



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



In *Gazzetta* il provvedimento di riparto di 175 milioni

## *Sblocca Italia, assegnati gli sconti sul Patto 2014*

DI **MATTEO BARBERO**

**A**ssegnata la prima tranche di deroghe al Patto 2014 previste dal cosiddetto decreto «Sblocca Italia» (dl 133/2014 su cui il governo ha incassato la fiducia la scorsa settimana) che è atteso giovedì al voto finale dell'aula di Montecitorio.

Il provvedimento di riparto, adottato dal Mef in data 10 ottobre 2014, è stato pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 250 di lunedì scorso. Si tratta complessivamente di circa 175 milioni di «spazi finanziari» messi a disposizione degli enti territoriali dall'art. 6, comma 4, del dl 133/2014. La misura punta a sbloccare una parte dei debiti in conto capitale certi liquidi ed esigibili al 31/12/2013 o per i quali sia stata emessa fattura o richiesta equivalente di pagamento entro il predetto termine, nonché quelli che a tale data risultavano riconosciuti o riconoscibili.

Beneficiarie sono le amministrazioni che hanno presentato richiesta attraverso la piattaforma elettronica per la certificazione dei crediti entro il 10 settembre scorso. Si tratta di spese ascrivibili ai codici gestionali Siope da 2101 a 2512 per gli enti locali e da 2101 a 2138 per le regioni, escluse le spese afferenti la sanità. La distribuzione è stata effettuata con criterio proporzionale: in totale, ai comuni sono andati circa 73 milioni, alle province circa 10 milioni e alle regioni poco più di 92 milioni. I mandati dovranno essere emessi entro il prossimo 31 dicembre.

I numeri del riparto evidenziano la gravità dei problemi che il Patto pone in termini di ritardati pagamenti: a via XX Settembre, infatti, sono arrivate richieste per 1.072 milioni di euro (di cui 524 milioni dai comuni, 73 milioni dalle province e 475 milioni dalle regioni), per cui ciascun ente ha ricevuto solo una percentuale molto bassa (il 13,99%) della

somma di cui avrebbe necessità. Fa eccezione solo la regione Basilicata, che ha beneficiato di una quota riservata.

Come evidenziato da un recente report curato dall'Ance (l'Associazione nazionale dei costruttori edili), le maggiori criticità si

concentrano nel Lazio, in Campania e in Lombardia. A livello di comuni, quelli con maggiori pagamenti autorizzati (e quindi maggiori debiti) sono Napoli (che ha portato a casa circa 6,8 milioni), Salerno (3,2 milioni) e Benevento (2,8 milioni). In coda alla classifica un plotone di circa 50 enti, che si sono dovuti accontentare di un assegno di soli 1.000 euro cadauno.

È prevista anche una seconda tranche, che sarà assegnata entro il prossimo 15 marzo. Il relativo importo, originariamente fissato a 100 milioni, dovrebbe essere ridotto a 40 dalla prossima legge di stabilità. A beneficiarne saranno solo comuni e province e non più le regioni.

© Riproduzione riservata



Legge di stabilità: confermati i tagli da 4 mld ma i governatori tentano un accordo con il Governo

# La parabola dei costi standard

Un lodo per salvare il Ssn e il «Patto salute» - Ospedali, esiti 2013 sull'ottovolante

**C**onfermato dal premier Renzi il taglio da 4 miliardi nella Legge di stabilità, le Regioni sono al lavoro sul "lodo Chiamparino". Cioè il pacchetto di proposte che dovrebbe rendere sostenibile la manovra evitando sia ricadute troppo pesanti di tagli sia aumenti della fiscalità. Che in ogni caso metterebbe-

ro a repentaglio il Patto per la salute e lo stesso Ssn. Per Palazzo Chigi, intanto, la strada maestra è già tracciata ed è lastricata di costi standard e di trasparenza.

La stessa a cui punta il nuovo Programma nazionale esiti che racconta le performance assistenziali di Regioni e aziende. Risultati che mostrano un miglioramento, ma con

il solito andamento a macchia di leopardo che conferma in gran parte le disuguaglianze croniche delle cure made in Italy.

SERVIZI A PAG. 2-5 E 8-9

Esiti 2014: indicatori superiori alla media soprattutto in Valle d'Aosta, Toscana e Trento

# La cura è diseguale per tutti

Maglia nera alla Campania - Parti cesarei primari lontani dagli standard Oms

**I** dati del Programma nazionale esiti 2014 - che quest'anno contiene tre sezioni nuove (emergenza-urgenza, sperimentazioni regionali e audit) - in generale sono in miglioramento, ma con il solito andamento a macchia di leopardo che conferma in gran parte le disuguaglianze croniche delle cure made in Italy. Performance positive soprattutto sull'anticipazione dei tempi degli interventi al femore e sulla degenza post operatoria nelle colecistectomie laparoscopiche. Nel primo caso si è passati dal 28,7% di interventi chirurgici entro le 48 ore per fratture al femore in pazienti over 65 al 45,7% del 2013.

Un dato non meramente statistico: migliorare questo indicatore va infatti tradotto in 6mila decessi prevenuti, ossia vite salvate. Le medie nazionali, come in molti altri casi, non danno l'idea della grande eterogeneità dei valori, anche all'interno di una stessa Regione.

Per la frattura del femore, a esempio (percentuale di operati entro due giorni), si passa dai valori minimi inanellati dall'Ospedale S.S. Rosario di Venafro, in Molise (0,82%), dall'Ospedale Parodi Delfino di Collesereno, nel Lazio (1,24%) e dagli Ospedali Riuniti Area Nolana di Nola, in Campania (1,89%) alle ottime performance del S. Eugenio di Roma (98,05%), della Fondazione Poliambulanza di Brescia, in Lombardia (93,63%) e dell'Ospedale N.S. di Montallegro a Rapallo, in Liguria (91,06%). Come si

può notare, nel Lazio convivono praticamente i due estremi dell'intervallo tra valore minimo e valore massimo.

Sulle colecistectomie laparoscopiche, la proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni è passata dal 55,6% del 2008 al 64,1% del 2013, con grandi differenze tra e intra Regioni. Nel 2013, le Regioni che presentano proporzioni inferiori alla media nazionale sono quelle del Sud Italia, a eccezione della Basilicata, mentre le altre Regioni hanno valori superiori o paragonabili alla media nazionale. Anche la distribuzione geografica per Provincia/Asl mostra un'elevata eterogeneità intra e interregionale.

Non cessano invece le note dolenti sulla proporzione dei parti cesarei primari, passati dal 29% del 2008 al 26% del 2013. Percentuali ancora eccessivamente alte e lontane dal parametro Oms che indica una percentuale massima del 15 per cento.

Sulla proporzione di cesari primari, il risultato più favorevole lo produce l'Ospedale di Carate Brianza (Monza) che a fronte di 1.629 interventi ha registrato un esito pari al 5,16% di cesarei, seguito dall'ospedale di Borgo S. Lorenzo (Fi) con il 5,95% su 421 parti e dall'ospedale Civile di Palmanova (Udine) con il 6,55% di parti cesarei primari su un totale di 687. È invece la Cca Villa Cinzia di Napoli, con il 92,7% di cesarei primari su 543 parti, la struttura

che ha registrato l'esito più sfavorevole preceduta dalla Cca Mater Dei di Roma con l'87,28% (su 180 parti effettuati) e dalla Ca S.M. La Bruna di Torre Del Greco con l'81,8% su 323 parti.

Non a caso restano alcune criticità

sui volumi di attività riguardanti i punti nascita: «Le evidenze scientifiche sull'associazione tra volumi di parti ed esiti di salute materno-infantile - spiega la relazione del ministero sul Pn - mostrano un'associazione tra bassi volumi ed esiti negativi per i bambini di basso peso alla nascita».

Il regolamento del ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera rimanda all'accordo Stato-Regioni che, già nel 2010, prevedeva la chiusura

delle maternità con meno di 500 parti. Ma nel 2013 in Italia le strutture ospedaliere con meno di 500 parti/anno sono 133 (26% delle strutture con più di 10 parti/anno).

Se si guardano nel complesso i 129

indicatori del Pne, le Regioni che hanno ottenuto i risultati migliori, con un maggior numero di indicatori oltre le medie nazionali sono Valle d'Aosta, Toscana e Provincia autonoma di Trento. Sul podio delle "peggiori", quelle con il maggior numero di indicatori al

di sotto delle medie nazionali, troneggia la Campania con il 24%, seguita da Calabria e Puglia, entrambe con il 23 per cento. Ma si tratta di valutazioni da prendere con le molle. Anche perché non sempre i dati inviati dalle Regioni all'Agenas sono del tutto attendibili (si veda intervista in pagina), per errore o per altro. Tanto che sono state ben 400 le richieste di audit per valori incongruenti o sospetti mandate da Agenas alle amministrazioni regionali.

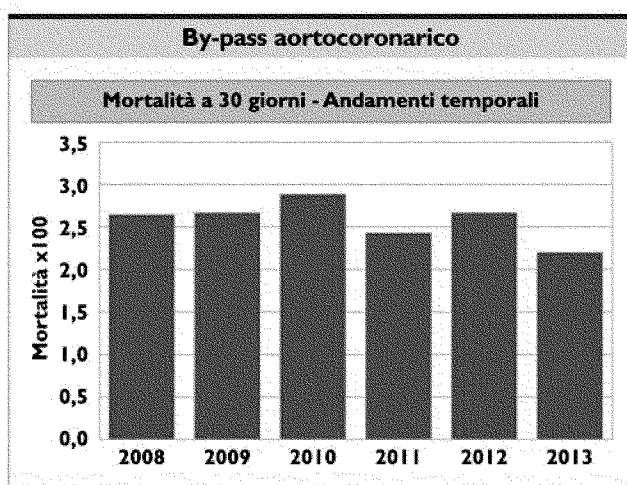
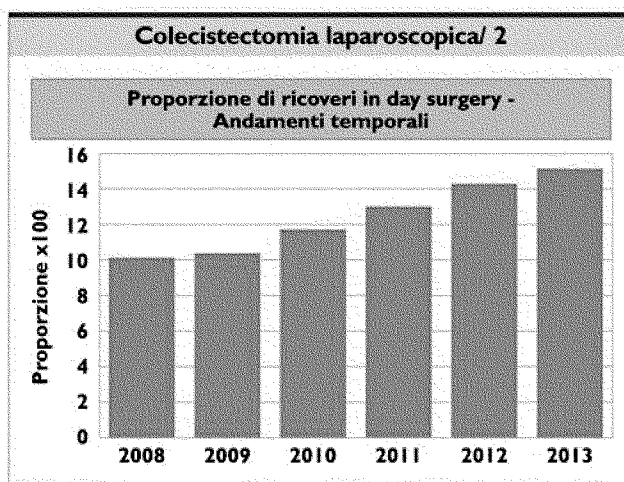
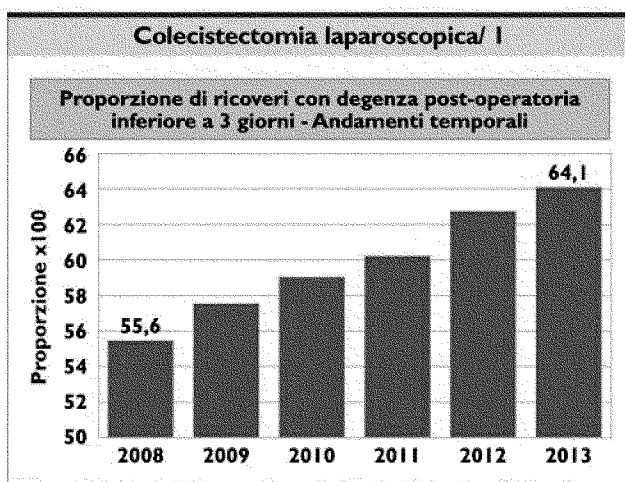
A sottolineare l'importanza dei dati e la necessità di «fare meglio» anche sul fronte delle rilevazioni, è intervenuta la ministra della Salute **Beatrice Lo-**

**renzini**: «Per i direttori generali adeguarsi ai parametri del Programma nazionale esiti non è un optional, ma un dovere. Dalle Regioni a statuto speciale - ha aggiunto Lorenzin - abbiamo difficoltà ad avere i dati. Fornire i dati dovrebbe invece essere un obbligo per le amministrazioni». Per la ministra, non riceverli «è inaccettabile». Lorenzin ha infine precisato che il Pne «non è uno strumento punitivo, ma ha l'obiettivo di intervenire per modificare le anomalie».

E che sia la strada giusta è dimostrato dai passi avanti fatti in alcune aree. La pensa così il direttore di Agenas, **Francesco Bevere**: «I risultati del 2013 documentano sensibili miglioramenti delle situazioni regionali che nel 2010 e 2011 registravano condizioni di erogazione gravemente carenti per alcuni gruppi di patologie». «Laddove le Regioni hanno assegnato ai Dg delle aziende sanitarie obiettivi di miglioramento relativi alle criticità evidenziate nel Pne - precisa

Bevere - si è osservata una sensibile riduzione di quelle criticità, così come un miglioramento sempre più evidente quando si è intervenuti coinvolgendo direttamente i clinici, il personale sanitario e le società scientifiche». Un percorso da proseguire, secondo Bevere, secondo cui «la partnership con le Regioni e con i professionisti è la carta vincente».

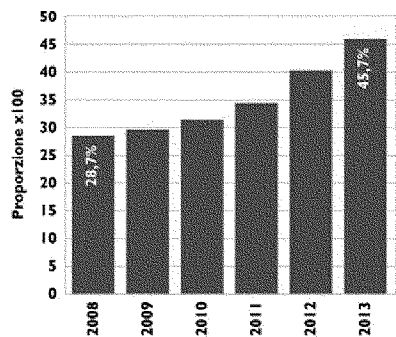
Ro.M.



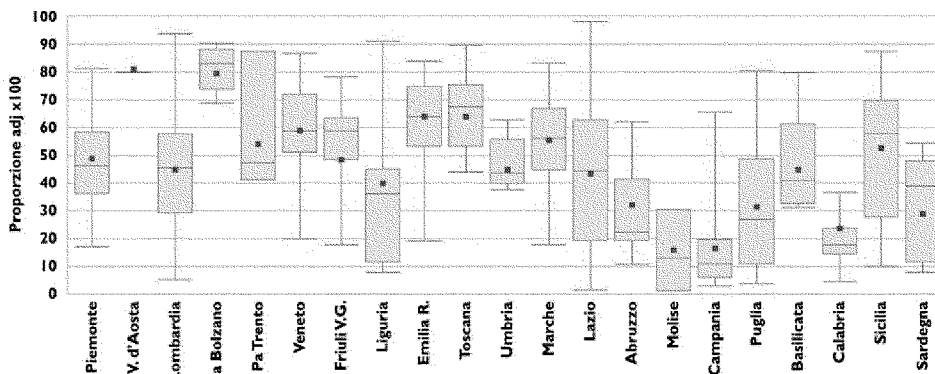
### Focus su parti cesari e fratture al femore

| Cesari primari                             | N. interv. | %     |
|--|------------|-------|
| <b>I migliori</b>                          |            |       |
| • Carate di Brianza (Monza)                | 1.629      | 5,16  |
| • Borgo S. Lorenzo (Firenze)               | 421        | 5,95  |
| • Civile Palmanova (Udine)                 | 687        | 6,55  |
| <b>I peggiori</b>                          |            |       |
| • Villa Cinzia (Napoli)                    | 543        | 92,75 |
| • Mater Dei (Roma)                         | 180        | 87,28 |
| • S.M. La Bruna (Torre Del Greco)          | 323        | 81,85 |
| <b>Frattura al femore entro due giorni</b> |            |       |
|  | N. interv. | %     |
| <b>I migliori</b>                          |            |       |
| • Ospedale S. Eugenio (Roma)               | 157        | 98,50 |
| • Cca Fondazione Poliambulanza (Brescia)   | 150        | 93,63 |
| • Ospedale N.S. di Montalegre (Rapallo)    | 232        | 91,06 |
| <b>I peggiori</b>                          |            |       |
| • Ospedale S.S. Rosario (Venafro)          | 120        | 0,82  |
| • Osp. Parodi Delfino (Colleferro - Lazio) | 75         | 1,24  |
| • Ospedali Riuniti area Nolana (Nola)      | 152        | 1,89  |

**Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni (andamenti temporali e variabilità intra-regionale 2013)**

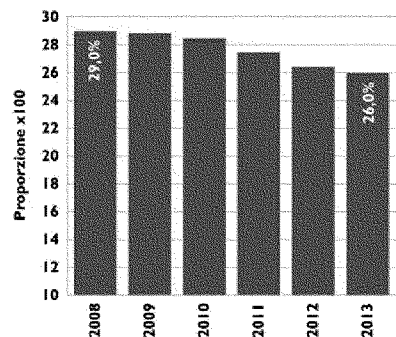


A fronte di un valore nazionale medio del 45,7%, si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dell'1% a un massimo del 98%, come mostrato nella figura a destra

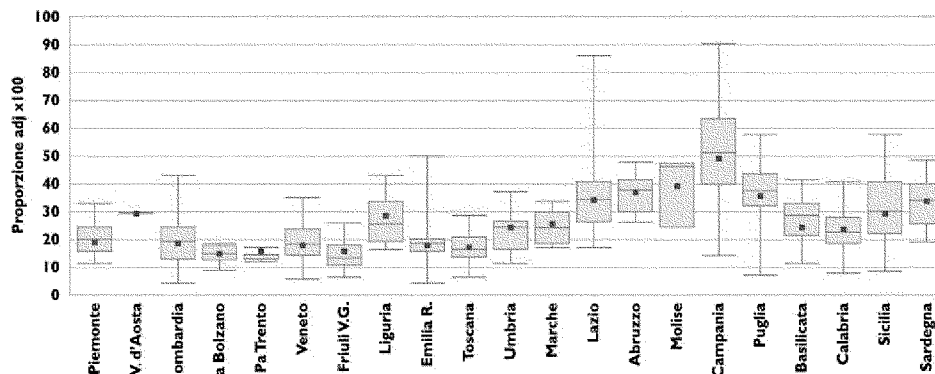


Nota. Nella figura, i rettangoli, che rappresentano i valori dell'indicatore nel 50% delle strutture regionali, mostrano la variabilità intra-regionale e sono divisi al loro interno da una linea che rappresenta il valore mediano. I segmenti che partono dai rettangoli sono delimitati dal valore minimo e massimo assunto dalle strutture ospedaliere nelle Regioni, mentre il quadratino rosso rappresenta la media regionale

**Proportione di parti cesarei primari (andamenti temporali e variabilità intra-regionale anno 2013)**



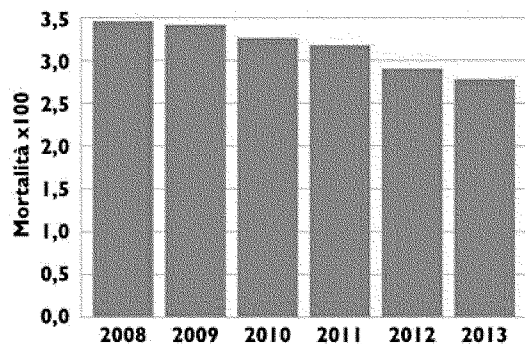
A fronte di un valore nazionale medio del 26%, si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 4% a un massimo del 93% come mostrato nella figura a destra



Nota. Nella figura, i rettangoli, che rappresentano i valori dell'indicatore nel 50% delle strutture regionali, mostrano la variabilità intra-regionale e sono divisi al loro interno da una linea che rappresenta il valore mediano. I segmenti che partono dai rettangoli sono delimitati dal valore minimo e massimo assunto dalle strutture ospedaliere nelle Regioni, mentre il quadratino rosso rappresenta la media regionale

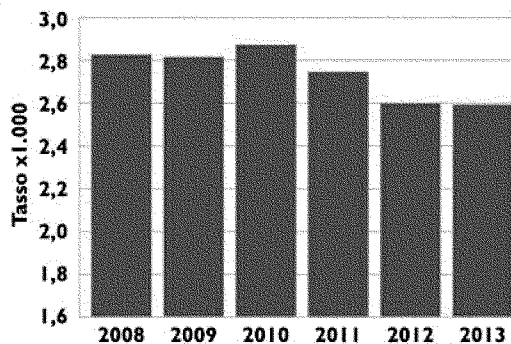
**Valvuloplastica o sostituzione valvole cardiache**

**Mortalità a 30 giorni - Andamenti temporali**



**Ospedalizzazione per tonsillectomia**

**Andamenti temporali**



MANOVRA 2015/ Governatori al lavoro su una proposta che tenga insieme tagli e servizi

# Un «lodo» per salvare il Ssn

Costi standard e risparmi su tutta la Pa puntello dell'ipotesi Chiamparino

**I**l punto è far quadrare il cerchio: digerire i 4 miliardi di tagli in capo alle Regioni, su cui il presidente del Consiglio non ha alcuna intenzione di fare marcia indietro, e allo stesso tempo lasciare sostanzialmente intoccati i servizi sanitari. In due parole, il «lodo Chiamparino», come l'ha definito il premier **Matteo Renzi** che giovedì scorso alle 8 di mattina ha incontrato i governatori con una premessa: i saldi della manovra restano tali e quali. Ed è a partire da qui che i presidenti si sono sentiti obbligati a ragionare sul classico «piano B».

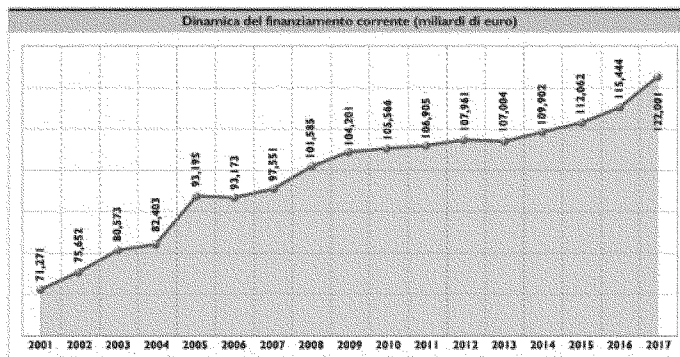
In teoria la proposta dovrebbe arrivare in settimana, anche se, visti i tempi della manovra, che deve ancora avviare l'iter parlamentare, le Regioni avrebbero tutto il tempo. Scadenze elettorali a parte. Chiamparino, che ha definito «simpatico» l'incontro con il governo, ha intanto abbozzato un primo scheletro di proposta. L'obiettivo è rendere sostenibile la manovra, evitando sia ricadute di tagli sia aumenti della fiscalità. Perché rispettare i saldi - affermano dalle Regioni - non vuol dire che questi siano fatti di soli tagli. E allora, tocca al «lodo». Tre i puntelli della proposta Chiamparino: intanto, il recupero da parte dello Stato di fondi inutilizzati per rilanciare gli investimenti in edilizia sanitaria. Poi, «l'ottimizzazione della gestione di risorse che sono delle Regioni e sono attestate presso i ministeri e non comportano aggravii di cassa per lo Stato». Infine, ha spiegato il leader dei governatori, «una razionalizzazione sia della spesa sanitaria sia delle spese a livello centrale».

Idee su cui dall'esecutivo hanno mostrato una cauta apertura: «Sono proposte ancora da esaminare da parte del Governo», ha tenuto a precisare il sottosegretario **Graziano Delrio**, poco prima che Renzi su Facebook chiarisse: «Ab-

biamo incontrato i presidenti di Regione. Siamo disponibili a discutere le proposte nel merito, purché si taglino gli sprechi, non i servizi. È arrivato il momento dei costi standard, sul serio. Partendo dal principio della trasparenza totale on line di tutte le spese, dal Governo alle Regioni».

Il nodo dunque è doppio: costi standard e trasparenza. E se sul primo fronte Chiamparino giura che «c'è un impegno comune sul metodo» e «va portata avanti una razionalizzazione della spesa a tutti i livelli», la costruzione della «casa di vetro» sarà affidata anche a quel Patto per la salute che il testo «bollinato» della Legge di stabilità 2015 recepisce in toto. Salvo poi mettere seriamente a repentaglio le cifre assegnate per il 2015 e per il 2016 (si veda grafico in pagina).

Scommesse che pesano come macigni sulla futura sostenibilità del Ssn. «Non applicare il Patto per la salute - ha affermato la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** dopo l'incontro Renzi-Regioni - vorrebbe dire non riuscire a garantire l'universalità del servizio sanitario per i prossimi anni». La via dei risparmi, del resto, per **Lorenzin** è decisamente tracciata già nel «Patto». A partire dalle centrali uniche d'acquisto: «Le Regioni che non le hanno realizzate lo devono fare subito», precisa la ministra. E poi: «Noi dobbiamo cercare di attuare almeno quelle misure previste dal Patto che prevedono l'entrata in vigore dell'agenda sanitaria digitale, il recupero di risorse per il nomenclatore delle protesi, almeno per quelle audiovisive, e cominciare una parte dei Lea. Quindi non facciamoci distrarre». E i costi standard? «In sanità già ci sono da due anni e mi auguro che vengano applicati in tutti i comparti della Pa».



**Fragilità,  
100 milioni  
decurtati**

**T**recento milioni al Fondo Politiche sociali e 250 milioni al Fondo per la non autosufficienza. La manovra 2015 (art. 17) congela le risorse assegnate al plafond previsto dalla L. 328/2000 e decurta di 100 milioni quelle per le fragilità (Sla inclusa).

Ce n'è abbastanza perché Regioni e associazioni insorgano. La prima mobilitazione, il 4 novembre davanti al ministero dell'Economia, vedrà insieme Comitato 16 novembre, Fish e Fand. Del tutto insoddisfatti dell'incontro al ministero del Lavoro e Politiche sociali durante il quale dai sottosegretari Biondelli e Zanetti non è arrivata alcuna certezza su un incremento delle risorse. Intanto Lorenza Rambaudi (coordinatrice degli assessori) si unisce al coro e chiede «servizi» al posto di bonus bebè e social card.

## Instabili equilibri

**S**tato e Regioni possono riaprire una leale collaborazione solo considerando che al Ssn non servono riforme ma innovazioni.

CARTABELLOTTA PAG. 9

**L'ACCORDO DI LUGLIO ALLA PROVA DELLA LEGGE DI STABILITÀ**

# Quell'instabile equilibrio del Patto per la salute

*Spending e lotta agli sprechi possibili solo collaborando lealmente*

**I**l conflitto istituzionale tra Stato e Regioni, temporaneamente smorzato dalla sofferta approvazione del Patto per la salute, è stato riacceso dal varo della Legge di stabilità: da un lato i Governatori denunciano l'insostenibilità di una manovra da 4 miliardi che si ripercuoterebbe principalmente sulla Sanità, dall'altra il presidente del Consiglio ribatte a suon di tweet invitando le Regioni a un maggiore senso di responsabilità nell'individuare gli sprechi in Sanità - "manager, primari, acquisti" - e definendo «inaccettabile» sia l'ipotesi di tagli ai servizi sanitari, sia l'introduzione di nuove imposte. Dal canto suo Chiamparino, portavoce dei Governatori, invita il premier a non dimenticare gli sprechi dei ministeri e denuncia che la legge di Stabilità incrina il rapporto di lealtà istituzionale e di pari dignità tra enti dello Stato.

Queste scaramucce a distanza testimoniano che la delegittimazione politica e morale delle istituzioni ha finito per generare un confronto tra poli indeboliti, con compromessi sempre più al ribasso.

Considerato che verosimilmente in Sanità tutte le incongruenze politiche tra Stato e Regioni finiranno per ripercuotersi a valle (cittadini, pazienti, famiglie), in particolare sulle categorie economicamente e socialmente più deboli, la domanda - già posta su queste colonne (v «Il Sole 24-Ore Sanità» del 21-27 maggio 2013; pagg. 16,18) - rimane la stessa: la politica intende realmente tutelare la salute dei cittadini italiani, secondo quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione? Oppure le schermaglie tra Stato e Regioni mirano esclusivamente a mantenere potere e disponibilità di risorse, perché ormai è stata silenziosamente imboccata la strada dell'intermediazione assicurativa e finanziaria dei privati e tra le priorità della politica non rientra la salvaguardia del Ssn? Infatti, a fronte dello stridente contrasto tra le dichiarazioni di numerosi Governatori - che, seppure con toni differenti, hanno alzato le barricate all'unisono - e quelle del premier Renzi e dei ministri Padoan

e Lorenzin - che invitano le Regioni a rendere più efficienti i loro servizi sanitari - sembra evidente che, continuando a giocare a rimpiattino, la politica contribuisce ad affossare il nostro modello di Sanità pubblica.

Proviamo a rimettere in fila fatti ed evidenze da cui ripartire, con il fine ultimo di porre al centro del Ssn la salute e il benessere dei cittadini italiani, oltre che le loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che rappresentano il vero ritorno delle risorse investite in Sanità.

● L'articolo 1 del Patto per la Salute fissa le risorse per il triennio 2014-2016, «salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico». Ai Governatori deve essere sfuggito che questa clausola non mette definitivamente in sicurezza il finanziamento del Ssn, indipendentemente dal fatto che nella Legge di stabilità il Governo, giocando di fino, non abbia formalmente previsto tagli alla Sanità.

● Lo stesso articolo 1 precisa che i «risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie». Questo significa che le Regioni devono avviare e mantenere un virtuoso processo di disinvestimento (da sprechi e inefficienze) e riallocazione (in servizi essenziali e innovazioni), coinvolgendo attivamente le aziende sanitarie e queste, a cascata, i professionisti sanitari. In linea con questo principio, la Legge di stabilità ha confermato che il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali da parte dei direttori generali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale e comporta la loro decadenza automatica in caso di inadempimento.

● Anche se siamo stati costretti ad accogliere nella nostra amata lingua il termine «efficientamento» e a familiarizzare con il tormentone del

“costo delle siringhe”, l’identificazione degli sprechi richiede da parte delle Istituzioni un approccio meno informale e più strategico. Esiste una tassonomia, definita a livello internazionale e utilizzata dalla Fondazione Gimbe nel progetto “Salviamo il Nostro Ssn”, che identifica sei categorie di sprechi: sovra-utilizzo (overuse) di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriate, frodi e abusi, tecnologie sanitarie (oltre che beni e servizi non sanitari) acquistati a costi eccessivi, sotto-utilizzo (underuse) di servizi e prestazioni sanitarie efficaci e appropriate, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell’assistenza tra vari setting di cura.

● Ciascuna delle categorie di sprechi può essere arginata solo condividendo gli obiettivi tra Stato e Regioni, utilizzando metodi e strumenti efficaci e coinvolgendo attivamente aziende sanitarie e professionisti. L’impressione generale è che, in assenza di una regia nazionale, la spending review “interna” non sia facilmente attuabile dalle Regioni, in particolare da quelle in grado di concretizzare una congiunzione astrale fatta di inadempimenti dei Lea + conto economico negativo + aumento delle imposte regionali + mobilità sanitaria passiva. Se è vero che tutte le risorse recuperate devono rimanere nel comparto sanitario, diverse Regioni non riusciranno nella duplice titanica impresa di disinvestire e riallocare, perché av-

vezze a difendere strenuamente anche servizi sanitari inefficaci, inappropriati e spesso dannosi per mere logiche di consenso elettorale.

● Se il mantra del Patto per la salute è rinunciare a una spending review centralista, fatta prevalentemente di tagli lineari, lo Stato non può permettersi il lusso di delegare alle autonomie

regionali l’identificazione degli sprechi che si annidano a tutti i livelli senza fornire chiare linee di indirizzo, perché rischia di commettere lo stesso errore del 2001, quando con la riforma del Titolo V ha “consegnato” la Sanità alle Regioni, rinunciando alle indispensabili attività di indirizzo e verifica. Oggi le conseguenze di una abdicazione dello Stato sarebbero di gran lunga più disastrose, perché non ci sono risorse in esubero per compensare ritardi, errori e furberie.

● In questa rinnovata conflittualità tra Stato e Regioni, alle operazioni di salvataggio del Ssn continua a mancare il contributo attivo dei professionisti, “spettatori innocenti” e incapaci di qualunque reazione propositiva. Tutte le categorie professionali variamente schiacciate tra contingenti necessità di contenere i costi, irrealistiche aspettative dei cittadini e assillanti timori

medico-legali, preferiscono concentrare gli sforzi nel mantenere privilegi acquisiti e/o rivendicare i propri interessi di categoria.

Oggi Stato e Regioni possono riaprire una stagione di leale collaborazione solo tenendo ben presente che il Ssn non ha bisogno di riforme, ma di azioni mirate e innovazioni di rottura che richiedono volontà politica condivisa, un’adeguata (ri)programmazione sanitaria basata sulle conoscenze, un management rigenerato, una rigorosa governance dei conflitti di interesse, l’impegno collaborativo di tutti i professionisti sanitari e la riduzione delle aspettative dei cittadini nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile. Se la politica non sarà in grado di cogliere questa opportunità, dovrà prendere atto che di fronte all’Europa e al mondo intero è anacronistico continuare a sbandierare una Sanità pubblica, equa e universalistica, visto che oggi i fatti smentiscono l’articolo 32 della Costituzione e i principi fondamentali del Ssn.

**Nino Cartabellotta**  
*presidente Fondazione Gimbe*

Al Ssn non serve  
una riforma  
ma volontà  
politiche condivise

### *I passi necessari*

**T**re priorità: correggere le anomalie che sporcano i bilanci; "educare" i cittadini; riformare il sistema.

JORIO A PAG. 9

## COME AZZERARE IL «MALFUNZIONAMENTO SISTEMATICO»

# Restyling strutturale contro i costi inutili

## I cittadini chiedano parità di trattamento

**I**l Governo decide che le Regioni debbano tagliare 4 miliardi dai loro bilanci, nell'ottica del risanamento dei conti della Repubblica. Il ministro Padoan afferma, con il piglio che si addice al garante dell'equilibrio economico, che nella sanità c'è tantissimo da tagliare. La ministra Lorenzin si dichiara d'accordo con il dictat di Renzi, a condizione che venga rispettato il Patto per la salute 2014-2016, appena perfezionato.

A fronte di tutto questo i governatori regionali insorgono, ma non troppo. Si ripropone di istituire sensibili partecipazioni (10%) alle prestazioni godute da parte dei più abbienti. Una ipotesi doverosa, attesa la necessità di assicurare l'assistenza gratuita agli indigenti, in incremento progressivo a causa della crisi che ingigantisce i numeri della disoccupazione.

Si apriranno dunque tavoli Governo/Regioni finalizzati ai tagli regionali, non necessariamente ricadenti nei Ssr. Tuttavia in alcune Regioni non solo si dovrà intervenire sulla sanità, ma lo si dovrà fare con una certa consistenza.

Sono tanti gli sprechi e le disarmonie organizzative da "curare" in un Ssn che registra la metà delle Regioni quantomeno in grosso affanno.

Il problema è capire se il taglio mirato sia sufficiente a conseguire il doppio risultato di decrementare sensibilmente la spesa corrente e di rientrare dal debito pregresso, che in alcune Regioni raggiunge valori miliardari opportunamente coperti da mutui. Il tutto rendendo il più appropriata possibile l'attività prestazione del Ssn in termini di Lea, che sarebbero peraltro da rivedere al rialzo.

Tra una perdita di tempo e un'altra, che ha contraddistinto l'operato dei trascorsi governi (tutti), finalmente una ipotesi seria e praticabile di spending review. Peccato non essere assistita dalla individuazione dei tantissimi tagli, da individuare facilmente nell'organizzazione centrale che abbonda di sprechi, e da una indispensabile

riforma strutturale che intervenga sul malfunzionamento sistematico.

Una riforma che vada a braccetto con l'introduzione a regime del federalismo fiscale e, quindi, con la novellata modalità di finanziamento dei costi/fabbisogni standard da determinare dopo tanti anni di doloso ritardo.

In relazione alle cose da fare necessita pertanto che: 1) si realizzino le correzioni delle anomalie consolidate nel sistema, che "sporcano" i bilanci con spese inutili e clientelari; 2) si lavori per la necessaria riforma culturale che renda i cittadini autenticamente utenti (e non già clienti della politica) e pretendenti di un diritto costituzionale reso uniformemente esigibile; 3) si faccia una riforma strutturale che stravolga l'attuale sistema.

Quanto a quest'ultima, dovrà intervenire sull'attuale aziendalismo attraverso due interventi alternativi:

a) agenzificando il Ssn, attraverso una agenzia nazionale e 21 agenzie regionali/provinciali (queste ultime riferite a Trento e Bolzano) con a esse preposti manager di alto profilo professionale selezionati mediante concorsi pubblici, destinati ad attuare la programmazione regionale sociosanitaria;

b) prevedendo, nel caso in cui non si voglia intervenire a modifica dell'attuale disciplina gestoria, una azienda unica regionale, cui preporre un direttore generale, anch'esso vincitore di apposito concorso pubblico, e affidare i compiti oggi di competenza delle diverse Asl e Ao.

Così facendo si ridurrebbero i costi inutili, cui continua a far riferimento il premier Renzi, e si lavorerebbe per una gestione più pubblica, resa più garante della buona amministrazione, nel rispetto della Costituzione, e rispettosa di un leale rapporto collaborativo con gli erogatori privati fondato sul mercato, quello vero.

**Ettore Jorio**  
*Università della Calabria*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**DALLA PARTE DEL PAZIENTE**

## Assistenza territoriale: la chance Casa della salute

**N**el breve arco di pochi decenni, una società profondamente mutata dal progressivo invecchiamento della popolazione e dalla prevalenza delle malattie cronico-degenerative, ha portato al superamento del modello sanitario «ospedale-centrico», in favore di una delocalizzazione delle funzioni ospedaliere anche sul territorio.

L'ospedale e le connesse attività di primo soccorso, il cui ruolo principale dovrebbe essere rappresentato esclusivamente dalla cura delle patologie acute, viene infatti ancor oggi spesso utilizzato per la gestione dei malati cronici o per problemi di facile gestione che dovrebbero essere assolti dal servizio territoriale (codici bianchi). Questa situazione comporta elevati costi in rapporto ai benefici ottenuti e con importanti ripercussioni sia dal punto di vista dell'efficienza del sistema sia della sua efficacia. Le malattie croniche, così come i codici bianchi e altri servizi sanitari non acuti, dovrebbero invece essere prevalentemente gestite a livello territoriale, sotto il coordinamento dello specialista in medicina generale.

**La stagione delle riforme.** La risposta al problema è un servizio sanitario territoriale centrato sul paziente, sul lavoro in team e in grado di assicurare, attraverso strutture dedicate, continuità di cura e integrazione socio-assistenziale. L'introduzione del Decreto Balduzzi ha aperto infatti nel nostro Paese una nuova stagione di riforme, anche finalizzate al riassetto dell'assistenza territoriale. In tale contesto, un ruolo di primo piano lo svolge la «Casa della Salute», un decisivo passo verso il raggiungimento di una reale ed efficiente continuità assistenziale territoriale tra diversi livelli (Medici di medicina generale, Asl, ambulatori, cliniche, ospedale) resa possibile anche grazie alla disponibilità di nuovi strumenti informatici e telematici che consentono uno scambio di informazioni sempre più rapido con il supporto del'Ict (Smart healthcare). Il modello proposto, già presente in alcune Regioni, va progressivamente espandendosi nelle altre, seppur con le inevitabili differenze dovute all'adattamento alle peculiarità territoriali. La Lombardia non fa eccezione e all'interno del «Libro Bianco» recentemente pubblicato, vengono propo-

ste diverse linee strategiche e di indirizzo per la sanità del futuro, tra cui i cosiddetti Centri socio-sanitari territoriali (Csst): luoghi di aggregazione di diverse figure professionali e anello di congiunzione tra ospedale e territorio.

**Health design: le case della salute.** Consapevoli dell'importanza di una nuova visione, nella stessa direzione muovono parallelamente anche altre istituzioni ed enti di ricerca, come per esempio il Politecnico di Milano, il quale, avvalendosi di sinergie importanti come il Cneto (Centro nazionale per l'Edilizia e la tecnica ospedaliera), sta conducendo ricerche volte all'innovazione progettuale sui temi del Health Design tra cui le «Case della salute».

In questa direzione è stata recentemente avviata una ricerca che parte da un'indagine funzionale e tipologica sulle Case della Salute, passando attraverso l'analisi della normativa vigente e dei casi studio, per individuare nuovi approcci metodologici e progettuali per tali strutture. La sintesi del lavoro di analisi e ricerca svolto si traduce, quindi, in indicazioni progettuali finalizzate a fornire un supporto allo studio e alla progettazione delle Case della Salute, oltre che a uno strumento operativo per la pianificazione di tali strutture. Queste indicazioni non vogliono porsi come traguardo, bensì come punto di partenza verso un auspicabile progresso tecnico-scientifico che possa portare a una sempre maggiore efficacia nella prevenzione delle malattie e nel contempo nel mantenimento del benessere psico-fisico, insieme a un continuo adeguamento delle strutture sanitarie sottoposte a nuove sfide in continua evoluzione.

L'assistenza territoriale, che assuma la forma di una Casa della Salute o di un Centro socio-sanitario territoriale, rappresenta comunque una valida soluzione per integrare funzioni differenti e incrementarne di nuove, facilitare i percorsi e, soprattutto, migliorare la qualità del servizio erogato al cittadino, restituendo allo stesso una visione unitaria del problema Salute, intesa non solo come diritto del singolo ma anche come interesse della collettività.

I NUMERI DEL CANCRO

## Quasi 3 mln gli italiani con una diagnosi

Il volume "I numeri del cancro in Italia", frutto della collaborazione tra l'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e l'Associazione italiana registri tumori (Airtum) ha superato la fase iniziale di rodaggio e, in questa quarta edizione, si conferma uno strumento di informazione e aggiornamento sull'oncologia nel nostro Paese. In questa edizione sono disponibili i nuovi dati sull'entità del fenomeno cancro nel nostro Paese, le schede tumore-specifiche aggiornate, con le più recenti innovazioni in campo terapeutico. Abbiamo aggiunto nuovi capitoli che affrontano la relazione tra fumo di tabacco e cancro a 50 anni dalla pubblicazione del primo report scientifico su questo legame, dati a livello delle singole Regioni e un rinnovato confronto tra la situazione italiana e Paesi simili al nostro per stile di vita e qualità dell'assistenza, in particolare Stati Uniti, Paesi scandinavi, Francia e Australia.

Una caratteristica demografi-

ca condiziona il nostro sistema sanitario: la crescente quota di anziani. Invecchiare è un aspetto molto positivo che segnala il buon funzionamento del sistema socio-sanitario nel suo complesso, perché indica che vengono posticipati quei decessi che negli anni trascorsi interessavano persone più giovani. Per questo, il carico assistenziale in campo oncologico in Italia (derivante dalla somma dei nuovi casi, della sopravvivenza e dell'invecchiamento della popolazione) è molto più elevato rispetto agli altri Paesi. Oggi nella Penisola 2,9 milioni di persone vivono con una precedente diagnosi di tumore. E nel 2020 arriveranno a 4,5 milioni.

Va sottolineato che la mortalità per tumori è, nel totale e per molte sedi principali, in riduzione. Questo dimostra che il sistema sanitario italiano nel suo complesso preventivo-diagnostico-terapeutico è efficace: di cancro si muore meno. In circa vent'anni (1996-2014) i decessi

sono diminuiti del 18% fra gli uomini e del 10% fra le donne. Il numero di nuovi casi invece è sostanzialmente stabile rispetto al 2013: saranno infatti 365.500 nel 2014 (erano 366mila lo scorso anno, 364mila nel 2012 e 360mila nel 2011): 196.100 (54%) negli uomini e 169.400 (46%) nelle donne. Il merito è da ricondurre anche alle campagne di prevenzione, pure se il fattore di rischio più importante, il fumo di sigaretta, risulta ancora troppo diffuso. Un terzo degli italiani under 35 è fumatore. Con conseguenze allarmanti. Tra le donne il cancro del polmone, nelle aree coperte da registri

30% degli italiani è fumatore abituale, incluso un laureato su cinque. Questo significa che i cambiamenti negli stili di vita sono ancora indipendenti dalla consapevolezza dei danni alla salute causati dalle sigarette, anche tra le classi più istruite della popolazione. È pertanto necessario più impegno nella realizzazione delle campagne di prevenzione. Secondo l'American Cancer Society, il consumo di tabacco è responsabile di circa il 30% di tutte le morti ogni anno nei Paesi industrializzati. In Italia, questa stima corrisponde a più di 180.000 decessi evitabili ogni 12 mesi. Smettere di fumare riduce, dopo 5 anni, del 50% il rischio di sviluppare tumori del cavo orale, dell'esofago e della vescica e, dopo 10 anni, di morire per carcinoma del polmone.

Ci auguriamo che questo progetto comune Aiom-Airtum continui a soddisfare, con cadenza annuale, il bisogno, necessario e legittimo, di informazione in campo oncologico dei cittadini, delle istituzioni e dei sanitari.

**175mila**

**I decessi  
avvenuti nel corso  
del 2011**

tumore, in 18 anni ha fatto registrare un incremento pari al 61%. Va ricordato che quasi il

**366mila**

**I nuovi casi  
diagnostici  
nel 2014**

**175mila**

**I decessi  
avvenuti nel corso  
del 2011**

## Rapporto 2014. Bene l'export Sul biomedicale pesano i tagli al servizio pubblico

**Roberto Turno**

Non sono solo le famose siringhe dai prezzi che cambiano a seconda di quale ospedale le compra. «In Italia il mercato delle siringhe vale appena lo 0,2% della spesa sanitaria, ma il loro prezzo sembra essere diventato la causa di tutti i mali della sanità italiana». Stefano Rimondi, presidente di Assobiomedica, non c'è, come tutte le imprese del biomedicale made in Italy, un'eccellenza che col suo polo di Mirandola è anche un'invidia per tutta Europa. Un settore che sta soffrendo nel grande freddo della crisi economica. Lo dicono i dati sfornati ieri da Assobiomedica in occasione della presentazione a Roma del «Rapporto 2014»: cresce l'export con 660 milioni (+12,5% dal 2011 al 2013), tiene la produzione con 6,9 miliardi (+1,4%), ma calano pesantemente il mercato interno con 8,9 miliardi (-6,1%), la domanda pubblica (6,5 miliardi a -6,5%) e quella privata (2,37 miliardi a -5,1%), come la redditività e l'occupazione.

Una crisi nei fatti, con un servizio sanitario pubblico che deve fare di necessità virtù: risparmiare sempre e comunque, anche a discapito della qualità e di qualsiasi sana e legittima aspirazione di spending review in una politica degli acquisti pubblici sulle montagne russe, a seconda della regione e della asl o ospedale che acquista. Di qui la contestazione di Rimondi contro lo "slogan della siringa". La verità, ha detto ieri il presidente di Assobiomedica, è che «le differenze di prezzo tra gli enti del Ssn, riflettono diverse condizioni di fattura: quantità e durata, servizi accessori e periodi d'acquisto, consegne in emergenza e urgenza». Come dire che fare confronti tra i listini d'acquisto da parte del Ssn non è operazione facile, e neppure sempre possibile. «I nostri ospedali si vanno impoverendo per i continui tagli e la conseguente riduzione della qualità dei servizi», ha aggiunto, trovando conferma nell'intervento del coordinatore del Tribunale dei diritti del malato, Tonino Aceti. Il titolo del convegno di ieri a Roma, del resto, è eloquente: «Oltre la siringa. Dispositivi medici: solo costi o più salute?».

Più salute, ovviamente, è la risposta esplicita data nelle conclusioni del «Rapporto 2014». Dove il calo della domanda pubblica - un totale di -11% negli ultimi quattro anni - è la fotografia insieme di una sanità pubblica che risparmia e che deve necessariamente farlo, ma che insieme agli sprechi butta via anche la qualità e la bontà dei servizi. Il classico bambino gettato via con l'acqua sporca.

I fondamentali del settore, del resto, la dicono lunga. Ben 3.025 imprese, di cui 985 a ciclo completo (manifattura e com-

### IN PERDITA

Settore penalizzato dal calo dell'11% negli ultimi quattro anni della domanda del servizio sanitario nazionale

merciale) con 54mila addetti (in calo, però come gli investimenti in R&S), undicesimo nel ranking di un mercato mondiale che vale 406 miliardi. Industria di eccellenza, quella made in Italy, che vanta 255 start-up con 55% spin off della ricerca pubblica, il 33% con meno di due anni di vita. Segno di una ricerca giovane che punta sull'innovazione di prodotto. Mentre le politiche pubbliche vanno in altre direzioni, non «oltre la siringa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### NUMERI

**12,5%**

**La crescita dell'export**  
Riferito al periodo dal 2011  
al 2013 (660 milioni)

**3.025**

**Le imprese**  
Le aziende del comparto,  
di cui 985 a ciclo completo  
(manifattura e commerciale)

**255**

**Le start up**  
Di cui il 33% con meno  
di due anni di vita



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Notizie dalle Province



La sanità, le nomine | Tempi più lunghi per la scelta del nuovo manager: Caldoro affida l'ospedale a un dirigente della Regione

# Stallo al Cardarelli, arriva il commissario

Finisce l'incarico di Caputo supplente per due mesi dopo l'addio di Granata

**Gerardo Ausiello**

Niente direttore generale, almeno per il momento. A guidare il Cardarelli nelle prossime settimane sarà un commissario. Eccola la strada che la Regione si prepara a seguire dopo che, alla mezzanotte di ieri, è scaduto il mandato di supplente affidato al direttore sanitario dell'ospedale, Patrizia Caputo. Che ha retto il nosocomio per due mesi dopo l'uscita di scena dell'ex manager Rocco Granata, al quale pure era stata concessa una proroga tecnica (di 45 giorni). Ma cosa ha spinto la giunta Caldoro a optare per questa soluzione? Si tratta, s'affrettano a chiarire da Palazzo Santa Lucia, di una nomina temporanea.

Il reggente sarà chiamato ad amministrare il più importante presidio di Napoli e del Mezzogiorno finché non si completeranno le procedure di scelta del nuovo direttore generale. Il problema è che si rischia di dover attendere ancora a lungo. L'iter, secondo le norme introdotte dall'ex ministro della Salute Renato Balduzzi, era stato infatti regolarmente avviato durante l'estate: al bando avevano risposto 51 papabili, i cui nomi erano stati valutati dalla commissione di esperti, che aveva tirato le somme. A determinare lo stop è stata però l'approvazione, da parte del Consiglio regionale, del collegato alla finanziaria che contiene misure specifiche sulla composizione della commissione esaminatrice, sulle procedure di selezione dei manager e sulla stesura del disciplinare. Tutto da rifare, insomma. Con un'ulteriore novità: per effetto stavolta di norme nazionali, i pensionati non

potranno essere nominati ai vertici delle aziende sanitarie. A meno che non lo facciano gratuitamente (e in questo caso solo per dodici mesi). Nel frattempo il numero degli aspiranti è più che raddoppiato. Ciò comporterà, inevitabilmente, un aggravio di lavoro per la commissione di esperti. Da qui la decisione del governatore Stefano Caldoro di affidare le redini del Cardarelli ad un commissario pro tempore.

A chi spetterà il difficile compito? Si parla da settimane di un coinvolgimento diretto di Ciro Verdoliva, che da commissario ad acta dell'Ospedale del Mare è riuscito a sbloccare lo stallo in cui era piombata l'opera e a far ripartire i lavori. È più probabile, però, che alla fine Caldoro opti per un dirigente di Palazzo Santa Lucia, una soluzione a costo zero: a tal proposito circolano i nomi di Mario Vasco e Antonio Postiglione ma anche quello dell'avvocato Lucio Podda. Una cosa è certa: chiunque sarà il prescelto, dovrà subito rimboccarsi le maniche per affrontare i tanti problemi rimasti in sospeso nel nosocomio. A partire dalla questione dei precari, al fianco dei quali sono schierati in prima linea i sindacati. Un altro nodo da sciogliere è relativo alla riorganizzazione della rete dell'emergenza nella zona ospedaliera, a cui sta lavorando senza sosta il capodipartimento Salute della Regione, Ferdinando Romano. In base allo schema immaginato dagli esperti di Palazzo Santa Lucia, il pronto soccorso del Cardarelli resterà centrale ed avrà

**I nomi**  
Soluzione a costo zero e transitoria: in pole Vasco, Postiglione e Podda

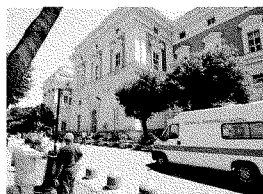
a supporto anche il Monaldi e il Policlinico federiciano: i tre ospedali, insomma, dovranno operare in stretto raccordo. Ciò anche per evitare l'ennesima emergenza barelle, che si ripete puntualmente ogni anno al Cardarelli mentre nei reparti dei nosocomi vicini ci sono spesso tanti letti vuoti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Cardarelli, fumata nera Al posto del manager arriva il commissario

La Regione: "Il nuovo manager in pochissimo tempo"  
Anaa, Pd e M5S: una manovra prima delle elezioni



GIUSEPPE DEL BELLO

**C**ARDARELLI, per la nomina del manager si naviga a vista. Nonostante a mezzanotte di ieri sia scaduta la supplenza di Patrizia Caputo, il direttore sanitario che pro-tempore ha sostituito Rocco Granata, dalla Regione non è arrivata alcuna designazione. E al posto del nuovo direttore generale, Palazzo Santa Lucia ha annunciato l'ennesima toppa procedurale: entro due, tre giorni, sarà nominato un commissario. Un commissario —

niere saldo e al di fuori della politica.

Raffaele Calabrò, consigliere per la Sanità del presidente e deputato Ncd, getta acqua sul fuoco. Boccia la tesi di un accordo non raggiunto (i candidati, provenienti dalle fila di tutti i partiti, sono 128), e attribuisce il temporaneo commissariamento a un'esigenza tecnica: «La commissione che doveva selezionare la cinquina da proporre alla Giunta non ha terminato il lavoro. Perché si parla di questione politica? Sarebbe così se i cinque nomi fossero già sul tavolo della presidenza e non si procedesse alla nomina».

Anome dei medici, si esprime ancora una volta il sindacato Anaa (medici ospedalieri) per bocca di Franco Verde: «Manca l'assunzione di responsabilità, avevano tutto il tempo di scegliere, è evidente che stiamo assistendo a uno scontro feroce nel centrodestra. E questo è un segno di debolezza di Caldoro. Per quanto ci riguarda, è necessario prendere decisioni al più presto, devo ancora ricordare le cose da fare con urgenza per il Cardarelli? Mancano medici, i contratti di 80 precari stanno per scadere, il filtro territoriale è inesistente, il Policlinico è sempre un'isola felice che la Regione non si azzarda a coinvolgere. E in più, molte apparecchiature e presidi scarseggiano». Per Raffaele Topo, capogruppo regionale del Pd si sta «commissariando un'azienda in una sanità commissariata, è l'ennesimo errore del governatore». Poi, nel merito, aggiunge: «I bandi erano pronti a luglio, ma furono dichiarati decaduti. E adesso il rischio è di finire nel conflitto pre-elettorale senza fare gli interessi delle aziende sanitarie. Il Cardarelli paga le conseguenze della chiusura di altri ospedali cittadini, e oggi è l'unica struttura su cui ricade tutta l'emergenza. Ha bisogno di un'amministrazione salda, come l'ha avuta in questi anni».

Durissimo il commento del pentastellato vicepresidente della Camera Luigi Di Maio: «È iniziato il mercato delle vacche per marzo 2015. Un film già visto, qui si continua a gestire la sanità badando alla spartizione politica e non ai bisogni dei cittadini. Si tengono caselle vacanti in attesa degli accordi per le coalizioni da fare per le elezioni a governatore. Il commissariamento è un affronto ai cittadini, ancor più grave perché mette a repentaglio la salute delle persone».



Spuntano i nomi di Paolo Samelli e Antonio Postiglione. Topo: "Errore del governatore". Di Maio: "Caselle vacanti per gli accordi pre-elettorali"

sottolineano dagli uffici del governatore — che resterà in carica «pochissimo, giusto il tempo necessario alla commissione di consegnare la cinquina» da cui scegliere il neomanager. Non ha importanza sulle spalle di chiaccherà la responsabilità di traghettare il più grande ospedale del sud verso una dirigenza che abbia pieni poteri. Il nome arriverà (si parla di Paolo Sarnelligi commissario a Caserta e del dirigente regionale Antonio Postiglione), ma nel mirino delle critiche finisce l'incertezza gestionale di un'azienda che, invece, per il ruolo che occupa nella sanità campana, avrebbe bisogno esattamente del contrario. Un timo-

VIA AL PIANO SOCIALE REGIONALE

## Assistenza, assegni da 700 euro per chi è affetto da gravi patologie

POZZUOLI. I cittadini bisognosi di cure necessarie al mantenimento in vita o affetti da gravi patologie, come morbo di Alzheimer o stati vegetativi, potranno ricevere un assegno mensile di 700 euro per un anno, in alternativa all'assistenza domiciliare. Lo prevede il programma della seconda annualità del Piano Sociale Regionale approvato dai comuni dell'ambito flegreo: Pozzuoli, Bacoli e Monte di Procida.

«Vorrei sottolineare lo sforzo dei Comuni di non abbassare il livello dei servizi erogati a favore delle fasce deboli della popolazione - ha dichiarato l'assessore alle Politiche Sociali del Comune di Pozzuoli Teresa Stellato -. Oltre alla novità degli "assegni di cura", abbiamo potuto ampliare la platea degli anziani assistiti a domicilio, grazie alle risorse aggiuntive costituite dai piani di azione e coesione, e garantire l'assistenza specialistica agli alunni diversamente abili. E ancora: è stata confermata l'azione di contrasto alla povertà che il solo Comune di Pozzuoli potenzia con il progetto "Banco alimentare" ed è rimasto elevato l'impegno di spesa per le "rette di ricovero" nelle strutture di accoglienza per minori e donne in difficoltà». Confermato anche il Centro per la famiglia e i "nonni vigili" per il solo comune di Pozzuoli.

# Assegno di cura per disabili: si può presentare la domanda

**S**ono state adottate dalla Regione Campania le indicazioni per l'erogazione di assegni di cura II annualità del P.S.R. per le persone non autosufficienti, con disabilità gravissime che necessitano di una assistenza continuativa domiciliare 24 ore su 24 e, allo stesso tempo, per sostenere le loro famiglie nel carico di cure.

Indipendentemente dalle condizioni economiche dell'assistito e del suo nucleo familiare, la quota di assegno è definita in euro 700,00 mensili e la durata in massimo 12 mesi.

Gli assegni sono erogati mediante bonifico bancario intestato alla persona ammalata o ad un suo tutore giuridico con cadenza bimestrale, alla conclusione di ciascun bimestre. Essi decorrono dalla data di definizione da parte dell'Uvi del progetto personalizzato e pertanto possono essere erogati anche con valore retroattivo. La data per l'accredito del primo bonifico bancario è fissata dal Comune capofila entro i 60 giorni successivi alla data di notifica regionale del Decreto di

liquidazione. Nel caso di utenti che già ricevono da parte dell'Ambito prestazioni di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico" o compartecipazione alla spesa per RSA ex LEA, il primo assegno di cura deve necessariamente coincidere con la data di cessazione delle prestazioni.

Le domande ed i beneficiari. Le domande di "Assegno di Cura" annualità 2014 dovranno essere presentate unicamente, pena l'esclusione, presso i comuni di residenza dell'Ambito n.13, attraverso la compilazione, da parte del soggetto beneficiario (assistito) ovvero da altro soggetto richiedente, dell'istanza di accesso al contributo come da specifico modello all'uso predisposto dall'Ufficio di Piano. Alla domanda deve essere allegata la documentazione attestante la diagnosi (rilasciata da struttura ospedaliera o sanitaria specialistica del Servizio Sanitario Regionale campano o di altra Regione italiana, o con essi convenzionata), documento attestante il riconoscimento della disabilità, ai sensi dell'art. 3

comma 3 della L. 05.02.1992 n. 104 e la carta di identità in corso di validità del soggetto richiedente. A tal fine, prima di presentare istanza, è necessario che il nucleo familiare consulti il proprio Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta per una preliminare verifica in merito ai principali requisiti di accesso. Sarà cura dell'ufficio comunale far pervenire celermente la documentazione presso l'ufficio di Piano dell'ambito n.13 per la presa in carico da parte del servizio sociale professionale e l'invio al distretto sanitario 36 Asl NA 2 Nord per la valutazione in Uvi.

Le domande verranno valutate in ordine di arrivo al protocollo con l'assegnazione del beneficio economico fino ad esaurimento del finanziamento per €. 88.329,12.

Per informazioni, rivolgersi ai Comuni di residenza - Antenna Sociale e/o all'Ambito N13 - Comune Ischia - Ufficio di Piano, tel. 081.3333234-235-227, fax 081.3334306, e.mail sociale.ischia@tiscali.it.

**INADEMPIENZE E FALSE PROMESSE: SIT-IN IN DIFESA DELL'OSPEDALE**

## Comitato pro-Maresca, lotta senza fine

**TORRE DEL GRECO.**

Comitato pro-Maresca, presidio a difesa dell'ospedale torrese presso l'ingresso della direzione generale dell'Asl NA3sud, per «dimostrare la mai sopita voglia di rivendicare il diritto di tutti i cittadini a ricevere un'assistenza sanitaria pubblica in strutture dignitose e capaci di offrire i dovuti servizi», hanno dichiarato Dal 13 settembre l'ospedale è sprovvisto del servizio Tac in seguito ai mancati lavori di manutenzione. «Le parole dei dirigenti - spiegano i manifestanti - non hanno trovato seguito - I cittadini, spesso con patologie gravi,



sono costretti a viaggi da una struttura sanitaria ad un'altra in cerca del servizio. Eppoi all'interno della struttura torrese c'è un intero reparto ristrutturato ben due anni fa e mai attivato». Il secondo piano, infatti, è destinato ad ospitare il reparto di Medicina generale. La

direzione generale ha spiegato che «da lì a pochi giorni il reparto sarebbe stato pronto ad essere utilizzato dopo piccoli interventi di manutenzione». A questo punto il Comitato, oltre ad essere indignato per lo spreco di denaro pubblico, si dice preoccupato per le conseguenze che «questi ritardi hanno anche sul reparto di Gastroenterologia, fiore all'occhiello del presidio. Infine il reparto di Pediatria e Ginecologia trasferito quattro anni fa da Torre del Greco a Boscotrecase, e attualmente in procinto di un ulteriore allontanamento: sarà infatti spostato a Nola».

## La vertenza

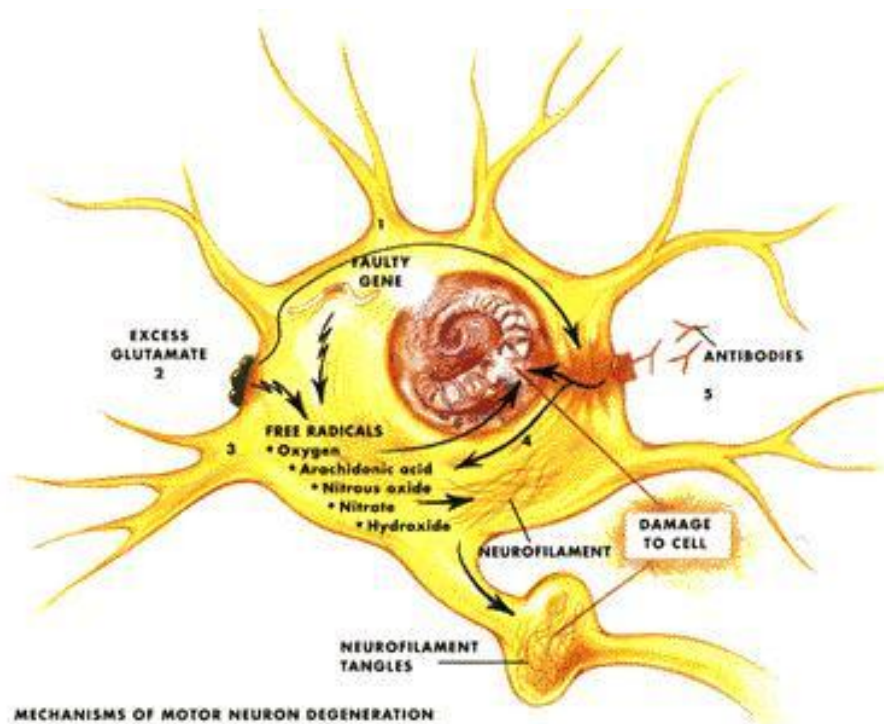
### Assistenza disabili vertice all'Asl

Altro fronte di disagio in materia di assistenza sanitaria è quello relativo al blocco delle prestazioni assistenziali e riabilitative per i pazienti disabili che scatterà, salvo interventi dell'ultima ora, entro i primi giorni di novembre. Nel tentativo di trovare una soluzione, garantendo quindi la piena continuità assistenziale ad anziani e disabili, vertici Asl ed i rappresentanti dei centri convenzionati si incontreranno domani mattina.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



Ottimi risultati dall'immuno-oncologia:  
attiva i linfociti T contro le cellule infette

# Più globuli bianchi per fermare il cancro

## LA TERAPIA

**È** la quarta arma per combattere il tumore. L'immuno-oncologia potenzia le difese e va ad aggiungersi a chirurgia, radioterapia e chemioterapia. Nel melanoma ha dimostrato di migliorare la sopravvivenza a lungo termine: il 20% dei pazienti è vivo dopo dieci anni dalla diagnosi. Questo vuol dire che, in alcuni casi, la nuova strategia di cura è in grado di cronicizzare la malattia ed è possibile parlare di lungosopravvivenuti. Ora la terapia, come è stato annunciato durante il congresso dell'Associazione italiana di oncologia medica, verrà utilizzata anche in neoplasie frequenti come quelle del polmone e del rene.

L'immunoterapia applicata al trattamento delle neoplasie stimola le cellule del sistema immunitario a combattere il cancro se-

guendo una strategia opposta a quella delle terapie classiche: non colpisce direttamente le cellule tumorali, ma attiva i linfociti T del paziente, potenti globuli bianchi capaci di eliminare o neutralizzare le cellule infette o anormali, che diventano in grado di distruggere il tumore. «Il melanoma - sottolinea Paolo Ascierto, direttore dell'Unità di Oncologia Medica e Terapie Innovative del "Pascale" di Napoli - ha rappresentato il modello ideale per verificare l'efficacia di questa cura. Da trenta anni non si vedevano progressi nelle cure e nessun trattamento poteva migliorare la sopravvivenza in fase avanzata, che in media era di 6 mesi. Il farmaco ipilimumab ha dimostrato di raddoppiarla a uno e due anni. A Napoli sono stati trattati più di 400 pazienti».

## I NUMERI

Per cancro si muore meno, ma preoccupa il fatto che sia in aumento tra le donne l'incidenza di quello al

polmone, anche a causa del fattore di rischio principale, il fumo. In circa vent'anni (1996-2014) le morti per tumore sono diminuite del 18% fra gli uomini e del 10% fra le donne, mentre il numero di nuovi casi è sostanzialmente stabile nel 2014 rispetto al 2013: saranno infatti 365.500 quest'anno (erano 366mila lo scorso anno, 364mila nel 2012), di cui 196.100 (54%) uomini e 169.400 (46%) donne. Il fattore di rischio più importante, il fumo di sigaretta, risulta tuttavia ancora troppo diffuso: un terzo degli italiani under 35 è fumatore, con conseguenze spesso allarmanti. Basti pensare che fra le donne il cancro del polmone in 18 anni ha avuto un incremento pari al 61%.

## LE ALTRE APPLICAZIONI

«Ci sono anche altri tumori in cui l'immunoterapia trova applicazione clinica, almeno in questa fase di ricerca, come il carcinoma renale - aggiunge Francesco Cognetti, direttore del dipartimento di Oncologia medica del Regina Elena di Roma - risultati si sono ottenuti anche nel tumore della vescica e del carcinoma polmonare, in particolare nel tipo squamoso e adenocarcinoma. A differenza di quello al polmone, il tumore del rene presenta basi immunologiche che lo avvicinano al melanoma. La combinazione di due farmaci, ipilimumab e nivolumab, ha evidenziato una sopravvivenza libera da progressione nel 64% dei pazienti a sei mesi. Sono, inoltre, in atto studi in fase iniziale per la prostata e per l'associazione tra questi trattamenti e i vaccini. Presto potremo capire in che modo combinare questo approccio rivoluzionario con la chemioterapia, la radioterapia e la chirurgia».

**Antonio Caperna**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La nuova  
cura  
è efficace  
con  
melanoma  
e carcinoma  
renale

## L'iniziativa

# Airc, cioccolatini per aiutare la ricerca

Dal 3 al 9 novembre torna l'appuntamento promosso dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro per informare sui risultati ottenuti nei laboratori e raccogliere fondi con iniziative nei programmi Rai e, nelle scuole, nelle filiali di Ubi Banca e nelle piazze (www.airc.it-numero verde 800 350 350). Giovedì 6 il Presidente Napolitano celebra la ricerca sul cancro ricevendo al Palazzo del Quirinale una rappresentanza dei sostenitori dell'associazione. Focus di quest'anno le storie di ragazzi colpiti da tumore che sono riusciti a liberarsi dalla malattia e avviarsi verso una vita normale divisa tra studio,



LA CAMPAGNA Il volantino Airc

lavoro, famiglia. Da oggi al 17 novembre con un sms al 45503 è possibile donare da 2 a 10 euro. Uno degli appuntamenti più golosi è quello con "I cioccolatini della ricerca" in distribuzione in oltre 600 piazze sabato 8. Con 10 euro si può acquistare una confezione da 200 grammi creata da Lindt. «Negli ultimi anni è sempre più crescente l'interesse verso il cacao come agente terapeutico e preventivo nei confronti del cancro - spiega Andrea De Censi direttore di Oncologia medica all'ospedale Galliera di Genova - Una dieta contenente cioccolato fondente riduce il numero di lesioni precancerose».

## Rimborsabile un farmaco che inibisce il virus Hiv

### PREVENZIONE

**A**ids, se da un lato la ricerca fa passi da giganti, dall'altro la popolazione percepisce sempre meno la gravità della malattia. Secondo un'indagine Gfk Eurisko, solo per due italiani su dieci gli eterosessuali sono a rischio contagio, mentre i dati dimostrano che tra le nuove persone infettate la maggioranza è etero (oltre il 40%).

### IL TEST

Il test dell'HIV rappresenta uno strumento molto importante, anche se sottovalutato, per individuare subito l'infezione e iniziare precocemente i trattamenti con antiretrovirali ma solo la metà degli intervistati (46%) lo indica come possibile strumento di prevenzione e controllo. «Non va mai sottovalutata l'importanza della diagnosi precoce dell'infezione. È dimostrata la correlazione tra l'inizio delle terapie e l'incremento della durata della vita» spiega Andrea Antinori, direttore Malattie Infettive allo Spallanzani di Roma.

Proprio per le persone sieropositive una novità terapeutica: è stata autorizzata in Italia la rimborsabilità di un prodotto di una sola compressa da assumere una volta al giorno. Contiene quattro farmaci con diverse modalità di azione (tra cui l'inibitore dell'integrasi elvitegravir), che blocca il virus prima che possa integrarsi nel materiale genetico della cellula.

**A.Cap.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA