



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Spread sanitario, il Sud guarda all'Europa

LA SANITÀ CAMPANA si confronta con l'Europa. Obiettivo migliorare i propri servizi e stringere collaborazioni in campo internazionale. Fari puntati sul progetto "Spread sanitario", promosso dall'europarlamentare del Ppe, il campano **Enzo Rivellini**, affiancato dal molisano **Aldo Patriciello**. Entrambi che hanno accompagnato la delegazione campana guidata dal presidente della giunta regionale Stefano Caldoro, dal sub-commissario alla Sanità, **Mario Morlacco** e dal presidente della V Commissione

Sanità, **Michele Schiano di Visconti**. Nel team anche alcune decine di esperti di sanità, manager e professori universitari. "L'Ue - avverte Rivellini - col programma per La salute a favore della crescita, stanzierà, per il periodo 2014-2020, sessanta milioni di euro all'anno (per un totale di circa 500 milioni di euro) per unificare i sistemi sanitari nei Paesi membri della Comunità. Un



Enzo Rivellini



Aldo Patriciello

programma varato dall'Ue e che in Parlamento - da relatore del bilancio comunitario - ho fatto approvare. Si tenga conto che il Belgio e la Campania sono realtà comparabili tra loro perché entrambe contano circa 6 milioni di abitanti e già le precedenti visite del team dello Spread sanitario hanno prodotto delle partnership, indicando alla nostra sanità la strada da in-

traprendere. Ad esempio quella che vede il paziente belga centrale nel sistema sanitario e non certo il medico o il politico. Basti pensare, sempre come mero esempio, che i medici sono a contratto e oltre allo stipendio normale se sono tanto bravi che vengono espressamente richiesti dai pazienti possono chiedere integrazioni alle loro indennità. Nell'ambito della missione il team sullo spread sanitario ha fatto tappa al Policlinico Universitario di Gent, uno dei poli di eccellenza della sanità europea. Sotto la lente le attività del dipartimento di Neurochirurgia diretto da **Roberto Troisi**. "L'idea di fondo dello spread sanitario - continua Aldo Patriciello - muove dalla considerazione che se è un diritto del cittadino che investe i propri risparmi conoscere con lo spread la pericolosità del titolo che acquista, a maggior ragione su un diritto primario come quello dell'assistenza vi è necessità per il malato di conoscere la qualità della struttura che lo ha in cura". È proprio Patriciello è il patron del Neuromed, istituto privato di ricovero e cura a carattere scientifico di Pozzilli, in provincia di Isernia, un'eccellenza italiana nel campo delle neuroscienze. Non a caso proprio il Neuromed nel report 2012 (Sir World Report 2012) sul ranking mondiale dei principali centri di ricerca si trova al posto 2.766 su scala mondiale, tra i primi dieci Istituti di ricerca nazionali, in seconda posizione nel centro Sud Italia (dopo il centro di San Giovanni Rotondo) laddove, tra gli istituti di diritto pubblico, il Pascale di Napoli è al primo posto al centro Sud.

Et. Mau.

Leggi il progetto



Triangolo nero sui farmaci istruzioni per l'uso nei volantini

La proposta

Medici di famiglia in campo
«per spiegare l'importanza
della farmacovigilanza»

L'introduzione del «triangolo nero» sui «bugiardini» dei nuovi farmaci a partire da ottobre 2013 fa scendere in campo il sindacato dei medici di famiglia Sumai di Medicina generale. Il triangolo nero, voluto dall'Ema, l'agenzia europea per il farmaco, lo ricordiamo, deve indurre chi consuma un certo medicinale, messo in commercio di recente, a segnalare eventuali effetti collaterali al proprio medico di fiducia.

I medici del Sumai stanno organizzando, attraverso la cooperativa medica Kos - che a Napoli conta oltre cento medici di famiglia - una campagna di sensibilizzazione a favore dei pazienti anziani e delle loro famiglie per spiegare l'importanza della farmacovigilanza ed il reale significato del triangolo nero.

«Ci adopereremo con dei volantini distribuiti presso gli studi medici e con degli incontri dedicati con la cittadinanza» dichiara Saverio Annunziata, dirigente nazionale del Sumai. E spiega: «Il monitoraggio e la segnalazione delle reazioni avverse dei farmaci, quando sono distribuiti su larga scala (tecnicamente si chiama sperimentazione in fase IV) rientrano tra i compiti di tutti i medici e dei medici di famiglia in particolare. Questi ultimi, infatti, sono a più diretto contatto con i pa-



I sindacalisti
Il «bollino» rappresenta
«un invito a segnalare
gli effetti collaterali»

zienti e con le loro problematiche di salute, soprattutto quando si tratta di pazienti anziani con pluripatologie e quindi sottoposti a terapie con più farmaci che a volte possono generare anche tra loro interferenze».

Giuseppe Tortora, vice segretario nazionale del Sumai, spiega: «L'introduzione del triangolo nero sul bugiardino rappresenta un invito anche per i pazienti a segnalare al proprio medico la comparsa di disturbi, sintomi, riconducibili agli effetti collaterali del farmaco o ad eventuali interferenze con altri prodotti assunti dai pazienti. Il medico di famiglia a sua volta dovrà inviare mediante un apposito modulo la segnalazione al responsabile aziendale per la farmacovigilanza (ne esiste uno per ogni azienda), a sua volta collegato con l'Agenzia italiana del farmaco. L'obiettivo della farmacovigilanza - continua Tortora - è quello di tenere sotto costante controllo il profilo rischio/beneficio dei farmaci facendo in modo che quest'ultimo sia sempre a favore della salute del paziente. Per effettuare una corretta valutazione del profilo di sicurezza e efficacia dei farmaci occorre dunque segnalare e raccogliere in un unico database tutte le eventuali reazioni avverse a farmaco osservate sul territorio».

m.l.p.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'analisi

Spesa pubblica un terzo in meno alla Campania

MARIANO D'ANTONIO

NON dovremo stupirci se nel programma del nuovo governo presieduto da Enrico Letta non si troverà traccia del Mezzogiorno, tranne qualche accenno di maniera. La rimozione del Sud dall'agenda governativa è già avvenuta da tempo. Nei giorni scorsi, nel pieno della crisi politica che travaglia l'Italia, sono stati pubblicati i dati aggiornati al 2011 della spesa erogata da tutte le istituzioni del settore pubblico allargato (Spa), formato dalle ammi-

nistrazioni centrali (i ministeri), le Regioni e gli altri enti territoriali, nonché dalle imprese pubbliche di ogni tipo (locali e nazionali). Le cifre sono eloquenti: fatta pari a 100 la spesa pubblica toccata in media a ogni abitante del Centro-Nord, al cittadino meridionale ne è arrivato un quarto in meno, cioè 75, mentre a un cittadino residente in Campania ne è arrivato ancor meno, cioè 66, inferiore di un terzo. Tagli e contenimento della spesa pubblica si sono abbattuti

nel Mezzogiorno soprattutto sulla spesa in conto capitale, sugli investimenti.

SPESA PUBBLICA, UN TERZO IN MENO ALLA CAMPANIA

MARIANO D'ANTONIO

Confrontando i flussi d'investimento di tutti gli enti pubblici (Spa) negli anni dal 2000 al 2005 e nei sei anni successivi dal 2006 al 2011, risulta che la percentuale degli investimenti realizzati nel Mezzogiorno è scesa sul totale nazionale dal 32 al 30 per cento, mentre la percentuale del Centro-Nord è aumentata simmetricamente di due punti, passando dal 68 al 70 per cento. Negli ultimi sei anni maggiormente penalizzati sono stati nel Sud e soprattutto in Campania gli investimenti degli enti territoriali, delle Regioni e dei Comuni, che dal 2005 al 2011 sono diminuiti di oltre il 25 per cento.

Se l'obiettivo di sostenere con investimenti pubblici l'economia meridionale si è progressivamente appannato e c'è da presumere che lo sarà ancor più nei prossimi anni fino a svanire, bisogna interrogarsi sulle cause della rimozione del Mezzogiorno e del suo personale politico dalla scena nazionale. Tra le cause conterà pure la statura dei leader meridionali che si è ridotta fino a diventare irrilevante. C'è stato tra questi leader una sproporzione vistosa tra ambizioni e meriti, tra la volontà di contare su scala nazionale capeggiando movimenti e liste agitati e agitanti e i risultati di un'azione amministrativa evanescente negli enti territoriali che presiedevano. C'è stata soprattutto la mancanza di programmi innovativi, chiari e realistici, capaci di riproporre la questione meridionale al di fuori del consueto cliché di un Mezzogiorno sacrificato dall'egoismo dei nordisti, di un Sud che rivendica "qualcosa" al resto d'Italia.

L'ultima proposta programmatica di rilievo che è venuta dal ceto politico meridionale, è di oltre venti anni fa. È stata quella del cosiddetto partito dei sindaci, eletti direttamente dai cittadini, che faceva leva sullo sviluppo locale con relativi strumenti (contratti d'area, patti territoriali, progetti integrati di filiera). Aveva il merito di mobilitare risorse latenti nel territorio, risorse da valorizzare e so-

stenere con reti di cooperazione tra imprenditori, gruppi professionali e lavoratori, sostenuti dagli enti territoriali. Poneva in secondo piano la spesa pubblica e i flussi finanziari. Prometteva rigore e valutazione dei risultati.

Da allora non c'è stato più niente di nuovo. Si è passati anzi a suonare l'antica musica dei megaprogetti che assorbivano ingenti finanziamenti pubblici, potevano durare per anni promettendo di cambiare la faccia del territorio, mettevano in piedi opere pubbliche complesse, destinate poi a deperire per mancanza di quattrini e di personale da dedicare alla loro gestione e alla manutenzione. Ai buchi praticati nel sottosuolo franoso si sono così accompagnati i buchi inflitti alla pazienza e alla sopportazione dei cittadini e le voragini aperte nella finanza pubblica.

Sanità. Relazione della Corte dei conti in Parlamento

Anche le asl vantano crediti: 16 miliardi frenati dalle Regioni

Roberto Turno

Sommerse da debiti verso i fornitori che sfiorano i 40 miliardi di euro, ma incredibilmente in credito per ben 15,7 miliardi nei confronti della casa madre, la Regione. Cose di sanità, cose di asl e ospedali. Di contabilità e bilanci che proprio non vogliono tornare, e che mentre le imprese attendono i rimborsi vedono gli stessi enti sanitari debitori, asl e ospedali appunto, costrette a far la fila in Regione per ottenere quanto "pattuito" a inizio anno per far quadrare l'esercizio. Diventando dunque a loro volta creditrici. Per poi rimborsare in tempi biblici i fornitori che fanno marciare la macchina delle cure pubbliche e garantire continuità nell'assistenza.

A far luce su questo fenomeno tutto italiano, che non a caso il decreto legge sui debiti Pa ha messo nel mirino, è stata la Corte dei conti nel breve rapporto che il suo presidente, Luigi Giampaolino, ha consegnato nei giorni scorsi alle commissioni speciali di Camera e Senato in occasione della sua audizione sul Def 2013. Una degenerazione, quella denunciata, a sua volta figlia delle sempre più evidenti ristrettezze di cassa per le Regioni, che il decreto intende almeno in parte risolvere costringendo le Regioni fin dal 2013 ad erogare entro fine anno

almeno il 90% dei fondi per la spesa corrente, prevedendo altrimenti la penalità per chi non adempie di non accedere ai fondi premiali previsti per legge.

L'imponenza delle cifre in ballo della liquidità di cassa mancante per gli enti sanitari, che poi si traduce in ritardi di pagamento alle imprese e dun-

IL PROVVEDIMENTO

Il decreto sui debiti della Pa costringe i governatori a erogare entro fine anno almeno il 90% dei fondi per la spesa corrente

NUMERI

15,8 miliardi

I debiti delle Regioni
I debiti 2011 verso asl e ospedali per la spesa corrente

15,2%

Le somme congelate
Somme congelate sul totale del finanziamento

14 miliardi

Piani di rientro
Somme trattenute nelle Regioni con piano di rientro

que nella crescita del debito più o meno sommerso, viene così per la prima volta svelata dalla Corte dei conti. Nel 2011, ha spiegato Giampaolino, le Regioni hanno tenuto chiusi i rubinetti del finanziamento ad asl e ospedali per la spesa corrente per ben 15,8 miliardi. Non solo una semplice anomalia, spiega la Corte dei conti, anche a far la tara di alcune possibili giustificazioni come quello delle somme rimaste a pagare a fine esercizio. Il fatto - anzi la «patologia», afferma la Corte - è che in soli tre anni i crediti degli enti sanitari verso le Regioni sono più che raddoppiati. E che le sole Regioni in piano di rientro e/o commissariate pesano per ben 14 miliardi sul totale, in pratica il 90% delle somme congelate.

Segno evidente di una sanità che fatica sempre di più a marciare e della fatica di chi deve rientrare dai super deficit. Il peso complessivo dei crediti verso le Regioni vale in media il 15,2% del finanziamento tale annuale, ma nelle Regioni sotto schiaffo per i deficit vale il 28,7%. E non a caso a guidare la fila delle Regioni che tengono più risorse in freezer, ammesso che le abbiano, sono sempre le stesse: Lazio (43%), Sicilia (39%), Abruzzo (36,9%) e Campania (35,3%).

Debiti Pa, corsa a ostacoli per gli enti locali

All'appuntamento con le prime due scadenze arrivano in difficoltà soprattutto i piccoli Comuni

Gianni Trovati
Valeria Uva

Tra regole non chiarissime, procedure online che qualche volta zoppicano e password che non sempre arrivano, Comuni e Province si avvicinano con più di un affanno alle prime date cruciali messe in calendario dallo sblocca-debiti varato dal Governo Monti per aprire la porta a pagamenti arretrati per 40 miliardi da parte delle pubbliche amministrazioni.

Entro oggi bisogna accreditarsi alla piattaforma online dell'Economia per la certificazione dei debiti e l'obbligo riguarda anche chi non ha pagamenti pregressi incagliati prima del traguardo, mentre entro domani occorre mandare a Via XX Settembre sia l'indicazione delle «quote» da svincolare dal Patto di stabilità sia le richieste di anticipazioni alla Cassa depositi e prestiti, da parte di chi è frenato dalle casse vuote, oltre che dai vincoli di finanza pubblica. Un affanno, quello delle amministrazioni locali, aumentato dal rischio delle sanzioni draconiane previste dal decreto 35/2013 nel tentativo di evitare ritardi. I responsabili finanziari (e i direttori generali per le Asl) che non si accreditano in tempo al meccanismo elettronico delle certificazioni si vedranno applicare una penalità da 100 euro per ogni giorno di ritardo e potranno essere chiamati a rispondere per una «responsabilità dirigenziale» che secondo la riforma Brunetta può sfiorciare anche l'80% della retribuzione di risultato. Per i responsabili finanziari degli enti che non arrivano in tempo con le istanze di "liberazione" di somme dal Patto, in scadenza domani, il rischio è dunque quello di vedersi cancellate del tutto due mensilità di stipendio.

Superata questa prova, dal 1° giugno al 15 settembre occorrerà inviare a tutti i creditori somme e tempi di pagamento (altrimenti scatta la responsabilità dirigenziale) e pagare almeno il 90% di quanto chiesto all'Economia (per chi non lo fa torna il rischio-tagliola di due

stipendi).

Un meccanismo sanzionatorio così duro conferma ovviamente l'importanza strategica dello sblocca-pagamenti, in un Paese in cui l'incaglio delle fatture negli uffici pubblici ha avuto un ruolo non marginale nel frenare i sistemi economici locali. Più di un'incertezza nelle regole, insieme alle risposte non sempre puntuali in arrivo dalla piattaforma elettronica con cui l'Economia ha dovuto gestire in poche settimane migliaia di richieste, aumentano però l'agitazione tra i funzionari locali che temono di incappare in penalità immeritate. La tensione, comunque, non si respira solo negli uffici di Comuni e Province. Lo stesso ministro uscente dell'Economia, Vittorio Grilli, in audizione davanti alle commissioni speciali al Senato, parlando del decreto che sblocca i pagamenti ha segnalato la «preoccupazione che questi 40 miliardi vengano usati. Il passo che io vedo oggi - ha detto - non mi lascia ancora assolutamente tranquillo che per il 29 aprile tutte le amministrazioni avranno fatto il loro dovere».

Alle prime scadenze, infatti, le amministrazioni stanno arrivando in ordine sparso, anche perché ogni ente ha una propria «storia» contabile e debitoria e in base a quella prova a sfruttare ogni spiraglio aperto dal decreto.

Tra i punti più controversi c'è la stessa definizione di crediti «certi, liquidi ed esigibili» al 31 dicembre scorso, che secondo il decreto possono salire sulla giostra dello sblocca-debiti.

LA SITUAZIONE

Le città che hanno esaurito gli arretrati ora sperano di allargare le maglie anche ai pagamenti avviati nel 2013

«Non è chiaro, per esempio, se vi rientrano anche gli espropri o i collaudi», sottolinea Antonio Saitta, presidente dell'Unione province italiane, e soprattutto un alone di incertezza ha circondato i debiti che erano esigibili alla fine dello scorso anno, ma sono stati pagati nei primi mesi del 2013. Dopo un braccio di ferro, i modelli dell'Economia hanno consentito di inserirli, spiegando però che i bonus accompagneranno queste somme solo se i debiti ancora incagliati non le avranno esaurite tutte.

Questa previsione è solo apparentemente logica in un decreto che nasce per liberare i debiti bloccati, ma finisce per penalizzare i Comuni più «puntuali» nell'onorare le proprie fatture e danneggiare le imprese che lavorano con loro. Chi non ottiene bonus, infatti, dovrà fare i conti con il Patto 2013 in formula piena e rischia di dover bloccare i pagamenti già dai prossimi mesi. «Avevamo già cominciato a pagare i fornitori - racconta il sindaco di Venezia, Giorgio Orsoni - e soltanto da gennaio abbiamo liquidato fatture per 130 milioni». «Abbiamo un fondo cassa da 217 milioni - rincarà la dose l'assessore al Bilancio del Comune di Bari, Giovanni Giannini -, ma non abbiamo arretrati, per cui senza riforma del Patto questo decreto non ci serve a nulla».

La situazione di Venezia e Bari riguarda molti altri enti, come Milano, Bologna o Brescia. Novara, per esempio, ha «esaurito» gli arretrati e ora paga le fatture dopo sessanta giorni, «ma sarebbe molto utile poter certificare anche i pagamenti fatti da gennaio ad aprile di quest'anno» commenta il sindaco, Andrea Ballarè.

C'è poi un altro capitolo del problema, scritto dagli enti che hanno bloccato già da tempo appalti e cantieri, per evitare di sfiorare il Patto, e che ora si sentono penalizzati dal decreto. A Pavia (40 milioni in cassa e debiti per soli 100mila euro) il sindaco Alessandro Cattaneo ha dovuto bloccare a metà i lavori per 70 appartamenti di edilizia popolare: «Se il decreto potesse comprendere anche queste situazioni, libererei risorse che

ho già e porterei a termine un'opera utilissima».

Una strada che l'Anci (al lavoro con Confindustria in un tavolo tecnico di correzioni al provvedimento) vuole intraprendere: «Dobbiamo fare in modo - ha spiegato il presidente Graziano Del Rio - che i pagamenti riguardino anche il 2013, per chi ha maturato il debito nel 2012 ed evitare il rischio-condono».

gianni.trovati@ilsole24ore.com
valeria.uva@ilsole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ICASI INSOLITI

«Posso inserire l'8 per mille?»

«**S**cusì, posso inserire la bolletta telefonica scaduta tra i crediti certificabili?». All'help desk istituito da Anci e Ifel per chiarire i primi dubbi di applicazione del decreto sblocca-pagamenti è arrivata anche questa richiesta, un po' bizzarra, di un piccolo Comune. Tra le oltre 50 telefonate arrivate in questi giorni, dominano le incertezze legate alle procedure di registrazione alla piattaforma per la certificazione dei crediti, ritenute difficili soprattutto per i piccoli centri. Ma tanti sono anche gli interrogativi su come approfittare al massimo degli spiragli aperti dal decreto sblocca-pagamenti. Alcuni davvero insoliti. Come quello di un Comune che aveva previsto di destinare l'8 per mille alla Chiesa, non ci era riuscito per mancanza di fondi e ora punta a ripescare l'operazione con le anticipazioni di liquidità. A tutti viene data risposta. In attesa di sapere cosa ne pensa la Ragioneria dello Stato. (v.uv.)



29 aprile

La registrazione alla piattaforma

Entro oggi tutte le amministrazioni pubbliche devono registrarsi sulla piattaforma del Mef per la certificazione dei crediti iscrivendosi su: <http://certificazionecrediti.mef.gov.it/>. A questo passaggio sono chiamati i responsabili finanziari degli enti locali e i direttori generali delle Asl. Pesanti sanzioni in caso di inadempimento: oltre alla responsabilità disciplinare e dirigenziale scattano 100 euro di penalità al giorno



30 aprile

Pronto l'elenco dei debiti

Seconda chiamata per una serie di adempimenti previsti dal decreto:

- Comuni e Province con liquidità devono prenotare gli spazi finanziari di allentamento del Patto di stabilità; chi è senza liquidità deve richiedere le anticipazioni del Fondo gestito dalla Cdp
- Le Regioni senza liquidità devono chiedere l'anticipazione al Mef
- I ministeri devono trasmettere al Mef l'elenco dei debiti



10 maggio

Il parere di Regioni ed enti locali

Entro questa data la Conferenza unificata deve pronunciarsi sul riparto dei pagamenti da escludere dal Patto di stabilità per ogni ente locale e su quello delle anticipazioni di liquidità da parte di Cpd. Se non si pronuncia, la ripartizione è operata dal Mef su base proporzionale. Per i debiti della sanità la Conferenza permanente Stato-Regioni può esprimersi sulle modalità di ripartizione delle anticipazioni



15 maggio

Arrivano i primi fondi

Prima ripartizione con decreto del Mef di 4,5 miliardi (sul totale di cinque) di pagamenti che gli enti locali possono escludere dal Patto di stabilità. Nella stessa data vengono assegnate da parte di Cdp anche le anticipazioni di liquidità agli enti locali che ne hanno fatto richiesta. Se le Regioni hanno rispettato alcuni adempimenti, ricevono entro questa data le anticipazioni dei debiti sanitari e non

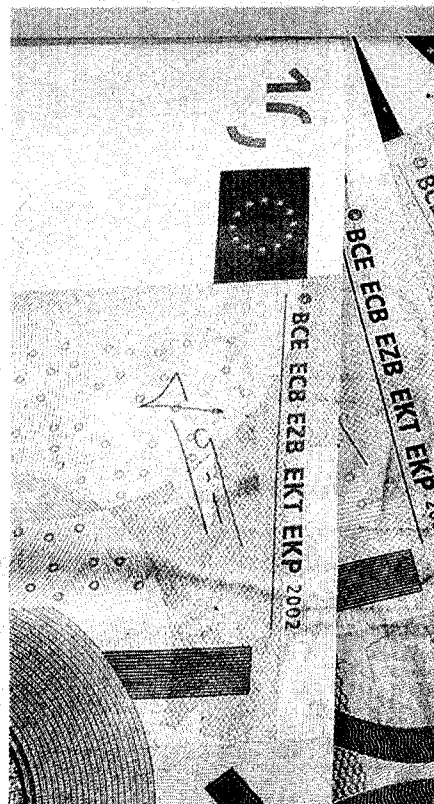
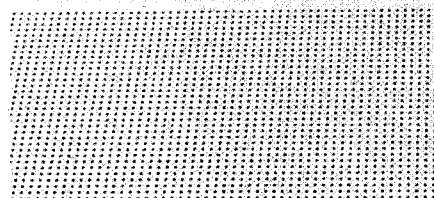
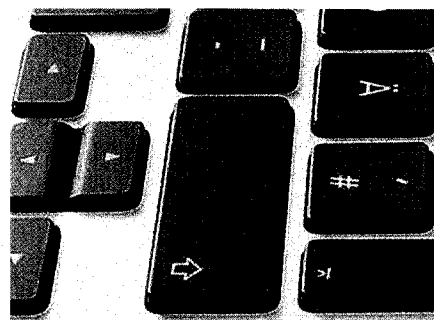


31 maggio

Il censimento dei debiti della sanità

Entro questa data le Regioni devono trasmettere al Mef, con certificazione congiunta del presidente e del responsabile finanziario, l'istanza di accesso all'anticipazione di liquidità (disposta in via d'urgenza con decreto direttoriale del Mef fino all'importo di 5 miliardi di euro) per cominciare a pagare i debiti degli enti del Servizio sanitario nazionale

Le date cruciali



Disastro sanità

IL MODELLO CAMPANIA

La Regione di Caldoro ha emanato un decreto senza precedenti nella storia della sanità italiana che obbliga i suoi residenti, che intendono curarsi altrove, a chiedere il permesso della propria Asl di appartenenza. Presto, un provvedimento simile potrebbe essere adottato in tutta Italia

ALESSANDRO DE PASCALE

F Il nostro Servizio sanitario, definito nel 2007 dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) il secondo migliore al mondo per capacità e qualità dell'assistenza, presto potrebbe cambiare radicalmente. Colpa di un mix esplosivo, i cui ingredienti sono l'austerità e il federalismo regionale. Due fattori che stanno per assestare il colpo fatale a quello che è stato il fiore all'occhiello della nostra democrazia, trasformandolo in qualcosa di diverso. A tracciare il nuovo corso, gli assessori alla Sanità delle Regioni italiane, riuniti nella commissione Salute, durante l'ultimo incontro della prima settimana di aprile. Durante, è stato deciso di mettere un freno alla mobilità dei pazienti in giro per l'Italia. Come già avviene in Campania.

FINE DELL'ECCELLENZA

L'8 aprile 2013, sul Bollettino ufficiale della Regione Campania (Buc), è stato pubblicato il decreto 156, firmato dal governatore Stefano Caldoro (Pdl), nella sua veste di commissario per il risanamento



Foto: Filippo Maiolo

del servizio sanitario campano, e dal suo vice Mario Morlacco. Un provvedimento dirimpente e retroattivo, che non ha precedenti nella storia del nostro Paese. I campani che vogliono effettuare una serie di interventi chirurgici fuori dalla regione de-

vono d'ora in poi ottenere un'autorizzazione preventiva da parte della loro Azienda sanitaria locale (Asl) di appartenenza. In pratica, se un paziente vuole effettuare «interventi sulla retina, sul cristallino con o senza vitrectomia, interventi

sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino, altre diagnosi del sistema muscoscheletrico e del sistema connettivo, interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione», in «Lazio, Molise, Puglia e Basilicata», non potrà farlo senza l'ok di un'apposita commissione della Asl. Come già avviene per l'estero. Inoltre, il provvedimento è retroattivo, dal primo gennaio 2012. Un particolare che potrebbe gettare nel caos le Aziende sanitarie, dato che non si sono ancora dotate della commissione «per il rilascio delle autorizzazioni preventive», che dovrà inoltre fornire «adeguata informazione ai medici di famiglia e ai pazienti». La misura era stata già prevista dalla finanziaria regionale del 2012 nonché dal Consiglio dei ministri del 3 dicembre 2009. Il decreto di Caldoro porta la data del 31 dicembre 2012, ma è stato pubblicato sul Bure soltanto questo mese. L'obiettivo del provvedimento è arginare la fuga dei pazienti che ogni anno costa alla Campania 400 milioni di euro. Mettendo un freno alla «mobilità sanitaria interregionale», visto che «in assenza dell'autorizzazione le prestazioni non sono remunerabili». Peraltro proprio in quelle quattro regioni confinanti che ospitano la maggior parte degli ammalati campani. «Siamo partiti da cinque categorie ad elevato rischio inappropriata per avviare un percorso strategico», ha dichiarato il deputato Raffaele Calabrò (Pdl), consigliere del governatore Caldoro sul tema della salute. «I cittadini hanno il diritto di scegliere dove farsi operare, ma se ciò determina gravi sprechi la Regione può e deve controllare nell'interesse degli stessi cittadini che pagano le tasse e chiedono legittimamente servizi e prestazioni adeguate». La norma ha già suscitato un vespaio di polemiche ed è stata definita da molti esperti «incostituzionale», tanto che sarebbero già pronti i ricorsi alla Consulta.

PER I NON RESIDENTI

Il decreto commissariale firmato da Caldoro ha inoltre modificato le tariffe per i non residenti che «usufruiscono del pronto soccorso presso gli ospedali campani senza ricovero» o del trasporto d'urgenza col 118. Anche in questo caso la norma è retroattiva, i prezzi a carico delle Regioni di appartenenza ancora provvisori. C'è il codice bianco (la quota sarà di 41,32 euro), passando per il verde (154,94 euro), il giallo (309,87 euro) e fino al codice rosso (1.032,91 euro). Si pagherà an-



Il presidente della regione Campania, Stefano Caldoro, assieme all'ex governatrice del Lazio, Renata Polverini. A sinistra, una protesta davanti al Policlinico Umberto I di Roma, a destra il Pronto soccorso dell'ospedale Loreto Mare di Napoli (ansa).



che nel malaugurato caso di decesso durante il trasporto. Ma solo 25,82 euro. Stabilita, infine, le tariffe per il trasporto con i mezzi di soccorso (attraverso il 118). Trecento euro per l'autoambulanza, 1.300 per gli interventi via mare e oltre 3mila euro per l'elisoccorso. Mille euro in più della lussuosa Svizzera, dove per un analogo servizio si spendono tra i 1.680 e i 1.900 euro.

UN PRIMO PASSO

Provvedimenti simili potrebbero tuttavia essere presto adottati anche nel resto d'Italia. Per i tecnici del ministero della Salute sono infatti oltre un centinaio le pa-

tologie sulle quali si registrano maggiori sprechi di denaro pubblico. E allora anche a livello nazionale si sta ragionando sulla possibilità di seguire la strada adottata in Campania fissando appositi «paletti». La riunione degli assessori regionali alla Sanità, sembra sia stata infuocata. La Lombardia, altra regione assieme al Lazio a beneficiare della migrazione di pazienti, non ha proprio partecipato. Mentre Veneto ed Emilia Romagna, inizialmente pronte ad alzare le barricate, alle fine si sono convinte a parlarne. Anche se finora non avrebbero ancora preso una decisione in merito. Le prime Regioni ad adottare un provvedimento analogo potrebbero essere le cinque accomunate dal disavanzo sanitario sanità e dal relativo commissariamento (oltre alla Campania, anche Lazio, Calabria, Molise e Abruzzo) e dalle tasse più alte d'Italia, sotto forma di maxi addizionali per cittadini (Irap) e imprese (Irap). In queste cinque, inoltre, potrebbero nuovamente aumentare i ticket sanitari, in Campania addirittura del 20 per cento. Una stangata pesantissima, per il bilancio delle famiglie, in un momento di dura crisi economica,

di cui non si intravede la fine. Le alternative, però, sembrano davvero poche. Per far quadrare il bilancio nazionale, servono due miliardi di euro che il governo vuole recuperare proprio attraverso un nuovo rincaro dei ticket. Di questa elevata somma, soltanto dalla Campania devono arrivare a Roma oltre 200 milioni in tre anni. «Pagare un ticket di oltre sessanta euro, significa costringere i malati a una dura scelta: curarsi o mangiare», ha denunciato senza mezzi termini Giuseppe Tortora, vice segretario nazionale del Sumai, il sindacato medici di famiglia.

UNIVERSITÀ

Sanità, cala il fabbisogno di operatori

DI GIOVANNI GALLI

Si riduce il fabbisogno di professionalità sanitarie. Le regioni e le categorie hanno formulato al ministero della salute le loro stime per la programmazione dei posti nei corsi di laurea per l'anno accademico 2013/2014. La proposta delle regioni è di 31.863 posti, 3.841 posti in meno rispetto ai 35.704 dello scorso anno (-10,8%), quella delle categorie è di 33.638, con 1.091 in meno rispetto ai 34.729 dello scorso anno (-3,1%). A determinare la riduzione delle regioni contribuisce quella della Sicilia che ha ridotto la stima dai 5.470 dello scorso anno agli attuali 2.000 (-67%), soprattutto su infermiere da 4.700 a 1.500 (-74%). Restano tuttavia alcuni casi di esubero di alcune altre regioni rispetto alla richiesta inferiore di alcune categorie per un totale di 1.800 posti su sei professioni, le stesse dello scorso anno: tecnico di radiologia (+67%) da 821 della categoria a 1.369 delle regioni; tecnico di laboratorio (+61%) da 766 a 1.232; tecnico prevenzione (+51%) da 615 a 928; ostetrica (+15%) da 944 a 1.83, tecnico ortopedico (+51%) da 124 a 187; tecnico neurofisiopatologia (+19%) da 110 a 131.

Sanità. Tra i temi scottanti Sud, Regioni commissariate e federalismo

Ticket e 31 miliardi di tagli Ecco le spine di Lorenzin

Roberto Turno
ROMA

L'ultimo allarme non a caso lo hanno lasciato in eredità al futuro ministro della Salute appena due giorni fa: l'impennata dei ticket per altri 2 miliardi che scatterà da gennaio. «Una batosta sociale pesante quanto l'Imu, va abolito», la richiesta in coro di sindacati, Regioni, esperti. E ora Beatrice Lorenzin, neo-ministro a sorpresa della Salute, che di ticket e dintorni probabilmente fino a ieri ne masticava poco, quella grana se la troverà subito sul suo tavolo a Lungotevere Ripa, due piani sopra l'isola Tiberina. Non sarà la sola "grana sanitaria", è chiaro. Ma pesante e da risolvere con urgenza. E che farà ora il ministro: sosterrà la cancellazione dei superticket così come il suo partito, il Pdl, vuol fare con l'Imu?

Romana, 42 anni a ottobre, diploma di liceo classico, da 17 anni berlusconiana di ferro, secondo mandato alla Camera, candidata a marzo per il Pdl come governatore del Lazio salvo poi lasciar correre Francesco Storace, Lorenzin è la quinta donna (e la più giovane) ministro della Sanità-Salute, la prima di centrodestra dopo Anselmi, Bindi, Garavaglia e Turco. Impegno da far tremare i polsi a chiunque, anche a chi di cose di sanità ne sa parecchie. Come, a scorrere il curriculum della "Meg Ryan de noantri", così è stata ribattezzata in rete, non sembrerebbe essere il caso di Lorenzin. Che in Parlamento, nella bicamerale, s'è occupata però di federalismo fiscale. «Sa poco di sanità? Meglio così, studia tanto e studierà di più», dice chi la conosce. Piglio decisionista, pole-

mica quel che serve in ripetute comparsate televisive nei salotti dei talk show, ma anche attenta ascoltatrice, Lorenzin sarà anzitutto un ministro politico. Di matrice Pdl, è chiaro, vedremo con quali sfumature: dai temi etici alle differenti derivazioni federaliste, dal sociale al mercato, dall'attenzione per le imprese al rapporto pubblico-privato. Argomenti tutti cari al ministro. I tecnici, insomma, Lorenzin li ascolterà e li "userà". Poi tutto dipenderà dal grado di autonomia che avrà nel Governo e dai lasciapas-

LA DIVISIONE DEI FONDI

Centrale sarà anche la questione federalista a partire dal primo riparto da 108 miliardi per il 2013 che non è ancora decollato

sare del suo partito. E dal grado di ascolto che a sua volta riceverà dal ministero dell'Economia, il dominus che da tempo ormai tiene le briglie al cavallo della spesa sanitaria e di conseguenza delle scelte politiche di salute pubblica in senso stretto.

Quanto, e come, le briglie vadano ancora tirate al Servizio sanitario nazionale, sarà infatti la partita che il neo-ministro dovrà affrontare subito. Senza perdere tempo, anche se ancora non ha studiato tutti i dossier. La questione dei superticket all'orizzonte è del resto un esempio delle sfide complicate del Governo "tra diversi" Pd-Pdl-Sc: la strada della franchigia per fasce di reddito ha già spaccato, col Pdl attento a non scaricare nuove stanga-

te sui ceti medi. Ma è la partita finanziaria nel suo complesso che in sanità attende risposte: il macigno dei 31 miliardi di tagli fino al 2015, confezionati da Berlusconi-Tremonti e confermati (con aggiunte) da Monti, come documentato anche dalla Corte dei conti, rischia seriamente di ridurre ancora di più i livelli di assistenza (i Lea) e di mandare a rotoli anche i bilanci delle cosiddette Regioni "virtuose".

Sono queste le curve sanitarie pericolose che attendono il Governo e la Lorenzin. A partire dalle scelte nei confronti del Sud e delle "Regioni canaglia" commissariate e sotto piano di rientro. Poi c'è il pacchetto scottante del federalismo, che spacca anche il partito del ministro, con quel gradiente lombardo nel sottofondo che alimenta malumori. Anche in questo caso, Lorenzin dovrà sciogliere in fretta il rebus del primo riparto para-federalista da 108 miliardi per il 2013 che ancora non è andato in porto. Per non dire del «Patto per la salute» con le Regioni mai concluso, cornice indispensabile per qualsiasi progetto di tenuta (e rilancio) del Ssn. Interrogativi che anche la spending review di Enrico Bondi, incompiuta e con tante pecche, ha lasciato in sospenso. Dai posti letto da tagliare negli ospedali al mistero delle cure H24, dai farmaci col nuovo Prontuario alla nuova libera professione dei medici che non decolla. E poi i nuovi Lea: si taglierà ancora? La sfida in sanità sembra impossibile. E l'equazione Imu-ticket, se tagli l'uno togli anche l'altro, irrisolvibile. A meno che la politica non metta le ali.

LE PRIORITÀ



1 Un riordino dettato dalla spending

Tagli per 31 miliardi fino al 2015 con inasprimento dei ticket per altri 2 miliardi, col risultato di aumentare di quasi il 50% gli attuali incassi per la compartecipazione alla spesa sanitaria. È in questo imbuto dei conti che non tornano e di bilanci che ad asl e ospedali vengono ridotti, che si gioca la tenuta del Ssn. Con enigmi che toccano aspetti cruciali dell'organizzazione della gestione del sistema: la riduzione dei posti letto negli ospedali, le cure territoriali, le nomine, la governance, la libera professione dei medici pubblici

2 Patto per la salute cornice necessaria

La cornice del «Patto per la salute», che avrebbe dovuto essere stipulato tra Governo e Regioni alla fine del 2012 e che invece a causa dei tagli al Ssn è andato gambe all'aria, è considerata indispensabile per qualsiasi progetto condiviso di tenuta e di rilancio della sanità pubblica. Con temi che si incrociano e che riguardano gli investimenti sempre più al lumicino, il rapporto pubblico-privato. E le questioni del personale, dalle carenze nei reparti alla libera professione dei medici fino all'allungamento del blocco dei contratti

3 Politiche industriali sotto la lente

Il decreto sul pagamento dei debiti della Pa ai fornitori, vede non a caso il settore sanitario con 40 miliardi di scoperto al primo posto tra gli enti pubblici inadempienti e con i massimi ritardi nei rimborsi. Ma è l'intera politica, industriale, ma non solo, che riguarda le imprese della filiera della salute un nervo scoperto per la sanità, oltre che per il sistema-Paese nel suo complesso. A partire dalle scelte che riguardano la farmaceutica, con un nuovo Prontuario atteso entro giugno, il ruolo dei farmaci generici e l'apertura di almeno 3mila nuove farmacie



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



ASL AVELLINO

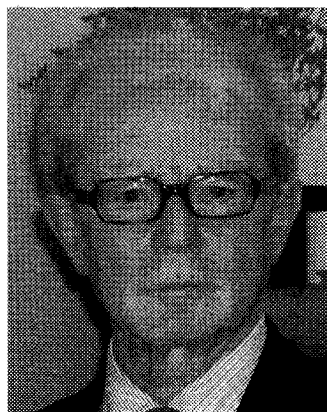
La ricetta di Florio: azienda sanitaria virtuosa

DI EDDY TARANTINO

SEMBRA STRANO ma è così: pensare alla sanità regionale in modo virtuoso è ancora possibile. L'isola felice è irpina. Si tratta dell'Asl di Avellino, diretta dall'ingegner Sergio Florio, un'eccezione alla regola che mostra i suoi segnali positivi sui fronti più svariati: dall'innovazione di servizio al monitoraggio della spesa, dall'oculatazza negli investimenti all'attenzione dei bisogni del territorio. Ma di quale territorio? In una sanità campana martoriata dal buco di quasi un miliardo di euro di debito, e costantemente stretta nella morsa del piano di rientro, l'organismo diretto da Florio può sfoggiare nell'ultimo esercizio un attivo di bilancio, ma al contempo si vede sottratto questo tesoretto da Napoli per le esigenze della più ampia comunità di appartenenza. Non mancano quindi le criticità, come testimoniano gli stessi ritardi nell'esecuzione dell'atto aziendale, non ancora operativo nonostante sia stato varato da tempo.

Direttore Florio, partiamo da una panoramica sull'ente. Cosa è cambiato nell'ultimo anno di gestione?

Nel primo quadrimestre del 2013 sono state messe in opera le condizioni per la trasformazione del servizio sanitario provinciale. Si parte dai trasferimenti per il plesso di Bisaccia, nell'operazione di recupero della struttura da ospedaliera a territoriale. La gara che porterà alla nascita dell'Hospice è stata esperita ed aggiudicata ad inizio



Sergio Florio

In una sanità martoriata dal debito, la struttura avellinese può contare su un bilancio in attivo

aprile e, secondo contratto, i lavori dovranno essere completati entro 100 giorni. La consegna è quindi prevista per il 30 agosto, con il personale impiegato che sarà costituito prevalentemente da ex dipendenti del nosocomio. Intanto proprio il 22 aprile è stato già attivato il punto Saut per le emergenze, attualmente presidiato da un anestesista. La postazione è organizzata con un servizio ambulanza pronto a trasferire i pazienti presso l'ospedale più vicino ed è dotata anche di elicottero per le situazioni più gravi. Altro polo investito da novità è

il Don Gnocchi di Sant'Angelo, dove è stato ottenuto il nulla osta per l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare per gli anziani allettati che necessitano di terapie intensive. Ad Ariano, invece, si registra la messa in funzione del servizio di psichiatria territoriale.

Fra le tante evoluzioni, una particolarmente innovativa per l'Irpinia riguarda il servizio di prenotazione C.A.P. Quali sono i primi feedback operativi?

Le nuove modalità di fruizione sono attive dalla fine di febbraio e consistono nella gestione delle prenotazioni oltre che via telefono anche via web. Abbiamo inventato tutto partendo da zero. A fornirci l'input è stata la domanda di prenotazioni in giacenza, che si è rivelata del 40% maggiore rispetto a quella riportata dai registri. Per questo abbiamo deciso di dare vita ad otto postazioni ad Ariano, con altrettanti operatori (due di riserva e destinati alla gestione per i carichi di punta, ndr) formati totalmente ai compiti cui sono destinati. Abbiamo anche acquistato dieci linee ma sono insufficienti, poiché abbiamo dovuto affrontare il problema delle domande inevase che si sovrappongono alla normale attività di prenotazione. Per questo contiamo di attivare altre due linee a Bisaccia entro il mese di maggio. Con il C.A.P. ogni giorno diamo risposta a circa 700 cittadini, che vanno sommati a quelli che ricorrono al sistema tradizionale. Ma ci aspettiamo ulteriori incrementi della domanda, soprattutto in materia di prenotazioni specialistiche. Il servizio si completerà poi con le

prenotazioni da ricovero, per una innovazione che mi sento di indicare come pionieristica per l'intero sistema sanitario italiano.

Un tema sempre attuale è quello del contrasto alle dipendenze. Cosa fa l'Asl Avellino in merito?

Il tema riflette la condizione di un paese che ha rimosso la logica delle dipendenze da stupefacenti a favore di quella da alcool e da altre patologie, e questa tendenza si riflette naturalmente sul territorio. Vigeva un grande impulso ad esempio per la psichiatria giudiziaria, proba-

Fra le novità anche il servizio di prenotazione per essere sempre di più vicini ai cittadini e alle esigenze della salute

bilmente sotto la spinta di Bruxelles, ma nell'assegnamento di risorse si assiste ad un rischioso rallentamento delle erogazioni nel campo degli stupefacenti, sottovalutando l'importanza di questo fenomeno nella società e per le fasce deboli.

L'Asl si sta dunque trasformando, ma l'atto aziendale stenta ancora ad essere attuato. Qual è lo status quo?

Il documento è pronto da più di un anno, e già sono state illustrate alle rappresentanze di dirigenza e comparto quali saranno le modalità di trasformazione del sistema ospedaliero in

territoriale. Ma continuano i differimenti per l'attuazione, come gli ulteriori 60 giorni disposti recentemente.

«Dopo i servizi veniamo ai costi. Un ambito nel quale l'Asl è attento è quello del controllo della spesa farmaceutica. Come procede il monitoraggio?»

Considerati i controlli serrati in merito, sono certo che medici e farmacisti non mi amano, ma il monitoraggio costante funziona bene come deterrente. Nell'ultimo esercizio abbiamo infatti raccolto quattro milioni di euro in più rispetto a quanto disposto dalle convenzioni. Meglio andrebbe affrontato, invece, il monitoraggio sulla farmacia ospedaliera.

Costi contenuti e gestione virtuosa si sintetizzano nell'ampio avanzo di bilancio accumulato, un tesoretto che però è stato sottratto dalla Regione per colmare il buco di altre aziende sanitarie non irpine. Cosa ne pensa?

Gli investimenti fatti dall'Asl sono a carico dell'amministrazione e senza alcuna sofferenza per il sistema salute. Se da campano condivido la solidarietà tra comunità, da irpino non mi convince invece questa estirpazione di risorse. I fatti mostrano che c'è una differenza tra il peso della spesa sanitaria sui cittadini: quello di Napoli è i 2/3 di quello di Avellino. In tempi come questi ed in termini di equità questo non va bene. Andrebbero attivati perciò dei meccanismi correttivi, come una tariffa binaria, oppure una diversa condivisione di obiettivi territoriali, in grado di meglio calzare alla realtà. ●●●

ORDINE DEI MEDICI DI AVELLINO

Sotto la lente il futuro del Servizio sanitario

"QUALE FUTURO per il Servizio Sanitario Nazionale?": cercheranno di dare risposta a questa domanda i relatori del convegno organizzato dall'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri provinciale di Avellino per sabato, 27 aprile. Interverranno l'Onorevole professor Raffaele Calabrò (Consigliere per la Sanità del Presidente della Regione Campania), Costantino Troise (Segretario Nazionale ANAAO), l'ingegner Sergio Florio (Direttore generale dell'ASL di Avellino), Giuseppe Rosato (Direttore generale dell'A.O.R.N. "Moscati" di Avellino), Carmine Pagano (segretario provinciale FIMMG) e il professor Francesco Bevere (Direttore generale della Programmazione Sanitaria presso il Ministero della Salute). Presentazione del convegno (ore 9) a cura di Antonio D'Avanzo e Lorenzo Grasso, rispettivamente, presidente e consigliere dell'OMCeO irpino.

Presidente D'Avanzo, allora, qual è il futuro del servizio sanitario nazionale?

Sicuramente un futuro difficile. La sanità in Campania, e in Irpinia in particolare, riflette la situazione economica nazionale che è in fase recessiva, colpita da tagli indiscriminati e poche risorse. Una sanità ferma, insomma, dove si riesce appena a soddisfare le richieste di base quotidiane.

I medici come vivono questa situazione?

Subiscono con professionalità ed abnegazione tutte le difficoltà. Basti pensare che non ci sono più concorsi dal 2006,



Antonio D'Avanzo

L'organismo di autogoverno dei medici irpini chiama oggi a confronto professionisti e amministratori

medici vanno in pensione e non vengono sostituiti, cresce il disagio tra grandi difficoltà. E' una professione che soffre, con grandi difficoltà di inserimento nel mercato del lavoro e purtroppo ogni anno perdiamo tanti giovani che decidono di trasferirsi altrove - in Italia e all'estero - e, sicuramente, non torneranno più. E' una fuga di cervelli e di professionisti che non possiamo permetterci. Con tutti questi tagli alla sanità, Asl e Azienda Ospedaliera perdono irrimediabilmente colpi rispetto ad altre realtà. Con pochi investimenti è difficile andare avanti se non oltre l'ordinario.

Ma quale è il vero problema di questa sanità malata, presidente D'Avanzo?

L'ho detto più volte: stiamo soffrendo una gestione troppo tecnica, abbiamo bisogno della politica. E' ora di dire basta a commissari che si limitano a fare somme algebriche per far quadrare i conti a scapito dei servizi per i cittadini. E poi c'è un serio problema di riparto dei fondi: Avellino è stata ancora una volta penalizzata, nonostante l'oculatazza della gestione dei suoi manager e l'eccellenza dei servizi, a scapito di una napolocentrismo che succhia risorse. Voglio ricordare che in questa provincia è stato chiuso l'importante ospedale di Bisaccia. A Napoli non ricordo alcun ospedale chiuso. Guardi, in Campania stiamo davvero arrivando ad un punto critico.

In che senso?

Anzitutto è necessario che il Governo centrale si riappropri del proprio compito di indirizzo per evitare anche un conflitto istituzionale tra le varie regioni. Non è possibile che vi siano differenze tra le diverse regioni italiane in termini di spesa sanitaria. Purtroppo in alcune regioni le strutture sanitarie dispongono di molte più risorse e mezzi con conseguenze gravi e rilevanti sulla condizione della sanità. Alle disegualianze territoriali è strettamente connesso l'altro fenomeno, quello del cosiddetto turismo sanitario: molti

malati residenti al Sud si dirigono nelle regioni settentrionali per ricevere le cure e le prestazioni che non trovano nei luoghi di provenienza, con evidenti ripercussioni sulla spesa sanitaria. E' necessario, insomma, che il Ministero si riappropri dei propri compiti. Poi, ribadisco, è finalmente necessario porre fine alla stagione dei commissariamenti.

Ma ci sarà pur qualche luce in questa sanità campana?

Assolutamente sì. Guardi, nonostante tutto, vantiamo uno dei migliori servizi sanitari al mondo. Ad Avellino, ad esempio, abbiamo punte di eccellenza straordinarie, basti pensare che per un territorio di 60mila abitanti abbiamo due cardiochirurgie di ottimo livello e un'utenza che arriva anche da altre province, soprattutto dall'area vesuviana. Insomma, la nostra è una sanità di ottimo livello con medici e personale competente. C'è però un problema di sostenibilità economica perché non è possibile prevedere ulteriori tagli per un comparto che ne ha già subito tantissimi.

Presidente D'Avanzo, com'è cambiata la professione del medico?

In maniera radicale. C'è stata una rivoluzione copernicana. Fino a qualche decennio fa il rapporto medico - paziente era dominato dal medico. Abbiamo superato questa fase di "paternalismo" attuando quella che si definisce l'alleanza terapeutica tra medico e paziente, per rispettarne la dignità ma soprattutto la libertà.

Prima ha parlato dei giovani e delle difficoltà di entrare nel mondo del lavoro. Che consiglio si sente di dare loro?

Anzitutto mi complimento con loro perché sono molto più preparati di quanto lo fossimo noi da ragazzi. Oggi i giovani hanno entusiasmo, non hanno paura a muoversi e a spostarsi anche all'estero, hanno una mentalità più aperta. Per loro, però, io vedo un futuro roseo. Un tempo, l'accesso incontrollato alle Facoltà Mediche, frutto di una programmazione del fabbisogno di professionalità mediche e medico-specialistiche, fondata sulla base del dato storico si è dimostrata fallimentare, creando intere generazioni di medici, che sono stati portati a reinventarsi e talvolta a cimentarsi in indirizzi diversi senza la dovuta formazione. Oggi, la corretta definizione del Fabbisogno rappresenta la migliore garanzia possibile per offrire in futuro alle giovani professionalità mediche un ottimale sbocco occupazionale. E' vero, la crisi attuale è difficile anche per loro ma dal 2015 ci sarà un boom dei medici perché oltre 150mila dottori usciranno dal servizio sanitario nazionale e si apriranno grandi spiragli per le giovani generazioni. Dunque, la professione darà ancora grandi sbocchi. Una rivoluzione che vedrà un rinnovamento della classe medica anzitutto ma soprattutto della sanità. Ed è quello che auspichiamo tutti.

Caterina La Bella

CAPACCIO

Il distretto sanitario nei locali del Comune

Capaccio. Sarà probabilmente il prossimo consiglio comunale di Capaccio ad indicare la nuova sede del distretto sanitario.

Tra i punti all'ordine del giorno della pubblica assise, fissata per il prossimo 30 aprile, anche la discussione sulla nuova localizzazione del distretto, che potrebbe essere destinata nei locali di Piazza Santini messi a disposizione dell'azienda sanitaria dal Comune. Ciò permetterebbe all'Azienda Sanitaria Locale di Salerno Salerno di fare economia, risparmiando sull'affitto dei locali attualmente in Palazzo Quadrifoglio, in Via Italia '61 e di potenziare i servizi offerti dagli ambulatori di nefrologia e senologia, al momento carenti. Una questione, insomma, estremamente delicata e per la quale l'amministrazione Voza ha approvato una delibera di Giunta per chiedere all'azienda sanitaria locale e alla Regione Campania di considerare il progetto di costruzione di una nuova sede per il distretto sanitario a Capaccio, vista, tra l'altro, la disponibilità di terreno.

ANGRI A GIORNI LA DELIBERA PER LA CONSEGNA DELL'EDIFICIO AL CENTRO DI POLEMICHE TRA ASL E COMUNE

Distretto sanitario, soluzioni dietro l'angolo

ANGRI. Si intravede la soluzione a un problema che si trascina fin dal 2010, infatti presto la giunta Mauri emetterà la delibera per la consegna dell'edificio di proprietà del comune situato in via dei Goti all'Asl. "Sul trasferimento del Distretto Sanitario, ebbe a dire il sindaco Mauri in risposta ad un comunicato di un'associazione politica angrese, continuo a leggere un mare di falsità, tese a fare speculazione politica nonostante la campagna elettorale sia finita da un bel pò. La mia ultima comunicazione al direttore generale dell'ASL accettava la proposta dell'ente sanitario, intendendo i soldi da loro stanziati per l'adeguamento dell'immobile di Via Dei Goti quale somma in conto canone fitto, in attesa che la Regione decidesse definitivamente sulla permuta dei locali. Ma a quella comunicazione si è data risposta solo da qualche giorno. Sono piovute critiche strumentali ai danni di questa amministra-



Pasquale Mauri

zione, ha continuato Pasquale Mauri, sindaco di Angri, quando solo il giorno 24 di aprile è stato protocollato il documento dell'Asl che sblocca l'empasse in cui ci si era andati ad impantannare. Il documento con protocollo 13821 del 24 aprile è la risposta ad una precisa richiesta dell'Amministrazione atta a garantire il passaggio di consegne dal Comune all'Asl". Tra le righe della missiva a firma del direttore generale dottore Antonio Squillante, del direttore responsabile del distretto sanitario 61 dottoressa Grazia Gentile e del direttore FC tecnico manutentiva ingegnere Luigi Miranda, si legge che a riscontro della nota del sindaco, con atto deliberativo della ASL di Salerno viene predisposta la permuta degli immobili tra l'ASL di Salerno e il Comune di Angri proponendo per lo stabile di via dei Goti il comodato d'uso gratuito per la durata di 5 anni, tanti quanti servono per ammortizzare le spese di adeguamento dei locali, previo poi, alla scadenza, l'aggiornamento già concordato del contratto. Soddisfatti sindaco e amministrazione della felice conclusione di una diatriba che si trascinava ormai da troppo tempo e della convinzione che Angri possa ora vantare una struttura all'avanguardia che possa consentire al meglio le attività socio sanitarie, per garantire quei servizi previsti dai livelli essenziali di assistenza ai cittadini del proprio territorio. "E' nostra intenzione, a breve termine approvare con delibera di giunta il passaggio della Struttura all'Asl, conclude Mauri, e porre finalmente fine ai disagi cui erano sottoposti sia i cittadini fluenti del servizio che i sanitari che potranno ora avere a disposizione una struttura adeguata dopo anni di permanenza in locali fatiscenti e ai limiti della igienicità e razionalità.

Vincenzo Vaccaro

VALLO DELLA LUCANIA: INTERVENTO DI COSTANTINO CIRAVOLO

La tutela della privacy in sanità: parla l'esperto

VALLO DELLA LUCANIA. "La cura dell'ammalato in Ospedale, inizia dal rispetto della sua sfera di riservatezza!" A dirlo è l'esperto in "comunicazione e pubbliche relazioni" Costantino Ciaravolo, il quale prosegue dicendo "La tutela della privacy è fondamentale in Sanità, un ambiente promiscuo, dove si viene a contatto con tante persone: sia operatori sanitari, che utenti dei Servizi sanitari. E' in questa situazione di promiscuità, che c'è bisogno di tutelare quella che è appunto la "Privacy". Cosa intende con questo termine? Innanzitutto la tutela dei dati personali; quindi

tutelare quelli che sono i dati personali delle persone, come: nome, cognome, data di nascita, razza, religione, etc. Poi, quelli che sono i dati cosiddetti "sensibili"; che si trovano ad un livello superiore di tutela. Sono quelli per intenderci che riguardano: stato di salute, le patologie di cui si è affetti, le abitudini sessuali, quando appunto le "patologie" riguardano questo tipo di caratterizzazione. Quindi, tutta una serie di dati che vanno al di là di quelli che sono i semplici dati personali! Lì la tutela deve essere ancora maggiore!" In caso di violazione della privacy, cosa prevede l'ordinamento? "Sono reati penali a tutti gli effetti! Specie quando la sfera della privacy viene violata; soprattutto, se poi, questi dati vengono divulgati! Quando c'è la divulgazione, è un reato penale a tutti gli effetti. Molte volte, negli ambienti sanitari, molti operatori non sono neanche "legittimati" ad acquisire i dati di taluni utenti; il fatto di essere un operatore sanitario, non giustifica il venire a conoscenza, di determinati dati "sensibili" degli utenti. Gli unici operatori legittimati in tal senso, sono quelli che hanno in cura la persona; vale a dire hanno un'attinenza lavorativa con quella che è la patologia che si va a curare o il trattamento di quella data persona. Per cui è molto importante fare un "distinguo" tra gli operatori. Ossia, "tutelare" la privacy anche fisicamente. Prima abbiamo fatto un distinguo, tra dati personali e dati sensibili; ma la "tutela fisica" è proprio quella che in qualche



Costantino Ciaravolo

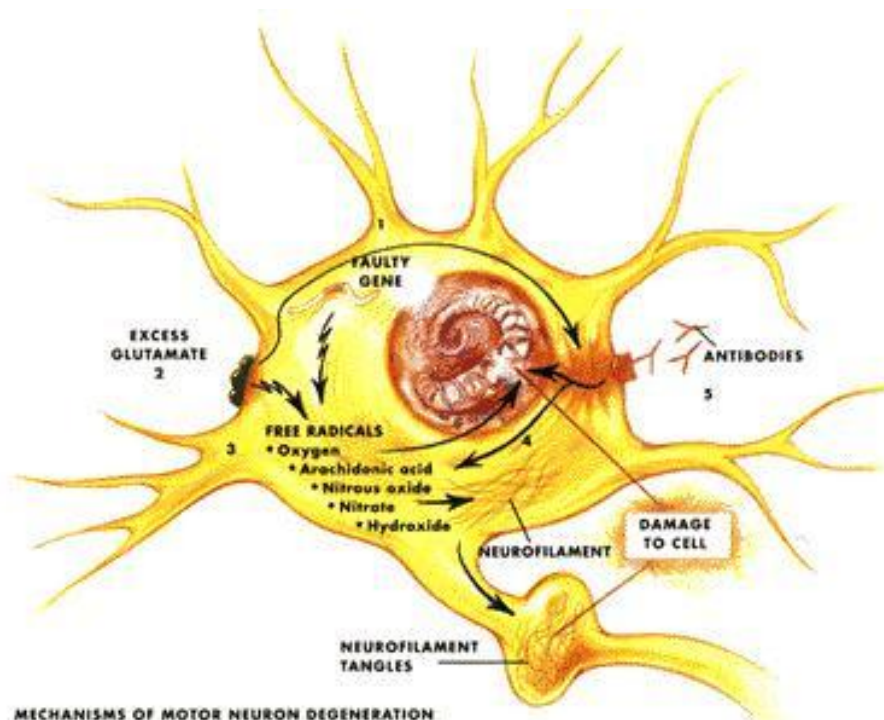
modo crea una barriera fra la persona e l'ambiente circostante. Ovviamente, parliamo sempre di ambiente sanitario. Quindi, "tutelare la privacy", anche a livello di paraventi, di stanze, che in qualche modo possano non esporre i dati "sensibili" dell'utente"; quando il soggetto è una persona affetta da una patologia invalidante, ma che però non vuol far trasparire per motivi di riservatezza" Se una persona vede violato il suo diritto alla privacy cosa può fare? "Se non si tutela a sufficienza la "riservatezza" riguardo quelle che sono patologie o problematiche di salute, specifiche dell'utente, questi può far valere il suo diritto, a livello personale, producendo note scritte alla direzione sanitaria, che è la responsabile della "tutela dei dati sanitari e sensibili" custoditi nella struttura sanitaria e poi c'è anche un livello superiore che è quello giuridico dove si può iniziare una vera e propria azione legale, rispetto a chi ha violato questa riservatezza, delle persone".

Pino Di Donato



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



DA URBINO AL PASCALE

Un corso per i manager della Sanità

L'Istituto dei tumori di Napoli, in collaborazione con l'Università degli Studi di Urbino, Carlo Bo, ha promosso il corso di aggiornamento professionale in "Management Innovativo delle Tecnologie per l'Organizzazione Sanitaria - MitoS". L'attività del corso è rivolta ai manager che operano nella sanità pubblica e privata e nelle aziende di e-Health private e a partecipazione pubblica, con particolare riferimento alle persone impegnate nella ideazione, progettazione e utilizzo delle nuove piattaforme tecnologiche e del Fascicolo Sanitario Elettronico. Il corso, il cui bando scade il prossimo 4 maggio, si articola in due settimane di formazione che si svolgeranno, la prima ad Urbino (da 20 al 25 maggio) e la seconda presso l'Ircs Pascale (dall'11 al 15 giugno). Le tematiche trattate durante la settimana umbra si articoleranno in un modulo sociologico-comunicazionale, un modulo tecno-sociale; un modulo di diritto sulla privacy e un modulo di esperienze concrete nell'ambito delle nuove tecnologie per l'organizzazione sanitaria. Il lavoro della settimana partenopea sarà focalizzato, invece, su un'analisi delle esperienze nelle regioni italiane, con particolare riferimento a situazioni complesse e al rapporto tra Fascicolo Sanitario Elettronico e cartella clinica ospedaliera. Nelle giornate di venerdì e sabato 14 e 15 giugno si terrà, infine, sempre a Napoli, il workshop "Ricerca dell'Osservatorio nazionale sul Fascicolo Sanitario Elettronico in Italia". Il corso prevede un totale di 250 ore di attività formative e vi sono ammessi tutti coloro che sono in possesso della laurea triennale, specialistica magistrale o di vecchio ordinamento o di titoli equipollenti rilasciati all'estero.

**I superbatteri
che vengono dalle
cure sbagliate**

Si stima che 25mila decessi ogni anno, in Europa, siano causati da batteri resistenti ai farmaci, secondo dati diffusi dall'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco che dal 2007 conduce campagne annuali di sensibilizzazione sull'uso corretto degli antibiotici. Sempre secondo l'Aifa, tra i batteri che destano maggiori preoccupazioni c'è la *Klebsiella* (batterio Gram negativo causa di varie malattie tra cui la polmonite), il cui tasso di resistenza agli antibiotici è passato dall'1,4% del 2009 al 16% nel 2010, fino a valori compresi tra il 19 e il 28% nel 2011. Altri "super batteri" che destano preoccupazione sono lo stafilococco resistente alla meticillina e l'*Escherichia coli* multiresistente. Nel materiale informativo diffuso per l'edizione 2012 della campagna, dal titolo «Antibiotici? Usali solo quando necessario» si fa notare che l'anno prima in Italia non è stato condotto nessuno studio di fase I, cioè su molecole del tutto nuove, «a testimonianza del modesto interesse per questa categoria da parte della ricerca. Gli antibiotici, infatti, sono medicinali storicamente poco appetibili dal punto di vista commerciale, perché vengono assunti per un periodo di tempo limitato, durante il quale riescono a debellare le patologie per le quali sono prescritti». Secondo i dati del rapporto OsMed, da gennaio a settembre 2012 il servizio sanitario nazionale ha erogato in media 21 dosi giornaliere ogni mille abitanti di antibiotici. Ma al sud se ne consumano di più rispetto al nord: la Campania (con 29,3 dosi giornaliere per mille abitanti) risulta la regione che ne ha consumato di più, seguita dalla Puglia (27,3) e dalla Calabria (25,9). I consumi meno elevati, invece, sono stati registrati nella provincia autonoma di Bolzano (12,3 dosi giornaliere per mille abitanti), in Liguria (14,7) e in Friuli Venezia Giulia (14,8).