



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Nola Sindacati in stato di agitazione: chiedono al commissario dell'Asl di aumentare il personale

Pochi infermieri al Pronto soccorso

Si attendono le suppellettili delle sale operatorie. Manca il reparto di radioterapia

di Antonio D'Ascoli

NOLA – I lavoratori dell'ospedale 'Santa Maria della Pietà' afferenti alla sigla sindacale della Fsi sono in stato di agitazione per il sempre precario stato del Pronto soccorso, in particolare del reparto di Osservazione - breve intensiva. Con una lettera indirizzata al commissario straordinario e all'amministrazione centrale dell'Asl Napoli 3 Sud si rende noto ancora una volta lo stato di difficoltà delle attività dell'Obi, avviato nonostante le forti carenze strutturali e di personale. *"Nonostante le nostre precedenti segnalazioni nulla è stato fatto fino ad oggi. Il reparto necessita di un numero adeguato di infermieri e di personale che attualmente non ha"*. E' quanto si legge nel documento in cui si sollecita l'intervento. Quello del presidio bruniano è una vicenda che tiene banco da tempo visto che dal territorio sono ormai numerose le spinte rivolte ad una richiesta di miglioramento delle prestazioni sanitarie sia sul piano quantitativo che qualitativo. Nonostante ciò, restano insolute numerose problematiche. Ad esempio, quella relativa al completamento delle sale operatorie: in questo caso si attende l'arrivo delle suppellettili. Quanto occorra ancora aspettare non è ancora noto visto che il termine viene rinviato di volta in volta. Certamente una volta chiusa questa fase si potrà avviare la realizzazione delle altre quattro camere operatorie al terzo piano già comprese nell'appalto. In totale, a lavori ultimati l'ospedale sarà dotato complessivamente di ben sei

to e giunto di recente anche da un recente convegno promosso dal Lions Club "Giordano Bruno" e svoltosi presso la Curia vescovile. Un ospedale, il Santa Maria della Pietà, che serve una popolazione di oltre mezzo milione di abitanti, privo di una struttura di radioterapia oncologica per mezzo di acceleratori lineari, quando nell'Asl Na3 Sud dovrebbero esserne previsti ben sette e non ve ne è nemmeno uno, fa indignare i sindaci del territorio, a cominciare dal primo cittadino di Nola **Geremia Biancardi**, che hanno firmato una petizione affinché presso il nosocomio bruniano si provveda, con urgenza, all'installazione dell'impianto. *"E' una richiesta legittima - chiude Raffaele Ambrosino della Fsi - se ne parla da tempo. L'auspicio è che non siamo di fronte all'ennesimo spot ma ad un'ipotesi reale, anche se gli spazi attualmente sono molto esigui. Andrebbe finalmente ripreso il progetto per la realizzazione della nuova ala dell'ospedale ma in questo caso andremmo a toccare un altro tasto dolente"*.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Alcuni locali al terzo piano della struttura sanitaria sono stati chiusi dopo un controllo dei Nas alcuni mesi fa

camere operatorie. Altra spinosa questione è quella che riguarda alcuni locali del terzo piano sottoposti a chiusura dopo un controllo dei Nas diversi mesi orsono. E nel mentre permane questo stato di criticità da più parti si invoca un reparto di radioterapia per i malati oncologici. E' quanto chiedono da tempo associazioni e cittadini che sempre in numero maggiore sono coinvolti direttamente o indirettamente nella lotta contro le patologie tumorali. Un forte appello ad intraprendere questo tipo di proget-



SANITÀ

Restano alcune criticità da superare come sottolinea Jessica Cesarano

Il piano De Luca riapre l'ospedale "Scarlato"

Scafati finalmente rientrerà nella rete dell'emergenza-urgenza. Sono previsti 118 posti letto



Adriano Falanga

Tempo un anno e mezzo, e Scafati potrà, forse, riavere il suo Pronto Soccorso, collegato ad un ospedale efficiente. Il nuovo piano ospedaliero redatto dal commissario alla Sanità Joseph Polimeni, ha recepito infatti le indicazioni politiche del governatore campano Enzo De Luca, nonché quelle che sono tutto sommato istanze del territorio. Il condizionale è però d'obbligo, perché la decisione finale spetterà agli enti ministeriali, in quanto la Regione Campania ancora non è uscita dal commissariamento sanitario. Il piano De Luca, a differenza di quello precedentemente preparato da Stefano Caldoro, sembra essere più "ragionato" e razionale. L'Ex governatore del resto lo presentò in campagna elettorale, e a molto parve più una forzatura mediatica che un vero piano strutturale di riordino della rete ospedaliera. Caldoro sembrò non scontentare nessuno, tirando fuori dal cilindro un piano somigliante molto al libro dei sogni. Si accontentava tutti. Il piano De Luca, più che 22 slide stile Caldoro, consta di quasi 200 pagine, e riporta Scafati nella rete dell'emergenza-urgenza. Nel dettaglio, oltre al Pronto Soccorso, per il Mauro Scarlato sono previsti 118 posti letto, 102 per acuti e 16 per lungodegenti. Queste le unità operative: 16 posti Chirurgia generale; 24 posti Medicina generale; 24 posti Ortopedia e traumatologia; 24 posti Pneumologia; 10 posti Reumatologia; 4 posti Terapia intensiva; 16 posti lungodegenza. Un bel passo da quando la bozza Zuccatelli lo voleva cen-

tro riabilitativo senza Pronto Soccorso. Restano però alcune criticità da superare, così come spiega Jessica Cesarano, coordinatrice di Cittadinanza Attiva e referente per Scafati del Tribunale del Malato, di stanza al nosocomio scafatese. "Le promesse di Caldoro fatte solo in occasione del voto per le regionali, oggi vengono ridimensionate da De Luca ed adattate da Polimeni per realizzare un piano più fattibile e reale. Tuttavia nutro forti dubbi sulla buona riuscita del piano per il Mauro Scarlato, in quanto oggi non esiste il pilastro fondamentale sul quale dovrebbe costruirsi il progetto di Polimeni: le risorse umane. Il personale medico ed infermieristico, pur facendo il possibile, non basta per ottemperare a tutti i compiti richiesti, soprattutto per il vasto bacino di utenza a cui si rivolge lo Scarlato". Un aspetto non ancora definito questo delle assunzioni, come del resto la copertura finanziaria. "Non si può subordinare un pronto soccorso di questa portata, con più di 6000 prestazioni annue, al DEA di Nocera Inferiore, che attualmente ha grandi difficoltà nel gestire il grosso numero di interventi, al quale si appoggerebbe anche quello di Pagani. Senza dimenticarci che si tratta di un DEA di 1° livello, e quindi un'osservazione di breve degenza e di stabilizzazione del paziente, che risulterebbe insoddisfacente per i casi comuni più gravi, come chi necessita di cardiocirurgia a seguito di arresto cardiaco o infarto - fa presente la Cesarano - Il piano da speranza, ma non risolve i problemi della sanità locale, ci si deve battere a tutti i costi per l'autonomia sovrana del Mauro Scarlato, e non la sua subordinazione di ogni reparto

presso altri presidi, altrimenti la sua esistenza non ha più senso". Riprendersi l'autonomia gestionale è anche la mission del direttore sanitario Aristide Tortora. Un passo fondamentale per mettere in coordinamento i futuri reparti dello Scarlato. Attualmente infatti il presidio ospedaliero è gestito da ben 4 diverse direzioni sanitarie: la radiologia con Pagani, il laboratorio analisi con Sarno, la bronco pneumologia (e il primo soccorso) con Nocera, mentre la struttura è coordinata dalla locale direzione affidata a Tortora. Non proprio l'ideale, dal punto di vista amministrativo, una situazione che può creare ingorghi burocratici, andando a complicare le procedure, più che a snellirle. "In questi anni ho visto soltanto uno scaricarsi a vicenda in maniera infelice le colpe di una politica inefficiente. Nel frattempo la gente è morta. Non servono raccolte firme su carta straccia, non servono marce, non servono voti, ora è necessario un clima propositivo e diplomatico per restituire dignità ai cittadini scafatesi" l'appello finale della rappresentante di Cittadinanza Attiva.



Con il decreto 33 del 17/05/2016 è stato varato il nuovo Piano Ospedaliero che dovrà essere approvato dai Ministeri della Salute e dell'Economia. Sono previsti 102 posti per acuti e 16 per lungodegenti, per un totale di 118 posti letto così distinti:

- 16 posti Chirurgia generale
- 24 posti Medicina generale
- 24 posti Ortopedia e traumatologia
- 24 posti Pneumologia
- 10 posti Reumatologia
- 4 posti Terapia intensiva
- 16 posti Lungodegenza.

Riformati i procedimenti disciplinari e introdotte norme per la lotta all'abusivismo

Nella sanità finisce l'era delle categorie senza ordine



DI BEATRICE MIGLIORINI

Dai livelli essenziali di assistenza alla riforma delle professioni sanitarie. Dalla lotta senza quartiere all'abusivismo professionale, alla riforma dei procedimenti disciplinari interni. Niente è stato lasciato indietro nel ddl Lorenzin (S-1324), approvato dal senato in prima lettura nei giorni scorsi e pronto per l'esame da parte della camera (si veda *ItaliaOggi* del 25 maggio 2016). Un iter, quello del ddl che porta la firma del ministro della salute, che ha avuto inizio nell'inverno del 2014 e ha visto il coinvolgimento diretto di tutte le 31 categorie professionali orbitanti nel panorama sanitario. Il tutto, per un totale di soggetti potenzialmente coinvolti dalle disposizioni che si aggira intorno al 1.200.000.

Colonna portante dell'impianto normativo, la vera e propria riforma degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie. In particolare, per ostetriche e infermieri è prevista la trasformazione da collegi provinciali a ordini provinciali. Per quanto riguarda, invece, il collegio dei tecnici di radiologia è previsto un ulteriore passaggio. All'interno dell'Ordine la cui denominazione diventerà «Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni

sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione» confluiranno, infatti, non solo i collegi dei tecnici di radiologia, ma anche tutte le professioni sanitarie al momento non ordinistiche. Per queste, infatti, è prevista l'istituzione di un albo per ciascuna che, a sua volta, confluirà all'interno del macro ordine. Ogni insieme di ordini, infine, a livello nazionale sarà organizzato in Federazioni. A trovare spazio nel testo, dopo non poche difficoltà, sono stati anche gli osteopati e i chiropratici. Queste, infatti, diverranno professioni sanitarie a tutti gli effetti. Previsto, inoltre, il passaggio sotto la vigilanza del Ministero della salute degli ordini delle professioni dei biologi, degli psicologi nonché dei chimici e dei fisici e l'istituzione presso l'Ordine degli ingegneri dell'elenco nazionale certificato degli ingegneri biomedici e clinici. Addio, poi, ai dubbi circa la natura degli ordini. È stabilito, infatti, senza più possibilità di dubbi al riguardo, che gli ordini dovranno essere qualificati come enti pubblici non economici e, quindi, organi sussidiari dello stato a tutti gli effetti, «con la mission di tutelare gli interessi pubblici connessi all'esercizio professionale, con propria

autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare, sottoposti alla vigilanza del Ministero della salute», si legge nella nota diffusa dall'Ipasvi (la Federazione nazionale dei collegi infermieri) nei giorni scorsi, «finanziati esclusivamente con i contributi degli iscritti, senza pertanto gravare sulla finanza pubblica». Loro compiti specifici, poi, quelli di: tenere e rendere pubblici gli albi delle rispettive professioni, verificare il possesso dei titoli abilitanti all'esercizio professionale e valutare le attività di formazione continua. Sempre per ciò che riguarda gli ordini, inoltre, è stabilito che essi dovranno sottostare alle regole in materia di trasparenza e accessibilità alle informazioni. Disposizioni, a cui si aggiungono anche quelle relative alla riforma del procedimento disciplinare, per il quale dovrà essere garantita la «separazione della funzione istruttoria da quella giudicante. In ogni regione, quindi», ha spiegato l'Ipasvi, «saranno costituiti appositi uffici istruttori di albo a cui partecipano, oltre agli iscritti sorteggiati tra i componenti delle commissioni disciplinari di albo della corrispondente professione, anche un rappresentante estraneo alle professioni medesime, nominato dal ministro della salute».

Capitolo a parte per quanto riguarda l'esercizio abusivo della professione. Su questo fronte, infatti, sono state inasprite le sanzioni penali per chi compie reati ai danni delle persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture socio sanitarie residenziali o semi-residenziali.

I manager

Sanità, nomine entro l'estate la riforma arriva in Consiglio

Legge al voto martedì. Ostruzionismo e polemiche

La Regione

Scelte affidate al solo De Luca il nuovo disegno abolisce le commissioni tecniche

Maria Pirro

Manager della sanità pubblica, le nomine entro l'estate. Il nuovo e contestato disegno di legge, che affida la scelta direttamente al governatore, arriva in Consiglio regionale per l'approvazione. L'assemblea, nonostante le richieste di rinviare l'esame a dopo le elezioni, è convocata per martedì alle 11,30. Ed è facile prevedere un duro scontro tra maggioranza e opposizioni, come avvenuto in quinta commissione.

Raffaele Topo, democrat alla guida della commissione consiliare e primo firmatario del dispositivo, ieri ha illustrato le modifiche alla procedura e sottolineato che «la priorità è chiudere la stagione dei commissari che da ottobre 2014 guidano ospedali e Asl. Non faccio l'analisi logica su come siamo arrivati all'impasse», ha aggiunto, «ma tutto ciò impone una riflessione». Il vicepresidente della giunta Fulvio Bonavitacola ha seguito direttamente i lavori e ribadito che «il problema non è più

”
L'impasse
Topo (Pd):
«Altre regole farebbero slittare tutto di due anni»
Caldoro:
caso politico

differibile», perché «il commissario svolge una funzione di supplenza, non è sottoposto a criteri di valutazione sulle attività, non ha orizzonte temporale per programmare». Insomma, nessuno dovrebbe restare in carica ancora a lungo, ma «le procedure di individuazione secondo l'attuale disciplina generano inevitabili lungaggini». Per completare l'iter, ha stimato Topo, «di questo passo, occorrono due anni».

Sono già trascorsi sei mesi solo per aggiornare l'albo campano degli aspiranti direttori generali, giudicati da una commissione tecnica, e il risultato peraltro non è ancora ufficiale. Ma sembra siano pronte le comunicazioni: l'elenco dovrebbe comprendere cir-

ca 280 nomi da aggiungere ai 465 già idonei ed escludendo quegli iscritti che non hanno più i requisiti.

Bonavitacola, dunque, ha sollecitato «una disciplina transitoria» per «rimediare alle gestioni» di questi ultimi anni. La riforma consentirebbe di evitare altri ritardi eliminando quei passaggi, che nelle intenzioni originarie avrebbero dovuto favorire il merito, affidando a una commissione tecnica la valutazione di titoli ed esperienza dei professionisti interessati all'incarico. In teoria, avuto l'ok dell'Aula, il governatore Vincenzo De Luca potrebbe essere libero di riassegnare le poltrone già dalla prossima settimana, ma ha annunciato che lo farà dopo le amministrative, di certo entro l'estate.

Sullo sfondo, l'incognita del decreto Madia: approvato, ma non ancora esecutivo, cambierà di nuovo le regole, prevedendo, tra l'altro, un albo unico in Italia per i manager. «Quando entrerà in vigore la disciplina nazionale ci adegueremo», ha tagliato corto Bonavitacola, respingendo ieri le obiezioni dei consiglieri di opposizione. Quanto alla discrezionalità nelle nomine, altra ragione di preoccupazione e contestazione da parte della minoranza, «sarà poi nella responsabilità del presidente De Luca dare una forte motivazione».

L'ex governatore Stefano Caldoro, promotore del meccanismo vigente, sia pure ritoccato a dicembre scorso dalla maggioranza di centrosinistra, ha annunciato diverse iniziative per bloccare il nuovo provvedimento: «Sul piano formale ci riserviamo di produrre documentazione per sollevare un problema di legittimità del percorso amministrativo adottato dalla maggioranza». Caldoro ha motivato l'impasse, ricordando che «c'è una legge perfettamente in vigore, che ha già prodotto la nomina di 5 manager (durante il suo mandato), e che questa giunta non riesce a far funzionare. È un problema politico». Attraverso una nota, il presidente del consiglio regionale, Rosetta D'Amelio, ha obiettato: «Anche nel passato le nomine avvenivano allo stesso modo, solo che prima c'era la cinquina di proposta, ma poi la nomina era sempre in capo al presidente della giunta. Ora c'è l'esigenza, soprattutto

dopo che il piano ospedaliero è stato inviato al ministero e credo venga approvato, di avere la certezza dei direttori generali. I commissari, infatti, lo dico con grande rispetto, spesso non si sentono di assumere delle responsabilità rispetto all'organizzazione». Valeria Ciarambino, del Movimento Cinque Stelle, ha respinto, però, il paragone con il Veneto indicato ieri come modello da De Luca per spiegare l'opera di semplificazione: «Lì la sanità versa in condizioni migliori della nostra, la Campania ha addirittura fatto registrare il caso di un ospedale commissariato per camorra», ha ricordato il capogruppo grillino. «Si va verso la scelta di manager nominati senza merito e trasparenza». La consigliera Flora Beneduce ha parlato di un «ritorno a tempi bui. Torniamo ad una sanità lottizzata e clientelare, vanificando i sacrifici affrontati sia dagli operatori sanitari sia dai cittadini della regione». Ermanno Russo ha sottolineato come «l'idoneità non basta, non è sinonimo di qualità e specificità».

Alla fine, la proposta è stata messa ai voti, e approvata, nonostante il «no» di Forza Italia, dei gruppi di centrodestra e dei Cinque Stelle. Si profila, dunque, lo sprint nelle nomine: probabilmente a luglio le scelte. Ma la nuova legge lascia aperte diverse questioni. Una è indicata dall'ex manager Rocco Granata: nel luglio 2009 nominato al Cardarelli, il suo mandato è scaduto cinque anni dopo. Nel luglio 2014, ha avuto una proroga

di 45 giorni, poi è subentrato nell'incarico il direttore sanitario: respinti, nel corso degli anni, invece, tutti gli aspiranti direttori generali che hanno presentato domanda per partecipare alla selezione azzerata con l'arrivo di De Luca. «Ora è indispensabile una assunzione diretta di responsabilità del governatore, in linea con il suo modo di amministrare. Poi occorre puntare sulla formazione», afferma Granata, che aggiunge: «La Regione non ha mai organizzato corsi per gli aspiranti direttori generali, amministrativi e sanitari proposti ad esempio in Toscana e Lombardia. Oggi la nostra sanità paga il prezzo di questa grave carenza». Un certificato di frequenza delle lezioni in materia di sanità pubblica, organizzazione e gestione sanitaria va peraltro presentato in Veneto solo per accedere all'albo degli aspiranti manager.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



”
L'accusa
Ciarambino
«Minati
trasparenza
e merito»
Beneduce:
è un ritorno
ai tempi bui

”
L'intervento
Bonavitacola:
disciplina transitoria
Il nodo formazione



L'albo

In fase di aggiornamento

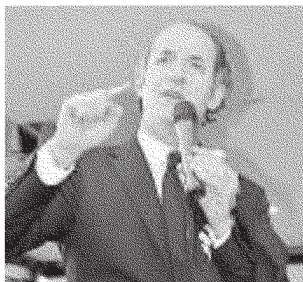
L'elenco degli idonei comprende 465 nomi, ma è destinato ad allungarsi presto: altri 280 aspiranti manager dovrebbero essere ammessi



I commissari

Al comando da più di due anni

In attesa della nomina dei manager, ospedali e le Asl sono guidati da «supplenti». Come Patrizia Caputo: dal 2014 al Cardarelli



La formazione

Niente corsi

La Regione Campania non ha attivato corsi di formazione per aspiranti manager, obbligatori per risultare idonei al ruolo nel Veneto di Luca Zaia



Il convegno

«Ri-abilitazione», esperti si confrontano all'Università

«Ri-abilitare», ossia «restituire le abilità» al paziente per migliorarne la qualità della vita. È un processo emozionale oltre che funzionale quello di cui si discuterà questa mattina, a partire dalle 8.30, nell'aula magna dell'Università degli Studi di Salerno, in via Allende a Baronissi. L'occasione è il convegno organizzato dall'associazione Medici Cattolici della Campania, in collaborazione con Nicola Maffulli, direttore del dipartimento apparato locomotore Aou del Ruggi di Salerno, sul tema «Riabilitazione: attualità e prospettive». Uno scambio di opinioni e informazioni, alla presenza del rettore Aurelio Tommasetti,



Relatore Mario Capunzo
Scuola medica Unisa

ti, che vedrà coinvolto anche il dipartimento di medicina, chirurgia e odontoiatria «Scuola medica salernitana» dell'Unisa, con il professor Mario Capunzo, e l'Omceo provinciale, presieduto da Bruno Ravera, insieme per fornire alla platea una panoramica più ampia

su quelle che sono le patologie emergenti e le conseguenti problematiche ad esse connesse, dal calvario delle liste d'attesa alla totale assenza di un registro nazionale e regionale di valutazione dei bisogni assistenziali. Argomento controverso che vedrà seduti al tavolo dei relatori esperti di medicina fisica e riabilitativa, come Vincenzo Maria Saraceni della Sapienza di Roma e Fernanda Servodio Iammarone, fisiatra del Santobono Pausilipon di Napoli, a confronto per fornire agli addetti ai lavori e agli studenti delle facoltà di medicina e chirurgia e fisioterapia nuove conoscenze e metodi di approccio alle malattie neurodegenerative, senza trascurare gli aspetti etici. Per farlo saranno presentate alcune best practices organizzative e cliniche, al fine di superare la frammentazione delle diverse aree di competenza.

mariangela adinolfi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidiano **sanità**.it

Giovedì 26 MAGGIO 2016

Dopo di noi. Il Senato approva il ddl. Il testo torna ora alla Camera. Ecco come saranno tutelati i non autosufficienti rimasti soli

L'obiettivo del testo approvato in seconda lettura da Palazzo Madama è quello di favorire il benessere, la piena inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità prive di sostegno familiare. Si prevede la determinazione di livelli essenziali delle prestazioni assistenziali (Lep) da garantire in tutto il territorio nazionale e viene istituito un Fondo ad hoc presso il Ministero del lavoro con una dotazione di 90 mln per il 2016. [IL TESTO](#)

Il disegno di legge sul dopo di noi, in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare o che potrebbero essere in futuro prive di tale sostegno, è stato oggi approvato in seconda lettura dal Senato con modifiche apportate in sede referente dalla XI Commissione. Il via libera è arrivato con 181 voti favorevoli e 20 contrari.

Questo il contenuto del ddl, articolo per articolo.

L'**articolo 1** esplicita le **finalità del disegno di legge**, inteso a favorire il benessere, la piena inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità, in attuazione dei principi di cui agli articoli 2, 3, 30, 32 e 38 della Costituzione, agli articoli 24 e 26 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e agli articoli 3 e 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e ratificata dall'Italia ai sensi della L. n. 18 del 2009.

In particolare, il disegno di legge disciplina:

- **misure di assistenza, cura e protezione in favore delle persone con disabilità grave**, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare, in quanto mancanti dei genitori o perché gli stessi non sono in grado di "fornire l'adeguato sostegno genitoriale" - quest'ultima locuzione è stata inserita dalla 11a Commissione del Senato, in luogo del riferimento all'impossibilità di "sostenere le responsabilità" dell'assistenza - (articolo 1, comma 2). Le predette misure sono integrate nel progetto individuale per le persone disabili di cui all'articolo 14 della L. 8 novembre 2000, n. 328, e sono assicurate attraverso la progressiva presa in carico della persona già durante l'esistenza in vita dei genitori; come specificato dalla 11a Commissione del Senato, tali misure sono definite con il coinvolgimento dei soggetti interessati e nel rispetto della volontà delle persone con disabilità grave, ove possibile, dei loro genitori o di chi ne tutela gli interessi;

- **misure di agevolazione per i seguenti negozi o atti giuridici**, se destinati in favore di disabili gravi(2) : erogazioni da parte di soggetti privati; stipulazione di polizze assicurative; costituzione di trusts; costituzione di vincoli di destinazione di beni immobili o di beni mobili iscritti in pubblici registri; costituzione di fondi speciali, composti di beni sottoposti a vincolo di destinazione e disciplinati con contratto di affidamento fiduciario anche in favore di alcune organizzazioni non lucrative di utilità sociale (articolo 1, comma 3).

Il comma 1 dell'**articolo 2** prevede che le **prestazioni assistenziali da garantire in tutto il territorio nazionale ai disabili gravi privi del sostegno familiare**, di cui al precedente articolo 1, comma 2, siano definite nell'ambito del procedimento di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP)

e degli obiettivi di servizio relativi ai settori assistenziali diversi da quello sanitario. Tale procedimento (ai sensi del richiamato art. 13 del D.Lgs. 6 maggio 2011, n. 68) consta, tra l'altro, di una legge statale e, nelle more di adozione di quest'ultima, di un'intesa in sede di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali.

Il comma 2 dell'articolo 2 stabilisce che, nelle more del completamento del suddetto procedimento di definizione dei **livelli essenziali delle prestazioni (LEP)**, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e previa intesa in sede di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali, definisca gli obiettivi di servizio per le prestazioni da erogare ai disabili in oggetto, con decreto da emanare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, nei limiti delle risorse disponibili a valere sul Fondo istituito dal successivo articolo 3.

Inoltre, una norma inserita dalla 11a Commissione del Senato nel comma 1 dell'articolo 2 prevede che le regioni e le province autonome (nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente) assicurino **l'assistenza sanitaria e sociale ai disabili gravi privi del sostegno familiare** (di cui all'articolo 1, comma 2) anche mediante l'integrazione tra le relative prestazioni e la collaborazione con i comuni e garantiscano i macrolivelli di assistenza ospedaliera, di assistenza territoriale e di prevenzione.

L'articolo 3 istituisce il **Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali**, con una dotazione di 90 milioni di euro per il 2016, di 38,3 milioni per il 2017 e di 56,1 milioni annui a decorrere dal 2018.

L'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo è subordinato alla sussistenza di requisiti da individuare con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da emanare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro della salute, previa intesa nella suddetta sede di Conferenza unificata. Con la medesima procedura si provvede annualmente alla ripartizione delle risorse del Fondo. Si prevede, inoltre, che le regioni adottino indirizzi di programmazione e definiscano: i criteri e le modalità per l'erogazione dei finanziamenti; le modalità per la pubblicità dei finanziamenti erogati e per la verifica dell'attuazione delle attività svolte; le ipotesi di revoca dei finanziamenti concessi.

L'articolo 4 specifica che il Fondo è destinato, in particolare, alle seguenti **tipologie di intervento**, in favore dei disabili gravi privi del sostegno familiare:

- *attivazione e potenziamento di programmi di intervento volti a favorire percorsi di deistituzionalizzazione* e supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e che tengano conto delle migliori opportunità offerte dalle nuove tecnologie, al fine di impedire l'isolamento delle persone con disabilità;

- *realizzazione di interventi per la permanenza temporanea* in soluzioni abitative extrafamiliari, per fronteggiare eventuali situazioni di emergenza;

- *realizzazione di interventi innovativi di residenzialità*, volti alla creazione di soluzioni alloggiative di tipo familiare e di co-housing, che possono comprendere il pagamento degli oneri di acquisto, locazione, ristrutturazione e messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità;

- *sviluppo di programmi di accrescimento della consapevolezza*, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile.

Viene, infine, sancita la possibilità di partecipazione delle regioni, degli enti locali, degli enti del terzo settore, nonché di altri soggetti di diritto privato con comprovata esperienza nell'assistenza ai disabili e delle famiglie che si associano per le medesime finalità, al finanziamento dei programmi e all'attuazione dei predetti interventi nel rispetto del principio di sussidiarietà e delle

rispettive competenze.

L'articolo 5 eleva il limite di detrazione dall'imposta IRPEF da 530 a 750 euro per le polizze assicurative aventi per oggetto il rischio di morte, qualora queste ultime siano destinate alla tutela delle persone con disabilità grave .

L'articolo 6 disciplina le esenzioni ed agevolazioni tributarie per i seguenti negozi giuridici, se destinati in favore di disabili gravi:

- costituzione di trusts;

- costituzione di vincoli di destinazione di beni immobili o di beni mobili iscritti in pubblici registri, mediante atto in forma pubblica, ai sensi dell'art. 2645-ter del codice civile (con conseguente limitazione dell'impiego dei beni conferiti e dei loro frutti per il solo scopo sottostante il vincolo);

- costituzione di fondi speciali, composti di beni sottoposti a vincolo di destinazione e disciplinati con contratto di affidamento fiduciario. L'affidatario può essere costituito anche da un'organizzazione non lucrativa di utilità sociale (ONLUS), che operi prevalentemente nel settore della beneficenza.

Le fattispecie relative ai vincoli di destinazione ed ai fondi speciali sono state inserite dalla 11a Commissione del Senato.

Il comma 2 specifica che le esenzioni ed agevolazioni di cui all'articolo 6 sono ammesse a condizione che il negozio giuridico persegua come finalità esclusiva (espressamente indicata nell'atto) l'inclusione sociale, la cura e l'assistenza di uno o più disabili gravi beneficiari. Il comma 3 stabilisce le ulteriori condizioni che devono sussistere, congiuntamente, per fruire delle medesime esenzioni ed agevolazioni. In particolare, si richiede che il negozio giuridico:

- sia fatto per atto pubblico;

- identifichi in modo univoco i soggetti coinvolti ed i rispettivi ruoli, descriva funzionalità e bisogni dei disabili beneficiari, indichi le attività assistenziali necessarie a garantire la cura e la soddisfazione dei bisogni degli stessi soggetti, comprese le attività volte a ridurre il rischio di istituzionalizzazione;

- individui gli obblighi del trustee, del gestore o del fiduciario, rispetto al progetto di vita e agli obiettivi di benessere che deve promuovere in favore del disabile grave, nonché gli obblighi e le modalità di rendicontazione;

- contempli come beneficiari esclusivamente persone con disabilità grave;

- destini i beni esclusivamente alla realizzazione delle finalità assistenziali oggetto del medesimo negozio giuridico;

- identifichi il soggetto preposto al controllo delle obbligazioni imposte a carico del trustee, del gestore o del fiduciario;

- stabilisca il termine finale di durata del trust o del vincolo di destinazione o del fondo speciale nella data della morte del disabile e definisca la destinazione del patrimonio residuo.

Il comma 1 dispone che i beni ed i diritti oggetto dei negozi giuridici in esame siano esenti dall'imposta sulle successioni e donazioni, mentre il successivo comma 6 prevede che per i trasferimenti di beni e diritti in favore dei trusts o dei fondi speciali in esame e per gli atti di costituzione dei suddetti vincoli di destinazione le imposte di registro, ipotecarie e catastali si applichino in misura fissa; tali esenzioni ed agevolazioni sono concesse a decorrere dal 1° gennaio 2017 (comma 10).

Il comma 7 dispone che gli atti, i documenti, le istanze, i contratti, nonché le copie dichiarate conformi, gli estratti, le certificazioni, le dichiarazioni e le attestazioni posti in essere o richiesti dal trustee, dal gestore o dal fiduciario siano esenti dall'imposta di bollo; anche tale esenzione si applica a decorrere dal 1° gennaio 2017 (comma 10).

Il comma 4 - inserito dalla 11a Commissione del Senato - prevede (sempre per il periodo decorrente dal 1° gennaio 2017, ai sensi del comma 10) che, in caso di premorienza del beneficiario rispetto ai soggetti che abbiano stipulato il negozio giuridico, i trasferimenti dei beni e di diritti reali in favore dei suddetti soggetti godano dell'esenzione dall'imposta sulle successioni e donazioni e le imposte di registro, ipotecarie e catastali si applichino in misura fissa. Resta ferma l'imposta sulle successioni e donazioni per i trasferimenti - alla morte del beneficiario - dei beni e di diritti reali in favore di altri soggetti, diversi da quelli che abbiano stipulato il negozio giuridico (comma 5, anch'esso inserito dalla 11a Commissione del Senato); in tal caso, l'imposta è applicata facendo riferimento all'eventuale rapporto di parentela o di coniugio intercorrente tra disponente, fiduciante e destinatari del patrimonio residuo.

Il comma 8 prevede che, in caso di conferimento di immobili, o di diritti reali sugli stessi immobili, nei trusts o nei fondi speciali in esame, i comuni possano stabilire per i soggetti passivi aliquote ridotte, franchigie o esenzioni ai fini dell'imposta municipale propria, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il comma 9 riconosce, a decorrere dal periodo di imposta 2016 (comma 10), la deducibilità dal reddito complessivo del soggetto privato (anche diverso dalle persone fisiche) delle erogazioni liberali, delle donazioni e degli altri atti a titolo gratuito effettuati nei confronti dei trusts o dei fondi speciali in esame, entro il duplice limite del 20% del reddito complessivo dichiarato e di 100.000 euro annui.

Il comma 11 demanda le modalità di attuazione del presente articolo 6 ad un decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame.

L'**articolo 7** demanda alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, l'avvio di **campagne informative** intese alla diffusione della conoscenza delle disposizioni recate dal provvedimento in esame e delle altre forme di sostegno per i disabili gravi privi del sostegno familiare, nonché alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulla finalità di favorire l'inclusione sociale dei disabili.

L'**articolo 8** prevede che il Ministro del lavoro e delle politiche sociali trasmetta alle Camere, entro il 30 giugno di ciascun anno, una **relazione sullo stato di attuazione delle disposizioni in esame e sull'impiego delle risorse finanziarie** di cui all'articolo 9. La relazione deve altresì illustrare l'effettivo andamento delle minori entrate - rispetto alla normativa previgente - derivanti dalle medesime disposizioni, anche al fine di evidenziare gli eventuali scostamenti rispetto alle previsioni.

Il comma 1 dell'**articolo 9** provvede alla **copertura finanziaria degli oneri derivanti dal presente disegno di legge**. La copertura è costituita, in via principale, dall'integrale impiego delle risorse - pari a 90 milioni di euro annui - del Fondo destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi recanti misure per il sostegno di persone con disabilità grave, prive di sostegno familiare (Fondo istituito dall'art. 1, comma 400, della L. 28 dicembre 2015, n. 208).

Il successivo comma 2 - inserito dalla 11a Commissione del Senato - dispone che le eventuali risorse derivanti da una differenza strutturale tra la misura della suddetta copertura e le effettive minori entrate (determinate dalla presente legge) confluiscono, a decorrere dall'anno di quantificazione, nel Fondo di cui al precedente articolo 3.

L'**articolo 10** prevede che la legge in esame entri in vigore il giorno successivo a quello della sua **pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale**.

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 26 MAGGIO 2016

Ddl Lorenzin. Medici e odontoiatri: "Riforma contribuisce a fare chiarezza nel variegato mondo delle professioni sanitarie"

Le Federazione dei medici e la commissione albo odontoiatri plaudono al via libera in prima lettura al Senato al Ddl di riforma degli ordini. "No a stravolgimenti alla Camera"

"La FNOMCeO esprime profonda soddisfazione per l'approvazione in un ramo del parlamento del Ddl Lorenzin, che prevede, tra le altre cose, la riforma degli Ordini professionali ed il loro indispensabile ammodernamento. Dopo anni di attesa si è ottenuto un primo ragguardevole risultato, che ci si attende trovi un rapido perfezionamento nell'iter parlamentare alla Camera dei Deputati". È quanto riporta la **Fnomceo** in una nota.

"Un sentito riconoscimento – si legge - va alla XII Commissione del Senato, presieduta dalla senatrice **Emilia De Biasi**, per il fruttuoso impegno nel conciliare, con equilibrio, le diverse istanze provenienti dalle professioni sanitarie. È titolo di grande soddisfazione che buona parte dell' articolato della legge approvata sia stato condiviso dalle professioni medica ed odontoiatrica a larghissima maggioranza in diverse occasioni istituzionali".

La Fnomceo si augura "che eventuali aggiustamenti alla legge, legittimamente operati dalla Camera dei Deputati, non rallentino eccessivamente l'iter di approvazione finale ed ottengano nei giusti tempi il conseguimento del risultato sperato ed atteso. Questo atto contribuisce a fare chiarezza nel variegato mondo delle professioni sanitarie e ci si augura che non riceva stravolgimenti che ne minerebbero l'impianto generale".

Positivo anche il commento del presidente della Cao, **Giuseppe Renzo** che plaude al "lavoro della commissione Igiene e Senato del Senato. Finalmente si ritrovano alcuni elementi che noi da tempo segnalavamo. In primis vengono identificati ruoli e responsabilità che sono già per noi consuetudine. Un aspetto che consentirà di sganciare la figura dei presidenti Cao rispetto a certi comportamenti di presidente di ordine che in certe province rendono difficile il lavoro della componente odontoiatrica".

Altro aspetto evidenziato da Renzo "è il riconoscimento del diritto ad avere una vicepresidenza e il fatto che si passa dall'essere una rappresentanza ausiliaria ad una rappresentanza sussidiaria. Inoltre è da evidenziare come il Presidente Cao diventi a tutti gli effetti un organo istituzionale". Ma se queste novità come dicevamo per Renzo rappresentano un formale e legale riconoscimento di attività che già svolgeva la Commissione la vera novità riguarda le norme contro l'abusivismo professionale. "È stata e continua ad essere una nostra battaglia. Questo fenomeno, come il prestanomismo, va contrastato con forza perché produce danni biologici al paziente e danni all'erario. Bene quindi le misure contenute nel Ddl".

quotidiano **sanità**.it

Giovedì 26 MAGGIO 2016

Campania. Direttori generali Asl, De Luca deciderà da "solo". Cambiata la norma sulle nomine

Via libera a maggioranza in quinta Commissione sanità. La norma semplifica le procedure di nomina dei manager di Asl e ospedali. Sparisce la commissione di valutazione e le designazioni sono assunte dal governatore attingendo agli albi degli idonei, regionale e nazionale. A stretto giro il passaggio in Aula. [IL TESTO.](#)

Approvata a maggioranza, in Quinta commissione Sanità presieduta da **Raffaele Topo** (Pd) la proposta di legge per la semplificazione delle procedure di nomina dei direttori generali di Asl e ospedali della Campania.

La norma, che imbocca in discesa l'Aula del parlamento regionale, dovrebbe incassare il via libera dell'assemblea a stretto giro, già nella prossima seduta. L'obiettivo è procedere alle nomine entro la prossima estate subito dopo l'approvazione del piano sanitario territoriale su cui è al lavoro la struttura territoriale e da licenziare entro giugno per completare il ridisegno della Sanità regionale dopo il via libera, nei giorni scorsi, al Piano ospedaliero regionale.

La proposta di legge che rivoluziona le procedure di nomina dei manager della Sanità porta la firma di tutti i capigruppo di maggioranza ed è stata iscritta all'ordine del giorno della seduta della Commissione Sanità in fretta e furia, addirittura ancor prima di essere depositata in Segreteria Generale.

La legge modifica l'impianto della legge regionale n. 32 del 1994, di recepimento del decreto legislativo 502 del 1992, ed elimina alcuni passaggi, considerati farraginosi nell'impianto delle regole che la Regione stessa, a guida De Luca, aveva modificato con una norma ad hoc nell'agosto dello scorso anno (la 124). In pratica sparisce il gruppo di saggi, tre per ogni Asl, deputato a individuare cinque papabili con i migliori titoli, tra cui il presidente della Regione avrebbe dovuto sceglierne uno con i migliori titoli.

La norma ora modificata andrà all'approvazione probabilmente con la fiducia e prevede la possibilità, per il presidente della Regione, di scegliere direttamente un direttore attingendo all'albo dei 485 idonei su scala regionale ora allargati all'albo nazionale istituito dal ministero.

De Luca: "Piazza pulita della burocrazia"

"La nuova legge regionale sulle nomine dei direttori generali – avverte il presidente De Luca in risposta alle critiche piovute dall'opposizione - serve a fare quello che fa la Regione Veneto, ossia evitare di perdere un anno e mezzo di tempo senza poter nominare i direttori generali".

"La procedura è talmente burocratizzata – spiega - che per designare un direttore bisogna aspettare che le commissioni si riuniscano e facciano le cinquine e le terne. Facciamolo finita".

"Il presidente della Regione – ha spiegato De Luca - può nominare comunque i commissari, con il problema che questo, una volta nominato, non è che si mette a lavorare, sapendo che se ne deve andare nel giro di due-tre mesi. L'obiettivo è invece accelerare i tempi, in un quadro di assoluta

trasparenza, e mettere i direttori generali in condizione di lavorare su obiettivi. Mentre i commissari di governo non hanno obiettivi i direttori generali li avranno e saranno valutati". A microfoni spenti De Luca rimarca quanto accaduto al Cardarelli dove per eliminare le barelle è stato necessario il suo intervento da "bad manager" laddove, invece, sarebbe stato necessario l'intervento del management aziendale.

Topo: "Una legge per semplificare e governare"

E' una legge – dice Raffaele Topo (Pd) presidente della Commissione - che punta alla semplificazione delle procedure, evitando il trascinarsi di un'attività commissariale di molte aziende che va avanti dall'ottobre del 2014 e che durerebbe ancora mesi. Puntiamo a superare la stagione dei commissariamenti e aprire quella delle decisioni e delle scelte".

"Le leggi regionali, l'ultima a firma dell'ex presidente Caldoro, che sono intervenute in materia di nomina dei manager, hanno determinato tempi molto lunghi per la scelta dei vertici delle aziende sanitarie e, quindi, un sostanziale blocco delle attività. Ciò è di importanza strategica vitale – sottolinea Topo – perché, prima dell'estate, dovremo attuare, come sanità campana, provvedimenti cruciali come il nuovo Piano ospedaliero".

"Quanto alle accuse delle opposizioni circa la presunta inopportunità di discutere di questo provvedimento in campagna elettorale – conclude -, evidenzio che le elezioni regionali si sono svolte un anno fa e la Regione guidata da Vincenzo De Luca ha un solo dovere: governare nell'interesse dei cittadini della Campania".

Le opposizioni: norma inopportuna

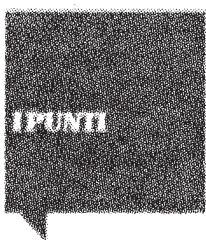
"A venti giorni dall'approvazione della legge n. 20 del dicembre 2015, quella che in nome della lotta alla burocrazia ha abolito l'Arsan, la Regione avrebbe dovuto aggiornare l'elenco degli idonei alla carica di Direttore Generale di Asl e Aziende Ospedaliere e modificarne i criteri di nomina e non l'ha fatto", avverte il capogruppo di Forza Italia **Armando Cesaro** - inoltre con il Collegato alla Legge di Stabilità regionale approvato il 5 aprile scorso sono state modificate nuovamente le norme in materia di nomina dei manager della sanità e adesso, dopo neppure 60 giorni ancora un cambio".

Valeria Ciarambino, capogruppo del Movimento 5 Stelle aggiunge: "Avevamo presentato emendamenti e autonome proposte di legge che andavano nel verso di velocizzare semplificare e salvaguardare il merito delle scelte in base ai titoli e alle esperienze. Ma evidentemente non è questo l'obiettivo che si intende perseguire quanto invece lottizzare e spartire incarichi".

Ettore Mautone

Il rapporto. Sono un pezzo rilevante della salute pubblica ma non sfondano. Per i tre esami offerti, le Regioni spesso non fanno nemmeno le convocazioni. E così le percentuali di altri paesi, specie del Nord Europa, restano un miraggio

Tumori, il grande flop della prevenzione solo un italiano su tre si sottopone ai test che salvano la vita



MICHELE BOCCI

SALVANO la vita ma non vengono messi a disposizione di tutti i cittadini. E anche quando sono offerti, c'è chi non si presenta per farli. Gli screening oncologici restano i grandi incompiuti della sanità italiana: rappresentano un pezzo importante delle politiche di salute pubblica ma non sfondano. Negli anni si vede una lieve, costante, crescita della loro diffusione ma siamo ancora lontani dalle percentuali di altri Paesi, specie del Nord Europa. E poi l'offerta da noi è ancora troppo variabile a seconda delle zone, con il sud che rimane indietro. In Italia ci sono realtà dove le chiamate agli esami si fermano al 30 e 35% ma anche al 3, al 6 o all'8% delle fasce di popolazione considerate a rischio. Cioè sono pochissime.

Dei guai di questo strumento di prevenzione si è parlato a fine aprile, quando il rapporto Osservasalute dell'Università Cattolica di Roma lo ha messo in relazione, insieme ad altri fattori, al calo dell'aspettativa di vita (circa 3 mesi in meno per uomini e donne). Si tratta probabilmente di una forzatura, perché per poter valutare i danni di una bassa adesione agli esami che intercettano il cancro ci vuole molto tempo e oltretutto in Italia il dato segna una lieve crescita. È però vero che gli screening potrebbero funzionare molto meglio. Sono tre quelli svolti dal sistema sanitario: per il cancro alla mammella, per quello del colon-retto e per quello della cervice uterina. Gli ultimi dati a disposizione sono del 2014 e per la prima volta sono stati divisi per regione invece che per macro aree (nord, centro e sud e isole). Raccontano di un Paese dove da un lato gli stessi sistemi sanitari spesso non riescono a chiamare tutte le persone a rischio e dall'altro ci sono appunto cittadini che non si presentano. «Questo avviene in particolare al sud. La mancata risposta ha a che fare con i problemi di credibilità nei confronti della sanità da parte dei cittadini di certe regioni». Marco Zappa è il presidente dell'Osservatorio nazionale screening, che ogni anno raccoglie i dati e li consegna al ministero. Talvolta il motivo della mancata presentazione è ancora più banale. Magari la Asl sbaglia a mandare le lettere di convocazione oppure le invia troppo prima o troppo a ridosso dell'esame, ad esempio il giorno precedente, rendendo impossibile la partecipazione.

Che fine fa chi non risponde? In alcuni casi si rivolge al privato. «Ci sono però indari-

ni - dice sempre Zappa - che dimostrano come circa il 20% delle persone considerate a rischio facciano a pagamento gli esami degli screening, cioè mammografie, ricerca sangue occulto nelle feci e pap test. Il dato è uguale per tutte le regioni e perciò sia al sud che al nord, visto che l'80% di copertura non lo raggiunge nessuno, qualcuno resta fuori, cioè non fa controlli». E rischia di ammalarsi. L'anno scorso gli screening per il tumore alla mammella, quelli che hanno i dati migliori, hanno trovato 7.300 neoplasie. E le donne tra i 50 e i 69 anni alle quali sono stati fatti gli esami (previsti ogni 2 anni) sono state il 42% del totale. È lampante che con un'estensione maggiore dello screening le diagnosi sarebbero state di più. Per il cancro alla cervice uterina, che si intercetta con il pap test proposto ogni tre anni alle donne tra i 25 e i 64, c'è sicuramente una altissima quota di persone che non si presentano perché hanno già fatto il controllo dal proprio ginecologo. Tra chi si è fatto vedere nel servizio pubblico nel 2014, circa il 30% delle donne a rischio, sono stati trovati 3.600 tumori.

«Per il colon la situazione è più preoccupante - dice sempre Zappa - Infatti in questo caso è molto più raro che i cittadini che

L'offerta è ancora troppo variabile a seconda delle zone, con il sud che rimane indietro. Ci sono realtà nelle quali le chiamate si fermano al 30%. E in Puglia addirittura al 3 per cento

OSSERVASALUTE

Il rapporto dell'Università Cattolica di Roma ha messo in relazione il calo dell'aspettativa di vita, tra l'altro, anche con i problemi degli screening

I SISTEMI

La diffusione degli screening oncologici tra i cittadini è uno degli indicatori in base ai quali viene valutata ogni anno dal ministero la qualità dei sistemi sanitari regionali

LA SFIDUCIA

Talvolta chi viene chiamato non si presenta perché non si fida del suo sistema sanitario e preferisce farsi controllare presso strutture sanitarie private

non vengono chiamati a fare lo screening o non si presentano malgrado l'invito facciano l'esame nel privato». L'analisi che interdetta questo tumore è offerta a chi ha tra i 50 e i 70 anni una volta ogni due anni e nel 2014 è stata in grado di riconoscere quasi 20mila problemi. Anche in questo caso il numero di soggetti a rischio coinvolti è stato basso: 29%. Questo screening è stato introdotto più di recente, nel 2005 ed è quello con più carenze. La Puglia ha convocato appena il 3% dei cittadini a rischio, cioè praticamente non lo fa. Ma vanno male anche Calabria (6%), Campania (23%), Lazio e Abruzzo (46%). Marche e Molise interpellano tutti i cittadini nella fascia di età interessata ma trovano sfiducia. Rispondono infatti in meno di un terzo dei convocati. Nel Lazio le risposte sono al 24%, significa che appena l'11% dei cittadini tra i 50 e 70 anni fanno il controllo.

«Quale sarebbe la situazione ideale? Cento per cento di interpellati ovunque, ovviamente, e risposte tra il 60 e il 70%. Saremmo al livello di altri Paesi europei. E invece stentiamo, la partecipazione per colon retto e cervice deve migliorare anche al nord, mentre per la mammella i problemi sono quasi solo al sud», dice Marco Zappa. Dal

L'amarezza del presidente dell'Osservatorio: «La mancata risposta è spesso legata ai problemi di credibilità nei confronti della sanità da parte dei cittadini di certe regioni»

2009 gli screening sono entrati nei criteri di valutazione dei lea, i livelli essenziali di assistenza. Servono cioè insieme ad altri indicatori a valutare il funzionamento dei sistemi sanitari regionali assegnando punteggi a seconda della qualità dell'offerta. La circostanza ha fatto aumentare l'attenzione verso questo strumento da parte delle regioni. A seconda delle percentuali di copertura viene dato un punteggio. Il massimo è 5 per chi supera il 50% per colon retto e cervice e il 60% per la mammella (percentuali più basse di quelle indicate dalla letteratura internazionale). Solo quattro regioni prendono 15 punti, cioè superano le soglie in tutti e tre gli screening: Veneto, Valle d'Aosta, Emilia e Friuli. La Calabria si ferma a 1, la Puglia a 2, Sicilia, Lazio e Campania a 3. La prevenzione del cancro in Italia deve fare ancora tanta strada.

©IPRODUZIONE RISERVATA

MA GLI SCREENING RIMANGONO GLI STRUMENTI PIÙ EFFICACI

UMBERTO VERONESI

GLI screening rappresentano, in questa fase di evoluzione storica della medicina, l'iniziativa di sanità pubblica più importante per il controllo di alcuni dei tumori più diffusi. Certamente non sono uno strumento perfetto e molto resta da fare per renderli pienamente efficaci. Per far questo dobbiamo avere obiettivi ambiziosi, capaci di stimolare l'adesione della popolazione, che appare come il punto più debole degli screening attuali: per il tumore del seno, del collo dell'utero e del colon.

Quando da ministro della Sanità nel 2000 ho introdotto lo screening per il tumore del seno ho dovuto attuare un programma compatibile con le risorse e la cultura di allora: una mammografia ogni due anni e partire dai 50 anni di età. In 16 anni, tuttavia, le nostre conoscenze sul cancro della mammella si sono molto evolute e oggi è dimostrato che un intervallo di due anni è troppo lungo per ottenere una diagnosi tempestiva. Inoltre i tumori mammari appaiono in età sempre più precoce, quindi il limite dei 50 anni per i primi controlli va decisamente abbassato. Dobbiamo pensare ad uno screening in continuità: ecografia annuale da 35 anni, a cui va associata la mammografia a partire dai 40 anni. E per questo tumore dobbiamo e possiamo porci l'obiettivo "mortalità zero". In uno studio clinico che ho condotto all'Istituto Europeo di Oncologia, abbiamo dimostrato che se il tumore del seno è impalpabile — vale a dire individuabile solo con esami strumentali (ecografia, mammografia, risonanza magnetica) — e subito trattato chirurgicamente, la percentuale di guarigione è del 99%. Anche per il tumore dell'utero la diagnostica è andata oltre il pap-test, grazie alla conferma recente da parte della ricerca che la quasi totalità dei tumori del collo dell'utero è dovuta all'azione persistente di un virus: l'HPV, Human Papilloma Virus. Oggi disponiamo di un

test in grado di rilevare la presenza del virus, l'HPV test, che ci segnala le situazioni di rischio molto prima del pap-test, che individua eventuali lesioni già pretumorali, e disponiamo addirittura di un vaccino che, somministrato alle bambine, le protegge dal tumore della cervice uterina in modo definitivo. La campagna per la vaccinazione gratuita delle dodicenni è partita da qualche anno, fra non pochi problemi di informazione e cultura. Ma la via è segnata ed è una via straordinaria perché nelle generazioni future questo tumore è destinato a scomparire o quasi. In alcune regioni per iniziativa di diversi centri oncologici, fra cui lo IEO, già stata avviata una campagna per la vaccinazione dei maschi, poiché l'HPV è trasmesso attraverso i rapporti sessuali e il maschio ne è portatore come la donna, oltre ad essere la causa sempre più frequente dei tumori dell'oro faringe e dell'ano. Anche per il tumore del colon possiamo puntare più in alto, e ambire ad un balzo in avanti della guaribilità del tumore del colon, proponendo la colonscopia in media ogni 5 anni (dai 10 ai 2 a seconda dei casi) dopo i 50 anni. La colonscopia è infatti in grado di scoprire e allo stesso tempo rimuovere le eventuali lesioni iniziali (polipi), senza ulteriori interventi.

Infine è indispensabile allargare il principio dello screening ad altri tumori, primo fra tutti quello del polmone che oggi uccide 100 italiani al giorno. È stato dimostrato che con una tac a basso dosaggio annuale ai forti fumatori, la mortalità per cancro polmonare può ridursi dall'attuale 70% al 30%. La fotografia degli screening di *Repubblica* non ci deve affatto demotivare, ma al contrario ci deve incoraggiare a fare molto di più: aggiornarli in base agli ultimi progressi e fare una potente e capillare azione informativa che finora è completamente mancata.

©IPRODUZIONE RISERVATA

1

Mammella

Chi

Donne tra i **50 e i 69 anni**

Quando

Ogni 2 anni

Cosa

Mammografia

Eccezioni

Piemonte ed Emilia

lo hanno esteso anche a chi ha tra **45 e 49 anni** con cadenza annuale.

In alcune regioni si arriva a **74 anni**

Italia 2014

Donne chiamate:

74% di queste hanno risposto: **57%** in assoluto hanno fatto l'esame in seguito all'invito: **42%**

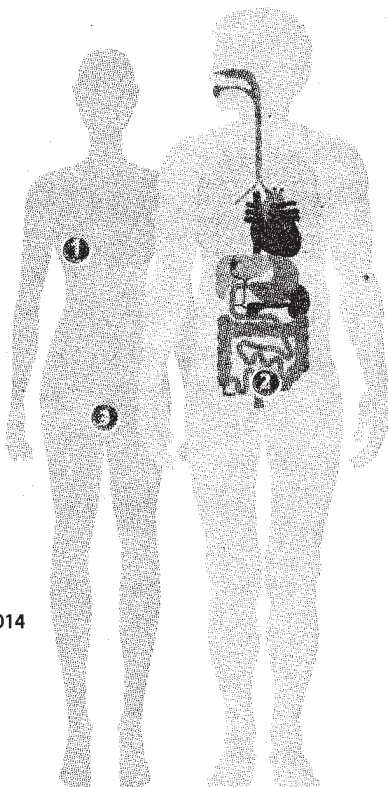
Tumori diagnosticati nel 2014

7.300 grazie allo screening

Nelle regioni

● donne chiamate

● adesione



2

Colon retto

Chi

Uomini e donne fra i **50 e i 70 anni**

Quando

Una volta ogni due anni

Cosa

Ricerca sangue occulto nelle feci

Eccezioni

Il **Piemonte** ha introdotto un test con la sigmoidoscopia da farsi una volta della vita a **58 anni +** ricerca del sangue occulto per chi non risponde alla sigmoidoscopia

Italia 2014

Cittadini chiamati: **67%** di questi hanno risposto: **44%** in assoluto hanno fatto l'esame in seguito all'invito: **29%**

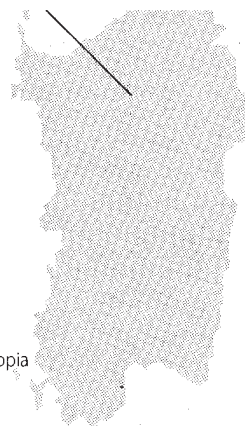
Tumori diagnosticati nel 2014

2.850 carcinomi del colon retto e **17.100** adenomi avanzati

Nelle regioni

● persone chiamate

● adesione



3

Cervice uterina

Chi

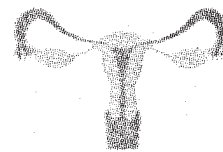
Donne tra i **25 e i 64 anni**

Quando

Ogni **3 anni**

Come

Pap test



Italia 2014

Donne chiamate: **72%** di queste hanno risposto: **41%** in assoluto hanno fatto l'esame in seguito all'invito: **29,5%**

Lesioni maligne diagnostiche nel 2014

3.600

grazie agli esami

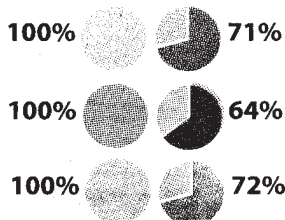
Nelle regioni

● persone chiamate

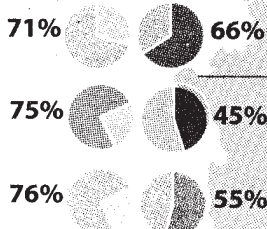
● adesione

Gli screening in Italia

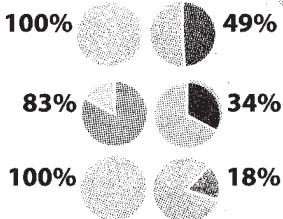
Val d'Aosta



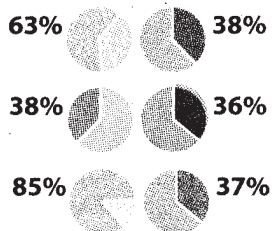
Piemonte



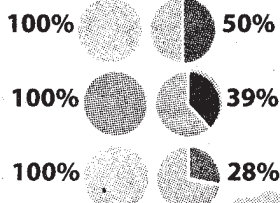
Liguria



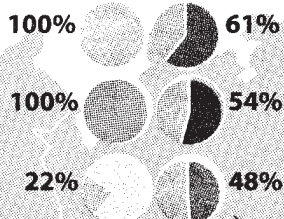
Sardegna



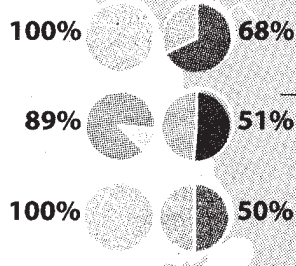
Bozano



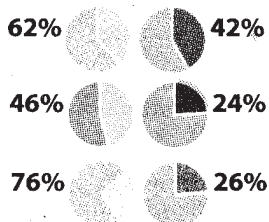
Lombardia

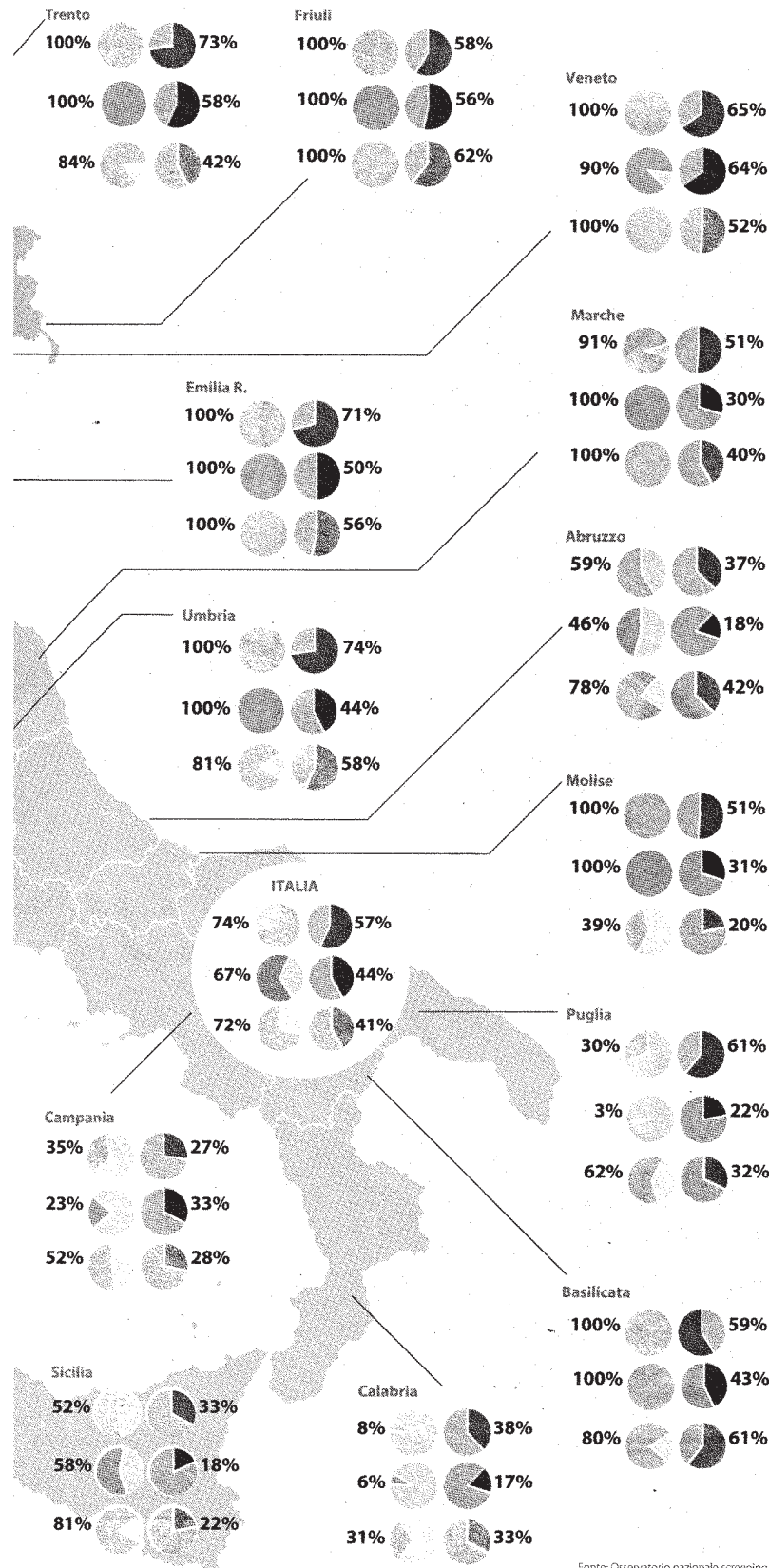


Toscana



Lazio





Politiche sociali. Ddl approvato dal Senato

Per i disabili gravi la tutela patrimoniale per limitare i ricoveri

Mauro Pizzin

■ Rafforzamento dei progetti individuali come alternativa al ricovero in istituto dei **disabili gravi**, ampliamento degli strumenti di segregazione e tutela del patrimonio dai creditori a disposizione delle famiglie, conferma dell'esenzione dall'imposta di successione e donazione, aumento della detraibilità a 750 euro dei premi assicurativi stipulati per garantire un futuro ai disabili (progetto per ora bloccato, tuttavia, dai vincoli di bilancio).

Con molte conferme e alcune, importanti, novità è stato approvato ieri dal **Senato** il disegno di legge sull'assistenza ai disabili gravi. Dopo il via libera dell'Aula, arrivato a larga maggioranza con 181 favorevoli, 20 contrari e 12 astenuti, il testo, approvato con modifiche rispetto a quello inviato dalla Camera (si veda il Sole 24 ore del 24 febbraio 2016), approderà il 7 giugno prossimo nell'altro ramo del Parlamento per quello che dovrebbe essere il via libera definitivo.

Già battezzata legge del **"Dopo di noi"**, la nuova normativa punta ad evitare per quanto possibile l'istituzionalizzazione dei disabili più gravi nel momento in cui vengono a mancare i genitori e ad incrementare le risorse per l'integrazione e lo sviluppo di una rete di protezione attraverso una serie d'iniziative che vanno dall'istituzione di un fondo

per l'assistenza successivo alla scomparsa dei genitori/familiari all'introduzione di regimi fiscali agevolati per la loro assistenza, dall'attivazione di percorsi per l'indipendenza degli individui alla creazione e il sostegno di case-famiglia o di comunità.

«Il nostro obiettivo principale - spiega Annamaria Parente, capogruppo Pd nella Commissione lavoro del Senato e relatrice del provvedimento - è quello di fare in modo che i disabili gravi non siano costretti a vivere in istituto alla morte dei genitori, ma possano scegliere percorsi di autonomia e socialità. In questo senso esistono già buone pratiche di welfare locale con il contributo delle onlus, come il co-housing e i gruppi di appartamento: si tratta di incentivare le sperimentazioni».

La futura legge sarà sostenuta dalle risorse provenienti da un fondo specifico, istituito presso il ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, con una dotazione di 90 milioni per l'anno in corso, 38,3 milioni per il 2017 e 56,1 milioni per il 2018.

Destinatari della normativa sono persone con disabilità grave non determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare in quanto senza genitori o perché gli stessi non sono in grado di sostenere la responsabilità della loro assistenza (ad esempio perché molto anzia-

ni): per esse è prevista la progressiva presa in carico durante l'esistenza in vita dei genitori stessi, fermi restando i livelli essenziali di assistenza e gli altri benefici previsti dalla legislazione nazionale a favore dei disabili.

Il disegno di legge prevede anche agevolazioni come l'esenzione dall'imposta di successione e donazione a vantaggio dei trust istituiti in favore delle persone con disabilità grave. Rispetto al testo congedato dalla Camera sono state aggiunte, tuttavia, altre due opzioni - inserite dopo aver sentito tanto le associazioni genitoriali, quanto i professionisti -, ossia il vincolo di destinazione previsto dall'articolo 2645-ter del Codice civile e il contratto di affidamento fiduciario in favore di organizzazioni non a scopo di lucro operanti in questo settore. «Abbiamo fatto questa scelta - precisa Parente - al termine di una lunga serie di audizioni che hanno coinvolto associazioni di familiari e professionisti allo scopo di fornire delle alternative rispetto ad uno strumento come quello del trust, ancora poco utilizzato nel nostro ordinamento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA