



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Sanità, oggi doppia audizione su assistenza e rete dei trapianti

NAPOLI - Si riunisce oggi la Commissione Regionale Sanità, presieduta dal consigliere del Pd Raffaele Topo, è convocata per due audizioni. Alle 10,30, le associazioni sanitarie dell'area riabilitativa socio-sanitaria, incontrano il Sub Commissario ad acta **Mario Morlacco**, il dg **Mario Vasco** e il consigliere alla Sanità **Enrico Coscioni**. Alle 15,30 la Rete trapiantologica campana si confronta con i commissari e i direttori generali delle aziende ospedaliere di Napoli e Salerno, i Sub Commissari ad acta **Mario Morlacco** ed **Ettore Cinque**.

L'analisi

Gli italiani che si curano potranno far guarire anche la Sanità

Mario Pappagallo

Gli italiani rinunciano alle cure? Così sembrerebbe dal Bilancio di sostenibilità del welfare italiano del Censis e dalle ricerche delle associazioni dei consumatori realizzate per il forum Ania-consumatori. Così sembrerebbe anche dall'ultimo rapporto Istat. Soprattutto però emerge che sotto accusa è la sanità, quella che per Costituzione dovrebbe essere sul suolo italiano gratuita, universale, pubblica, di qualità e uguale per tutti. La spesa privata è arrivata a 500 euro pro capite e il 53,6% degli italiani dichiara che la copertura dello stato sociale si è ridotta. In più le lunghe liste d'attesa nella sanità pubblica spingono verso il privato chi può spendere per curarsi. Visti i costi proibitivi di ciò che è offerto fuori del servizio sanitario e un sistema assicurativo di complementarietà ancora tutto da definire in Italia. Ricordando sempre però che la sanità nel nostro Paese prima della storica Riforma di oltre 30 anni fa era mutualistica, non universale (veniva curato bene solo chi aveva i soldi) e assolutamente non ai primi posti nella classifica mondiale per top di cure offerte a tutti e la qualità delle prestazioni. Un cittadino statunitense oggi, se non può permettersi un cospicuo premio assicurativo, non viene curato con i farmaci più efficaci se costosi, non è detto che possa sottoporsi a un trapianto, potrebbe essere costretto a scegliere tra un'obsoleta radiografia rispetto a una moderna risonanza magnetica o tac.

E ricordiamo anche qualche dato che pesa negativamente sul nostro servizio sanitario: rispetto al Pil il nostro governo dedica alla sanità una quota percentuale pari alla metà di quella di altri Paesi europei dove a conti fatti la sanità non è migliore; abbiamo un 13 miliardi di euro tra sprechi e esami inutili; quasi 8 miliardi tra tangenti e quant'altro solo in ambito sanitario. Immaginate cosa potrebbero rappresentare oltre 20 miliardi in più se utilizzati al meglio. In più c'è il malcostume della cattiva informazione: se a un paziente si dice che è urgente fare un determinato esame o un determinato intervento e poi gli si dice che deve aspettare mesi in lista d'attesa lo si induce verso il privato; se invece gli si spiega che può anche attendere senza

compromettere nulla e che se fosse urgente avrebbe una priorità forse la reazione sarebbe diversa. Non credo proprio che gli italiani rinuncino a curarsi. La salute è oggi al primo posto dei loro interessi. Non curarsi un tumore perché costa troppo non è pensabile in un servizio sanitario che comunque può offrirti il meglio gratuitamente (al massimo con un ticket accettabile). Così come non penso che un italiano malato di epatite C non avrà accesso al costoso farmaco risolutore nei tempi utili per essere salvato pur garantendo la sostenibilità economica dell'insieme.

Eguai a inseguire chimere che speculano sulla salute pubblica per meri interessi di guadagno rispetto all'interesse collettivo e Costituzionale. La sanità americana è peggiore dell'italiana se si considera la selezione di accesso in chiave economica e la vita media più bassa lo indica. Dovremmo però copiare da quel sistema meccanismi che migliorerebbero nettamente il nostro sistema: il progresso tecnologico migliora la qualità e crea risparmio, la meritocrazia è alla base di cure migliori, gli sprechi non sono ammessi, il rapporto medico paziente è un cardine della buona gestione della sanità.

Allora quel quasi una famiglia su due che in Italia oggi rinuncia alle cure torna sui suoi passi. Si può cambiare curandosi al meglio. Lo si pretenda dai politici ricordando sempre che tutti i cittadini sono azionisti della sanità pubblica con i loro contributi. E se nel 41,7% dei nuclei familiari, almeno una persona in un anno ha dovuto fare a meno di una prestazione sanitaria, non rinunci e la pretenda se utile.

Certo non è accettabile che i cittadini paghino di tasca propria il 18% della spesa sanitaria totale: oltre 500 euro procapite all'anno, mentre nell'ultimo anno, al 32,6% degli italiani è capitato di pagare prestazioni sanitarie o di welfare "in nero". Da denunciare. Oltre il 21% dei pazienti ha pagato senza fattura o ricevuta visite medico specialistiche, il 14,4% visite odontoiatriche e l'1,9% prestazioni infermieristiche. Nel Meridione «il 41% degli intervistati ha pagato prestazioni in nero». È bene sapere che quel «nero» non aiuta l'efficienza della sanità e gratifica solo momentaneamente le tasche di chi propone.

Andando oltre, con una popolazione che invecchia sempre di più, 3 milioni di italiani non sono autosufficienti, con una spesa annua per le famiglie di circa 10 miliardi. Il 78% dei cittadini è favorevole a un'assicurazione per affrontare questo problema. Mentre il 53,6% dichiara che la copertura dello stato sociale si è ridotta. Molto c'è da fare in questo campo, a cominciare dalla poco costosa prevenzione (un euro investito ne fa risparmiare 10 dopo) che passa anche per le tanto discriminate vaccinazioni. Immaginate solo quanto l'antipolio ha fatto risparmiare al mondo in cure riabilitative e domiciliari legate alla paralisi conseguente alla poliomielite. Oggi la sanità sul territorio va ancora disegnata, le cure domiciliari devono diventare tecnologicamente avanzate e tutto ciò porterà risparmio ai conti della sanità e non aggravio.

Il sistema deve imparare ad autofinanziarsi pur restando pubblico. È possibile. Tenendo conto anche di chi è disposto a pagare per una visita, viste le liste di attesa, e che alla fine si rivolge alle strutture private. Il pubblico sia concorrenziale anche sotto aspetti oggi non gli sono consentiti. Nel 2015 c'è stato un taglio di ulteriori due miliardi e 350 milioni di euro rispetto all'anno precedente per il servizio sanitario, e i cittadini hanno pagato 33 miliardi di euro di tasca propria, con un incremento di 1 miliardo rispetto al 2014. Si valuti come utilizzare al meglio tali risorse.

Gli italiani sono alle prese con un sistema di welfare che da generatore di sicurezza sociale, è diventato fonte di ansia e preoccupazione e non risponde più alle esigenze dei cittadini. Si può cambiare ricreando quella fiducia che comincia a mancare. A curarsi non si può rinunciare, il sistema offra il meglio al minor costo e la fiducia tornerà. Considerando che oggi anche il privato deve offrire il meglio altrimenti chi ha i soldi va all'estero. Mentre la nostra sanità dovrebbe attirare dall'estero e non il contrario. Cosa serve? Un quadro di regole chiare e uniformi per le forme sanitarie integrative, se serve introdurle; controllori distinti da chi decide e paga; un sistema di valutazione del meglio in modo da stilare graduatorie pubbliche e premiare chi funziona; una politica fiscale che nel medio-lungo periodo sia positiva per sanità e welfare. Alla fine i conti tornano. Gli italiani non rinunciano mai a curarsi e diventino loro i migliori medici di una sanità malata ma curabile.

Lunghe attese nel servizio pubblico nazionale e costi troppo elevati nei privati: nel 41,7% delle famiglie almeno una persona ha dovuto rinunciare alle prestazioni sanitarie. E chi è andato dal medico o a sottoporsi ad esami ha pagato di tasca propria e spesso in nero. È questa l'ultima fotografia scattata dal Censis sul nostro welfare

Sanità, mezza Italia non si cura

IL CASO

Dalla lista delle spese prioritarie di due famiglie su cinque sono state depennate le cure odontoiatriche, le visite specialiste, gli esami diagnostici. Ma anche la palestra come cura. E, chi non ha rinunciato ai servizi sanitari, li ha pagati in nero. Prezzo basso, niente ricevuta.

Quasi un italiano su due si è trovato costretto a limitare accertamenti e terapie oppure ha iniziato a rinviare le scadenze con i medici e i controlli. Per mancanza di denaro. Nel 41% delle famiglie, l'anno scorso, almeno un componente ha dovuto rinviare una prestazione sanitaria.

LO STUDIO

Tra lunghe attese e alti costi del privato la tutela della salute ci sta rimettendo. Come si legge in uno studio Censis realizzato per il forum Ania-Consumatori. Bastano pochi dati per "disegnare" la situazione: il 32,6% degli italiani, nel 2014, ha pagato senza fattura o senza ricevuta fiscale le visite specialistiche (21%), il 14,4% le cure odontoiatriche mentre l'1,9% le prestazioni infermieristiche. Al Sud la percentuale è ancora più alta dal momento che a pagare questo tipo di servizi in nero è stato il 41% degli intervistati.

Chi decide di andare dal medico non pubblico o di sottoporsi ad esami specialistici più o meno costosi spesso paga di tasca propria: il 18% della spesa sanitaria totale. Per oltre 500 euro l'anno a testa. Contro il 7% delle spese private in Francia e il 9% in Gran Bretagna. Le cifre lievitano se mettiamo a confronto il numero delle persone non autosufficienti, tre milioni, e le badanti, 1,3 milioni: le famiglie devono sborsare circa dieci miliardi.

Il campione preso in esame dal Censis ha risposto che sono state tagliate le spese sanitarie perché «la copertura dello stato sociale si è ridotta». «Il welfare italiano sta cambiando - commenta Giuseppe De Rita presidente Censis - e le famiglie rispondono con processi di adattamento che includono una forte esposizione finanziaria, anche con fenomeni di rinuncia alle prestazioni». Che non sono solo consulto medici o radiografie. Ma anche, per esempio, sedute di fisioterapia che permettono una migliore qualità della vita. E, soprattutto negli anziani, limitano il pericolo cadute e permettono una più rapida ripresa dopo un intervento chirurgico.

LA DECISIONE

E proprio per una questione di risorse e di riassetto dell'offerta slitterà di quindici giorni l'approvazione del Piano vaccinale al vaglio della Conferenza Stato-Regioni. L'incontro era fissato per ieri, poi lo stop. Dopo l'allarme per il calo delle vaccinazioni (l'86% della copertura invece del 95% auspicato dall'Oms) anche obbligatorie, tra i bambini le Regioni avevano chiesto maggiori sostegni finanziari per campagne di informazione (anche tra i medici) e l'allargamento della profilassi. L'appuntamento, proprio per ridiscutere il reperimento e la distribuzione dei fondi, è stato spostato al 5 novembre. Priorità viene data alla legge di stabilità.

Per il capitolo risorse, spiega Sergio Venturi coordinatore degli assessori alla Salute «sono previsti 300 milioni in più anche perché ci sono numerosi nuovi vaccini». «Alcuni di questi prima non erano disponibili - aggiunge - ma ora sono raccomandati, quindi si tratta di un'estensione

della campagna. Ad esempio, in Emilia Romagna, le vaccinazioni che vengono raccomandate non sono a pagamento».

Sull'obbligatorietà che i bambini vengano vaccinati per potersi iscrivere a scuola è intervenuto anche l'oncologo Umberto Veronesi: «E' giusto l'obbligo. Ai genitori che si battono contro le vaccinazioni e che sostengono a testa alta il loro diritto a non far vaccinare i figli, voglio sommessamente ricordare che la loro opposizione è resa possibile proprio dal fatto che altri bambini sono stati immunizzati».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'altra faccia



Innovazione in Rete: visita con Google Glass

I "Google Glass" entrano nella pratica medica quotidiana. Per la prima volta in Italia, all'ospedale Molinette di Torino, la tecnologia ha permesso a un gruppo di 25 medici di assistere alla visita di un paziente affetto da cirrosi, per la prescrizione di nuovi farmaci, come se fossero fisicamente presenti. La visita è avvenuta durante il convegno "Cirrosi HBV/HCV: la fine di un incubo?" organizzato da Mario Rizzetto e Federico Balzola. «È solo una delle tante applicazioni mediche possibili - spiega Balzola (nella foto ANSA) - che permetteranno di migliorare la diffusione delle informazioni in modo molto più pratico anche a distanza di molti chilometri. Evita molti sprechi di tempo».

I numeri

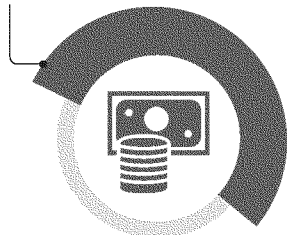


Per liste d'attesa e costi proibitivi

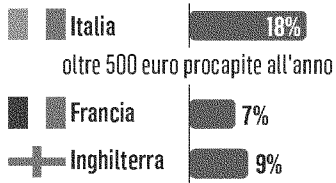
Famiglie in cui almeno una persona ha dovuto rinunciare alle cure



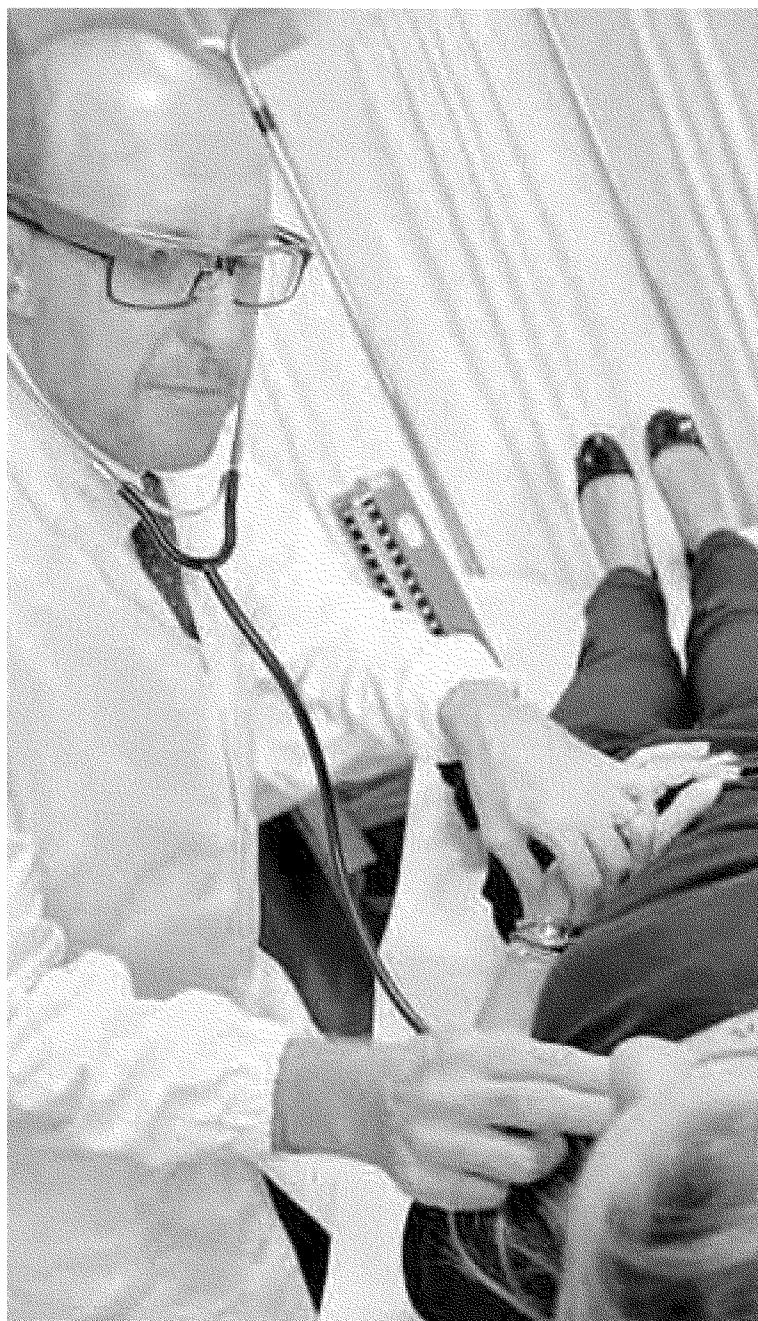
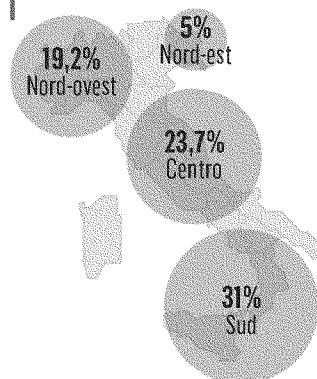
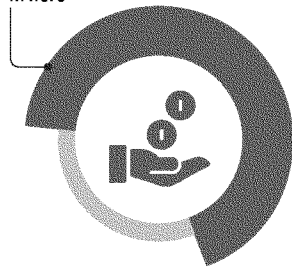
53,6% italiani che pagano di tasca propria le spese sanitarie una volta coperte dal welfare nazionale



Quota pagata



32,6% ha pagato prestazioni sanitarie in nero



PARLA IL MINISTRO LORENZIN

«La mia road map contro gli sprechi nella sanità»

Roberto Turno > pagina 4

Legge di stabilità

LE RIFORME DEL WELFARE

Governatori e Titolo V

«Non ho attaccato le regioni, ma gli errori del federalismo. Per questo è nato il Patto-salute»

Oltre la manovra

«I tagli dal 2017 sono sul tendenziale: ma se risparmiamo e reinvestiamo, e il Pil cresce...»

«La mia road map contro gli sprechi»

Ospedali in rosso e acquisti, chi sgarra paga - I risparmi restano nel Ssn: è scritto per legge

di **Roberto Turno**

Una road map a tutto campo contro gli sprechi in sanità: dal buco nero degli ospedali in rosso per 950 mln solo nel 2014, fino ai «buoni acquisti» anti illecito. La certezza che i risparmi realizzati il prossimo anno saranno reinvestiti in sanità. «Il 2016 può essere l'anno della svolta, un anno strategico», assicura la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin. Che considera quei 111 mld concessi al Ssn per il prossimo anno con la manovra chance per «fare tante cose, a partire dai nuovi Lea che saranno aggiornati ogni anno». E che per questo chiama le regioni a un ruolo di massima partecipazione per raddrizzare la barca del Ssn e rilanciarlo. Regioni con le quali, dice, non ha fatto polemica: «Le storture del federalismo le conosciamo tutti da sempre». E a medici e operatori sanitari riconosce l'onore delle armi: ««Ho visto in quali condizioni lavorano: in questi anni di crisi la sanità è stata tenuta in piedi dai loro sacrifici». Sarà la pace?

Ministro Lorenzin siamo certi che 111 mld basteranno il prossimo anno per la sanità?

Sono le risorse che abbiamo a disposizione per fare tante cose. A tante condizioni. Perché il 2016 può essere un anno di svolta, un anno strategico per cambiare, in meglio, la sanità pubblica. Garantendo più qualità e salvaguardando i più deboli, incidendo sulle disuguaglianze.

Per fare cosa, per cominciare.

Intanto per fare i nuovi Lea, un successo dopo 14 anni di attesa, con 840 mln in più. Li aggiorneremo ogni anno, calando sul campo

le nuove scoperte per una appropriatezza che porti le cure più efficaci ai cittadini.

Eppure l'Italia non è certo al top per finanziamenti al Ssn.

Ma in questi anni s'è invertita una tendenza: da una crescita esponenziale fino al 2008 ai tagli lineari nel pieno della grande crisi con la Salute sotto il Mef. Dal 2013 la tendenza è cambiata: il ministero della Salute con la conferenza delle regioni ha ripreso le redini della politica sanitaria e i finanziamenti sono tornati a crescere.

Dica la verità, quanto servirebbe per il 2016?

Il problema non è il finanziamento, ma come lo si usa. In questa manovra viene stabilito tra l'altro che i risparmi realizzati resteranno dentro il Ssn, per reinvestirli in salute e riutilizzarli nel sistema. È stato un successo cruciale. Io spero che le regioni sappiano usare le leve che della manovra. Per risparmiare e reinvestire. È un impegno da mantenere insieme. Alla fine avremo vinto tutti, avremo fatto un vero cambiamento. Senza tagli lineari ma con una spending interna col bisturi.

A cominciare dai piani di rientro per gli ospedali-azienda in rosso. Un grande spreco con quei 950 mln di rosso totale nel 2014, a partire dalla perdita di 158 mln del San Camillo di Roma.

Un grave peccato. Finanziario e di salute. Che non nasce necessariamente solo dai singoli amministratori, ma viene da lontano. Problemi che non risolvono in un colpo e che vogliamo affrontare anche risolvere le gravi segnalazioni di deficit qualitativi. Ma

senza computare gli investimenti in ricerca scientifica. Quella è spesa «sana». Gli ospedali avranno tre anni per mettersi in regola, con i direttori generali massimamente responsabilizzati, fino alla rimozione. Ma la regola vera, lo ripeto ancora, è la qualità. L'assistenza che davvero danno gli ospedali. Quella sarà la cartina di tornasole per gli italiani.

L'altra mossa per cambiare sono i «buoni acquisti», spending da 1 mld circa, con acquisti centralizzati e basta al fai-da-te locale. Fin dal 1 gennaio 2016.

Certo, è un altro passaggio decisivo. Che non a caso scatta fin dal primo giorno dell'anno nuovo. Sarà una cura totale di trasparenza. Non si sgarra più.

La manovra mette in campo dal 2017 al 2019 altri tagli: 4 mld già nel 2017, anche se non solo per la sanità. Non c'è il rischio di cristallizzare anche per gli anni a venire quei 111 mld?

Intanto pensiamo al 2016. Per i prossimi anni - una volta reinvestiti i risparmi, disinnescata con le nuove regole sulla responsabilità professionale la medicina difensiva, attuata la centralizzazione dei sistemi operativi con un unico linguaggio informatico per tutti, lanciata davvero la sanità digitale,

evitati gli esami inutili - il quadro sarà diverso. Non dimentichiamo che stiamo parlando di una manovra espansiva, che genera fiducia e aumenta i consumi. Ci aspettiamo un aumento del Pil e da lì penso di poter recuperare risorse. Ma non possiamo permetterci di sprecare 1 euro.

Però dal 2017 può scattare qualcosa ancora...

Nella manovra è scritta quella che sarebbe una riduzione del tendenziale di spesa. In ogni caso non riguarderebbe solo la sanità e tutto verrebbe rinviato a un'Intesa. Nel momento in cui non è più il Mef a fare la politica sanitaria, ma sono le regioni che la fanno col ministero della Salute, è allora tanto più indispensabile che questo capitale di fiducia lo spendiamo tutti bene. E tutti insieme. L'unico modo è attuare il

Patto per la salute punto per punto. Se si fallisce questo mandato rimangono solo delle macerie. In primis del Ssn.

Questa è la sfida di cui parla?

Oggi più che mai si deve gestire al meglio ciò che si ha, individuare le priorità e realizzarle con una programmazione pluriennale. Con una road map di interventi, di priorità e di misurazione dell'efficacia delle misure messe in campo per i prossimi dieci anni. Abbiamo qualche anno per svoltare, togliere le disuguaglianze che sono enormi e fare in modo che le regioni avanzate possano essere sempre più avanzate.

Pensa a un fondino per quelle "virtuose"?

Serve un meccanismo che premi le regioni virtuose, al quale però possano accedere anche quelle più indietro, se migliorano.

A proposito di regioni, il suo attacco le ha lasciate di sasso.

Ma quale attacco. Ho solo detto quello che tutti ci ripetiamo a tutti i convegni: il titolo V in questo modo non ha funzionato. Fin dalla sua nascita, col pasticcio delle materie concorrenti, per finire con l'Italia delle cure divisa in tante repubbliche. Magari adesso ci sono nervi scoperti, ma non ho accusato nessuno. Tanto che poi abbiamo fatto il Patto per la salute proprio per un progetto di riequilibrio del sistema. A un certo punto c'è stato un freno a mano sul Patto, ma adesso va pigiato di nuovo sull'acceleratore.

Ministro, con i medici i rapporti non sono idilliaci. Oggi celebrano gli Stati generali della professione.

Ho la massima considerazione e stima per i medici e per tutti gli

operatori sanitari. Ho visto in quali condizioni lavorano. So che la sanità in questi anni di crisi è stata tenuta in piedi dal loro sacrificio, che hanno rinunciato ai rinnovi contrattuali, che c'è stato il blocco del turn over, che hanno orari di lavoro pesantissimi, che i giovani che non vanno avanti...

Il loro slogan oggi è «sanità a pezzi, meno diritti più disuguaglianza, ora basta». Condivide?

Ho detto che c'è disuguaglianza, frammentarietà di servizi, gap Nord Sud. Sono fatti reali e oggettivi. Che dobbiamo superare. Tutti insieme.

IMEDICI

La sanità nella crisi è stata tenuta in piedi dai medici e dagli operatori sanitari: i loro sacrifici vanno riconosciuti

IL CAMBIAMENTO

Dal 2013 più risorse e la politica sanitaria la fa la Salute. Il 2016 l'anno strategico della svolta per il Ssn



Ministro della Salute. Beatrice Lorenzin

Il Censis

«Gli esami costano e si attende troppo Molti italiani non si curano più»

Quasi un italiano su due smette di curarsi o comincia a rimandare analisi cliniche e visite mediche. La colpa è delle lunghe attese della sanità pubblica e dei costi ancora troppo elevati di quella privata. A dirlo è l'ultimo rapporto del Censis, che evidenzia come, nell'ultimo anno, nel 47,1% delle famiglie, almeno una persona ha dovuto rinunciare a una prestazione sanitaria. Le quote più elevate di rinunciatari sono nei comuni con al massimo diecimila abitanti, nelle regioni del Sud e delle Isole (57%), tra le famiglie mono genitoriali e i Millennials. © RIPRODUZIONE RISERVATA

CENSIS

Il 41% degli italiani
rinuncia alle cure.
E il governo taglia
altri fondi al welfare

CHIARI | PAGINA 5

Salute / IL CENSIS: LA SPESA SANITARIA SEMPRE PIÙ VERSO IL PRIVATO

Il 41% degli italiani rinuncia alle cure. E dal governo altri tagli al welfare

Riccardo Chiari

Signori, si taglia. E gli effetti sulla cura e sulla salute si vedono: nel 41,7% dei nuclei familiari, almeno una persona in un anno ha dovuto fare a meno di una prestazione medica. Per giunta gli italiani pagano di tasca propria il 18% della loro spesa sanitaria totale, vale a dire oltre 500 euro pro-capite l'anno, mentre la percentuale della spesa individuale dei singoli cittadini si attesta in Francia al 7%, e in Inghilterra al 9%. I dati che arrivano dall'indagine «Bilancio di sostenibilità del welfare italiano» del Censis, e dalle ricerche delle associazioni dei consumatori, confermano peraltro quanto era già stato segnalato dall'Istat. Quando ancora non si sapeva che il governo, nel ddl di stabilità, avrebbe deciso di lasciare a quota 111 miliardi il fondo per il sistema sanitario nazionale. Non solo nel 2016. Almeno fino al 2019.

Brutte notizie in serie per chi ha necessità di cure, e per le famiglie di anziani o con anziani in casa. Brutte notizie anche per un governo che si conferma quantomeno disinvolto nelle affermazioni («abbiamo aumentato di un miliardo i fondi per il 2016»), a dispetto di quanto lo stesso esecutivo scrive nel suo ddl di stabilità. «Dopo tante dichiarazioni e discordanti rassicurazioni da parte del governo – tira le somme Federconsumatori – alla fine il finanziamento del Fondo sanitario nazionale risulta ulteriormente tagliato o, come si preferisce dire, defianziato. Un provvedimento grave e pericoloso, dal momento che è evidente come le esigenze di bilancio continuino a prevalere sulla salute dei cittadini, e sull'esistenza stessa del Ssn».

A buttare il sasso nello stagno, pur con garbo istituzionale, sono state le Regioni. Senza dichiarazioni roboanti – il governatore Chiamparino, coordinatore dei colleghi, non rilascia interviste in materia – ma con alcuni numeri. Quelli, recuperati anche dal Sole 24 Ore, di un articolo del ddl di stabilità che, rispetto ai previsti incrementi al Ssn, riduce i fondi ai bracci operativi regionali per 1,8 miliardi nel 2016, per 3,98 miliardi nel 2017, e per 5,48 miliardi nel 2018 e nel 2019.

Come ormai d'abitudine, l'esecutivo replica accusando i gangli periferici dello Stato di sprecare risorse. «E' stato un errore fatale delegare la sanità alle Regioni, perché alla fine il risultato lo vediamo – ha detto papale papale la ministra Lorenzin – ma ora cambia l'orizzonte». Nel merito sembra risponderle il solo Stefano Fassina: «In sanità via gli spre-

chi, ma i risparmi devono andare a ridurre liste di attesa e ticket, non a chi vive in case milionarie. I presidenti di Regione, in particolare quelli del Pd, non hanno nulla da dire?».

Proprio le chilometriche liste di attesa e i ticket sempre più salati sono, secondo l'indagine del Censis e le ricerche delle associazioni dei consumatori, i principali motivi per cui in quasi una famiglia su due accade di rinunciare alle cure per questo o quel congiunto. «Nel complesso – si rileva nel rapporto con dati riferiti al 2014 – circa la metà delle famiglie italiane ha dovuto rinunciare in un anno ad almeno una prestazione di welfare, dalla sanità all'istruzione, al socio assistenziale e al benessere. Le quote più elevate sono nei comuni con al massimo 10mila abitanti, dove oltre il 59% delle famiglie ha razionato le spese nel welfare, nelle regioni del sud e isole, (57%), tra le famiglie monogenitoriali e i 'millennials' (i più anziani, ndr)».

Giuseppe De Rita, presidente del Censis, riassume così la situazione: «Il welfare italiano sta cambiando, e le famiglie rispondono con processi di adattamento che includono una forte esposizione finanziaria, e anche con fenomeni di rinuncia alle prestazioni. Questo cambio del welfare è problematico e non ci saranno grandi riforme. Ciò di cui c'è bisogno è che la famiglia ritrovi quella percezione di fiducia essenziale per fare sviluppo».

Fiducia o non fiducia, per i più abbienti naturalmente non ci sono grossi problemi: la sanità del privato sociale o del privato tout court accoglie a braccia aperte. Basta pagare. In genere parecchio. Per tutti gli altri, cioè la stragrande maggioranza, vale il Rapporto annuale dell'Istat della scorsa primavera: in quattro province su nove più di 13 persone su 100 rinunciano a curarsi, mentre la media italiana, dato su cui già si dovrebbe riflettere, è del 9%. Una situazione, ricorda l'Istituto di statistica, in gran parte dovuta all'introduzione dei ticket, e delle quote di compartecipazione alla spesa a carico del paziente di turno.

Salute. Asl e ospedali, in cantiere un altro colpo di forbici. Botta e risposta tra Lorenzin e Serracchiani sulle responsabilità delle regioni col federalismo

Sanità, spuntano altri 4 miliardi di tagli dal 2017

Roberto Turno

■ Dopo i medici, i governatori. Beatrice Lorenzin apre un nuovo fronte di scontro sulla sanità. «È stato un errore fatale delegare la sanità alle regioni, perché alla fine il risultato lo vediamo. Ma ora cambia l'orizzonte», ha dichiarato ieri la ministra della Salute a Radio 24 del Sole 24 Ore. Incassando subito reazioni al veleno dal Veneto: «È una dichiarazione di guerra», ha replicato l'assessore Coletto. Ma soprattutto la replica stizzita della governatrice del Friuli nonché vice segretaria dei Dem, Debora Serracchiani: «La sanità non si raddrizza togliendola alle regioni. Non sembra una mossa vincente opporre loro gli apparati burocratici di un ministero». Come dire appunto, che le

regioni in più casi sono meglio della burocrazia ministeriale.

Botta e risposta Lorenzin-Serracchiani a parte, con tutte le ricadute politiche del caso, è chiaro che sulla sanità si sta giocando una partita delicatissima. Senza dimenticare i medici pronti alle barricate anche per via delle briciole sul piatto per i rinnovi contrattuali, sulle «sanzioni» a vario titolo in cantiere e a loro carico, ma anche sui conti e sul finanziamento del Ssn. Capitolo, quest'ultimo, che per una volta (e solo in questo caso) li vede insieme ai governatori.

Un fianco scoperto, quello del finanziamento, su cui Lorenzin ieri ha ripetuto che basterebbe tagliare 30 mld di sprechi per avere «un Ssn da sogno», soprattutto dopo i fallimenti del titolo V, ora da rivoltare da cima a

fondo perché «penalizza le regioni virtuose e anche le altre non riemergono».

Fatto sta che tra le pieghe della manovra spuntano altre novità non esattamente incoraggianti per il Ssn. A partire da una disposizione nuova di zecca che in sostanza sembra riportare indietro ancora una volta le lancette della spesa dal 2017 e fino al 2019: 3,98 mld in meno nel 2017 e poi 5,48 mld nel 2018 e nel 2019. Col rischio, secondo le regioni, di cristallizzare per anni le risorse a quota 11 mld, quella del 2016.

Il tutto seguendo il metodo già percorso con la manovra 2015 (tagli finali da 2,35 mld al Ssn), in «autocoordinamento» tra i governatori e da recepire con un'intesa col Governo entro il 31 gennaio di ogni anno. La novità è che stavolta tra i settori og-

getto dei tagli è anche espressamente citata la riduzione della spesa sanitaria.

Ma non solo: lo stesso articolo, riducendo i fondi alle regioni per 1,8 mld nel 2016, di fatto sembra dare ragione a quanti affermano che i tagli sul 2016 ad asl e ospedali sono stati di 2 mld. Contraddicendo così la tesi renziana di un aumento di 1 mld dei fondi per il 2016.

IL DETTAGLIO

Previsti 3,98 miliardi in meno nel 2017 e poi 5,48 miliardi in meno sia nel 2018 che nel 2019. Le regioni: si rischia di cristallizzare i fondi per anni

Che fine ha fatto il Piano sanitario?

LA FALCE A PAG. 4-5

L'INTERVENTO

Che fine ha fatto il Piano sanitario?

DI MARIA GIUSEPPINA LA FALCE

Il Piano sanitario nazionale è il principale strumento di programmazione sanitaria mediante il quale, in un dato arco temporale, vengono definiti gli obiettivi da raggiungere, attraverso l'individuazione di azioni e di strategie strumentali alla realizzazione delle prestazioni istituzionali del Servizio sanitario nazionale. Esso rappresenta quindi il primo punto di riferimento per ogni riforma e iniziativa riguardante il sistema sanitario, sia a livello centrale sia a livello locale.

È attraverso il Piano sanitario nazionale che lo Stato stabilisce le linee generali di indirizzo del Servizio Sanitario Nazionale, nell'osservanza degli obiettivi e dei vincoli posti dalla programmazione economico-finanziaria nazionale, in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché di assistenza sanitaria da applicare conformemente e secondo criteri di uniformità su tutto il territorio nazionale.

Su può pensare di sostituirlo con Intese, Accordi, Patti in sede di Conferenza Stato-Regioni? È notizia recente che la Conferenza discuterà l'Accordo sulle linee progettuali per la realizzazione da parte delle Regioni degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014 indicati, a norma di legge, dal Piano Sanitario Nazionale, ma quale Piano?

Vale la pena di ricordare il primo Piano sanitario nazionale approvato dopo le modifiche apportate al Titolo V della Costituzione, con il Dpr 23 maggio 2003, ha rappresentato il primo punto di equilibrio di un patto "federale" tra Stato e Regioni in sanità, preceduto da una proposta formulata dalle Regioni in sede di "autocoordinamento" che ne delineava le linee generali tenuto conto del nuovo quadro istituzionale e del ruolo assegnato allo Stato e alle Regioni.

Con tale proposta le Regioni valutarono i contenuti che potessero far parte del Piano previsto dal Dlgs 502/1992 alla luce delle modifiche intervenute al Titolo V della Costituzione, mentre per gli aspetti inerenti indicazioni organizzative ormai pertinenti al livello delle competenze regionali ovvero inerenti esemplificazioni di possibili modelli assistenziali ed organizzativi, ne proposero l'adozione con accordi da approvare in sede pattizia e complementare al Piano stesso nella Conferenza.

Il successivo accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 per l'attuazione del Piano, individuò gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, oggetto di successivi progetti di ricerca da parte delle Regioni. Il successivo Piano sanitario nazionale 2006-2008, tuttora vigente, è stato approvato con il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006. In seguito furono avviati, nella primavera 2010, i lavori per la predisposizione del successivo Piano sanitario nazionale, che venne approvato, in via preliminare, dal Consiglio dei ministri il 21 gennaio 2011. L'iter ne prevedeva l'acquisizione dell'intesa da parte della Conferenza unificata ai sensi di legge. In tale sede, nella fase di istruttoria tecnica, i rappresentanti delle Regioni e degli enti locali, avanzarono proposte emendative e pertanto il ministero della Salute trasmise una nuova versione del Piano nel mese di luglio 2011 sulla quale risultavano acquisiti i pareri delle organizzazioni sindacali. Nel contempo si esprimeva anche la XII Commissione permanente del Senato della Repubblica.

L'esame del provvedimento, nella seduta della Conferenza unificata del 27 luglio 2011, fu rinviato su richiesta dei Presidenti delle

Regioni, in quanto furono presentate ulteriori proposte emendative alla valutazione del ministero della Salute.

L'intesa sullo schema di Piano sanitario nazionale 2011-2013 fu espressa dalla Conferenza Unificata il 22 settembre 2011. In data 8 novembre 2011, anche la XII Commissione permanente della Camera dei Deputati espresse il proprio parere, tuttavia l'iter del provvedimento non si completò con l'approvazione definitiva del Consiglio dei ministri e l'adozione del successivo decreto del Presidente della Repubblica.

Il Piano vigente resta quello approvato con il Dpr 7 aprile 2006 e la programmazione sanitaria nazionale si è fermata a tale data.

E oggi quale impatto ha sul sistema sanitario nazionale la mancanza di un Piano sanitario nazionale, che costituisce l'unico strumento di coordinamento delle politiche sanitarie, tale da garantire l'uniformità di applicazione sul territorio nazionale anche con riferimento ai Livelli essenziali di assistenza, in funzione anche della forma giuridica di approvazione con decreto del Presidente della Repubblica?

Il seguito è nei fatti o meglio nel novero numeroso di Accordi Stato-Regioni e Unificata, Intese e Patti della salute o meno. Tali strumenti "negoziati" hanno risposto alle esigenze immediate del Governo e delle Regioni dopo le modifiche apportate al Titolo V della Costituzione nel 2001.

La Conferenza ha rappresentato la sede di garanzia dove, nella fase transitoria, immediatamente seguente all'entrata in vigore della legge n.3/2001, è stato possibile mediante "accordi", sanciti, in senso pattizi, superare numerose questioni giuridiche legate all'esercizio della potestà regolamentare. Negli anni 2002-2003 immediatamente successivi furono sanciti 53 accordi in materia di sanità.

In particolare la Conferenza unificata era stata eletta con l'Accordo del 20 giugno 2002 di intesa inter-istituzionale tra Stato, Regioni ed Enti locali la sede di confronto per realizzare con un impegno comune il processo di adeguamento alle nuove disposizioni costituzionali, avendo come riferimento i principi del pluralismo autonomistico e di sussidiarietà. L'accordo sanciva reciprocamente, in relazione ai poteri legislativi assegnati, la necessità di individuare e delimitare i rispettivi ambiti di competenza, anche al fine di prevenire e limitare il contenzioso costituzionale.

In realtà l'assenza della prevista legge di principi attuativa dell'articolo 117 con riferimento alla materia "tutela della salute" ha solo visto un proliferare crescente di questi strumenti cosiddetti pattizi, che, a guardare indietro nell'ultimo decennio, non hanno espresso un processo coordinato di programmazione sanitaria, mancando una fonte programmatica di riferimento sui nodi strategici del sistema come l'effettiva erogazione dei livelli di assistenza e il loro monitoraggio e valutazione nel rispetto dell'appropriatezza, dei tempi di attesa, così come su una valutazione di processo e di risultato.

Resta da chiedersi quale sia il livello di consapevolezza di questa scelta e quale limite trovi oggi la predisposizione di un piano sanitario nazionale, a fronte delle modifiche che il nuovo Titolo V della Costituzione apporterà nel sistema sanitario nazionale.

I NUOVI LIVELLI ESSENZIALI

Ecco come saranno i nuovi Lea (fermi dal 2001)

Se, a rigore di slide, il premier Renzi ha parlato di un'Italia col segno "+", la sanità dovrà aspettare ancora per guadagnare la crocetta positiva del #cambiatverso renziano. Perché a carte ancora coperte, l'impressione è che la partita per ottenere gli 800 milioni extra per i nuovi Lea è ancora tutta da giocare. Con Renzi che la butta in caciara facendo intendere tra il lusco e il brusco che gli 800 milioni vanno intesi a valere sul Fondo già stanziato e dunque sui 111 mld. E su questo dire e non dire che, c'è da scommettere, le Regioni scenderanno in campo con le formazioni schierate a catenaccio davanti alla porta del Fondo sanitario nazionale, già ampiamente in zona retrocessione (ma non si deve dire), con due mld in meno rispetto all'intesa firmata con le Regioni (tranne il Veneto che si astenne). Volendo mettere definitivamente in soffitta il Patto per la Salute 2014, che addirittura stabiliva per il 2016 fantomatici 115,44 mld. E il gioco siamo certi che si farà duro perché sui nuovi Lea si erano già fatti avanti progetti e iniziative, tanto che alcune Regioni sono in cammino e stanno applicando le nuove prestazioni. Quelle stesse che erano inserite negli elenchi "extra Lea".

E la matassa è ingarbugliata per stessa ammissione della Lorenzin che pochi giorni fa, in audizione in Parlamento, ha ammesso che dopo il passaggio all'esame delle Regioni e anche alla luce dei tagli 2015, i Lea valgono 900 milioni. Una cifra più che doppia rispetto a quella preventivata inizialmente dal ministero e che è "indispensabile" sia messa in preventivo nel Fsn 2016. Al netto del discorso sui fondi, per cui occorre aspettare, lo ripetiamo, il testo della manovra, vale la pena tornare alla revisione degli elenchi. Una correzione di rotta arrivata dopo ben 14 anni dal primo Dpcm che portava la firma dell'allora ministra della Salute, Rosy Bindi. Da allora si è arrivati all'attuale disegno, con un'impostazione che ha deciso prestazioni in più, ma anche tagli alle "vecchie" e ticket per 8,7 milioni. Ferma restando la bussola dell'appropriatezza.

Per arrivarci sono stati costituiti quattro gruppi di lavoro tra ministero, Regioni e Agenas che, tra aprile e dicembre 2014, Resta confermata la distinzione dei Lea in tre aree: "prevenzione collettiva e sanità pubblica" (sostituisce la precedente "assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro"); "assistenza distrettuale"; "assistenza ospedaliera". La novità principale riguarda l'aggiornamento e l'adeguamento delle prestazioni, a partire dalle innovazioni tecnologiche e dai nuovi bisogni della popolazione. Le attività sono organizzate e distinte in: assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza ai turisti, emergenza sanitaria territoriale; assistenza farmaceutica; assistenza integrativa (ero-

gazione di dispositivi medici monouso, di presidi per diabetici, di prodotti destinati a un'alimentazione particolare); assistenza specialistica ambulatoriale, protesica e termale. Rientrano in questa area anche l'assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale e l'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale, descritte in un capitolo a parte. E si arriva al nuovo nomenclatore delle prestazioni dell'assistenza specialistica ambulatoriale che è frutto del processo di revisione condiviso tra ministero, Regioni, società scientifiche e altre realtà Ssn. Tra le new entry, le prestazioni di procreazione medicalmente assistita e la consulenza genetica per chi si sottopone a un'indagine genetica utile a confermare o a escludere un sospetto diagnostico. Viene poi ridefinito tutto il pianeta dell'assistenza protesica con particolare attenzione all'aggiornamento della nomenclatura e della classificazione dell'elenco delle protesi e ortesi "su misura" e dell'elenco degli ausili "di serie", in relazione alle innovazioni cliniche e tecnologiche.

Nascerà infine un Registro regionale dei medici prescrittori. L'assistenza sociosanitaria prevede l'erogazione di percorsi integrati nelle aree: distrettuale domiciliare e territoriale; distrettuale semiresidenziale e residenziale. Per i non autosufficienti, in particolare, vengono definiti e precisati i profili di cura con un crescente livello di intensità assistenziale sulla base della valutazione multidimensionale dei bisogni di cura del paziente, effettuata dall'équipe sociosanitaria di riferimento. Al capitolo assistenza ospedaliera, sono queste le principali novità: per il pronto soccorso, le indicazioni rispetto all'attività di triage per la codifica della gravità dei casi e la definizione della priorità di intervento; per il ricovero ordinario per acuti, il richiamo all'esecuzione di procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto naturale, nell'ambito delle strutture individuate dalle Regioni.

Lucilla Vazza



Informare o comunicare? Il paradosso della sanità

DI ANTONIO PELLICIA *

La comunicazione istituzionale in Sanità deve comunicare o informare? La domanda è impegnativa e per rispondere in modo propositivo occorre partire da una considerazione oggettiva: di fatto la Pubblica amministrazione, in ambito sanitario, ha istituzionalmente la competenza di monitorare e osservare il settore promuovendo a livello nazionale iniziative in tal senso.

Con la raccolta dei dati e con le analisi settoriali, l'istituzione sviluppa quell'informazione che a sua volta genera i piani di indirizzo della comunicazione. Perseguendo l'obiettivo di identificare gli ambiti clinici e terapeutici prioritari, definiti gli obiettivi di ricerca, la Pa ha orientato i mass media fornendo le notizie scientifiche o normative.

Informazione attiva. Il ruolo delle istituzioni, nei termini di informazione scientifica, per l'autorevolezza delle fonti informative è il perno della comunicazione per la prevenzione, ma anche per la riduzione delle più gravi patologie. Il ruolo delle Istituzioni è fondamentale. Se devo esprimere una sola considerazione critica su questa premessa, rivaluterei l'assunto che per svolgere questo compito fondamentale di monitoraggio e osservazione, sempre più spesso si chiede all'Istituzione (università, ospedali) di non caricare di maggiori oneri la finanza pubblica.

Ciò determina una man-

canza di risorse per la ricerca che le fonti istituzionali dovrebbero disporre per generare questa caratteristica "astrattezza analitica". L'informazione sanitaria è un insieme di dati che ha un valore per chi la riceve, in quanto è potenzialmente utile per i suoi scopi e apporta un aumento della conoscenza scientifica. L'informazione è la notizia, la fonte deve essere scientifica.

E la comunicazione? Cos'è la comunicazione sanitaria? La comunicazione sanitaria invece non è processo unidirezionale; non è un dato, ma è un processo relazionale, serve per motivare tutti gli individui, di tutte le classi sociali, economiche, culturali, attraverso un insieme di messaggi condivisi e prevede la conoscenza di meccanismi sociali molto ampi. Sia l'informazione che la comunicazione si rivolgono entrambe a qualcuno, ed è proprio su questo "qualcuno" che dobbiamo concentrare le nostre riflessioni.

L'informazione può essere erogata ad un pubblico esperto, formato, capace di saperla "leggere".

Il mondo della comunicazione, che comprende i media, quindi il web, la Tv, i giornali, la radio, eroga a volte come informazione qualcosa che invece non lo è, ma piuttosto soltanto una comunicazione pubblicitaria. Negli ultimi anni lo sviluppo della tecnologia "smart" ha permesso a tutti un'accesso sempre più ampio e veloce all'informazione, ma ha generato un paradosso: velocità e diffusione delle

tecnologie, mezzi disponibili per lo scambio di informazioni di ogni genere, permettono a tutti di avere a disposizione un'infinità di informazioni, ma tutto questo non certifica che le persone siano realmente informate! Informazione non significa diffondere una lista di notizie e di numeri ad un pubblico non competente per leggerle. Per creare una conoscenza effettivamente utile e utilizzabile dalle persone, occorre saper indirizzare le notizie. Intendo dire che non basta informare, occorre anche saper motivare le persone a interessarsi della propria salute; significa sapere stimolare chi riceve ad apprezzare prima di tutto il valore aggiunto della fonte dell'informazione istituzionale, sull'informazione pubblicitaria.

Chiediamoci dove formano le loro opinioni in sanità le persone? Su Internet genericamente? Ecco perché dobbiamo introdurre un elemento fondamentale che ci aiuta a elaborare la risposta alla nostra domanda: "il sistema di misurazione dell'informazione istituzionale". Quale è questo sistema? Come si misura? Per brevità, e per esigenze di spazio in questo articolo, possiamo dire che l'informazione istituzionale si trasforma in comunicazione solo se genera una consapevolezza, un comportamento effettivamente utile e utilizzabile per chi la riceve.

Fare informazione sanitaria significa servire il lettore nel modo più "obiettivo" e "distaccato" possibile e per far arrivare tutto questo al pubblico più ampio,

si deve utilizzare efficacemente la comunicazione. Il giornalista che ricerca la neutralità della notizia, raccoglie tutte le informazioni e le inserisce all'interno di

un "processo comunicativo", trasformandole in conoscenze utilizzabili dai suoi lettori. Il giornalista esperto in sanità, stabilisce un rapporto dialogico, interpersonale, tra lui e il suo pubblico. Mia opinione è che in questo campo della sanità, le migliori comunicazioni siano quelle "storie raccontate" da giornalisti dove i lettori si identificano nella notizia e dove il giornalista stesso adotta un approccio relazionale. Quindi la comunicazione sanitaria produce sempre una vera relazione di fiducia, perché tratta un bene primario come la salute.

Saper "fare comunicazione sanitaria istituzionale"

significa aver compreso che il destinatario, il lettore, è il

focus più importante e va motivato, non solo informato. Se parliamo invece di comunicazione "non istituzionale" in Sanità, la comunicazione commerciale quindi, il focus si sposta verso chi comunica, rispetto a chi riceve la comunicazione.

Al centro della comunicazione c'è giustamente l'Azienda, oppure il prodotto, il servizio o l'organizzazione, perché è questo

l'obiettivo. È evidente che quando manca una efficace comunicazione istituzionale in Sanità è perché manca la componente emotiva che genera la motivazione, quindi la scelta verso un comportamento ed anche il semplice apprendimento di un dato (informazione), si affievolisce molto. C'è il rischio allora che le persone

assegnino un particolare significato informativo esclusivamente alle notizie commerciali, che sono più convincenti ed accattivanti. Ma oggi siamo sulla strada giusta, perché le comunicazioni commerciali in Sanità sono spesso supportate da informazioni scientifiche. Definirei quindi la comunicazione istituzionale sanitaria un processo comunicativo di cooperazione che può avere diverse forme e diversi strumenti ed è qui che possiamo trarre la risposta alla domanda «La comunicazione istituzionale in Sanità: comunicare o informare?» La risposta è cooperare.

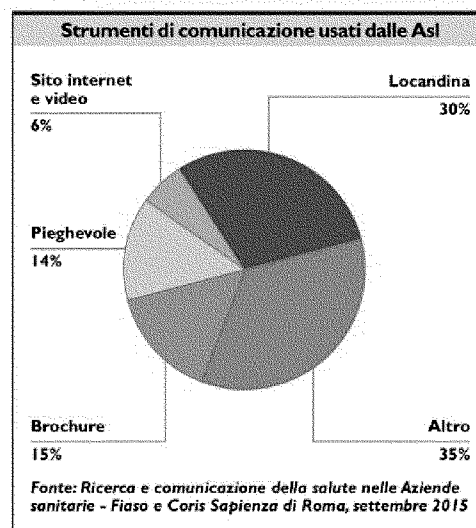
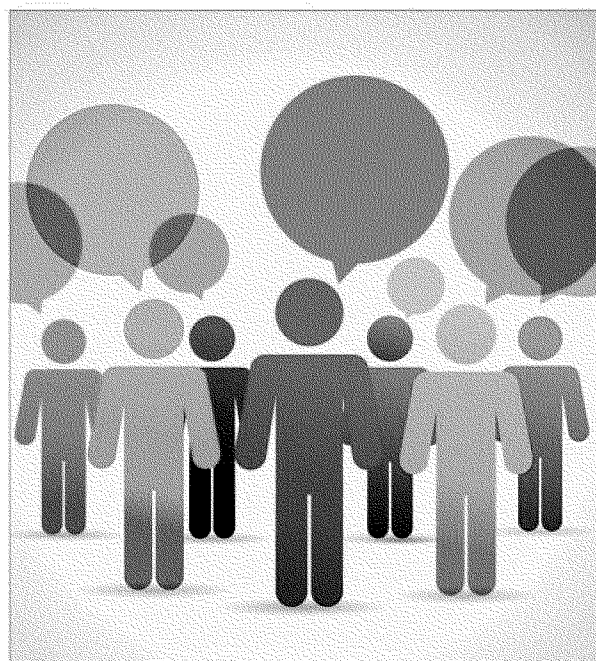
Dobbiamo abbandonare quella visione che ha accompagnato per più di cinquant'anni, lo stile razionale dell'informazione istituzionale in Sanità. Proprio dalla comunicazione pubblicitaria abbiamo compreso che i comportamenti di consumo e la valutazione dell'efficacia della comunicazione pubblicitaria non transitano dalle interpretazioni razionalistiche. Il vero modello comunicazionale

va riconsiderato. È vincente il modello di comunicazione che mette al centro l'emozione come elemento strategico. E comunque i processi decisionali che riguardano fattori biologici sono sempre più legati alle emozioni. L'informazione quindi genera un percorso cognitivo definendo la relazione vero/falso, mentre la comunicazione, attraverso i processi emotivi, genera la motivazione nel comportamento di accettazione/rifiuto.

* professore c.a. in Economia e Organizzazione aziendale univ. Cattolica del Sacro Cuore di Roma e di Economia e gestione presso univ. Vita e Salute ospedale S. Raffaele di Milano

Le istituzioni svolgono un ruolo fondamentale

Il lettore è il focus decisivo: va motivato, non solo informato



LA CLAUSOLA



**Ritorna la perequazione
«Letta» se mancano i fondi**

La legge di Stabilità potrebbe prorogare l'applicazione del meccanismo di rivalutazione automatica delle pensioni introdotta dal governo Letta a fine 2013.

La sentenza 70/2015 della Corte costituzionale che ha dichiarato illegittimo il comma 25 dell'articolo 24 del decreto legge 201/2011, con cui per gli anni 2012 e 2013 la rivalutazione è stata riconosciuta al 100%, esclusivamente alle pensioni di importo complessivo fino a tre volte il trattamento minimo Inps, il governo Renzi ha emanato il decreto legge 65/2015 con il quale ha previsto la restituzione parziale degli arretrati dovuti per il 2012 e 2013, per i trattamenti complessivi fino a sei volte l'importo minimo, escludendo la restituzione di qualunque arretrato per i trattamenti superiori a 6 volte il minimo e gestisce, con diversa percentuale, l'attribuzione della rivalutazione per gli anni 2012 e 2013.

Chiusa questa fase, dovrebbe ritornare in vigore, dal 2017, il meccanismo previsto dall'articolo 69 della legge 388/2000, e cioè l'attribuzione della rivalutazione del 100% per la fascia di trattamenti complessivi entro 3 volte il trattamento minimo Inps, il 90% per la fascia oltre 3 e fino a 5 volte il minimo e il 75% per la fascia oltre 5 volte il minimo.

Tuttavia la legge di Stabilità 2016, al fine di concorrere alla copertura dei maggiori oneri derivanti dall'opzione donna anche in funzione della salvaguardia della solidarietà intergenerazionale, potrebbe estendere fino al 2018 le disposizioni dell'articolo 1, comma 483 della legge 147/2013 in materia di rivalutazione automatica dei trattamenti pensionistici. In conferenza stampa il ministro Giuliano Poletti ha affermato che questa clausola

scatterebbe solo se nel 2016 non verranno reperite in altro modo le somme necessarie.

La legge 147/2013 prevedeva l'attribuzione della rivalutazione delle pensioni con un importo secco, sulla base dell'importo complessivo dei trattamenti pensionistici percepiti. Di conseguenza anche per gli anni 2017 e 2018 la rivalutazione automatica dei trattamenti pensionistici sarebbe riconosciuta:

- al 100% per i trattamenti pensionistici complessivamente pari o inferiori a tre volte il trattamento minimo Inps;
- al 95% per i trattamenti superiori a tre e pari o inferiori a quattro volte il minimo;
- al 75% per i trattamenti superiori a quattro e pari o inferiori a cinque volte il minimo;
- al 50% per i trattamenti superiori a cinque volte e pari o inferiori a sei volte il minimo;
- al 45% per ciascuno degli anni 2016, 2017, e 2018 per i trattamenti superiori a sei volte il minimo.

M.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Beneficiari:



Perequazione

● È l'adeguamento automatico dell'importo delle pensioni all'andamento dell'inflazione così come calcolata dall'Istat e "certificata" da un decreto del ministero dell'Economia. L'adeguamento avviene a gennaio di ogni anno su base provvisoria per l'anno in corso e in maniera definitiva per quello precedente.

SALUTE



Nella sanità debutta la cura dei costi standard

Tra giro di vite sugli acquisti, piani di rientro per gli ospedali in rosso, nuovi livelli essenziali di assistenza e costi standard al debutto, la sanità è protagonista anche della manovra 2016.

Si parte dal "contributo" alla spending review targata Yoram Gutgeld, che nel complesso impegna 5,8 miliardi: il cuore, al netto del mancato incremento per 2 miliardi del Fondo sanitario nazionale, è nei risparmi attesi - tra 800 milioni e un miliardo - dalla centralizzazione degli acquisti di beni e servizi e dalla valorizzazione del ruolo di Consip.

Nel 2016 il Fondo per Asl e ospedali si riduce dunque dai 113 miliardi preventivati a 111 miliardi. Che diventeranno 110,2 miliardi, al netto degli 800 milioni riservati ai nuovi livelli essenziali di assistenza, inseriti in manovra su richiesta della ministra della Salute, Beatrice Lorenzin. Poi, sono da mettere in conto il rinnovo dei contratti pubblici, imposto dalla Consulta dopo sei anni di stand-by, e il finanziamento di capitoli di spesa cruciali, come il fondo farmaci innovativi istituito lo scorso anno.

Ai governatori che domani si incontreranno - carte e (se ci saranno) tabelle alla mano - per esprimere il giudizio politico sulla legge di Stabilità, l'orizzonte si va facendo più chiaro: torna infatti alla ribalta il «contributo alla finanza pubblica» che già la manovra 2015 aveva imposto alle regioni nella misura di 4 miliardi e che quest'anno ha comportato un taglio da 2,35 mld per la sanità. Nel 2016 si replica: le regioni dovranno contribuire per altri 4 miliardi nel 2017 e per 5,5 miliardi per ciascuno degli anni 2018 e 2019. Cifre tendenziali, perché dal 2017 il ministero punterebbe sull'incremento del Fondo per almeno un miliardo, ma i governatori sono in allerta.

Intanto, quest'anno l'efficiamento passerà anche per ricette innovative, come i piani triennali di rientro per gli enti

Ssn in rosso, che saranno penalizzati in caso di risultati negativi, e la costituzione delle "aziende sanitarie uniche", frutto dell'incorporazione nelle Asl delle aziende ospedaliero-universitarie.

Ma la manovra 2016 significa anche più risorse (150 milioni) per la non autosufficienza (cui oggi vanno 400 milioni) e la conferma di 6 mila borse di specializzazione per i giovani medici.

Restano fuori le nuove misure sulla responsabilità professionale dei camici bianchi, che la commissione Affari sociali della Camera sta definendo: un emendamento le inserirà in corsa nella Stabilità. L'obiettivo è contrastare il fenomeno della medicina difensiva e tendere la mano ai dottori, che proprio oggi si riuniscono a Roma per gli Stati generali della professione. La piattaforma? Difesa del ruolo del medico, disuguaglianze regionali nell'accesso alla salute, tutela dei giovani, contrasto del precariato, appropriatezza prescrittiva.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Beneficiari:



Il bilancio

111 miliardi

La dote

È l'importo del Fondo sanitario nazionale per il 2016: un miliardo in più del Fsn 2015 e due di meno rispetto a quanto preventivato e richiesto dalle regioni. All'interno di questo budget vanno "isolati" 800 milioni da destinare ai nuovi Livelli essenziali di assistenza e al Nomenclatore protesie ausili. Altre risorse dovrebbero essere destinate al rinnovo dei contratti

DOMANI

4. Le regole sulle partite Iva

COPERTINA

LE NUOVE CURE ALZHEIMER

Sono in arrivo test diagnostici per identificare nel cervello, con anni di anticipo, i segni della malattia. In modo che i farmaci, somministrati in una fase ultraprecoce, possano fermare il declino cognitivo.

di Chiara Palmerini

Un «lento smantellamento» di una persona, come un uovo alla coque svuotato un po' alla volta, con il guscio che lo preserva apparentemente intatto; o come lo spegnimento di un altoforno, un processo che sembra non finire mai. Descrive così il giornalista Michele Farina in *Quando andiamo a casa? Mia madre e il mio viaggio per comprendere l'Alzheimer* (BUR), il lento ma inarrestabile decadimento della madre colpita dal morbo a 64 anni. Una dipartita in slow motion condivisa con milioni di altri esseri umani, 46 nel mondo, che si stimano affette da demenza.

Una malattia che ha il doppio aspetto di dramma privato ed emergenza pubblica per i costi esorbitanti. Che raggiungeranno in due o tre decenni l'equivalente del Pil di un paese sviluppato, via via che nel mondo aumentano i vecchi e i malati arriveranno a essere 130 milioni.

Se i numeri e proiezioni sono disperanti, va fatta però una precisazione: «È vero che cresce il numero totale dei malati, perché sono sempre di più gli anziani, ma l'incidenza della malattia non è in aumento» osserva Marco Trabucchi, esperto di demenze e presidente dell'Associazione di psicogeriatra.

QUANDO È ALZHEIMER

- 1
DIMENTICARE **INTERI**
FATTI VISSUTI
- 2
RIUSCIRE **RARAMENTE**
A RICORDARLI PIÙ TARDI
- 3
PERDERE GRADUALMENTE
LA CAPACITÀ DI SEGUIRE INDICAZIONI
SCRITTE O DETTE PER VOCE
- 4
NON RIUSCIRE PIÙ A UTILIZZARE NOTE
O APPUNTI COME PROMEMORIA
- 5
NON ESSERE PIÙ IN GRADO
DI PRENDERSI CURA DI SE STESSI



QUANDO È INVECCHIAMENTO FISIOLOGICO

- 1
DIMENTICARE **PARTI**
DI FATTI VISSUTI
- 2
RIUSCIRE **SPESSE**
A RICORDARLI PIÙ TARDI
- 3
SAPERSI **ORIENTARE**
CON INDICAZIONI
SCRITTE O DETTE PER VOCE
- 4
AIUTARSI CON NOTE
O PROMEMORIA
- 5
ESSERE **GENERALMENTE**
IN GRADO DI PROVVEDERE A SE STESSI

COPERTINA

«Alcuni dati dicono che stiamo assistendo a un calo delle demenze, dovuto probabilmente a una migliore qualità di vita e a migliori possibilità di cura di patologie croniche correlate, come il diabete e le malattie vascolari».

Nell'ultimo periodo è anche cambiata l'aria sulle prospettive di terapia per questa malattia, che fino a solo un paio di anni fa aveva fatto registrare un fallimento dopo l'altro: enormi investimenti su potenziali farmaci risultati buchi nell'acqua. «Rispetto al buio assoluto di prima, ci sono alcuni fronti aperti su cui si concentrano le aspettative» dice Gianluigi Forloni, responsabile del dipartimento di neuroscienze dell'Istituto Mario Negri a Milano. A suscitare timidi entusiasmi sono le sperimentazioni in corso di farmaci che hanno dato, per la prima volta, risultati «interessanti». Sotto osservazione ci sono molecole con attività di anticorpi: una sorta di vaccino contro la famigerata placca beta amiloide, i cui accumuli nel cervello si ritiene siano all'origine dell'Alzheimer.

Una di queste molecole si chiama solanezumab, sviluppata dal colosso Ely Lilly. La prima sperimentazione clinica era stata chiusa nel 2012 e il farmaco era stato dichiarato nel complesso inefficace. Tuttavia, un'analisi dei dati (inizialmente non pre-

UNA DIETA MEDITERRANEA, RICCA DI ALIMENTI ANTIOSSIDANTI, AIUTA A MANTENERE «GIOVANE» IL CERVELLO



vista) ha rivelato che i pazienti nelle fasi meno avanzate della malattia avevano avuto un discreto rallentamento del declino mentale. Su questa base è ora in corso un nuovo studio: la teoria è che il farmaco potrebbe funzionare se preso presto, con un effetto non solo sui sintomi ma anche sul decorso della malattia. È quanto il trial oggi in corso sta cercando di verificare. Una risposta più definitiva è attesa per la fine del 2016.

Un secondo motivo di cauto ottimismo viene dai test su un altro anticorpo, l'aducanumab, cui sta lavorando l'azienda Biogen. In questo caso i risultati, anche se preliminari e su un minor numero di pazienti, sarebbero ancora più positivi: oltre alla riduzione dell'accumulo della placca di beta amiloide nel cervello (vista con la Pet), il declino cognitivo è apparso rallentato a distanza di un anno.

Con tutta la prudenza raccomandata dall'esperienza (dal 1998 a oggi sono più di 120 i farmaci che hanno fallito contro l'Alzheimer alla prova dei fatti) si tratta ora di vedere se le aspettative saranno confermate; e ricordando comunque che ci vorranno ancora anni prima che questi farmaci arrivino sul mercato. Un'altra novità è targata made in Italy: nanoparticelle sviluppate da ricercatori dell'Università di Milano-Bicocca, con l'Istituto Mario Negri di Milano, per veicolare nel cervello un farmaco anti beta-amiloide. Sono studi su animali, ma promettenti; tanto che è la stessa università a cercare di accelerare il passaggio dal laboratorio alla pratica clinica brevettando la tecnologia, creando uno spin-off e cercando finanziamenti in Italia e all'estero.

AmMESSO che funzionino, queste terapie andrebbero somministrate ai primi segni di demenza, non quanto il declino cognitivo è conclamato. Il problema è fare una diagnosi precoce. Sono state sintetizzate sostanze che, marcate con un tracciante radioattivo, identificano le placche di beta amiloide nel cervello di pazienti senza sintomi. Una di queste, Amyvid, è stata approvata negli Stati Uniti per l'uso clinico e la si sta testando come strumento diagnostico. Infine si cerca di individuare, nel liquido spinale o addirittura nel sangue, «biomarcatori»: molecole che facciano da spia prima che i sintomi della malattia si presentino. E, ancora, che consentano di distinguere l'Alzheimer dalle forme meno frequenti di demenza. La speranza è che i progressi nella diagnosi precoce consentano di curare chi ancora non si è ammalato, prevenendo il declino cognitivo. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA CURA CON GLI ANIMALI

La «pet therapy» aiuta le persone con Alzheimer a ritrovare emozioni e sentimenti. Lo dice uno studio pilota condotto a Napoli, coordinato dalla geriatra Annalisa di Palma e da Francesca Menna, docente dell'Università Federico II.

ALZHEIMER

L'EMERGENZA
DEL SECOLO

Per i malati, la demenza senile è una perdita totale di memoria e di identità. Per i loro familiari, è un labirinto senza fine. Dove l'unica via d'uscita è sapere a chi rivolgersi per avere aiuto e che tipo di sostegno chiedere a Comuni e Regioni.

di Maria Pirro

È

il prezzo che paghiamo, forse il più caro, per una vita sempre più lunga. Un bambino su tre di quelli nati quest'anno, dicono alcune stime, quando sarà vecchio soffrirà di qualche tipo di demenza. Già oggi, nel mondo, la demenza, di cui l'Alzheimer è la forma più diffusa, riguarda circa 46 milioni di ammalati (che saranno 131 nel 2050).

In Italia gli anziani affetti da demenza sono 1 milione e 241 mila, e 70 mila i nuovi casi l'anno. Secondo i dati, l'incidenza è più che raddoppiata negli ultimi 10 anni. I costi di questa emergenza sanitaria e sociale, che già superano in Italia i 37 miliardi di euro l'anno, con il tempo diventeranno insostenibili. Sia per lo Stato, sia per chi ha un malato in casa.

Il dramma di questa malattia infatti travolge non solo chi ne è colpito, ma anche i familiari. E molto (troppo) dipende da dove si vive. Il Piano nazionale per le demenze ha zero finanziamenti e tante diverse realtà locali: criteri e modelli organizzativi cambiano da una Regione all'altra, con una drammatica disomogeneità nell'offerta di sostegni e servizi. Peraltro, prendersi cura di un anziano non più autosufficiente non è un calvario riservato solo a chi ha un genitore con diagnosi di Alzheimer: il decadimento cognitivo può colpire per altre vie (placche aterosclerotiche nel cervello dovute a ipertensione, colesterolo alto, abuso di alcol...). Poco cambia. Lo smarrimento e le angosce dei familiari sono le stesse: «Ho una madre ottantenne con demenza senile e sono disperata, non so come gestirla» si sfoga Giulia su un forum online. «A mio padre è stata

**OGGI IN ITALIA SONO 1 MILIONE E 241 MILA
LE PERSONE COLPITE DA ALZHEIMER, CON 70 MILA
NUOVI CASI DIAGNOSTICATI OGNI ANNO**

diagnosticata demenza con sindrome depressiva. Ho passato giorni infernali su internet cercando consigli, aiuti, informazioni» racconta un altro utente. «Qualcuno può aiutarmi?». Ecco, il dramma di malati e famiglie è tutto in questa domanda.

CURARLI A CASA

«Per mia madre, la casa è l'unico punto di orientamento che le resta» racconta Lorenzo Radice, dirigente d'azienda milanese, 44 anni, tornato ad abitare con la mamma nel 2009, un anno dopo la diagnosi di Alzheimer. Lorenzo riceve ogni mese l'assegno di accompagnamento: 508 euro, che l'Inps dà nei casi di malattia dove l'invalidità è del 100 per cento (vi rientra l'Alzheimer avanzato, e altre patologie gravi); l'assegno non dipende dal reddito, ma l'invalidità

deve essere certificata dal medico o dal neurologo (vedere riquadro a destra). Poi c'è la badante, che nel caso di Lorenzo costa 1.350 euro lordi al mese (contratto regolare, più vitto e alloggio gratis). E quando la donna non c'è? «Il badante sono io. Dalla Asl ricevo 120 pannoloni al mese, comunque insufficienti. Se non segnalo urgenze, come le piaghe da decubito, non viene un infermiere a verificare con regolarità come procede, e organizzo io, anche a mie spese, i controlli a domicilio».

Gli aiuti provenienti dagli enti locali, cioè Regioni e Comuni (l'indennità di accompagnamento viene invece dallo Stato), sono anch'essi a geografia variabile. E nell'offerta non c'è uniformità. Simone Bracci abita a Bari: a 35 anni non se n'è mai andato di casa perché si è ammalato prima suo padre e poi sua madre. Stessa diagnosi di demenza. «Papà è morto tre anni fa, da allora lei si è aggravata e oggi non parla più e cammina a fatica». Chi lo aiuta? «Lavoro part-time e mi aiuta la mia compagna. Dal Comune ho ottenuto due ore di assistenza domiciliare al giorno». Con l'assegno dell'Inps Bracci paga, solo in parte, due badanti contattate tramite un'associazione di volontariato.

«Nei casi più gravi un solo badante non è sufficiente» osserva Gabriella Salvini Porro, presidente della Federazione Alzheimer. «Ce ne vuole uno per il giorno e uno per la notte. E la spesa oscilla intorno a 2 mila euro al mese». Anche di più, talvolta. «Una presenza 24 ore su 24 può arrivare anche a 2.600-2.800 euro al mese» calcola Tiziano Barone, il direttore dell'ente regionale Veneto Lavoro. Per

aiutare le famiglie a trovare badanti affidabili, la Regione Veneto ha creato un sito web (www.euriclea.it) che facilita l'incontro tra domanda e offerta qualificata. «L'iniziativa nella fase di start-up ha portato a stipulare finora 2.300 contratti» dice Barone.

Di fronte ai costi elevati per una badante, altre Regioni si stanno muovendo: dal primo aprile 2015, per esempio, il Friuli Venezia Giulia ha introdotto bonus e rimborsi extra per sostenere la spesa e la permanenza degli anziani non autosufficienti nelle proprie abitazioni. Mentre dal 2007 l'Emilia-Romagna ha costituito un fondo per finanziare i servizi socio-sanitari rivolti alle persone in condizioni di non autosufficienza e a chi che se ne prende cura: in 8 anni le risorse aggiuntive impegnate sono state di 961 milioni. Ma anche in questo caso, ogni Regione decide per conto suo.

I CENTRI CHE LI ACCOLGONO

Publicato a gennaio 2015, il Piano nazionale Demenze fornisce le linee guida cui si devono attenere le Regioni per organizzare i servizi dedicati a questa patologia. E proprio in questi giorni, l'Istituto superiore di sanità sta terminando il primo censimento nazionale su tutte le attività collegate alle demenze, dai centri abilitati a fare la diagnosi alle strutture residenziali. «Sarà presentato il 13 novembre e pubblicato sul sito dell'Iss, con indirizzi e recapiti utili per sapere a chi rivolgersi» dice Nicola Vanacore dell'Iss, responsabile del progetto: «Lo studio servirà anche a individuare i punti critici su tutto il territorio».

Questa anagrafe ha censito, in tutta Italia, 2.091 servizi, così divisi: 866 Rsa, ossia Residenze sanitarie assistite per anziani con demenza, tra pubbliche e convenzionate (oltre il 70 per cento), di cui 448 al Nord, 274 al Centro, e 144 al Sud e nelle isole; 587 Centri per il decadimento cognitivo e le demenze (sono le ex U.V.A., Unità valutazione Alzheimer, che hanno cambiato nome); e 638 Centri diurni, che accolgono i malati alla mattina e li riportano la sera.

Particolarmente drammatica appare la situazione al Sud e nelle isole (dove i malati di demenze sono un terzo dei casi totali), specie in quella fase intermedia della malattia dove la badante non basta più, ma le condizioni del malato non sono ancora così gravi da indurre al ricovero. Fondamentali, in questo caso, sarebbero i Centri diurni integrati, ma se al Nord ce ne sono 506, nel Sud e isole sono appena 55.

Chi cerca una Residenza assistita per un parente malato, annaspa spesso nel buio, soprattutto all'inizio: «Dove sono le case di cura, quanto costano, dove trovare quella giusta?». A fornire l'elenco delle strutture sul territorio sono le Asl, che nel loro sito specificano anche posti letto e tempi di attesa. Spesso lunghi (da 90 a 180 giorni, secondo un'indagine Auser).

Per semplificare la ricerca, e dare dettagli sulla qualità dell'assistenza, alcune Regioni fanno qualcosa in più: Stefania Saccardi, assessore al diritto alla salute della Toscana,

Come gestire il malato

PER IL RICOVERO IN UNA RSA

1. A fare richiesta di ricovero in una Rsa (Residenza sanitaria assistita, pubblica o accreditata con il Ssn) può essere lo stesso malato, un suo familiare, un assistente sociale, il medico curante o il tutore (se il malato non ha parenti). La domanda va inoltrata alla Asl o al Comune.
2. L'elenco delle Rsa presenti sul territorio viene fornito dalla Asl di appartenenza (è visibile anche sul sito della Asl, del Comune o della Regione). È indicato il tipo di assistenza, il numero dei posti e la lista di attesa.
3. Prima del ricovero in una Rsa viene effettuato un esame clinico del malato da parte di un'Unità di valutazione geriatrica (della Asl o della struttura scelta), in modo da decidere un «piano assistenziale individuale».

PER OTTENERE L'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO

1. L'indennità di accompagnamento, 508 euro, viene data dall'Inps. Non dipende dal reddito ma vale solo per i casi di invalidità totale («inabilità del 100% per affezioni fisiche o psichiche») nei quali rientra la demenza senile.
2. Per fare la richiesta occorre rivolgersi al proprio medico di base e ottenere il certificato medico che attesta il grado di invalidità.
3. Una volta ottenuto il certificato, la domanda all'Inps va fatta accedendo al sito www.inps.it, oppure rivolgendosi alle associazioni di categoria dei disabili (che lo faranno con i loro servizi telematici).
4. L'indennità arriva a casa il mese successivo alla presentazione della richiesta.

PER SAPERE QUALI AIUTI SI POSSONO RICEVERE DALLA REGIONE O DAL COMUNE

Sul portale online delle Regioni (per esempio, Regione Lombardia Asl Milano) si trova:

1. La mappa delle U.v.a., Unità valutative Alzheimer, presenti sul territorio: fanno diagnosi, seguono il malato insieme al medico di base, aiutano nell'ottenere ausili e presidi medici e sanitari.
2. L'elenco delle Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) e dei Centri diurni integrati (i malati vengono prelevati la mattina e riportati a casa la sera).
3. Lo Sportello Badanti e Assistenti familiari.
4. Le informazioni per ottenere l'Adi, Assistenza domiciliare integrata (infermieri/terapisti), e il «voucher socio-sanitario»: contributo economico consistente in «buoni d'acquisto» per comprare prestazioni di assistenza sanitaria.

COPERTINA

ha annunciato la creazione di un portale, sul sito www.valoreinrsa.it, dove sarà consultabile la sezione dedicata all'offerta residenziale.

La richiesta per entrare in una Rsa può essere fatta dal familiare, dall'assistente sociale, dal medico curante. Nelle residenze sanitarie assistenziali una parte della retta, il 50 per cento, è rimborsata alla struttura dal Servizio sanitario regionale (e questo vale per tutte le Regioni); il restante 50 per cento è, o meglio sarebbe, a carico del Comune. Che però, in base a norme regionali o comunali, può chiedere una «compartecipazione» all'assistito. «Quest'ultima clausola fa sì» come spiega una recente Ricerca nazionale dell'Auser «che il Comune intervenga solo nei casi in cui il reddito è inferiore a certe fasce». Di recente, alcune sentenze della Cassazione hanno stabilito che, in casi di particolare gravità, le rette siano a carico interamente del Comune (vedere riquadro a destra).

Domenico Crisarà, medico di famiglia a Padova e rappresentante Fimmg, lancia l'allarme: «Con i nuovi parametri Isee, ossia gli indicatori della situazione eco-

nomica, e i ridotti contributi sociali da parte degli enti locali, molti non ce la fanno a pagare le rette; e arrivano al punto di vendere la nuda proprietà di casa per coprire queste spese».

Mario Scognamiglio, direttore del dipartimento Fragilità dell'Asl di Napoli, aggiunge: «I nostri assistiti fatica anche a pagare il ticket, fino a 35 euro al giorno, per le attività nel Centro diurno e rinunciano a terapie decisive per rallentare la progressione della malattia».

IL MODELLO BRESCIA

Ma esiste un luogo dove l'offerta di assistenza (nelle strutture o a domicilio) è capillare, qualificata, facilmente accessibile e non a costi proibitivi? Esiste, ed è Brescia. I numeri parlano chiaro: a Brescia e dintorni (in tutta la provincia, nel 2014, sono state censite 15.616 persone con demenza, di cui 7.796 con Alzheimer) sono disponibili 6.564 letti in 84 Rsa, 923 posti nei 54 centri diurni integrati, e 11.200 anziani ogni anno sono inseriti nell'Assistenza domiciliare integrata (Adi). Dal 2011 il Pdta, il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il decadimento cognitivo, è definito nel dettaglio e monitorato per verificare che sia rispettato.

La ragione di questa realtà eccezionale? Una donna, il direttore del dipartimento Assi dell'Asl, Fausta Podavitte, che per 12 anni ha curato la madre con Alzheimer e che a *Panorama* spiega il segreto della ricchezza di informazioni, qui disponibili da anni: «Le prendiamo da tutte le banche dati esistenti, anche dalle schede di dimissioni ospedaliere e da quelle di esenzione ticket, e dai piani terapeutici delle Unità di valutazione Alzheimer. Con i codici fiscali, possiamo rintracciare i malati in qualunque servizio siano, per programmare i servizi».

Non solo: «Abbiamo numerose iniziative rivolte ai medici di famiglia, perché sappiano come agire». Il percorso prevede che,

di fronte al dubbio di demenza, il medico di base utilizzi un questionario e determinati esami per velocizzare l'iter degli accertamenti e presentare il paziente alla struttura specialistica scelta. «Entro 30 giorni il centro fissa la prima visita multidisciplinare e pianifica i follow-up successivi» precisa Podavitte. Un'altra novità, sempre a Brescia, è la Rsa aperta: da 41 residenze vengono mandati operatori a casa degli ammalati per aiutarli nell'igiene e provvedere a interventi educativi e psicologici. Il servizio è gratuito: da aprile ad agosto, ne hanno usufruito 440 anziani.

Provare per credere? Spostarsi da una città all'altra e accedere gratuitamente ai servizi non è facile: è possibile solo se (e capita raramente) la Asl o la Regione di residenza

**UN BAMBINO SU TRE,
FRA QUELLI NATI NEL 2015,
QUANDO SARÀ ANZIANO
SOFFRIRÀ DI ALZHEIMER**

autorizzano il trattamento in trasferta, assumendosene l'onere economico.

GLI ESEMPI DA SEGUIRE

Progetti innovativi sono in corso anche altrove, seppure in uno scenario ancora frammentato. Andrea Fabbo, geriatra e direttore del programma Demenze della Ausl di Modena, ha creato una rete tra medici di famiglia, specialisti e operatori dei servizi sociali («L'integrazione è fondamentale», spiega), e a Sassuolo ha reso automatico il rinnovo del piano terapeutico, che avviene senza effettuare la visita di controllo. La sperimentazione funziona così: pochi giorni prima della scadenza, il medico di famiglia scrive al Centro demenze via posta elettronica e i suoi colleghi, dopo aver visionato la cartella clinica, re-inviano il documento firmato e timbrato; così un familiare dell'ammalato ritira il piano terapeutico rinnovato direttamente in ambulatorio.

A Treviso Maurizio Gallucci, responsabile dell'Unità operativa disturbi cognitivi e della memoria, ha rilanciato la riabilitazione cognitiva attraverso passeggiate e letture collettive. «Prima di chiudersi in se stessa, mia madre ha sofferto soprattutto perché il telefono è diventato muto» racconta Radice. «Le amiche hanno smesso di chiamarla e la domenica a messa, quando lei salutava tutti con il timore di non riconoscere qualcuno, si amareggiava perché la guardavano con circospezione».

Il dottore Pietro Schino (figlio del giornalista Ignazio Schino, colpito dalla patologia e morto nel 2008) ha aperto a Bari la Casa Alzheimer Don Tonino Bello: «Cerchiamo di fare fronte alle questioni quotidiane con l'ascolto, l'assistenza legale per le pratiche di invalidità e la nomina gratuita dell'amministratore di sostegno».

Mario Scognamiglio, l'infaticabile medico che cura l'Alzheimer a Napoli e ha personalmente vissuto il calvario a casa con il padre malato, vive circondato da pazienti affetti da demenza, al punto da temere di perdere se stesso nelle stanze della dimenticanza. Lui non è malato, e confida: «Ho scritto a mio figlio perché so per esperienza quanto sia brutto non sentirsi più dire dal papà: "Ti voglio bene". La lettera, che gli ho indirizzato comincia così: figlio mio, ho 60 anni e ho iniziato ad avere disturbi di memoria. Anche solo parlarne mi fa bene».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MA CHI PAGA LA RETTA?

Due sentenze della Corte di cassazione dicono che, nei casi gravi, i costi della degenza sono a carico del Comune.

Nei casi di Alzheimer più invalidanti, quando le condizioni del malato richiedono una «stretta correlazione tra prestazioni sanitarie e assistenziali», l'intera retta per il ricovero in una Rsa va pagata dal Comune di appartenenza. Lo ha stabilito una sentenza della Corte di cassazione (numero 4558, 22 marzo 2012) accogliendo il ricorso dei familiari di una donna malata di Alzheimer, che avevano chiesto al Comune il rimborso di quanto versato per la degenza. La Corte ha dato ragione alla famiglia: nei casi più gravi, nulla è dovuto né dal paziente ricoverato in Rsa pubbliche o convenzionate, né dai suoi parenti. Non importa se norme regionali affermano il contrario e chiedono una compartecipazione alla spesa. Non è l'unica sentenza schierata con le famiglie dei malati. Il Tribunale di Milano, con la sentenza 7020 del 5 giugno 2015, ha ribadito che nulla è dovuto dagli eredi di un malato di demenza per il suo ricovero in una residenza sanitaria assistita. Dopo la morte dell'anziano, il Comune aveva presentato il conto ai fratelli: 125.702 euro (e 53 centesimi) per le rette di degenza mai pagate. Il ricorso è stato accolto perché anche in questo caso, a causa della grave situazione clinica, era impossibile distinguere tra prestazioni assistenziali e sanitarie. Accade, tuttavia, che a figli o nipoti di ricoverati le case di cura chiedano di firmare un documento che li impegna a saldare. «Anche la promessa di pagamento sottoscritta è da ritenersi nulla» risponde l'avvocato Giovanni Franchi, che aggiunge: «Ovunque sia o sia stato ricoverato il malato, a meno che non avesse preferito una casa di cura privata non convenzionata, gli eredi possono chiedere la restituzione di quanto corrisposto negli ultimi 10 anni». E chi è il debitore? «Chi incassato i soldi. Il Comune nel caso di una Rsa comunale o la casa di cura convenzionata». Tutto questo vale solo per chi non può permettersi di contribuire alla spesa? «Da un punto di vista strettamente giuridico, non c'è differenza tra ricco e povero» dice Franchi che come consulente legale di Confconsumatori segue al momento otto procedimenti che puntano a ottenere la restituzione dei soldi. «La minaccia di Rsa e Comuni è lasciare a casa il malato, ma è un reato e si chiama abbandono di incapace». L'associazione ha scritto a tutti i governatori per chiedere se hanno cambiato le leggi regionali dopo la sentenza della Cassazione. «Ci hanno risposto Lombardia, Emilia, Friuli, Lazio e Sicilia. Solo la Sicilia ha affermato di aver rivisto la normativa, ma restano da verificare i dettagli» dice il vicepresidente di Confconsumatori, Francesca Arnaboldi, che chiede un incontro nazionale sul problema. (M.P.)



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Lo scandalo sanità Appalti e presidi locali

Inchiesta Asl la Procura avvisa gli indagati

Chiuse le indagini su Rossi,
De Girolamo, Ventucci, Papa
Barone e Napoletano

Sei indagati in uno dei filoni dell'inchiesta sull'Asl sannita. Ieri la Procura della Repubblica ha notificato la conclusione delle indagini per la parlamentare di Forza Italia Nunzia De Girolamo già ministro delle Politiche agricole, per l'avvocato Giacomo Papa, per Gelsomino Ventucci (attualmente commissario dell'azienda sanitaria), Michele Rossi (ex manager), Luigi Barone (ex capostaff della De Girolamo, attualmente capo della segreteria politica del sottosegretario alla Difesa Gioacchino Alfano), per Michele Napoletano sindaco di Airola. I reati addebitati agli indagati con posizioni processuali diverse sono - a vario titolo - concorso in concussione, abuso di ufficio, offerta di utilità per ottenere il voto elettorale. Ora, trascorsi sei mesi dopo la prima richiesta di proroga, c'è stato il provvedimento della Procura a firma del procuratore Giuseppe Maddalena e del sostituto procuratore Nicoletta Giammarino. I sei indagati hanno venti giorni per chiedere di essere interrogati o esibire documenti. Poi il magistrato tirerà le conclusioni. Si tratta di un filone, quello delle presunte irregolarità presso l'Asl di Benevento, aperto con i provvedimenti del 27 dicembre 2013, emessi dal gip Flavio Cusani che aveva accolto le richieste del sostituto procuratore della Repubblica dell'epoca Giovanni Tartaglia Polcini il quale aveva fatto scattare alcuni arresti e obblighi di dimora per lo più nei confronti di amministratori di società che avevano offerto servizi all'azienda sanitaria e dirigenti Asl che, secondo l'accusa, li avrebbero favoriti e che ora sono a giudizio. Nell'avviso di conclusione delle indagini, in particolare, a Giacomo Papa e Luigi Barone si contesta di aver fatto minacce nei confronti di dirigenti dell'Asl circa delibere che stavano preparando per le unità complesse di pneumatologia. Contestata la concussione a Rossi che su determinazione della De Girolamo, e Barone Papa estranei all'ente, avrebbero intimato al dirigente del Provvedito-

rato di non decidere le commissioni per quattro gare già bandite. Sempre concussione solo per Rossi e De Girolamo che avrebbero costretto il legale rappresentante dell'ospedale «Fatebenefratelli» a liberare i locali all'interno del nosocomio occupati da Mario Liguori, in modo da consentire la stipula di un nuovo contratto per la gestione del bar con Giorgia Liguori nipote della De Girolamo.

Inoltre abuso di ufficio in concorso per Rossi, Ventucci, De Girolamo e Barone, perché avrebbero avanzato alla dirigenza Asl «per motivi politica clientelare» la richiesta di non operare la compensazione della quote dovute ai medici di assistenza primaria e pediatrica per la campagna vaccinale del 2012 con le somme di cui l'Asl era creditrice nei confronti dei medesimi i medici. Producendo, secondo l'accusa, un vantaggio a questi medici evento non verificatosi per cause non dipendenti dalla volontà degli indagati. Per voto di scambio, sostiene l'accusa, De Girolamo avrebbe promesso al sindaco di Airola Michele Napoletano, esponente Pd, il trasferimento nel suo comune di alcune strutture sanitarie dell'Asl allocate a Montesarchio. Infine Rossi, Ventucci, De Girolamo e Barone, avrebbero commesso abuso di ufficio nell'istituire il Psaut di San Bartolomeo e il trasferimento dei Saut di Foiano e Ginestra. Alla base delle indagini svolte dalla Guardia di Finanza anche delle registrazioni audio fatte da Felice Pisapia, ex direttore amministrativo Asl, già a giudizio in altri procedimenti collegati. Gli avvocati Gaetano Pecorella e Angelo Leone che difendono l'ex ministro De Girolamo che è al centro di quelle registrazioni, ne avevano sostenuto l'inutilizzabilità e oggi questa istanza sarà al vaglio del Gip Cusani. I file audio depositati da Pisapia contengono registrazioni di dialoghi e conversazioni della stessa De Girolamo ai tempi in cui era coordinatrice provinciale del Pdl. Gli audio riguardano riunioni in cui si discuteva tra l'altro degli assetti dell'Asl. Raggiunta telefonicamente dal *Mattino*, De Girolamo ha detto «di non aver ricevuto alcun atto; mi riserverò di intervenire in seguito ma sono serena».

e.m.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'Asl La sede di via Oderisio che s'immette su piazza Risorgimento

Ospedale, diagnostica: boom di richieste

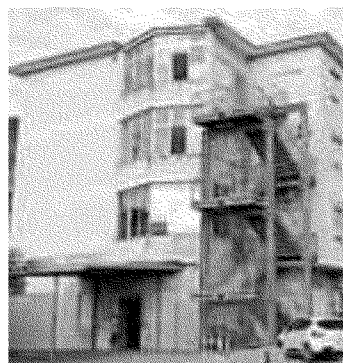
Il caso

Si combatte contro l'esplosione delle liste d'attesa al presidio Lunedì De Luca alla S. Michele

MADDALONI. Boom di richieste diagnostiche: si combatte contro l'esplosione delle liste d'attesa all'ospedale. Si lavora per un obiettivo ambizioso: arrivare al 31 dicembre «garantendo sempre il costante contenimento dei tempi di attesa» per le principali prestazioni diagnostiche. Sembra irrefrenabile la crescita della domanda di prestazioni diagnostiche, a partire da quelle radiologiche. Adottate misure straordinarie per mantenere l'erogazione delle prestazioni, nell'ambito dei livelli standard del servizio sanitario nazionale e dei livelli essenziali di assistenza (Lea). Per questo, è stato rafforzato il «piano organizzativo straordinario» ospedaliero: oltre alla separazione degli spazi di erogazione delle prestazioni da quelli destinati all'attesa, sono state aumentate le sedute diagnostiche (con ben cinque dedicate esclusivamente ai pazienti oncologici).

Inoltre, per contenere le attese

eccessive o le difficoltà di accesso, sono state prolungate anche di pomeriggio le operazioni di prenotazione, accettazione e pagamento dei ticket. Complice l'esaurimento del budget 2015 riconosciuto alle strutture private accreditate, molti pazienti in urgenza accedono ai servizi diagnostici tramite il Pronto Soccorso. Raddoppiate le prestazioni degli ambulatori con l'installazione di una doppia poltrona per i prelievi. Ma non basta: con cinque medici in forza alla radiologia, nonostante lo straordinario, non si potranno ulteriormente incrementare gli accessi. «Siamo al punto di non ritorno - conferma il direttore sanitario Gennaro Ferraro - da que-



sto momento in poi, con questo personale e rispettando rigorosi criteri di accesso secondo principi di priorità sanitaria, non potremo dare risposte alle crescenti domande dell'utenza se non dilatando i tempi di attesa».

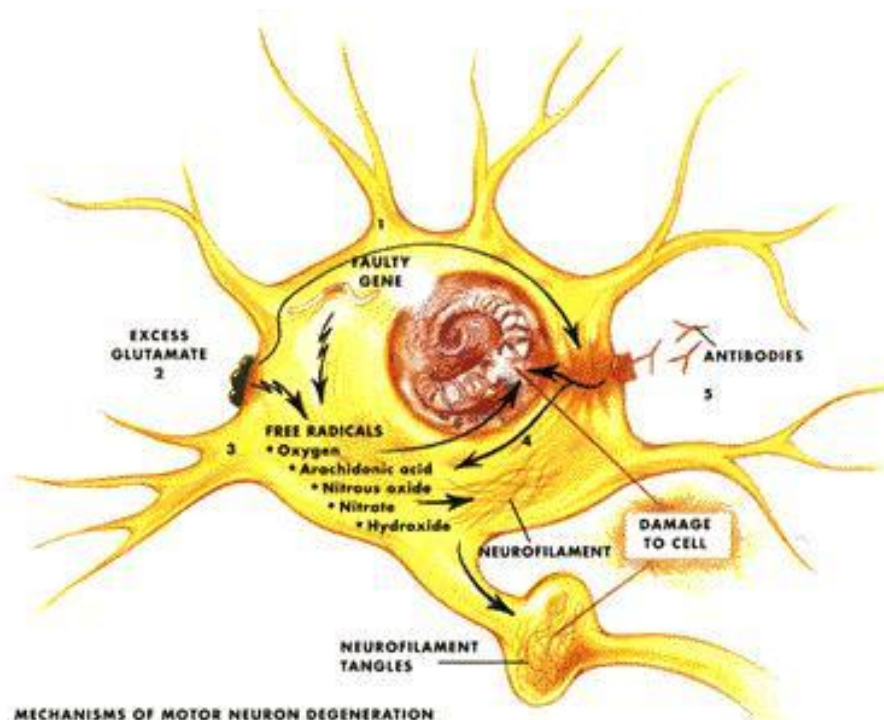
Si può lavorare molto. Ma non si possono fare miracoli: fino al 31 dicembre potranno essere mantenuti questi ritmi produttivi solo se il risicato personale in servizio non verrà meno per malattia. In questo clima surreale e a parti rovesciate, dove le strutture pubbliche soccorrono e fanno supplenza nei confronti di quelle private, Maddaloni nei prossimi giorni sarà il «centro della sanità campana». Da un lato, un ospedale (il più produttivo dell'Asl) ma che necessita di un adeguamento per le alte richieste e dall'altra la Clinica San Michele che inaugura la prima «sala operatoria ibrida» della Regione. Al centro dell'attenzione ci sarà il governatore Vincenzo De Luca, che lunedì alle 17.30, inaugurerà una struttura di frontiera nel campo delle «applicazioni cliniche e chirurgiche» per la cardiocirurgia, chirurgia vascolare, ortopedica e traumatologica erogate dalla San Michele.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Tumori. La tecnologia italiana a caccia di cellule rare

FIRENZE

Saranno i dipartimenti di oncologia pediatrica – per i tumori e i meccanismi autoimmuni post trapianto – e di Neuroscienze – per le epilessie – a ottenere i benefici maggiori dall'innovativo strumento "Deparray" donato dal Gruppo farmaceutico Menarini all'Ospedale pediatrico Meyer di Firenze. La nuova tecnologia consente di selezionare in modo automatico e recuperare cellule rare purissime a partire da campioni di vario tipo: sangue, midollo osseo, liquido pleurico, tessuti da biopsia. Le cellule selezionate con la nuova procedura, che sfrutta i principi della dielettroforesi, sono mantenute intatte, vive e capaci di riprodursi, e quindi pronte per successive indagini molecolari di Dna o Rna.

I ricercatori del nosocomio, spiega una nota di Menarini e della controllata Silicon Biosystems che detiene il brevetto di Deparray, potranno ora comprendere «i più segreti meccanismi genetici dei tumori aprendo nuove strade verso terapie sempre più personalizzate per i piccoli pazienti». L'installazione del dispositivo «consentirà di studiare a fondo sia le cellule tumorali circolanti che i tumori solidi pediatrici» e di «migliorare le conoscenze sulla genetica di tumori».

Per il direttore dell'Oncologia pediatrica del Meyer, Claudio Favre, si potranno «isolare anche pochissime cellule tumorali circolanti e purissime» in grado di offrire «informazioni importanti come markers per la valutazione e l'eventuale sviluppo della malattia metastatica». Più che in passato potranno essere indagate «la biologia e l'aggressività del tumore», impostando di conseguenza «un profilo molecolare per ciascun paziente». L'altro filone di ricerca investe il ruolo del sistema immunitario dopo il trapianto attraverso l'analisi delle biopsie intestinali. «L'obiettivo è individuare anche eventuali marcatori biologici – conclude Favre – per predire l'insorgenza e la gravità della disregolazione immunitaria e controllare la malattia». Dai tumori all'epilessia: estraendo il Dna dalle cellule isolate dai vari tessuti, osserva il direttore delle Neuroscienze della struttura fiorentina, Renzo Guerrini, «studieremo le mutazioni genetiche responsabili del cambiamento delle caratteristiche morfologiche e funzionali dei neuroni alla base dell'epilessia». Ce n'è abbastanza perché il direttore generale del Meyer, Alberto Zanobini, parli di «apertura di una nuova frontiera della ricerca scientifica» grazie a una «tecnologia avanzatissima a livello mondiale». Il numero uno di Menarini, Lucia Aleotti, si coccola una tecnologia che ha trovato posto «in primari centri di ricerca in Europa, Usa e Giappone» e che adesso è «affidata alle mani esperte dei ricercatori del Meyer».

Vito Salinaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

📍 *La frontiera*

Il trapianto di cromosoma (femminile) cura le cellule

di **Adriana Bazzi**

I chirurgi del Dna hanno realizzato, per la prima volta al mondo, il trapianto del cromosoma femminile X, da una cellula a un'altra. Teatro degli esperimenti, il laboratorio del Centro Nazionale delle Ricerche (Cnr) all'Istituto Humanitas di Milano, diretto da Paolo Vezzoni, in collaborazione con altre istituzioni, tutte italiane. Perché la scelta dell'X? Perché a questo sono legate malattie trasmesse dalle mamme (che non si ammalano perché hanno due cromosomi) ai figli maschi (che di X ne hanno uno solo). Parliamo di distrofia muscolare di Duchenne, di sindrome di Turner (donne che hanno un unico cromosoma X) o di emofilia, la malattia del sangue che ha colpito figli e nipoti della Regina Vittoria di Inghilterra. La nuova tecnica di trapianto potrebbe, in futuro, curare queste malattie. Ecco come funziona. «Siamo partiti da una cellula "donatrice" sana, con tutti i suoi cromosomi — spiega Vezzoni, semplificando molto, perché le procedure (descritte sulla rivista *Oncotarget*) sono complicate — l'abbiamo "frammentata" in microcellule, ognuna contenenti un singolo cromosoma, abbiamo

preso quella con l'X e l'abbiamo fatta fondere con una cellula staminale malata. Risultato: quest'ultima espelle il cromosoma X malato, conservando quello sano trapiantato». Ottenere una cellula staminale «guarita» è solo il primissimo passo. Occorre, poi, differenziarla e produrre i tessuti da utilizzare sul paziente. L'idea è quella di intervenire con il trapianto sulle cellule (malate) del paziente che si vuole curare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Di fragilità ossea non si ammalano solo le donne in menopausa: cresce il rischio fratture anche negli uomini

Lui come lei allarme osteoporosi

LA PATOLOGIA

Di osteoporosi non si ammalano solo le donne in menopausa. In Italia almeno 1.500.000 maschi adulti (contro 3,5 milioni di donne, infatti, sono affetti da questa patologia ossea. Ma sono pochi gli uomini ai quali, il disturbo, viene diagnosticato precocemente.

L'osteoporosi non dà sintomi né segnali, se non quando, e spesso è troppo tardi, ci si frattura un femore, una spalla o una vertebra. Sono numeri di "un'epidemia" destinati ad aumentare. L'allarme arriva dal presidente della Società italiana di endocrinologia, Andrea Lenzi: «Dopo i 50 anni una donna su tre e un uomo su cinque subiscono una frattura da osteoporosi, la prima causa di disabilità. Moltissimi uomini ne soffrono ma pochi sanno di essere a rischio, si controllano o si curano. Opportuno, quindi, il monitoraggio annuale, a partire da quell'età, dei livelli di testosterone per valutare l'eventuale ricorso a una terapia sostitutiva. Un deficit di testosterone, infatti, può comportare la riduzione di massa muscolare e di tessuto osseo con un elevato rischio fratture».

LA PREVENZIONE

Secondo l'International osteoporosis foundation (Iof) oggi è l'uomo il vero "sesso debole" in materia di salute delle ossa: un terzo delle fratture di femore avviene in un maschio e nella maggior parte dei casi l'osteoporosi ma-

«CALA IL TESTOSTERONE NECESSARI I CONTROLLI ANNUALI PER VALUTARE LA TERAPIA SOSTITUTIVA»

Andrea Lenzi
Società italiana endocrinologia

schile è più grave. «Gli uomini hanno ossa più grandi, perciò si fratturano mediamente più tardi - sostiene Maria Luisa Brandi, endocrinologa al Careggi di Firenze e presidente della F.i.r.m.o Fondazione Raffaella Becagli - Ma anche più tardi arrivano dal medico, quando hanno già avuto fratture inspiegabili. Fatichiamo non poco a far capire loro che molti fattori di rischio che si applicano alle donne valgono anche per gli uomini: una storia familiare di osteoporosi, l'età avanzata, una frattura dopo i 50 anni sono tutti elementi che aumentano il pericolo di avere le ossa troppo fragili. Occorre fare attenzione anche all'osteoporosi secondaria, causata da terapie farmacologiche. Cure prolungate a base di antitumorali e cortisonici, come nelle donne, favoriscono la fragilità ossea».



Le fratture da "debolezza" ossea, conseguenza grave dell'osteoporosi, hanno un'incidenza che non deve essere assolutamente sottovalutata: secondo la World health organization ogni 3 secondi, si verifica una frattura da fragilità osteoporotica a carico di femore, polso e vertebre.

Oltre ai fattori genetici, gli stili di vita giocano un ruolo importante nella malattia: niente fumo, alimentazione a base di calcio e vitamina D, esercizio fisico. Oggi l'osteoporosi si conosce e si combatte anche sullo smartphone grazie all'app gratuita "Salute delle ossa" (disponibile per iOS e Android) che permette di verificare se abbiamo preso abbastanza sole, necessario per l'apporto di vitamina D. Nel sito www.salutedelleossa.it tutte le informazioni perché uomini e donne imparino a tutelare l'apparato scheletrico. Ancora troppo spesso, infatti, si tende a sottovalutarne i sintomi, come il dolore nei tratti dorsale e lombare della colonna, considerandoli fisiologici dell'invecchiamento.

Francesca Filippi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I consigli

Attenti alla cucina

► La cucina, dentro casa, è il luogo a maggior rischio cadute, seguita dalla camera da letto e scale

Piegarsi così

► Evitare di flettere il dorso per raccogliere qualcosa o sollevare un peso da terra: meglio piegarsi sulle ginocchia

Calcio quotidiano

► Assunzione corretta di calcio giornaliero: 200 ml di latte, 1 yogurt e 40gr formaggio stagionato