

# Ospedali. Nella classifica dell'Agenzia nazionale ai vertici Genova, Salerno e Bolzano Ammalarsi? Meglio al Nord che al Sud

Paolo Del Bufalo

**Roberto Turno**

■ Meglio fratturarsi il femore in Liguria che in Sicilia. E meglio ancorase l'operazione avviene all'ospedale «Villa Scassi» di Genova che nel 94% dei casi la esegue entro 48 ore, mentre il presidio pubblico «San Biagio» di Marsala garantisce un intervento in due giorni solo nell'1% dei casi. E che dire dei parti cesarei? Nella casa di cura «Orestano» (Palermo) al 90% il primo parto avviene sempre col bisturi, all'ospedale «Vittorio Emanuele III» di Monza solo per il 4,2% degli interventi. Regione e ospedale che vai, assistenza sanitaria che trovi. Per ritardi nelle prestazioni, appropriatezza degli interventi, qualità delle cure. E naturalmente potenziali rischi per i pazienti in conseguenza della bontà e tempestività delle cure fornite dalle strutture sanitarie.

L'Agenzia nazionale sanitaria (Agenas) non ama definirli classifiche e tanto meno rating degli ospedali. Sono solo uno strumento per la comparazione tra strutture, per mostrare punti di debolezza e di forza da superare o da conquistare, afferma. Ma, gira e rigira, quegli «esiti» ([www.iso-lez4ore.com](http://www.iso-lez4ore.com)) elaborati dall'Agenas delle attività di cura delle strutture ospedaliere pubbliche e private convenzionate prestate agli italiani nel corso del 2010, altro non sono che classifiche degli ospedali in base ai risultati del loro core business: curarci. Chi fa meglio, chi fa peggio. Anche trascurando l'aspetto finanziario della fac-

cenda: col Sud che affoga nei debiti e che intanto si conferma spesso, ancora una volta, in coda per le prestazioni ai suoi pazienti. Che sono beffati due volte, visto che mentre godono di una più bassa qualità dell'assistenza, devono pagare più tasse e più ticket. Come succede alle imprese, anch'esse sottoposte alla super Irap nelle regioni con asl e ospedali commissariati.

I risultati degli «esiti» elaborati dall'Agenas, anticipati dal settimanale «Il Sole-24 Ore sanità», offrono intanto uno specchio di lettura delle ventisannità d'Italia che toccano nel vivo la nostra salute e ci restituiscono un Paese profondamente diviso. Anche per gli esiti infausti, come la casistica degli interventi per bypass aortocoronarico che hanno registrato la mortalità dei pazienti entro un mese: al Sud (Campania, Basilicata, Sicilia) sono state registrate le percentuali peggiori. E come per la frattura del collo del femore, che vede in fondo alla classifica quattro strutture del Sud e una del Lazio che operano in 48 ore in rarissimi casi (tra l'1 e l'1,5%), mentre le cinque migliori (tra Liguria, Lombardia, Bolzano ma anche una della Campania) intervengono in due giorni tra l'88 e il 94% delle circostanze. Stessa cosa vale per l'eccesso di ricorso al taglio cesareo, che è più remunerato dalle casse pubbliche. Il tutto, però, con una variabilità tra strutture della stessa regione, che deve far riflettere anche il virtuoso Nord. Che sempre e del tutto virtuoso, in fondo, proprio non è.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Gli ospedali

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore

	In %
<b>I PEGGIORI</b>	
San Biagio di Marsala	1,00
Presidio di Cosenza	1,20
Barone Romeo Messina	1,30
<b>I MIGLIORI</b>	
Osp. Villa Scassi - Genova	93,90
San Francesco - Salerno	93,30
Ao Brunico - Bolzano	91,70



Probabile il ricorso a un Ddl

# Verso un accordo per l'intramoenia dei medici

Manuela Perrone

ROMA

■ Sarà un Ddl nuovo di zecca o in extrema ratio un decreto legge a dettare nuove regole sulla libera **professione intramoenia** dei medici ospedalieri. Ad annunciare è stato il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, al termine della seduta di ieri della commissione Affari sociali della Camera. Un accordo, quello raggiunto tra il governo e i deputati, che ha permesso il ritiro degli emendamenti sull'intramuraria presentati dal relatore, Domenico Di Virgilio (Pdl), al disegno di legge sul governo clinico. Un testo che rischiava lo stallo dopo tre anni di discussione e che invece potrà essere licenziato per l'aula già la prossima settimana.

Le proposte di modifica del Pdl puntavano a una deregulation per superare lo scoglio dello stop all'intramuraria allargata (esercitata fuori dagli ospedali, per esempio negli studi privati) fissato al 30 giugno dal decreto Milleproroghe. L'intento del governo è chiaro: trovare una «soluzione intermedia» che, parole di Balduzzi, non sia «l'intramoenia in senso stretto» né la libera professione «senza regole». Entro questo mese saranno avviate le consultazioni con le commissioni parlamentari, le Regioni e i sindacati per arrivare a un testo condiviso.

I tempi sono stretti e la sfida è difficile. Ma proprio Di Virgilio ha fatto sapere che, se non si

chiudesse entro il 30 giugno, si valuterà «la proposta dell'onorevole Giuseppe Fioroni di prorogare al 31 dicembre la libera professione allargata» che, di fatto, funziona "in deroga" dal 1999. Tredici anni in cui non sono stati trovati, almeno non ovunque, spazi adeguati nelle strutture pubbliche per l'intramoenia dei medici. Un'attività tutt'altro che residuale: nel 2010 è costata ai cittadini quasi 1,3 miliardi di euro. E un settore ad alto rischio di illeciti, come dimostra la maxi-truffa stanata a Napoli dai Nas e dalla Guardia di Finanza.

L'annuncio di una nuova disciplina della materia (oggi regolata dalla legge 120/2007, dal contratto di lavoro e da un accordo stato-regioni del 2010) ha incassato il plauso di Margherita Miotto, capogruppo Pd alla Affari sociali, e di Ignazio Marino, presidente della commissione d'inchiesta del Senato sul Ssn. Ma anche di Amedeo Bianco, presidente della Federazione degli Ordini dei medici. Più cauti i sindacati. Ben venga – sostiene l'Anao, la sigla maggioritaria dei medici ospedalieri – l'obiettivo di «assicurare in tutta Italia la disponibilità di spazi e orari dignitosi» per l'intramoenia e di potenziare controlli e sanzioni. Ma non sarà accettata «qualunque soluzione che finisca con il penalizzare i medici, negando o rendendo virtuale un diritto sancito da leggi e contratti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Intramoenia

● L'intramoenia nella sanità consiste nella possibilità per i medici ospedalieri di svolgere attività di libera professione all'interno della struttura pubblica di cui sono dipendenti. Nel recente passato sono stati messi a disposizione dei fondi per realizzare spazi adeguati a ospitare tali attività, ma nella maggior parte dei casi le strutture non sono ancora adeguate



**Il caso**

Il responsabile della Sanità Balduzzi: basta corse in ospedale nei weekend

Rivoluzione per i medici di famiglia  
studi aperti sette giorni su sette

# Dal medico di famiglia anche di notte e nel weekend via all'ultima rivoluzione

*Balduzzi: basta assalti al pronto soccorso***Il piano del  
governo: grandi  
ambulatori con  
vari specialisti a  
disposizione H24****Diventeranno  
l'unica struttura  
a cui rivolgersi, a  
parte le emergenze  
e i ricoveri**

MICHELE BOCCI

**G**LI ambulatori dei medici di famiglia resteranno aperti 7 giorni su 7. Fine delle telefonate alla ricerca di un dottore di guardia della Asl che non arriva, basta con le corse in ospedale per un mal di testa più forte del solito la domenica pomeriggio.

**G**LI studi non chiuderanno mai, i cittadini troveranno a tutte le ore qualcuno che li visita o prescrive loro un **farmaco**, che va a controllarli a casa o magari li rassicura per telefono. Di giorno e di notte.

Si sta disegnando quello che potrebbe diventare il cambiamento più significativo della medicina territoriale degli ultimi anni. Del progetto si parlava da tanto ma la scintilla decisiva l'hanno accesa i problemi del pronto soccorso romani (e non solo) di un paio di settimane fa.

A metà febbraio esplose il caso delle barelle nei corridoi e nei magazzini, della gente in attesa ore per una visita. Si parlò di carenza dei letti nei reparti ma anche di scarso filtro messo in atto dai servizi sul territorio. L'impossibilità di trovare il proprio medico nel fine settimana e la notte spingeva, e spinge, la gente a rivolgersi in ospedale anche

senza averne bisogno. Il ministro alla salute **Renato Balduzzi** nel pieno delle polemiche spiegò: «È arrivato il momento per una medicina di base 7 giorni su 7». Da allora ha cominciato a riunirsi un gruppo di tecnici del ministero e di sindacalisti. Il secondo incontro si è svolto ieri. L'idea è quella di disegnare la nuova organizzazione e inserirla nel "patto della salute", cioè l'accordo tra Regioni e Governo su cui si baserà la sanità dei prossimi anni.

«Speriamo di arrivare in tempi molto brevi a chiudere finalmente questo capitolo per avere una medicina di base che sia davvero di base per tutti i cittadini», ha detto sempre il ministro Balduzzi.

Come funzioneranno i nuovi ambulatori? Lo schema è stato disegnato già da tempo e si basa sulle cosiddette "aft", o aggregazioni funzionali territoriali. Si tratta di grandi studi dove lavorano più professionisti, fino a 16, ma anche guardie mediche. Devono essere organizzati per assicurare una presenza continua e non solo dalle 8 alle 20 per cinque giorni alla settimana. Un paziente che ha bisogno di una visita e non trova il suo medico in ambulatorio, avrà comunque a disposizione un professionista che ha accesso ai suoi dati di sa-

lute sul computer e lavora fianco a fianco con il suo dottore. Questo anche di notte e nel weekend grazie all'impiego della guardia medica.

Non solo, in futuro dentro questi super ambulatori potrebbero entrare anche i pediatri e alcuni specialisti. Alla fine diventeranno l'unica struttura sanitaria a cui rivolgersi, salvo in caso di emergenze e ricoveri. «Siamo d'accordo con il ministro e ci sembra che il modello delle aft sia quello giusto». A parlare è Giacomo Milillo, segretario del più importante sindacato dei medici di famiglia, la Fimmg. Non si tratta dell'unica sigla presente al tavolo del ministero, ce ne sono anche altre contrarie al cambiamento. Per introdurre la novità dovrà essere modificata la convenzione che lega questi professionisti al sistema sanitario. «È fondamentale in tutto questo sistema il

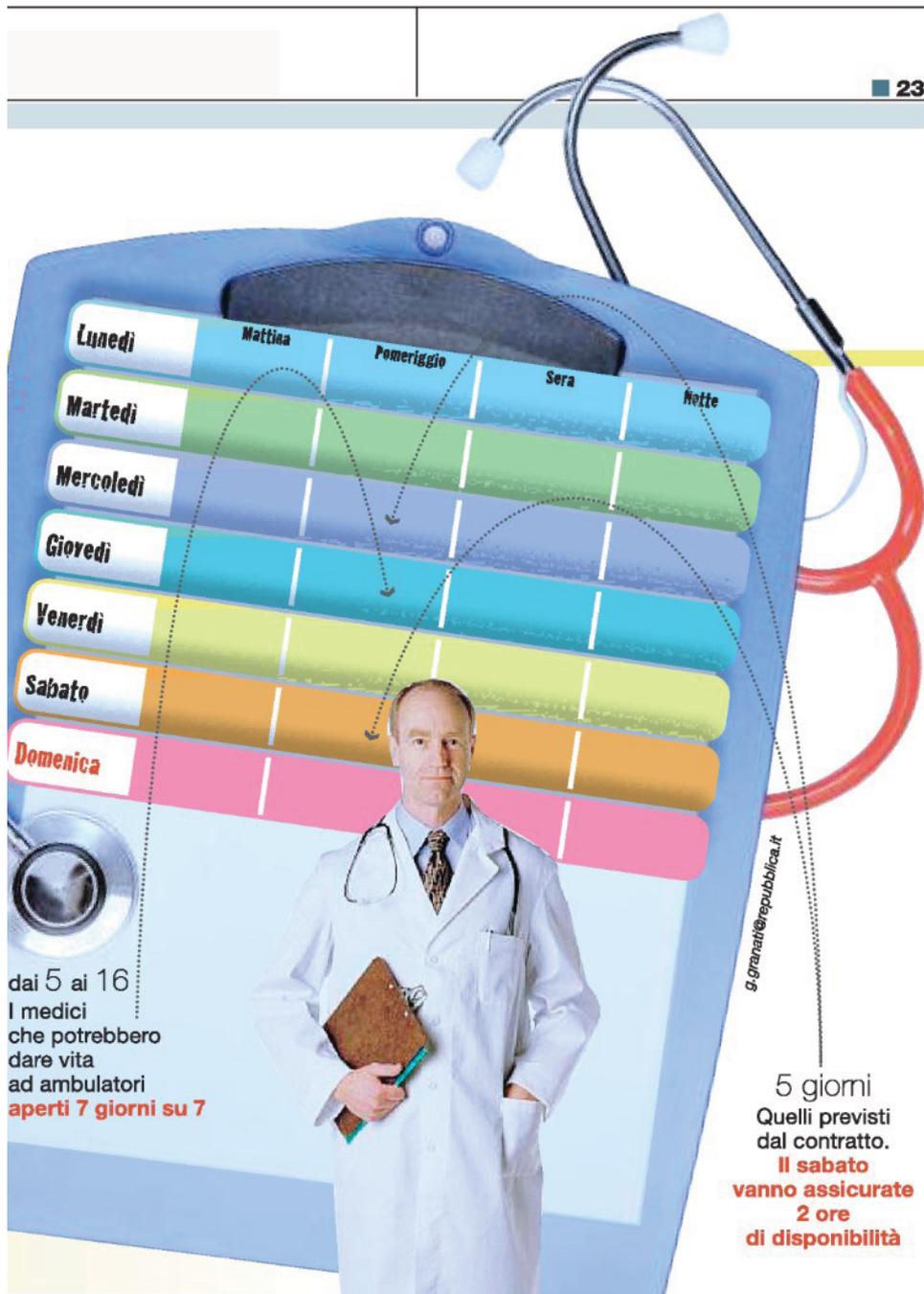


ruolo dei colleghi della guardia medica, che verranno rilanciati da questa impostazione — spiega Milillo — Del resto non possiamo pensare che il collega sessantenne faccia le notti o venga a lavorare nel weekend. Dobbiamo puntare sui giovani e su chi ha voglia di impegnarsi fuori dagli orari consueti. Così i medici di guardia entreranno nei nostri gruppi».

La novità non dovrebbe costare molti soldi alle casse della Asl. «Intanto risparmierebbero perché avranno i reparti di emergenza alleggeriti — spiega sempre Milillo — Inoltre un'attività più intensa del territorio serve a sollevare gli ospedali anche da alcuni ricoveri, ad esempio di persone anziane con più malattie che hanno spesso ricadute. Infine, le "aft" puntano su una nuova organizzazione e non su un allungamento dell'orario di lavoro dei professionisti per migliorare l'assistenza. I soldi potrebbero servire per aspetti come l'acquisto di attrezzature diagnostiche o per pagare una segretaria».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Come cambia il medico di fiducia**



- 20 milioni

Gli accessi giudicati impropri al pronto soccorso (codici bianchi) all'anno


- 8.000

I pediatri di famiglia in Italia, la cui presenza nei nuovi ambulatori è ancora da decidere


- 800

Il numero massimo di pazienti per un pediatra


- 90 euro

Quanto la Asl riconosce al pediatra per ogni paziente



**I numeri**



# C'è ancora tanta strada per le cure palliative

di Francesca Lozito



sotto la lente

*Due anni dopo l'approvazione all'unanimità della legge i risultati concreti sono promettenti ma si è solo agli inizi. Per Adriana Turriziani, presidente della Società italiana dei palliativisti, ora l'obiettivo è «ottenere il riconoscimento accademico e ministeriale»*

**D**ue anni dalla legge sulle cure palliative e la terapia del dolore, molta strada c'è ancora da fare. La legge 38 è stata approvata dal Parlamento il 9 marzo 2010, uno dei pochi e virtuosi esempi bipartisan di questa legislatura. Voluta in un quadro generale di attenzione politica alle fragilità, rimane oggi l'unico tassello di questo mosaico. Secondo Giovanni Zaninetta, direttore dell'hospice della casa di cura Domus Salutis di Brescia, che due anni fa al momento del varo della legge era presidente della Società italiana di cure palliative: «La legge 38 rappresenta una buona occasione di completamento del percorso di definizione della rete delle cure palliative in Italia. Dopo l'altra importante legge, quella del 1999, che di fatto finanziava la costruzione degli hospice sul territorio nazionale, quella del 2010 ha avuto il merito di distinguere alcuni piani: quello tra la terapia del dolore e le cure palliative (che comprendono la terapia del dolore ma non la esauriscono) e

quello tra strutture residenziali di cura e assistenza domiciliare, sempre in cure palliative». Altro punto importante varato dalla legge 38 è stata la semplificazione nella prescrizione degli oppioidi per malati cronici e terminali: «Un passaggio senza dubbio importante – sottolinea Zaninetta – che va sempre visto in un'ottica di appropriatezza della cura».

**L**a crisi economica, i tagli alla sanità rischiano di minare il percorso di costruzione di questa rete? «Credo di no – afferma l'attuale presidente della Società italiana cure palliative Adriana Turriziani – proprio la disponibilità di minori risorse ci spinge a un uso efficiente di quelle che abbiamo. Del resto la nostra non è mai stata una medicina degli sprechi quanto piuttosto dell'appropriatezza della cura. Oggi abbiamo molti servizi di cure palliative in buona parte del nostro Paese, tra hospice e domicilio, ma abbiamo ancora bisogno di realizzare una distribuzione capillare delle cure a domicilio. La sfida dei prossimi anni sarà quella di far dialogare tutti coloro che si occupano di palliative, garantendo la continuità della cura, della relazione e dell'informazione affinché la dignità della persona malata possa essere tutelata e custodita nell'intero percorso di cura e assistenza. Per questo, in attesa che la legge 38 completi il suo iter attuativo, a due anni ancora in corso, secondo la Turriziani «occorre potenziare i percorsi di formazione dell'équipe di cure palliative, medici, infermieri e delle altre figure professionali ed ottenere il riconoscimento della disciplina "Cure Palliative" a livello accademico e ministeriale».

**I**l problema più generale secondo la presidente Turriziani è quello «della formazione in questo ambito. Stiamo investendo molto come società scientifica, definendo e delineando attraverso i core curriculum le

conoscenze e competenze delle professionalità dedicate dell'équipe di cure palliative». Perché in fondo in tempi di tecnicismi sfrenati la passione per l'uomo passa anche attraverso scelte del genere.



«In tempi di crisi e di posto di lavoro non più scontato neanche in ambito medico - afferma Marco Maltoni, primario dell'hospice dell'Ospedale Pierantoni di Forlì - è chiaro che per paradosso si sceglie di intraprendere una strada con una motivazione più forte. E la medicina palliativa da questo punto di vista è una medicina di senso. Si parla molto di territorializzazione delle cure per superare le difficoltà delle tante strutture ospedaliere mastodontiche che ci sono in Italia. Le cure palliative lo fanno già: portare le cure in casa dei malati in fase terminale, o assisterli in strutture a misura

d'uomo, e coinvolgere i familiari nell'assistenza, sono un passaggio importante che invita anche le altre categorie a ripensare i modelli della medicina di oggi. La legge 38 in questo ha qualcosa da dire a tutti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LA NORMA IN SINTESI

Il 9 marzo 2010 la Camera approvò con 476 voti a favore e nessun contrario la legge 38 sull'«accesso alle cure palliative e terapia del dolore».

### ► LA DEFINIZIONE

Le cure palliative sono un **livello essenziale di assistenza**. È **garantita la tutela della dignità e dell'autonomia del malato**. Si assicura il **sostegno sanitario e socio-assistenziale al malato e alla famiglia**.

### ► L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Si dispongono gli **interventi che garantiscono le cure palliative al domicilio della persona malata** assicurando una **continuità assistenziale**.

### ► LA TERAPIA DEL DOLORE

Insieme alle cure palliative, diventa **obiettivo prioritario del Piano sanitario nazionale**.

### ► LA FORMAZIONE

Vengono individuati **percorsi formativi specifici e master professionali per le cure palliative** (oggi in Italia non costituiscono ancora una specializzazione per i medici).

### ► FARMACI OPIOIDI

Si **semplificano "le procedure di accesso ai medicinali impiegati nelle terapie del dolore"**. **Non è prevista la produzione in Italia di farmaci a base di cannabis**, come invece chiedevano i radicali.



K





*Accordo con la Regione, 600 strutture private per le emergenze*

● Contro il sovraffollamento degli ospedali, la Regione Lazio si appresta a inaugurare il «Terzo Polo» della Sanità. È stato firmato l'accordo con seicento studi medici specialistici accreditati (504 a Roma) che consentirà agli ambulatori privati di tramutarsi, sette giorni su sette, in presidi sanitari per le emergenze. «Siamo su

tutto il territorio da anni e abbiamo la diagnostica e i medici specialisti necessari per prestare i primi soccorsi», spiega Claudia Tulimero Melis presidente della Ursap-Federlazio che rappresenta circa 350 strutture interessate. Il via dal mese prossimo.

Loiacono a pag. 31

## **Mini pronto soccorso contro il sovraffollamento**

**Siglato l'accordo con la Regione: 600 strutture private utilizzate come presidio sanitario per le emergenze**

### **Lorena Loiacono**

Contro il sovraffollamento degli ospedali, la Regione mette in campo una nuova cura: al via da aprile i mini pronto soccorso. Saranno infatti gli ambulatori medici privati, già accreditati con il

servizio sanitario regionale, ad affiancare i medici di famiglia tutto il giorno, anche nei week-end e nei festivi. L'obiettivo? Innanzitutto evitare che i malati, non trovando il proprio medico, si riversino al

pronto soccorso e poi ridurre le liste d'attesa negli ospedali, senza gonfiare quelle dei servizi a pagamento.

Nell'accordo firmato tra la Regione e gli studi medici specialistici accreditati, oltre al budget per

il 2012, c'è anche l'avvio del progetto per creare una nuova rete territoriale: «Ci è stata accordata – ha annunciato ieri Claudia Tulimero Melis, presidente di Ursap-Federlazio che rappresenta circa 350 strutture sulle

600 presenti nel Lazio - la formazione di una commissione a partire dal prossimo mese, che permetterà agli studi accreditati di integrare la rete della sanità pubblica. Siamo su tutto il territorio da anni e abbiamo la diagnostica e i medici specialistici necessari per prestare i primi soc-

corsi: diventeremo dei presidi di riferimento, in accordo con i medici di famiglia, per almeno 12 ore al giorno sette giorni su sette. I pazienti pagheranno il ticket, evitando così le prestazioni in intramoenia».

Nel Lazio sono circa 600 le strutture accreditate che potrebbero così

prestare assistenza sul territorio, di queste solo 96 si trovano nelle province di Latina, Frosinone, Viterbo e Rieti. La maggior parte, infatti, sono a Roma: nella Asl Rm A ci sono 111 studi, 85 nella Asl Rm B e 71 nella Asl Rm C. Nella Asl Roma D sono 58 e nella Roma E sono 55. In provin-

cia di Roma ci sono 25 studi nella Asl Roma F, 28 nella Roma G e 32 nella Asl Roma H. Un progetto che andrebbe ad integrare la proposta del ministro alla sanità Balduzzi di tenere aperti gli studi dei medici di famiglia per 365 giorni l'anno. (ass)

## Progetto al via dal mese prossimo La maggior parte degli ambulatori si trovano nell'area della Asl RmA Affiancheranno i medici di famiglia 7 giorni su 7, festivi compresi

### TROPPI PAZIENTI

L'ingresso del pronto soccorso di Tor Vergata, uno di quelli che ha maggiormente risentito dei tagli al piano sanitario della Regione



# Perché 10 regioni hanno folli debiti sanitari (e come fermarle)

DI LUCA ANTONINI



Recenti fatti del Policlinico Umberto I hanno scioccato gli italiani e scatenato l'aggressione mediatica verso il pronto soccorso. In realtà, l'accaduto è solo la punta di un iceberg: il problema dell'oggi, fotografato in quella donna legata a una barella, ha radici profonde; evitiamo di giudicare gli effetti senza individuare le cause su cui incidere. Un recente volume di Stephen Holmes e Cass R. Sunstein, *Il costo dei diritti*, ha gettato un sasso nello stagno del pensiero sia liberal sia conservatore, cogliendo la vera cifra del tempo presente, su cui riflettere. Gli impegni assunti in sede comunitaria, tra cui l'inserimento in Costituzione del pareggio di bilancio, il ripianamento progressivo del debito pubblico e il nuovo rigore - il «Six pack» (cioè sei atti legislativi volti a rafforzare la governance economica nell'Unione, ndr) e il Fiscal compact - imporranno infatti una svolta anche nelle politiche della salute.

La situazione della sanità italiana è paradossale: fra i paesi Ocse è al secondo posto per qualità e all'undicesimo per spesa complessiva. Ma la distribuzione dell'efficienza è davvero eterogenea: 10 regioni (contano circa 29 milioni di abitanti) sono soggette a piani di rientro e cinque sono commissariate. Queste sono poi oberate da montagne di debiti pregressi, generati e tramandati in modo bipartisan dai vari governatori che si sono succeduti: nel Lazio, dopo stagioni in cui hanno raggiunto i 18 miliardi di euro, al momento rimangono, dopo varie vicende di ripiani statali, ancora assestati a ben 11 miliardi. La situazione attuale è, quindi, da un lato figlia del passato, perché le risorse per garantire i servizi vengono drenate per coprire il pregresso; dall'altro è generata dall'oggi, essendo spesso disatteso il vero problema: una seria programmazione dell'organizzazione della sanità.

Ci si impegna (quando va bene) in termini ragionieristici sui piani di rientro, tagliando posti letto, ma si stenta a riprogettare la macchina dell'assistenza con tutto ciò che vi sarebbe connesso: chiudere gli ospedali piccoli e quelli inutili, potenziare i servizi territoriali e le strutture intermedie (diagnostica elementare, piccola radiologia, medici di base...) che

filtrano l'affollamento indiscriminato nei pronto soccorso. Ma se i diritti costano e le risorse sono oggi scarse (e il futuro non è certo roseo), affrontare questi processi, assumendone finalmente il costo politico, scontrandosi cioè con gli egoismi locali, con le rendite (l'Umberto I conta almeno un primario ogni quattro posti letto, contro una media nazionale di uno a 14), con i veti sindacali, diventa necessario per evitare la decadenza di un sistema sanitario regionale.

Il federalismo fiscale favorisce questa assunzione di responsabilità perché da un lato, attraverso i costi standard, certifica gli sprechi, mentre dall'altro, attraverso il rafforzamento dell'autonomia fiscale, elimina l'aspettativa del ripiano statale. Un governatore che non affronta la riprogrammazione del sistema dovrà quindi affrontare gli elettori, con un costo politico ben maggiore dell'inerzia. È il federalismo fiscale, da alcuni ancora grossolanamente incompreso e frainteso, la sola soluzione per spingere verso quella riprogrammazione che deve necessariamente accompagnare i piani di rientro. ■



## La «sovraspesa» del Sud

Nel cartogramma del Cerm, la spesa sanitaria nelle regioni italiane, ridisegnate rispetto a uno standard di efficienza: nel Sud, gonfiato, sono evidenziati gli sprechi.

# Disabili, la burocrazia nega la riabilitazione

DA COSENZA

**C**entro per disabili chiuso a causa d'un dettaglio amministrativo e pazienti costretti a interrompere il percorso di riabilitazione: niente più laboratori, basta fisioterapia e socialità. Famiglie in difficoltà e coda giudiziaria, con un ricorso al Tar che stenta a fare passi avanti. Storia di ordinaria burocrazia e sanità malata scritta a San Pietro in Amantea, piccolo paese del Basso Tirreno cosentino. Da dieci anni ospita il Centro diurno per diversamente abili, chiuso da un anno, per l'esattezza dal 22 marzo 2011, per il mancato cambio di destinazione d'uso della struttura, costruita per accogliere una residenza per anziani. Sono stati i carabinieri dei Nas ad appurare l'anomalia, sollecitando l'Azienda sanitaria provinciale a sospendere l'attività in attesa della variazione. Sinora, però, non s'è

**Il servizio del Centro diurno di S. Pietro in Amantea è sospeso da un anno. Ricorso al Tar, sit-in e appelli continuano a restare senza risposta. È emergenza**

mossa foglia. Per cercare di sbloccare l'impasse i sindaci del Distretto sanitario di Amantea si sono rivolti al Tar di Catanzaro; il 22 giugno dell'anno scorso ci fu la prima udienza e i giudici decisero che il ricorso era ammissibile. Da allora, però, più nulla. Intanto i cancelli del centro restano chiusi e i disabili rimangono a casa perché in zona della gestione di particolari disabilità fisiche e psichiche si occupano solo realtà private, con costi difficilmente sostenibili dai ceti più deboli. Se poi si aggiunge che negli ul-

timi mesi i ricoveri dei pazienti che frequentavano il Centro sono aumentati, si comprende la gravità della situazione.

È non va dimenticato che a una manciata di chilometri da San Pietro è chiuso dal marzo 2009 il centro Papa Giovanni XXIII che si occupava anche e soprattutto di disabili. Ma questa è un'altra storia... Del Centro diurno s'è occupato pure il movimento Diritti civili, col leader Franco Corbelli che ha chiesto al presidente della Regione, Giuseppe Scopelliti, di intervenire per sbloccare il caso. Pure questa sollecitazione, però, è rimasta senza risposta. Nei giorni scorsi sono scesi in piazza i disabili e le loro famiglie, per un sit-in di dignitosa ma dura protesta. Uno di loro ha scritto pure al presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano.

(D.Mar.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

