



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Obiettivi Asl

Accreditamenti la Regione anticipa a giugno



Accreditamenti delle strutture sanitarie private: per gli ex convenzionati la dead line - per entrare a pieno titolo nelle rete delle strutture che erogano prestazioni in nome e per conto del servizio sanitario regionale - è il prossimo 31 ottobre. Ma la Regione - per voce di Mario Vasco, direttore generale del dipartimento per la Salute della Campania - intende centrare l'obiettivo già entro il prossimo 30 giugno. L'annuncio è stato dato ieri nel corso del forum sulla Sanità promosso dall'Associazione di categoria della sanità privata territoriale che si è svolto ieri presso l'assessorato regionale. «Il nostro obiettivo - ha detto Vasco - è completare l'iter degli accreditamenti entro il prossimo giugno». Rispetto alle 1536 domande giunte un anno fa alla piattaforma informatica attivata dalla Soresa sono state lavorate dalle Asl circa l'80% delle istanze. Intanto la Regione accusa una battuta di arresto con lo stop acceso dal ministero della Salute e delle Finanze che ritengono non proponibili gli accreditamenti in assenza della indicazione della soglia minima di efficienza da raggiungere nell'ambito delle aggregazioni definite dal decreto commissariale. Un decreto che ha innescato vivaci proteste da parte dei circa 4mila lavoratori che rischiano di perdere il posto nell'ambito degli effetti della nuova normativa.

IN VETRINA

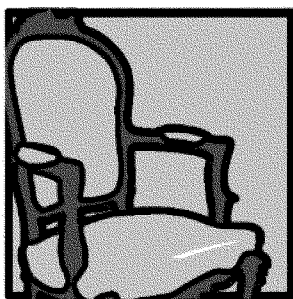
▼ **Regioni: spending tutta nel Patto. Subito il Titolo V**

Spending soft di Cottarelli per il Ssn. Incontro Regioni-Renzi: «Tutto nel Patto e subito le riforme». (Servizio a pag. 4)

La ricetta di Carlo Cottarelli per i risparmi da ottenere nella pubblica amministrazione

Ssn, spending soft nel Patto

Lorenzin punta più alto: possibili razionalizzazioni da 10 mld in 3 anni



La spending review si occuperà di sanità - e Matteo Renzi nell'incontro della scorsa settimana con i governatori (vedi pezzo in questa pagina) ha promesso alle Regioni di fare un ulteriore approfondimento in materia - ma lo farà senza maniere forti.

Carlo Cottarelli, nel suo rapporto in progress, ha cifrato risparmi per la sanità pubblica di 300 milioni quest'anno, 800 l'anno prossimo, 2 miliardi nel 2016. In tutto 3,1 miliardi in tre anni, ma al netto dei tagli a beni e servizi che nei tre anni dovrebbero alleggerire i conti dell'intera Pa - sanità compresa - di oltre 7 miliardi. Il tutto contro i 10 miliardi ipotizzati da **Beatrice Lorenzin** di risparmi possibili con il Patto sulla salute.

E tutto - su questo la sintonia è totale - va comunque deciso nel Patto, cioè con i governatori. Con l'obiettivo di trattenere interamente quei risparmi per il rilancio/riqualificazione del sistema e gli investimenti fermi ormai da troppo tempo. Ipotesi tutta da confermare, sebbene Matteo Renzi si sia detto la settimana scorsa pronto a farsi carico di questo impegno. Sempreché i conti tornino e che gli obblighi con l'Europa e le coperture della sua cura shock lo permettano.

Il rapporto di Cottarelli poi rilancia la panacea dei

costi standard. E il commissario ha affermato in una audizione al Senato che «il sistema sanitario nazionale è sostenibile». «Non credo - ha detto - sia necessario alcun cambiamento radicale sulla sanità, in percentuale i risparmi del mio piano sono abbastanza contenuti. Non c'è da rivedere il sistema».

Il menu della spending. Il risparmio che ci sarà per la sanità - su 7 miliardi in cantiere per il 2014, 18,1 per il 2015 e 33,9 per il 2016 - è tutto nel Patto sulla salute ed è di 300 milioni nel 2014; 800 milioni nel 2015 e 2 miliardi nel 2016. Esclusa la spesa per beni e servizi però, sulla quale le razionalizzazioni seguiranno un'altra strada.

Eccolo il menu di Cottarelli per quanto riguarda le schede sulla sanità. Risparmi considerati, spiega esplicitamente la scheda, «nell'ambito delle discussioni per il Patto per la salute». Con una puntualizzazione in più: «È necessaria una piena applicazione dei costi standard nella sanità», aggiunge la scheda.

Per quanto riguarda invece i beni e servizi il calcolo della spending è unico, sanità compresa, e parla di 800 milioni per il 2014, 2,3 miliardi per il 2015 e 7,2 miliardi per il 2016. E la strada per realizzarli parla di acquisti effettuati su convenzioni Consip - che finora hanno portato a una media di risparmio del 24% - o altre centrali di acquisto che però dovranno tendere a restare non più di una per Regione se sarà possibile.

Anche i nuovi contratti dovranno cambiare, con una drastica riduzione del numero centrali appaltanti (da

32.000 a 30-40 e poi ancora Consip, Regioni, città metropolitane) per acquisti «sopra soglia». E su quelli in essere al 31 luglio 2014 dovranno subito scattare controlli.

Da ridurre «drasticamente» anche i tempi di pagamento della Pa (oltre a eliminare il debito): con questa soluzione i risparmi potrebbero essere più significativi, vista la riduzione che si otterrebbe per i minori interessi di mora.

E ancora sulla sanità la scheda specifica: «I risparmi per la sanità verrebbero mantenuti a livello regionale col fine di ridurre la tassazione regionale», sottolineando che tutto il Patto dovrà essere coerente con questi obiettivi.

Per quanto riguarda l'andamento della spesa la nota spiega che quella sanitaria sul Pil potenziale è al 7,05% nel 2014 superiore al «benchmark»: quella in area euro (Belgio, Germania, Irlanda, Spagna, Francia, Paesi Bassi, Austria e Finlandia) è al 7,28% e il benchmark è del 5,25%. Il benchmark è costituito dalla spesa europea corretta per tenere conto del vincolo per l'Italia dovuto alla maggiore spesa per interessi e al diverso «medium term objective» (Mto) e della riduzione della spesa prevista per gli altri Paesi necessaria per raggiungere il proprio Mto.

Lorenzin: oltre 10 miliardi di risparmi in tre anni. Niente tagli lineari e collaborazione assoluta con le Regioni è la ricetta del **ministro della Salute Beatrice Lorenzin**. Che punta a «un'operazione di risparmio che viene dalla programmazione della pianificazione razionale della sanità», così da ri-

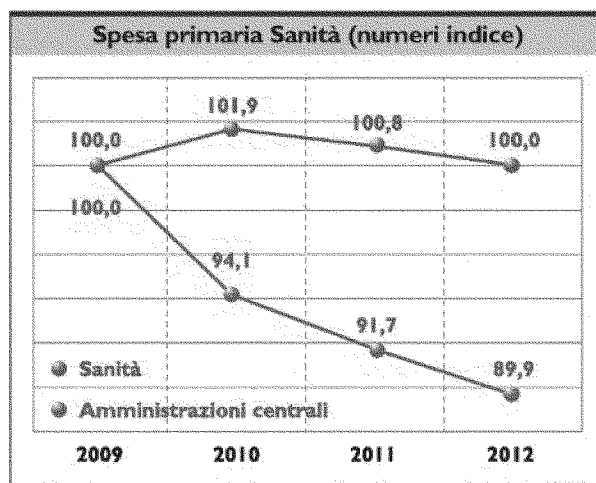
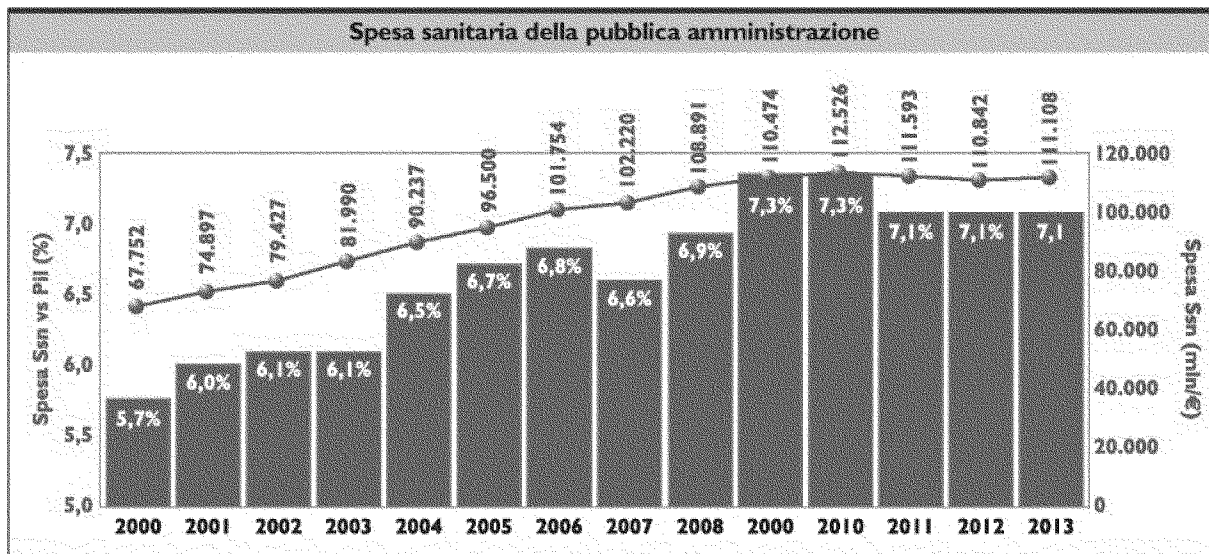
sparmiare «dieci miliardi in 3 anni da reinvestire nel sistema sanitario».

«La sanità - ha aggiunto - ha dato 25 miliardi di tagli negli ultimi 5 anni, di cui ancora 10 sono in atto nel 2013-2016». Ma «a budget invariato» si può ancora fare molto. «Se ci lasciano fare il Patto della salute con un meccanismo di Spending interna - ha detto - non solo non avrà conseguenze su cittadini, ma ci consentirà di mettere in sicurezza il Ssn, che in questo momento non lo è».

In questo modo si possono ricavare fondi da reinvestire in sanità. Ad esempio «il prossimo anno arriverà in Italia un nuovo farmaco che sconfigge completamente l'Epatite C, un farmaco che costa 50.000 euro a persona e appena arriva costa 3 miliardi. Queste sono le scelte che dovremo fare nei prossimi anni».

E il ministro ha annunciato anche un intervento sul management sanitario in team con il ministro Madia per un nuovo metodo di selezione. «Abbiamo la necessità di rimettere in piedi il sistema sanitario in due o tre anni. Quantomeno dare regole per tutti, e questo ci permetterà poi di intervenire sui territori. Ma tutti devono accettare diversi modelli di controllo. Il vero problema della sanità italiana sono la governance e i manager», ha detto. «Dove ci sono dei buoni manager, in pochi mesi si rimette in piedi un'azienda che ha perso milioni di euro» - continua **Lorenzin** -. Perché purtroppo non è prevalsa la ricerca della performance».

P.D.B.



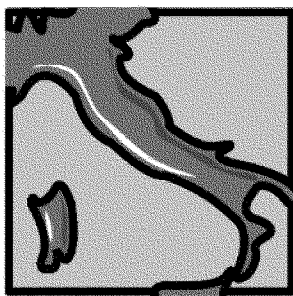
OASI 2013. Le strategie delle aziende per "vendere" le prestazioni

A PAG. 16

OASI 2013/ Anche le aziende sanitarie mettono in campo strategie di "vendita al dettaglio"

Asl, consigli per gli acquisti

Obiettivo delle strutture pubbliche è attrarre e fidelizzare "clienti"



Dopo i marchi della moda, i brand di telefonia e le banche, anche le aziende sanitarie si stanno "retailizzando". Il Centro Medico Sant'Agostino a Milano, la Asl di Bologna, Welfare Italia Amplifon, per non parlare poi dei network odontoiatrici, sono solo alcuni dei casi di soggetti del mondo della salute che hanno scelto, pur con forme e intensità diverse, di utilizzare logiche retail. È sempre più frequente incontrare nelle principali strade cittadine punti di contatto di centri sanitari che sembrano, per tipo di scelte di ergonomia e di comunicazione, negozi. Lo studio medico tradizionale collocato all'interno dei palazzi viene progressivamente sostituito da centri con la vetrina sulla strada, oppure capita che in ambulatorio si distribuiscano ai pazienti carte fedeltà come al supermercato o che in farmacia di fianco ai farmaci di marca appaiano farmaci equivalenti con il marchio dell'insegna del network cui tale farmacia aderisce. Alla proposta di servizi per la salute sempre più spesso si associa la vendita di prodotti, alla comunicazione tradizionale si affianca il merchandising e così via.

Nel Rapporto Oasi 2013, l'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità ha esplorato le motivazioni che portano attori pubblici e privati della sanità italiana a intraprendere questo processo di innovazione nel modo di proporsi ai cittadini e le modalità con cui ciò avviene.

Accessibilità, fruibilità e convenienza della prestazioni sanitarie sono elementi sempre più rilevanti nei processi di selezione della struttura in cui farsi curare, ma non solo, incidono ormai anche sulla scelta di usufruire o meno di una prestazione, anche se necessaria.

Il paziente si rivela sempre più attore protagonista nelle proprie scelte di salute, ma in parte fatica a identificare e muoversi tra le diverse risposte possibili, talvolta perché non ne è a conoscenza oppure, paradossalmente, perché il proliferare di soggetti che offrono soluzioni di cura diversificate genera varietà, ma anche e soprattutto confusione. In questa confusione le leve tradizionali chiamate a trasformare la vision aziendale in un posizionamento chiaramente percepito dalla domanda, si rivelano spesso inefficaci.

In altri settori - abbigliamento, elettronica di consumo, arredamento, alimentari, servizi bancari e finanziari, solo per citare qualche esempio - la crescente competizione e altri elementi hanno contribuito a spostare progressivamente, ma rapidamente, la fedeltà del consumatore dai brand delle aziende di produzione ai brand dei retailer. Ciò ha spinto i produttori a ricercare e

creare dei punti di contatto con il cliente finale: veri e propri flagship store oppure temporary shop all'interno dei quali hanno attivato tutte le leve di retailing mix per scambiare messaggi verbali e non verbali con il cliente, funzionali a rendere il brand aziendale il top of mind per il consumatore.

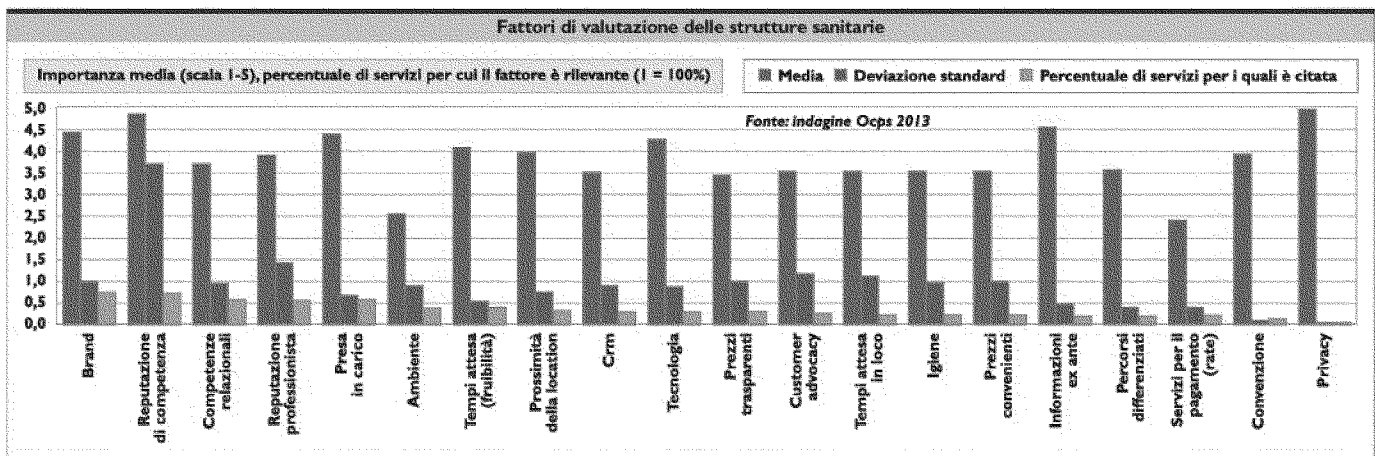
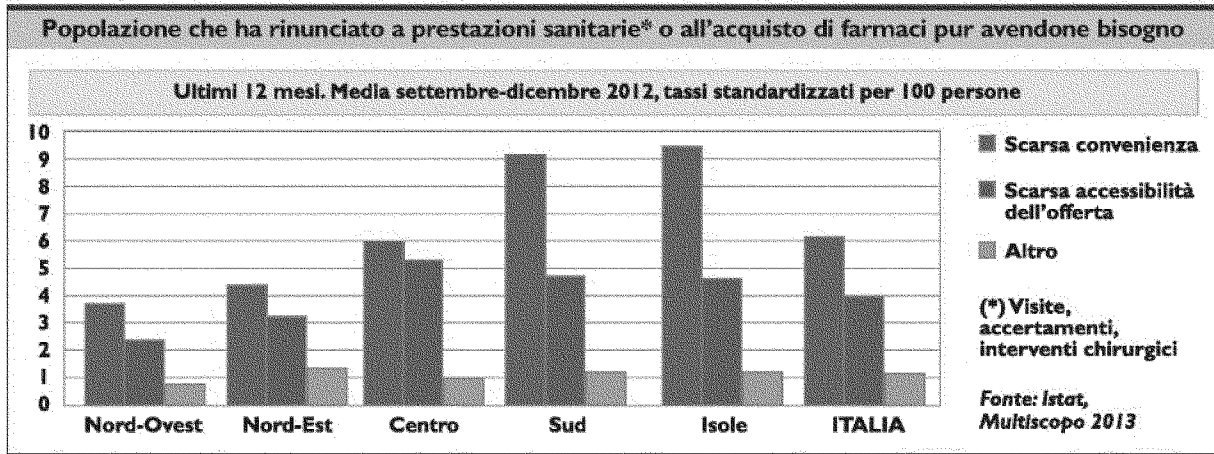
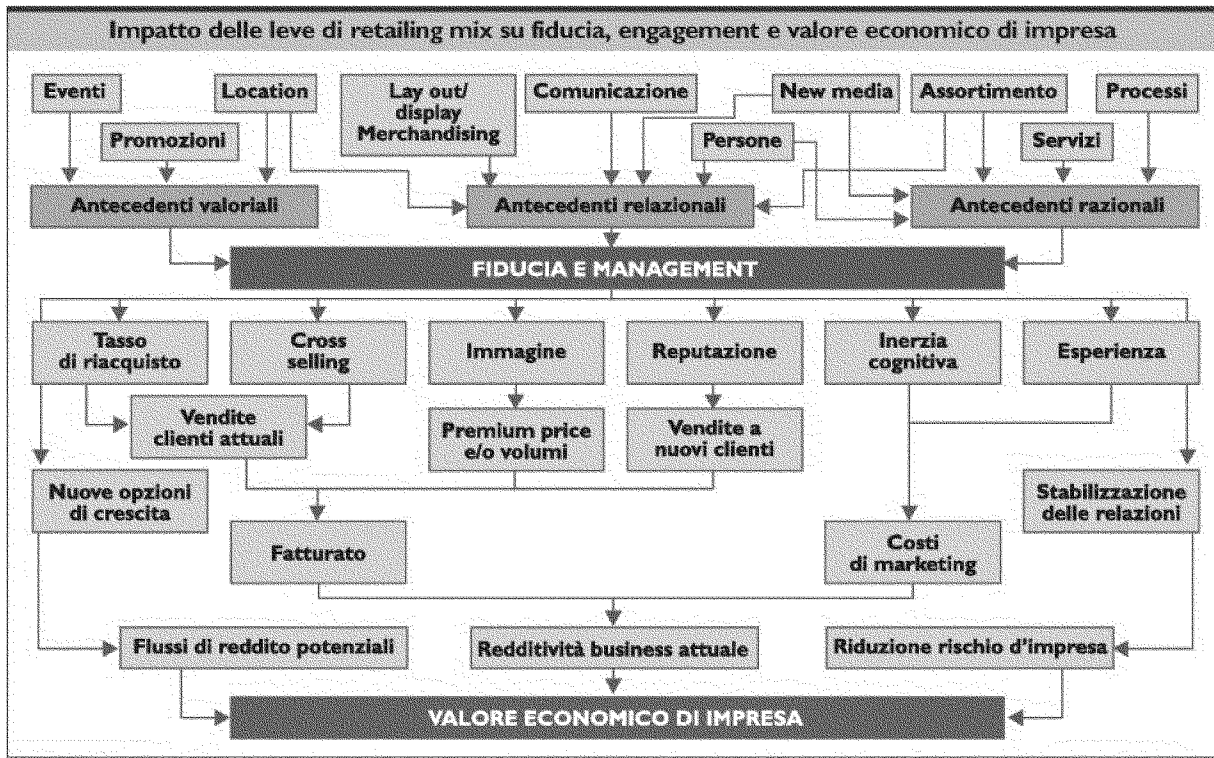
L'accessibilità propria del retailer, che si traduce per il cliente nella possibilità di avere un contatto "fisico" con l'azienda insieme alla numerosità e completezza delle leve di marketing a sua disposizione - location, layout, assortimento, display, persone, servizi aggiuntivi, servizi commerciali, procedure, promozioni, eventi, new e social media, comunicazione, merchandising e visual merchandising -, rafforzano l'efficacia dei messaggi. L'effetto non è solo la facile comprensibilità del posizionamento aziendale, ma anche un impatto sull'engagement, ovvero sull'attaccamento razionale ed emotivo del consumatore verso l'azienda. Tale engagement implica l'attivazione di inerzie cognitive che determinano: (1) che il retailer risulti per il cliente il punto di riferimento rispetto all'esigenza verso la quale si posiziona, (2) che il cliente non sia stimolato a sperimentare competitor del retailer, ma tenda a mantenere un rapporto fidelizzato, (3) che aumenti la sistematicità degli acquisti di prodotti e servizi da parte del consumatore presso il retailer (4) che sia facilitato il cross selling, ovvero la vendita anche di altri prodotti o servizi proposti dall'insegna, anche

quando riferiti a esigenze differenti da quelle su cui il posizionamento aziendale si fonda.

Se sono evidenti le ragioni che possono spingere le imprese private operanti nella sanità a preoccuparsi del proprio posizionamento nella percezione dei clienti e dell'engagement che questi sviluppano, anche per le aziende sanitarie pubbliche diventa sempre più importante avvalersi delle leve di retailing mix per comunicare il valore del proprio marchio e della propria offerta anche per poter "farsi sentire" dal paziente, presupposto fondamentale per acquisire la fiducia ed essere nelle condizioni di poter espletare la propria mission sociale di prevenzione e cura.

Retailizzare l'azienda sanitaria vuol dire passare da una prospettiva focalizzata sulla prestazione e sul prodotto a una prospettiva focalizzata sul paziente, concetto che non implica "commercializzare", "banalizzare" la sanità, ma realizzare un reale percorso di empowerment del cittadino. E nel frattempo, mentre le aziende sanitarie lentamente si retailizzano, i retailer rapidamente si "sanitarizzano", erogando sempre più di frequente prestazioni sanitarie o a esse assimilabili, portando interdipendenze settoriali finora rimaste sconosciute a un settore chiuso come quello sanitario. Fino a oggi...

Mario Del Vecchio
Erika Mallarini
Valeria Rappini
Sda Bocconi



La sostenibilità secondo Gimbe

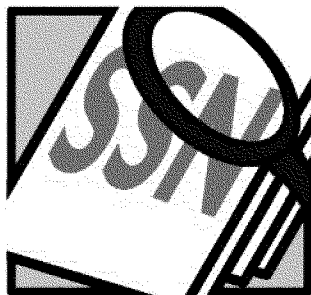
Per salvare il Ssn servono innovazioni di rottura e volontà politica, un management rigenerato e la riduzione delle aspettative dei cittadini nei confronti di una medicina «mitica». In esclusiva l'anteprima del Rapporto Gimbe.

CARTABELLOTTA PAG. 12-13

L'anteprima esclusiva del Rapporto Gimbe che sarà presentato il prossimo 5 maggio

Ecco il salvagente per il Ssn

Stop a frammentazione delle competenze, iniquità e disuguaglianze



Qualche ora dopo la conclusione della 9ª Conferenza nazionale Gimbe, dal salotto di "Porta a Porta" Matteo Renzi comunicava agli italiani che «i risparmi della spending review in sanità saranno reinvestiti nella sanità». Nei giorni successivi Cottarelli conferma quanto la Fondazione Gimbe sostiene da oltre due anni, ovvero che «il sistema sanitario nazionale è ancora sostenibile» e il ministro Lorenzini afferma che «ci sono ancora margini di recupero molto alti che vanno però fatti insieme alle Regioni». Indubbiamente la strada è ancora lunga, ma dopo l'inquietante, prolungato silenzio del Presidente del Consiglio sul tema Sanità, queste affermazioni rassicurano, seppur a parole, sulla volontà della politica di voler salvare il nostro Ssn.

Sarà vera gloria? Ai posteri l'ardua sentenza. E proprio il 5 maggio la Fondazione Gimbe presenterà la versione integrale del Rapporto Gimbe sul Ssn, di cui questo speciale fornisce un'anteprima esclusiva.

A fronte di un diritto costituzionale che garantisce «universalità ed equità di accesso a tutte le persone» e della legge 833/1978 che conferma la «globalità di co-

pertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini», oggi i dati smentiscono di continuo l'articolo 32 della Costituzione e i principi fondamentali su cui si basa il Ssn. Infatti, inaccettabili disuguaglianze regionali e locali fanno apparire come un lontano miraggio l'universalità e l'equità di accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale, la reciprocità di assistenza tra le Regioni. Per risolvere questa inaccettabile situazione, due le azioni proposte dal Rapporto Gimbe: da un lato, il riordino della ripartizione delle competenze legislative concorrenti tra Stato e Regioni come individuate nel titolo V della Costituzione, articolo 117, per porre fine all'eccessiva frammentazione che rappresenta un fattore di grave complicazione istituzionale; dall'altro lato, il potenziamento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sui 21 servizi sanitari regionali, attraverso quattro interventi fondamentali per minimizzare iniquità e disuguaglianze in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza di processi clinici e organizzativi e di esiti di salute:

- (ri)definizione a livello nazionale dei requisiti minimi di accreditamento per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private e conseguente verifica;

- (ri)definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza dettagliando, oltre ai livelli e sottolivelli, anche i servizi, le prestazioni e le procedure, al fine di identificare standard univoci di appropriatezza;

- definizione di un set multidimensionale di indicatori condiviso con le Regioni, per valutare le performance sanitarie in tutto il territorio nazionale utilizzando le stesse "unità di misura";

- produzione e continuo aggiornamento di standard nazionali (linee guida, Hta reports, strumenti decisionali per i pazienti) che sintetizzano con adeguato rigore metodologico le migliori evidenze disponibili al fine di guidare pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari, pratica clinica e informazione dei cittadini.

Se queste azioni non saranno rapidamente programmate e attuate, è necessario che la politica si interroghi sull'opportunità di riformulare l'articolo 32 sostituendo la frase «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo» con «La Repubblica contribuisce a tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo». Rispetto alla pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari il Rapporto Gimbe richiama i principi dell'Health care needs assessment, secondo i quali a guidare la programmazione sanitaria devono essere sostanzialmente tre elementi (figura 1): l'epidemiologia di malattie e condizioni, il *value* degli interventi

sanitari e i servizi esistenti, una elementare "triangolazione" mai applicata nel Ssn per varie ragioni. Innanzitutto, l'epidemiologia delle malattie/condizioni è influenzata sia dalla estrema medicalizzazione della società che, fomentata da continue campagne di sensibilizzazione, aumenta la domanda di servizi e prestazioni non necessarie, sia dalla scarsa rilevanza assegnata ad alcune condizioni (prevenzione non medicalizzata, non autosufficienza, malattie terminali). In secondo luogo, il *value* di servizi e prestazioni sanitarie non viene quasi mai valutato per decidere la loro introduzione/soppressione; infine, i servizi esistenti condizionano la riorganizzazione dell'offerta con meccanismi a volte competitivi, a volte finalizzati a proteggere interessi politici, industriali o di corporazioni professionali. In questo scenario completamente sregolato, figlio legittimo di una programmazione sanitaria inesistente, oggi risulta particolarmente complessa qualunque forma di riorganizzazione dei servizi sanitari, come testimoniano la mancata attuazione della riforma delle cure primarie e lo stallo in Conferenza Stato-Regioni della bozza di riordino della rete ospedaliera.

Tra le innovazioni di rottura del Rapporto Gimbe, la proposta di (ri)programmare l'assistenza secondo le necessità assistenziali della persona, abbandonando definitivamente la dicotomia ospedale-territorio (figura 2) e quella di ripensare alla governance dei rapporti tra fornitori e committenti, in particolare attraverso strumenti efficaci a ridurre le prestazioni inappropriate. Uno dei capisaldi del Rapporto Gimbe è che, nonostante i tagli, il Ssn rimane sostenibile, a patto di identificare ed eliminare gli sprechi che si annidano a tutti i livelli con la collaborazione di tutti gli stakeholders. A tal proposito il riferimento è alla tassonomia di Don Berwick (Jama 2012) che identifica sei categorie di sprechi, il cui impatto sul nostro Ssn potrebbe superare i 20 mld di euro/anno (vedi tabella). Illusorio, invece, affidarsi esclusivamente al lean management: le evidenze disponibili documentano infatti che questa strategia aumenta la produttività, senza alcun impatto sugli esiti assistenziali, perché l'incremento non riguarda esclusivamente servizi e prestazioni sanitarie efficaci o appropriate e rischia di generare esclusivamente un "efficientismo produttivo".

La revisione dei livelli essenziali di assistenza, ormai indifferibile, deve essere in grado di ripartire dai tre fondamentali principi

di *evidence-based policymaking* enunciati dal Dm 29 novembre 2001 e mai attuati: ovvero i Lea devono includere quanto è di provata efficacia-appropriatezza, escludere quanto di provata inefficacia-inappropriatezza e prevedere la sperimentazione per interventi, servizi e prestazioni sanitarie di dubbia efficacia e appropriatezza (figura 3). A tal proposito una delle azioni proposte è che almeno l'1% della quota di risorse destinata alle singole Regioni venga investita in ricerca sui servizi sanitari per fornire risposte al Ssn su priorità di salute che mancano di evidenze.

È inaccettabile che un Paese che spende 110 mld/anno per la Sanità investa in ricerca poco più dell'uno per mille (130 mln), fondi peraltro destinati prevalentemente alla ricerca di base e senza alcuna definizione delle priorità del Ssn. Altra proposta, relativa alle modalità di finanziamento, riguarda i fondi integrativi che devono essere utilizzati esclusivamente per prestazioni non essenziali: il "salvadanaio unico" dove confluiscono denaro pubblico, spesa *out-of-pocket* e fondi integrativi di assicurazioni private rischia infatti di aumentare iniquità e diseguaglianze.

Cruciale il ruolo dei professionisti sanitari, chiamati a collaborare con le Istituzioni e con le organizzazioni sanitarie a tutti i livelli

per identificare interventi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriati e dal *low-value* che riducono l'efficacia dell'assistenza, aumentano il rischio clinico per i pazienti e determinano un ingente spreco di risorse, impossibile da identificare dalla politica. Questo da un lato presuppone la consapevolezza che in sanità l'imperativo dominante deve essere *less is more*, dall'altro richiede una nuova stagione di collaborazione, mettendo da parte tutte le lotte fratricide che, nella strenua difesa di interessi corporativi, hanno frammentato le professioni sanitarie rendendole incapaci di essere propositive e consentito alla politica di svuotare di contenuti professionali la programmazione sanitaria grazie all'antica strategia del dividi et impera.

Cittadini e pazienti, dal canto loro, devono ridurre le aspettative nei confronti di una "medicina mitica", ma al tempo stesso meritano di essere adeguatamente informati dalle Istituzioni sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza degli interventi sanitari, sia per ridurre le asimmetrie informative, sia per facilitare il processo decisionale condiviso.

Last not but least, è indispensabile riconoscere che una quota degli sprechi è alimentata dai conflitti di interessi che minano l'integrità del sistema a tutti i livelli, favorendo la diffusione di servizi, in-

terventi e prestazioni sanitarie inefficaci e inappropriate, alimentando comportamenti opportunistici, se non addirittura abusi e comportamenti illeciti di cui emerge solo la punta dell'iceberg. In assenza di un'adeguata integrità e trasparenza della politica, dei manager, dei professionisti sanitari e degli stessi pazienti, tutte le azioni proposte per salvare il Ssn rischiano di essere vanificate.

Se un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico è una conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza di tutti i cittadini, metterlo in discussione significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che, in ultima analisi, costituiscono il vero ritorno degli investimenti in Sanità. Ma questo ritorno, indispensabile per la ripresa economica del Paese, può essere avvistato solo da un esecutivo in grado di "volare alto" innanzitutto nel pensiero politico, poi nell'idea di welfare e finalmente nella (ri)programmazione socio-sanitaria coinvolgendo a carte scoperte tutte le categorie di stakeholders, uscendo dall'ottica di un'agenda dettata esclusivamente da esigenze di risparmio a breve termine.

Nino Cartabellotta
presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un evento gratuito e senza sponsor per oltre 500 partecipanti provenienti da tutte le Regioni italiane e rappresentanti di tutte le professioni sanitarie. Questo il Dna della 9ª Conferenza nazionale Gimbe, a Bologna lo scorso 14 marzo, che ha puntato i riflettori sulla più grande conquista sociale dei cittadini italiani: un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico.

Silvio Garattini, Gavino Maciocco, Fausto Nicolini e Tonino Aceti, ospiti del Forum "Perché vogliono smantellare il Servizio sanitario nazio-

nale?", hanno risposto alle provocazioni del presidente Nino Cartabellotta e alle domande del giornalista Guglielmo Pepe, concordando all'unisono che la Sanità pubblica è al tempo stesso una conquista sociale, ma anche fonte di sprechi che devono essere identificati ed eliminati con "sane" politiche di *spending review*.

I progetti di eccellenza del Laboratorio Italia, realizzati nelle Aziende sanitarie utilizzando le migliori evidenze disponibili sotto il segno della collaborazione multiprofessionale, hanno dimo-

strato che salvare il Ssn è una missione possibile. Il Premio Evidence è stato assegnato a Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e il Premio "Salviamo il Nostro Ssn" alla Regione Toscana. I Gimbe Awards individuale e 4Young sono andati rispettivamente ad Alda Cosola e Marika Giacometti dell'Asl To3. L'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna si è aggiudicato il Gimbe Award aziendale. Per il report integrale: www.gimbe.org/conferenza2014-report

A PAG. 23

Cassazione

**Responsabilità
penale del
dottore esclusa
se osserva
le linee guida
e i segnali
di pericolo**

CASSAZIONE/ Responsabilità penale del medico esclusa solo se osserva le indicazioni

Colpa lieve con le linee guida

Il caso di una ginecologa accusata del reato di procurato aborto



È esclusa la responsabilità penale del medico solo nel caso in cui questi abbia osservato effettivamente le indicazioni metodologiche elaborate dalla comunità scientifica. Non può, al contrario, considerarsi corretta, virtuosa, o conforme alle linee guida la condotta del medico che nell'espletamento della propria attività non tenga in considerazione chiari segnali di pericolo per la salute del proprio paziente, a maggior ragione se evidenziati dagli accertamenti; in presenza di tali elementi, qualora il medico non ne percepisca l'effettiva gravità con conseguente danno per il paziente, non si può mai parlare di colpa lieve. Sono queste le conclusioni a cui giungono gli ermellini della V sezione penale della Corte di Cassazione, nella **sentenza n. 11804 dell'11 marzo** scorso, riaffermando il proprio orientamento interpretativo in tema di

responsabilità medica alla luce della riforma introdotta dal Dl 158/2012 (Decreto Balduzzi).

Ancora una volta sul banco degli imputati vi è una ginecologa accusata del reato di procurato aborto di cui all'articolo 17 della legge 194/1978.

I fatti. La gestante presentava una gravidanza a rischio a causa del suo stato di ipertensione. Secondo le risultanze evidenziate nelle sentenze delle Corti di merito, la ginecologa non aveva per tempo individuato lo stato ipossico cronico del feto, nonostante ciò fosse evidente dai tracciati Cgt e dagli accertamenti strumentali effettuati (flussimetria) che documentavano una sofferenza fetale.

Inoltre, sempre secondo le corti di merito, l'imputata non consigliava immediatamente alla paziente il parto cesareo, così causando la morte intrauterina del feto per insufficienza placentare acuta e conseguente anossia intrauterina.

L'imputata, tra i propri motivi di ricorso, segnalava di essersi attenuta compiutamente agli schemi diagnostici e terapeutici previsti dall'arte medica, affermando in particolare che le proprie diagnosi si erano sempre rivelate corrette, di aver fatto sottoporre a numerosi accertamenti la paziente e che, se errore c'era stato, esso atteneva

esclusivamente «all'adattamento delle direttive di massima alle evenienze del caso concreto». Pertanto la propria condotta non assumeva alcuna rilevanza penale ai sensi dell'articolo 3 della legge 189/2012 (legge di conversione del Decreto Balduzzi).

Sul punto la Corte di Cassazione specificava che, sì, l'articolo 3 della legge 189/2012 «esclude la rilevanza della colpa lieve con riferimento a quelle condotte che abbiano osservato linee guida o pratiche terapeutiche mediche virtuose, purché esse siano accreditate dalla comunità scientifica» (sulla scia dell'orientamento giurisprudenziale tracciato dalla sentenza n. 16237/2013), ma che nel caso di specie, alla luce delle emergenze processuali valutate dalle Corti di merito, tale norma non poteva trovare applicazione e, quindi, esplicitare i propri effetti.

Andrea Palumbo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A un anno dal lancio del progetto Salviamo il nostro Servizio sanitario nazionale, la Fondazione presenta un'anticipazione del Rapporto Gimbe sul Ssn, la cui versione integrale sarà pubblicata il 5 maggio 2014.

Punto di partenza del progetto è stata la prima stesura dei principi guida che configurano la visione della Fondazione Gimbe sulla sanità pubblica: definiti tenendo conto della legislazione vigente, del contesto politico, economico e sociale, oltre che di evidenze ed esperienze maturate da sistemi sanitari internazionali, tali principi sono stati sottoposti a valutazione pubblica per approvazione, modifiche e integrazioni.

La versione 2.0 dei principi guida ha generato la "Carta Gimbe per la Tutela della Salute e del Benessere dei Cittadini italiani", una vera e propria declinazione dell'articolo 32 che costituisce la struttura portante del Rapporto Gimbe sul Ssn.

Le cinque premesse che tutti devono conoscere

● **La Sanità è un mercato** e rappresenta una delle principali fonti di consumi

Una «ricetta» in cinque mosse tra mercato e innovazione

smo da parte dei cittadini attorno alla quale ruotano gli interessi di numerose categorie di *stakeholder*. Per questo il Ssn è caratterizzato da un inestricabile mix di complessità, incertezze, asimmetria informativa, qualità difficilmente misurabile, conflitti di interesse, corruzione, estrema variabilità delle decisioni cliniche, manageriali e politiche. La differente combinazione di questi fattori permette ai diversi *stakeholder* un livello di opportunismo tale da rendere il sistema poco controllabile. L'unica possibilità per mantenere un Ssn equo e universalistico è riallineare gli obiettivi divergenti e spesso conflittuali dei diversi *stakeholder*, rimettendo al centro l'obiettivo assegnato al Ssn dalla legge 833/1978 che lo ha istituito, ovvero: «Promuovere, mantenere e recuperare la salute fisica e psichica di tutta la popolazione».

● Nell'ultimo ventennio numerosi fattori hanno silenziosamente contribuito alla **progressiva crisi di sostenibilità del**

Ssn: il mutamento delle condizioni demografiche, economiche e sociali, la crescente introduzione sul mercato di false innovazioni, le conseguenze della modifica del Titolo V della Costituzione, il perpetuarsi delle ingerenze della politica partitica nella programmazione sanitaria, la "grande incompiuta" dei Lea, la gestione delle aziende sanitarie come "silos" in continua competizione, l'evoluzione del rapporto paziente-medico e l'involutione del cittadino in consumatore.

● **Alcuni problemi dei sistemi sanitari del XXI secolo prescindono dalla disponibilità di risorse**, anzi spesso conseguono a una eccessiva medicalizzazione della società: le inaccettabili variabilità di processi ed esiti assistenziali, l'aumento dei rischi per i pazienti, gli sprechi e l'incapacità del sistema a massimizzare il *value*, le disuguaglianze e le iniquità, l'incapacità a prevenire le malattie.

● **Conoscenze**. La sostenibilità di un sistema sanitario, indipendentemente dal-

la sua natura (pubblico, privato, misto) e dalla quota di Pil destinata alla Sanità, non può più prescindere da adeguati investimenti per migliorare la produzione delle conoscenze (*knowledge generation*), il loro utilizzo da parte dei professionisti (*knowledge management*) e la *governance* dell'intero processo per trasferire le conoscenze all'assistenza sanitaria (*knowledge translation*). Le conoscenze, i cittadini e internet rappresentano di fatto i **driver della Sanità del XXI secolo**.

● **Innovazioni**. In ambito sanitario l'innovazione riguarda solitamente un processo o un prodotto che dovrebbe garantire benefici maggiori per la salute e il benessere delle persone. In realtà, negli ultimi 10 anni il mercato della salute è stato invaso da innumerevoli false innovazioni diagnostico-terapeutiche, in particolare farmacologiche, secondo logiche di marketing che nulla hanno a che fare con il miglioramento degli esiti di salute. Quello che occorre al Ssn e, più in generale, al nostro Paese, sono vere e proprie *disrupting innovations*, innovazioni di rottura che, secondo Clayton Christensen, segnano una svolta rispetto al passato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Capo I. Diritto costituzionale alla tutela della Salute

Art. 1. L'articolo 32 della Costituzione tutela il diritto alla salute dei cittadini italiani, ma non garantisce loro un accesso illimitato e indiscriminato a servizi e prestazioni sanitarie.

Art. 2. Il diritto costituzionale alla salute e la responsabilità pubblica della sua tutela devono essere il frutto di una leale collaborazione Stato-Regioni.

Art. 3. Lo Stato deve preservare i cittadini da tutte le disuguaglianze, in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza dei processi clinico-organizzativi e di esiti di salute.

Capo II. Finanziamento del Ssn

Art. 4. La riduzione degli investimenti pubblici in Sanità, oltre alla salute, compromette la dignità dei cittadini e le loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che costituiscono il vero ritorno di questi investimenti.

Art. 5. Nel rispetto dell'uguaglianza dei cittadini, l'eventuale acquisizione di risorse aggiuntive dai privati non deve compromettere il modello di un Ssn pubblico e universalistico.

Art. 6. Le risorse acquisite dall'intermediazione assicurativa dei privati devono essere indirizzate su prestazioni non essenziali.

Art. 7. Le modalità di compartecipazione alla spesa dei cittadini devono rispettare il principio costituzionale di equità contributiva ed evitare disuguaglianze nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza.

Capo III. Sostenibilità del Ssn

Art. 8. In un Ssn sostenibile le migliori evidenze scientifiche devono guidare tutte le decisioni professionali, manageriali e politiche che riguardano la salute delle persone (*evidence for health*).

Art. 9. Nonostante i tagli, il Ssn rimane sostenibile perché una percentuale consistente della spesa sanitaria può essere recuperata riducendo sprechi non più tollerabili.

Art. 10. Per garantire la sostenibilità del Ssn il denaro pubblico deve finanziare solo servizi, prestazioni e interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'high value.

Capo IV. Politica e Sanità

Art. 11. Il ruolo della politica partitica (*politics*) deve essere nettamente separato da quello delle politiche sanitarie (*polices*).

Art. 12. La salute dei cittadini deve orientare tutte le politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali (*Health in All Policies*).

Art. 13. Le politiche sanitarie non possono essere ostaggio di interessi industriali, solo perché il mercato della salute genera occupazione o perché l'introduzione di specifiche misure di prevenzione può ridurre posti di lavoro.

Art. 14. Le politiche sanitarie volte a preservare il Ssn richiedono un'adeguata pianificazione che coinvolga tutte le categorie di *stakeholders* e devono uscire dall'ottica di un'agenda dettata esclusivamente da esigenze di risparmio a breve termine.

Capo V. Programmazione, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari

Art. 15. La (ri)programmazione sanitaria deve essere guidata dall'epidemiologia di malattie e condizioni, dal *value* degli interventi sanitari e dai servizi esistenti.

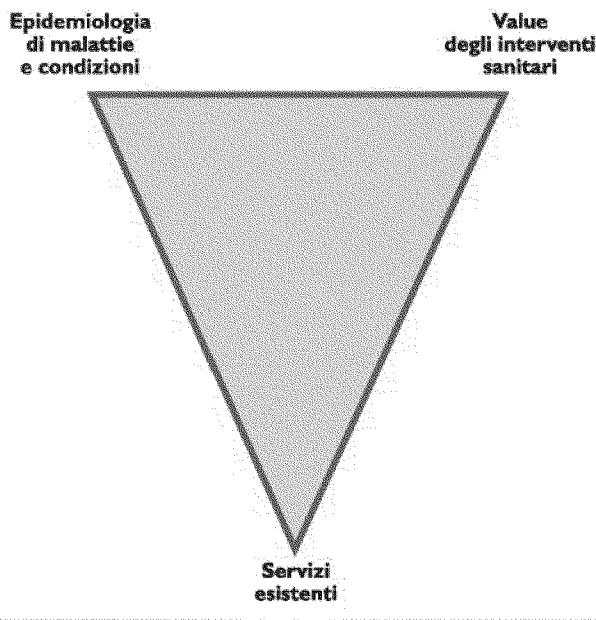
Art. 16. La riorganizzazione dei servizi sanitari deve prevedere modelli organizzativi *sowra-aziendali* per condividere percorsi assistenziali, tecnologie e competenze professionali.

Art. 17. La dicotomia ospedale-territorio deve essere superata sia con una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità di cura, sia con modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria.

Art. 18. Tutte le aziende sanitarie devono monitorare sistematicamente e rendere pubbliche le proprie performance.

Art. 19. Il management delle aziende sanitarie deve essere guidato dall'appropriatezza dei processi e dagli esiti di salute e non dalla produzione di servizi e prestazioni.

Fig. 1 - Il triangolo della programmazione sanitaria

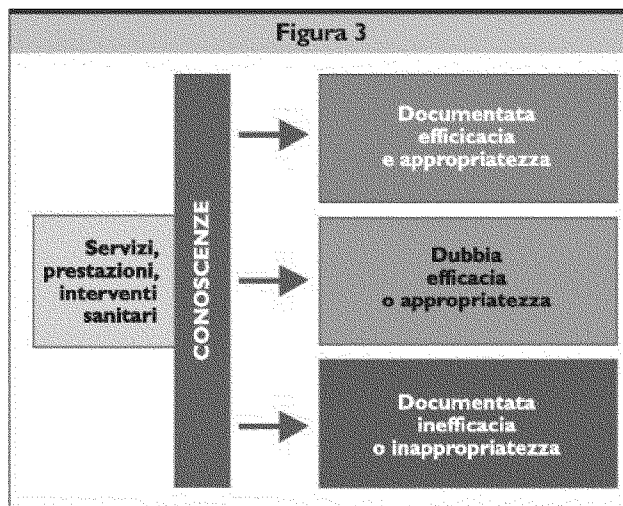
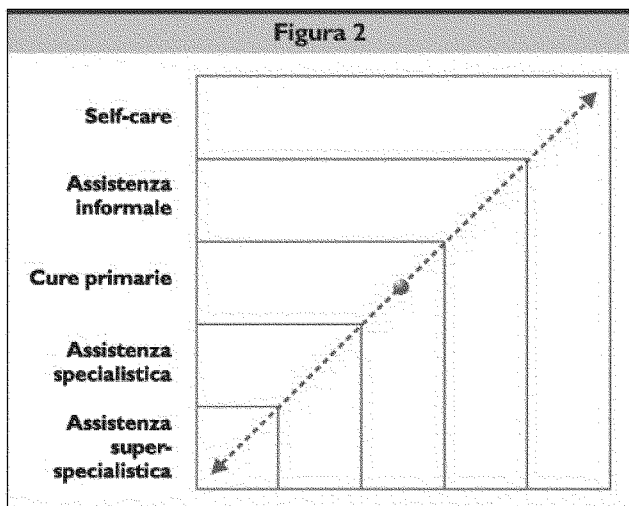


Il Manifesto della sostenibilità

La Fondazione Gimbe invita tutti i cittadini a sottoscrivere il Manifesto della Sostenibilità

- Un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico rappresenta una conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza e la dignità di tutti i cittadini italiani.
- Le scelte politiche e le modalità di pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari hanno messo progressivamente in discussione l'articolo 32 della Costituzione e i principi fondamentali del Ssn.
- Il protrarsi di questo status ha determinato inaccettabili disuguaglianze, sta danneggiando la salute dei cittadini e rischia di compromettere la dignità delle persone e la loro capacità di realizzare le proprie ambizioni.
- Lamentare un finanziamento inadeguato, senza essere propositivi, fornisce un alibi per smantellare il Ssn, spiana la strada all'intermediazione finanziaria e assicurativa dei privati e aumenta le disuguaglianze sociali.

Il Tuo contributo è indispensabile per Salvare il Nostro Servizio sanitario nazionale
www.salviamo-SSN.it



Le principali fonti di spreco in sanità

	Categoria sprechi	Mld di euro
1	Sovra-utilizzo interventi sanitari inefficaci/inappropriati	5,72
2	Frodi e abusi	4,62
3	Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi	4,18
4	Sottoutilizzo interventi sanitari efficaci/appropriati	2,64
5	Complessità amministrative	2,64
6	Inadeguato coordinamento dell'assistenza	2,20

Art. 20. Le aziende sanitarie devono valorizzare il capitale umano con sistemi incentivanti orientati a ridurre gli sprechi, premiando l'erogazione di un'assistenza sanitaria a high value.

Capo VI. Professionisti sanitari

Art. 21. Tutte le forme di aggregazione e associazione dei professionisti sanitari devono mantenere al centro la salute dei cittadini italiani, trasformando le innumerevoli corporazioni competitive nei nodi di un network collaborativo.

Art. 22. Le competenze e le responsabilità di tutti i professionisti sanitari devono integrarsi in percorsi assistenziali condivisi, basati sulle evidenze e centrati sul paziente.

Art. 23. Tutte le categorie professionali devono contribuire a riformulare l'imperativo socio-culturale more is better in less is more, promuovendo una medicina sobria e parsimoniosa e identificando gli sprechi conseguenti alla prescrizione ed erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal low value.

Art. 24. I professionisti sanitari hanno il dovere etico di negare al paziente prestazioni inefficaci e inappropriate, nella consapevolezza che la mancata prescrizione può generare insoddisfazione.

Art. 25. La pratica della medicina difensiva deve essere contrastata con informazioni e azioni a tutti i livelli nella consapevolezza sociale dei danni e dei costi che produce.

Capo VII. Cittadini e pazienti

Art. 26. Il Ssn deve informare cittadini e pazienti sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza degli interventi sanitari, oltre che coinvolgerli attivamente nell'organizzazione e valutazione dei servizi sanitari.

Art. 27. Paziente e professionista sanitario devono sempre convivere in una mutua relazione clinico-assistenziale, sociale ed economica, senza rivendicare alcuna posizione di centralità.

Art. 28. L'assistenza centrata sul paziente deve considerare aspettative, preferenze e valori e promuoverne coinvolgimento ed empowerment insieme a familiari e caregivers, quali componenti di un unico team clinico-assistenziale.

Art. 29. I cittadini contribuenti, in qualità di "azionisti" del Ssn, devono essere resi consapevoli che la domanda inappropriata di servizi e prestazioni sanitarie contribuisce agli sprechi, con pesanti ricadute in forma di imposte locali e mancate detrazioni.

Capo VIII. Ricerca

Art. 30. Gli investimenti destinati alla ricerca devono tradursi nel massimo beneficio per la salute e il benessere delle persone, evitando ogni forma di spreco.

Art. 31. Il principale requisito etico della ricerca è rappresentato dalla sua rilevanza clinica o sociale.

Art. 32. La definizione dell'agenda della ricerca deve essere indirizzata dalle aree grigie, previa revisione sistematica della letteratura.

Art. 33. La definizione dell'agenda della ricerca deve prevedere il coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti, per identificare quali interventi sanitari valutare e quali outcome misurare.

Capo IX. Formazione continua

Art. 34. Il fine ultimo della formazione continua dei professionisti sanitari non coincide con la mera acquisizione di conoscenze e skills, ma si identifica con la modifica dei comportamenti professionali.

Art. 35. La formazione continua e il miglioramento della competenza professionale rappresentano determinanti fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

Art. 36. I curriculum formativi dei professionisti sanitari e del management devono includere conoscenze e skills per pianificare ed erogare un'assistenza sanitaria centrata sul paziente, basata sulle evidenze, consapevole dei costi e ad high value.

Capo X. Integrità e trasparenza

Art. 37. La sopravvivenza della Sanità pubblica è indissolubilmente legata all'integrità morale e alla professionalità di tutti gli attori coinvolti.

Art. 38. Un Ssn equo e sostenibile deve mettere in atto azioni concrete per un'adeguata governance dei conflitti di interesse di tutti gli stakeholders.

La sperimentazione vicino a Roma. Si ottiene una riduzione di ansia, insonnia e delle cadute, che hanno conseguenze gravi

In fattoria con gli asini e l'Alzheimer va meglio

L'esperienza dura da tre anni e in questo periodo sono state prodotte oltre venti ricerche



un'esperienza unica in Italia, consolidata in tre anni di attività il progetto portato avanti all'istituto San Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Genzano (Roma) dove si pratica l'onoterapia con quattro asinelli (Concetta, Yura, Rosina e Margot). Una volta a settimana per un'ora e mezza i pazienti affetti da Alzheimer e altri tipi di demenza si riuniscono in gruppo per raggiungere la fattoria adiacente la struttura sanitaria dove è stato allestito il giardino Alzheimer con strutture di protesica ambientale dove vengono seguiti da un'équipe multidisciplinare e messa in contatto con gli asini.

«In tre anni abbiamo prodotto oltre venti ricerche presentate a congressi e pubblicate su riviste importanti – afferma Massimo Marianetti, neurologo e psicoterapeuta, direttore medico scientifico del Centro Alzheimer – l'asino è un animale docile, intelligente e riflessivo, sarà per questa sua indole forse per la nostra cultura contadina, ma i pazienti rispondono in maniera eccellente: meno ansia, riduzione dello stato di agitazione, miglioramento del sonno e dell'appetito e soprattutto più contatti con noi medici e con i familiari che qualche volta partecipano alle sedute. E, soprattutto, abbiamo registrato una diminuzione importante delle cadute che nell'anziano disabile sono disastrose. Sono entusiasta di

quello che abbiamo realizzato. È necessario che la classe medica si avvicini a questi approcci che spesso sono sottovalutati e contrastati e mi auguro che essi possano diventare parte integrante del percorso terapeutico».

Le sedute di onoterapia sono riservate anche ai pazienti psichiatrici ricoverati o in day hospital. Le terapie assistite con gli asini gestiti da Antas, comprendono esercizi di accudimento, esercizi di rilassamento e attività ludico-motorie.

Attività educative e non solo sono quelle portate avanti da AIECCS i cui operatori lavorano invece sull'animale per eccellenza della Pet Therapy: il cane. «In questo momento abbiamo in atto su Roma e provincia tre progetti di tipo educativo, di tipo ludico-ricreativo e terapeutico assistito, le sedute sono sia di gruppo presso le strutture sanitarie che individuali, a domicilio», dice Sabrina Artane, medico e istruttore cinofilo. In piena attività la Scuola d'interazione uomo-animale (Siua) di Roberto Marchesini che con diverse istituzioni parte con tre nuovi progetti educativi arricchiti di materiale informativo e video: uno nelle scuole rivolto agli insegnanti che spiega cosa vuol dire adottare un cane, accudirlo, averlo in casa; l'altro, sempre nelle scuole, per rieducare i ragazzini dal bullismo e dai disturbi della condotta; il terzo con la LAV tutto puntato sul valore della diversità.

(mp. s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



La Regione sotto accusa per i tagli «Basta con il commissariamento»

Le reazioni

D'Amelio critica Morlacco e Cinque: «Hanno dimostrato di non essere imparziali»

«Auspichiamo la partecipazione dei 118 sindaci della provincia di Avellino, dei 5 consiglieri regionali e degli 8 parlamentari avellinesi». Era stato questo l'appello di Cgil, Cisl, Uil e Ugl per gli «Stati generali della sanità».

In pochissimi l'hanno accolto e il segretario provinciale della Cisl, Mario Melchionna, nell'introdurre i lavori, non ha perso occasione per sottolinearlo, esprimendo «rammarico per l'assenza dei rappresentanti istituzionali», che le parti sociali avrebbero «preferito come interlocutori in un'importante giornata di mobilitazione. Ancora una volta, il sostegno di troppi è mancato».

Tra i sindaci, ha risposto «presente» solo quello di Nusco, Giuseppe De Mita: «Il quadro esposto, è la sintesi plastica, impietosa e realistica, dell'irresponsabilità di una classe dirigente, che ancora si illude, in un tentativo disperato, di poter scaricare il peso della crisi sulle categorie più deboli», ha detto, commentando i dati del sistema sanitario in provincia di Avellino, presentati da Dorianita Buonavita, segretario provinciale della Cisl Funzione pubblica. Poi ha aggiunto: «È il momento che il governatore della Campania, Stefano Caldoro, si ricordi che la provincia di Avellino è parte della regione Campania».

In una sala gremita, alla spicciolata sono poi arrivati anche il senatore di Forza Italia, Cosimo Sibilia, il deputato di Sinistra ecologia e libertà, Giancarlo Giordano e la consigliera regionale del Partito Democratico, Rosa D'Amelio.

L'ex presidente della Provincia



Polemica Sotto, Rosetta D'Amelio, molto critica con la Regione



”

Gli stati generali
Sibilia: è compito dei consiglieri regionali costringere Caldoro a cambiare registro

”

L'attacco
Giordano preoccupato: dopo anni di sprechi, i cosiddetti risparmi sono soltanto all'inizio

ha detto: «I problemi sono evidenti, quello sanitario in provincia di Avellino è un sistema in sofferenza». Quindi, provocatoriamente, ha poi chiesto: «Chi dovrebbe vagliare e approfondire la questione»? Secondo Sibilia, a farlo «dovrebbero essere i rappresentanti irpini che operano a Palazzo Santa Lucia», i quali hanno il compito di «realizzare una maggiore interlocuzione con il presidente della Giunta regionale». Infine, rivolto ai segretari provinciali dei sindacati, Sibilia ha esortato: «Con differenti responsabilità, dobbiamo rimanere tutti nella stessa direzione».

Il consigliere comunale d'opposizione e deputato di Sel, Giordano, ha diretto i propri strali prima sul direttore generale dell'Asl, Sergio Florio: «I comportamenti di chi è stato nominato dalla politica devono essere esemplari: Florio, sinora, non s'è distinto. Come deputato, ho dovuto presentare un atto di sindacato ispettivo per verificare se nella nostra provincia sono garantiti i livelli minimi di assistenza. La sanità è stato un luogo in cui i politici hanno costruito carriere. Il punto in cui siamo è un punto di non ritorno: i motivi per i quali siamo arrivati sin qui sono da ricercare in decenni di sprechi, clientele e scelte sbagliate, che noi dobbiamo rimuovere per rimetterci al passo con il mondo».

Da parte di Giordano, durissime critiche anche all'obbligo del pareggio di bilancio introdotto con la legge costituzionale del 20 aprile 2012: «Il pareggio di bilancio ci obbligherà a pagare per il prossimo ventennio 50 miliardi all'anno: i tagli non sono finiti, anzi sono appena cominciati. Chi ha fatto queste scelte, introducendo una norma costituzionale, ha delle responsabilità di cui deve dar conto».

Rosa D'Amelio, che è anche presidente della seconda commissione speciale in Regione, ha definito «esplosiva» la situazione della sanità in provincia e ha bacchettato i sub commissari alla Sanità della regione Campania, Ettore Cinque e Mario Morlacco: «Sono inadeguati perché hanno dimostrato di non essere imparziali: la Campania non può più essere commissariata».

an.pl.

Florio e Caldoro sul banco degli imputati «Subito il confronto su risorse e turn over»

Castaldo: presto alla Città ospedaliera saremo costretti a chiudere alcune unità operative

Sanità in Irpinia

ALESSANDRO CALABRESE
alessandro.calabrese@ottopagine.it

«In questa provincia il diritto alla salute non c'è, per questo è necessaria una forte mobilitazione che porti la vertenza a Napoli e se ce ne sarà bisogno anche a Roma...». Gli Stati generali sulla Sanità in Irpinia si sono conclusi con questa amara considerazione da parte del segretario generale della Cgil di Avellino, **Vincenzo Petruzzello**. Suo l'intervento di chiusura, dopo un dibattito che ha visto partecipare attraverso il proprio importante contributo sindacalisti, politici e dirigenti sanitari. Gremita la sala del centro sociale "Samantha della Porta" dove l'appuntamento, convocato dalle organizzazioni sindacali, si è svolto. E dove le proposte lanciate hanno raccolto adesione e sostegno da parte di tutti i presenti. Ad introdurre l'argomento è stata **Doriana Buonavita**, segretaria della Cisl Fp, che ha subito messo l'accento sulla mancata possibilità di condividere una strada per risolvere le difficoltà relative all'emergenza-urgenza. «I direttori generali - ha detto - devono avere più coraggio ma anche forza e volontà di denunciare ciò

«I direttori generali abbiano il coraggio di denunciare tutto ciò che non va»

che non va e che a volte è determinato dalla tutela degli interessi di piccole lobby. Il dialogo è fondamentale, così come la necessità di mettere in campo un'azione comune che vada in una direzione unica e condivisa. Vogliamo essere protagonisti di una proposta complessiva: i posti letto previsti devono essere attivati, la rete ospedaliera deve funzionare. E anche il decreto 49, anche se sembra un libro di favole e non ci piace, deve essere attuato. Almeno così si avrà una linea guida...».

Poi un passaggio su un altro capitolo fondamentale: «La Sanità privata è al collasso - ha ripreso - sotto l'attacco di tagli, controlli, difficoltà nell'accreditamento.

Queste strutture stanno morendo e ai lavoratori stanno cambiando i contratti di categoria con una tipologia che prevede minori oneri previdenziali e nessuna tutela. Senza contare che non c'è una struttura che non debba erogare stipendi arretrati. L'Asl e il Moscati, poi, per i risparmi di gestione non avranno nessun premio, mentre continuano a non essere controllati i costi standard che insieme alla mobilità passiva costituiscono i veri sprechi... C'è bisogno di chiarezza e di una soluzione complessiva per superare questo stato di precarietà».

Primo politico ad intervenire il senatore di Forza Italia, **Cosimo Sibilia**: «Dall'analisi della Sanità in Irpinia emerge un quadro a tinte fosche che coinvolge migliaia e migliaia di persone che lavorano in questo settore. E' recente la problematica emersa relativamente alla clinica Malzoni ma ci sono anche tanti altri casi difficili. Con il governatore Caldoro ho un rapporto personale eccellente ma anche quando sono stato presidente della Provincia i risultati raggiunti in merito alla Sanità in Irpinia non sono stati quelli auspicati. In passato ho denunciato tante volte le stesse situazioni rilevate nella relazione di Doriana Buonavita. Dunque, io ci sto. Se questo è il documento unitario dei sindacati io lo condivido e lo appoggio. In questo momento non riusciamo ad essere neanche interlocutori della Regione e le risorse risparmiate ad Avellino vanno all'Asl Napoli 1, la più grande e la più idebitata d'Europa. E questo non è più plausibile».

A seguire, in rappresentanza dei sindacati, l'intervento di **Giuseppe De Mita**, primo cittadino di Nusco: «Bisogna puntare i piedi a terra e chiedere alla Regione di valutare bene il suo operato in materia... Questa provincia deve mobilitarsi, come avrebbe dovuto farlo tre anni fa per l'Irbus. L'impressione è che dopo i fondi per il terremoto all'Irpinia non sono destinate altre risorse».

Prima voce fuori dal coro quella di **Mario Ferrante**, direttore sanitario dell'Asl che ha parlato di programmazione condivisa, partecipazione della politica e grandi passi avanti: «L'appello anche da parte mia - ha dichiarato - è affinché il risparmio frutto di una razionalizzazione delle spese possa essere reinvestito dove viene prodotto. Purtroppo il blocco del turn over va avanti da anni e neanche il manager più illuminato può fare molto.

Noi stiamo cercando di fare il massimo e siamo l'unica Asl che si è posto il problema di affrontare l'autismo. Mentre per quanto riguarda l'assistenza domiciliare siamo in una fase migliorativa e costruttiva».

Poi la parola è andata al direttore sanitario del Moscati, **Vincenzo Castaldo**, che ha denunciato la possibilità che a contrada Amoretta chiudano altre unità operative: «Fino a qualche anno fa - ha detto - il Moscati era considerato il migliore ospedale della regione, da tempo, però, stiamo andando avanti mettendo delle

Richieste e proposte

L'appuntamento di ieri mattina è stato anche l'occasione per mettere nero su bianco alcune richieste importanti, utili per cercare di risolvere o almeno affrontare i vari problemi del settore:

- 1) riapertura del confronto vero a livello regionale e locale sugli atti aziendali e sulla riorganizzazione della rete ospedaliera e dell'emergenza;
- 2) l'approvazione della norma per l'istituzione del fondo per la non autosufficienza e del registro per le malattie oncologiche;
- 3) un percorso condiviso per lo sblocco del turn over per reclutare nuovo personale;
- 4) riutilizzo di parte degli avanzi d'esercizio;
- 5) condividere una piattaforma d'intervento sulle prestazioni erogate dai privati;
- 6) nuova pianificazione delle prestazioni in base alle richieste dell'utenza;
- 7) migliorare le condizioni lavorative;
- 8) raggiungere gli obiettivi per l'Adi.

toppe. Delle pezze. Il sindacato ci ha dato una grossa mano ma, purtroppo, dobbiamo registrare che questo sistema sanitario non funziona, crea problemi. Sempre più pazienti, poi, arrivano dal bacino dell'agro nolano, dove l'ospedale è ormai un'entità fantasma. Non riusciamo a dare risposte a tutti e, comunque, non possiamo mettere delle barriere, selezionando gli utenti a seconda della provenienza. E come se non bastasse ci accingiamo a chiudere alcune unità operative. Ciò perché sono stati fatti dei tagli orizzontali per ripianare il deficit della sanità senza guardare le prestazioni erogate e distruggendo di fatto l'assistenza. Ecco perché siamo al collasso, specie al Pronto Soccorso. Solo ridurre i costi non basta, all'istituzione commissariale c'è bisogno di persone competenti».

Secondo il deputato di Sel, **Giancarlo Giordano**, però, da solo lo sforzo unitario non basta: «E' necessario inquadrare i motivi delle difficoltà se vogliamo trovare i correttivi. La sanità in Irpinia ha costituito per anni un'eccellenza ma su di essa molti politici si sono costruiti le loro carriere. Purtroppo i tagli non sono finiti. L'obbligo, messo in costituzione, di raggiungere il pareggio di bilancio costa allo Stato italiano 50 miliardi di euro all'anno. Ecco perché le scelte da cambiare sono soprattutto a livello centrale. Ammalarsi non può essere un rischio. Florio e Caldoro devono essere richiamati alle loro responsabilità. Sono dell'opinione che si debba aprire una vertenzialità radicale verso l'Asl e verso la Regione Campania. Ormai si tratta di sopravvivenza».

Tra gli altri che sono intervenuti, vanno ricordate le testimonianze dall'interno del settore portate da **Rita Pellecchia**, Rsa della clinica Malzoni, e **Franco Niespolo**, Rsu del Moscati.

Per la consigliera regionale del Pd, **Rosetta D'Amelio**, bisogna rimettere il cittadino al centro delle decisioni: «La situazione è sempre più esplosiva. Il parametro utilizzato per il riparto dei fondi è l'età delle persone e la Campania è una regione giovane. Ma è anche una regione dove una famiglia su quattro vive al di sotto della soglia di povertà. Insomma, siamo stati penalizzati sia dal Governo che da Palazzo Santa Lucia».

Dunque, si ad un patto per la salute con l'obiettivo comune e condiviso di passare subito dalle parole ai fatti.



Al tavolo dei relatori sugli Stati Generali della Sanità in Irpinia c'erano tutti i segretari, generali e di categoria, di Cgil, Cisl, Uil e Ugl. Foto Boris Giordano



Un patto per la salute



I sindacati

«C'è bisogno di chiarezza e di una soluzione complessiva per superare lo stato di precarietà»

Giordano (Sel)

«Sulla sanità tanti politici hanno costruito le loro carriere... Ammalarsi non può essere un rischio»

Psichiatri giapponesi in visita alla Asl 3 Sud «Vogliamo chiudere anche noi i manicomi»

L'interscambio

In Campania la delegazione è stata accolta da un gruppo di medici guidato da Grimaldi

Maria Elefante

CASTELLAMMARE. Dal Giappone in Italia per studiare il paese che è riuscito a chiudere i manicomi. Minoru Enomoto, psichiatra giapponese e direttore dell'associazione clinica giapponese relativa all'assistenza psichiatrica, ha visitato le strutture del dipartimento di salute mentale dell'Asl Napoli 3 Sud. Obiettivo del viaggio in Italia quello di carpire i segreti del modello psichiatrico attualmente regolato dalla legge Basaglia ed acquisire quindi le competenze giuste per una futura riorganizzazione dei servizi di salute mentale giapponesi. In Campania il dottor Emomoto è stato accolto da una delegazione di medici composta dal direttore del Dsm il dottor Manlio Grimaldi e dai dottori Mariano De Furio e Pasquale Saviano, lo studioso giapponese



“
I contenuti
Minoru Enomoto ha preso in esame le varie strutture sanitarie di igiene mentale

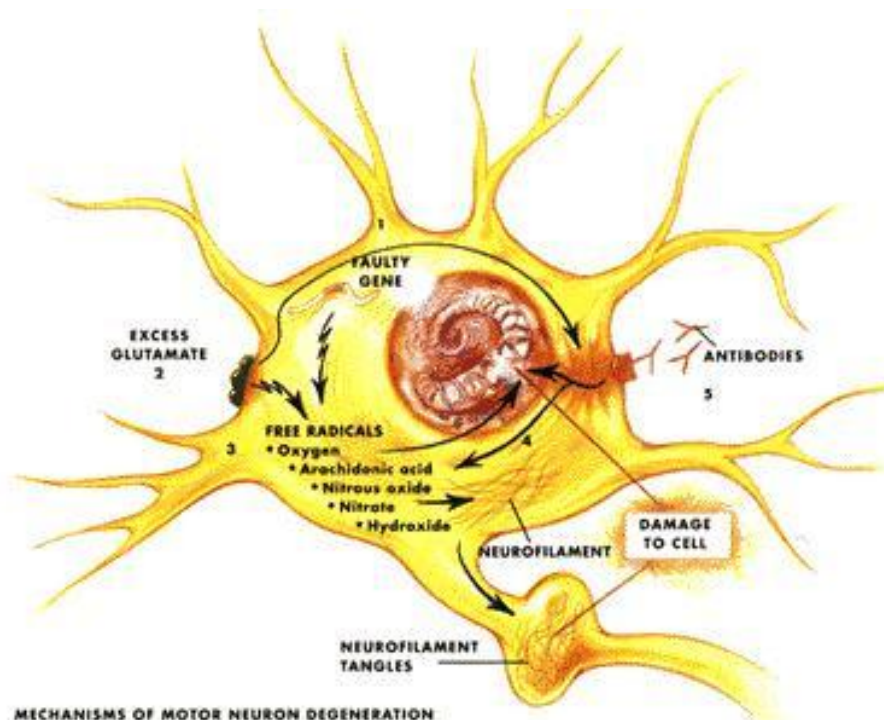
aveva già visitato le strutture italiane ma è tornato (dopo essere stato lo scorso anno in Lombardia e Veneto) per analizzare da vicino le reazioni dei pazienti che abitano nelle residenze sanitarie e che fanno esperienze lavorative, piuttosto che comprendere il trattamento sanitario obbligatorio. Tra quelle prese in esame anche la struttura di Piemonte gestita dal dottor Francesco Pisauro e quelle di San Giorgio a Cremano piuttosto che il reparto di unità psichiatrica situato all'interno dell'Ospedale Mareca di Torre del Greco. Uno studio attento, quello del dottor Emomoto che vorrebbe trasferire direttamente in Giappone dove la presenza degli ospedali psichiatrici è ancora molto alta. Da qui l'esigenza di comprendere il metodo per poter aprire le porte degli ospedali psichiatrici e curare i disturbi mentali in un contesto che non sia di costrizione. «Il dottor Enomoto è rimasto entusiasta delle strutture - ha spiegato Manlio Grimaldi responsabile del servizio di salute mentale dell'Asl Napoli 3 sud - Emomoto ha scelto la nostra azienda per la ricchezza delle informazioni e la presenza di strutture così radicate sul territorio”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



La ricerca
Fondazione
Veronesi,
largo ai giovani
con 171 studi

D'AMICO

SALUTE

Arterie

Stimolare la crescita dei vasi per riparare i danni cardiaci. O bloccare quelli che vanno a nutrire le neoplasie: alcuni degli obiettivi dei moltissimi studi di giovani scienziati finanziati quest'anno dalla Fondazione Veronesi

Le 171 sfide contro infarto e tumori

ARNALDO D'AMICO

Quanto rosso, blu o viola bisogna mangiare per difendere il cuore dall'infarto?

Come stimolare la crescita di arterie nelle malattie cardiovascolari e, al contrario, spegnerla nei tumori? Sono due delle 171 sfide medico-scientifiche che la Fondazione Veronesi sostiene quest'anno con le donazioni degli italiani. Domani a Roma, in Campidoglio, sala della Protomoteca, la cerimonia di assegnazione dei fondi. E da oggi sino al 13 aprile si sostiene la Fondazione con 2 euro per un sms da cellulare o 5 euro da fisso al 45501.

La prima sfida è stata proposta, con il solito progetto di ricerca dettagliato e anonimo che ha superato l'esame di un comitato scientifico internazionale, da Katia Petroni del dipartimento di Bioscienze dell'università di Milano. Che spiega: «Rosso, blu e viola sono i colori di frutti di bosco, arance rosse, mais rosso, radicchio e tanti altri vegetali ricchi di antocianine, appartenenti alla vasta famiglia dei polifenoli già noti per essere presenti nel vino rosso. Da tempo è accertato il loro effetto cardioprotettivo». Grazie anche alle ricerche sinora svolte dalla stessa Petroni in cui ha dimostrato che il tessuto cardiaco perso dopo un infarto si riduce di ben il 30% in chi sta assumendo antocianine. E che questa protezione deriva dalla mobilitazione da parte della antocianine di glutazione e omega 3, quest'ultimo avvistato

anni fa nel pesce azzurro.

«La sfida che ora inizia è - dice la Petroni - svelare i meccanismi molecolari con cui glutazione e omega 3 inducono la cardioprotezione. E verificare se le antocianine innalzano i livelli di alcuni microRna, piccole molecole con funzione di regolazione dei geni, coinvolti nella rigenerazione del tessuto cardiaco. Se è così, avremo in mano un prezioso biomarcatore sia per il rischio cardiovascolare e sia per misurare il reale effetto protettivo esercitato dalle antocianine introdotte con la dieta». Lo studio sarà svolto all'università di Milano.

La ricerca per vincere la seconda sfida invece si svolgerà a Boston dove si è già trasferita Silvia Dragoni e vi rimarrà un anno. «Poi si vedrà - dice molto emozionata al telefono - Qui ho trovato un laboratorio dove continuare le ricerche che ho condotto all'università di Pavia per il dottorato. La sfida ora è scoprire tutti i meccanismi, per poi trovare il modo di controllarli, con cui le cellule destinate a generare le arterie fanno l'ultimo passaggio maturativo e iniziano ad assemblare il vaso. È il fenomeno naturale che interviene in tutti i processi di riparazione e rigenerazione, come l'infarto. Ma che è attivato anche dal tumore per ricevere il sangue indispensabile alla sua crescita incontrollata. Una volta chiarito come funziona il meccanismo, possiamo mettere a punto un modo per attivarlo nell'infarto o, al contrario, spegnerlo nei tumori».

LA SFIDEA

IL BANDO
Il bando di ricerca per l'anno 2014 della Fondazione Veronesi ha assegnato in totale 171 nuovi finanziamenti e 12 proroghe

I PROGETTI
I progetti di ricerca sono 18 e durano uno o più anni. Il finanziamento quindi varia da un minimo di 60 mila a un massimo di 100 mila euro

LE BORSE
Le borse di studio sono 130 e ricevono 27 mila euro l'una per un anno. Servono al ricercatore per svolgere l'indagine che ha proposto

I DOTTORATI
Per sostenere lo svolgimento del dottorato sono stati assegnati a 23 dottorandi 18.500 euro da usare in un anno

SPECIALE SALUTE

L'AUMENTO DELLE ORE DI LUCE E IL CAMBIO DI TEMPERATURA POSSONO PRODURRE QUALCHE EFFETTO INDESIDERATO

All'attacco dei malesseri primaverili

AVVERTIRE SENSAZIONI DI STANCHEZZA, SIA PSICOLOGICA CHE FISICA, È UN'ESPERIENZA COMUNE A MOLTE DONNE IN QUESTO PERIODO DELL'ANNO. QUALI SONO LE GIUSTE STRATEGIE DA ADOTTARE

A CURA DI A. MANZONI & C

All'inizio della primavera è molto comune avvertire una sensazione di stanchezza e di spossatezza. Il fenomeno colpisce in particolare le donne, che risentono facilmente dei cambi di stagione. La debolezza può avere anche risvolti di tipo psicologico. È un fenomeno piuttosto comune, quando le temperature subiscono improvvise variazioni e le ore di luce cambiano. Il malessere si chiama "disturbo affettivo stagionale", *Seasonal Affective Disorder*, ossia SAD. Fa la sua comparsa nei cambi di stagione, in autunno e in primavera. Si manifesta con senso di affaticamento, maggiore irritabilità, frequenti problemi di insonnia e scarso appetito. I cambiamenti luce-buio, infatti, influenzano la produzione di neurotrasmettitori (sostanze che consentono la comunicazione tra le cellule nervose) come la serotonina e di ormoni come la melatonina, entrambe fondamentali per la regolazione dell'umore.

Chi non è abituato a rispettare una dieta equilibrata e completa può risentire maggiormente di questi disturbi

stagionali. In questi casi, la carenza di elementi come vitamine e sali minerali predispone a una maggiore debolezza e apre le porte al malessere psicofisico.

Il ciclo mensile può provocare perdite di ferro e debolezza

È bene attivare subito strategie per contrastare questi disturbi. Anzitutto, è opportuno rimettere a punto il proprio regime alimentare e rinforzare le proprie difese. Si consiglia ad esempio di aumentare le consuete porzioni di frutta e verdura di stagione, meglio se consumate crude. È poi utile curare l'apporto di ferro all'organismo, dato che il minerale aiuta a ritrovare vigore ed energia. Va ricordato che perdite di ferro si possono verificare nel ciclo mestruale, specie se abbondante. Sono indicati nella dieta anti-fatica: muesli con frutta secca (con il latte per la prima colazione), fiocchi d'avena, ceci, lenticchie, patate bollite, fagioli borlotti freschi. E ancora, seppie e alici sott'olio. Vanno bene anche mandorle, nocciole, pinoli e cioccolato fondente. Molti degli alimenti ricchi di ferro apporta-

no all'organismo anche altri elementi essenziali.

Contro la spossatezza effetti benefici dall'attività fisica

Frutta e verdura sono poi un'ottima fonte di vitamine: ad esempio gli ortaggi a foglia verde contengono provitamina A, legumi e cereali apportano tiamina, niacina e folati. Ortaggi, frutta e legumi, grazie anche a vitamine e minerali, svolgono poi un'azione protettiva, soprattutto antiossidante sull'organismo. Pesce e carne forniscono invece proteine di alta qualità e oligoelementi (oltre al ferro, zinco e rame) ad alta biodisponibilità, cioè facilmente assorbibili e utilizzabili, e vitamine del complesso B (in particolare la vitamina B12).

Un'efficace contromisura per contrastare malumore e spossatezza è aumentare l'attività fisica (almeno una passeggiata di mezz'ora - a ritmo sostenuto - tutti i giorni). Meglio ancora, si può programmare un graduale allenamento in palestra o all'aria aperta per arrivare in forma alla stagione più calda! ■

BICICLETTA, CORSA E CAMMINATA

Per bruciare grassi, le attività fisiche più indicate sono quelle aerobiche, perché richiedono l'utilizzo di ossigeno per la contrazione muscolare. Non sono dunque basate su intensi sforzi, ma sulla lunga durata di un esercizio. Ad esempio sono aerobiche la corsa, la camminata a passo sostenuto, la bicicletta e la cyclette. Ovviamente si deve stabilire una certa gradualità nell'esercizio aerobico perché le fatiche eccessive sono controproducenti.

CARENZA DI FERRO?

LA RISPOSTA È FERROLIN C

FERROLIN C è la linea innovativa di integratori di Ferro, Vitamina C, Acido Folico e Vitamina B12.

Il quantitativo di Ferro contenuto corrisponde al 107% dell'RDAs. Inoltre, viene utilizzato il Ferro pidolato, di origine naturale e caratterizzato da una forte biodisponibilità.

La Vitamina C migliora l'assorbimento intestinale del Ferro ed aiuta a ridurre la stanchezza, l'Acido Folico contribuisce alla fisiologica formazione delle cellule

del sangue, la Vitamina B12 è utile per il metabolismo energetico e la formazione dei globuli rossi.

È in due formati:

Pocket Drink, gradevolmente aromatizzato al limone. In confezione da 24 bustine: 1 bustina al giorno.

Per le donne in gravidanza, a causa dell'aumentato fabbisogno, 2 bustine al giorno.

Capsule. La confezione è da 30 capsule.

1 capsula al giorno (donne in gravidanza: 2 al giorno).

In farmacia, parafarmacia ed erboristeria.

www.esitalia.com - info@esitalia.it

Il benessere

L'Oms promuove
l'idroterapia
mappa globale
delle terme

ALL'INTERNO

SALUTE

Terme

L'Oms ne riconosce il ruolo. *Trattamenti prescritti dal medico: più usati nei problemi muscolo-scheletrici, respiratori, dermatologici*

Idroterapia dall'artrosi alla pelle

Una combinazione di effetti chimici meccanici, termici Hydroglobe, indagine mondiale

L'

Oms riconosce il ruolo delle terapie termali e inserisce tra le strategie della medicina tradizionale e complementare 2014-2023. Così il report Hydroglobe, indagine effettuata tramite interviste e questionari su 2.700 strutture termali, che ha coinvolto tra le altre Russia (1300 impianti), Italia (400), Cina (300), Francia (250), Romania (130), Ungheria e Polonia (120), Tunisia (70), Portogallo (50), Cuba (30).

Promosso dalla World Federation of Hydrotherapy and Climatotherapy (Femtec), dalla Fondazione per la ricerca scientifica termale (Forst) col supporto tecnico dell'Oms, il documento aggiorna la geografia del termalismo mondiale. I trattamenti sono prescritti di solito dal medico di medicina generale, ed eseguiti secondo protocolli specifici dei singoli paesi (difficile quindi adottare linee guida generali) che, nell'87,5% dei casi, ne riconoscono la rimborsabilità totale o parziale a carico del Servizio sanitario nazionale. Quali acque sono utilizzate e per cosa? L'acqua termale utilizzata è medio minerale o minerale ad

alta concentrazione di sali; le più usate sono ricche in calcio, magnesio o sodio, sulfureo saline e sulfuree e carbonatate. Rispetto alla prescrizione medica esistono indicazioni riguardo il tipo di acque da utilizzare.

L'indagine fa emergere che, nel mondo, sul totale delle patologie considerate, l'idroterapia è utilizzata come cura principalmente per il 40% dei problemi dell'apparato muscolo scheletrico (circa il 29% solo per problemi artrosici in vari siti corporei seguito da un 14% per problemi reumatici), nel 17,5% delle affezioni respiratorie e quelle dell'apparato digerente. La maggior parte dei trattamenti riguarda le malattie muscolo-scheletriche croniche infiammatorie. Tutti gli intervistati concordano nelle classifica delle tecniche complementari più comuni da affiancare all'idroterapia: massaggi (34%), kinesiterapia (27,5%), fisioterapia (26%). Il vantaggio di questi trattamenti è probabilmente il risultato di una combinazione di diversi fattori tra i quali i più importanti sono gli effetti meccanici, termici e chimici.

Gli studi esaminati dall'indagine mondiale comprendono metanalisi, revisioni sistematiche, trial controllati randomizzati, studi osservazionali e ricerche sui meccanismi d'azione.

Gli studi esaminati mostrano una tipologia molto diversificata. I campi in cui si è trovata maggiore documentazione sono molto diversi tra loro: ortopedia, apparato cardiovascolare, vie respiratorie, dermatologia. Se le evidenze nel settore delle malattie dell'apparato muscolo-scheletrico sembrano tra le più solide, negli altri settori la metodologia della ricerca è più carente, gli arruolamenti insoddisfacenti, l'impostazione degli studi non ben definita.

(mp. s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

