



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La trattativa

Sanità: turn over e ticket, spiragli per la Campania

Definita la cornice del nuovo «Patto» Si discute ancora sul riparto dei fondi

Nando Santonastaso

La cornice del nuovo «Patto» per la salute è ormai definita. Manca ancora il consenso politico, ovvero l'adesione dei governatori anche perché non c'è ancora un impegno formale - nero su bianco, per capirci - sul riparto dei fondi. Ma il «grosso» sembra ormai fatto e la Campania, che con il governatore Stefano Caldoro ha martellato anche ieri al tavolo tecnico tra assessori e ministeri della Salute e dell'Economia sulla necessità di un indispensabile riequilibrio del riparto stesso - potrebbe avere già incassato due obiettivi non proprio trascurabili. Il primo riguarda i ticket: dalle riunioni di ieri sarebbe stata confermata l'ipotesi di «ancorarli» al reddito, con comprensibili vantaggi per le famiglie più povere e per regioni, come la Campania, appunto, che hanno un elevato indice di famiglie in condizioni di disagio economico e sono state costrette a durissimi piani di rientro per colmare il buco dei conti sanitari. Si è parlato anche della determinazione di un tetto, da quantificare entro il 2014, al di sotto del quale la compartecipazione alla spesa sanitaria non verrebbe richiesta. Su questo tema sarà comunque il livello politico a dire l'ultima parola, anche perché nella definizione del tetto avrà un

peso anche la composizione del nucleo familiare. In ogni caso il nodo dei ticket - al pari di quello relativo alla revisione dei Lea, i Livelli essenziali di assistenza, ovvero le prestazioni garantite ai cittadini - dovrebbe slittare a settembre.

Altro punto «a favore» della Campania riguarda la decisione di passare al fabbisogno nazionale del personale sanitario, attualmente previsto su scala regionale. Si potrebbe di conseguenza riaprire la partita turn over, attualmente congelata nella regione: lo sblocco, secondo una prima valutazione dei tecnici, garantirebbe il recupero di migliaia di posti (si parla addirittura di 7-8mila) nel giro di pochi anni.

Su entrambi i punti c'è soddisfazione ma anche cautela da parte della Regione. Non a caso il governatore Caldoro ha evitato commenti ufficiali in attesa di quanto dirà, sempre oggi, il ministro della sanità Beatrice Lorenzin. Al mosaico manca, come detto, la nuova ripartizione dei fondi con i sacrifici che verranno chiesti alle Regioni più virtuose per riequilibrare la spesa. Se n'è parlato anche ieri a proposito dei piani di rientro dai disavanzi finanziari, tema su cui è intervenuto anche il ministro per gli Affari regionali, Maria Concetta Lanzetta: «Sarà un mio personale

I farmaci
Sul prezzo vigilerà un osservatorio delle Regioni
L'Aifa definirà le categorie terapeutiche



impegno - ha affermato durante il question time alla Camera - in occasione del suo passaggio in Conferenza Stato-Regioni da me presieduta, verificare che, superando il concetto di ripianamento dei deficit attraverso la riduzione delle spese, vengano privilegiati i concetti di razionalizzazione ed efficientamento dei servizi sanitari».

Al centro della discussione tecnica anche altre questioni, non del tutto secondarie. L'impiego, ad esempio, degli specializzandi negli ospedali. «Le Regioni - ha chiaro il ministro in question time - hanno fatto varie proposte, e tutto ciò che riguarda il tema specializzazioni e sistema universitario è stato rimandato al Miur ma non usci-

rà nulla che non sia concordato con il ministro dell'Università». Confermata anche la linea che tutti i risparmi del «Patto» verranno spesi nella sanità. Quanto alla consistenza del Fondo nazionale le cifre circolate anche ieri sono le seguenti: 109,9 miliardi per 2014, 112 miliardi per il 2015 e 115,4 miliardi per il 2016. Per le case di cura private sarebbero previsti accorpamenti o chiusure al di sotto dei 60 posti letto, con un'ipotesi di alzare il tetto a 80 letti. Ma ieri si è parlato anche del prezzo dei farmaci: su di esso dovrebbe vigilare un osservatorio composto dai rappresentanti di tutte le Regioni, mentre all'Aifa spetterà il compito di delineare le categorie omogenee terapeutiche.

Patto per la salute, da dicembre si pagherà il ticket in base al reddito



Roma - Ticket legati al reddito e alla composizione familiare; tre anni di risorse certe per il Fondo sanitario nazionale: 109,9 miliardi nel 2014, 112,06 nel 2015 e 115,44 nel 2016; **revisione dei Lea**, i livelli essenziali di assistenza il cui finanziamento dovrebbe crescere di circa 700/900 milioni di euro, ma che slitta però dopo l'estate; la riorganizzazione complessiva dei soggetti che si occupano di sanità: Aifa (farmaci), Agenas (l'agenzia sanitaria), l'Istituto Superiore di Sanità e il Consiglio Superiore della Sanità. È l'impianto della **bozza del Patto della Salute 2014-2016, definita ieri dalla commissione ristretta composta da Regione e Ministero dell'Economia**. La settimana prossima, il documento passerà alla Conferenza Stato Regioni per la discussione e l'approvazione.

Il «passo decisivo per garantire la sostenibilità del nostro sistema sanitario per i prossimi 15-20 anni» ha spiegato ieri il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**. Il ministro, in audizione in commissione Sanità al Senato, si è detta «soddisfatta», auspicando che non ci siano ostacoli alla firma definitiva dell'intesa. In attesa dell'incontro decisivo alla Stato-Regioni, la prossima settimana, il diktat è dunque quello del riserbo: per questo, nella riunione di ieri al ministero, il documento cartaceo consegnato agli assessori sarebbe poi stato ritirato, proprio per impedire fughe di notizie nel merito prima del vaglio finale dei governatori.

Il nuovo Patto per la Salute prevede una profonda «spending review interna», ma i risparmi questa volta dovrebbero restare nel settore della sanità. Così almeno assicura il governo. Procederà, invece, sul binario di una legge delega **la riforma dei ticket: entro dicembre una Commissione dovrà stabilire le nuove quote di compartecipazione il cui gettito, assicura il Mef, resterà sugli attuali livelli: non meno di 3 miliardi di euro, ma neppure di più.**

Entro il 30 settembre, poi, ci sarà la rivisitazione dei **Lea: nei Livelli essenziali di assistenza, finanziati con 900 milioni in più nei tre anni, entreranno anche molte malattie rare oggi escluse**. E ministero della Salute e Ministero dell'Università stanno lavorando all'ipotesi di far entrare in corsia anche i medici non specializzati: probabilmente non saranno inquadrati come dirigenti. L'alternativa del governo è accorciare i tempi delle scuole di specializzazione per evitare i nuovi medici entrino nel mondo del lavoro troppo tardi, dopo i 30 anni.

(Fonte: quotidianosanita)

LE REGIONI COSTRETTE A TAGLIARE. ECCO COSA

Quest'anno devono recuperare 700 milioni. Nel mirino sanità e stipendi dei dirigenti. Mentre la Sicilia prende tempo.

di Stefano Vespa

La spending review delle regioni dovrà continuare a spron battuto. Il decreto Irpef, da pochi giorni convertito in legge, le costringe infatti a recuperare complessivamente quest'anno 700 milioni in tutti i settori, anche se la maggior parte taglierà nella sanità.

La Regione **Lazio** conta di risparmiare nel 2014 circa 100 milioni, di cui 80 con gare centralizzate nella sanità e il resto con tagli in varie strutture. In altri casi, i dati forniti a *Panorama* riguardano solo quanto è stato fatto fino all'anno scorso. L'**Emilia-Romagna**, per esempio, nel 2013 ha ridotto la spesa sanitaria di 78 milioni (meno 8,6 per cento) e il **Friuli-Venezia Giulia** di 7,5. Accentrare gli acquisti in **Lombardia** nel 2013 ha permesso di risparmiare l'8 per cento per i dispositivi medici e il 3,4 per i farmaci. Dal **Piemonte** dicono che le recenti elezioni regionali hanno tenuto bloccata la politica per mesi, ma ora la regione dovrà risparmiare 60 milioni, mentre in **Abruzzo** (dove pure si è votato) calcolano un taglio di 44,6 milioni nel biennio 2014-15

riducendo del 10 per cento gli importi dei contratti su beni e servizi.

La **Puglia** garantisce che i tagli, da definire, non saranno fatti nella sanità, mentre in **Sardegna** per ora sono state indicate solo le modalità del risparmio: taglio del 5 per cento alle forniture, nuovi contratti applicando le convenzioni Consip, riduzione dei contratti interinali. La **Toscana** vuole recuperare 40 milioni ritoccando gli investimenti sul materiale rotabile e i trasferimenti degli Fsc, Fondi per lo sviluppo, oltre a ridurre gli stipendi dei dirigenti. Dalla **Liguria** si limitano a ricordare che dagli appalti banditi nel 2012 nei settori sanitario e della ristorazione dovrebbero maturare risparmi per circa 2,8 milioni.

La **Campania** risparmierà 37 milioni l'anno centralizzando gli acquisti. Altri 9 milioni quest'anno e 29 nel 2015, invece, deriveranno da vari interventi tra cui la valutazione delle performance delle aziende sanitarie. L'**Umbria** ha finora recuperato 9 milioni chiudendo due sedi

del 118, creando una nuova centrale per gli acquisti e riducendo il premio assicurativo sul rischio clinico. Centralizzare sta aiutando la **Calabria** a recuperare 6 milioni sugli appalti per pulizie e mense, oltre che sull'assicurazione per il rischio clinico, mentre la **Basilicata** conta di arrivare a 7 milioni anche razionalizzando i sistemi di raccolta e lavorazione del sangue e centralizzando l'approvvigionamento dei farmaci. Se le **Marche** puntano a risparmiare l'1 per cento sui nuovi contratti su beni e servizi, in **Molise** tagliano i costi d'acquisto di 5,4 milioni quest'anno e di 1,8 nel 2015. Altri 5,4 milioni arriveranno da beni e servizi. E la **Sicilia**? Prima aspettavano la conversione del decreto e ora aspettano disposizioni dai ministeri dell'Economia e della Salute. Cioè, ancora non hanno tagliato niente. ■

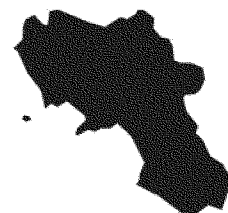
(a cura di Francesco Bisozzi e Maria Pirro)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LAZIO
Riduzione di 18 milioni nel 2014 per le strutture non sanitarie.



CAMPANIA
Risparmio di 33,2 milioni l'anno per i farmaci con un'unica fornitura.



Patto per la salute, c'è un accordo Ticket più leggeri per le famiglie povere

L'accordo siglato dal
ministro Lorenzin e
dagli assessori
regionali, va ora in
Parlamento

ROMA

Al termine di una due-giorni finale di incontri fitti tra assessori regionali, ministro della Salute e dell'Economia, il Patto per la Salute 2014-2016 è stato definito nelle sue direttrici, per passare ora all'esame politico ed alla firma dei governatori. Tra i tanti nodi sul tavolo, uno dei capitoli più scottanti riguarda i ticket: sembrerebbe confermata l'ipotesi di "ancorarli" al reddito, con vantaggi per le famiglie più povere, e si starebbe pensando alla determinazione di un tetto, da definirsi entro il 2014, sotto il quale la compartecipazione alla spesa sanitaria non verrebbe richiesta. Su questo punto verrà avviato un confronto politico, tenendo conto che nella definizione del tetto avrà

un peso anche la composizione del nucleo familiare. Il "capitolo ticket" – così come quello relativo alla revisione dei Livelli essenziali di assistenza, ovvero le prestazioni garantite ai cittadini – dovrebbe però slittare a settembre.

Con il nuovo Patto per la Salute, dovrebbero poi delinearsi competenze più forti per il ministero della Salute, una necessità affermata più volte dallo stesso ministro Beatrice Lorenzin e confermata dal presidente della commissione Affari sociali della Camera, Pierpaolo Vargiu: «Dal nuovo Patto, nelle intenzioni del ministro, uscirà un ministero della Salute più forte, slegato - ha sottolineato - dalle dettature del Ministero dell'Economia. È una scelta che va incoraggiata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Patto Salute. Terminati lavori tecnici al Ministero. Entro luglio riparto Fsn 2014

E' terminata oggi la sessione di lavori tecnici presso il Ministero per definire il patto per la Salute. Ancora non c'è un testo definitivo, in quanto bisognerà attendere che il documento venga valutato dalla Conferenza dei governatori che si terrà, presumibilmente, giovedì prossimo. “Abbiamo presentato le slides riassuntive alle Regioni che non avevano presenziato agli scorsi incontri – ha spiegato **Claudio Montaldo**, assessore alla Salute in Liguria – Allo stato attuale c'è una bozza, che contiene numerosi aspetti innovativi e che si apre con l'individuazione del finanziamento per il prossimo triennio. Sul testo che abbiamo elaborato, c'è comunque massimo accordo tra tutte le parti in causa”.

Nei prossimi sette giorni la bozza girerà dunque “tra i vari governatori e sarà quindi suscettibile di variazioni in base alle osservazioni e alle indicazioni che emergeranno – ha sottolineato **Luigi Marroni**, assessore alla Salute in Toscana – L'importante sarà trovare un punto di equilibrio tra le valutazioni dei vari presidenti”. Sembra sia stato sciolto il nodo riguardante gli standard per i privati accreditati. “La soglia minima è 60 posti letto, con la possibilità di arrivare a 80 nel caso di accorpamenti amministrativi tra due o più strutture che contengano almeno 40 unità a testa”.

Una volta ultima il Patto, si passerà immediatamente alla definizione del riparto per il 2014 tra le Regioni. Un iter che verrà completato entro la fine di luglio.

(Fonte: quotidianosanita)

Patto Salute. Lorenzin: "Testo a governatori per esame finale". Ma nuovi Lea slittano a settembre, mentre per la riforma dei ticket bisognerà aspettare dicembre

Spending review interna con reinvestimenti in Lea e nomenclatore protesi audio-visive, riorganizzazione cure primarie e rete ospedaliera, investimenti in edilizia sanitaria e meccanismi di allerta per le regioni a rischio Piano di rientro. Ecco il Patto che potrebbe essere firmato entro la prossima settimana. Lorenzin: "Si garantisce sostenibilità Ssn per prossimi 15-20 anni".

26 GIU - "Sono molto soddisfatta, dopo 15 giorni di riunioni no stop con la commissione Salute della Conferenza delle Regioni e il Mef, ora manca solo il via libera dei governatori per la ratifica dell'intesa. Spero che la prossima settimana non ci siano sorprese e si possa dire che questa importantissima riforma che riorganizza la programmazione per il prossimo triennio e risolve una serie di nodi lasciati aperti negli ultimi anni nel sistema sanitario, sia andata finalmente in porto. Sarà il passo decisivo per garantire la sostenibilità del nostro Ssn per i prossimi 15-20 anni". Così il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ha parlato dello stato dell'arte del Patto della Salute prima di entrare nell'aula della commissione Igiene e Sanità del Senato per il seguito dell'audizione sull'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Ssn.

Come spiegato dal ministro, il punto di partenza del nuovo Patto per la Salute è stata la certezza di budget per la sanità richiesta a più riprese dalle Regioni. In tal senso, è stata confermata la presenza di una spending review all'interno del Patto che "servirà a reperire risorse da reinvestire all'interno dello stesso settore", ha assicurato Lorenzin. "C'è infatti bisogno di investimenti in infrastrutture, personale, tecnologie, ricerca e accesso ai nuovi farmaci - ha proseguito il ministro nel corso dell'audizione -. Con i risparmi, inoltre, entro il 30 settembre presenteremo la lista dei nuovi Lea che saranno finanziati con 900 mln di euro in 3 anni. Ci sarà anche un aggiornamento del nomenclatore delle protesi audio-visive".

Il ministro ha riferito alla commissione che, all'interno dell'accordo con i rappresentanti delle Regioni, si sono volute affrontare le due sfide principali che hanno messo a rischio il nostro Ssn: la longevità, con un conseguente aumento della spesa sanitaria e della domanda socio-assistenziale, e la crisi economica che ha comportato una contrazione della spesa in generale e di quella sanitaria nel particolare.

In tema di Piani di Rientro, Lorenzin ha annunciato che nel Piano sono state "cedute porzioni di sovranità da parte delle Regioni per poter porre in essere un sistema di controllo più efficace e efficiente laddove si presentino problemi gestionali, in modo da poterli affrontare con tempestività prima che scattino meccanismi di commissariamento". In pratica un meccanismo di allerta che prevede un nuovo ruolo per Agenas e l'avvio di un sistema di open data che permetta un accesso

immediato ai dati non solo di tutte le aziende sanitarie, ma anche un collegamento con i dati delle prescrizioni dei medici di famiglia, con il fascicolo sanitario e con le stesse farmacie. "Potremo così individuare parametri ad hoc per affrontare per tempo i possibili allarmi, tentando di evitare nuovi Piani di rientro, con l'intervento di una task force ad hoc chiamata a risolvere prontamente gli eventuali problemi gestionali".

Sono state inoltre, "stabilite nuove norme per uscire da Piani di rientro, ma anche per rendere il loro percorso più snello e meno burocratizzato". Lorenzin ha poi ribadito la necessità di tenere insieme equilibrio bilancio e qualità servizi, riconoscendo come in questi ultimi anni non ci sia stata "la stessa attenzione tra riequilibrio dei conti e erogazione dei Lea".

Quanto ai ticket: "Abbiamo affrontato il tema della compartecipazione nel Patto - ha detto Lorenzin - abbiamo inserito una sorta di legge delega con una commissione che entro dicembre dovrà stabilire nuovi ticket che saranno improntati all'esigenza di equità sociale e di contrasto a chi evade".

Confermata, infine, la riduzione dello standard di posti letto ospedalieri che passerà a 3,7 per mille abitanti. Nel contempo, si dovrà potenziare il territorio anche nell'ottica di un'integrazione sempre più stretta con l'assistenza socio-sanitaria. (*Fonte: quotidianosanita*)

I Governatori discutono la bozza del nuovo patto

Dopo settimane di lavoro, la commissione salute della Conferenza delle Regioni e i tecnici del ministero hanno elaborato una bozza sul patto 2014-2016, che sarà discussa la prossima settimana dai Governatori. "La Conferenza delle Regioni - ha detto il presidente Vasco Errani - valuterà nel merito i contenuti della bozza, rispettando il percorso che avevamo definito, senza alcuna fuga in avanti". Il ministro Beatrice Lorenzin, dal canto suo ha anticipato alcuni elementi della bozza.

"Sono state individuate e inserite le risorse per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza: 900 milioni in tre anni, dal 2014 al 2016. L'aggiornamento sarà finanziato ed effettuato entro il 30 settembre". "Nel Patto per la Salute - ha aggiunto il ministro - abbiamo affrontato il tema della compartecipazione. Ci sarà una sorta di legge delega con una commissione che entro dicembre dovrà stabilire i nuovi ticket, improntati all'equità sociale e al contrasto a chi evade". Lorenzin, infine, ha annunciato che il patto avrà una clausola di salvaguardia, per permetterne la reale applicazione e anzi garantirla: "un comitato composto dal ministero della Salute, dal Mef, da Agenas e da altri soggetti, vigilerà sull'applicazione. Questo Patto non può rimanere lettera morta. Ci sarà un comitato che sorveglierà sul mantenimento degli impegni presi dalle parti. Altrimenti si interverrà in via sussidiaria".

(Fonte: ilsole24ore)

Italiani e salute, preferiscono un test del sangue che andare dal dentista

La Demoskopea ha condotto una indagine intervistando 37 mila cittadini tra i 18 ed i 65 anni di età, per indagare il rapporto esistente fra gli italiani e la prevenzione, e quindi quanto essi si sottopongono a **check up** per tenere sotto controllo la loro salute.

L'indagine ha investigato su quanto i cittadini italiani siano attenti alla prevenzione per quanto riguarda gli occhi, i denti e quanti si sottopongono a controlli regolari del loro sangue.

Diciamo subito che i risultati non sono ottimi, per un Paese nel quale da anni le parole “prevenzione”, “educazione” e “controlli” sono scritte in migliaia di norme e decreti ma, ad esse, quasi mai hanno corrisposto atti concreti che le rendessero reali e attuate.

La prevenzione in Italia è una bellissima parola che nei fatti è fortemente disattesa, se non addirittura contrastata. In più a tutto questo oggi si aggiunge una crisi economica che colpisce da svariati anni il nostro Paese e che, per quanto riguarda la salute, invece di produrre autentiche politiche di prevenzione, che ci permetterebbero di non dover pagare fra qualche anno costi salatissimi per curare la gente, ha portato la classe politica ad una serie di manovre e tagli nei servizi sanitari, tagli che paghiamo continuamente, e che hanno avuto come quasi unico risultato, la decadenza del Servizio sanitario pubblico.

Possiamo dire, prima di raccontarvi i dati emersi dallo studio della Demoskopea, studio effettuato in nome e per conto del portale che riunisce i medici specialisti italiani, che in generale un italiano su cinque (ossia il 20%) **non va dal dentista** da più di due anni, mentre uno su tre, il 33%, dichiara di non controllarsi la vista con regolarità.

Per quanto riguarda le **analisi del sangue** i nostri concittadini sembrano essere più attenti e le fanno con una certa regolarità, infatti solo il 18% defeziona da questo tipo di indagine.

Andando un po' di più nel dettaglio, parlando degli **odontoiatri**, i dati rilevano che le fasce di età tra i 25 e i 34 anni e quella tra i 45 e i 54, sono le meno attente e quelle che meno vanno dal dentista. Un dato che sorprende è che in quelle fasce di età le più distratte sono le donne.

La **vista** è anch'essa considerata un elemento non primario di cui prendersi cura, ed infatti circa il 30% del campione, non si fa fare un controllo degli occhi da almeno due anni, mentre il 23% lo ha eseguito nel corso dell'ultimo semestre. In questo caso la fascia di età, diciamo più disattenta, è quella tra i 18 ed i 24 anni, in cui il numero di persone che non ha eseguito un controllo, negli ultimi due anni, sale al 45.8%.

Dai dati dei soggetti intervistati emerge anche una specie di classifica regionale che vede gli abitanti del Friuli Venezia Giulia, dell'Emilia Romagna e del Lazio, al primo posto fra quelli “attenti” mentre la Liguria risulta quella più sbadata.

(Fonte: asca)

Airc e Firc**«Destinati
94 milioni
alla ricerca
sul cancro»**

Oltre 94 milioni destinati alla ricerca sul cancro: è questo il bilancio sociale Airc e Firc 2013 su «dodici mesi di impegno collettivo per rendere il cancro sempre più curabile». Il bilancio dell'Associazione e della Fondazione italiana per la ricerca sul cancro, pubblicato ieri registra più di 94 milioni di euro destinati a centinaia di progetti innovativi di ricerca, frutto dell'impegno di 4 milioni e mezzo di sostenitori e 20mila volontari.

Ogni giorno in Italia vengono diagnosticati mille nuovi casi di cancro e la ricerca è l'unica soluzione per sviluppare cure disegnate ad hoc per ogni tipo di tumore. Oggi la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è arrivata al 63% per le donne e al 57% per gli uomini (nel 1990 era rispettivamente 53% e 39%). Un trend positivo e incoraggiante che, tuttavia, deve ancora fare i conti con una variabilità dettata dalle specifiche forme tumorali: purtroppo, infatti, il cancro non è una, ma tante malattie differenti, e come tali vanno curate.

«L'impegno di Airc e Firc in questa direzione - si legge in una nota - è testimoniato da 565 progetti di ricerca finanziati, 149 unità operative che afferiscono alle 14 grandi progettualità rese possibili dai proventi del 5 per mille, oltre 5mila ricercatori attivi nella filiera della ricerca oncologica, dal laboratorio di base al letto del paziente». «Da tutti questi studi ci aspettiamo ricadute significative nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura dei tumori», ha commentato il direttore scientifico Maria Ines Colnaghi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«I medici del futuro? Specialisti della vita»

di Luca Liverani

Domani il Papa al Gemelli per i 50 anni del Policlinico. Il preside di Medicina, Bellantone: «La scienza medica cambia il rapporto con i pazienti e pone domande etiche. Alle quali occorre che si sappia rispondere»

«**O**ggi assai più di 50 anni fa ha senso e importanza una facoltà di medicina che formi sanitari vicini al paziente e schierata a difesa della vita. Perché gli enormi progressi della scienza medica pongono anche interrogativi etici ineludibili». Su questo non ha dubbi il professor Rocco Bellantone. A pochi giorni dalla celebrazione del 50° del Policlinico Agostino Gemelli, e alla vigilia della visita del Papa, domani, il preside della facoltà di

Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica guarda al futuro con la fiducia di chi ha un passato solidamente strutturato. A celebrare i cinquant'anni ci sarà anche Francesco. Cosa vi sta mostrando? Il primo insegnamento che ci ha dato questo Papa è evitare l'autoreferenzialità. E chiederci sempre se siamo all'altezza della straordinaria missione affidatoci. La facoltà di Medicina fu creata 53 anni fa dalla grande intuizione di padre Agostino Gemelli di creare anche un policlinico. Oggi è facile comprenderlo, ma all'epoca non era così immediato intuire che non si può preparare personale sanitario – non dimentichiamoci che abbiamo anche 40 corsi per operatori di ogni tipo – senza un grande ed efficiente ospedale, che mostrasse come i cattolici sappiano dare sollievo alla sofferenza e allo stesso tempo permettesse a chi studiava medicina di poter applicare la teoria. **La formazione di medici per un ateneo cattolico va al di là della trasmissione di saperi, ma punta a creare medici attenti alla dimensione umana del paziente, che prima di tutto è una persona. È ancora così?** Padre Gemelli chiamava la facoltà di Medicina «il grande sogno della mia anima». In 50 anni questa facoltà ha preparato migliaia di operatori sanitari che hanno nel loro dna non l'essere «gentili» con il paziente, ma molto di più: cioè compenetrarsi nell'anima e nel corpo di chi sta

soffrendo. Ecco il grande significato di questa istituzione cattolica italiana. **In mezzo secolo la medicina ha fatto passi da gigante. Ma i progressi della scienza hanno anche aperto interrogativi etici pesanti.** Oggi questa facoltà riveste un ruolo ancora più importante rispetto ai tempi della sua fondazione. Il grande avanzamento della tecnologia ha spersonalizzato il rapporto col malato: prima un medico seguiva uno o più pazienti, oggi noi medici siamo tutti super-specializzati e di frequente lo stesso malato è seguito da tanti medici. È l'errore drammatico della «catena di montaggio», un approccio avviato quando si è cominciato a chiamare gli ospedali addirittura «aziende». La vita nascente o nella sua fase terminale vengono considerati spesso atti meccanici, sacrificabili quando non si riconosce il valore imprescindibile che ha la vita. Dunque è fondamentale l'apporto di una facoltà

cattolica. Tutto questo si integra con la difesa del valore della vita che abbiamo sempre portato avanti.

A proposito di bioetica: il nuovo Codice deontologico dei medici ha fatto discutere. L'Ordine della Lombardia ha detto che non lo applicherà...

Il primo errore è pensare che si possa

codificare ogni aspetto del rapporto tra medico e paziente. È ovvio che debbano esistere regole, leggi, codici. Ma è impossibile che sostituiscano lo straordinario rapporto tra paziente e medico. Quest'ultimo deve fare riferimento al grande codice etico della difesa della vita e della sofferenza del malato che va curato nel fisico e accompagnato nello spirito. I codici deontologici sono fondamentali, ma la nostra società è troppo indirizzata alla ricerca di protocolli. Tutto il mondo medico ritiene ormai vincente la medicina personalizzata, ovvero il messaggio che la Chiesa ha sempre sostenuto. Non si può normare e irregimentare ogni rapporto tra medico e paziente. Se le stesse energie investite per stilare norme fossero impiegate per la formazione etica, ci sarebbero meno polemiche e meno arzigogoli giuridici.

E cosa c'è di nuovo per i prossimi 50 anni?

Credo sia stato un grande passo avanti avere aperto, l'anno passato – prima università cattolica al mondo – un corso internazionale di medicina in inglese, seguito da studenti italiani e di tutto il mondo: è un grande valore aggiunto. E la visita del Papa ci darà il coraggio, la forza e la speranza che in passato in alcuni momenti hanno vacillato. Anche solo la sua presenza ci motiverà a perseguire valori che possono salvare questo Paese.



La statua di Wojtyła davanti al Gemelli



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Conti all'Asl, il ministero chiude l'ispezione

L'ispettore capo ha decretato il «superamento delle anomalie rilevate». I bilanci risultavano irregolari dal 2000

● **Anna Liberatore**

Non molte righe, a firma dell'ispettore generale capo del Mef, chiudono un capitolo annoso per l'Asl di Benevento: quello della verifica amministrativo-contabile.

Come se fosse un rosario, il ministero dell'Economia e delle Finanze, sgrana a uno a uno i punti contestati, mettendo su ognuno una pietra sopra "per il superamento delle anomalie rilevate" ed apprezzando "l'intenso lavoro svolto dagli attuali vertici aziendali per il ripristino della regolarità gestionale che ha comportato, fra l'altro, l'adozione di apposite segnalazioni alla Procura della Repubblica di talune situazioni di particolare gravità (l'inchiesta Asl, ndr)".

Dopo cataste di fascicoli, controdeduzioni e precisazioni il Mef ha ritenuto di "poter valutare positivamente gli interventi posti in essere che hanno determinato il superamento delle criticità osservate ai punti 1 e 3 dell'elenco trasmesso a suo tempo con il referto ispettivo".

L'ispezione

I punti in questione riguardavano l'irregolarità e le carenze nella formulazione dei bilanci di esercizio 2000-2004 con conseguenti ripercussioni sulla esatta rappresentazione dei fatti gestionali anche nei bilanci relativi agli anni 2005-2007; disallineamento tra saldo di cassa emergente dalle scritture contabili dell'azienda e quello periodicamente comunicato dall'istituto tesoriere (Unicredit, ndr); reiterato ricorso a proroghe e a prosecuzioni oltre scadenza del contratto per la gestione del servizio di tesoreria.

"Per quanto attiene alla gestione del servizio di Tesoreria – precisa l'ispettore del ministero – si prende atto delle difficoltà incontrate per la scelta del contraente, non imputabili all'azienda. Si segnala la situazione all'amministrazione vigilante per la valutazione di eventuali interventi da adottare a livello centrale".

Un altro nervo scoperto su cui si cercava da tempo di fare chiarezza era il ricorso a incarichi individuali esterni, più volte prorogati, in palese contrasto con i presupposti e i requisiti stabiliti dalla normativa. Da Roma scrivono che, intanto, sono "considerevolmente diminuiti" rispetto alla situazione denunciata all'epoca e poi che si prende atto della necessità di prorogare quattro contratti di collaborazione a tempo determinato per garantire il livello dei Lea (livelli essenziali di assistenza). Sui punti 5 e 6 (mancato riscontro alle problematiche emerse in una precedente verifica amministrativo-contabile svolta nel 1999 e l'assenza di interventi intesi al ripristino della regolarità amministrativa e al superamento delle criticità emerse da una verifica nel 2007) il Mef ha detto di "apprezzare l'intenso lavoro svolto dagli attuali vertici" (direttore generale Michele Rossi) e di poter "dichiarare concluso il procedimento di verifica".

Il passato

I conti dell'azienda sanitaria locale non tornavano (dal 1999 in poi) al ministero dell'Economia e delle Finanze, alla Corte dei Conti e alla Regione Campania. Il primo gennaio del 2000 era entrato in vigore un nuovo sistema di contabilità economico patri-

moniale, ma l'Asl non provvede in quella fase a redigere una corretta situazione economico patrimoniale al 31 dicembre 1999, che avrebbe accertato le poste iniziali per la corretta tenuta dei bilanci.

Da allora fu il caos dei numeri. Gli organi deputati al controllo battevano la testa contro una classe dirigente sorda alle sollecitazioni. I dirigenti responsabili del procedimento (Arnaldo Falato e Felice Pisapia) getteranno solo fumo negli occhi degli ispettori e non offriranno mai i chiarimenti richiesti ("pur comprendendo il sentimento di dispiacere degli organismi ispettivi, ciascuno, per quanto di competenza dovrebbe prenderne atto e farsene una ragione"). I conti si ingarbuglieranno talmente tanto che in una relazione ispettiva si scriverà "(...) l'unica soluzione per salvaguardare la correttezza e la veridicità dei bilanci futuri, sarebbe la cessazione dell'attuale Asl e, contestualmente, la costituzione di una nuova azienda". Capitolo chiuso.

**Il caso
Il dicastero
dell'Economia
e delle Finanze
mette un punto
sulla verifica
amministrativo-contabile
avviata per una serie
di irregolarità**



Marcianise

Ospedale, tagli e ordini di servizio: lo scontro politico è incandescente

La sanità

Fecondo, capogruppo del Pd, esibisce un documento sulla nuova organizzazione

Franco Agrippa

MARCIANISE. «Un ordine di servizio che smentisce chi afferma che l'ospedale di Marcianise sarà potenziato». Il capogruppo del Pd, Filippo Fecondo, interviene nuovamente sulla questione del presunto depauperamento del nosocomio marcianisano a favore di quello di Maddaloni e citando una nota del primario del reparto di ostetricia e ginecologia di entrambi gli ospedali, Gerardo Spaziante, avvalorata la sua tesi in contrapposizione a quanto dichiarato nei giorni scorsi dal sindaco De Angelis e dal direttore generale dell'Asl, Menduni. Intanto, il sindaco di Marcianise e la sua collega di Maddaloni, Rosa De Lucia, «al fine di tutelare l'interesse e la salute dei cittadini» inviano una nota congiunta al presidente della giunta regionale Caldoro per chiedere un incontro sulla questione degli ospedali. I cittadini di Marcianise hanno atteso oltre 40 anni per veder realizzata una struttura degna per ospitare un nuovo ospedale che potesse servire il territorio compreso tra la zona a Nord di Napoli e Caserta.

Per questo, le vicende che interessano il nuovo nosocomio di via Santella, che non ha ancora un nome, non è stato mai inaugurato ufficialmente ma è aperto da sette anni, suscitano le attenzioni dei marcianisani, sempre più determinati a non perdere il loro presidio ospedaliero, e dei loro rappresentanti politici che sempre più spesso lo



Il presidio
L'ospedale è ancora senza un nome

usano come argomento di scontro. La settimana scorsa, l'ex sindaco Fecondo aveva sostenuto che «dopo la chiusura del pronto soccorso chirurgico e traumatologico, continua lo smantellamento dei servizi dell'ospedale di Marcianise». Ed aveva segnalato che il reparto di ostetricia e ginecologia non poteva più curare i «casi presunti critici» che dovevano essere trattati dal reparto di Maddaloni, come anche gli interventi di «ginecologia maggiore». La risposta a Fecondo, sebbene anticipata dal sindaco, arrivò qualche giorno dopo con una nota dell'ufficio stampa dell'Asl in cui, cercando di tranquillizzare la cittadinanza si parlava di una «situazione temporanea» e di «una maggiore integrazione fra servizi per garantire al meglio l'assistenza sanitaria». Richiamando, poi, l'integrazione fra gli ospedali di Marcianise e Maddaloni, secondo il decreto regionale 49 del 2010, annunciava che «tutta l'attività di elezione ed urgenza chirurgica e pronto soccorso sarà espletata nel nosocomio di Maddaloni; le unità operative di Pediatria, Ostetricia e Ginecologia saranno accorpate nel plesso di Marcianise con l'utilizzo del relativo personale proveniente dall'ospedale di Maddaloni». Fecondo, allora, rende noto l'ordine di servizio a firma del direttore dell'U.O.C. di ostetricia e ginecologia Gerardo Spaziante, in cui si prescrive il «trasferimento a Maddaloni dei casi clinici presunti critici a causa dell'assoluta mancanza di strumentario chirurgico sufficiente (quello in uso è pericolosissimo, desueto), equipe di chirurgia generale h24 disponibile e rianimazione. Tutti gli interventi di ginecologia maggiore, si devono effettuare presso il P.O. di Maddaloni, che al momento non ha la carenza di cui sopra».

La sanità, la polemica Granata ridisegna incarichi e mansioni, 150 medici si ribellano: atto illegittimo

Rivoluzione al Cardarelli, diffida al manager

**Sit-in e assemblea
La replica: un'opera
di razionalizzazione****Ettore Mautone**

Cardarelli di nuovo nel caos: 150 medici aderenti a una decina di sigle raggruppate nell'intersindacale (assente solo l'Anaa) firmano una diffida indirizzata al direttore generale dell'ospedale collinare Rocco Granata e promettono fuoco e fiamme contro un provvedimento del manager che riorganizza incarichi, riordina mansioni e rivoluziona la pianta organica. «Granata - attacca Giuseppe Galano, presidente regionale dell'Aaroi (associazione anestesisti e rianimatori ospedalieri italiani) ripropone con poche modifiche l'impianto della delibera varata a gennaio scorso e costata una dura vertenza conclusasi con una censura per condotta antisindacale e un atto di indirizzo della Regione firmato dalla struttura commissariale in cui lo si invita ad attendere il via libera all'atto aziendale». Granata ha aggirato l'ostacolo: l'aggancio normativo - in questo nuovo provvedimento - è al piano attuativo (risalente al 2011) del piano ospedaliero regionale. «Ho ascoltato sin dallo scorso aprile i sindacati - spiega il manager - e poi ho deciso senza grandi modifiche quanto precedentemente assunto anche con l'avallo dell'Anaa, che è tra i principali sindacati». Granata, a 15 giorni dalla scadenza del mandato, avanza in un campo minato. «Il direttore generale - avverte Galano - dovrebbe fornire almeno i criteri e le motivazioni delle decisioni assunte. Chiediamo rispetto per i colleghi anziani».

La mobilitazione si annuncia dura: oggi sit-in e domani assemblea. Potrebbe scattare anche lo sciopero. Per capire di cosa parliamo basta dire che si tratta del riordino delle posizioni gerarchiche: ovvero titoli, incarichi e mansioni con sostanziali riverberi in busta paga. Le posizioni in azienda del personale medico salgono da un primo gradino per i neoassunti (dirigenza semplice) agli incarichi professionali di base e di alta specialità dopo almeno 5 anni di anzianità. Quindi il livello superiore e infine gli apicali a capo delle strutture complesse, ovvero i primari. Nella rivoluzione targata Granata c'è una falciata di strutture semplici che passano da 230 a 80 quasi tutti nuovi incarichi. Altri 80 sono declassati e circa 450 medici ritornano al primo gradino, come se fossero appena assunti. Altro nodo i bandi interni: per ogni struttura delle 80 semplici individuate sono indicati i requisiti, che sembrano penalizzare alcuni e premiare altri. Una pioggia di demansionamenti e di riattribuzioni di funzione che potrebbero costare circa 500 euro al mese. Per chi è alla soglia della pensione diventano circa 3mila euro annui (parola di consulente del lavoro). Invoca semplicemente l'applicazione della legge Antonio De Falco, segretario regionale della Cimo: «È l'atto aziendale che stabilisce queste riorganizzazioni. In assenza il provvedimento di Granata è illegittimo».

Il manager si difende. «È un'opera di razionalizzazione che serve a far funzionare meglio l'ospedale - taglia corto Granata - la Regione da un anno non approva gli atti aziendali. Non si possono lasciare le cose appese per tanto tempo. I requisiti per la graduazione delle funzioni sono frutto delle indicazioni dei primari ai quali spetta far funzionare i reparti. Sono fiero di concludere al mio posto il mandato quinquennale nonostante le pretestuose bocciature giunte più volte al mio indirizzo anche dalla Regione».

**Il presidio**
Scontro tra il manager Granata e 150 medici sul riassetto dell'ospedale Cardarelli

L'inaugurazione

Asl Napoli 1, una piscina per disabili

Sarà inaugurata oggi (alle 17.30) la piscina del centro Rsa-handicap dell'Asl Napoli 1 di Soccavo, in via Adriano 119. Per i prossimi mesi estivi è stata progettata un'area piscina attrezzata per offrire,

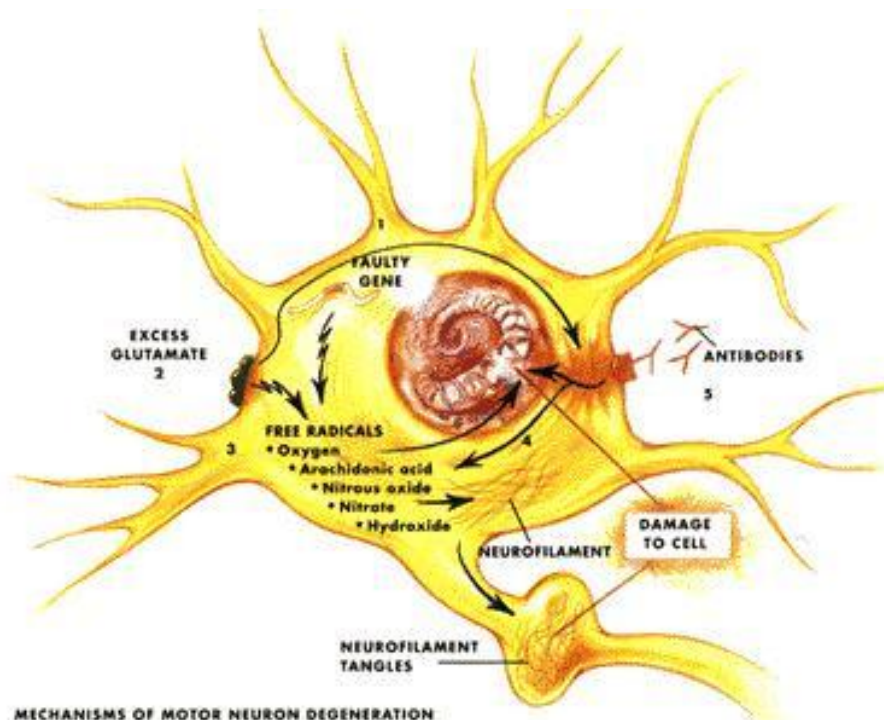
congiuntamente ad una gradevole sensazione di vacanza, gli enormi benefici fisici e mentali dell'attività fisica svolta all'aperto. Come afferma il direttore generale dell'Asl Napoli 1,

Ernesto Esposito, «il progetto è stato realizzato tenendo conto non solo dell'aspetto ricreativo, ma anche di un programma riabilitativo di attività motoria e ginnastica dolce».



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Non si parte più dal tessuto tumorale per stabilire la cura

Cancro del colon, basta l'analisi del sangue

DI MASSIMO GALLI

Per stabilire la cura migliore per i malati di cancro del colon è sufficiente un'analisi del sangue. A sostenerlo sono i ricercatori dell'Istituto nazionale francese della sanità di Montpellier, che hanno condotto uno studio pubblicato sulla rivista *Nature Medicine*. Attualmente vengono invece esaminati i tessuti tumorali, che permettono di identificare le mutazioni di alcuni geni da cui emerge l'eventuale buona risposta ai trattamenti con anticorpi monoclonali. Essi possono sostituire la tradizionale chemioterapia, che è più invasiva, ma soltanto se le condizioni del paziente lo permettono.

Il test del sangue utilizzato si chiama In-plex. Si tratta di analizzare il Dna liberato dalle cellule malate in circolazione nel sangue. Infatti piccole quantità di Dna, provenienti direttamente dal tumore, sono presenti nel sangue di chi è colpito dal cancro. La sperimentazione è avvenuta in diversi ospedali francesi su un centinaio di pazienti affetti da tumore colon-rettale con metastasi.

I vantaggi del nuovo metodo, sostengono i ricercatori d'Oltralpe, sono molteplici. Innanzitutto è una questione di velocità: i risultati sono pronti mediamente nell'arco di due gior-

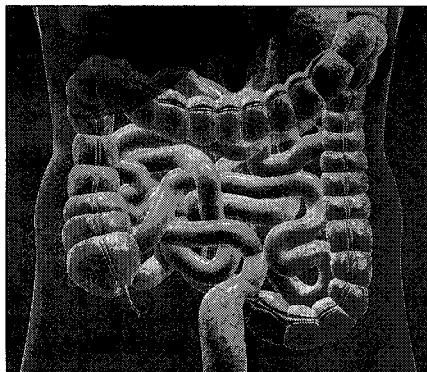
ni rispetto al periodo di 11-24 giorni della procedura tradizionale, a seconda del centro di analisi. Un altro punto a favore dell'esame del sangue è la mancanza di invasività, poiché si evita la biopsia, vale a dire il prelievo di un campione di tessuto interno. A far pendere l'ago della bilancia da questo lato sono, inoltre, i costi molto più bassi, la possibilità di ripetizione dell'analisi e la capacità di scoprire i cambiamenti che emergono nel corso dei trattamenti mirati, responsabili delle resistenze

incontrate durante la terapia.

L'analisi del Dna permette anche di realizzare test genetici su tumori non operabili, sostituendoli alla biopsia potenzialmente rischiosa. Attualmente si sta esaminando un kit specifico, la cui produzione su scala industriale dovrebbe cominciare l'anno prossimo. I francesi ritengono che questa procedura sia in grado di essere applicata ad altri tipi di cancro. La direzione da seguire

è, dunque, quella di personalizzare le cure.

Il tumore del colon è il terzo per tasso di mortalità: ogni anno viene scoperto un milione di nuovi casi in tutto il mondo e circa 600 mila persone muoiono. Dopo cinque anni sopravvive il 65% dei pazienti, ma la percentuale crolla al 10% nel caso della formazione di metastasi.



Ogni anno, in tutto il mondo, si registra un milione di nuovi casi di cancro del colon

—© Riproduzione riservata—