



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## Riabilitazione ed Rsa Tariffe e tetti di spesa: c'è un accordo in vista

Di **ETTORE MAUTONE**

**Riabilitazione, nuove tariffe:** fumata bianca dall'incontro in Regione tra il sub commissario **Mario Morlacco** e le associazioni di categorie del settore guidate dall'Aspat che traina sulla strada delle trattative 9 associazioni su 10 attive in Campania.

Accolte alcune delle richieste contenute nel documento presentato al sub commissario il 17 maggio scorso e avviato un tavolo tecnico paritetico che promette novità a stretto giro (vedi box in basso). Abbandonare l'impostazione metodologica forfettaria acquisendo invece quella analitica per tenere in debito conto le previsioni prevalenti in giurisprudenza di merito e dunque abbattere il contenzioso (vedi sentenza del Consiglio di Stato n. 740 del 2013). E poi operare le modifiche attraverso una commissione paritetica ristretta per consentire la condivisione con la parte pubblica della metodologia di calcolo e per la quantificazione delle tariffe. E ancora definire le tariffe delle prestazioni erogate dalle residenze sanitarie assistenziali a propria volta già finire sotto i riflettori della giurisprudenza amministrativa (segnatamente la sentenza n. 741 del Consiglio di Stato) ai fini del complessivo riordino del sistema riabilitativo e sociosanitario oggi in fase di riconversione in base alle



mporme dettate dal piano ospedaliero regionale. E infine la definizione di entrambi i sistemi tariffari propedeutici all'analisi dei tetti di spesa per i due comparti da definire per il 2013 in base ai risultati della commissione ad hoc da istituire. Sono questi i quattro punti proposti dall'Aspat a Morlacco su cui c'è stata una sostanziale convergenza con il via libera del sub commissario.

**L'Aspat guida dunque un fronte composto dall'Aiop, Confindustria sanità, Foa Campania, Anffas, Aris, Anpric, e Anisap. "E' indispensabile - avverte il presidente dell'Aspat Pier Paolo Polizzi - che gli eventuali adeguamenti tariffari trovino copertura finanziaria oltre i limiti dei tetti di spesa già fissati negli anni passati, in particolare dal 2003 al 2008 presi come punti di riferimento, con riferimento ai volumi di prestazioni a suo tempo contrattualizzati e già erogati. Aumentando le tariffe, infatti, a parità di volumi di prestazioni riconosciuti ed erogati non può che aumentare la dotazione finanziaria a copertura delle stesse".**

OCCorre a questo punto definire una ipotesi di accordo economico a partire dal gennaio del 2003 e con gli arretrati maturati. •••

**Leggi il verbale**



### Terapie sul cancro Al Pascale arriva il Nobel

La Società italiana per l'ipertensione arteriosa, presieduta da Massimo Volpe, rinnova l'appuntamento con la Giornata mondiale contro l'ipertensione arteriosa. In tutto il territorio italiano dal 17 maggio sono in campo decine di postazioni mediche per dare l'opportunità a tutti i cittadini di controllare gratuitamente la pressione. L'ipertensione arteriosa è la principale causa di malattie cardiovascolari come infarto del miocardio, ictus cerebrale e scompenso cardiaco. In Italia è presente in circa il 30 per cento della popolazione adulta e, nonostante la disponibilità di terapie efficaci per la grande maggioranza dei casi, solo un paziente iperteso su quattro segue una terapia adeguata. Per questa ragione, è indispensabile promuovere iniziative di prevenzione in grado di raggiungere un numero di cittadini esteso a tutto il territorio nazionale e capaci di sensibilizzare le coscienze sul proprio stato di salute. Al fine di coinvolgere tutti i cittadini nella conoscenza di questa condizione e dei suoi rischi, sono in programma una serie di iniziative di prevenzione e diagnosi precoce e una campagna informativa ad hoc.

**Guarda la mappa degli ambulatori campani**



### Cardiochirurgia a Salerno 1993-2013 venti anni di cure

Il dipartimento Cuore dell'azienda ospedaliera San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno, diretto da **Giuseppe Di Benedetto** organizza per sabato 8 giugno 2013 alle ore 15.30 nell'auditorium Scozia della sede aziendale in Largo Città di Ippocrate un convegno sulla cardiochirurgia dedicata ai venti anni dell'attività del centro. L'assise vede la partecipazione di specialisti di fama internazionale e di numerosi primari della cardiochirurgia italiana, oltre che dei presidenti della European association for cardio-thoracic surgery e della Società italiana di Chirurgia cardiaca. Fari puntati sul progresso e l'innovazione tecnologica che in venti anni hanno notevolmente migliorato le cure mediche e chirurgiche delle malattie cardiovascolari, favorendo la guarigione di pazienti non curabili.

### TEMPI DI PAGAMENTO: CAMPANIA VIRTUOSA NEL 2013

La Campania è la regione italiana che, nei primi tre mesi del 2013, ha ottenuto la migliore performance nella riduzione dei tempi di pagamento, da parte delle strutture sanitarie pubbliche, per quanto riguarda le forniture di dispositivi medici. Lo si rileva dall'analisi che la Cgia di Mestre ha fatto sulla base di dati di Assobiomedica. A fronte di una riduzione dei tempi di pagamento in questo settore, che a livello nazionale si è attestato a una media di 14 giorni, la Campania è riuscita a ridurre di 83 giorni i tempi di pagamento. La riduzione raggiunta dalle strutture sanitarie pubbliche campane è più che doppia rispetto a quella registrata dalla Sardegna, che si colloca al secondo posto con una riduzione di 41 giorni dei tempi di pagamento. Seguono la Calabria, con una riduzione di 40 giorni, e la Puglia, con una riduzione di 32 giorni. Per il presidente della Regione Campania, **Stefano Caldoro**, il record raggiunto dalla Campania nei primi tre mesi del 2013 nella riduzione dei tempi di pagamento delle forniture sanitarie, se estesa a livello nazionale, consentirebbe un risparmio di 767 milioni di euro nella spesa farmaceutica. Si conferma - dice Caldoro - un trend che interessa tutta la spesa sanitaria regionale con il pareggio di bilancio".

## Il caso

I risultati della ricerca di Mestre

Allarme  
sull'infanzia:  
"I bambini  
in povertà"



Il governatore Caldoro: "Siamo virtuosi, potremmo diventare un punto di riferimento"

# "Sulla sanità recuperati i ritardi, il governo ci premi per i risultati"

"E' una Campania virtuosa e capace sul piano sanitario. Potremmo diventare un punto di riferimento in Italia". Il governatore Stefano Caldoro esalta l'operato di palazzo Santa Lucia in tema sanità, dopo i dati positivi conseguiti e certificati dalla Cgia di Mestre che ha assegnato alla Campania la miglior performance nei primi tre mesi del 2013 per la riduzione dei tempi di pagamento da parte delle strutture pubbliche. Tutto questo nonostante la mancanza di risorse. "Ora possiamo sederci al tavolo con il governo - prosegue il governatore - e alzare la voce per dire che la Campania non può tornare a perdere risorse".

Per il presidente della giunta regionale, i dati di Mestre costituiscono "un'ottima notizia" anche perché sono dati realizzati "da un ufficio molto attento che ha certificato un risultato straordinario della Campania".

La Regione guidata da Caldoro, come egli stesso sottolinea citando lo studio della Cgia, è

quella che "in Italia ha dato il più grande segnale in termini di recupero nel ritardo dei pagamenti, il nostro è quello migliore". "Con i nostri 83 giorni di recupero nel ritardo dei pagamenti - ha spiegato - siamo primi in Italia in maniera netta perché la seconda Regione ha 40 giorni di differenza con noi. Pagare prima, significa pagare meglio" e significa che "il sistema funziona: la sanità è in una fase positiva". Risultati positivi, infatti, arrivano anche dall'impiego di farmaci generici, messo a sistema da una legge della Giunta regionale, "unico caso in Italia. Siamo dalla parte del cittadino e del paziente - ha proseguito Caldoro - perché può mantenere la propria cura con farmaci che costano meno. Si difende e si tutela il diritto alla salute, permettendo di spendere di meno". "Bisogna ancora fare tantissimo - ha concluso Caldoro - però l'elemento positivo è che stiamo dimostrando che in alcuni settori siamo i migliori d'Italia". Ma nel frattempo c'è chi lancia

l'allarme per la condizione dei bambini nel nostro Paese. Sagome di cartone bianche e rosse raffiguranti bambini che lanciano accuse tremende, come "mi hanno rubato l'aria pulita", "mi hanno rubato la mensa scolastica", "mi hanno rubato una casa tutta mia", "mi hanno rubato il futuro", posizionate in punti strategici dei centri storici: con questa azione "aggressiva" è partita ieri in 16 città italiane la campagna di Save the Children "Allarme infanzia", che vuole accendere i riflettori sulla condizione dei minori in Italia. Secondo un rapporto dell'organizzazione, infatti, siamo agli ultimi posti in Europa - peggio solo Grecia e Bulgaria - per "povertà di futuro" di bambini e adolescenti, deprivati di opportunità, prospettive e competenze. In un dossier lanciato oggi in concomitanza con l'inizio della campagna, dal titolo "L'Isola che non sarà", Save the Children denuncia che il nostro Paese è sette volte in fondo alla lista nell'Ue a 27 sui principali indicatori

relativi all'infanzia. Quattro le principali "ruberie" ai danni di bambini e adolescenti: il taglio dei fondi per minori e famiglia, la mancanza di risorse per una vita dignitosa, il basso livello di istruzione e il lavoro. L'Italia è al 18mo posto per la spesa per l'infanzia e la famiglia, pari all'1% del pil. Quasi il 29% di bambini sotto i 6 anni vive ai limiti della povertà, tanto che il nostro paese è al 21mo posto in Ue per rischio povertà ed esclusione sociale fra i minori di età 0-6 anni e il 23,7% vive in stato di deprivazione materiale. Ancora, il nostro Paese è al 22mo posto per quanto riguarda il basso livello d'istruzione,

per dispersione scolastica ed è all'ultimo posto per tasso di laureati. Quanto al lavoro, i giovani disoccupati sono il 38,4% degli under 25, il quarto peggior risultato a livello europeo, mentre i neet (giovani che non lavorano e non sono in formazione) sono 3 milioni e 200.000 e posizionano l'Italia al 25 posto su 27. Save the Children ha voluto anche sondare le paure per il futuro dei ragazzi e dei genitori, in una nuova indagine, che attesta come il 25% degli adolescenti ritenga che il proprio futuro sarà più difficile rispetto a quello dei genitori e che un ragazzo su 4.

**Lello Scarpato**



## **Sanità virtuosa, ora la Campania può alzare la voce ai tavoli politici**

**NAPOLI** - Il presidente della Regione, Stefano Caldoro, esprime soddisfazione e parla di "trend positivo" dopo la diffusione dei dati della Cgia di Mestre, che assegna alla Campania la miglior performance nei primi tre mesi del 2013 per la riduzione dei tempi di pagamento da parte delle strutture pubbliche. *"C'è ancora un ritardo da recuperare - ha detto - ma siamo in fase positiva. I dati di questi giorni dimostrano che c'è un'inversione di rotta e c'è il riconoscimento di risultati che devono valere sul tavolo politico"*.

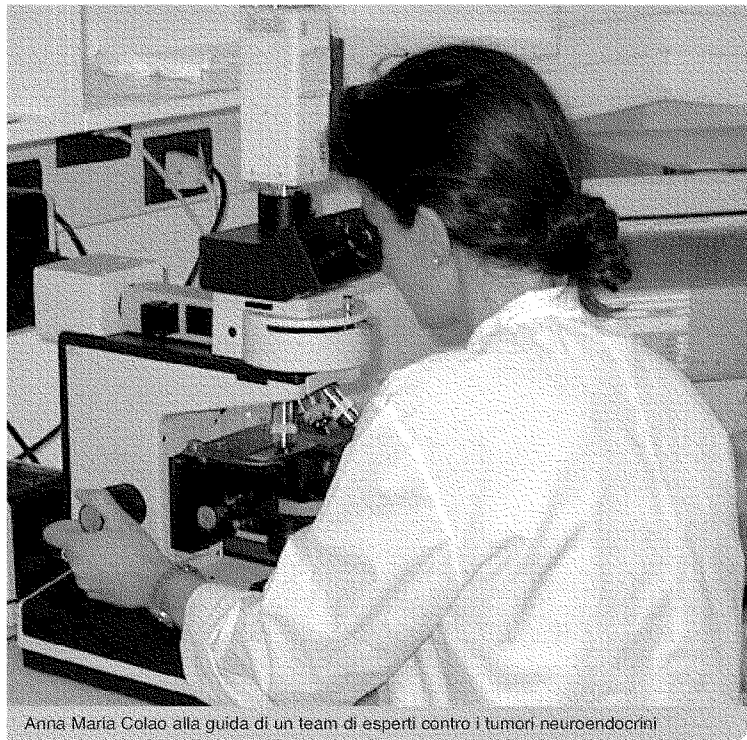
SANITÀ

IL TEAM DI 14 SCIENZIATI DI FEDERICO II, CARDARELLI E PASCALE GUIDATO DALLA PROF. ORDINARIA DI ENDOCRINOLOGIA, ANNA MARIA COLAO

## Tumori, a Napoli centro d'eccellenza

di Olga Lilla

Una rete tra i migliori centri clinici partenopei fa di Napoli un centro di eccellenza unico in tutto il sud Europa per la diagnosi, la cura e la ricerca sui tumori neuroendocrini, entità clinica rara e ancora poco conosciuta nel panorama mondiale della ricerca. Anima del progetto è Anna Maria Colao, ordinario di Endocrinologia dell'Università Federico II, che conduce il gruppo di 14 scienziati di tre strutture sanitarie (Federico II, Cardarelli e Pascale) che ottiene l'accREDITAMENTO della Società europea dei tumori neuroendocrini (Enets) come Centro di eccellenza in Europa sui tumori neuroendocrini (Net). «La medicina napoletana – precisa la Colao – ottiene un riconoscimento europeo nel settore dei tumori neuroendocrini configurandosi come unica eccellenza nel Sud Europa unendo in rete i migliori specialisti di Federico II, Pascale e Cardarelli». Alla presentazione dell'accREDITAMENTO oltre alla Colao sono intervenuti il direttore generale dell'azienda ospedaliera universitaria Federico II Giovanni Persico, il responsabile del centro di eccellenza del Cardarelli Nando Riccardi e il direttore generale del Pascale Tonino Pedicini. Negli ultimi anni gli specialisti endocrinologi, oncologi, medici nucleari, radiologi, chirurghi, anatomo-patologi, gastroenterologi hanno lavorato gomito a gomito sviluppando specifiche conoscenze e mettendo in rete le competenze nello studio dei Tumori neuroendocrini (Net) così da invertire la migrazione sanitaria e tanto da vedere ospiti delle strutture sanitarie anche pazienti stranieri alcuni dei quali provenienti addirittura dagli Usa. «La collaborazione – spiega Colao – ci ha consentito di migliorare la gestione dei pazienti affetti da queste patologie endocrino-oncologiche e di promuovere la ricerca in questo campo». Nel 2012 il gruppo, coordinato proprio da Colao e costituito da numerosi specialisti delle tre Istituzioni, ha presentato la sua candidatura come gruppo unico Net Napoli. Dopo un intenso lavoro preparatorio coordinato da Antongiulio Faggiano, in cui sono stati forniti tutti i dati qualitativi e quantitativi circa la diagnosi e terapia dei Net nei tre centri e sulla scorta dei dati di performance scientifica (numero di pubblicazioni, protocolli di ricerca) si è svolto un audit da parte di due membri della Commissione Enets preposta alla valutazione del centro Net Napoli. Il 30 e 31 gennaio 2013 Eric Krenning e Rudolf Arnold, eminenti scienziati internazionali nel campo, hanno effettuato la visita di verifica presso il centro partenopeo sottoponendo a verifica attività cliniche e scientifiche inerenti il gruppo multidisciplinare. La Commissione ha dato il via libera alla certificazione nel convegno annuale Enets a Barcellona, il cen-



Anna Maria Colao alla guida di un team di esperti contro i tumori neuroendocrini

tro Net Napoli funziona come un'unica entità clinica e di ricerca con altissimi standard qualitativi e sviluppare la ricerca sui Net e l'endocrinologia oncologica. Tale riconoscimento ha comportato la creazione da marzo di un Tumor board multidisciplinare unico che vede insieme due volte al mese 58 specialisti delle 3 istituzioni predette e anche specialisti dell'Azienda dei Colli (un quarto centro che sarà integrato nel gruppo Nrt Napoli a partire nei prossimi mesi). Nei giorni scorsi si è anche costituito un Comitato scientifico interno con il compito di promuovere e armonizzare tra i vari componenti del gruppo l'attività di ricerca e la partecipazione ai protocolli di studio e alle pubblicazioni scientifiche e l'istituzione di collaborazioni scientifiche con altri gruppi nazionali e internazionali. Il Comitato è coordinato da 14 specialisti in rappresentanza delle quattro Istituzioni. Tale importante riconoscimento è stato attribuito soltanto ad altre tre istituzioni italiane (Int Milano, Humanitas Rozzano e Centro oncologico regionale dell'Umbria). Il centro Net Napoli è l'unico centro del Sud Italia.

Dieci milioni di italiani hanno il Fascicolo Sanitario Elettronico, l'archivio gestito dal proprio medico, con cui si assolvono anche le attività burocratiche senza muoversi. Vivono in Lombardia, Emilia Romagna e Sardegna, unica Regione con lo standard europeo. Ancora in ritardo le altre

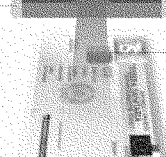
# Sanità digitale

**LA TESSERA SANITARIA**

Inserita nel lettore permette l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente

Lettore usb connesso al PC

CARD READER



Tessera sanitaria con microchip

## Un facebook della nostra salute ma è caos tra i server regionali

**ARNALDO D'AMICO**

**P**er dieci milioni di italiani è già realtà: dal medico di famiglia e dal pediatra di libera scelta possono andarci a mani vuote, senza buste del supermercato con le scatole dei farmaci (specie gli anziani, confondono i nomi o non li ricordano), i risultati di analisi ed esami vari, i referti dello specialista, la fotocopia della cartella clinica o ingombranti radiografie. Fine del terrore di essersi scordati un documento perché sta tutto nel computer del medico, non si deve tornare a casa a recuperarlo, riprendere l'appuntamento e rifare la fila. E sempre a mani vuote possono uscire: dal computer del medico la ricetta va in farmacia, le richieste degli esami nei laboratori che rimandano data e ora dell'appuntamento, il ticket pagato. Fine dei relativi spostamenti e ulteriori attese e file. O del pellegrinaggio per ospedali in caso serva un ricovero. Infine, se il malaugurato destino porta uno di questi 10 milioni di cittadini al pronto soccorso per un malore o un incidente, con la tessera sanitaria o il codice fiscale il medico di turno trova subito tutte le informazioni mediche, allergie ai farmaci comprese, del paziente. Anche se

questo arriva incosciente e senza familiari (che inevitabilmente sono imprecisi) a cui chiedere, come spesso capita.

Il "miracolo" si chiama FSE (fascicolo sanitario elettronico), l'archivio dei dati anagrafici, medici e clinici che accompagnano la vita del cittadino, inseriti dal medico di famiglia e inviati dagli altri operatori sanitari a cui si è rivolto. L'archivio sta nei server della sua Asl o Regione e vi si accede con la tessera sanitaria personale. Il cittadino, ritirate le password alla Asl, dal

medico di famiglia inserisce nel lettore di smart card connesso al computer dello studio la tessera sanitaria e sullo schermo compare il suo FSE. Idem, con un codice di accesso, da computer o smartphone collegato a Internet. Una rivoluzione i cui effetti sono

approfonditi nelle brevi notizie qui a sinistra.

Come una pagina Facebook, il FSE è lo snodo di collegamento ed interazione con tutti gli enti ed operatori sanitari di cui si serve il cittadino che inviano online le risposte. Via FSE, inoltre, si mandano i certificati all'Inps e all'Inail. Tutto però condizionato dall'assenso del cittadino all'istituzione del suo fascicolo, poi all'accesso da parte dei medici, che può essere parziale, potendo secretare a suo piacimento le informazioni contenute. Infine, è previsto un "taccuino" in cui l'utente scrive ciò che ritiene utile i medici sappiano di lui.

**Niente più buste con farmaci, ricette, analisi e lastre. E spostamenti e file per le risposte**

I 10 milioni di italiani sono la somma di oltre 6 milioni su 9 milioni di cittadini della Lombardia, 3,7 su 4,5 dell'Emilia Romagna, le due Regioni che hanno avviato prima la realizzazione dello FSE. In fase avanzata i progetti di Toscana, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Marche e Puglia dove spesso si sta procedendo a "macchia di leopardo", completando parti del FSE (ricetta elettronica, consegna online dei referti, cartella clinica elettronica, ecc). Partita con tutti i crismi la Sardegna che, completate le infrastrutture informatiche (ogni Asl ha il server per FSE, il 90% dei cittadini la tessera sanitaria, il 60% dei medici di famiglia attrezzati e che stanno compilando i file dei pazienti), tra un mese avvia la campagna di comunicazione istituzionale, con spot del presidente della Regione Ugo Cappellacci che spiega ai cittadini il FSE.

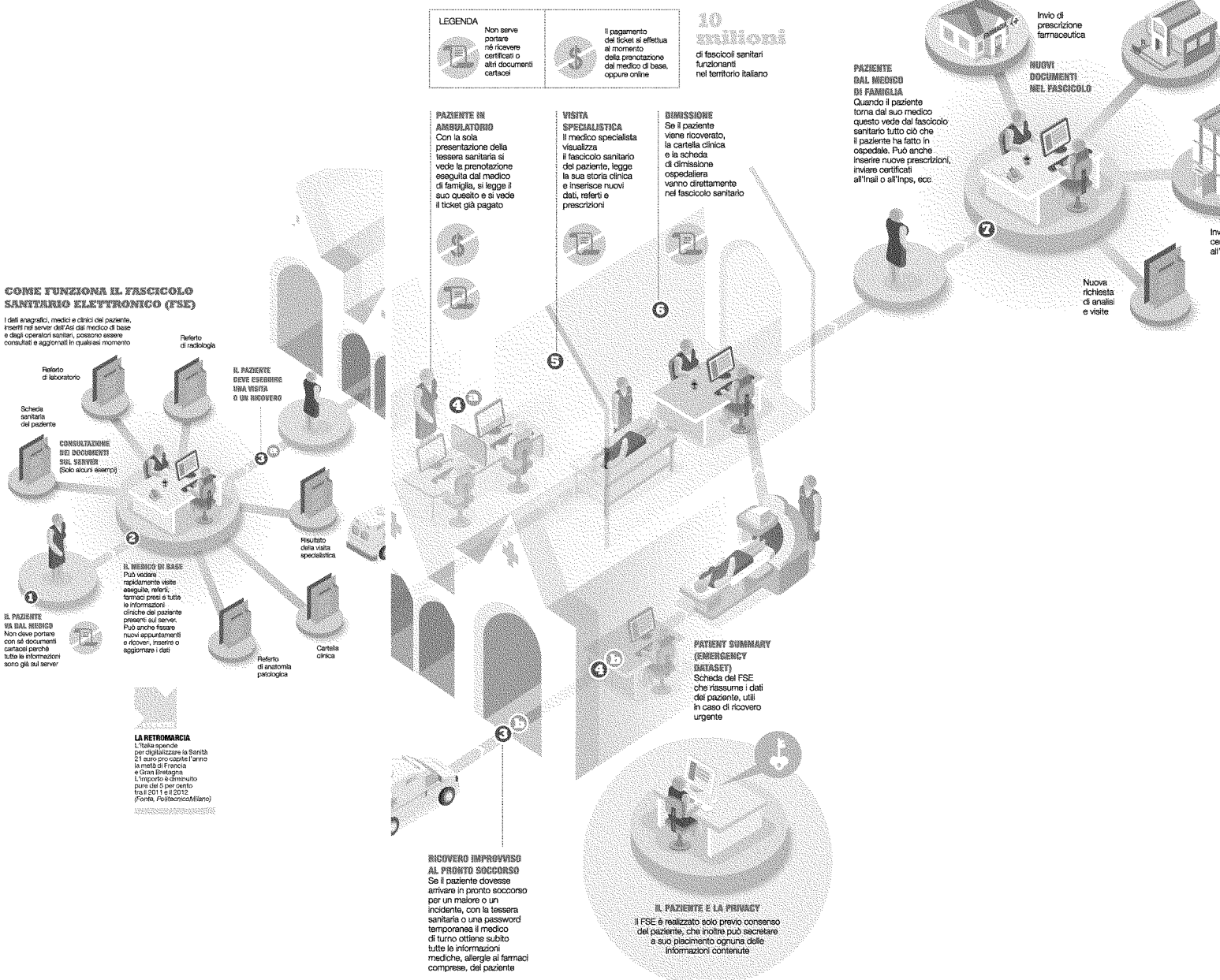
«Il sistema della Sardegna si distingue per la piena rispondenza a tutte le indicazioni del ministero della Salute, dell'Agenda per l'Italia Digitale, del DigitPA e del Garante della Privacy - spiega Federica Loi, direttore del Servizio Sistema Informativo, Osservatorio epidemiologico umano, controllo di qualità e gestione del rischio Regione Sardegna - I nostri medici si connettono al FSE con gli standard internazionali e le ultime tecnologie di sicurezza, firmando digitalmente i documen-

ti sanitari, che garantisce la provenienza, l'integrità o l'immodificabilità del documento».

Il FSE è infatti un progetto europeo varato quasi 20 anni fa per rendere più efficiente la sanità ed abbattere i costi. Per questo le Regioni italiane, sempre più carenti di risorse, ci si stanno impegnando. Ma, come al solito, sviluppando sistemi diversi e non comunicanti, cosa che farà lievitare i costi ed i tempi per l'integrazione nazionale ed europea. «Ma già così i vantaggi sono enormi, anche per i medici - spiega Nicolfranco Boccone, medico di medicina generale di Cagliari, tra i primi sperimentatori del fascicolo in Sardegna -

Niente più risposte, referti e altro da copiare e miglior controllo clinico del paziente. Ma i benefici maggiori per tutti arriveranno con gli anni. Penso, tra l'altro, all'epidemiologia. Certamente si dovrà dedicare più tempo per l'inserimento dei dati negli FSE, con maggiore attenzione alla privacy. Però quando tutti avranno il proprio FSE sapremo in tempo reale come stanno gli italiani, le malattie in aumento e dove, le nuove patologie, dove e quanto aumentare o diminuire risorse, uomini e mezzi e quanto altro ora richiede anni, un notevole dispendio di risorse e con risultati non sempre chiari».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ospedale/2

Ricerche al congresso degli infermieri Anìmo: standard e modelli organizzativi

# Soglia di “dose assistenziale” mai meno di 3 ore a paziente

«Dose assistenziale minima”: misurare per infermiere e personale di supporto i minuti totali di assistenza al letto del degente e il numero di pazienti per ognuno fino alla “soglia di sicurezza”. In contemporanea al congresso dei medici internisti Fadoi si è svolto sempre a Taormina il congresso di Anìmo, infermieri negli stessi reparti, con contributi studi su standard quantitativi e qualitativi, esiti e soddisfazione dei pazienti. Ricerche con visione anglosassone con al centro il malato, attenzione al team e alla continuità delle cure con l'infermiere del territorio (dove esiste). Uno studio

**La continuità delle cure alla dimissione e buone pratiche già avviate**

multicentrico tra realtà del Nord segnala che per garantire ai pazienti un'assistenza sicura, che eviti esiti negativi o cure perse, sono necessari una media tra i 200 e i 220 minuti al letto di ciascun paziente (almeno il 60-70% garantito da infermieri) e un rapporto di un infermiere ogni 10 pazienti. Una ricerca in 10 reparti di medicina di grandi ospedali del Nord ha osservato 1462 pazienti (anche un

mese dopo la dimissione) evidenziando una notevole variabilità del rapporto infermiere/pazienti (da 1 a 5 fino a 1 a 30, ma di notte).

Laddove il rapporto è più favorevole, migliorano gli indicatori (meno cadute e lesioni da decubito, migliore preparazione alla dimissione). Le analisi di Luisa Saiani, università di Verona e Annamaria Guarnier, infermiere dirigente Asl di Trento, hanno rilanciato il tema della riorganizzazione e ottimizzazioni delle risorse. «L'obiettivo è moltiplicare le buone pratiche: già esistono, da Udine a Matera», segnala la neopresidente di Anìmo, Claudia Gatta, «il modello da perseguire è legato alla continuità di assistenza ospedale-territorio, la promozione dell'aver cura e dell'autocura del paziente, insegnando corrette pratiche nel ritorno a casa. Nella mia Asl di Biella si è rivoluzionata l'intera struttura, sono stati dati più infermieri al territorio. Il malato non è abbandonato, si lavora in team e sulla relazione terapeutica. Avviene anche allo Ieo, sull'esempio del primary nursing, teorizzato da Marie Manthey negli Usa».

(m. pag.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANGOLO DI PENNA

## A chi è affidata oggi la tutela della salute? I cittadini meritano risposte coerenti

di Nino Cartabellotta \*

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è un «sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie», in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, secondo il quale «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti». Da quando la sommatoria di varie manovre finanziarie ha sottratto alla Sanità pubblica una cifra stimata tra 25 (dallo Stato) e oltre 30 miliardi di euro (dalle Regioni), ci troviamo a dissertare quotidianamente della sostenibilità del Ssn.

In realtà, questo nodo non è venuto al pettine all'improvviso perché negli ultimi vent'anni diversi fattori hanno silenziosamente contribuito alla progressiva crisi di sostenibilità del Ssn: il mutamento delle condizioni demografiche, economiche e sociali, la crescente introduzione sul mercato di false innovazioni tecnologiche, le conseguenze della modifica del Titolo V della Costituzione, il perpetuarsi delle ingerenze della politica partitica nella programmazione sanitaria, la "grande incompiuta" dei Lea, la gestione delle aziende sanitarie come "silos" in continua competizione, l'evoluzione del rapporto paziente-medico, l'involuzione del cittadino in consumatore di servizi e prestazioni sanitarie. Chi oggi spalleggia la "non sostenibilità" del Ssn ha la certezza che, contrariamente ad altri mercati, quello della Sanità è regolato dall'offerta e non dalla domanda. Infatti, l'offerta di servizi e prestazioni sanitarie è in grado, al tempo stesso, di modulare e soddisfare la domanda: da un lato inducendo i consumi (professionisti, aziende sanitarie), dall'altro attuando il razionamento implicito (politica sanitaria). La persistenza di questo "anomalo mercato" è facilitata sia perché il finanziamento di servizi e prestazioni sanitarie si basa su criteri quantitativi (senza tenere conto dell'efficacia e dell'appropriatezza), sia perché la soddisfazione dei cittadini costituisce una garanzia di consenso elettorale.

In un simile contesto, il fine primario del Ssn non è più quello di "promuovere, mantenere, e recuperare la salute fisica e psichica di tutta la popolazione" - come definito dalla legge 833/1978 - ma si identifica con l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie, secondo logiche di profitto influenzate da conflitti di interesse a vari livelli. Oggi che la questione della sostenibilità irrompe prepotentemente sulla scena, l'equilibrio offerta-domanda rischia di saltare perché l'involuzione del Ssn ha generato una ipertrofia di strutture e servizi e un livello di inappropriata domanda che il finanziamento pubblico non è più in grado di mantenere. Da questo tunnel, tuttavia, si può uscire solo attuando una programmazione sanitaria coerente con una di queste tre soluzioni:

● **Aumentare il finanziamento del Ssn.** Nella realistica impossibilità di disporre di ulteriori risorse pubbliche, le uniche possibilità sono rappresentate dall'intermediazione finanziaria e assicurativa dei privati (con aumento delle disuguaglianze sociali) e/o dall'aumento dei ticket. In ogni caso, persistendo lo status attuale, buona parte delle risorse aggiuntive andrebbero a finanziare varie forme di sprechi.

● **Effettuare tagli lineari.** È la strada scelta sinora dalla politica: riduzione dei posti letto, blocco delle assunzioni, riduzione delle tariffe di rimborso per le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, soppressione di servizi. Sono molto semplici da attuare, ma rischiano di privare un numero sempre più elevato di cittadini da servizi essenziali e appropriati.

● **Identificare e ridurre gli sprechi.** Operazione molto complessa, quasi una *mission impossible* in assenza di chiare linee di indirizzo e del coinvolgimento di tutte le categorie di stakeholders. Tuttavia, volgendo lo sguardo oltre confine, sembra la soluzione preferita dai sistemi sanitari più avanzati.

In realtà, prima ancora di porsi il problema della sostenibilità del Ssn, per assumere una linea politico-programmatica coerente, il nuovo esecutivo dovrebbe rispondere a una domanda fondamentale: il programma di governo restituirà allo Stato la tutela della salute pubblica? Oppure intende consegnarla definitivamente alle derive regionaliste puntellate da finanziamenti privati?

Infatti, senza analizzare le disastrose conseguenze della modifica del Titolo V della Costituzione, è indubbio che oggi fatti e dati smentiscono continuamente l'universalità, l'uguaglianza e l'equità, ovvero i principi fondamentali su cui si basa il Ssn. Le inaccettabili disuguaglianze regionali documentano che l'universalità e l'equità di accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale e la reciprocità di assistenza tra le Regioni rappresentano ormai un lontano miraggio. Inoltre, la stessa attuazione dei principi organizzativi del Ssn, indispensabili per la programmazione sanitaria, è parziale e spesso contraddittoria: infatti, la centralità della persona, la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, la collaborazione tra i livelli di governo del Ssn, la valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari e l'integrazione socio-sanitaria presentano innumerevoli criticità.

In attesa di risposte concrete e coerenti dal nuovo esecutivo, la Fondazione Gimbe ha lanciato il progetto Salviamo il nostro Ssn ([www.salviamo-SSN.it](http://www.salviamo-SSN.it)) cui tutti gli attori della Sanità italiana, cittadini inclusi, potranno contribuire attivamente, a partire dalla sottoscrizione dei seguenti principi:

● un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico rappresenta una conquista sociale irrinunciabile per l'uguaglianza e la dignità di tutti i

cittadini italiani;

● le scelte politiche e le modalità di pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari hanno messo progressivamente in discussione l'articolo 32 della Costituzione e i principi fondamentali del Ssn;

● il protrarsi di questo status ha determinato inaccettabili disuguaglianze, sta danneggiando la salute dei cittadini e rischia di compromettere la dignità delle persone e la loro capacità di realizzare le proprie ambizioni;

● lamentare un finanziamento inadeguato, senza essere propositivi, fornisce un alibi per smantellare il Ssn, spiana la strada all'intermediazione finanziaria e assicurativa dei privati e aumenta le disuguaglianze sociali. Il 23 dicembre 2013 ricorre il 35° compleanno del Ssn: i cittadini italiani potranno festeggiare questa grande conquista sociale? Alle Istituzioni non rimane molto tempo per confermare definitivamente che la fiscalità generale concorre a finanziare un servizio sanitario realmente pubblico, equo e universalistico.

\* Presidente Fondazione Gimbe



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



La sanità Si potrà pagare il ticket in farmacia e dal tabaccaio

# Casse fuori uso, l'Asl corre ai ripari

Sette totem vandalizzati da una banda di ladri attivo un solo sportello

**Giuseppe Maiello**

FRATTAMAGGIORE. Pagamento ticket e casse automatiche vandalizzate, dopo la protesta dei pazienti, costretti a rivolgersi all'unico sportello presidiato da un operatore, l'Asl Napoli 2 Nord corre ai ripari. Per fronteggiare l'emergenza l'Asl si avvia sottoscrivere una convenzione con le farmacie, dove sarà possibile prenotare visite specialistiche e pagare il ticket, come già avviene a Napoli. Un secondo canale che potrà essere utilizzato, anche questo dopo l'accordo, è il cir-

cuito dei diversi esercizi - ad esempio le tabaccherie - dove già al momento è possibile effettuare versamenti Inps o pagare bollette Enel. Sono queste le prime assicurazioni che il direttore del distretto 41, Raffaele Iorio ha anticipato, nella lettera di risposta al figlio di un'anziana paziente, il quale aveva segnalato le difficoltà per il pagamento dei ticket presso lo sportello fratese.

Causa del disagio il furto con scasso delle casse automatiche nei presidi di Frattamaggiore, Sant'Antimo, Casoria, Cardito, Afragola, Caivano ed Acerra: con i riscuotitori automatici in tilt, tutti i pazienti, sono tutt'ora costretti a fare riferimento all'unico sportello gestito da un operatore. Che opera 5 giorni a settimana, dalle 8 alle 12,

---

**Il problema**  
Disagi per 320mila utenti, turni massacranti per l'unico operatore in servizio

---

(con un rientro pomeridiano), limitando il servizio a solo 100 utenti al giorno. Pochi per una platea dei 7 comuni per circa 320.000 utenti (il 50% paga il ticket).

«Sette casse automatiche fuori uso contemporaneamente costituiscono un problema non risolvibile immediatamente - ha scritto Iorio - La direzione della Asl si è subito mobilitata». Nel summit dell'altro giorno, oltre l'impiego di canali alternativi alla casse, è stato deciso di recuperare le casse automatiche anche se occorrerà tempo per le indagini di polizia, perizia assicurativa, trasporto in officina, riparazione e riconsegna. Come deterrente invece è stato disposto un servizio di rafforzamento dei sistemi di allarme e videosorveglianza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Valle dell'Irno. Moscatiello: «Non ci saranno più problemi per la gente»

# Servizi sociali, l'ambito S6 diventa operativo

**Baronissi.** Il nuovo piano di zona per i servizi sociali è operativo a tutti gli effetti. L'incontro di ieri ha sancito la nascita dell'ambito socio-sanitario S6, con la firma in calce dei sindaci. Il piano, primo in assoluto a prendere il via nella provincia di Salerno e secondo in Campania, sostituisce il precedente S2, che oltre all'Irno comprendeva anche i comuni dei Picentini. La scissione è avvenuta sulla base di normative regionali; dell'ambito S6, che coincide con il distretto sanitario di Mercato San Severino, fanno parte Baronissi (confermato nel ruolo di comune capofila), Bracigliano, Calvanico, Fisciano, Mercato San Severino e Siano. "Un risultato importante – dichiara Giovanni Moscatiello, primo cittadino di Baronissi – Innanzitutto perché da oggi saremo nuovamente in grado di assicurare i servizi essenziali a tutta la popolazione, come non avviene in altre zone. In secondo luogo, avremo accesso da subito a fondi Ministeriali". Un bacino cui attingere nell'immediato è rappresentato dai fondi per la coesione territoriale sbloccati dall'ex Ministro Barca, per una somma di oltre 800.000

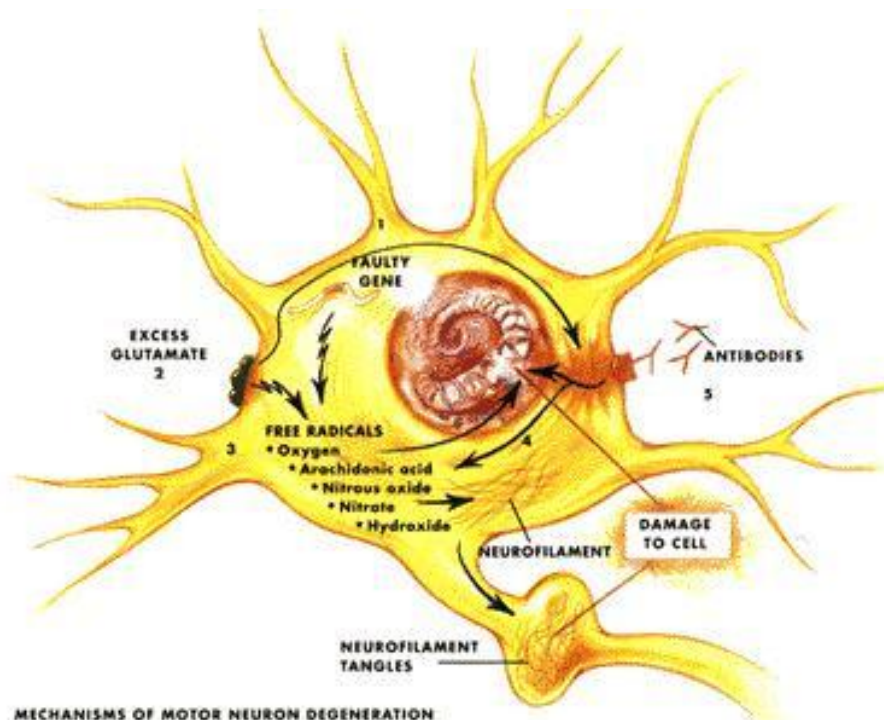
euro. "Soldi che avremmo perso senza la firma del nuovo ambito, e che pensiamo di utilizzare per il finanziamento dei micro asili". La direzione, come per l'ambito S2, è affidata a Maria Cristina Nicoletti, che ha già avviato le procedure pubbliche per la selezione di 5 operatori da destinare all'ufficio di piano. In mancanza di altre fonti, i servizi di assistenza, almeno per il momento, saranno ancora pagati con i soldi dei comuni. La proroga scadrà il 30 giugno, in attesa dei fondi regionali. "Il piano sociale regionale procede un po' a rilento – afferma Maria Cristina Nicoletti –, ma contiamo di avere quei soldi a inizio giugno. La cifra dovrebbe attestarsi sugli 800.000 euro". Poi una parentesi sul nuovo piano sperimentale della Regione per l'assegnazione dei voucher sociali, a sostegno delle famiglie con bambini da 0 a 12 anni e anziani non autosufficienti. "I voucher, ognuno del valore compreso tra 150 e 350 euro, saranno erogati sotto forma di rimborsi spese alle famiglie destinatarie dei servizi". **(Francesco Ienco)**





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



## Pascale, dall'Ue 6 mln per la ricerca Cancro del fegato: vaccino allo studio

Di **ETTORE MAUTONE**

**Un progetto europeo** per lo sviluppo di un vaccino terapeutico per l'epatocarcinoma, coordinato dalla biologia molecolare ed Oncogenesi virale del Pascale ottiene un finanziamento di 5,8 mln di euro. L'epatocarcinoma è un tumore ad altissima incidenza di mortalità: la media di sopravvivenza a 5 anni è di appena il 6 per cento ed è la terza causa di morte per cancro negli uomini e la quinta nelle donne. Il Pascale è l'unico istituto di ricerca in Italia ad aggiudicarsi il finanziamento. Oggi nell'aula consiglio dell'Irccs napoletano, la presentazione del progetto. Intervengono **Luigi Buonaguro**, dirigente medico dell'Unità di Biologia molecolare e oncogenesi virale del Pascale, il direttore scientifico dell'Istituto, **Gennaro Ciliberto** e il manager del Pascale **Tonino Pedicini**.

### Il rapporto

"Lo studio - avverte Bonaguro - è un modello innovativo di immunoterapia per indurre una risposta cellulo-mediata contro le cellule neoplastiche di epatocarcinoma". In generale i vaccini preventivi sono usati per indurre una risposta umorale con la produzione di anticorpi per prevenire patologie infettive acute (quali il morbillo, la pertosse e la polio). Negli ultimi anni si stanno sviluppando approcci vaccinali per curare (e guarire) infezioni croniche e patologie neoplastiche. "I vaccini terapeutici - aggiunge Bonaguro - hanno l'obiettivo di indurre una risposta cellulare con la produzione di linfociti T citotossici in grado di lisare cellule cronicamente infette o cellule neoplastiche. Ci sono ancora molte difficoltà ad ottenere questo risultato, sia per la complessità di identificare idonei epitopi antigenici sia per la necessità di presentarli adeguatamente (con opportuni adiuvanti o in protocolli ex vivo) alle cellule dendritiche, che svolgono un ruolo chiave nella risposta immunologica".

### Sei Paesi europei coinvolti

La rilevanza del progetto proposto e l'eccellenza del network (che include altri 8 partners di 6 paesi europei) è stata la chiave che ha aperto la porta ai finanziamenti tra gli oltre mille presentati inizialmente. Un risultato davvero eccezionale per il proponente e coordinatore Luigi Buonaguro, medico ricercatore dell'Istituto parteneopeo, as-



**Luigi Buonaguro**

sociato aggiunto dell'Università del Maryland, docente del PhD program in Molecular Medicine del San Raffaele di Milano specializzato in Microbiologia e Virologia, che negli ultimi anni si è focalizzato su studi immunologici vaccinali.

Buonaguro è anche uno degli esperti per i vaccini anti Hiv, section membro del Board sul vaccino della Società americana di Microbiologia. Gli studi di Buonaguro prendono spunto e sviluppano i modelli vaccinali anti-Hiv, che essendo un retrovirus si integra nel genoma umano e nelle cellule infettate cronicamente inducendo modificazioni di espressione funzionalmente paragonabili a quelle presenti nelle cellule neoplastiche. L'essersi formato su un modello diverso e per alcuni versi lontano da quelli usati in oncologia ha permesso lo sviluppo di un approccio del tutto innovativo e non convenzionale.

### La competitività

Uno dei nodi per accedere a questi finanziamenti è l'altissima competitività: uno-due progetti finanziati per ciascuna call, che la comunità scientifica Europea decide di finanziare per cinque anni, dando all'idea proposta la reale possibilità di raggiungere un risultato concreto, trasferibile alla clinica (translational research). Anche in questo caso è previsto un trial clinico di fase I, per valutare tossicità ed efficacia delle molecole sviluppate.

### Le tappe

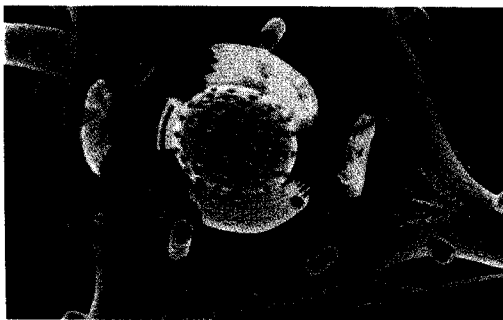
Nel 2006 la Virologia oncologica del Pascale ha partecipato alla presentazione del progetto Europeo Ngin, coordinato da **Gabriella Scarlatti** (San Raffaele-MI), finanziato con 7'534'000 di euro e durato dal 2008 al 2012. Nel corso di questo periodo la Virologia ha partecipato ad un altro progetto con i suoi partners dell'Istituto di Genetica Vegetale (**Teodoro Cardì**). Poi sono stati presentati (come proponente) 4 progetti, tutti passati nella fase 2, e l'ultimo dei quali classificatosi come primo non finanziato. Tenacia e determinazione che hanno permesso di maturare un costante aumento di qualità e, alla scadenza dell'uno, di ottenere il finanziamento del successivo senza interruzione di continuità.

Ora bisogna solo rimbocarsi le maniche e raggiungere gli obiettivi proposti: mettere alle corde l'epatocarcinoma, dando una svolta reale agli approcci terapeutici e fornendo una prognosi migliore ai pazienti. ●●●

## NEUROMED: IN FUNZIONE LA RISONANZA 7 TESLA

**È pienamente operativa da alcuni giorni** la Risonanza magnetica 7 Tesla consegnata un anno fa al Centro di ricerca Neuromed di Pozzilli. Si tratta della seconda apparecchiatura in Italia e 18esima in Europa. Lo strumento consente nuove ricerche scientifiche avanzate sul cervello umano, permettendo di approfondire situazioni cliniche finora inesplorate grazie ai protocolli di ricerca stipulati dal Centro di ricerca Neuromed con l'Università Sapienza di Roma e i ricercatori statunitensi coinvolgeranno studiosi e ricercatori da tutto il mondo, provenienti da diversi settori scientifici: fisica, chimica, bioingegneria, neuroscienze, imaging. Anche la Regione Molise parteciperà ai progetti di sviluppo. La risonanza magnetica 7 Tesla segna un nuovo primato del Neuromed che si qualifica come punto di riferimento - non solo del Centro-Sud Italia, ma dell'intero territorio nazionale - nel campo della ricerca scientifica e delle neuroscienze. Le applicazioni della nuova risonanza magnetica spaziano renderanno possibile una più precisa mappatura delle funzioni e della struttura del cervello permettendo di capire i processi alla base dell'attività mentale dell'uomo e il collegamento con gli altri distretti corporei.

**Cnr, disabilità intellettiva:  
scoperta una proteina chiave**



Si chiama Eps8 e gioca un ruolo fondamentale nei processi di memoria e apprendimento. A svelarne i meccanismi molecolari è un team di ricercatori italiani dell'Università di Milano, Istituto di Neuroscienze del Cnr e Humanitas. Lo studio, pubblicato su *Embo Journal*, apre la strada a nuovi percorsi di cura per affrontare i gravi problemi legati ad autismo e ritardo mentale. Eps8 gioca un ruolo cruciale nel funzionamento del cervello e la sua assenza genetica causa deficit di apprendimento e memoria in alcune patologie del sistema nervoso, tra cui l'autismo e il ritardo mentale. In particolare la ricerca dimostra che la proteina Eps8 è fondamentale per la plasticità sinaptica e svela i meccanismi molecolari attraverso cui controlla tale processo.

#### La comunicazione

“La comunicazione fra le cellule nervose è fondamentale nel funzionamento del cervello - spiega **Michela Matteoli** dell'Università di Milano, associata In-Cnr e responsabile del Laboratorio di farmacologia e patologia cerebrale di Humanitas, coordinatrice dello studio insieme a **Elisabetta Menna** dell'In-Cnr. Le sinapsi che mediano il trasferimento dell'informazione tra i neuroni, sono strutture altamente dinamiche, che variano di numero e forma sia durante lo sviluppo del cervello sia nell'organismo adulto, grazie alla plasticità neuronale, che è alla base di molte fondamentali funzioni dell'organismo, come l'apprendimento, l'attenzione, la percezione, il processo decisionale, l'umore e l'affetto”.

#### Le sinapsi

La sinapsi solitamente si forma tra il terminale di un assonne, che conduce gli impulsi del neurone, e la membrana del dendrite, le fibre che si ramificano dal neurone e trasportano il segnale nervoso, mediante piccole protrusioni chiamate spine dendritiche. Il lavoro dimostra che le modificazioni strutturali delle spine dendritiche durante i processi di plasticità sinaptica sono in gran parte a carico del citoscheletro di actina (una sorta di 'impalcatura cellulare') e della proteina Eps8 essenziale nei processi di plasticità sinaptica. ●●●

# Tumori endocrini: tre ospedali in rete Napoli va in Europa

Di **ETTORE MAUTONE**

Una rete tra i migliori centri clinici partenopei fa di Napoli un centro di eccellenza unico in tutto il sud Europa per la diagnosi, la cura e la ricerca sui tumori neuroendocrini, entità clinica rara e ancora poco conosciuta nel panorama mondiale della ricerca. Anima del progetto è **Anna Maria Colao** (nel tondo) ordinario di Endocrinologia dell'Università Federico II che conduce il gruppo di 14 scienziati di tre strutture sanitarie (Federico II, Cardarelli e Pascale) che ottiene l'accreditamento della Società europea dei tumori neuroendocrini (Enets) come Centro di eccellenza in Europa sui tumori neuroendocrini (Net).

“La medicina napoletana - avverte la Colao - ottiene un riconoscimento europeo nel settore dei tumori neuroendocrini configurandosi come unica eccellenza nel Sud Europa unendo in rete i migliori specialisti di Federico II, Pascale e Cardarelli. Alla presentazione dell'accreditamento oltre alla Colao sono intervenuti il direttore generale dell'azienda ospedaliero universitaria Federico II **Giovanni Persico**, il responsabile del centro di eccellenza del Cardarelli **Nando Riccardi** e il direttore generale del Pascale **Tonino Pedicini**.

Negli ultimi anni gli specialisti endocrinologi, oncologi, medici nucleari, radiologi, chirurghi, anatomo-patologi, gastroenterologi hanno lavorato gomito a gomito sviluppando specifiche conoscenze e mettendo in rete le competenze nello studio dei Tumori neuroendocrini (Net) così da invertire la migrazione sanitaria e tanto da vedere ospiti delle strutture sanitarie anche pazienti stranieri alcuni dei quali provenienti addirittura dagli Usa. “La collaborazione - spiega Colao - ci ha consentito di migliorare la gestione dei pazienti affetti da queste patologie endocrino-oncologiche e di promuovere la ricerca in questo campo”. Nel 2012 il gruppo, coordinato proprio da Colao e costituito da numerosi specialisti delle tre Istituzioni, ha posto la sua candidatura come gruppo unico Net Napoli. Dopo un intenso lavoro preparatorio coordinato da **Antongiulio Faggiano**, in cui sono stati forniti tutti i dati qualitativi e quanti-

tativi circa la diagnosi e terapia dei Net nei tre centri e sulla scorta dei dati di performance scientifica (numero di pubblicazioni, protocolli di ricerca) si è svolto un audit da parte di due membri della Commissione Enets preposta alla valutazione del centro Net Napoli.



#### Il riconoscimento

Il 30 e 31 gennaio 2013 **Eric Krenning** e **Rudolf Arnold**, eminenti scienziati internazionali nel campo, hanno effettuato la visita di verifica presso il centro partenopeo sottoponendo a verifica attività cliniche e scientifiche inerente il gruppo multidisciplinare. La Commissione ha dato il via libera alla certificazione nel convegno annuale Enets a Barcellona, il centro Net Napoli funziona come un'unica entità clinica e di ricerca con altissimi standard qualitativi e sviluppare la ricerca sui Net e l'endocrinologia oncologica. Tale riconoscimento ha comportato la creazione da marzo di un Tumor board multidisciplinare unico che vede insieme due volte al mese 58 specialisti delle 3 istituzioni predette e anche specialisti dell'Azienda dei Colli (un quarto centro che sarà integrato nel gruppo Nrt Napoli a partire nei prossimi mesi).

#### Comitato scientifico

Nei giorni scorsi si è anche costituito un Comitato scientifico interno con il compito di promuovere e armonizzare tra i vari componenti del gruppo l'attività di ricerca e la partecipazione ai protocolli di studio e alle pubblicazioni scientifiche e l'istituzione di collaborazioni scientifiche con altri gruppi nazionali e internazionali. Il Comitato è coordinato da 14 specialisti in rappresentanza delle quattro Istituzioni. Tale importante riconoscimento è stato attribuito soltanto ad altre tre istituzioni italiane (Int Milano, Humanitas Rozzano e Centro oncologico regionale dell'Umbria). Il centro Net Napoli è l'unico centro del Sud Italia. ●●●

## Assistenza a domicilio Guida alle mansioni di Oss e fisioterapisti

Di **ETTORE MAUTONE**

**Linee di indirizzo, profili e standard** in materia di servizi sanitari domiciliari. La tabella per le prestazioni finisce sotto i riflettori del questionario al Consiglio regionale. Ad interrogare in merito l'assessore alla Ricerca scientifica **Guido Trombetti** è il consigliere **Angelo Marino** del gruppo Caldoro presidente. La premessa è che la Giunta regionale con la delibera n. 625 del 15 novembre del 2011 modifica un precedente provvedimento - il n. 41 del 14 febbraio del 2011 - ossia il documento relativo alle linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari. In particolare viene sostituita la tabella delle prestazioni sanitarie. Ad essere modificate sono anche le prestazioni più frequentemente fornite dalle figure professionali impiegate nella erogazione delle prestazioni di tipo domiciliare contenute nel Piano di assistenza individualizzato. Nella tabella (la n. 7 relativa alla assistenza alla persona di competenza degli Operatori socio sanitari) a questi ultimi vengono affidate anche funzioni solitamente svolte dai fisioterapisti. Ossia posizionamento e mobilizzazione semplice e a letto e deambulazione assistita. Attività sono di importanza fondamentale per il paziente, per la sua vitalità e per la sua mobilità. In pratica un'invasione di campo del fisioterapista, l'unico possesso delle necessarie competenze e professionalità secondo l'interrogante. Una questione già denunciata dal Sindacato pro-



fessionale italiano dei Fisioterapisti che segnala un aggravamento del fenomeno dell'abusivismo nell'esercizio della professione un possibile duplice danno: "All'esercizio legale e competente della professione di Fisioterapista e alla salute dei pazienti, i quali sono vittime della imperizia di chi è autorizzato a svolgere attività sa-

gnatarie senza avere la necessaria competenza e professionalità". Trombetti chiarisce tutto e conferma la validità dell'impostazione e la correttezza del provvedimento regionale. "Le prestazioni richiamate e attribuite all'operatore socio-sanitario chiarisce Trombetti - risultano coerenti con quanto definito dall'accordo Stato-Regione del 22 febbraio 2001 per l'individuazione del profilo professionale e della sua formazione. L'accordo Stato-Regioni ha inserito tra le competenze tecniche dell'operatore sociosanitario anche l'aiuto nella deambulazione, e nel corretto utilizzo di presidi e ausili per favorire movimenti di mobilitazione semplice e ha fornito indicazione ad improntare la formazione di tale figura professionale e acquisizione di più capacità accogliendo le indicazioni ministeriali raccolte che tengono conto di una serie di norme che regolano la contrattazione, formazione e altri aspetti connessi alle cure domiciliari. •••

Leggi l'interrogazione

### AIDS E MALATTIE INFETTIVE: CONVEGNO A POZZUOLI

**Aids, quello che ancora non conosciamo:** domani mercoledì 22 maggio, alle ore 15.30, presso l'Hotel Gli Dei Via Coste di Agnano (Solfatara) a Pozzuoli sono in programma i lavori del IX° convegno nazionale promosso dall'azienda ospedaliera dei Colli. Organizzatore del convegno **Crescenzo Maria Izzo** (nella foto) direttore dell'ottava divisione di Malattie infettive del Cotugno. I lavori proseguiranno giovedì 23 maggio. Oltre ai vertici dell'ospedale intervengono **Orlando Armignacco**, presidente nazionale della Simit (Società italiana malattie infettive e tropicali). "Nel corso della due giorni - avverte Izzo - saranno affrontati i nuovi progressi raggiunti dalla ricerca, cura e prevenzione sull'Aids, sui Poxvirus umani come modello di malattia Zoonotica, la gestione della terapia dell'Aids e le complicanze, la pneumocistosi polmonare, i rapporti tra Hiv ed Epatite croniche virali, la Cirrosi epatica e i nuovi farmaci e approcci terapeutici, il trapianto epatico in pazienti sieropositivi e l'Aids nelle donne.

### Schizofrenia e depressione: premio a un napoletano

Si chiama **Narsad** (National alliance for Research on schizophrenia and depression) ed è tra i più prestigiosi riconoscimenti internazionali dedicati agli studiosi delle malattie neuropsichiatriche. **Alessandro Usiello**, docente presso la Seconda Università di Napoli e Group leader del Ceinge centro partenopeo per le biotecnologie avanzate e **Alessandro Bertolino**, professore presso l'Università di Bari, hanno ottenuto il premio, grazie ad un progetto di ricerca sulla schizofrenia. Si tratta degli unici due italiani giunti all'ambita vetta.

### Allarme coronavirus: salgono a 20 i morti

L'11 maggio scorso l'associazione Sportello dei diritti per prima in Italia segnalava la preoccupazione delle autorità sanitarie europee tra cui l'Ecdc (Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie) circa i rischi connessi alla diffusione di una possibile epidemia di un coronavirus. Dopo un primo focolaio in Arabia Saudita casi confermati anche in Europa in particolare in Francia, Regno Unito e Germania. I Coronavirus sono la causa di malattie come il raffreddore, l'influenza e la Sars. Proprio ieri, però, l'Oms ha ammesso che il virus può essere trasmesso da persona a persona. Fino ad oggi sono 41 i casi di coronavirus, la metà letali.

### Salute mentale e dignità: Fondazione Sudd in campo

La dignità umana, la Salute mentale e il trattamento sanitario obbligatorio: Fondazione Sudd promuove un incontro dibattito sul tema sabato 20 maggio alle ore 16:30 in Corso Umberto I 35. Coordina i lavori **Antonio Bassolino** presidente della Fondazione. Introduce **Carlo Falcone** presidente della cooperativa sociale Arte, musica e Caffè. Intervengono **Luisa Bossa** (Commissione Affari Sociali della Camera), **Ernesto Esposito** (direttore generale Asl Na 1) **Ermanno Russo**, assessore all'assistenza Sociale Regione Campania, **Pepe Russo** Commissione Sanità Regione Campania **Pina Tommasielli** assessore Sanità Comune Napoli.

## Medicinali generici: col modello campano risparmi per 767 mln

**Il decreto commissariale** che disciplina in Campania la prescrizione di medicinali generici farebbe risparmiare 767 milioni di euro se applicata a livello nazionale: è quanto afferma AssoGenerici, l'Associazione nazionale industrie farmaci generici, sulla base dei dati elaborati dal suo Centro studi. La norma prevede misure d'incentivazione della prescrizione di farmaci di pari efficacia terapeutica ma di minor costo. I generici, appunto. "Dalla Campania - dice il vicepresidente di AssoGenerici, **Francesco Colantuoni** - viene un esempio positivo di quello che può fare il federalismo sanitario se inteso come un'occasione per battere strade nuove". Il provvedimento della Regione garantisce non soltanto la compatibilità economica dell'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera, ma percorre una strada differente da quella del razionamento delle prestazioni, con la possibilità di ottenere risparmi anche superiori a quelli che derivano dall'applicazione degli strumenti prodotti dall'Agenzia del far-

maco. Applicando alla spesa campana le regole introdotte dalla legge su cinque classi terapeutiche (quelle a maggior spesa) si dovrebbe ottenere un risparmio di 95 milioni annui, superior e a quello ottenibile applicando gli indicatori dell'Aifa a 18 classi terapeutiche, pari a 83,8 milioni. L'applicazione degli obiettivi campani su base nazionale indurrebbe appunto un risparmio di 767 milioni. Ancora più interessante quanto la Regione ha disposto per i biosimilari,

Se si applicasse a tutte le regioni italiane la proporzione di ricorso al biosimilare rilevata in Campania si avrebbe un risparmio di 25 milioni annui. E tutto questo salvaguardando il diritto del paziente a proseguire la terapia con l'originario farmaco con cui aveva iniziato e limitandosi all'impiego diretto soltanto nei pazienti naïve, cioè non trattati in precedenza. •••

**Leggi il decreto regionale**

### Salerno, azienda ospedaliera Caldoro conferma Lenzi

La legge prevede che il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria sia effettuata d'intesa tra il presidente della Regione e il Rettore.



Non a Salerno: qui si combatte da mesi una battaglia senza esclusione di colpi tra il governatore **Stefano Caldoro** (*nel tondo*) e il rettore **Raimondo Pasquino**. Nonostante la bocciatura del Tar del 14 maggio scorso al doppio incarico per **Elvira Lenzi** (che è anche manager dell'azienda ospedaliera Ruggi di Salerno) e l'invito dei giudici amministrativi a trovare un accordo in 48 ore (pena l'intervento della prefettura per la nomina di un commissario ad acta), il governatore insiste. E rinomina Lenzi commissario in barba all'unico veto posto da Pasquino. Ossia chiunque purché non fosse la Lenzi. Una questione di principio, un irrigidimento che non trova nessun punto di mediazione e che allo stato è inspiegabile. Il decreto con il quale Caldoro nomina commissario dell'Azienda ospedaliera universitaria Elvira Lenzi è stato firmato venerdì 18 maggio. La Regione, ritenendo di non essere stata inadempiente decide dunque di andare avanti in solitudine e di assumersi la responsabilità del commissariamento. Gelo da parte del rettore Pasquino che sabato scorso diserta anche la parata dei Bersaglieri pur di non incrociare il governatore. Ora resta da chiarire se la nomina sia giuridicamente legittima o meno perché è pronto un altro ricorso. Un iter normale - secondo Caldoro - che dice: "Il Tar ha ritenuto di dare dei tempi stretti. Nelle 48 ore indicate ho fatto una richiesta al Rettore per l'intesa e non ho avuto risposta. Come prevede la normativa procedo alla nomina". A chi considera Lenzi carente soprattutto sul piano caratteriale per la chiusura verso operatori e sindacati tanto da arrivare a chiudere la Aula durante la gestione della fase delicata che si è consumata alla vigilia della ratifica dell'intesa con il ministero per la costituzione dell'azienda Caldoro risponde dando piena fiducia al direttore generale. "Voglio rassicurare tutti - al di là della procedura in atto non c'è nessuna situazione di vuoto".

## Misura di efficienza per medici e manager

**I medici sono invitati** a prescrivere sempre equivalenti e biosimilari: questo il fulcro del provvedimento regionale che tra l'altro prevede una correlazione tra la prescrizione di generici dei medici convenzionati e degli specialisti ospedalieri e la valutazione dell'operato dei direttori generali. Si legge nel decreto che tutti i medici prescrittori debbono prediligere nelle prescrizioni farmaceutiche, nel rispetto delle indicazioni terapeutiche autorizzate, i farmaci con brevetto scaduto, alla stessa maniera di quanto riscontrato tramite sistema tessera sanitaria (Ts) nelle Regioni che fanno maggior uso di tali farmaci e ferma restando la facoltà dei medici di prescrivere in scienza e coscienza". Gli obiettivi dovranno essere conseguiti attraverso l'incremento per il 2013 della quota prescritta di farmaci a brevetto scaduto, con una corrispondente riduzione della quota di farmaci coperta da brevetti e tale da consentire di ridurre di almeno un terzo la differenza riscontrata per l'Asl rispetto all'obiettivo indicato nei precedenti punti. Per il 2014 la differenza rispetto all'obiettivo assegnato deve essere ridotta di almeno due terzi. L'obiettivo deve essere completamente conseguito nel 2015. •••

### FARMACI ANTIPERTENSIVI: LIMITI MINIMI DI PRESCRIZIONE

- Inibitori selettivi Serotonina-ricaptazione: almeno il 79 % del totale
- Ace-inibitori e diuretici: almeno l'87% del totale
- Antagonisti dell'angiotensina II: almeno l'80 per cento del totale
- Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici: almeno il 75% del totale
- Inibitori delle HMG CoA reduttasi: almeno l'82 per cento del totale
- Sartani ( agiscono sul sistema reninaangiotensina): il 30 per cento è l'obiettivo di incidenza massima della prescrizione di confezioni sul totale delle confezioni

## CONVEGNO SULL'ORTOPEDIA

### **Dibattito sulle fratture articolari**

Un interessante convegno sul tema "Le fratture articolari: lo stato dell'arte" è stato organizzato per il 14 giugno prossimo dall'Associazione campana ortopedici traumatologi ospedalieri in occasione del XVII congresso regionale in programma all'Hotel Royal Continental sul lungomare di via Partenope. Presiederanno il convegno il dottor Claudio Latte dell'ospedale Santa Maria di Loreto Nuovo, il dottor Maurizio Longo dell'ospedale San Paolo e il dottor Achille Pellegrino dell'ospedale San Giuseppe Moscati di Aversa.

L'ospedale/1

Al congresso di medicina interna (Fadoi) focus sulla “diarrea da antibiotici”

# Allerta epidemie batteriche infezioni da ricoveri in corsia

**A**llarme batteri in ospedale: nella hit dei “pericolosi” al primo posto il “clostridium difficile”, anche conosciuto come “diarrea da antibiotico”. Un’infezione emergente, con vere epidemie, che al congresso dei medici internisti Fadoi, appena concluso a Giardini Naxos-Taormina, è stato motivo di sessioni specifiche.

**Maggiore igiene  
e uso mirato  
dei farmaci  
per battere  
il clostridium**

“La parte sommersa dell’iceberg?”, si sono interrogati gli specialisti: «Perché ne affiora solo un pezzo», sostiene Francesco Cipollini, internista ad Ascoli Piceno, relatore e moderatore al congresso, «Non viene spesso riconosciuta poiché ha bisogno di test mirati di laboratorio: nel Regno Unito e Finlandia dove si fanno siamo al 30% delle infezioni ospedaliere, contro un 4% di media europea e un 3% in Italia: triplicata in poco tempo, è ancora sommersa, sottostimata, ora resistente alla cure». Un “bastoncino” (la forma del batterio) scoperto negli anni Trenta e che si annida nella flora batterica, silente. Si attiva,

paradossalmente, con l’uso di antibiotici, magari tornati a casa dopo un ricovero. Perché è proprio nei nosocomi che sembra prosperare. «Ha alti tassi di recidiva, difficile (come dice il nome) da curare, ma basterebbe una pulizia accurata negli ambienti e nei bagni dell’ospedale: buoni detergenti e lavarsi sempre le mani. E poi un uso mirato degli antibiotici: evitare, se possibile, quelli a largo spettro che uccidono tutta la flora batterica intestinale», segnala Cipollini. Sintomi: forte diarrea, febbre, dolori. Metronidazolo o vancomicina gli antibiotici da usare (ciclo 2-3 settimane), ma si diffondono farmacoresistenze. «Ora si usa la fidaxomicina che sembra ridurre il fenomeno del 20-25%», aggiunge il medico. Un tempo erano infezioni urinarie e ferite chirurgiche le più frequenti in ospedale, ora sono quelle sistemiche (batteriemie): dal clostridium agli enterococchi e stafilococchi alle infezioni da Candida. I dati parlano di 6,3 infezioni ogni 100 ricoveri. E ogni 100 infezioni una richiesta di danni (un totale di 8 milioni di euro l’anno, indagine rischi Marsh).

*(maurizio paganelli)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA