistenziali) si scende sotto il 10%

*Appropriatezza
a passo di lumaca*

A PAG. 10

SDO 2012/ L'analisi dei 108 Drg a rischio mostra una tendenza all'aumento dei ricoveri ordinari

«Appropriatezza vo' cercando»

Regioni a macchia di leopardo - Per 50 prestazioni si allontana l'ospedale

I 108 Drg a rischio indicati nel Patto per la Salute 2010-2012 hanno come obiettivo il massimo di deospedalizzazione dai ricoveri ordinari verso il day hospital (e anche l'ambulatorio). E secondo le Sdo 2012 50 Drg a rischio di inappropriata presentano un aumento della quota di day hospital rispetto al 2011. Tra gli altri 58 Drg, 50, anche se hanno una quota di day hospital inferiore rispetto al 2011, presentano anche una forte riduzione del volume di ricoveri ordinari: in media la riduzione è di circa il 9%, con punte che arrivano a -13%, -16% e -18% (a esempio la legatura e stripping di vene, le malattie del tessuto connettivo, i traumi di pelle tessuto sottocutaneo e mammella, i difetti congeniti del metabolismo, l'ipertrofia prostatica benigna ecc). Si osserva quindi, commenta il ministero, una «significativa deospedalizzazione, con un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e dell'efficienza nell'uso delle risorse ospedaliere».

Detto questo però le Sdo mostrano, entrando nel particolare dei Drg, una situazione per cui alcuni di questi registrano comunque una quota elevatissima di prestazioni in day hospital. In testa ci sono la sterilizzazione maschile (87%), la decompressione del tunnel carpale (86,9%) e la cataratta (gli interventi sul cristallino, 85,7%). Ma in coda ci sono Drg che al contrario sono stati erogati in day hospital solo per il 3,7% come i traumi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella negli under 18, 7,8% per le malattie delle vie biliari e 8,4% per la Bpco (vedi i primi e gli ultimi 10 Drg secondo la percentuale di erogazione in day hospital).

Negli anni la percentuale di assistenza in day hospital per queste prestazioni è rimasta pressoché stabile, tra il 41% circa del 2002 (ma nel 2002 i Drg a rischio di inappropriata erano solo 43) e il 53% del 2012 con una punta di quasi il 54% nel 2011.

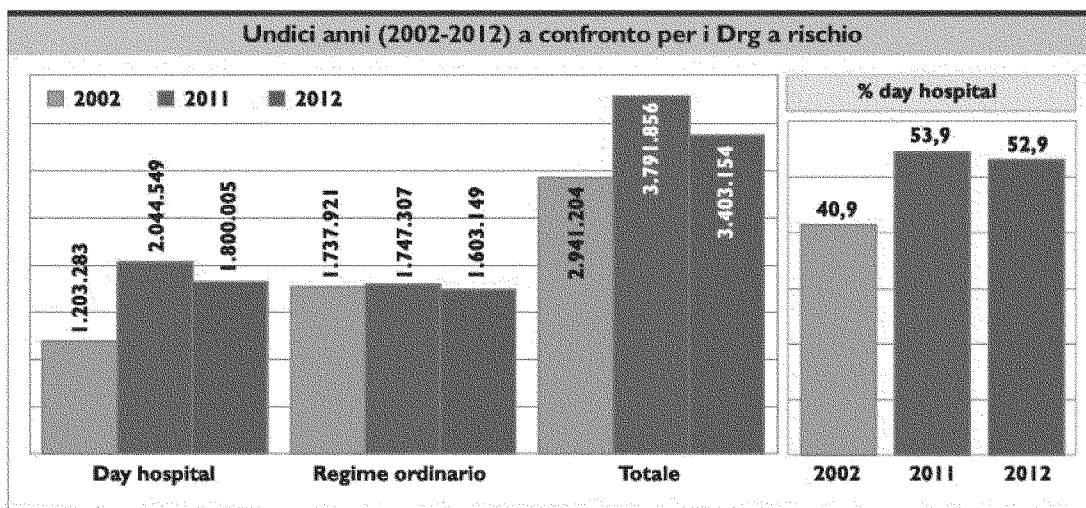
In generale però, a parte le considerazioni sui 50 Drg che riducono in assoluto l'assistenza in ricovero, per i 108 Drg a rischio di inappropriata nel complesso, nel 2012, si registra un calo generale dell'1% di prestazioni in day hospital contro un uguale aumento di quelle in regime ordinario.

A livello generale i ricoveri ordinari per queste prestazioni si riducono in dieci Regioni: Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna. In massima parte, quindi, quelle in piano di rientro che devono utilizzare tutte le leve per risparmiare sulla spesa.

I Drg medici. Sono quelli tra le prestazioni a rischio di inappropriata che di più avrebbero dovuto essere deospedalizzati a favore del day hospital (alcuni esempi sono le malattie dell'occhio, le alterazioni dell'equilibrio, le aritmie, la malattia polmonare cronica ostruttiva ecc.). Ma in day hospital, su circa 855mila ricoveri, se ne sono fatti nel 2012 il 47% (-1,9% rispetto al 2011). Al di sopra del 50% ci sono ancora dieci Regioni con la Liguria in testa con il 61,8%, seguita dal Piemonte al 58,2%. Molto al di sotto della media, invece, ci sono Lombardia (25,1% di prestazioni in day hospital, -15,4% rispetto al 2011 e con un analogo aumento di quelle in regime ordinario), Bolzano (28,1%, -1,3% sul 2011) e Veneto (30,1%, -3,2% rispetto al 2011).

I Drg chirurgici. Va un po' meglio a livello nazionale per i Drg chirurgici (come decompressione del tunnel carpale, legatura e stripping di vene, ernia inguinale, artroscopia ecc.) che sono eseguiti in day surgery nel 59,7% dei casi in media nazionale. Al di sotto della media questa volta ci sono solo sette Regioni. Quelle con i valori più bassi sono Lombardia (40,2%), Umbria (44,2%) ed Emilia Romagna, mentre sul versante opposto chi ha la maggior percentuale di Drg a rischio in day surgery è Trento (87,7%), seguito dalla Liguria (81,8%) e dalla Sicilia (79,3%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I primi e gli ultimi dieci Drg a rischio per appropriatezza (% ricoveri in day hospital)

Drg	% Dh	Diff. % 2011	Diff. % 2002	Drg	% Dh	Diff. % 2011	Diff. % 2002
I 10 Drg migliori				I 10 Drg peggiori			
Sterilizzazione maschile	87,1	-8,86	87,10	Nevrosi depressive	21,3	1,39	3,40
Decompressione del tunnel carpale	86,9	2,07	13,45	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18 anni	17,8	-2,71	17,82
Interventi sul cristallino con o senza virectomia	85,7	-1,38	23,29	Convulsioni, età >17 anni senza Cc	16,9	-1,99	16,87
Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	83,7	-2,48	83,71	Alterazioni dell'equilibrio	16,1	-0,48	-2,88
Estrazioni e riparazioni dentali	82,6	0,00	23,24	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età >17 anni senza Cc	12,7	1,03	7,34
Malattie endocrine senza Cc	80,2	0,07	11,14	Sincope e collasso senza Cc	8,9	0,05	0,37
Hiv associato o non ad altre patologie correlate	78,8	2,17	78,76	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età >17 anni senza Cc	8,5	-1,13	8,53
Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	78,5	-3,69	78,51	Malattia polmonare cronica ostruttiva	8,4	-1,45	8,38
Circoncisione, età >17 anni	78,1	0,59	78,11	Malattie delle vie biliari senza Cc	7,8	-1,28	-5,37
Interventi sulla bocca senza Cc	77,7	2,56	77,73	Traumi pelle, tessuto sottocut. e mammella, età <18 anni	3,7	-0,43	1,51

Come è andata nelle Regioni tra Drg medici e chirurgici

Regione	Drg Lea medici						Drg Lea chirurgici						Totale Drg Lea					
	Day hospital			Regime ordinario			Day hospital			Regime ordinario			Day hospital			Regime ordinario		
	Numero	%	Diff. % con 2011	Numero	%	Diff. % con 2011	Numero	%	Diff. % con 2011	Numero	%	Diff. % con 2011	Numero	%	Diff. % con 2011	Numero	%	Diff. % con 2011
Piemonte	49.442	58,2	-1,4	35.565	41,8	1,4	69.702	51,5	-1,7	65.762	48,5	1,7	119.144	54,0	-1,7	101.327	46,0	1,7
V. d'Aosta	1.961	52,9	3,5	1.746	47,1	-3,5	2.846	72,0	-1,9	1.105	28,0	1,9	4.807	62,8	0,7	2.851	37,2	-0,7
Lombardia	60.687	25,1	-15,4	181.400	74,9	15,4	93.871	40,2	0,5	139.401	59,8	-0,5	154.558	32,5	-7,6	320.801	67,5	7,6
Pa. Bolzano	4.975	28,1	-1,3	12.702	71,9	1,3	11.296	69,7	-0,1	4.916	30,3	0,1	16.271	48,0	-0,8	17.618	52,0	0,8
Pa. Trento	5.606	43,2	0,9	7.364	56,8	-0,9	16.761	87,7	-0,2	2.354	12,3	0,2	22.367	69,7	-0,1	9.718	30,3	0,1
Veneto	25.834	30,1	-3,2	60.009	69,9	3,2	75.045	71,2	-2,2	30.328	28,8	2,2	100.879	52,8	-3,1	90.337	47,2	3,1
Friuli V.G.	12.248	39,2	0,6	19.013	60,8	-0,6	25.017	62,0	0,2	15.355	38,0	-0,2	37.265	52,0	0,5	34.368	48,0	-0,5
Liguria	39.007	61,8	-1,9	24.081	38,2	1,9	34.897	81,8	0,1	7.740	18,2	-0,1	73.904	69,9	-1,0	31.821	30,1	1,0
Emilia R.	57.239	44,0	0,2	72.781	56,0	-0,2	67.730	50,8	-2,9	65.528	49,2	2,9	124.969	47,5	-1,6	138.309	52,5	1,6
Toscana	45.456	52,2	-0,1	41.634	47,8	0,1	51.789	56,3	1,5	40.124	43,7	-1,5	97.245	54,3	0,8	81.758	45,7	-0,8
Umbria	9.267	35,3	-1,0	17.001	64,7	1,0	10.586	44,2	-1,0	13.377	55,8	1,0	19.853	39,5	-0,9	30.378	60,5	0,9
Marche	17.523	50,1	4,0	17.424	49,9	-4,0	21.609	50,7	-4,3	21.049	49,3	4,3	39.132	50,4	-0,8	38.473	49,6	0,8
Lazio	139.677	58,6	1,6	98.883	41,4	-1,6	84.828	60,7	4,0	54.932	39,3	-4,0	224.505	59,3	2,5	153.815	40,7	-2,5
Abruzzo	17.816	49,4	3,6	18.267	50,6	-3,6	22.412	68,0	-3,1	10.540	32,0	3,1	40.228	58,3	0,1	28.807	41,7	-0,1
Molise	6.796	47,7	1,0	7.455	52,3	-1,0	8.663	76,2	0,6	2.712	23,8	-0,6	15.459	60,3	1,1	10.167	39,7	-1,1
Campania	144.559	55,9	2,2	114.197	44,1	-2,2	144.869	71,7	1,7	57.237	28,3	-1,7	289.428	62,8	2,2	171.434	37,2	-2,2
Puglia	63.993	42,6	-4,5	86.373	57,4	4,5	57.021	52,7	-5,3	51.077	47,3	5,3	121.014	46,8	-5,0	137.450	53,2	5,0
Basilicata	8.563	52,7	-4,4	7.691	47,3	4,4	6.460	60,3	-7,3	4.252	39,7	7,3	15.023	55,7	-5,5	11.943	44,3	5,5
Calabria	33.329	50,4	2,0	32.825	49,6	-2,0	19.360	65,0	2,2	10.423	35,0	-2,2	52.689	54,9	2,3	43.248	45,1	-2,3
Sicilia	84.614	54,5	-1,9	70.656	45,5	1,9	90.094	79,3	1,2	23.556	20,7	-1,2	174.708	65,0	0,1	94.212	35,0	-0,1
Sardegna	26.253	41,2	-0,4	37.391	58,8	0,4	30.304	64,2	0,1	16.923	35,8	-0,1	56.557	51,0	0,1	54.314	49,0	-0,1
Italia	854.845	47,0	-1,9	964.458	53,0	1,9	945.160	59,7	-0,4	638.691	40,3	0,4	1.800.005	52,9	-1,0	1.603.149	47,1	1,0

Attenti al benchmark

Buoni e cattivi non piacciono ai governatori che fanno di tutto ormai da mesi per cambiare il meccanismo di benchmark che rinchioda la scelta in cinque Regioni. Ma la selezione c'è. E ad arrivare prima ancora che sia conclusa la partita del riparto federalista 2013 è la classifica sull'erogazione dei Lea nel 2012, presupposto per la scelta delle Regioni di riferimento per il 2014. Chi ha fatto cosa, insomma. Ma soprattutto chi l'ha fatto bene e chi no. Il panorama è sempre lo stesso e guarda verso Nord: Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Lombardia e Piemonte

sono, nell'ordine, le Regioni migliori. Mentre verso Sud la terra brucia e Campania (ultima in classifica e unica bocciata senza appello nella classifica), Calabria, Puglia, Molise e Abruzzo sono quelle che vanno peggio, con una lista di inadempienze che per numero, ma soprattutto per il peso che hanno i Lea trasgrediti, davvero sono come gettare benzina sul fuoco per chi già ha il suo bel da fare a rispettare gli alti muri economici dei piani di rientro.

A PAG. 13

Certificata la griglia di valutazione degli adempimenti per l'erogazione delle prestazioni

Lea 2012, Regioni in classifica

Al top Emilia Romagna, Toscana e Veneto - Lorenzin: «Benchmark, si cambia»

In testa alla classifica c'è l'Emilia Romagna, seguita a pari merito da Toscana e Veneto. Poi Lombardia e Piemonte rispettivamente al quarto e quinto posto. È questa la top five delle Regioni (a statuto ordinario) nella «griglia Lea», il meccanismo per valutare l'efficacia dell'erogazione dei servizi. Un risultato che avrà un peso determinante anche nella scelta delle Regioni benchmark per il 2014, destinato però a cambiare già da quest'anno secondo quanto affermato dal ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** che la scorsa settimana in audizione alla commissione bicamerale per il federalismo fiscale ha spiegato che bisognerà «rideterminare i criteri» per l'individuazione di costi e fabbisogni standard e delle Regioni benchmark,

pensando anche, a partire dal 2015 a un «meccanismo di premialità per quelle Regioni, comprese quelle in piano di rientro, che più vanno verso la convergenza rispetto alle Regioni di riferimento»

La classifica dei Lea è calcolata considerando promosse le Regioni che superano il punteggio di 160, sotto osservazione quelle fino a 130 e bocciate da 130 in giù. E come ogni classifica che si rispetti ci sono i fanalini di coda. Agli ultimi posti, con i punteggi minori, c'è come maglia nera la Campania, preceduta da Calabria, Puglia, Molise e Abruzzo.

Una classifica ancora ufficiosa, ma che in attesa delle controdeduzioni locali già delinea come ogni anno le criticità di ogni Regione. Unica bocciata è la Campania, in

compagnia lo scorso anno di Calabria e Puglia che nel 2012 sono migliorate e passate sotto osservazione assieme a Lazio, Abruzzo, Sicilia e Molise.

Le Regioni promosse, oltre le prime cinque in classifica, sono Liguria, Umbria, Marche e, unica del Sud, Basilicata.

Qualche inadempienza o, come le definisce il comitato Lea, «adempienza con impegno», ce l'hanno anche le Regioni promosse. Prima tra tutte quella comune a molte (quasi tutte le Regioni, promosse o bocciate) sul percorso nascita. Ma si tratta di situazioni risolvibili secondo la relazione del comitato Lea, che indica alle Regioni i tasselli mancanti per rispettare gli impegni.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I punteggi ottenuti

Emilia R.	208	Umbria	174	Abruzzo	146
Toscana	192	Basilicata	165	Molise	144
Veneto	192	Marche	165	Puglia	138
Lombardia	182	Sicilia	156	Calabria	132
Piemonte	180	Lazio	154	Campania	116

Legenda: ● Adempiente: >160;

● Adempiente con impegno su alcuni indicatori: 130-160; ● Inadempiente: <130.

CONFRONTO MINISTERO DELLA SALUTE-REGIONI

Patto per la salute: si chiude entro febbraio

Si riaprono con una tabella di marcia serrata i tavoli Governo-Regioni sul nuovo Patto per la salute. Secondo l'agenda annunciata dalla ministra **Beatrice Lorenzin** al termine dell'incontro giovedì scorso con le Regioni al ministero della Salute, il nuovo Patto dovrà chiudersi al massimo entro fine febbraio e sarà declinato in step immediatamente applicabili. Il tavolo agirà coordinandosi con quello sulla spending review guidato dal commissario straordinario **Carlo Cottarelli**. La scaletta sarà decisa dagli assessori regionali, poi si procederà su dieci tavoli in dieci successivi incontri, come previsto già da luglio scorso, ma senza la presenza di 21 Regioni per ogni gruppo di lavoro. E si tenterà di condurre in porto anche la revisione dei costi standard, sulla base delle ipotesi già formulate dalle Regioni alla fine dello scorso anno, ma con un quadro più preciso sugli impatti. I dieci temi: dispositivi medici, assistenza ospedaliera, personale dipendente, cure primarie, piani di rientro, mobilità e tariffe, edilizia sanitaria, integrazione sociosanitaria, rapporti Ssn-Università, ricerca sanitaria.

«La riunione - ha sottolineato Lorenzin - è andata molto bene. Ci siamo visti con il comitato ristretto e siamo d'accordo su due punti principali: il nuovo Patto deve contenere visione e pragmatismo». Visione, ha chiarito Lorenzin, vuol dire «avere l'ambizione di traghettare un progetto di pianificazione del Servizio sanitario nazionale che regga alle sfide attuali e dei prossimi anni. La prima sfida è quella della sanità transfrontaliera e la seconda è la sostenibilità del Ssn a fronte delle crisi economiche e del problema demografico, con una popolazione sempre più vecchia e che sta cambiando il suo fabbisogno di salute». La seconda parola d'ordine, il pragmatismo, dovrà segnare un deciso cambio di rotta rispetto al passato: «Fino a oggi i Patti per la salute sono stati attuati al 40-50 per cento. Questo deve essere un patto concreto, con impegni stringenti da parte delle Regioni in accordo con il Governo per fare le cose che si sono dette. Quindi anche con un sistema di verifica e di monitoraggio».

Sarà infatti necessario un maggior controllo da parte del ministero. «È emersa da parte di tutte le Regioni - continua Lorenzin - l'esigenza di un rafforzamento dei controlli da parte del ministero della Salute sugli aspetti sanitari, i Lea e sul coordinamento scientifico della prevenzione. Sono molto contenta di questa richiesta perché ci dà la possibilità anche di rispondere alle nuove esigenze epidemiologiche che abbiamo nel Paese».

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANGOLO DI PENNA

Quel compleanno del Ssn ignorato dalla politica e dimenticato dai professionisti

di Nino Cartabellotta *

Lo scorso 23 dicembre il Servizio sanitario nazionale ha compiuto 35 anni nell'indifferenza generale: fatta eccezione per lo speciale ospitato da queste colonne (Il Sole 24 Ore Sanità n. 47-48, pagg. 2-5), il silenzio delle Istituzioni è stato assordante, ma assolutamente coerente con la linea abbracciata dalla politica. Una linea che, dietro l'alibi del Titolo V, ha rinunciato a ogni forma di programmazione sanitaria, subordinando il diritto costituzionale alla salute alla crisi finanziaria del Paese. Il ministero dell'Economia e delle finanze ha progressivamente stretto il nodo della cravatta e il Governo, sbarazzatosi di una quota di spesa pubblica destinata alla Sanità, imbocca senza troppi clamori la strada dell'intermediazione assicurativa e finanziaria dei privati, per garantire ossigeno a un settore la cui governance è da tempo sfuggita di mano allo Stato.

Mettendo in fila i vari "segnali" si intuisce perfettamente perché il 23 dicembre 2013 le Istituzioni non hanno ritenuto opportuno non solo festeggiare, ma nemmeno ricordare i 35 anni del Ssn.

- Il 17 dicembre 2012 l'allora ministro Balduzzi fa "chiarezza sui numeri della Sanità": per il periodo 2012-2015 la sommatoria di varie manovre finanziarie (tutte al di fuori del contesto di accordo Stato-Regioni) sottrae alla sanità pubblica una cifra prossima ai 25 mld, un dato subito corretto al rialzo dalla Conferenza Stato-Regioni che ha stimato oltre 30 mld di tagli.

- Il 28 aprile 2013 la nomina dell'accoppiata Saccomanni-Lorenzin lascia subito intuire che la volontà del nuovo esecutivo è subordinare la programmazione sanitaria alle decisioni del ministero dell'Economia e delle finanze. Per la "ragazza generosa" nove mesi di buona volontà, tante parole, troppi congressi e promesse continue sotto lo slogan "stop ai tagli lineari" che riecheggia in tutte le sue dichiarazioni. Ma anche clamorose ingenuità, come annunciare risparmi di 30 mld in 5 anni, salvo poi rettificare che «era una buona provocazione», che «sarebbe un grande successo se fosse meno della metà» e «ci metterei la firma se arrivassimo a 10». Concretamente, della fitta agenda autunnale la Lorenzin porta a casa solo i costi standard e ottiene la non reintroduzione dei 2 mld di ticket (grazie alla Corte costituzionale che ne ha dichiarato l'illegittimità), condicio sine qua non delle Regioni per sottoscrivere il Patto per la salute. Rimangono al palo solo "poche cosine": la riforma delle cure primarie, la riorganizzazione della rete ospedaliera, i nuovi Lea, la regolamentazione dei piani di rientro, il nuovo sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco... [omissis]

- Intanto, la nota di aggiornamento del Docu-

mento di economia e finanza (Def) 2013 - pubblicata il 23 settembre - programma un de-finanziamento che riduce la quota di Pil destinata alla Sanità pubblica dal 7,1% al 6,7%: la riduzione inizierà nel 2015 con un timido 7,0%, per poi perdere un altro 0,3% nel biennio 2016-2017. Sotto la regìa unica del ministero dell'Economia e delle finanze, il Def stringe i cordoni della borsa, mette in discussione il principio costituzionale dell'universalità delle prestazioni e favorisce l'innesto - citando la Lorenzin - della cosiddetta "terza gamba della Sanità". Infatti, il Def, senza dichiararlo esplicitamente, lascia intravedere un Ssn con meno tutele pubbliche e più risposte private: si leggono infatti espressioni preoccupanti quali "sistema sanitario selettivo", "prestazioni non incondizionate", "ridisegnare il perimetro dei Lea".

- La Legge di stabilità, approvata il 20 dicembre con esigue misure a sostegno del Ssn, conferma ulteriormente la linea del Governo: in conseguenza delle misure sul pubblico impiego, il finanziamento per la Sanità viene ridotto di 540 mln nel 2015 e di 610 mln nel 2016. In compenso, vengono assegnati ben 400 mln ai policlinici privati (garantiti sino al 2024!), 30 mln all'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù e consistenti "briciole di consolazione" a organizzazioni più o meno "tutelate": 3,5 mln all'Istituto Mediterraneo di Ematologia, 3 mln al Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica, 1 mln all'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare, 6 mln all'Istituto Gaslini. Solo pochi gli interventi rilevanti per la Sanità pubblica: l'incremento del fondo per la non autosufficienza e per persone affette da Sla e i 5 mln per l'avvio sperimentale dello screening neonatale di alcune patologie metaboliche ereditarie.

- Sotto l'albero di Natale cittadini e professionisti sanitari non trovano il Patto per la salute, regalo promesso e non mantenuto che la Ministra abilmente rilancia il 20 dicembre alla Commissione Affari sociali della Camera come «strumento di garanzia per un uso razionale delle risorse sanitarie e per l'eliminazione degli sprechi del sistema», sottolineando che da quando si è insediata «sono stati messi a punto i presupposti per una grande riforma del Ssn che potrà essere attuata nel Patto per la salute». Deadline per la firma metà gennaio 2014, nella consapevolezza che ogni scadenza mancata per la sottoscrizione rinforza la debolezza del Governo.

- Last but not least, chi puntava sul nuovo per una sferzata in favore del Ssn è rimasto con l'amaro in bocca. Nella squadra di Renzi, in un partito che dovrebbe difendere con le unghie e con i denti un Servizio sanitario nazionale pubblico e universalistico, nessuna delega alla Sanità, relegata in un generico "Welfare e Scuola" che alla prima uscita pubblica propone sì una

interessante “rivoluzione copernicana”, dove però servono innanzitutto “nuove forme di finanziamento”, come i fondi integrativi.

In questo scenario particolarmente critico, con un Governo in grado di tenere a freno la spesa sanitaria attraverso tagli lineari, ma incapace di attuare riforme già esistenti e di riprendere il dialogo con le Regioni per garantire un federalismo solidale senza derive regionaliste, tutti i professionisti sanitari appaiono “spettatori innocenti” di fronte allo smantellamento del Ssn e incapaci di qualunque reazione propositiva.

Le categorie professionali variamente schiacciate tra contingenti necessità di contenere i costi, irrealistiche aspettative dei cittadini e assillanti timori medico-legali, non riescono a riprendere in mano le redini della Sanità in un’ottica multi-professionale, basata sulle evidenze e centrata sul paziente, ma continuano a sprecare energie in “lotte senza quartiere” per mantenere i privilegi acquisiti senza rinunciare a nulla per la causa comune. Lotte che testimoniano corporazioni estremamente competitive e poco collaborative, che in questi tempi di vacche magre evocano - citando Tano Cariddi, protagonista della Piovra - «topi che litigano per una crosta di formaggio».

Caro Ssn la politica è stata coerente a non festeggiarti e i professionisti sanitari, impegnati a difendere lobbies e corporazioni, hanno dimenticato questa importante ricorrenza. Ma tutti i cittadini italiani ti augurano buon compleanno, perché per loro rappresenti da 35 anni una conquista sociale irrinunciabile da difendere e consegnare alle future generazioni (www.salviamo-SSN.it)

* *presidente Fondazione Gimbe*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



La sanità, il caso Domani l'assemblea dei medici

Tagli al Cardarelli una class action contro il direttore

**L'accusa: via 110 unità operative
così si cancella la qualità
Granata: assistenza garantita**

Marisa La Penna

I medici del Cardarelli dissotterrano l'ascia di guerra. E indicano un'assemblea-conferenza stampa nella quale preannunciano una class action. L'appuntamento è per domani, a mezzogiorno, presso il padiglione D.

I motivi della protesta vengono illustrati in un documento diffuso ieri dal titolo: «Nuovi tagli al Cardarelli: colpo di scure su 110 unità operative altamente specializzate: class action delle organizzazioni della dirigenza sanitaria che lanciano un allarme in difesa della sanità pubblica». Aderiscono all'iniziativa i sindacati Aaroi-Emac, Cgil medici, Cimo-Asmd, Cisl medici, Federazione medici, Fesmed, Sinafo. «Un colpo di spugna, improvviso e ingiustificato, che in nome di un falso risparmio cancella prestazioni di qualità per i cittadini-utenti della sanità campana» viene denunciato, nella nota, dalle organizzazioni sindacali che, come detto, hanno promosso una class action intraprendendo un'azione legale collettiva di denuncia per attività antisindacale contro il direttore generale. «Il 13 gennaio - riprende il documento - il dg ha deliberato il conferimento di 74 incarichi di responsabilità di Unità Operative Semplici e Dipartimentali, con esecuzione immediata "stante l'urgenza di garantire la continui-

tà assistenziale specifica". Con la stessa urgenza, tuttavia, il provvedimento ha cancellato 110 Unità Operative. Con un solo colpo di scure, sono state tagliate linee di attività strategicamente rilevanti per l'azienda e di vitale importanza per la qualità dei servizi erogati». Per esempio: specialità connesse con le attività di laboratorio, anestesiológicas-rianimatorie, oncologiche, delle neuroscienze, genetica, medicina legale, dermatologia, urologia, nefrologia, epatologia, riabilitazione e molte altre.

«In ossequio all'imperativo di unustificato "risparmio economico", che tutto giustifica e tutto rende possibile con procedura di urgenza, che in realtà non porterà alcun risparmio ma cancellerà prestazioni di qualità che da anni vengono garantite ai cittadini-utenti, realizza tale grave atto autoritario dequalificando e delegittimando un'intera classe medica e sanitaria che ha garantito negli anni il diritto alla salute dei cittadini campani. Questo provvedimento "rivoluziona" in peggio l'organizzazione dell'ospedale più grande del meridione, mettendo in pericolo la funzionalità dei servizi con grave pregiudizio per il diritto all'assistenza per i cittadini» conclude la nota.

La replica del dg Rocco Granata non si fa attendere. «L'azione di alcune sigle sindacali lascia trapelare un risentimento che sarebbe giustificabile solo per coloro che non sono addentro alla materia. I decreti regionali hanno stabilito che il numero dei primari sono, al massimo, uno per ogni 16 posti letto ed al Cardarelli ci sono 936 posti pari quindi a 58 primari. Il



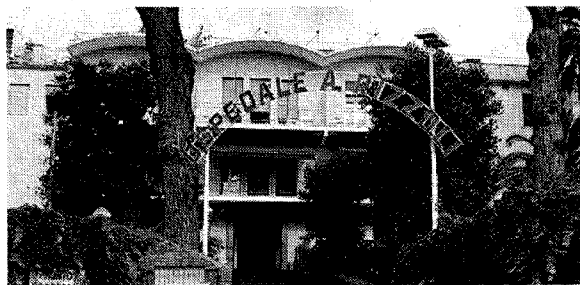
numero delle strutture semplici devono essere in numero pari ad 1,3 per ogni posto di "Primario", quindi 75. Al Cardarelli, c'erano 185 strutture semplici o semplici dipartimentali. Per rispettare i Decreti regionali, se ne sono dovute eliminare 110. Su questi presupposti abbiamo formulato la proposta finale di sintesi nei limiti consentiti dalle norme vigenti. Inoltre il danaro "risparmiato" fa parte di un fondo che comunque viene redistribuito sulle altre funzioni da assegnare agli altri sanitari. Pertanto verrà ridestinato a tutti i medici per l'intera capienza del fondo. Tutto ciò era da tempo di perfetta conoscenza di quelle organizzazioni sindacali che oggi, impropriamente, agitano lo spauracchio di tagli per risparmi inesistenti, mobilità fuori Regione e mancata assistenza di pazienti. Nulla di tutto ciò accadrà. L'assistenza ai pazienti sarà sempre e comunque garantita da parte di tutti i sanitari, anche di quelli sindacalizzati che hanno perso la struttura semplice».

LA NOTIZIA La testimonianza di due partorienti presso l'ospedale di Lacco Ameno

Accade al Rizzoli: «Il cuscino? te lo devi portare da casa!»

DI GIUSEPPINA GARGANO

LACCO AMENO. In situazioni di emergenza come un parto, un infortunio o un qualunque serio e improvviso episodio che ti spinge a correre in ospedale, l'ultima cosa a cui pensi è portarti il cuscino o la coperta da casa, e invece a Ischia, mentre corri per recarti presso l'ospedale devi pensare anche a questo. Sembra una situazione paradossale, e se vogliamo un po' da film comico, se non fosse per il fatto che qui di comico non c'è niente, soprattutto quando si tratta di salute. Abbiamo allora raccolto la testimonianza di due partorienti ricoverate nel reparto di ostetricia. «Il cuscino mancava e alla mia richiesta, - racconta A.B., trent'anni - considerate che noi partorienti



star comode per soffrire di meno, mi hanno risposto che il cuscino non c'era e dovevo farmelo portare da casa, informandomi che c'erano 5 o 6 cuscini in tutto il reparto. Sinceramente mi chiedo anche quale sia il criterio di assegnazione, per sorteggio? Mancavano anche il copriletto e la coperta, avevamo soltanto il lenzuolo. Le coperte più pesanti mancano per gli adulti perché sono utilizzate per i neonati, vengono tagliate in quattro e messe sulle cullette. Sembra di essere tornati indietro di settant'anni, con

la povertà dei temi di guerra, raccontatami dai miei nonni. Molto spesso - ha continuato A.B. - a noi

partorienti sale la febbre nel momento in cui arriva la montata latte e ritrovarsi senza coperte è un vero problema perché ti vengono dei fortissimi brividi di freddo. Oltre alla biancheria ti fanno penare anche per avere dei disinfettanti adatti al risciacquo di zone intime con i punti. Inoltre abbiamo avuto anche una invasione di formiche. Sul tavolo una sera è stato lasciato un vassoio di dolci e verso l'una di notte è successo un pandemonio in camera perché il vassoio era completamente coperto di formiche. In un ospedale è normale che chi va a trovare i pazienti porti generi alimentari come regalo ma purtroppo, al posto dei degenti, li mangiano le formiche». Una testimonianza pur-

troppo simile è quella di C.V., ventotto anni, «anche io ho dovuto chiedere a mio marito di portarmi un cuscino da casa perché, quando ne ho chiesto uno, mi hanno risposto che non ne avevano». Le motivazioni di questa situazione paradossale non sono state rese note ai pazienti ricoverati ma in base a voci di corridoio sembra che la cosa dipenda dai furti. Sembra che alcuni pazienti una volta dimessi dall'ospedale, decidano di portarsi un regalino come ricordo dell'esperienza e che la ditta fornitrice non riesca in tempi brevi a far fronte alla richiesta di nuova fornitura. Sembra davvero assurda questa mancanza di rispetto nei confronti del prossimo, soprattutto di chi, bisognoso di cure, viene ricoverato in ospedale ma è ancora più paradossale che nel 2014 una ditta fornitrice non sia in grado di far fronte alla richiesta di beni di prima

necessità. Come risolvere il problema delle formiche e la mancanza di disinfettanti? Forse abbiamo male interpretato la presenza dei suddetti insetti e in cattiva fede pensato a una mancanza di igiene. Infatti è noto che le formiche producono una sostanza che funge da agente conservante ed antibatterico, l'acido

Sul tavolo una sera è stato lasciato un vassoio di dolci e verso l'una di notte è successo un pandemonio in camera perché il vassoio era completamente coperto di formiche. In un ospedale è normale che chi va a trovare i pazienti porti generi alimentari come regalo ma purtroppo, al posto dei degenti, li mangiano le formiche

formico. Ecco dunque svelato l'arcano, forse l'amministrazione ospedaliera vuole utilizzare i servizi dei piccoli insetti per sopperire alla mancanza di disinfettanti. Allora i nostri sinceri complimenti per l'arguta manovra!

Sembrava di essere tornati indietro di settant'anni, con la povertà dei temi di guerra, raccontatami dai miei nonni

molto spesso abbiamo dei punti di sutura post-parto e abbiamo quindi un disperato bisogno di

Cilento/Vallo di Diano

Sant'Arsenio Assistenza pubblica in ginocchio: sindaci, cittadini e studenti in piazza

«Ospedale distrutto, basta tagli»

Il presidio nell'abbandono Squillante respinge le accuse «Fate solo campanilismo»

Pasquale Sorrentino

SANT'ARSENIO. Da una parte numerosi sindaci del Vallo di Diano, diversi cittadini (anche se molti di meno rispetto a quanto atteso) e un centinaio di studenti che hanno infoltito un po' il corteo. Dall'altra il direttore generale dell'Asl Antonio Squillante e una struttura oramai semivuota, quella che ospita l'ospedale di Sant'Arsenio.

La manifestazione per la Sanità di ieri mattina, forse anche a causa dell'abbondante pioggia, non ha avuto un grande seguito. Al corteo, che ha preso il via davanti al municipio, hanno partecipato circa 600 persone, che sono diminuite quando si è giunti all'ingresso dell'ospedale, dove a parlare sono stati alcuni amministratori. Gli studenti hanno abbandonato il piazzale della struttura, in pochi hanno ascoltato le accuse del sindaco di Sant'Arsenio, Nicola Pica, del consigliere regionale Donato Pica, di diversi politici valdianesi (non tutti i paesi erano presenti) e dei rappresentanti delle sigle sindacali del settore. «Stanno distruggendo l'ospedale di Sant'Arsenio», hanno denunciato i partecipanti. Un'accusa respinta con durezza dal manager dell'Asl Squillante che, da Salerno, sembra distruggere ogni speranza per la struttura di Sant'Arsenio.

«È una protesta inutile e incomprendibile - ha attaccato il direttore generale - che prende spunto solo da questioni politiche e campanilistiche». Squillante ha così commentato le proteste di Sant'Arsenio contro i tagli all'ospedale. «L'ospedale di riferimento - ha aggiunto - è Polla, che garantisce efficacemente l'assistenza sanitaria ai cittadini del Vallo di Diano. Il 7 febbraio incontrerò i sindaci della zona per ulteriori chiarimenti». Più volte questa data è stata indicata dal sindaco di Sant'Arsenio come appuntamento nevralgico per le sorti della Sanità del Vallo di Diano. «Squillante - ha denunciato Pica - ha invitato oltre cento



Le voci Mobilitazione sotto la pioggia per difendere la struttura sanitaria: «State distruggendo l'ospedale di Sant'Arsenio»

persone, se avesse voluto veramente parlare delle problematiche avrebbe convocato solo i sindaci. Invece in questo modo si rischia di trasformarla in una passerella. Dobbiamo fare qualcosa immediatamente». Le preoccupazioni del primo cittadino riguardano la struttura di Sant'Arsenio e il suo possibile ulteriore depauperamento. A dir la verità l'impressione che si ha dell'edificio, quando il corteo entra nel piazzale antistante, è abbastanza triste. Pur se sono operativi ancora diversi servizi (uffici ticket, scuola infermieristica, hospice, e servizi di riabilitazione tra gli altri),

Il corteo
Gli interventi del sindaco e dei politici inascoltati dai ragazzi che lasciano il piazzale

la struttura è ridotta abbastanza male e sembra già essersi avviata verso un atroce destino di abbandono. «Il commissario Bortoletti - aggiunge Pica - aveva previsto un piano per l'ospedale di Polla e Sant'Arsenio. Trasferire dei reparti da Sant'Arsenio e dare ulteriori servizi distrettuali alla nostra struttura. Questo piano è stato realizzato a metà, con il trasferimento dei reparti».

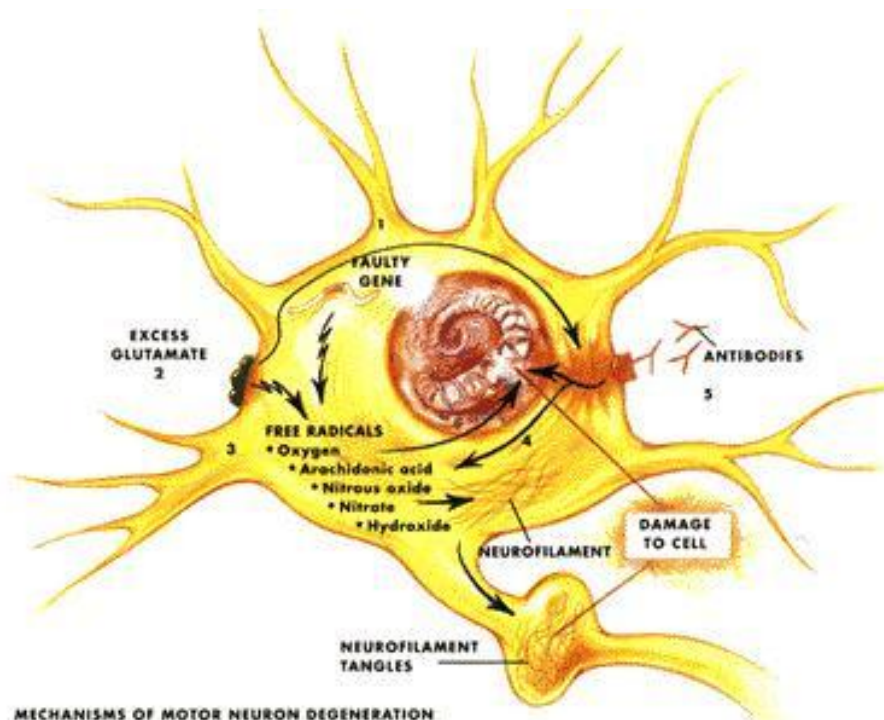
«La struttura di Sant'Arsenio così è sempre più vuota e il futuro è buio - aggiunge - arrivano voci di ulteriori tagli ai servizi. Anche la scuola per gli infermieri sembra sia a rischio. Insomma la si-

tuazione è incredibile e l'Asl smentisce se stessa. Noi ora pretendiamo risposte e non più tentennamenti». Sulla stessa lunghezza d'onda il consigliere regionale Donato Pica, che annunciato una rilevante carenza della sanità per l'intera provincia salernitana e ha incalzato ribadendo l'impegno ad andare avanti con le dimostrazioni e le proteste. Gli altri amministratori del territorio hanno denunciato i continui tagli a cui è sottoposto il Vallo di Diano (Tribunale e altri servizi essenziali) e invocato risposte alla Politica. Infine i sindacati hanno nuovamente evidenziato le forti carenze dell'ospedale di Polla-Sant'Arsenio dal punto di vista del personale medico e strutturale. •



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



MECHANISMS OF MOTOR NEURON DEGENERATION

■ ■ **Ricerca** Con nuove tecniche i ricercatori hanno scoperto molte cellule beta esistenti

Nuova luce sul diabete 2

Le cellule addormentate possono essere risvegliate e tornare attive

di Cristina Cimato

Sembrava quasi la scoperta dell'acqua calda, e invece era tutt'altro che scontata e apre la strada a un nuovo approccio al diabete di tipo 2, il più diffuso, che colpisce il 90% dei 3 milioni e mezzo di persone in Italia e dei 400 milioni nel mondo che soffrono di questa malattia metabolica. Un gruppo di ricerca dell'Università di Pisa ha appena pubblicato uno studio sulla rivista *Diabetologia* analizzando con le tecnologie avanzate, come per esempio la microscopia elettronica e la valutazione diretta della secrezione dell'insulina, la condizione delle cellule beta del pancreas. Da questa indagine emerge che la ridotta quantità di insulina prodotta non sia dovuta solamente alla morte di queste cellule bensì al loro malfunzionamento, e questo lascia supporre che finora ci sia stata una sovrastima del numero di cellule morte. «Fino a oggi si è ritenuto che nel paziente diabetico di tipo 2 la percentuale di cellule beta fosse ridotta anche del 50% rispetto alla quantità presente nelle persone sane», ha spiegato Piero Marchetti, direttore della sezione dipartimentale di endocrinologia e metabolismo dei trapianti d'organo e cellulari dell'Azienda ospedaliero universitaria di Pisa, che ha coordinato il gruppo di lavoro, «questa ricerca ci ha rivelato invece che la maggioranza delle betacellule considerate morte, e quindi irrecuperabili, è invece addormentata. Esse hanno poca insulina e non riescono a liberarla, ma a questo punto è importante capire quale sia il meccanismo che induce una ridotta secrezione, in aggiunta alla comprensione dei meccanismi che portano alla morte cellulare». La scoperta è stata possibile solo adesso perché fino ad ora il meccanismo utilizzato per la visualizzazione delle betacellule nel pancreas si era basato anticorpi



che colorano l'insulina. «Se ce n'è poca essi non la rivelano e quindi sembra che le cellule non ci siano», ha precisato l'esperto, «abbiamo applicato tecniche approfondite e fatto confronti con quelle utilizzate in passato ed evidenziato che molte delle cellule beta che sembravano morte sono in realtà vive, ma incapaci di funzionare normalmente».

Di recente nuove evidenze sulla malattia erano emerse anche da uno studio pubblicato sulla rivista *Journal of leukocyte biology*, in cui un gruppo di scienziati del dipartimento di biologia alla Novo Nordisk A/S, a Møløv, in Danimarca ha compreso cosa accade nell'organismo e cosa scatena complicanze correlate alla malattia. L'équipe ha lavorato su topi di laboratorio, identificando nei modelli animali un tipo di cellula che invade il tessuto pancreatico durante le fasi precoci della malattia. Queste cellule infiammatorie producono una grande quantità di citochine, proteine pro-infiammatorie che contribuiscono

in modo diretto all'eliminazione delle betacellule produttrici di insulina. «Lo studio consente uno sguardo più mirato sulla malattia e permette di sviluppare terapie anti-infiammatorie per questi pazienti», ha precisato Alexander Rosendahl, ricercatore impegnato in questo studio, «questi nuovi trattamenti possono rappresentare una valida integrazione alle terapie già esistenti, come l'insulina e GLP-1 simili». Per la loro ricerca, gli scienziati hanno comparato modelli di topi obesi che sviluppavano spontaneamente la malattia, con topi sani. Gli animali da laboratorio sono stati seguiti dai primi stadi della malattia, fino a un'età in cui emergevano comorbidità in molti organi. Sia nelle fasi precoci, sia in seguito, i topi diabetici mostravano significative modulazioni a livello del tessuto pancreatico rispetto a quelli sani, evidenziando al contempo il ruolo chiave dell'infiammazione nella progressione e nella severità della malattia. (riproduzione riservata)

Danni a memoria e facoltà cognitive per i grandi bevitori di alcolici

Il cervello invecchia prima con 3,5 bicchieri al giorno

DI ANGELICA RATTI

Una birra a pranzo, un aperitivo, un bicchiere di vino a cena, un cicchetto dopo cena per finire in bellezza, tra grappe, liquori e whiskey. Andando di questo passo tutti i giorni, a 55 anni ci si ritroverà un cervello che ne dimostrerà 61 di anni, tanto è invecchiato precocemente, a livello cognitivo di memoria a breve termine. Più di tre bicchieri e mezzo di alcolici al giorno, dose considerata da grande bevitore, fanno male alla salute: memoria, attenzione, capacità di ragionamento e facoltà intellettive invecchiano più rapidamente secondo i risultati dello studio elaborato congiuntamente da l'Inserm (Istituto nazionale francese per la salute e la ricerca medica) e l'Università College di Londra pubblicato sulla rivista *Neurology*. Per consumo eccessivo si intende 36 grammi di alcool, equivalenti all'incirca a 3,5 bicchieri di vino. L'équipe franco-inglese ha studiato gli effetti sulla memoria e le capacità di attenzione e di ragionamento dell'abuso di alcolici tra i 40 e i 60 anni. Una ricerca eseguita in più riprese, con una prima fase di test sul linguaggio e poi con



calcoli matematici, e ancora con prove di scrittura fluente sull'ampiezza del vocabolario e sulla conoscenza di quante più possibili specie di animali. Test effettuati sul campione di uomini e donne che nella prima fase avevano 44 anni e ripetuti successivamente a più riprese nei dieci anni successivi. Scoprendo, fra l'altro, che i grossi bevitori si trovano perlopiù nella fascia di persone più anziane. Verdetto dei ricercatori: una consumazione eccessiva di alcolici durante l'età media accelera il declino cognitivo. Di 2,4 anni per le capacità cognitive globali e fino a 5,7 anni sul piano della memoria. Secondo i ricercatori tutti gli alcolici, intendendo i distillati contrariamente ai fermentati come vini, birre, sidro, sembrano associati a un declino più rapido negli uomini e nelle donne che bevono più di due bicchieri di alcolici al giorno. I ricercatori hanno appurato scientificamente che esiste una relazione fra i due fattori, ma il perché avviene non è stato altrettanto specificato. Così, come pure aver smesso di bere quando prima, in età più giovane, si è bevuto molto, non salva dai danni a memoria e intelletto. Dunque, non c'è che la moderazione...

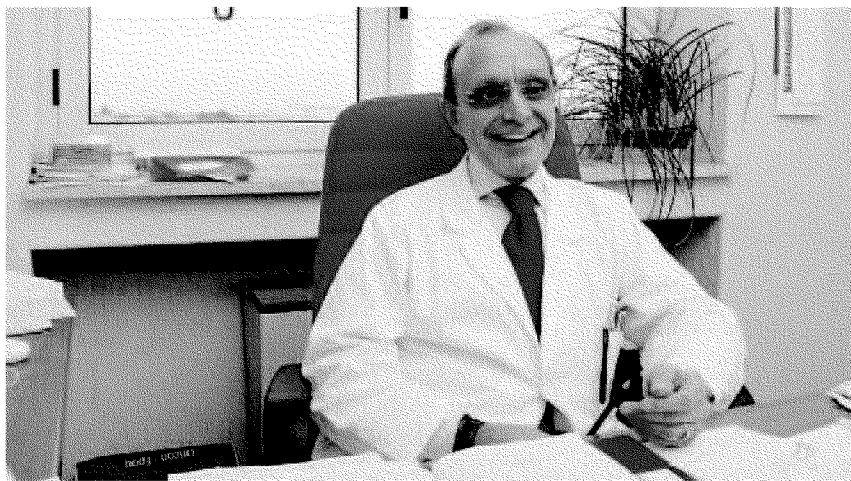
—© Riproduzione riservata—■

C'è un robot in sala operatoria

Ionna, primario al Pascale: "I vantaggi in chirurgia"

IL ROBOT del Pascale, tecnologia in progress. È lui — insieme a chi lo guida — il protagonista della sala operatoria. Si chiama Da Vinci ed è un'innovazione rivoluzionaria, premette Franco Ionna, il direttore di Maxillo-facciale e Otorinolaringoiatria del Pascale: «Anche nella nostra disciplina consente una chirurgia meno aggressiva e mirata».

Lo specialista fa l'esempio della tecnica "conservativa della laringe", un protocollo che, evitando la cosiddetta esposizione open della lesione, viene effettuata dall'interno, cioè per via endoscopica e col robot. «Le ultime laringectomie condotte con questa metodica — continua Ionna — hanno scongiurato la tracheotomia, l'incisione della trachea che si pratica per assicurare la respirazione. Fare la tracheotomia non solo rappresenta notevole disagio per il paziente, ma lo mette a rischio di infezioni, emorragia e complicanze». La tecnologia robotica invece è un vantaggio anche nel post-operatorio: più breve e meno invalidante, permette una riabilita-



Franco Ionna. A destra, foto grande, il Pascale

zione precoce, un ricovero ridotto e minor dolore. «E poi — precisa il primario — il compito è facilitato anche agli operatori, grazie alla visione in 3 D e alle braccia del robot che, di fatto, diventa-

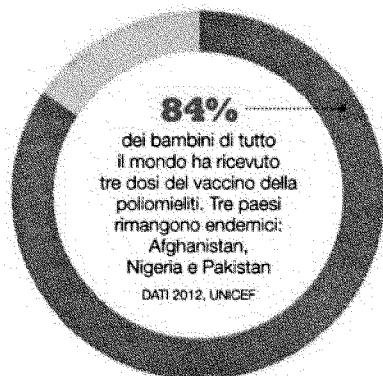
no le nostre mani, ma più agili e snodabili in grado di eseguire movimenti impossibili per l'uomo. La maggiore mobilità degli arti meccanici ci dà la possibilità di allargare i margini di incisione, garantendo la rimozione radicale della neoplasia. Gli effetti sono positivi per il paziente che, con minor frequenza, sarà sottoposto a chemio e radioterapia».

Le potenzialità dell'endoscopia chirurgica si moltiplicheranno grazie al Da Vinci che, tra non molto, permetterà di eseguire anche la laringectomia totale, procedura attualmente in fase sperimentale perché particolarmente complessa. Tra le metodiche mininvasive in patologia oncologica, anche in otorino si ricorre alla ricerca del "linfonodo sentinella" per individuare i tumori della lingua. «Si effettua un'iniezione con mezzo radioattivo — precisa Ionna — nell'area peritumorale, e poi si passa alla marcatura cutanea al collo per individuare il primo linfonodo della catena linfatica coinvolta. In questo modo, riusciamo a evitare interventi invasivi sul collo, senza pregiudicare la prognosi». E infine, l'elettrochemioterapia, il trattamento che veicola radiofarmaci nel tumore: aiuta a migliorare la qualità di vita.

SALUTE

Dalla polio al vaiolo al morbillo, tante vite salvate. Hiv-Aids e epatite C "sfuggenti"

Cambiata la storia umana Caccia ai virus "astuti"



CARLO FEDERICO PERNO *

G iorni fa in Camerun, paese oggi all'avanguardia in Africa per le vaccinazioni di massa, mi sono imbattuto in una persona con poliomielite, sicuramente acquisita da bambino. Appena 50 anni fa tale malattia esisteva anche in Italia, e la vaccinazione antipolio era da poco obbligatoria per tutti i bambini. Oggi la polio è scomparsa dall'Occidente e l'India ha da poco festeggiato i tre anni di assenza di nuove diagnosi di poliomielite che residua ancora in quei pochi paesi al mondo che non hanno voluto implementare le campagne di vaccinazione di massa.

Il vaiolo è eradicato dalla Terra e il vaccino non è più indispensabile. Il morbillo, virus potenzialmente mortale, è raro in Italia, grazie alla vaccinazione di massa. E così tante altre malattie infettive. La storia dell'uomo è cambiata grazie ai vaccini e tornare indietro sarebbe criminale. Le vaccinazioni, tra l'altro riducono la circolazione di virus che muoiono e non ricompaiono più se non infettano l'uomo. Anche la vaccinazione cosiddetta "volontaria" rappresenta un sostanziale errore, in quanto la mancata copertura vaccinale dell'intera popolazione permette al virus di ricominciare a circolare nei non vaccinati, pronto

a colpire non appena si abbassa la guardia.

Certo, in medicina niente è privo di rischi di effetti collaterali e di potenziali danni. Però, quanti sono i casi reali di malattie indotte dalle vaccinazioni rispetto ai milioni di persone che sono state salvate da malattie mortali o invalidanti? L'attenzione a non abbandonare le campagne vaccinali deve essere alta, semmai il lavoro deve mirare a ridurre a zero i rischi di danno da vaccino.

Il vaccino per l'Aids è lontano. Il virus Hiv è estremamente sfuggente, capace di colpire e nascondersi, mostrando pochissimi punti deboli. Il vaccino per il virus dell'epatite C è stato quasi abbandonato, dal momento che il virus è astuto quanto, forse più dell'Hiv. Il vaccino antitubercolare disponibile oggi è poco efficace, e al momento i risultati ottenuti con

altri vaccini non sono incoraggianti. Ci sono invece speranze per il vaccino contro la malaria.

Il vaccino per il virus del papilloma apre nuove e inattese possibilità, in quanto è pensato per proteggere da un virus che causa un cancro! In altre parole, prevenendo l'infezione virale si riduce la comparsa del cancro della cervice uterina. I vaccini in uso odierno sembrano efficaci e validi nel breve-medio termine. Le sfide non sono finite, semmai appena iniziate. Altri patogeni ci aspettano: batteri, virus, protozoi, funghi. Siamo alle soglie di una nuova era della vaccinologia.

** Ordinario Virologia,
Univ. Roma Tor Vergata*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Mente & disturbi

I quattro decenni raccontati dalla rivista *Psicologia Contemporanea* che nasceva nel 1974: la fotografia dei mutamenti e i contributi di grandi esperti come Piaget, Musatti o Gardner, i nuovi disturbi e gli approcci psicoterapici



Psiche, cervello e neuroscienze l'evoluzione degli ultimi 40 anni

VALERIA PINI

Solo 40 anni fa era una scienza emarginata, sconosciuta ai più. Oggi tutto è cambiato e la psicologia è entrata a pieno titolo nel mondo della scuola, del lavoro, nella famiglia e nei tribunali. Contribuisce al benessere delle persone nelle diverse fasi della vita. In questi quattro decenni la rivista *Psicologia Contemporanea* ha fotografato l'evoluzione della psicologia. Nei suoi "primi 40 anni" ha ospitato interventi di autori come, fra i tanti, Jean Piaget, Cesare Musatti, Daniel Goleman, Howard Gardner e Guido Petter. Molto è cambiato da quando nel 1974 l'editore Giuseppe Martinelli, sostenuto da Sergio Giunti, diede vita a *Psicologia Contemporanea*. Dopo gli anni del Fascismo, il dopoguerra aveva visto un crescente interesse per la psicologia fino all'apertura dei primi due corsi di laurea all'università di Padova e di Ro-

ma, nel '71. Al centro della discussione l'evoluzione dei rapporti e le principali novità in questo settore. «Nel '76, la rivista sostenne la necessità di permettere alle madri di stare accanto ai figli appena nati in ospedale, vincendo le resistenze di quegli anni. Nel '97 fu pubblicato il primo studio sul bullismo in Italia, coordinato da Ada Fonzi che sensibilizzò genitori e insegnanti. L'autismo è stata un'altra tematica seguita con attenzione», spiega la direttrice di *Psicologia Contemporanea*, Anna Oliverio Ferraris. Per molto tempo resterà l'unico rivista di divulgazione in questo campo. Oggi è bimensile. Dal 2003 esiste *Mente e Cervello*, costola di *Le Scienze-Scientific American*, che dal 2006 si trasforma nel solo mensile di divulgazione.

Fra le tappe più importanti del dibattito per regolamentare la professione di psicologo, incominciò negli anni '70, c'è il momento in cui, nel 1989, il senatore Adriano Ossicini diede vita alla legge che istituirà l'Ordine degli psicologi. «Durante il fascismo e dopo la guerra esisteva molta dif-

fidenza nei confronti soprattutto della psicoanalisi - spiega Luigi Cancrini, psichiatra e psicoterapeuta - C'erano resistenze da parte della Chiesa, ma anche fra gli stessi medici che non volevano dare spazio ai "non medici". Un forte impulso a favore della psico-

logia è stato dato invece nel '78 dalla legge Basaglia, che aboliva i manicomio. La cura non è più solo medica e di custodia del paziente. Nasce il tentativo di aiutare gli individui nelle situazioni in cui vivono, nelle loro famiglie. Negli anni '90 ci fu un altro passo avanti: il riconoscimento delle scuole di psicoterapia».

Negli ultimi anni il ruolo della famiglia è stato al centro di molti studi internazionali, che si sono spesso concentrati sull'infanzia e sull'adolescenza. «Dal dopoguerra ad oggi nella psicologia dell'età

evolutiva si sono ottenuti risultati di grande rilievo. Basti pensare agli studi sull'attaccamento che hanno chiarito quanto continuo nella vita di una persona i primi anni di vita e i legami affettivi che in quegli anni si formano con le proprie figure di riferimento - dice Oliverio Ferraris - Si è scoperto inoltre che l'attaccamento non appartiene solo all'infanzia, ma a tutte le età della vita e che può essere all'origine di paradossi. Per esempio, ci si vuole separare ma non si riesce perché si è legati al partner da una forma di dipendenza. Ci si muove su più livelli e spesso non si presta attenzione alla comunicazione implicita, un altro settore in cui si sono acquisite conoscenze importanti».

Da un paio di decenni si sono diffuse le tecniche di *neuroimaging* che permettono di visualizzare quali aree del cervello sono attive in un particolare momento. Un sistema che si è rivelato utile nella cura delle dipendenze. «In questo modo psicologia e neuroscienze

Il primo studio sul bullismo e la battaglia negli ospedali per le mamme

**Svolta nella ricerca
sull'attaccamento,
legge Nasaglia,
nuove dipendenze
90 mila laureati**

hanno interagito e queste ultime hanno gettato una luce nuova e obiettiva sui processi cerebrali collegati ai comportamenti - spiega Oliverio Ferraris - È stato possibile evidenziare i risvolti neurofisiologici di una serie di dinamiche fisiologiche e patologiche che vanno dai meccanismi imitativi all'empatia, dai desideri al gioco compulsivo, dagli effetti a breve e a lungo termine dei maltrattamenti».

Oggi in Italia gli psicologi sono 89.204 (record in Europa) e la psicologia è diffusa in molti settori. «Ha campi di applicazione nelle aziende, nella scuola, negli ospedali oltre che un ruolo centrale in servizi come quelli per la cura delle tossicodipendenze o dei minori. Ma anche per sostenere i malati gravi o le persone colpite da disastri ambientali - conclude Cancrini - Gli psicologi sono entrati anche nei tribunali per sostenere, ad esempio, i bambini e le loro famiglie coinvolte nelle separazioni o nei divorzi».