



RASSEGNA STAMPA

30 OTTOBRE 2014

*L'addetto stampa
Massimo Bellomo Ugdulena*

L'INIZIATIVA. Un'équipe di cinque donne interverrà direttamente a domicilio nella zona che va da Borgo Nuovo a parte di Libertà, Politeama e Partanna-Mondello

Aiuto a casa ai malati di Parkinson, un progetto a Villa Sofia

●●● Per rallentare l'avanzata del parkinson con un medico che viene a casa, se non si riesce a camminare bene, con le cure personalizzate di un'équipe di cinque donne che diventano «le amiche fisse» intorno al malato, logopedista, neurologo, neuropsicologo. Con questi intenti, a Villa Sofia, nasce un progetto pilota che punta all'integrazione ospedale-territorio per il Parkinson ed è il primo del genere in Sicilia. La durata è prevista per un anno, è un progetto in collaborazione fra l'Asp Palermo e l'ambulatorio parkinson del Cto coordinato da Tania Avarello, un ambulatorio che dal 2002 è riconosciuto come centro regionale per questo tipo di patologia. Qui si è costituita una ve-

ra e propria squadra anti parkinson con cinque figure professionali assunte a contratto. Il progetto opererà nella zona di Borgo Nuovo e in parte dei quartieri Libertà, Politeama, Partanna Mondello.

La segnalazione che il paziente ha bisogno della squadra parkinson arriverà dal medico di base, una mail al Centro parkinson con la descrizione del caso. L'équipe arriverà, valuterà il paziente, la compilazione di una scheda con la diagnosi e la terapia che indica la necessità dell'assistenza domiciliare. Un'operazione anche psicologica che introduce il medico amico e tenta di rallentare la malattia, lo spiega la dottoressa Avarello: «In base alle esperienze e agli studi è di-

mostrato che se un parkinsoniano viene trattato in maniera integrata fin dall'inizio con le figure professionali competenti e con un percorso individuale, la malattia rallenta notevolmente». Il progetto prevede anche una fase di prevenzione per i soggetti in fase iniziale della malattia.

È un cambiamento di prospettiva che comporterà «migliore qualità della vita per i pazienti ma anche riduzione delle complicanze, del coinvolgimento delle strutture ospedaliere e di conseguenza anche la razionalizzazione delle risorse economiche». Nel progetto «parkinson, il medico a casa» c'è anche l'introduzione della cartella elettronica che seguirà tutto il per-



I medici del progetto di assistenza ai malati di Parkinson

corso «diagnostico-terapeutico del paziente, con l'indicazione degli interventi effettuati da ciascun professionista coinvolto. È uno strumento - afferma Tania Avarello - che ha estrema importanza per pazienti e anche per i medici, seguire la persona in tutte le fasi della malattia garantirà maggiore efficienza degli operatori e una migliore organizzazione del lavoro». (Nella foto i medici del progetto: da sinistra Giusi Daniela Ventimiglia (neuropsicologo), Maria Letizia Rizza (neurologo), Fiorenza Guarneri (fisioterapista), Tania Avarello (coordinatrice Centro Parkinson Villa Sofia-Cervello), Graziella Sabatino (assistente sociale), Daniela Giambrone (logopedista). (CSP)

AZIENDA OSPEDALIERA «VILLA SOFIA-CERVELLO»**Task force degli "angeli" del Parkinson per l'assistenza integrata con l'Asp**

Li hanno già ribattezzati gli "angeli" del Parkinson. Sono i medici che fanno parte della task force di un progetto pilota, il primo del genere in Sicilia, per l'assistenza domiciliare ai pazienti affetti, appunto, da Parkinson. L'iniziativa è dell'azienda ospedaliera "Villa Sofia-Cervello" che, con questo nuovo format punta a creare una rete di integrazione fra ospedale e territorio per la presa in cura dei soggetti alle prese con questa malattia neurodegenerativa progressiva. Un progetto di un anno proposto e curato, in collaborazione con l'Asp dall'ambulatorio Parkinson del Cto, nato nel 1979 e coordinato da Tania Avarello, dal 2002 riconosciuto come centro di riferimento regionale per il Parkinson.

L'équipe è composta da cinque figure pro-

fessionali, tutte donne, un logopedista, un neuropsicologo e un neurologo, assunti a contratto dall'azienda per questo progetto, più un assistente sociale e un fisioterapista già in organico all'azienda. Il loro territorio di riferimento, individuato dal progetto, è quello degli ex distretti sanitari 12 e 13 e interessa la zona di Borgo Nuovo e poi parte del quartiere Libertà, Politeama e Partanna-Mondello.

Sono i medici di base, coinvolti e informati dell'iniziativa dall'Asp 6, ad attivare la procedura segnalando al Centro Parkinson, mediante email creata ad hoc, le situazioni che riguardano i loro pazienti affetti dalla malattia.

A. F.

Vita

VILLA SOFIA-CERVELLO

Parkinson, progetto a Palermo per l'assistenza domiciliare

29 Ottobre 2014

Una nuova iniziativa che punta a creare una rete di integrazione fra ospedale e territorio per la presa in cura dei soggetti alle prese con questa malattia neurodegenerativa progressiva



PALERMO. Un progetto pilota, il primo del genere in Sicilia, per l'assistenza domiciliare ai pazienti affetti dalla malattia di Parkinson. Parte dall'azienda Villa Sofia-Cervello una nuova iniziativa che punta a creare una rete di integrazione fra ospedale e territorio per la presa in cura dei soggetti alle prese con questa malattia neurodegenerativa progressiva. Un progetto di un anno proposto e curato, in collaborazione con l'Asp di Palermo, dall'ambulatorio Parkinson del Cto, nato nel 1979, coordinato da Tania Avarello, dal 2002 riconosciuto come centro di riferimento regionale per il Parkinson. E' qui che è nata una vera e propria task force, gli angeli del Parkinson, un'equipe composta da cinque figure professionali, tutte donne, un logopedista, un neuropsicologo e un neurologo, assunti a contratto dall'Azienda per questo progetto, più un assistente sociale e un fisioterapista già in organico all'Azienda. Il loro territorio di riferimento, individuato dal progetto, è quello degli ex distretti sanitari 12 e 13 e interessa la zona di Borgo Nuovo e poi parte del quartiere Libertà, Politeama e Partanna-Mondello.

Sono i medici di base, coinvolti e informati dell'iniziativa dall'Asp 6, ad attivare la procedura segnalando al Centro Parkinson, mediante e mail creata ad hoc, le situazioni che riguardano i loro pazienti affetti dalla malattia. Entra a questo punto in gioco l'equipe che interviene a domicilio, effettua una valutazione del paziente e compila una scheda con la diagnosi e la terapia al fine di attivare i percorsi necessari che possono prevedere l'assistenza domiciliare per i soggetti che non possono deambulare o la presa in carico ambulatoriamente da parte dell'Asp 6. **Questa fase riguarda i pazienti con la malattia in fase avanzata e sono già una ventina i casi affrontati dal mese di luglio da quando il progetto è entrato nella sua fase operativa.** Ma il progetto prevede anche una fase di prevenzione per quei soggetti nei quali il Parkinson si trova nella fase iniziale. "Le esperienze e gli studi che ci provengono dal modello anglosassone - spiega la dr.ssa Avarello - hanno dimostrato che se un parkinsoniano viene trattato in maniera integrata fin dall'inizio con le figure professionali competenti e con un percorso individuale, la malattia si rallenta notevolmente, come dimostrato dalla stabilizzazione della terapia. Questo significa non solo migliore qualità dei vita per i pazienti, ma anche riduzione delle complicanze, del coinvolgimento delle strutture ospedaliere e di conseguenza anche razionalizzazione delle risorse economiche. La nostra equipe sta effettuando anche questo tipo di valutazione per avviare successivamente i pazienti verso i centri convenzionati esterni, creando una rete riabilitativa

L'utilizzo dei cookie su questo sito serve a migliorare l'esperienza di navigazione.

strumento elettronico che permette di seguire in maniera lineare il

percorso diagnostico-terapeutico del paziente con indicazione degli interventi effettuati da ciascuna figura coinvolta. "Uno strumento - afferma la dr.ssa Avarello - di estrema importanza sia per i pazienti che per i medici e gli operatori. **Seguirà il paziente in tutte le fasi della malattia e garantirà maggiore efficienza e una migliore organizzazione del lavoro.** Ci stiamo lavorando e a breve sarà pronta".

TAG: **malattia, medici, ospedale, parkinson**

Contribuisci alla notizia:

INVIA
FOTO O VIDEO

SCRIVI
ALLA REDAZIONE

SCONTOnit
risparmia in un click

Risparmia
fino al **90%**

BlogSicilia® il giornale online dei siciliani

A CURA DELL'AZIENDA VILLA SOFIA-CERVELLO

Assistenza ai malati di Parkinson A Palermo un progetto pilota



SALUTE E SANITÀ 29 ottobre 2014
di Redazione

Un progetto pilota, il primo del genere in Sicilia, per l'assistenza domiciliare ai pazienti affetti dalla malattia di Parkinson. Parte dall'azienda Villa Sofia-Cervello una nuova iniziativa che punta a creare una rete di integrazione fra ospedale e territorio per la presa in cura dei soggetti affetti da questa malattia neurodegenerativa progressiva.

Un progetto di un anno proposto e curato, in collaborazione con l'Asp di Palermo, dall'ambulatorio Parkinson del Cto, nato nel 1979, coordinato da Tania Avarello, dal 2002 riconosciuto come centro di riferimento regionale per il Parkinson. E' qui che è nata una vera e propria task force, gli angeli del Parkinson, un'equipe composta da cinque figure professionali, tutte donne, un logopedista, un neuropsicologo e un neurologo, assunti a contratto dall'Azienda per questo progetto, più un assistente sociale e un fisioterapista già in organico all'Azienda.

Il loro territorio di riferimento, individuato dal progetto, è quello degli ex distretti sanitari 12 e 13 e interessa la zona di Borgo Nuovo e poi parte del quartiere Libertà, Politeama e Partanna-Mondello.

Sono i medici di base, coinvolti e informati dell'iniziativa dall'Asp 6, ad attivare la procedura segnalando al Centro Parkinson, mediante e mail creata ad hoc, le situazioni che riguardano i loro pazienti affetti dalla malattia. Entra a questo punto in gioco l'equipe che interviene a domicilio, effettua una valutazione del paziente e compila una scheda con la diagnosi e la terapia al fine di attivare i percorsi necessari che possono prevedere l'assistenza domiciliare per i soggetti che non possono deambulare o la presa in carico ambulatoriamente da parte dell'Asp 6.

Questa fase riguarda i pazienti con la malattia in fase avanzata e sono già una ventina i casi affrontati dal mese di luglio da quando il progetto è entrato nella sua fase operativa. Ma il progetto prevede anche una fase di prevenzione per quei soggetti nei quali il Parkinson si trova nella fase iniziale. "Le esperienze e gli studi che ci provengono dal modello anglosassone – spiega la dr.ssa Avarello – hanno dimostrato che se un parkinsoniano viene trattato in maniera integrata fin dall'inizio con le figure professionali competenti e con un percorso individuale, la malattia si rallenta notevolmente, come dimostrato dalla stabilizzazione della terapia. Questo significa non solo migliore qualità dei vita per i pazienti, ma anche riduzione delle complicanze, del coinvolgimento delle strutture ospedaliere e di conseguenza anche razionalizzazione delle risorse economiche. La nostra equipe sta effettuando anche questo tipo di valutazione per avviare successivamente i pazienti verso i centri convenzionati esterni, creando una rete riabilitativa ambulatoriale".

Oltre a queste due fasi, **elemento qualificante del progetto è la cartella elettronica che permette di seguire in maniera lineare il percorso diagnostico-terapeutico del paziente** con indicazione degli interventi effettuati da ciascuna figura coinvolta. "Uno strumento – afferma la dr.ssa Avarello – di estrema importanza sia per i pazienti che per i medici e gli operatori. Seguirà il paziente in tutte le fasi della malattia e garantirà maggiore efficienza e una migliore organizzazione del lavoro. Ci stiamo lavorando e a breve sarà pronta".

IL PROGETTO

Villa Sofia, assistenza a domicilio per i malati di Parkinson

Mercoledì 29 Ottobre 2014 - 17:14

Articolo letto 72 volte

Parte dall'azienda Villa Sofia-Cervello una nuova iniziativa che punta a creare una rete di integrazione fra ospedale e territorio.



PALERMO - Un progetto pilota, il primo del genere in Sicilia, per l'assistenza domiciliare ai pazienti affetti dalla malattia di Parkinson. Parte dall'azienda Villa Sofia-Cervello una nuova iniziativa che punta a creare una rete di integrazione fra ospedale e territorio per la presa in cura dei soggetti alle prese con questa malattia neurodegenerativa progressiva. Un progetto di un anno proposto e curato, in collaborazione con l'Asp di Palermo, dall'ambulatorio Parkinson del Cto, nato nel 1979, coordinato da Tania Avarello, dal 2002 riconosciuto come centro di riferimento regionale per il Parkinson. E' qui che è nata una vera e propria task force, gli angeli del Parkinson, un'equipe composta da cinque figure professionali, tutte donne, un logopedista, un neuropsicologo e un neurologo, assunti a contratto dall'Azienda per questo progetto, più un assistente sociale e un fisioterapista già in organico all'Azienda. Il loro territorio di riferimento, individuato dal progetto, è quello degli ex distretti sanitari 12 e 13 e interessa la zona di Borgo Nuovo e poi parte del quartiere Libertà, Politeama e Partanna-Mondello.

Sono i medici di base, coinvolti e informati dell'iniziativa dall'Asp 6, ad attivare la procedura segnalando al Centro Parkinson, mediante e mail creata ad hoc, le situazioni che riguardano i loro pazienti affetti dalla malattia. Entra a questo punto in gioco l'equipe che interviene a domicilio, effettua una valutazione del paziente e compila una scheda con la diagnosi e la terapia al fine di attivare i percorsi necessari che possono prevedere l'assistenza domiciliare per i soggetti che non possono deambulare o la presa in carico ambulatoriamente da parte dell'Asp 6.

Questa fase riguarda i pazienti con la malattia in fase avanzata e sono già una ventina i casi affrontati dal mese di luglio da quando il progetto è entrato nella sua fase operativa. Ma il progetto prevede anche una fase di prevenzione per quei soggetti nei quali il Parkinson si trova nella fase iniziale. "Le esperienze e gli studi che ci provengono dal modello anglosassone - spiega la dr.ssa Avarello - hanno dimostrato che se un parkinsoniano viene trattato in maniera integrata fin dall'inizio con le figure professionali competenti e con un percorso individuale, la malattia si rallenta notevolmente, come dimostrato dalla stabilizzazione della terapia. Questo significa non solo migliore qualità dei vita per i pazienti, ma anche riduzione delle complicità, del coinvolgimento delle strutture ospedaliere e di conseguenza anche razionalizzazione delle risorse economiche. La nostra equipe sta effettuando anche questo tipo di valutazione per avviare successivamente i pazienti verso i centri convenzionati esterni, creando una rete riabilitativa ambulatoriale". Oltre a queste due fasi, elemento qualificante del progetto è la cartella elettronica che permette di seguire in maniera lineare il percorso diagnostico-terapeutico del paziente con indicazione degli interventi effettuati da ciascuna figura coinvolta. "Uno strumento - afferma la dr.ssa Avarello - di estrema importanza sia per i pazienti che per i medici e gli operatori. Seguirà il paziente in tutte le fasi della malattia e garantirà maggiore efficienza e una migliore organizzazione del lavoro. Ci stiamo lavorando e a breve sarà pronta".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

-63%	Fratelli la Bufala pizze e fritti
	€ 19
-55%	Pizze, birre e dolci
	€ 10

Edizioni:

Palermo

Catania


Trapani

Agrigento




NEWS

Migliaia di lastre in amianto

 Palermo brutto e vincente


 L'ex governatore e il vitalizio,

 Cuffaro, Lombardo, Crocetta:

Palermo, parte progetto per malati di Parkinson

0 Scienza & Salute 29 ottobre 2014 - 12:23 di REDAZIONE

PRINT EMAIL A- A+

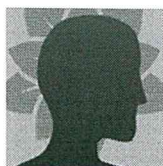
Condividi 

Un progetto pilota, il primo del genere in Sicilia, per l'assistenza domiciliare ai pazienti affetti da Parkinson. Parte dall'azienda Villa Sofia-Cervello di Palermo una nuova iniziativa che punta a creare una rete di integrazione fra ospedale e territorio per la presa in cura dei soggetti alle prese con questa malattia neurodegenerativa progressiva. Un progetto di un anno proposto e curato, in collaborazione con l'Asp di Palermo, dall'ambulatorio Parkinson del Cto, nato nel 1979 e coordinato da Tania Avarello, dal 2002 riconosciuto come centro di riferimento regionale per il Parkinson.

E' qui che è nata una vera e propria task force, gli angeli del Parkinson, un'equipe composta da cinque figure professionali, tutte donne, un logopedista, un neuropsicologo e un neurologo, assunti a contratto dall'Azienda per questo progetto, più un assistente sociale e un fisioterapista già in organico all'Azienda. Il loro territorio di riferimento, individuato dal progetto, è quello degli ex distretti sanitari 12

e 13 e interessa la zona di Borgo Nuovo e poi parte del quartiere Libertà, Politeama e Partanna-Mondello.

Sono i medici di base, coinvolti e informati dell'iniziativa dall'Asp 6, ad attivare la procedura segnalando al Centro Parkinson, mediante email creata ad hoc, le situazioni che riguardano i loro pazienti affetti dalla malattia. Entra a questo punto in gioco l'equipe che interviene a domicilio, effettua una valutazione del paziente e compila una scheda con la diagnosi e la terapia al fine di attivare i percorsi necessari che possono prevedere l'assistenza domiciliare per i soggetti che non possono deambulare o la presa in carico ambulatoriamente da parte dell'Asp 6. Questa fase riguarda i pazienti con la malattia in fase avanzata e sono già una ventina i casi affrontati dal mese di luglio da quando il progetto è entrato nella sua fase operativa. Ma il progetto prevede anche una fase di prevenzione per quei soggetti nei quali il Parkinson si trova nella fase iniziale.



DI REDAZIONE

LIVE



Medicina & Salute » Sicilia, un nuovo servizio per i malati di Parkinson

Casa di Cura Habilidada

La Tecnologia Più Avanzata Nel Trattamento Del Parkinson

Sicilia, un nuovo servizio per i malati di Parkinson

Medicina & Salute 29 ottobre 2014

Consiglialo su Google

Mi piace Condividi 13

Assistenza ai malati di Parkinson. A Villa Sofia nasce un progetto pilota che punta all'integrazione ospedale-territorio, scende in campo un'equipe di cinque donne



Palermo 29 ottobre 2014 - Un progetto pilota, il primo del genere in Sicilia, per l'assistenza domiciliare ai pazienti affetti dalla malattia di Parkinson. Parte dall'azienda Villa Sofia-Cervello una nuova iniziativa che punta a creare una rete di integrazione fra ospedale e territorio per la presa in cura dei soggetti alle prese con questa malattia neurodegenerativa progressiva.

Un progetto di un anno proposto e curato, in collaborazione con l'Asp di Palermo, dall'ambulatorio Parkinson del Cto, nato nel 1979, coordinato da Tania Avarello, dal 2002 riconosciuto come centro di riferimento regionale per il Parkinson.

E' qui che è nata una vera e propria task force, **gli angeli del Parkinson**, un'equipe composta da cinque figure professionali, tutte donne, un logopedista, un neuropsicologo e un neurologo, assunti a contratto dall'Azienda per questo progetto, più un assistente sociale e un fisioterapista già in organico all'Azienda. Il loro territorio di riferimento, individuato dal progetto, è quello degli ex distretti sanitari 12 e 13 e interessa la zona di Borgo Nuovo e poi parte del quartiere Libertà, Politeama e Partanna-Mondello.

Sono i medici di base, coinvolti e informati dell'iniziativa dall'Asp 6, ad attivare la procedura segnalando al **Centro Parkinson**, mediante e mail creata ad hoc, le situazioni che riguardano i loro pazienti affetti dalla malattia. Entra a questo punto in gioco l'equipe che interviene a domicilio, effettua una valutazione del paziente e compila una scheda con la diagnosi e la terapia al fine di attivare i percorsi necessari che possono prevedere l'**assistenza domiciliare** per i soggetti che non possono deambulare o la presa in carico ambulatoriamente da parte dell'Asp 6.

Questa fase riguarda i pazienti con la malattia in fase avanzata e sono già una ventina i casi affrontati dal mese di luglio da quando il progetto è entrato nella sua fase operativa. Ma il progetto prevede anche una fase di **prevenzione** per quei soggetti nei quali il Parkinson si trova nella fase iniziale.

“ Le esperienze e gli studi che ci provengono dal modello anglosassone - spiega la **dr.ssa Avarello** - hanno dimostrato che se un parkinsoniano viene trattato in maniera integrata fin dall'inizio con le figure professionali competenti e con un percorso individuale, la malattia si rallenta notevolmente, come dimostrato dalla stabilizzazione della terapia. Questo significa non solo migliore qualità dei vita per i pazienti, ma anche riduzione delle complicanze, del coinvolgimento delle strutture ospedaliere e di conseguenza anche razionalizzazione delle risorse economiche. La nostra equipe sta effettuando anche questo tipo di valutazione per avviare successivamente i pazienti verso i centri convenzionati esterni, creando una rete riabilitativa ambulatoriale”.

Oltre a queste due fasi, elemento qualificante del progetto è la **cartella elettronica** che permette di seguire in maniera lineare il percorso diagnostico-terapeutico del paziente con indicazione degli interventi effettuati da ciascuna figura coinvolta. “Uno

strumento - afferma la dr.ssa Avarello - di estrema importanza sia per i pazienti che per i medici e gli operatori. Seguirà il paziente in tutte le fasi della malattia e garantirà maggiore efficienza e una migliore organizzazione del lavoro. Ci stiamo lavorando e a breve sarà pronta”.

MALATTIA DI PARKINSON

Informazione e ricerca scientifica Scopri le ultime novità



TAG [palermo](#) [sicilia](#)

Potrebbero interessarti anche:



Crisi, Frette scappa dalla Sicilia e chiude i punti vendita



Autovelox, a Palermo e in autostrada. Ecco dove sarà la Polizia



Parte da Palermo il "Treno storico" alla scoperta dell'entroterra siciliano



Palermo in ginocchio a causa del maltempo e non è finita qui. Allerta meteo anche per oggi



Palermo: ancora Pizzo Sella, ancora "collina del disonore"

0 Commenti [Resapubblica](#)

Entra

Ordina dal migliore

Condividi [Condividi](#) Preferita [★](#)



Inizia la discussione...

Commenta per primo.

[✉](#) Iscriviti

[+](#) Aggiungi Disqus al tuo sito web

[🔒](#) Privacy

L'APERTURA. I locali sono più ampi. Cambia pure il look per sale visite e triage. Dodici i posti letto per i piccoli che avranno bisogno di restare sotto osservazione

Ospedale dei Bambini, lavori terminati: nuovo pronto soccorso da oggi in funzione

● Si accederà dall'ingresso situato in via dei Benedettini

Sono 45 mila i piccoli pazienti che arrivano al pronto soccorso dell'ospedale dei Bambini ogni anno. E 2.500 i bambini che rimangono in «osservazione breve». La struttura sarà subito operativa.

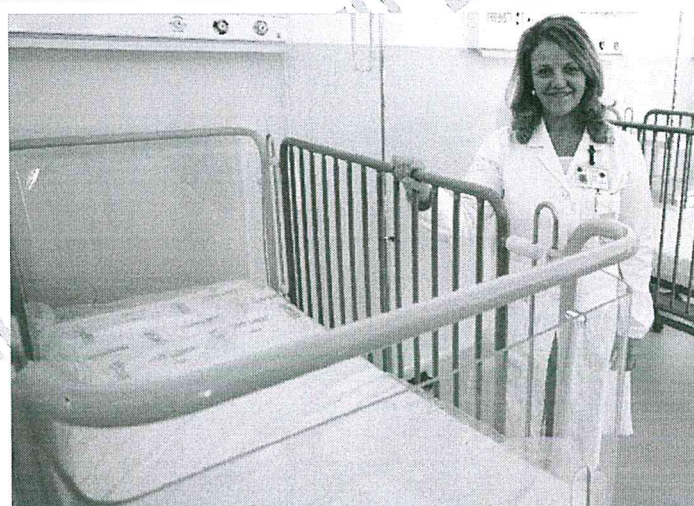
Anna Cane

●●● Sono passati quasi trent'anni ma alla fine i locali del pronto soccorso dell'ospedale dei Bambini sono stati ristrutturati. Per anni si è atteso l'inizio dei lavori, partiti nel 2006, e oggi il pronto soccorso ha una nuova veste. Un vero trasloco dalla vecchia struttura, che rimessa a nuovo diventerà il reparto di Chirurgia alla nuova area che accoglie il pronto soccorso e il reparto di Osservazione breve per i piccoli pazienti dell'ospedale. L'accesso all'area d'emergenza da oggi è da via dei Benedettini, accanto al vecchio ingresso dell'ospedale Di Cristina. Non sa-

rà più possibile, quindi, accedere al pronto soccorso da piazza Montalto. Il nuovo pronto soccorso ha adesso anche un ingresso per i pazienti barellati, differente dall'ingresso per i pedoni. Locali più confortevoli e accoglienti con letti colorati e nuove strumentazioni. Pareti fresche di pittura e odore di nuovo. Sale visite e triage totalmente ristrutturati, sale più ampie, più ategiate. Dodici i posti letto per i piccoli pazienti che, per traumi cranici o avvelenamenti, necessitano di accertamenti. I pazienti rimangono nella struttura per 24-36 ore, poi valutati i risultati delle analisi, si decide se far tornare il piccolo a casa o ricoverarlo.

Tutto è pronto a partire da oggi e si respira un'aria di serenità nonostante il lavoro sia tanto impegnativo in quanto il trasloco è ancora in corso. «Lavorare in condizioni più confortevoli dà la possibilità anche a noi medici e agli infermieri di lavorare meglio - ha detto Fortunata

Fucà, primario del pronto soccorso - anche se le risorse umane in primis sono ciò che permettono al paziente e ai suoi familiari di stare bene e i nostri professionisti hanno sempre lavorato anche in condizioni meno favorevoli». Non vi sarà alcuna inagurazione, il pronto soccorso si trasferisce ed è operativo fin da subito. «Non abbiamo tempo per festeggiamenti e celebrazioni, il lavoro ci chiama - ha detto Giovanni Migliore il direttore generale dell'ospedale Civico - siamo operativi fin da subito. Lavoriamo, traslochiamo, facciamo tutto contemporaneamente perché il pronto soccorso non può permettersi di chiudere anche solo un giorno». Oggi infatti, per far fronte agli ultimi spostamenti in fase finale di trasloco, è stata allestita una postazione del 118 di supporto al pronto soccorso. Una sorta di ospedale da campo che ha coadiuvato i medici e gli infermieri, proprio a fianco dell'ingresso del pronto soccorso.



Fortunata Fucà nei locali del nuovo pronto soccorso all'ospedale dei Bambini Di Cristina. (FOTO PEXX)

NELLA VECCHIA AREA SARÀ REALIZZATO IL REPARTO DI CHIRURGIA PEDIATRICA

Sono 45 mila i piccoli pazienti che arrivano al pronto soccorso dell'ospedale dei Bambini ogni anno. E 2.500 i bambini che rimangono in «osservazione breve»: questi i dati forniti dal primario del reparto alla

presenza dell'assessore regionale alla Salute, Lucia Borsellino e Rosalia Murè, responsabile del servizio programmazione dell'assessorato. «In un reparto delicato come il nostro - ha detto ancora il primario Fucà - con o senza strumenti, anche con locali poco confortevoli, noi abbiamo cercato di assistere al meglio sempre i nostri piccoli pazienti e le loro famiglie. In condizioni non facili abbiamo cercato di rasserenare tante mamme dando loro il nostro supporto, non solo medico, ma anche e soprattutto umano e tante gratificazioni e ringraziamenti sono sem-

pre arrivati per i nostri infermieri e tutto lo staff medico. I colori pastello delle pareti, le nuove strumentazioni, i nuovi arredi, gli spazi ampi del nuovo pronto soccorso ora ci aiuteranno ancor di più ad alleviare le sofferenze dei nostri piccoli pazienti».

Nei vecchi locali che accoglievano il pronto soccorso e il reparto di «osservazione breve» stanno già per partire i lavori di ristrutturazione, a completamento del progetto, che prevedono la realizzazione del nuovo reparto di chirurgia pediatrica dell'ospedale. (ACANT)

LA CERIMONIA. Il responsabile di Neurologia, Alfredo Mattaliano: fu lui a creare la struttura utile nella fase acuta. La moglie: tutto possibile grazie a un lavoro di squadra

Civico, unità per la cura dell'ictus intitolata all'ex direttore Natalè

●●● Nelle giornate mondiali contro l'ictus, celebrata ieri mattina presso il reparto di Neurologia dell'ospedale Civico di Palermo, si è svolta una cerimonia durante la quale la «Stroke Unit», cioè l'unità all'interno del reparto dedicata ai pazienti affetti da ictus, è stata intitolata a Eraldo Natalè, che fu il primo direttore. «Fu lui a mettere in atto nel 2008 una struttura che si occupasse dell'ictus in fase acuta - ha detto Alfredo Mattaliano, responsabile del reparto di Neurologia dell'ospedale Civico - con un'equipe costituita da medici, infermieri, logopedisti, terapisti della riabilitazione che prendono in carico il paziente fin dalle primissime fasi. In questa maniera si riduce il tasso di mortalità da ictus e soprattutto si riduce la disabilità nel

paziente. La multi professionalità dell'equipe, l'approccio integrato medico e riabilitativo, la formazione continua del personale, l'istruzione dei pazienti e dei familiari, è dimostrato che portano grandi benefici ai pazienti».

La prima struttura «Stroke Unit» è stata realizzata al reparto di neurologia dell'ospedale Civico e col passare degli anni i posti letto sono passati da quattro a otto. Un'analogà struttura, con altri otto letti, è stata realizzata successivamente anche presso il reparto di Neurologia dell'ospedale Villa Sofia per un totale di sedici posti nella città di Palermo. Presenti alla cerimonia ieri mattina anche l'assessore regionale alla Salute, Lucia Borsellino, il direttore generale dell'azienda ospedaliera Civico, Gio-

vanni Migliore, la dottoressa Serena Monaco responsabile dello «Stroke Unit», il dottor Gianluca Lopez presidente di «Alice» e la moglie del dottor Eraldo Natalè che si è detta emozionata e commossa per l'attenzione e l'affetto dimostrati alla memoria del marito: «Non riesco a descrivere la mia contentezza - ha detto Ornella Daniele, anche lei medico neurologo - con tutte le sue forze mio marito ha voluto quest'unità e tutto è stato possibile soprattutto grazie ad un grande lavoro di squadra».

Oltre 200.000 i casi di nuovi ictus ogni anno e 930.000 le persone che ne portano le conseguenze. L'ictus non è soltanto una malattia dell'anziano, circa 10.000 casi ogni anno, riguardano soggetti con età inferiore ai 54 anni. Questi



Alfredo Mattaliano, Lucia Borsellino, Ornella Daniele, Serena Monaco e Giovanni Migliore. (FOTO PETA)

i dati aggiornati, forniti dal reparto di neurologia del Civico. Per favorire la prevenzione e la cura dell'ictus, la sezione Sicilia dell'associazione per la lotta all'ictus cerebra-

le «Alice» ieri pomeriggio ha organizzato un convegno dal titolo «Non perdere la testa! Insieme contro l'ictus cerebrale» presso la sala Caffè del teatro Massimo al quale

hanno partecipato pazienti e familiari. Durante il convegno è stato distribuito inoltre anche materiale informativo a tutti i partecipanti. (AGAM)

AZIENDA OSPEDALIERA ARNAS CIVICO**Lia Murè passerebbe dalla Regione alla guida della direzione sanitaria**

Ormai da diversi mesi l'azienda ospedaliera Arnas Civico è "orfana" di un direttore sanitario. In atto il direttore generale, Giovanni Migliore può contare sul direttore amministrativo, Vincenzo Barone, ma come lo stesso manager ha riferito qualche tempo fa al nostro giornale «quanto prima il vuoto in organico nel vertice aziendale sarà presto colmato».

Le indiscrezioni non mancano, in questi casi. Anche se stavolta è più di una indiscrezione. Sembra, infatti, che la "benedizione" su un possibile nome sia arrivata direttamente dall'assessore regionale alla Salute, Lucia Borsellino.

Alla guida della direzione sanitaria dovrebbe arrivare, salvo imprevisti dell'ultimo momento, Rosalia (Lia) Murè, 52 anni, ennese, dal

5 ottobre 2009 ad oggi, dirigente responsabile del Servizio IV "Programmazione ospedaliera" dell'assessorato regionale della Salute e di recente anche commissario straordinario dell'Asp di Catania. Nel passato è stato anche direttore sanitario dell'ospedale "Basilotta" di Nicosia e dell'azienda ospedaliera "Umberto I" di Enna.

Intanto, rimane ancora vuota la casella del direttore amministrativo dell'Asp. Il manager, Antonino Candela, ancora, malgrado siano passati diversi mesi dal suo insediamento, non ha trovato l'uomo o la donna giusta da insediare nella "seconda" poltrona dell'azienda. Mentre la "terza" è saldamente occupata dal direttore sanitario, Giuseppe Noto.

ANTONIO FIASCONARO

LA PROTESTA. Ieri vertice in commissione Sanità. Il presidente Digiaco: chiederò all'assessore di fermare i pagamenti e istituire un tavolo tecnico per chiarire la vicenda

Laboratori d'analisi, asse coi deputati: sospendere i tagli

PALERMO

●●● Sono scesi in piazza i titolari dei laboratori d'analisi convenzionati con la Regione. In circa 400, da piazza Marina fino all'Ars, hanno protestato contro la restituzione chiesta dalla Regione di 150 milioni: somme che sarebbero state incassate illegittimamente dai centri in virtù di un vecchio tariffario regionale.

Nel pomeriggio, dopo una lunga audizione, in commissione Sanità all'Ars i

titolari delle strutture convenzionate hanno incassato quella che ritengono una «modesta vittoria»: il presidente della commissione, Pippo Digiaco, chiederà all'assessore alla Salute, Lucia Borsellino, di «fermare il pagamento dei rimborsi e di istituire un tavolo tecnico per far luce su alcuni aspetti della vicenda». Dall'assessorato al momento nessuna replica in attesa che torni a insediarsi l'assessore, W Totò Cordaro, capogrup-

po del Pd-Cp, chiede che «il governo si impegni a una soluzione della questione».

La settimana scorsa i sindacati delle strutture avevano presentato un esposto alla procura della Corte dei Conti, in cui, definendo «illegittima» la richiesta dei 150 milioni, vengono ripercorse le tappe della guerra a suon di carte bollate con la Regione. Tutto nasce con l'introduzione di un tariffario nazionale e

un decreto con uno sconto del 20 per cento sulle tariffe, impugnato dai privati nel 2008. Il Tar ha concesso la sospensione, in attesa del pronunciamento sul merito. Nel frattempo, la Regione ha ripristinato il tariffario più favorevole ai privati. Ma nel 2011 il Cga ha dato ragione alla Regione e nel 2012 l'assessorato ha ripristinato retroattivamente il tariffario nazionale, chiedendo indietro la differenza percepita dalle strutture.

«Ma - scrivono i sindacati nell'esposto - il Tar e il Cga non hanno mai stabilito la revoca del tariffario regionale, ma soltanto l'applicazione di uno sconto del 20 per cento sui prezzi, perché l'assessorato aveva fatto ricorso solo sul secondo decreto». Tesi, questa, che secondo il presidente Digiaco «non è del tutto infondata». Domenico Marasà, leader del Cds (una delle sigle più rappresentative) in commissione ha chiesto allora

«su quali basi la Regione stia chiedendo di restituire i soldi e, ammesso che l'assessorato abbia ragione, come mai dal 2011 ha continuato a stabilire i budget annuali sulla base del tariffario regionale e non su quello nazionale?». Marasà si dice «soddisfatto per l'esito della seduta in commissione» e ricorda che «le strutture sono allo stremo per l'applicazione del Balduzzi e rischiamo di ricevere l'ennesimo colpo di grazia da restituzioni illegittime». Da maggio 2013 in Sicilia è entrato, infatti, in vigore il decreto Balduzzi, che taglia le tariffe delle prestazioni del 40 per cento rispetto al prezzario regionale. (GVAR)

ASSISTENZA. «LA PRIORITÀ? ELIMINARE LE CARENZE STRUTTURALI IN UN CONTESTO DOVE EMERGONO OTTIME PROFESSIONALITÀ E SI PROSPETTANO OCCASIONI DI CRESCITA»

«La sanità a livelli di eccellenza»

Il direttore dell'Asp di Siracusa Salvatore Brugaletta: «Lavoriamo per dare ai pazienti servizi sempre migliori»

Sono passati quattro mesi dal suo insediamento ed è il momento di fare un primo bilancio per il direttore generale dell'Asp di Siracusa Salvatore Brugaletta.

●●● **Facciamo una prima analisi della situazione nelle strutture territoriali e in quelle ospedaliere Umberto I di Siracusa, ospedali riuniti Trigona di Noto e Di Maria di Avola, Muscatello di Augusta e Lentini.**

«La sensazione è di avere trovato una realtà di grande vivacità professionale, eccellente in quasi tutti gli ambienti. Le criticità sono invece sotto il profilo strutturale. Dedicamo gran parte del tempo per risolvere queste carenze che rendono non ottimali le condizioni lavorative degli operatori che si prodigano in maniera encomiabile. L'obiettivo è chiaramente quello di migliorare la qualità dell'accoglienza degli utenti. Profonderò il massimo impegno affinché ai cittadini vengano garantite prestazioni ottimali anche sotto il profilo della qualità alberghiera».

●●● **Quali linee intende seguire?**

«Il Pronto Soccorso dell'Umberto I è una priorità per l'Asp di Siracusa e intendiamo migliorarne entro breve le condizioni generali di funzionalità, per dare risposte concrete agli utenti e per mettere medici e paramedici nelle condizioni di operare al meglio. Abbiamo già programmato e messo in cantiere una serie di misure mirate proprio a dare risposte rapide a tutti. Il Pronto Soccorso dell'Umberto I registra ogni anno poco meno di 70.000 accessi. I primi interventi servono proprio a decongestionare la struttura di emergenza. Questo sarà possibile attraverso l'istituzione di due Punti di Primo Intervento, uno per gli adulti, che abbiamo collocato nell'area di Emergenza, e uno pediatrico, che ci consentiranno, con la gestione dei codici bianchi e parte dei verdi, di alleggerire di circa 10.000 interventi il peso che grava sul Pronto soccorso. Abbiamo realizzato due sale d'attesa ed è in corso la predisposizione

di una terza per le famiglie cercando di rivedere il servizio in una visione legata alla famiglia».

●●● **E sotto il profilo dell'organico?**

«Ci sono due medici in più che fanno attività e tre psicologi che si occupano anche delle relazioni tra il personale e i cittadini ed è attivo il Codice Rosa per la gestione dei pazienti vittime di abusi e violenze. È un buon punto di partenza. L'Asp di Siracusa non è seconda a nessuno come professionalità. Stiamo lavorando, ad esempio, per implementare un'assistenza specialistica per l'infarto e la frattura del femore. Il problema fondamentale è rappresentato, come dicevo, dalle strutture».

●●● **C'è una priorità?**

«La costruzione di un nuovo ospedale nel capoluogo è certamente tra le mie priorità ma darò rilevanza innanzitutto a migliorare l'attuale struttura del pronto soccorso, centro di emergenza brillantemente gestito, e ai tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali per venire incontro al meglio alle esigenze dei pazienti. Appropriata sarà una parola chiave della mia mission così come integrazione tra ospedale e territorio: ci impegneremo in una gestione economica senza sprechi, in una politica del risparmio, innescando un meccanismo virtuoso con attenzione ai bisogni della gente».

●●● **E per quanto riguarda i nuovi servizi?**

«Al Rizza sta nascendo la radioterapia. Si conclude finalmente un percorso che porterà molto presto a dotare questo territorio di un servizio che solleva i pazienti dalla necessità di spostarsi fuori provincia con un comprensibile disagio vissuto sino ad oggi non soltanto dai pazienti ma anche dai loro familiari sia in termini economici che emotivi. La provincia supera finalmente un gap storico».

●●● **La nuova rete ospedaliera della regione prevede delle ricadute positive per il Siracusano,**



SALVATORE BRUGALETTA

DIRETTORE GENERALE ASP SIRACUSA

Il direttore generale dell'Asp di Siracusa Salvatore Brugaletta

in particolare ad Augusta con la prospettiva del polo oncologico...»

«Decisamente. Se il piano della giunta andrà avanti così come previsto dalla bozza è un'opportunità fantastica per tutta la provincia da Avola-Noto a Lentini, il polo oncologico di Augusta sarebbe poi un riferimento su base regionale».

●●● **A proposito del nuovo concetto**

di ospedali riuniti Avola-Noto funziona?

«Questo è il futuro. La Sicilia ha scelto di accorpate gli ospedali con missioni complementari. Noto con la cittadella della salute, la riabilitazione e la lungodegenza si integra alla perfezione con Avola dove è prevista la rianimazione. Un investimento che dà massima garanzia. C'è ancora l'iter legislativo che deve essere sviluppato ma sono fi-

ducioso. La nuova rete ospedaliera migliorerebbe la qualità e, non dimentichiamo, sbloccerebbe anche i concorsi».

●●● **È un argomento di grande attualità la riduzione della spesa farmaceutica. Che fare?**

«Siracusa è ai primissimi posti per efficienza della gestione farmaceutica. Siamo tra quelli che costano meno. Stiamo ottenendo risultati

importanti lavorando in grande sintonia anche con Federfarma. Penso che grazie alle sinergie si possa curare meglio e spendere meno. La logica dell'integrazione sviluppata a tutti i livelli sia dalle aziende che dalle strutture ospedaliere, ma anche da punti di accesso e servizi sociali dei comuni può portare solo ottimi risultati. Stiamo lavorando, in questo senso, a piattaforme uniche che ci pongono all'avanguardia in Sicilia. Parlo della rete di servizio integrata».

●●● **Il Siracusano è anche territorio di sbarchi dove l'accoglienza deve andare di pari passo con l'assistenza sanitaria...**

«Proprio pochi giorni fa abbiamo ricevuto i complimenti dalla commissione europea. I nostri standard rispecchiano i livelli comunitari. E non è roba di poco conto se si pensa che Augusta ha accolto qualcosa come quarantamila migranti, la metà di quelli giunti in Sicilia. La criticità di queste operazioni è stata gestita, passatemi i termini, con ordinaria eccellenza sotto l'ottimo coordinamento del prefetto Armando Gradone. È stata data una grande risposta. Abbiamo dimostrato a tutta l'Europa grandi doti umane, professionali e organizzative. Per questo motivo, il mio ringraziamento va a tutti i medici e gli operatori impegnati nelle banchine che hanno dato prova di grande sacrificio in una situazione di epocale emergenza».

●●● **Infine, prevenzione e liste d'attesa... Un problema comune a tutte le realtà sanitarie del nostro Paese...**

«Certamente. La prevenzione è fondamentale in una catena come può essere simboleggiata l'assistenza sanitaria. Noi stiamo pensando in questo momento al vaccino antinfluenzale e si può immaginare facilmente l'importanza di questo passaggio per l'assistenza tanto che faremo una campagna in questo senso. Diverso è il caso delle liste d'attesa, su cui stiamo lavorando per accorciare il più possibile i tempi consapevoli che su alcuni servizi dobbiamo fare passi in avanti».

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

29 ottobre 2014

Rapporto Crea: ricetta in sette punti per un Ssn più forte e sostenibile. Lorenzin: «Investire in salute presupposto per la crescita»

Risorse certe e vincolate per la prevenzione, che dovrebbe diventare un «quarto Lea», una riforma strutturale delle esenzioni e delle compartecipazioni per dare priorità alle fasce più fragili; un fondo per l'innovazione alimentato anche dal delisting delle terapie a bassissimo costo; una governance razionalizzata per la non-autosufficienza; potenziamento degli strumenti di valutazione delle performance; una maggiore accountability di dg e aziende; investimenti nei sistemi informativi. E' questa la ricetta in sette punti per un Ssn più forte e sostenibile contenuta nel 10° Rapporto Sanità dell'Università Tor Vergata di Roma, elaborato dai ricercatori del Consorzio per la ricerca economica applicata in sanità (Crea) e presentato oggi nell'Aula dei Gruppi parlamentari della Camera dei Deputati.

«È necessario aumentare le capacità del sistema sanitario di convertire le risorse in valore, tenendo presente che l'investimento in salute è il presupposto per la crescita e lo sviluppo di un paese». Scrive la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin in un messaggio inviato alla presentazione del Rapporto. Per la ministra «gli investimenti nella prevenzione sono quelli che pagano nel medio e lungo periodo e così facendo rendono sostenibile l'assetto di spesa sanitaria nel futuro». Allo stesso modo bisogna porre «in essere ogni strategia utile alla riduzione degli sprechi e alla sostenibilità economico-finanziaria del Ssn».

E per raggiungere questo obiettivo secondo Lorenzin «occorre applicare un programma di revisione e aggiornamento della struttura gestionale e della governance delle aziende». Per la ministra è poi «necessario intervenire attraverso il taglio dei ricoveri inappropriati così com'è necessario intervenire sugli sprechi derivanti da assenza o carenza di integrazione ospedale-territorio, da carenza di assistenza domiciliare, nonché degli sprechi derivanti dagli errori in sanità».

L'emergenza finanziaria è temporaneamente rientrata. Dal 2005 al 2012 il disavanzo si è ridotto del 79,5% (anche grazie ai piani di rientro), ed ora è ripartito quasi uniformemente tra Nord, Centro e Sud. Gran parte dei "risparmi" sono, però, per ora da attribuirsi alle azioni messe in atto nei confronti del privato. Quindi, non è ovvio, sottolinea il Report, che le politiche di accentramento regionale abbiano prodotto effetti eclatanti di risparmio. Un trend che dimostrerebbe tra l'altro che «il federalismo, voluto innanzitutto per ragioni di responsabilizzazione finanziaria, non è stato un fallimento».

Un Ssn sempre più «sobrio» ma al Sud si spende ancora meno. L'Italia per la Sanità spende molto meno degli altri Paesi europei: il gap fra spesa sanitaria pro-capite italiana e Paesi Ue14 continua ad allargarsi, arrivando al -25,2% nel 2012. In rapporto alla popolazione over 65 è addirittura al -34,9%. E in questo caso le differenze Nord-Sud permangono: le Regioni settentrionali hanno un gap di spesa sanitaria verso Ue14 del -20,1%, mentre in quelle meridionali il gap raggiunge il -33,3%. Un dato che resta tale anche eliminando l'effetto demografico (nelle regioni del Nord la popolazione è mediamente più anziana e quindi la spesa sanitaria è maggiore). Fra la Valle d'Aosta e la Campania il differenziale di spesa rimane infatti del 48,3% (€ 3.184 vs. € 2.147): dimostrando così che i cittadini del Sud hanno una spesa pro-capite di circa il 50% inferiore a quella di molte Regioni del Nord.

Ssn pronto per il passaggio alla fase del risanamento. Dopo il superamento dell'emergenza finanziaria, i tempi sono maturi per il passaggio alla "fase 2". «Si inizia ora a valutare l'efficienza, cercando di verificare in che misura il risanamento finanziario sia accompagnato dall'adeguamento quali-quantitativo dei servizi erogati. Lo strumento principe per questa analisi è la "griglia LEA" elaborata dal Ministero della Salute». Esistono però Regioni promosse a pieni voti nel 2011 (anche regioni benchmark per i costi standard) per le quali si registra un eccesso di rinunce alle cure per motivi economici o casi di impoverimento e spese catastrofiche.

Invecchiamento della popolazione non fa rima con bancarotta. L'invecchiamento non porterà alla bancarotta del sistema sanitario italiano: i tassi di cronicità di alcune patologie croniche si sono ridotti grazie alla prevenzione e le nuove tecnologie hanno ridotto in molti casi il ricorso all'ospedalizzazione. Ulteriori risparmi si sono ottenuti grazie alle genericazioni, che permettono oggi di curare le cronicità con costi molto più bassi. L'allungamento dell'aspettativa di vita è effettivamente una grande conquista, purché non si rinunci agli investimenti in educazione e prevenzione primaria e secondaria. Per misurare l'impatto dell'invecchiamento,

conclude il Rapporto Crea, sarebbe preferibile abbandonare indicatori quali la quota di popolazione anziana, adottando misure che si riferiscono al numero di persone che si avvicinano alla fine vita: fortunatamente, questi ultimi indicatori crescono relativamente poco.

Prevenzione ancora insufficiente. Nonostante per alcune variabili l'Italia abbia una performance migliore di altri Paesi europei, i miglioramenti negli ultimi anni di indicatori attinenti a fattori di rischio (specie obesità infantile e riduzione del consumo di tabacco) risultano non soddisfacenti. Rimangono poi enormi le variabilità regionali in tema di adesione agli screening obbligatori. Dalle analisi si evince un investimento insufficiente a livello nazionale nelle politiche di promozione degli stili di vita salutari, e a livello regionale il rischio che le risorse da destinare alla prevenzione siano distolte per compensare gli sprechi in altre voci di spesa o contenere i disavanzi.

Innovazione: in Italia accesso a ostacoli. I consumi italiani dei nuovi farmaci autorizzati a livello europeo (EMA) negli ultimi 5 anni, sono radicalmente inferiori a quelli medi di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna, variando a seconda delle aree terapeutiche fra il 35,7% e il 79,1%. Analogamente, le adesioni medie (Passi 2010-2012) della popolazione target all'interno dei programmi di screening variano fra: il 7% di Puglia e Sicilia e il 64% di Emilia Romagna per lo screening colorettole; il 21% della Campania e il 74% della P.A. Trento per quello mammografico; il 13% della Liguria e il 72% della Valle d'Aosta per lo screening della cervice uterina. Altro settore a rischio è quello della non-autosufficienza: considerando l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), nel 2012 la sola Emilia Romagna supera il 10% di anziani over 65 assistiti a domicilio e ben 11 Regioni rimangono sotto il 4%.

Spesa Out Of Pocket a macchia di leopardo. Uno dei maggiori determinanti di iniquità in Sanità è il diverso ricorso alle spese out of pocket: le differenze regionali sono notevoli (oltre il 40%) e risultano determinate da un insieme di fattori, fra cui i livelli di reddito delle famiglie e quelli delle compartecipazioni. In campo farmaceutico, le spese dirette "sgravano" il sistema pubblico da oneri, aiutando di fatto a mantenerne la sostenibilità: i farmaci di classe A (eleggibili al rimborso pubblico) acquistati direttamente dalle famiglie sono cresciuti del 69,4% fra il 2003 e il 2013. Le compartecipazioni farmaceutiche incidono molto più nel meridione che nel settentrione (7,7% sulla spesa farmaceutica della Regione Sicilia, contro il 2,2% della P.A. di Bolzano).

Non-autosufficienza in ordine sparso. Secondo le stime degli esperti Crea, per la non-autosufficienza nel 2012 si spendono circa 27,7 mld., di cui il 28,5% per prestazioni sanitarie e il resto per quelle sociali e in denaro. La spesa privata è di circa il 7,7%. Complessivamente siamo al 1,8% del PIL, valore non dissimile a quello medio europeo. Nella gestione della non-autosufficienza, il problema rimane l'eccesso di frazionamento dei fondi e delle relative responsabilità: le varie prestazioni in molti casi si sovrappongono e, peggio, rispondono a requisiti per l'accesso disomogenei; ad esempio, alcune sono legate al reddito e altre ne sono del tutto indipendenti, con il rischio di generare razionamenti in alcune aree e privilegi in altre.

La selettività pre-condizione per ampliare l'accesso all'innovazione. La capacità di investimento sembra essere l'elemento di sistema più in sofferenza, e in particolare mette a rischio l'innovazione. Perdurando la crisi economica, la strada da intraprendere per sostenere gli investimenti in innovazione, sembra pragmaticamente obbligata: la ridefinizione delle priorità degli interventi pubblici, selezionando quelli più meritori, ovvero quelli che impattano di più sui bilanci delle famiglie e quindi possono creare barriere all'accesso. La selettività passa per una radicale riforma delle esenzioni e delle compartecipazioni, ma data la nota incapacità italiana di combattere l'evasione, come second best, potrebbero anche essere prese in considerazione politiche di delisting (dal prontuario). Nel settore farmaceutico, nel 2013 il 36,7% del consumo di classe A è a fronte di confezioni con prezzo inferiore a € 10. Si tratta di un consumo che ammonta a circa € 3,25 mld. (di cui € 1 mld. per le confezioni sotto € 5) di cui basterebbe "selezionare" la metà per garantire ampia sostenibilità alle innovazioni in arrivo sul mercato.

LE SETTE PROPOSTE DEL RAPPORTO SANITA' CREA

1. l'opportunità di avere un quarto LEA per la prevenzione, estrapolandolo dall'Assistenza Collettiva e ricongiungendoci tutte le attività collegate, in modo da garantire che ci sia un vincolo di destinazione delle risorse e una possibilità di controllo sulla destinazione degli investimenti (urgentissimi in tema di stili di vita e prevenzione primaria);
2. la riforma strutturale, e in una logica selettiva, delle esenzioni e delle compartecipazioni, garantendo l'esenzione solo alle famiglie in assoluto più fragili ed estendendo la compartecipazione a tutte le prestazioni, diversificandola in base alla condizione economica;
3. la creazione di un fondo vincolato per l'innovazione, in particolare quella farmaceutica, la cui governance è molto stretta, alimentabile con le compartecipazioni o al limite con il delisting delle terapie a bassissimo costo;
4. la riforma e il coordinamento degli istituti che comportano erogazioni per i non-autosufficienti, riunificando le regole di accesso (ad esempio con regole comuni relative alla valutazione multidimensionale) e garantendo una governance unica del sistema;
5. il potenziamento degli strumenti di valutazione delle performance, specialmente qualitativa, allargando la partecipazione alle valutazioni a tutti gli stakeholder del sistema, e integrandone poi i risultati nelle regole di accreditamento, in modo da condizionare la permanenza sul mercato delle strutture, oltre che all'equilibrio

finanziario, anche all'eccellenza assistenziale e organizzativa (fra cui l'uso della ICT), il tutto misurato secondo le regole della revisione fra pari;

6. il ripensamento dell'aziendalizzazione, garantendo l'omogeneità delle valutazioni delle performance aziendali e, quindi, una maggiore accountability dell'attività dei Direttori Generali e delle Aziende; rianalizzando anche gli impedimenti normativi all'esplicarsi della reale autonomia aziendale e ripensando un modello che di fatto non prevede sanzioni di mercato per le strutture inefficienti;

7. un maggiore e più coordinato investimento nei sistemi informativi, sia per ciò che riguarda le aree ancora scoperte (residenziale, domiciliare, etc.), sia per quanto concerne l'armonizzazione dei dati a livello nazionale e internazionale.

29 ottobre 2014

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

29 ottobre 2014

ESCLUSIVA/ Rapporto Crea, Spandonaro: «Cosa e perché rischia la sanità pubblica»

di Federico Spandonaro (Presidente CREA SanitàConsorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità)

Nel Rapporto 2013 avevamo stressato il concetto per cui l'Italia non solo spende poco per la Sanità, ma che il gap fra la spesa italiana ed europea (dei Paesi Ue con noi confrontabili!), crescendo continuamente, era arrivato a livelli davvero significativi: in verità da anni di questa "sobrietà" del Ssn si erano accorti tutti a livello internazionale, tanto che l'Oecd mette il Ssn italiano sul podio dell'efficienza.

La conferma di questa anomalia è poi arrivata durante l'anno, con le audizioni parlamentari dei funzionari dell'organismo internazionale, che hanno stimato un gap persino più ampio del nostro. Durante l'anno la novità è stata proprio una crescente consapevolezza sul fatto che il concetto di spreco non si coniuga necessariamente e immediatamente con quello di risparmio: si noti che nel Patto per la Salute è stato scritto che i recuperi di risorse ottenibili con la riduzione degli sprechi sarebbero stati reinvestiti in Sanità: quindi gli sprechi, pur esistendo, vanno reinvestiti senza poter generare risparmi finanziari. In questo va dato atto al Ministro di essere stata sempre piuttosto coraggiosa nell'affermare il principio.

Diviene lecito domandarsi se questo approccio implichi la recondita idea di aumentare i livelli di tutela oltre l'asticella (convenzionale) dei Lea: credo che la risposta sia certamente no, e sarebbe in effetti scorretto pensare che, perdurando la recessione, un settore possa decidere di "allargarsi", di fatto a scapito di altri, considerando poi che l'istruzione (ad esempio) naviga in acque anche peggiori della Sanità.

Quindi il reinvestimento è finalizzato ad erogare i Lea: si può leggere come una ovvia conseguenza dell'essere finalmente passati alla fase 2 del risanamento; ridotto, invero in pochi anni, dell'80% il disavanzo, finalmente si guarda al come e, quindi, alla concreta esigibilità dei Lea, scoprendo che molte Regioni sono inadempienti (e forse anche più di quante appaiano alla setaccio della "griglia ministeriale").

La parola "razionamento" è tabù in politica, e quindi non si pronuncia mai: ma la logica conseguenza delle affermazioni precedenti è che il sistema, sprecando, è costretto a razionare. E in prospettiva, stare al passo con le innovazioni e le aspettative della popolazione, con risorse tendenzialmente decrescenti in termini reali, diventa davvero complesso.

Il vero snodo è proprio quello del livello delle tutele: tant'è che, paradossalmente, il Patto per la Salute definisce le risorse ma non le prestazioni, ovvero glissa sulla definizione del livello di tutela, rimandando ancora una volta la revisione dei Lea; non è difficile immaginare l'imbarazzo della politica davanti alla possibilità di dover ammettere che le tutele attuali non possono essere tutte salvaguardabili.

Ma quanto è seria l'ipotesi? Dipende ovviamente dalle risorse disponibili e dal livello di razionamento esistente.

Nel Rapporto 2014 ci siamo concentrati su questi due temi, per ottenerne varie conferme: intanto che il gap di spesa continua rapidamente ad allargarsi, essendo arrivato ad oltre il 25%; ma anche che le Regioni più ricche in qualche modo compensano con risorse aggiuntive (extra Lea) e spesa privata, mentre quelle del Sud, che non ne hanno la possibilità, sono ormai ad oltre -33% in media di spesa rispetto ai livelli europei; tanto che nella regione del Nord più ricca i cittadini consumano circa 3.000 euro annui di Sanità e nella più povera (del Sud) si arriva appena a 2.000 (al netto dell'età media diversa); che per farsi tornare i conti pubblici, fra ticket e altro, la spesa farmaceutica sostenuta privatamente dalle famiglie per farmaci rimborsabili dal Ssn è cresciuta in 10 anni del 70%; che la quota di consumo dei farmaci di recente immissione in commercio in Italia si ferma (a seconda delle aree terapeutiche) fra il 30 e l'80% dei livelli di consumo dei principali Paesi Ue (come dire che l'accesso alle innovazioni da noi è certamente inferiore e/o almeno significativamente ritardato); che gli investimenti in prevenzione sono minori dove ci sono più disavanzi, con l'esito di avere (ad esempio) tassi di adesione inferiori agli screening dei tumori, e quindi certamente una maggiore mortalità evitabile; per non parlare della risposta alla non autosufficienza, per la quale i tassi di assistenza domiciliare e residenziale, nelle varie aree del Paese sono infinitamente difforni.

Quindi la lotta agli sprechi è sempre più urgente, proprio perché anche eliminandoli non ci saranno avanzi. E la legge di stabilità, con i nuovi tagli alle Regioni, è lì a ricordarci che la situazione economica continua a essere critica e quindi bisogna ancora tirare la cinghia, confidando che si generi una impetuosa risposta collettiva alle sfide che abbiamo davanti, capace di farci uscire dalle sabbie mobili.

Intanto i tagli chiesti alle Regioni, seppure in prima battuta viene confermato e quindi salvaguardato il Fondo per

la Sanità, sono di entità tale da far fortemente temere che si troveranno solo non reinvestendo in Sanità gli eventuali recuperi di efficienza. Ma il Paese può permettersi di non eliminare i razionamenti e non investire in Sanità?

A parte le questioni etiche, limitandoci alla banale sostenibilità, va ricordato che la longevità del Paese, fortunatamente smentendo le cassandra, non ha reso insostenibile il sistema (tanto che il Paese ha insieme il record demografico e quello della sobrietà della spesa) solo perché grazie alla prevenzione e alle nuove tecnologie, è cresciuta l'aspettativa di vita in buona salute (per questo è meglio parlare di longevità che non di invecchiamento).

I tassi di cronicità delle fasce più giovani tendono a ridursi, ovvero si sposta in avanti l'età di insorgenza delle patologie; in alcuni casi (come le malattie croniche respiratorie) si riduce addirittura la prevalenza, grazie probabilmente a stili di vita migliori (meno fumo); in molte aree terapeutiche le nuove tecnologie, farmaceutiche diagnostiche etc, hanno permesso radicali riduzioni del ricorso all'ospedalizzazione; va anche detto che alcune tecnologie, maturando e perdendo la protezione brevettuale, sono oggi a disposizione con costi molto inferiori a solo 10 anni fa.

Tutto questo ha reso sostenibile il sistema: ma ci vuole un attimo a tornare indietro, come ci insegnano gli epidemiologi sulla scorta dell'esperienza dei Paesi dell'Est dove, in pochi anni, i tagli alla Sanità hanno fatto regredire l'aspettativa di vita.

Il Paese, se smette di investire in prevenzione (e specialmente quella primaria, tanto che va sempre ricordato, in particolare, lo scarso contrasto all'epidemia di obesità infantile), e nel suo ammodernamento, non ha possibilità di rimanere sostenibile.

La Società è cambiata ma non il Welfare, specie quello sanitario, che rimane sostanzialmente un servizio pubblico obbligatorio (o quasi), e non un vero sistema di protezione sociale: le due cose possono rimanere congruenti finché le risorse sono sufficienti a dare il famoso "tutto a tutti"; ma quando non lo sono più, bisogna tornare al principio di proteggere per prime le fragilità.

Il Rapporto provocatoriamente testimonia come oltre un terzo del valore dei farmaci rimborsati attiene a "scatole" con un costo inferiore a 10 euro (e oltre il 10% a meno di 5 euro): per quanta parte della popolazione italiana questi rimborsi hanno un valore "protettivo"?

La verità è che Equità vorrebbe che il "rimborso" del servizio pubblico fosse commisurato alle condizioni economiche del percipiente (ed efficienza vorrebbe anche alla meritorietà del consumo, identificando le priorità di Sanità Pubblica) e non ad astruse e draconiane regole di compartecipazione ed esenzione, ivi comprese quelle per patologia indipendenti dal reddito.

La considerazione finale è che in Italia è molto difficile attestare la vera condizione economica e questo ha sempre impedito riforme del sistema: ma se non siamo capaci di vincere la sfida sull'evasione, dobbiamo ammettere che non possiamo permetterci un sistema sanitario universalistico; e, attenzione, se non siamo capaci di vincere queste sfide di civiltà, allora è anche difficile poter confidare con ragionevole ottimismo nella ripresa del Paese.

29 ottobre 2014

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

29 ottobre 2014

La legge di Stabilità e l'instabile equilibrio del Patto per la Salute

di Nino Cartabellotta (presidente Fondazione Gimbe)

Il conflitto istituzionale tra Stato e Regioni, temporaneamente smorzato dalla sofferta approvazione del Patto per la Salute, è stato riaperto dal varo della legge di Stabilità: da un lato i Governatori denunciano l'insostenibilità di una manovra da 4 mld 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 (Sole 24 Ore Sanità 21-27 maggio 2013: pagg. 16,18) - rimane la stessa: la politica intende realmente tutelare la salute dei cittadini italiani, secondo quanto previsto dall'art. 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'art. 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 art. 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 SSN 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 avvezze 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.

29 ottobre 2014

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati