



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Le elezioni**Ordine dei medici
boom di votanti
Scotti verso il bis****L'Ordine**

Medici al voto per il rinnovo degli organi di vertice dell'Ordine di Napoli e provincia. Ieri urne aperte per l'ultimo dei tre giorni previsti per le votazioni. Raggiunto sin da domenica il quorum minimo (2.187 per i medici, 2.481 per i revisori e 297 per gli odontoiatri). Considerato che l'unica lista in gioco (Unisci il tuo Ordine) è quella capitanata dal presidente uscente Silvestro Scotti, risulta quasi scontata la conferma di quest'ultimo alla guida dell'ente di autogoverno dei camici bianchi per il secondo mandato consecutivo e fino al 2020. Anche per gli Odontoiatri si profila la conferma di Sandra Froio. Le operazioni di voto sono terminate ieri alle 21 e da oggi inizia lo spoglio delle schede. Fugato il timore dell'astensionismo, unica incognita che si era affacciata su una tornata elettorale annunciata senza sorprese, non resta che conteggiare i voti raccolti da ciascuno dei candidati.

Nella squadra messa insieme da Scotti figurano Bruno Zuccarelli, dirigente ospedaliero al Monaldi e presidente regionale Anaa; Maria Triassi, direttore del Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università Federico II

di Napoli; Mario Delfino, docente di dermatologia della Federico II fresco di incarico da primario presso la struttura universitaria. New entry dopo dieci anni nell'ombra Antonio De Falco, chirurgo leader della Cimo Campania.

In pista ci sono anche Antonio De Rosa, patologo clinico dell'Anaa; Luigi Di Marino, chirurgo esponente dei giovani medici; Pierino Di Silverio del gruppo giovani dell'Anaa; Giuseppe Galano anestesista rianimatore, responsabile della centrale operativa del 118 ed esponente dell'Aaroi. E poi ancora Mario Iovane, medico di medicina generale dello Smi; Andrea Montella e Luigi Sodano, specialisti otorino del Sumai; Vincenzo Schiavo, medico di famiglia della Fimm; Gianmaria Vallefusco, pediatra della Federazione pediatri; Gennaro Volpe, medico di sanità pubblica e responsabile dei distretti della Asl Napoli 1 oltre che della confederazione na-

zionale di categoria Card. Infine tra i revisori si sono presentati Domenico Adinolfi, Santo Monasta e Gaetano Piccinocchi con Clara imperatore come supplente. Tutelare la professionalità e i professionisti, investire sui giovani, confermare e valorizzare il ruolo dell'Ordine a salvaguardia della salute dei cittadini e garantire sempre più servizi agli iscritti le priorità che attendono la nuova squadra che si insedierà nei prossimi giorni all'Ordine di Napoli.

e.m.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il verdetto
Raggiunto
il quorum
il primo
giorno
In campo
una sola
lista

Il welfare

Assistenza ai disabili, un fondo per i familiari

Emendamento alla manovra approvato all'unanimità dalla commissione Bilancio in Senato

Maria Pirro

Un fondo per il sostegno dei caregiver, i familiari che assistono disabili o anziani gravemente ammalati: atteso da 20 anni, ieri la svolta. La commissione Bilancio del Senato ha dato il via libera bipartisan all'emendamento che stanziava sessanta milioni nel triennio 2018-2020, utilizzando in parte l'accantonamento del Mef, per garantire «la copertura finanziaria di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale». Domani il voto in Aula.

Si stima siano 3,3 milioni in Italia i parenti che accudiscono bambini con gravi patologie congenite, croniche e degenerative, non autosufficienti, anziani non più in grado di prendersi cura di sé, bisognosi di «assistenza globale e continua di lunga durata». L'emendamento fa rientrare tra i potenziali beneficiari del fondo il coniuge, il convivente, «anche dello stesso sesso» o «difatto», i familiari «entro il terzo grado», i «titolari di indennità di accompagnamento». Prima firmataria dell'emendamento, poi sottoscritto da tutti i gruppi, nessuno escluso, e da oltre 150 senatori singolarmente, è Laura Bignami: «L'approvazione unanime - dice con orgoglio - è un primo passo per affrontare un dramma, ma sia chiaro che non è vittoria di questo o quello: è stata una battaglia comune e sarebbe scorretto rivendicame la paternità per fini politici o elettorali». Tra i firmatari Casini, Calderoli, Zanda, Zavoli. E i campani De Cristofaro, De Siano, Longo, Pepe, Sibilia, Sollo. La parlamentare del Movimento X sottolinea però che «molto resta da fare». Il prossimo passo è definire «in modo puntuale, anche al fine di evitare abusi, gli ambiti di

utilizzo del fondo ma anche la platea de-

Il sostegno
Ai parenti
fino al terzo
grado
e conviventi
Bignami:
un primo
passo

gli aventi diritto». Le risorse sono naturalmente al di sotto del fabbisogno reale, superiore ai 100 milioni all'anno. «Mi auguro - aggiunge Bignami - che, pur nel poco tempo che ci resta prima della fine della legislatura, si riesca ad approvare il disegno di legge sul caregiver, il cui esame è fermo in commissione lavoro del Senato, accelerandone i lavori in sede deliberante». Un obiettivo condiviso dal presidente della commissione. Maurizio Sacconi scrive sul blog dell'Associazione amici di Marco Biagi: «L'approvazione unanime dell'emendamento che stanziava un primo (modesto) fondo premia l'impegno lungo tutta la legislatura della senatrice Bignami e la volontà unitaria della Commissione. Il relatore dei ddl Angioni, Bignami, De Petris, senatore Pagano», dimessosi «da relatore in assenza della disponibilità del Governo a finanziare il provvedimento». Grazie all'emendamento, «ora potremmo tentare l'approvazione», «in sede legislativa, se la data di scioglimento delle Camere lo consentirà. Daremmo finalmente una risposta alla domanda di tutela che sale dai molti invisibili». In prima linea nella battaglia sui caregiver, Toni Nocchetti, presidente dell'associazione Tutti a scuola, invece afferma: «Come tutti i precedenti provvedimenti in materia, la legislatura che finisce interviene con misure "spot" che non danno risposte ai disabili e alle loro famiglie. In compenso, fornisce un formidabile alibi a chi cerca solo visibilità».



Il restyling al piano ospedaliero

Ascalesi, oncologia al Pascale

l'obiettivo è tagliare le attese

Oggi il confronto tra De Luca e i tecnici del ministero della Salute

Importanti modifiche nella nuova versione: aggregazione fra strutture

Ettore Mautore

È stato trasmesso nei giorni scorsi a Roma - e sarà discusso oggi al ministero della Salute il nuovo piano ospedaliero regionale riproposto dal presidente della Regione-commissario straordinario alla Sanità, Vincenzo De Luca, e dal suo staff.

La prima modifica è la nuova emergency del Cto - presentata l'altro giorno - che trasforma il presidio dei Colli Aminei da centro traumatologico zonale (Ctz) in pronto soccorso generale dell'azienda ospedaliera dei Colli (di cui fanno parte anche Monaldi e Cotugno) a propria volta configurata in un dipartimento di emergenza (Dea) di II livello (come il Cardarelli e a regime l'ospedale del mare). Parecchie le altre novità: a cominciare dal riassetto delle case di cura private accreditate che dovranno rispondere a una mission funzionale al fabbisogno delle asl e rispettare il parametro di almeno 60 posti letto. Le strutture sotto questo standard dovranno procedere ad aggregazioni, riconversioni, trasferimenti o chiusure. Prevista anche la chiusura e riconversioni di tutte le neuropsichiatriche. Sul fronte dell'offerta dei posti letto non cambia il numero totale fissato dal piano elaborato un anno e mezzo fa ma viene proposto un ulteriore riequilibrio tra posti per acuti, rivisti al ribasso, e degenze per per riabilitazione e lungodegenza (previsti in aumento). In cantiere anche la revisione dei fabbisogni per alcune attività di riabilitazione di cui la Campania è gravemente carente, rispondente ai codici 75 (neuro-riabilitazione) e 28 (unità spinali). Giunge poi in porto il potenziamento previsto e annunciato dal governatore De Luca dei presidi di Agropoli e Roccada-spide, pronto soccorso attivi ora

annessi funzionalmente rispettivamente all'ospedale di Vallo della Lucania e a quello di Eboli-Battipaglia. Il presidio di Procida, come già collaudato con la recente nascita per parto cesareo in emergenza

Privati Cambiano le norme sui posti letto: devono essere almeno 60

di un bambino, anziché trasformarsi in ospedale di comunità conserva l'attuale configurazione con nove posti letto di cui sei di ricovero ordinario (due per ciascuna delle discipline di medicina, chirurgia e ostetricia) e due per il pronto soccorso. Il Gaetani-na Scotta diventa uno stabilimento sanitario dell'ospedale di Pozzuoli che assicurerà i turni del personale. Tale organizzazione è stata confermata per garantire tutto quello che serve all'assistenza dei diecimila residenti in caso di impossibilità di trasporto in terraferma in condizioni meteo avverse e va oltre a quanto previsto dal Tar. Altre modifiche riguardano il via libera all'Utic annessa alla Cardiologia del Rizzoli di Ischia impegnando 10 dei 20 posti letto già assegnati a questo reparto, la revisione dello Sten (trasporto neonatale in urgenza) il decollo della rete oncologia

gica e su questo anello la ventila annessione dell'Ascalesi di una parte dell'Ascalesi al Pascale. Il polo oncologico partenopeo aggiunge 24 dei 121 posti letto del presidio della Asl Napoli 1 alla sua dotazione, oltre al link con la rianimazione e la Neurochirurgia (disciplina che manca all'Istituto Tumori in cui finora non potevano essere operati i tumori cerebrali). C'è poi la radioterapia con due acceleratori lineari di cui uno specifico per i tumori al seno e la oncoemeatologia che l'Ascalesi ha acquistato dal San Gennaro. Ciò significa abbattimento delle liste di attesa, reclutamento di pazienti in ambulatori e day hospital nel centro storico e vicini alla Stazione centrale, incremento degli spazi per la formazione aumento delle sedute operative.

Infine la Asl di Benevento diventa solo territoriale e perde il presidio di Sant'Agata dei Goti.



Le questioni dei servizi La sanità

Sindaci contro Asl, primo atto del Comitato

Si insedia l'organismo presieduto da Foti, alta tensione sulla programmazione ospedaliera

Livio Coppola

La battaglia sulla sanità irpina di arricchisce di un nuovo atto questa mattina, con la prima riunione del Comitato dei sindaci chiamato a rapportarsi con l'Asl sull'ormai celebre Atto aziendale, e soprattutto sulla programmazione ospedaliera contestata in più riprese da alcune amministrazioni, Solofra in primis.

Alle 11 l'appuntamento al Comune di Avellino, dove il primo cittadino Paolo Foti, da presidente, riceve gli altri quattro colleghi che compongono l'organismo eletto due settimane fa dopo una tumultuosa assemblea: Domenico Gambacorta (Ariano), Michele Vignola (Solofra), Rosanna Repole (Sant'Angelo dei Lombardi) e Marcello Arminio (Bisaccia). Non sfugge che si tratti degli amministratori dei Comuni che in Irpinia ospitano un ospedale, contando ancora il presidio di Bisaccia, che oggi ha funzioni diverse da quelle di un nosocomio.

E proprio gli ospedali di competenza dell'Asl, dunque «Frangipane» (Ariano), «Landolf» (Solofra) e «Criscuoli» (Sant'Angelo) rappresentano gli spicchi del pomo della discordia che pesa su sindaci e vertici dell'Azienda sanitaria. Dal consiglio provinciale del 3 novembre scorso, infatti, si è alimentato uno scontro a distanza che vede, tra le

parti più accese, da un lato Vignola e Repole, dall'altro la direttrice generale dell'Asl Maria Morgante. Al centro della diatriba, l'organizzazione di diversi reparti nei due ospedali di Solofra e Sant'Angelo, ritenuti «penalizzati» dalle amministrazioni. In quell'assemblea non c'è stato alcun confronto per la scelta della manager (e di tre consiglieri regionali irpini su quattro) di non partecipare, motivando l'assenza proprio con la necessità di interfacciarsi «con l'unico organismo preposto», ossia il Comitato dei sindaci ora pronto ad insediarsi.

Oggi, dunque, il primo passo in vista di un confronto diretto. La riunione di insediamento servirà ad avviare il lavoro della cinquina di sindaci, che poi a stretto giro chiederanno un incontro con Morgante. Nell'attesa già nella mattinata odierna i primi cittadini esamineranno il documento redatto, su richiesta del consiglio provinciale, dal presidente dell'ordine dei medici Giuseppe Rosato. Un testo, figlio dell'intervento all'assemblea del 3 novembre dell'ex manager del

«Moscati», chiamato a fornire una base tecnica alle richieste che i sindaci inoltreranno in un secondo momento ai vertici dell'Asl.

L'obiettivo è di trovare una quadra e porre fine agli scontri, ma i presupposti al momento mancano. In primis perché la stessa Morgante, dopo aver presentato la nuova Rete per l'infarto e il piano per portare l'emodinamica ad Ariano, ha più volte ribadito che l'Atto aziendale, con annessa programmazione dei presidi ospedalieri, non sarà sottoposto a modifiche. Allo stesso tempo i sindaci ragioneranno su un documento, quello di Rosato, che non fa sconti alla sanità pubblica irpina, rimproverando l'assenza di alcuni servizi fondamentali, come le terapie intensive nei Pronto soccorso pro-

prio di Solofra e Sant'Angelo dei Lombardi. Diversi rilievi vengono mossi dal presidente dell'ordine anche su alcuni reparti, come l'Ortopedia del «Landolf», che a suo dire va trasformato in struttura complessa.

I cinque sindaci del Comitato coglieranno al volo le osservazioni di Rosato per avviare un nuovo pressing su Morgante. Quest'ultima potrebbe presto replicare anche allo stesso presidente dell'ordine, il cui documento non è stato certo accolto con entusiasmo all'interno degli uffici di via Degli Imbimbo.

Insomma, guerra era e per ora guerra resta. Anche perché il primo cittadino più combattivo, Vignola, oggi illustrerà ai colleghi la procedura con cui ha dato già incarico all'avvocato Antonio Braccaccio per ricorrere al Tribunale ordinario contro il contestato Atto aziendale dell'Asl. Non proprio una dichiarazione di tregua.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Proposte
Il confronto
su possibili
modifiche
partirà
dal testo
redatto
da Rosato**



La denuncia

Marfella: «Tumori infantili, in Irpinia numeri allarmanti»

L'oncologo a Mugnano
«L'industria incontrollata
ha prodotto disastri»

Bianca Bianco

In Irpinia una elevata incidenza di tumori infantili. Nella drammatica mappa delle patologie oncologiche, l'ennesima bandierina rossa va messa anche sulla provincia di Avellino. I dati ufficiali sono tragicamente chiari: i tumori pediatrici hanno una alta incidenza, 169 casi per milione di abitanti nella fascia 0-14 anni nel 2012, un dato superiore a quello della provincia più simile, quella di Benevento, in cui se ne registrano 128. Un dato che va confrontato, soppesato e valutato con cautela, ma che deve essere il punto di partenza per una riflessione su inquinamento e malattie. Lo afferma Antonio Marfella, dirigente medico presso l'Istituto Pascale di Napoli, da dieci anni insieme ai Medici per l'Ambiente dell'associazione Isde in trincea quando si tratta di discutere di salute ed ambiente. La sua battaglia ieri ha fatto tappa a Mugnano del Cardinale dove, insieme al medico ambientalista Filomeno Caruso, alle associazioni «Ultimi» di don Aniello Manganiello e «Lotta per la vita», ha spiegato da un'ottica diversa i dati emersi da tre anni di lavoro della Commissione Igiene e Sanità del Senato.

Marfella, su cosa si basa la vostra riflessione?

«Su un confronto tra i dati per province campane e quelli registrati in Europa e negli Stati Uniti. Per dare un'idea, il dato statunitense è di 140 decessi per tumori infantili è nettamente inferiore al dato italiano di 175 decessi e a quello irpino di 169 casi. Ed abbiamo esteso



Medico Antonio Marfella, oncologo del «Pascale»



Il monito

Subito norme stringenti sull'impatto ambientale, altrimenti la casistica sarà ancora più grave

il confronto anche al passato: in Campania nel 1993 i casi sono stati 108, oggi 164».

Il dato irpino quanto è significativo?

«Quello di Avellino è pesante: 169 casi contro i 165 di Napoli, ma soprattutto contro i 128 di Benevento, città simile al capoluogo irpino. Un problema certamente limitato, ma che alla luce delle caratteristiche del territorio e della sua storia, è pesante».

Quali potrebbero essere i motivi di tale incidenza?

«In questi territori si è dato uno sviluppo legato all'industria, vedi Isochimica o le concerie di Solofra, nonostante queste zone non siano vocate alle grandi imprese pesanti ma alle piccole agroalimentari. C'è stato un errore storico che ha inciso sull'ambiente e di conseguenza sulla salute dei cittadini».

I principali colpevoli di questa situazione sono le imprese?

«Lo sviluppo industriale c'è e non può essere fermato, ma va controllato e deve provocare un danno ambientale e alla salute accettabile. Le industrie non possono essere fuori controllo, e casi come Isochimica ad Avellino o Ilva a Taranto sono la dimostrazione che quando si piega la realtà di un territorio allo sviluppo industriale e non si effettuano controlli, gli effetti sui cittadini e sulla natura sono drammatici».

Il vostro raffronto non è solo geografico, ma si estende alla qualità della vita, è così?

«Abbiamo fatto un semplice raffronto tra questi numeri e la classifica sulla qualità della vita pubblicata in questi giorni su tutti i giornali. I dati sono collegati: chi è in basso nella seconda classifica, è in alto nella prima. Avellino è al 102esimo posto su 110 Comuni».

Come si può intervenire oggi?

«Intervenendo con regole stringenti sulla produzione industriale, fare prevenzione primaria che limita l'insorgere delle malattie. Ma soprattutto applicare le leggi: l'Italia è la nazione con le norme migliori in tema di ambiente, ma che nessuno applica o fa applicare. Un esempio? Nel 1970 decisi di diventare medico ascoltando il professor Giordano che già allora parlava dei danni provocati dall'inquinamento del Sarno causato dalle concerie di Solofra. Dopo 47 anni, il problema è ancora lì».

Il VII Rapporto Rbm-Censis evidenzia i problemi di tenuta del servizio sanitario

UN NUOVO MODELLO PER IL SSN

Circa 12 milioni di italiani rinunciano o rinviano le cure

DI GAETANO BELLONI

La spesa sanitaria privata degli italiani continua a crescere. Nel 2016 è arrivata a 37,3 miliardi di euro ed è sostenuta in grandissima parte direttamente dalle famiglie. Nell'ultimo anno 12,2 milioni di italiani hanno rinunciato o rinviato prestazioni sanitarie (1,2 milioni in più rispetto all'anno precedente): il recupero di sostenibilità dei servizi sanitari regionali non è stato indolore. E le liste d'attesa sono sempre più lunghe. Sono solo alcuni dei dati che emergono dal VII Rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata, presentato in occasione del Welfare Day 2017.

Dal canto suo, la spesa sanitaria pubblica italiana in rapporto al Pil è inferiore a quella di altri grandi paesi europei. Se nel nostro paese è pari al 6,8% del prodotto interno lordo, in Francia sale all'8,6% e in Germania tocca il 9%.

Le difficoltà di accesso al sistema pubblico sono aumentate. I dati indicano che per una mammografia si attendono in media 122 giorni (60 in più rispetto al 2014) e nel Mezzogiorno l'attesa arriva in media a 142 giorni. Per una colonscopia l'attesa media è di 93 giorni, ma al Centro di giorni ne occorrono mediamente 109. Per una risonanza magnetica si attendono in media 80 giorni, ma al Sud sono necessari

111 giorni. Per una visita cardiologica l'attesa media è di 67 giorni, ma l'attesa sale a 79 giorni al Centro. Per una visita ginecologica si attendono in media 47 giorni, ma ne servono 72 al Centro. Per una visita ortopedica 66 giorni, con un picco di 77 giorni al Sud.

Il Rapporto sciorina altri dati preoccupanti. Per esempio, è in forte crescita anche la mobilità sanitaria che è passata da un costo di 3,9 miliardi nel 2015 a quota 4,3 miliardi nel 2016 e che riguarda tra i 6 e gli 8 milioni di cosiddetti «pendolari della sanità». Ciò spiega il perché la spesa sanitaria privata continua a crescere, sfiorando quest'anno quota 35 miliardi: una «tassa» aggiuntiva che grava sulla nostra salute, oggi pesa per circa 580 euro pro capite, e che di qui a 10 anni potrebbe superare i 1.000 euro pro capite, pena il crack finanziario del Ssn o ulteriori tagli alle prestazioni sanitarie. I dati del VII Rapporto Rbm - Censis sulla Sanità in Italia, presentati in occasione del 7° Welfare Day, del resto, parlano chiaro: nel 2016 il Ssn ha «espulso» oltre 13,5 milioni di persone (il 22,3% degli italiani - quota salita vertiginosamente dal 2006 quando i non assistiti erano il 7,8%), che hanno dovuto rinunciare alle cure (9 milioni per motivi economici), con una riduzione nell'ultimo decennio della sua capacità assistenziale dal 92 al

77% della popolazione e della sua funzione redistributiva del 15%.

In questo contesto, cresce l'attenzione verso la sanità integrativa, che potrebbe mettere in moto risorse pari a 15 miliardi di euro l'anno, come confermato anche dalle proiezioni di Rbm, che ha presentato alle istituzioni due progetti. «Innanzitutto un «secondo pilastro sanitario complementare» per tutti i cittadini, sul modello francese», spiega Marco Vecchiotti, consigliere delegato di Rbm Assicurazione Salute. «che, evitando di far pagare di tasca propria le cure a 36 milioni di italiani, intermedi collettivamente la spesa sanitaria privata garantendo al sistema sanitario la disponibilità di 22 miliardi di euro/annui aggiuntivi e un contenimento della spesa sanitaria privata da 8,7 miliardi di euro a 4,3 miliardi annui». Il secondo progetto riguarda l'esternalizzazione di alcune assistenze, che «promuova un'assunzione di responsabilità per i cittadini con redditi più alti (15 milioni) mediante l'assicurazione privata della totalità delle loro cure sanitarie con un risparmio previsto spesa sanitaria pubblica dai 18,5 miliardi di euro a 3,1 miliardi annui da investire a favore dei cittadini più bisognosi». L'obiettivo è salvare il sistema sanitario da un default che non sembra più solo un'ipotesi.

27/11/2017

12° Forum Risk Management. Per una rivoluzione copernicana che metta al centro il cittadino

quotidianosanita.it

Lunedì 27 NOVEMBRE 2017

12° Forum Risk Management. Per una rivoluzione copernicana che metta al centro il cittadino

Una rivoluzione copernicana che davvero metta al centro il cittadino consapevole e responsabile dei propri bisogni di cura. Ciò vuole dire che il tema della sicurezza non può essere più tema da addetti ai lavori, ma deve entrare a pieno titolo nella testa e nella governance delle Direzioni Aziendali, uno dei più importanti indicatori su cui misurare i risultati delle attività dei Direttori Generali

Domani a Firenze si apre il 12° Forum Risk Management in Sanità con più di 5.000 prescrizioni. Altri ne arriveranno direttamente da ogni regione. Perché così tanti per un evento che è cresciuto di anno in anno?

Abbiamo già detto perché c'è tanta voglia di partecipare, di dire la propria, di contribuire a rendere il sistema più aderente ai bisogni dei cittadini. E' questa una grande risorsa di energie, di competenze, di passione che fino ad oggi ha fatto grande il Sistema Sanitario. Occorre sottolinearlo oggi, a fronte di tante sordità all'ascolto, alla richiesta di coinvolgimento, in un sistema che diventa sempre più complesso anche per l'allargamento delle dimensioni di molte Aziende Sanitarie. Più grandi le aziende, più lunga la piramide ed i tempi di trasmissione degli input, più barriere al rapporto diretto, alla verifica in tempo reale, alla valutazione dei risultati.

Giorni fa, in treno ho trovato il Direttore del Meyer, **Alberto Zenobini**, fiero dei risultati raggiunti. "Molto del mio tempo lo passo nei reparti" mi ha detto, " a parlare con i medici, gli infermieri, i parenti dei malati".

Certo il Meyer è un'eccezione, ospedale specialistico di non grandi dimensioni. Mi è venuto però, da pensare alla mia Asl Sud Est della Toscana (Arezzo - Siena - Grosseto): più della metà del territorio della Toscana, dal Tirreno alle propaggini dell'Adriatico. Come si fa a rendere vivo e continuativo il rapporto con gli operatori sanitari, a verificare i risultati anche delle grandi innovazioni che sono in atto? Al Forum si farà il punto di un lavoro degli ultimi anni sullo stato di attuazione dei Pdta anche sulla base di una ricognizione fatta in un terzo delle Aziende Sanitarie. Sarà questo l'argomento dell'incontro nazionale dei Direttori Sanitari e di Distretto nell'ottica della maggiore responsabilità del *middle management*. Al Forum ci sarà un confronto sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale, sulla base dell'elaborazioni di importanti attori scientifici come Crea, Bocconi, Gimbe. Cosa c'è già di condiviso e da condividere? Quali spunti e quali concrete proposte possiamo ulteriormente elaborare magari per offrire materiali utili alle istituzioni per un progetto di riforma?

Ancora, come recita il titolo del Forum "Sicurezza delle cure, responsabilità professionale", occorre partire da qui per attivare un vero processo di trasformazione facendo davvero della sicurezza e della qualità delle cure, come ben sottolineato nell'Art. 1 della Legge 24/2017 "parte costitutiva del diritto alla Salute".

Una rivoluzione copernicana che davvero metta al centro il cittadino consapevole e responsabile dei propri bisogni di cura. Ciò vuole dire che il tema della sicurezza non può essere più tema "da addetti ai lavori", ma deve entrare a pieno titolo nella testa e nella governance delle Direzioni Aziendali, uno dei più importanti indicatori su cui misurare i risultati delle attività dei Direttori Generali.

Ed infine, nuove partnership pubblico privato, anch'esse come condizione della sostenibilità. Ciò è possibile anche perché sta cambiando il mondo delle imprese, c'è più attenzione alle soluzioni utili al Sistema Sanitario e non solo alla vendita dei prodotti, all'offerta di servizi necessari per le Aziende Sanitarie e per i pazienti. Occorrerà dedicare attenzione all'evoluzione di queste partnership anche per stare al passo con l'evoluzione delle tecnologie responsabilizzando le Imprese sul raggiungimento dei risultati.

Insomma, in tanti al Forum per seguire ed essere partecipi di tante sessioni scientifiche, ma anche con l'obiettivo

27/11/2017

12° Forum Risk Management. Per una rivoluzione copernicana che metta al centro il cittadino di farne uscire proposte utili per un Sistema Sanitario sempre più vicino ai bisogni di salute dei cittadini.

Buon lavoro a tutti.

Vasco Giannotti

Pianeta sanità

Terapie di gruppo e psichiatria così si può battere l'anoressia

GIUSEPPE DEL BELLO

Scene da film più utili delle parole. Immagini che aprono uno squarcio sul complesso mondo delle anoressiche. E anche su quello più ampio dei pazienti affetti dai disturbi del comportamento alimentare. È il filo conduttore del seminario affidato a Ignazio Senatore, psichiatra della Federico II e critico cinematografico, per descrivere lo smarrimento di chi dimagrisce e si cancella fino a scomparire. La conferenza-dibattito si terrà sabato all'Istituto Selvini Palazzoli a Milano. A pagare le conseguenze dell'anoressia sono per lo più giovani donne, convinte che solo assottigliando il proprio corpo si è in grado di esprimere le proprie emozioni. Ma quale è l'obiettivo di Senatore? Esportare, risponde, il «mio modello di cura che prevede, al di là dei colloqui individuali, la necessità di una psicoterapia di gruppo. Una psicoterapia per le anoressiche e per i genitori, ma in riunioni separate». Parlare e mettere sul tappeto le problematiche individuali in gruppo serve a vincere la frequente timidezza e il silenzio di chi durante le sedute fa fatica a raccontarsi. «Il gruppo diventa un luogo sicuro - spiega lo specialista - dove poter rispecchiarsi, trarre nutrimento, sentirsi sostenute da chi soffre dell'identica malattia e finalmente al riparo, libere di esprimere le proprie emozioni».

Due approcci paralleli ma convergenti, dunque. Il secondo infatti è quello che prevede il lavoro con i genitori. Anche questo indispensabile, sottolinea Senatore perché «in quello spazio condiviso da altre mamme e papà, si crea un clima di solidarietà. Insieme comprendono che l'anoressia non è né un capriccio, né un dispetto ma una malattia mentale contro la quale non basta fare appello alla forza di volontà». D'altro canto l'unione fa la forza, perché mai la formula non dovrebbe funzionare in tema di psicoterapia? All'interno del gruppo i genitori alleviano i loro sensi di colpa, comprendono che curare non significa obbligare, forzandole, le loro figlie a mangiare. Anche perché, la modalità di condivisione fa comprendere alle famiglie che bisogna rispettare i tempi di guarigione e che, a volte, per sconfiggere una malattia così

insidiosa, occorrono anni. Senatore porterà in seminario spezzoni e blog di film d'autore celebri, ispirandosi all'approccio della psichiatra a cui è intitolata la sede milanese dell'istituto. «Selvini Palazzoli è stata la prima psichiatra italiana (e tra le prime anche in campo internazionale) - ricorda Senatore - a occuparsi di un fenomeno che allora era sottotraccia, quello dei disturbi alimentari. Lei è morta quasi dieci anni fa ma la sua eredità è stata presa dal figlio Matteo. Il titolo del seminario "Cinema e anoressia" è stato

dato da loro e rispecchia anche il mio modo di descrivere il mondo emozionale delle anoressiche e bulimiche. Non solo citerò frasi di registi e attori, senza nominare alcuno psichiatra o psicoanalista ma, dopo aver illustrato come si lavora nella clinica Psichiatrica della Federico II, insisterò sull'importanza della terapia di gruppo per poter promuovere la cura».

Diversi e noti i film a cui si richiama lo psichiatra, dalla "Leggenda del pianista sull'oceano" di Giuseppe Tornatore a "Forrest Gump" di Robert Zemeckis.

L'ambulatorio della clinica istituto universitario è nell'edificio 18, III piano (prenotazioni allo 081 7464248). Le attività di gruppo si svolgono con le pazienti ogni giovedì; con i genitori ogni 15 giorni. La parte dietetica è affidata alla Nutrizione clinica dell'équipe del professor Franco Contaldo.

Ignazio Senatore illustra a Milano l'approccio sperimentato a Napoli con la proiezione di spezzoni di celebri film

Alla clinica psichiatrica della Federico II si tengono sedute collettive per le pazienti ogni giovedì, mentre le famiglie si riuniscono ogni due settimane. La parte dietetica è affidata al professore Contaldo.



TEENS

Nella mente dei ragazzi prigionieri dello schermo

di *Lauro Quadrana*

Improvvisamente diventano asociali, si ritirano dentro la loro stanza, dove restano per gran parte del giorno, senza neppure togliere il pigiama. Escono soltanto per mangiare, raramente per farsi la doccia. Lasciano la scuola e lasciano lo sport. Si alzano alle due del pomeriggio e restano svegli fino alle 5 del mattino. E se qualcuno prova a contrastarli, diventano aggressivi, arrivando persino alle mani. Eccoli, i ragazzini risucchiati da videogiochi, internet e social network. Restano fino a 18 ore al giorno incollati a computer e smartphone. Centinaia i giovani colpiti da questa dipendenza. Una patologia talmente recente che non esistono ancora statistiche e i dati ufficiali al momento sono ancora pochi. È la dipendenza del terzo millennio. L'abuso di videogiochi - ma anche del ricorso bulimico a gruppi whatsapp e Facebook - è in vertiginoso aumento. Spesso comincia come un divertimento. I giochi, per esempio, sono eccitanti e compulsivi, quasi sempre "sparatutto", quelli in cui il protagonista uccide gli altri. E vengono usati dai ragazzini come valvola di sfogo della loro

rabbia. C'è una rabbia di fondo, tra questi giovani, una rabbia repressa che, quasi sempre, è la causa primaria dell'isolamento sociale e del conseguente inchiodarsi al computer. La fascia di età più a rischio è compresa tra gli 11 e i 18 anni. Il ritiro sociale è spesso causato da genitori eccessivamente apprensivi che preferiscono non far uscire di casa i propri figli. Per pigrizia e per averli sotto controllo. Per paura di quello che c'è fuori.

E così la Rete diventa lo spazio di socializzazione, i giochi multiplayer sostituiscono quelli che, anni addietro, erano i giochi di strada: guardie e ladri si trasforma in gioco "sparatutto", nascondino diventa un monitor da cui non distogliere lo sguardo. Quello che si faceva nel cortile sotto casa, oggi, si tende a fare in digitale. E così la rabbia, tra le mura domestiche che difficilmente si aprono, si autoalimenta creando anche l'isolamento. E la rete - sia essa utilizzata per i giochi, o per chattare continuamente su whatsapp - è al momento l'unico modo o l'unico tentativo di autocitarsi per un adolescente.

*Neuropsichiatria infantile
univ. La Sapienza, Roma*

Epidemie

Per l'epatite C ci vuole una road map

Curare tutti gli italiani contagiati dal virus. Usando farmaci potentissimi. Spazzare via il killer dal paese si può. Ma servono migliore organizzazione e tanti soldi

di LETIZIA GABAGLIO

Sono passati tre anni da quando il piano di eradicazione del virus Hcv, responsabile dell'epatite C, è stato annunciato dal ministro Lorenzin, e molto è cambiato. Gli ultimi dati disponibili, che l'Aifa aggiorna ogni settimana, parlano di oltre 102mila pazienti curati con i farmaci che consentono di eliminare il virus nella stragrande maggioranza dei casi. Considerando che dalla scorsa primavera possono essere curati anche i pazienti meno gravi, l'Italia sembra davvero fare la sua parte per raggiungere l'ambizioso obiettivo dell'Oms: l'eliminazione della malattia entro il 2030. «Vedremo crescere rapidamente questi numeri - ha detto il direttore generale dell'Aifa Mario Melazzini - oggi sono 8 le terapie disponibili, totalmente rimborsabili grazie ai 500 milioni del Fondo farmaci innovativi istituito dal ministro Lorenzin».

E sono proprio i farmaci a essere stati i protagonisti della prima parte di questa storia: si chiamano antivirali ad azione diretta (Daa) e sono capaci di entrare all'interno del virus e di impedirne la replicazione, di fatto eliminandolo. «Hcv per sopravvivere deve replicarsi in continuazione, quindi se a distanza di alcuni mesi dalla fine della terapia non ne troviamo traccia possiamo essere sicuri che non c'è più», spiega Massimo Andreoni, direttore dell'unità complessa di Malattie infettive all'università di Roma Tor Vergata. Ecco perché si parla

di cura e non solamente di terapia. L'efficacia di questi nuovi farmaci è apparsa da subito altissima, ma la ricerca è comunque andata avanti anche perché di Hcv ne esistono 6 tipi diversi, e non tutti sono vulnerabili alla stessa maniera. Così dopo i farmaci adatti per uno o più genotipi, sono arrivate le specialità cosiddette pangnotipiche, che possono essere cioè usate su tutti i malati. «È un'ulteriore potentissima arma - aggiunge Andreoni - che possiamo usare per eliminare il virus. Sono farmaci che si prendono una sola volta al giorno, quindi i pazienti li assumono con facilità».

Ma c'è chi non guarisce neanche con i superfarmaci pangnotipici perché il virus diventa resistente. Per questi pazienti è stato sviluppato un farmaco ancora più potente. Con questa sequenza tutti i malati avranno la possibilità di guarire e di non sviluppare una serie di condizioni correlate all'epatite C. «Le terapie riducono la mortalità per cause epatiche ma anche per altre malattie correlate come infarto, ictus, diabete, insufficienza renale terminale o alcune neoplasie», spiega ancora Andreoni.

Il fatto è che il rischio si riduce tanto più quanto prima si interviene. Per questo poter dare i farmaci anche ai pazienti meno gravi ha significato dare speranza a migliaia di persone. Ma allo stesso tempo ha messo a dura prova l'organizzazione sanitaria.

Passato il clamore sul prezzo dei farmaci, che nel lungo perio-

do non si è rivelato così diverso da quello pagato in altri paesi, è ora venuto al pettine il nodo della capacità dei centri autorizzati di curare tutti i pazienti. E questa è la seconda parte della storia. Con la possibilità di dare i farmaci ai malati meno gravi, accusa l'associazione dei pazienti EpaC, l'afflusso è stato massiccio; e oggi gli oltre 230 centri autorizzati sono ingolfati. Se è vero infatti che sono stati stanziati i soldi per i farmaci, non ci sono fondi extra per i medici, la cui attività deve essere riprogrammata alla luce delle nuove esigenze. All'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, fin dal 2015, si è lavorato alla costruzione di una rete territoriale così da portare le terapie là dove sono i pazienti e distribuire il carico assistenziale. «Abbiamo formato molti sanitari - spiega Stefano Faggioli, direttore della Gastroenterologia del nosocomio bergamasco - e disegnato un sistema diffuso per garantire una cura anche a chi abita lontano o in zone montuose, o a chi sarebbe rimasto in attesa per via del numero di trattamenti attivi da noi. Così nella zona sono state curate oltre 360 persone che altrimenti avrebbero dovuto aspettare mesi o magari avrebbero rinunciato ai nuovi farmaci. Aumentando così del 20-25% il numero dei malati presi in carico. Di reti simili ne esiste solo un'altra, a Brescia. Nelle altre regioni ci sono diverse forme di collaborazione ma non una vera redistribuzione delle cure in maniera capillare.

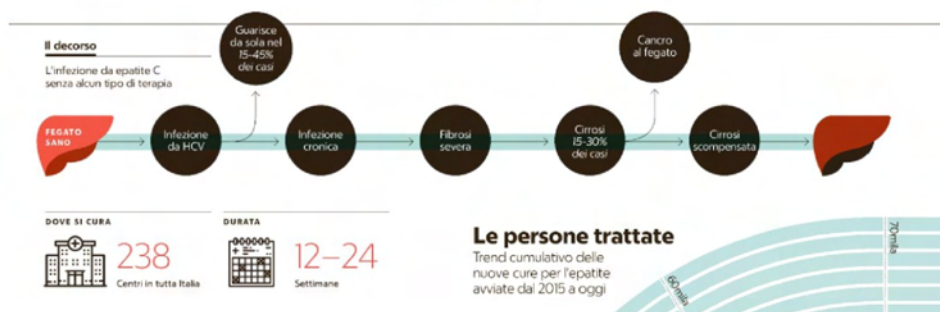
© RIPRODUZIONE RISERVATA

34

Il 34% delle infezioni si trasmette con l'uso di droghe iniettabili

28

Il 28% delle infezioni si trasmette in ospedale o altri centri medici



Il caso

Quell'arma in più che batte le resistenze

I superfarmaci di ultima generazione sono uno strumento potente nella lotta all'eliminazione del virus. Resta però da risolvere il problema di quella

percentuale di pazienti che non guarisce a causa delle resistenze che il virus sviluppa. «Per questi pazienti abbiamo sviluppato un farmaco che alla formulazione del pangenotipico aggiunge voxilaprevir, nuovo inibitore della proteasi, che è stato di recente

approvato da Ema», spiega Valentino Confalone, amministratore delegato di Gilead. Che aggiunge: «Completiamo così la nostra famiglia di farmaci grazie a cui nel mondo 1,5 milioni di persone hanno potuto vincere la malattia», conclude.

-l.g.

I malati

Colpiti da Hcv

600

Nuovi studi stimano che i malati di epatite C in Italia siano 5-600 mila

Antibiotici

Così fermiamo le infezioni

Siamo maglia nera in Europa. E l'abuso causa epidemie di malattie resistenti. Ma gli esperti hanno scritto le regole per proteggersi dai germi. Senza esagerare

dalla nostra inviata
VALERIA PINI, BRUXELLES

Un bambino con la febbre e i genitori decidono di dargli quell'antibiotico rimasto da tempo nel cassetto. Non è necessario, ma fa stare tranquilli tutti. Un'abitudine diffusa in Italia, Paese europeo con le più elevate percentuali di antibiotico-resistenza. Si stima che nel 2050 una persona ogni 3 secondi rischierà la morte a causa di un'infezione multiresistente agli antibatterici. È una delle maggiori emergenze sanitarie, e infatti preoccupa non poco i governi europei che, nell'ambito dell'European antibiotic awareness day, presentata a Bruxelles, hanno appena lanciato l'iniziativa 'Keeping antibiotics working', volta a promuovere un uso più consapevole di questa terapia.

«Gli antibiotici rappresentano una grande conquista per l'umanità, ma se vengono utilizzati in modo sbagliato o se un paziente li assume quando non servono, diventano sempre meno efficaci. Si sviluppa cioè una resistenza», spiega Vytenis Andriukaitis, commissario Ue per la Salute e la sicurezza alimentare. È un'emergenza che riguarda in particolar modo l'Italia. «Il vostro paese è fra i peggiori d'Europa - continua il commissario - il consumo di antibiotici è in aumento. Il 43% della popolazione li ha presi negli ultimi 12 mesi, mentre la media europea è del 34. E solo il 15% sa che è controproducente assumerli quando non sono necessari».

Ma il nostro paese è in buona compagnia: è insieme a Grecia e Turchia, sia per numero di infezioni resistenti che per l'abuso. Il ministero della Salute ha avviato un piano contro l'antibiotico-resistenza. L'obiettivo è ridurre del 5% il consumo in ospedale, del 10 sul territorio e del 30% in ambito veterinario entro il 2020. L'abuso è legato anche a cattive abitudini, come quella di chiedere al medico la ricetta rossa da usare 'in caso di emergenza' anche quando il farmaco non serve.

La situazione è ancora peggiore per i bambini: siamo al primo posto tra i paesi dell'area Ocse per volume di antibiotici prescritti tra 0 e 9 anni. «Viviamo in una società aperta, dove i batteri viaggiano rapidamente. Le persone si spostano da un paese all'altro e con loro le infezioni - spiega ancora Andriukaitis - se il trend di resistenza continuerà ci troveremo di fronte a un futuro 'post-antibiotico' nel quale rischiamo di non essere più in grado di effettuare interventi chirurgici importanti. Diventerà impossibile effettuare trapianti di organi o impiantare dispo-

sitivi come, ad esempio, protesi dell'anca o nuove valvole cardiache».

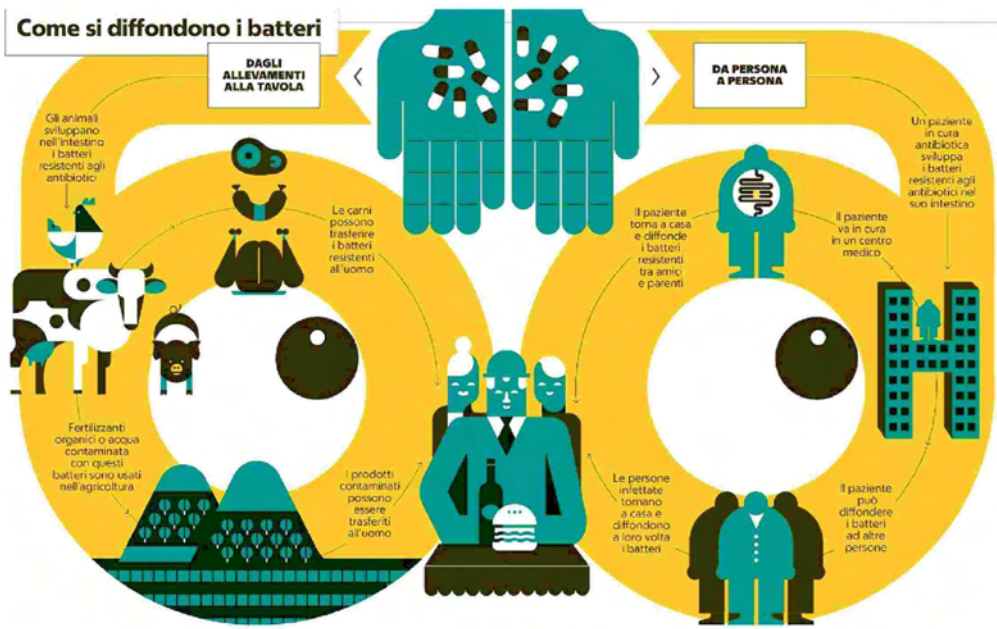
Quello descritto sarebbe un mondo senza difese contro le malattie infettive. Semplici ferite provocate da cadute e incidenti potrebbero mettere a rischio le nostre vite. «Per questo - aggiunge il commissario - i paesi europei devono lavorare insieme per un uso prudente di questi farmaci». Già oggi in Europa il bollettino segnala 25.000 decessi, spese sanitarie e perdite di produttività pari a 1,5 miliardi di euro: tutti collegati all'antibiotico-resistenza. «È un problema molto sentito negli ospedali, dove il 10% delle persone ricoverate finisce per sviluppare un'infezione. Basta un solo caso per contagiare gli altri pazienti e il personale sanitario. Serve un piano concreto, perché ogni infezione evitata corrisponde a un antibiotico risparmiato», precisa Nedret Emiroglu, direttore Emergenze e malattie infettive dell'Oms in Europa.

Quasi la metà di tutti gli antibiotici a disposizione negli ospedali dell'Ue viene utilizzata in modo eccessivo o inappropriato. Tra il 2010 e il 2014 il consumo di questi farmaci è raddoppiato, con il nostro Paese che si segnala per l'alto consumo, 27,8 dosi ogni mille abitanti al giorno. Solo nei nosocomi italiani le infezioni da germi antibioticoresistenti colpiscono 300 mila pazienti. «In Europa, uno dei maggiori rischi è costituito da quei pazienti, ricoverati all'estero, magari anche in un paese europeo, che tornano a casa con un'infezione. Queste situazioni dovrebbero essere monitorate, prima che diventino pericolose», spiega Andrea Ammon, direttrice dell'Ecdc - European Centre for Disease Prevention and Control.

Per lottare contro la resistenza a questi farmaci la Ue ha dato vita al piano 'Horizon 2020', che punta anche sullo sviluppo di specifiche campagne informative, considerando che ormai in molti acquistano medicinali on line senza prescrizione. «La diminuzione del consumo di antibiotici in alcuni paesi, come Norvegia e Svezia, è il segno che stiamo intervenendo nel modo giusto - conclude Ammon - ma dobbiamo diffondere informazioni per gestire nel modo corretto le terapie ed evitare le infezioni. Serve però anche un maggior impegno per la ricerca scientifica».

E in questa direzione sta lavorando la rete europea. L'innovative medicine initiatives, che sta coinvolgendo il mondo dell'industria e dei ricercatori per sviluppare nuovi antibiotici. Qualche molecola è già arrivata, altre sono allo studio.

Come si diffondono i batteri



I decessi nel 2050

Numero di morti all'anno causati dall'antibiotico resistenza

I CONSIGLI

L'indicazione: Gli antibiotici vanno usati soltanto dietro prescrizione medica.

La timeline

Anni delle scoperte e confronto

Antibiotico	Resistenza	Anno
Penicilline	Resistenza	1940
Tetracicline	Resistenza	1945
Mincosidi	Resistenza	1950
Flucloxacilline	Resistenza	1955
Carbapenemi	Resistenza	1975
Amicacina	Resistenza	1980
Polimixine	Resistenza	1985
Streptogramini	Resistenza	1990
Chitinasasi	Resistenza	2000
Tricetani	Resistenza	2010
Streptogramini	Resistenza	2015
Streptogramini	Resistenza	2020
Streptogramini	Resistenza	2025
Streptogramini	Resistenza	2030
Streptogramini	Resistenza	2035
Streptogramini	Resistenza	2040
Streptogramini	Resistenza	2045
Streptogramini	Resistenza	2050

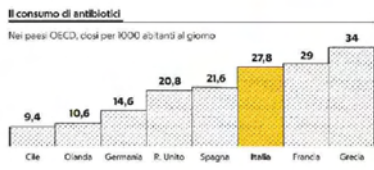
Cosa mangiare

Durante la terapia consumare alimenti facilmente digeribili come i cereali e i legumi e verdure di origine vegetale.

Il meccanismo

Come si sviluppa la resistenza

- Alto numero di batteri. Alcuni sono resistenti agli antibiotici.
- Gli antibiotici uccidono i batteri che causano o meno la malattia.
- I batteri resistenti invece sopravvivono e si riproducono.
- Possono poi trasferire la loro resistenza ad altri batteri.



27/11/2017

Manovra, 60 mln in tre anni per i caregiver | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

27 NOV
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

IN PARLAMENTO

Manovra, 60 mln in tre anni per i caregiver

Nasce il Fondo per il sostegno dei caregiver familiari. La Commissione Bilancio del Senato ha dato via libera all'unanimità all'emendamento (a prima firma Laura Bignami, ma poi sottoscritto da tutti i gruppi e da centinaia di senatori singolarmente) che stanziava 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020 per «la copertura finanziaria di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare». La Commissione Bilancio continuerà l'esame del Ddl della manovra oggi e domani.



L'emendamento definisce quindi il caregiver come «la persona che assiste e si prende cura del coniuge, di una delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, anche di un familiare entro il terzo grado, che a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata, o sia titolare di indennità di accompagnamento». I 60 milioni stanziati in tre anni saranno atinti dal fondo speciale di parte corrente, utilizzando in parte l'accantonamento del Ministero dell'economia.

Plauso dal presidente della Commissione lavoro del Senato **Maurizio Sacconi**. «L'approvazione unanime dell'emendamento che stanziava un primo (modesto) fondo a sostegno dei caregiver premia l'impegno lungo tutta la legislatura della senatrice Laura Bignami e la volontà unitaria della Commissione lavoro. Il relatore dei ddl Angioni, Bignami, De Petris, senatore Pagano si era dimesso da relatore in assenza della disponibilità del Governo a finanziare il provvedimento». Lo scrive nel blog dell'Associazione amici di Marco Biagi il presidente della Commissione lavoro del Senato Maurizio Sacconi (Energie per l'Italia). «Ora - aggiunge - potremmo tentare l'approvazione di un testo unificato e dotato di copertura attraverso l'unanime scelta della Commissione riunita in sede legislativa se la data di scioglimento delle Camere lo consentirà. Daremmo finalmente una risposta alla domanda di tutela che sale dai molti invisibili che donano se stessi, ogni giorno, alla cura di un familiare gravemente disabile».

Tra gli emendamenti approvati sabato e domenica, le disposizioni in materia di fondi integrativi territoriali del servizio sanitario. Si prevede che «Qualora i contratti e gli accordi collettivi di livello nazionale prevedano l'adesione dei lavoratori e delle lavoratrici ad uno specifico fondo integrativo nazionale del servizio sanitario nazionale, nelle province di Trento e di Bolzano può essere prevista, con accordi territoriali o aziendali, la possibilità per i lavoratori e le lavoratrici di aderire ad altro fondo integrativo individuato dagli accordi medesimi, purché con prestazioni non inferiori a quelle originariamente previste».

Estesi gli aiuti al welfare di comunità sotto forma di credito di imposta del 65% sulle erogazioni effettuate per le fondazioni promotrici di progetti mirati. Sono ammessi alla misura iniziative finalizzate al «contrasto alle povertà, alle fragilità sociali e al disagio giovanile, di tutela dell'infanzia, di cura e assistenza agli anziani e ai disabili, di inclusione socio lavorativa e integrazione degli immigrati di dotazione di strumentazioni per le cure sanitarie».

27/11/2017

Quel nesso tra ipoacusie e deficit cognitivi. Italia in ritardo sulle audioprotesi | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

27 NOV
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

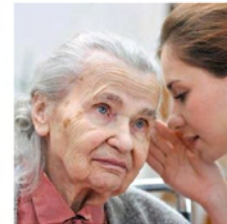
TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

Quel nesso tra ipoacusie e deficit cognitivi. Italia in ritardo sulle audioprotesi

di Stefano Di Girolamo (docente ordinario di Audiologia dell'Università di Tor Vergata)

Per mantenere il cervello giovane è necessario sentirsi bene. Ad affermarlo sono le numerose ricerche scientifiche internazionali che dimostrano la relazione fra l'insorgere di deficit cognitivi, tipici della demenza, o dell'Alzheimer, con le ipoacusie. Il tema è stato approfondito durante il convegno "Novità cliniche e tecnologiche in ambito audioprotesico" a Roma, il 10 e 11 novembre 2017, in occasione dei 25 anni del corso di laurea all'Università Tor Vergata in tecniche audioprotesiche, che quest'anno ha aumentato da 10 a 36 i posti.



Rispetto ai normoudenti, infatti, chi ha un difetto di udito e non lo cura ha da 2 a 5 volte un rischio più alto di sviluppare deficit cognitivi. Il danno non è solo per la persona che vede peggiorare la qualità della vita ma anche per i costi sociali. In base alle ricerche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), 360 milioni di persone nel mondo convivono oggi con un calo dell'udito e 47 milioni con una forma di demenza. E, sempre secondo una stima dell'Oms, la perdita dell'udito costa all'economia globale 750 miliardi di dollari, pari alla spesa sanitaria sostenuta da Brasile e Cina messi insieme.

Nel totale, viene contemplata anche la perdita di produttività, dovuta alla disoccupazione e alle pensioni premature, una voce che da sola ammonta a 105 miliardi.

Italia in ritardo

Nel nostro Paese, la sensibilità alle protesi è decisamente scarsa. Basti considerare che, a dimostrazione della grande sottovalutazione della sordità e mancanza di adeguata prevenzione, nel 2016 in Italia, secondo i dati dell'Anap, Associazione nazionale audioprotesisti, sono stati applicati 400 mila apparecchi, a fronte dei 285 mila in Olanda, dove vivono solo 16 milioni di abitanti rispetto ai nostri 60 milioni. Inoltre, la prima protesizzazione negli adulti oggi avviene a 75anni contro una media europea pari a 60,5.

Il rischio disabilità collettiva

Per l'Oms si tratta di una bomba destinata a scoppiare e anche per noi specialisti la preoccupazione è l'aumento di disabilità intellettiva e cadute. Investire invece nella prevenzione e negli apparecchi acustici che mantengono le capacità uditive significa risparmiare risorse e un aumento dei vantaggi economici. Una pronta correzione dell'ipoacusia risulta determinante nella riduzione dell'incidenza delle patologie secondarie e rappresenta una vera sfida alla quale sia i medici audiologi sia gli audioprotesisti devono confrontarsi quotidianamente durante le due fasi del percorso riabilitativo: la prima legata alla diagnosi e la seconda caratterizzata dall'adattamento protesico.

Audioprotesisti sottoutilizzati

Ad oggi, il numero degli audioprotesisti in proporzione agli abitanti in Italia è pari a quello degli altri Stati occidentali. C'è da dire tuttavia che gli specialisti servono circa il 20% dei clienti possibili. In questa sottoutilizzazione della risorsa professionale sta il nostro paradosso, perché il fabbisogno di protesi della nostra popolazione (più anziana che altrove) sarebbe almeno eguale a quello degli altri Paesi.

27/11/2017

Quel nesso tra ipoacusie e deficit cognitivi. Italia in ritardo sulle audioprotesi | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

Assistenza protesica fuori dal Nomenclatore

Un primo segnale positivo è stato il passo indietro compiuto questa estate riguardo alla revisione del Nomenclatore tariffario per assistenza protesica del Dpcm istitutivo dei nuovi Lea. È stata infatti evitata l'ipotesi di inserire le protesi fra i dispositivi medici da acquisire con gara d'appalto. Di fatto, si sarebbe costretto l'audioprotesista a subire - ex ante - la scelta altrui del dispositivo, vanificando la prestazione sanitaria che si svolge invece soprattutto ex post, con riferimento alla fase di "allestimento su misura" del dispositivo. Senza considerare che, come ho fatto presente in commissione Sanità del Senato, sulla base delle stime dell'Anap, ci sarebbe stato un aggravio di circa 80 milioni di euro l'anno per il Servizio sanitario nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

[Privacy policy](#) | [Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie](#) | ISSN 2499-6599

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Lea, 5 Regioni in stand-by

Il punto sul recepimento formale e sui nodi da sciogliere

Calabria, Sicilia, Puglia, Molise e Trentino Alto Adige: queste le cinque Regioni che secondo Tdm-Cittadinanzattiva non hanno ancora recepito formalmente i nuovi Lea. Con ricadute anche concrete sui cittadini: capita ad esempio che l'ufficio vaccinazione rifiuti di erogare gratui-

tamente le profilassi ai pazienti, proprio per mancato recepimento regionale.

Ancora: mancano ancora all'appello il delisting delle prestazioni da escludere e il nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

A PAG. 13

Dal Tdm-Cittadinanzattiva il punto sull'attuazione del Dpcm diventato operativo il 18 marzo scorso

Nuovi Lea, 5 le Regioni «latitanti»

Il mancato recepimento formale ostacolo ai diritti - L'appello: attenti al caro-ticket

Delisting e nomenclatore ambulatoriale da licenziare

Regione che vai Livello essenziale di assistenza che trovi? Se le cose non stanno proprio così, è certo però che mantenere desta l'attenzione su come vengono declinati i Lea sul territorio è un'operazione necessaria. Intanto perché il Dpcm di revisione dei vecchi "Livelli" del 2001, entrato in vigore nel marzo scorso, ha ancora bisogno di essere digerito. Poi, perché la variabilità regionale e territoriale che da sempre caratterizza il socio-sanitario nel nostro Paese influenza anche la declinazione delle cure Ssn.

A tracciare il quadro sono gli ultimi dati presentati in occasione del seminario "I Livelli essenziali di assistenza e il diritto alla Salute", organizzato a Roma da Anp-Cia Agricoltori italiani e Tdm-Cittadinanzattiva. «Noi rappresentiamo anche pensionati e agricoltori che vivono e operano in territori e borghi rurali, spesso di collina e di montagna: sono oltre 10 milioni i residenti - ha spiegato nella sua relazione il presidente di Anp Vincenzo Brocco - Qui la crisi dei servizi può rendere le aree rurali meno coese e solidali». Invece, «bisogna dare una risposta alla rarefazione di tanti servizi sia civili sia so-

ciali: mettere il cittadino al centro, sommando, prevenzione, innovazione, efficacia e giustizia. Solo così si ottiene il valore». Mentre per il presidente della Cia, Danilo Scanavino, «serve confrontarsi con le associazioni alleanze e vicine e con le istituzioni a livello nazionale, regionale e locale, per attuare i Lea, per rimuovere pigri o inefficienze e combattere malaffare e sprechi».

Il punto sui nuovi Lea. «A oggi - spiega il coordinatore di Tdm-Cittadinanzattiva, Tonino Aceti - non hanno recepito formalmente il nuovo Dpcm cinque Regioni: Calabria, Sicilia, Puglia, Molise e Trentino Alto Adige. Altre amministrazioni si sono mosse subito, alcune lo hanno fatto a distanza di mesi. A nostro avviso si tratta di un passaggio importante: capita che i cittadini segnalino alla nostra associazione difficoltà nell'accesso a diritti cruciali. Ad esempio, succede che l'ufficio vaccinazione rifiuti di erogare gratuitamente le profilassi ai pazienti, per mancato recepimento regionale. L'assenza di un via libera ufficiale della Regione, insomma, può comportare una opacità e un'incertezza nell'offerta di prestazioni, di cui sinceramente non si sente il bisogno in un contesto già molto complicato».

Il monitoraggio delle associazioni sull'attuazione del Dpcm non si limita al recepimento formale. «Manca ancora all'appello - avvisa ancora Aceti - il nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale». Non solo: desta preoccupazione quanto previsto dall'articolo 64 dei nuovi Lea, secondo cui determinate prestazioni saranno erogate «nei limiti e con le modalità fissate dalle Regioni». Una previsione che riguarda l'erogazione dei

prodotti dietetici alle persone con nefropatia cronica, ad esempio, ma anche l'articolazione della valutazione multidimensionale. Siamo in attesa dei criteri che le Regioni fisseranno, nel timore che di fatto si legittimino comportamenti non uniformi e disomogenei».

Ancora: i nuovi Lea prevedono il delisting delle prestazioni per cui non si ravvisino più i requisiti di gratuità o di erogabilità con ticket. Se il cantiere è ancora aperto - ma nelle prossime settimane i lavori si dovrebbero concludere - la richiesta forte delle associazioni è di partecipare ai lavori della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea, oltre che a quelli della Commissione per il monitoraggio sulla loro attuazione. «È impensabile che proprio i cittadini-pazienti ne restino esclusi: non di rado le associazioni segnalano l'inserimento di prestazioni "inutili", a fronte di altre che invece ritengono importanti».

Ancora: già con i vecchi Livelli essenziali di assistenza, capitava che categorie svantaggiate, come i disabili, dovessero mettere mano al portafoglio per pagare le differenze di prezzo tra i supporti stan-

dard e quelli di cui necessitavano, sulla base di singole esigenze. Con i nuovi Lea la musica non cambia ed è anche su questo aspetto che Cittadinanzattiva chiede una modifica al Dpcm: una carrozzina super tecnologica costa anche 15 mila euro, cifre stellari per molti nuclei familiari.

Infine, torna puntuale l'allarme sui ticket, dovuto al passaggio di una serie di prestazioni nei Lea dal regime di ricovero (gratuito) all'assistenza ambulatoriale (compartecipata). L'aumento preventivo dei ticket per circa 18 milioni, potrebbe essere di fatto superiore proprio per lo "spacchettamento" delle cure ora erogate fuori ospedale. «Un argomento che tanto più - conclude Aceti - giustifica la nostra richiesta di abrogazione del superticket, la tassa sulla salute da 10 euro, su cui abbiamo organizzato la raccolta di 35mila firme, consegnata nelle scorse settimane al presidente del Senato, Pietro Grasso, e che chiediamo sia inserita in legge di Bilancio».

Red.San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il contesto

1 cittadino su 3 segnala difficoltà di accesso al Ssn

- Cause: liste attese e ticket
- Aree di assistenza fragili: prevenzione e assistenza territoriale

Fonte: XIX Rapporto Pit Salute 2016 e Rapporto 2016 Osservatorio civico sul Federalismo in sanità

Spesa privata 2015: 34,887 miliardi di euro

Spesa privata 2016: 37,318 miliardi di euro

Fonte: Rapporto Istat 2017, Sistema dei conti della sanità per l'Italia

Quota di persone che hanno rinunciato a una visita specialistica negli ultimi 12 mesi, perché troppo costosa

2008: 4,0 per cento → 2015: 6,5 per cento

Il fenomeno è più accentuato nel Mezzogiorno, sia come livello di partenza sia come incremento (dal 6,6% al 10,1%)

Fonte: Rapporto annuale 2017 dell'Istat

Lo stato di recepimento del Dpcm Lea 12 gennaio 2017

Regione	Dgr/Dca	Regione	Dgr/Dca	Regione	Dgr/Dca
Veneto	Dgr n. 428 del 6 aprile 2017	Emilia R.	Dgr n. 365 del 27 marzo 2017	Basilicata	Dgr n. 660 del 30 giugno 2017
Lazio	Dca n. 000413 del 15 settembre 2017	Toscana	Dgr n. 962 del 13 settembre 2017	Friuli V.G.	Dgr n. 1783 del 22 settembre 2017
Marche	Dgr n. 716 del 26 giugno 2017	Abruzzo	Dgr n. 226/2017	V. d'Aosta	Dgr n. 1273 del 18 settembre 2017
Lombardia	Dgr n. X/6800 del 30 giugno 2017	Umbria	Dgr n. 436 del 21 aprile 2017	Sardegna	Dgr n. 4435 del 22 settembre 2017
Piemonte	Circolare n. 18741 del 15 settembre 2017	Campania	Dgr n. 523 dell'8 agosto 2017	Non hanno recepito il Dpcm Lea: Calabria, Sicilia, Puglia, Molise e Trentino Alto Adige	

Fonte: ministero della Salute

Mancano ancora all'appello

1. Nuovo nomenclatore Assistenza specialistica ambulatoriale (articolo 64, comma 2, del Dpcm nuovi Lea)
2. Accordi da sancire dalla Conferenza permanente dei rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per fissazione di criteri uniformi per l'individuazione di ellimiti e le modalità di erogazione delle prestazioni che il decreto demanda alle Regioni (cfr. articolo 64, comma 1)

All'articolo 14, comma 4, per quanto riguarda la fornitura gratuita dei prodotti dietetici a favore delle persone affette da nefropatia cronica, si sancisce uno i limiti e con le modalità fissate dalle stesse Regioni. Assistenza residenziale extra-ospedaliera ad alta intensità - Assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti: la valutazione multidimensionale viene fissata (secondo modalità definite dalle Regioni e dalle Province autonome) (cfr. articolo 29, comma 2 - articolo 30), accettando e legittimando di fatto il rischio di comportamenti non uniformi e disomogenei.

Nuovi Lea: aggiornamento, effettività e uniformità

- Previsto "delisting" delle prestazioni obsolete attraverso il lavoro annuale della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea
 - Necessario garantire metodologia robusta, basata su evidenze scientifiche e sulle evidenze dei cittadini/pazienti per evitare il rischio di andare verso un "delisting brutale" che guarda alla mera quadratura dei conti
 - Fondamentale valorizzare evidenze/esperienze dei cittadini-pazienti attraverso la previsione della partecipazione dei rappresentanti delle Associazioni di cittadini e pazienti:
1. Commissione per il monitoraggio dell'attuazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza
 2. Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale (legge 28 dicembre 2015, n. 208 - articolo 1, comma 556)

Nel 6° Report sul Long term care la fotografia di un sistema che necessita di nuovi modelli e finanziamenti

Non autosufficienza col fiato corto

Le priorità: informazione, presa in carico, case management e residenzialità leggera

Quale innovazione è possibile nell'ambito della non autosufficienza, a fronte di sistemi e di una progettualità che - per come sono stati pensati in passato - non funzionano più? Quali soluzioni hanno trovato o stanno cercando i territori, a caccia di schemi utili e flessibili tanto da adattarsi a una realtà socio-economica, demografica ed epidemiologica che negli ultimi dieci anni si è profondamente modificata? A tracciare il punto è il 6° Rapporto "L'assistenza agli anziani.

Non autosufficienza in Italia", curato dal network Non Autosufficienza e promosso dalla Fondazione Cenci Galligani (Maggioli editore). Nel documento, la descrizione di quell'"età dell'incertezza" che ormai caratterizza i modelli regionali, ma anche le tante sperimentazioni in campo di "residenzialità leggera" e le proposte per rispondere adeguatamente alle famiglie, che prima ancora di specifici servizi o contributi economici chiedono informazioni, case management e una presa in carico appropriata.

GOBBI A PAG. 2-3

Nel 6° Report del Network Non Autosufficienza il quadro di un settore tutto da rilanciare

Disabili, l'«età dell'incertezza»

Lo stato dell'arte e le innovazioni nel segno della "residenzialità leggera"

Quale innovazione è possibile nell'ambito della non autosufficienza, a fronte di sistemi e di una progettualità che - per come sono stati pensati in passato - non funzionano più? Quali soluzioni hanno trovato o stanno cercando i territori, a caccia di schemi utili e flessibili tanto da adattarsi a una realtà socio-economica, demografica ed epidemiologica che negli ultimi dieci anni si è profondamente modificata? A tracciare il punto - nella convinzione che solo dalla presa d'atto dell'esistente è possibile pensare una nuova progettualità - è il 6° Rapporto "L'assistenza agli anziani. Non autosufficienza in Italia", curato dal network Non Autosufficienza e promosso dalla Fondazione Cenci Galligani (Maggioli editore).

Il titolo scelto per quest'ultimo Report, redatto con cadenza biennale, è "Il tempo delle risposte". In linea con quello che ci pare lo spirito migliore per affrontare l'impe-

gnativa fase che il nostro settore sta vivendo - spiegano nella Prefazione Anna Banchemo, Enrico Brizioli, Cristiano Gori, Antonio Guaita, Franco Pesaresi e Marco Trabucchi - in cui criticità e opportunità costituiscono parti inscindibili dello stesso paesaggio. Tanto che l'introduzione al Rapporto di Cristiano Gori (si veda l'analisi in pagina) è all'insegna dell'"Età dell'incertezza": quella che ha caratterizzato il pianeta non autosufficienza dal 2010 in poi, quando il lento ma costante sviluppo che aveva contraddistinto la rete dei servizi per gli anziani a partire dagli anni Ottanta, ha conosciuto con l'avvento della crisi una battuta d'arresto.

Intanto, una presa in carico adeguata non è più rinviabile: il cosiddetto «invecchiamento dei vecchi» - Eurostat certifica che in Italia vi sono quasi 4 milioni di ultratantenni, il 6,5% della popolazione, contro una media europea del 5,3% - condiziona e condiziona sempre più, scrive nella "Prefazione" il presidente della Fondazione Cenci Galligani, Gianfranco Platti - una crescita numerica dei non autosufficienti. Nel 2013 (dati Istat) le persone con limitazioni funzionali rappresentano

il 19,8% degli ultra 65enni ma ben il 43% degli ultra ottantenni, mentre il rapporto con la popolazione giovane attiva è in costante diminuzione. «Di fronte a questi numeri - spiega ancora Platti - le risposte tradizionali vanno in crisi con costi sociali non riproponibili: questo riguarda non solo le persone, ma anche il ruolo della famiglia e degli enti assistenziali e di cura, specialmente pubblici».

A certificare come le politiche per la disabilità grave nella terza e quarta età siano "in cammino" è proprio il Report, che punta a mettere in luce i nodi da sciogliere «per passare a una nuova fase di rafforzamento delle politiche per gli anziani non autosufficienti». Guardando con interesse alle tante sperimentazioni di "residenzialità leggera", capaci di innovare modelli ormai obsoleti.

Il quadro d'insieme. Il quadro che emerge da uno sguardo d'insieme sui modelli regionali è quello di un sistema di Long Term Care (Ltc) «che sta aumentando le differenze e le frizioni tra le varie aree geografiche del Paese». L'Adi - si legge nel Report - ha aumentato i tassi di utenza soprattutto nel Meridione negli ultimi anni, in un pro-

cesso di convergenza, ma le Regioni del Nord rimangono molto indietro rispetto all'intensità (ore di assistenza annuali) del servizio. Il Sad (Servizio di assistenza domiciliare) registra una separazione netta tra il Settennove, con tassi di copertura più elevati e bassa spesa pubblica per utente, e il Centro-Sud, generalmente con percentuali basse di utenti ma un'alta intensità. Per l'assistenza residenziale, il Nord Italia sta progressivamente perdendo porzioni significative di utenti non autosufficienti, a fronte di un Centro-Sud in lieve ma costante sviluppo (pur ancora con livelli di assistenza molto bassi). Infine, per l'indennità di accompagnamento il trend nazionale è di un calo sostanziale dei beneficiari, con il Meridione ancora con tassi decisamente più alti della media italiana.

La spesa pubblica. In termini di spesa nominale, nel medio-lungo periodo (2006-2016) si è passati da 16,8 a 19 miliardi di euro complessivi (1,13% del Pil), aumento dovuto principalmente alla maggiore spesa per indennità di accompagnamento (+2,8 miliardi) e a quella sociale dei Comuni (+0,9 miliardi). Nel breve periodo (2013-2016), la spesa complessiva sembra essere sostanzialmente diminuita (-1,6 miliardi), a causa di una contrazione della componente sanitaria negli ultimi anni (-2,2 mld). Questi dati - avvisano

però gli estensori del Report - risentono dell'evoluzione e del progressivo raffinamento della metodologia di definizione degli aggregati di spesa operati dalla Ragioneria generale dello Stato.

Il disimpegno dei livelli di governo. Sia a livello di Stato, che di Regioni e di Comuni la cifra complessiva è la carenza di progettualità: la possibilità di una riforma nazionale del Long Term Care è in questi anni scomparsa dal dibattito politico, dopo il fermento che ha caratterizzato il dibattito tra la fine dei Novanta e la fine del decennio successivo; nelle Regioni, gli interventi si concentrano piuttosto su interventi "altri", dalla definizione dei percorsi post ospedalici alla presa in carico della cronicità, senza riconoscere al Ltc una sua specificità: il servizio sociale complementare, si legge ancora nel Report, «è da tempo relegato in una posizione marginale in materia di non autosufficienza, dalla quale riesce a intercettare una porzione assai circoscritta delle domande» (si veda l'altro articolo in pagina).

L'indennità di accompagnamento. È il principale intervento a titolarità statale, gravato però da una serie di criticità strutturali, a partire dall'importo, ancora uguale per tutti gli utenti. A mettere in fila le auspicabili linee di trasformazione, è di nuovo il coordinatore del Network Non Autosufficienza, Cristiano Gori: criteri di accesso

(la possibilità di ricevere la misura in base al solo bisogno assistenziale, da valutare attraverso modalità di accertamento della non autosufficienza riviste); l'importo (dall'attuale somma fissa alla differenziazione secondo le necessità assistenziali e le condizioni economiche dei richiedenti); le modalità di utilizzo (forme di verifica dell'effettivo impiego dell'importo e promozione del suo utilizzo per ricorrendo a soggetti accreditati, siano essi organizzazioni o "backani"), informazione (fruizione dell'indennità collegata alla possibilità di ricevere servizi di informazione e case management, in connessione con i servizi locali).

Il nodo finanziamento. Il suggerimento che arriva dal Report è «trovare nuovi mix» tra il finanziamento pubblico, primario, e quello privato, complementare. La gerarchia tra le due fonti non può essere quella indicata, dal momento che, ad esempio, i fondi assicurativi privati, così come indicato dall'Ocse, «sposano destinazioni a rimanere prodotti di nicchia», se non altro perché tendono a coprire segmenti della società economicamente più solidi di altri. Ma anche qui si tratta di scegliere dove allocare le risorse pubbliche, e anche in questo caso spetta alla politica battere un colpo.

Barbara Gobbi

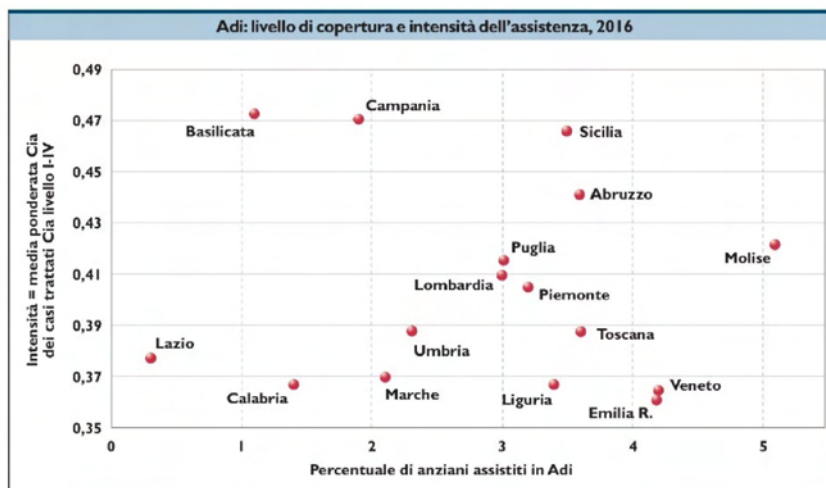
© RIFORME ONLINE

Dotazioni di posti letto per anziani nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

Autosufficienti e non autosufficienti - Anni 2010-2012-2014 - (% su popolazione 65+)

Regioni	2010	2012	2014	Regioni	2010	2012	2014
Piemonte	3,9	3,9	4,1	Marche	2,3	2,1	2,2
Valle d'Aosta	6,6	3,8	3,7	Lazio	1,3	1,2	1,3
Lombardia	3,0	2,9	2,9	Abruzzo	1,7	1,5	1,3
Liguria	3,6	3,0	2,7	Molise	2,3	1,8	2,0
Trentino Alto Adige	4,6	4,4	4,4	Campania	0,9	0,6	0,7
Pa Bolzano	4,3	4,4	4,4	Puglia	1,1	0,9	1,2
Pa Trento	4,8	4,4	4,4	Basilicata	1,1	1,3	1,5
Veneto	3,6	3,1	3,2	Calabria	1,0	0,8	1,0
Friuli Venezia Giulia	3,8	3,5	3,2	Sicilia	1,5	1,1	1,4
Emilia Romagna	3,2	3,3	3,0	Sardegna	1,4	1,3	1,7
Toscana	2,0	1,7	2,0	Italia	2,5	2,2	2,2
Umbria	1,3	1,2	1,3				

Fonte: elaborazioni ??? su dati Istat



Trend della spesa pubblica per long-term care per anziani non autosufficienti

**65+ anni, secondo le diverse componenti di spesa
(% su Pil e valore nominale assoluto in miliardi di euro) - Anni 2006-2016**

Componente di Ltc	Unità di misura	2006	2011	2013	2016	Δ 2006-2016	Δ 2013-2016
A) Spesa sanitaria	% su Pil	0,50%	0,51%	0,52%	0,35%	-	-
	miliardi euro	7,4	8,1	8,1	5,9	-1,5	-2,2
B) Indennità di accompagnamento	% su Pil	0,51%	0,61%	0,65%	0,62%	-	-
	miliardi euro	7,6	9,6	10,1	10,4	+2,8	+0,3
C) Spesa sociale dei Comuni	% su Pil	0,12%	0,17%	0,15%	0,16%	-	-
	miliardi euro	1,8	2,7	2,3	2,7	+0,9	+0,4
D) Totale	% su Pil	1,13%	1,28%	1,32%	1,13%		
	miliardi euro	16,8	20,2	20,6	19,0	+3,2	-1,6

Fonte: elaborazioni ??? su dati Ragioneria generale dello Stato (anni vari) e Istat

Assistenza residenziale del Ssn: livello di copertura e spesa del Ssn per giornata

