



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Caldoro: Alle startup i beni confiscati alla camorra

Rilancia la proposta di Raffaele Cantone sul riutilizzo dei beni confiscati ai clan della camorra. Il presidente della Regione Campania, **Stefano Caldoro**, pensa a sfruttare questi beni in favore delle startup. “Che questi proventi - dice a margine di un incontro dedicato all’accelerazione della spesa dei fondi comunitari, tenutosi ieri mattina a Palazzo Santa Lucia - possono essere destinati anche al sostegno delle startup. Questa amministrazione si è già mossa in questa direzione in occasione dell’incontro con il ministro Alfano, e prima ancora con il ministro Cancellieri, quando abbiamo posto anche la questione della vendita dei beni”.

**22 IVA SU, IN FUMO 2.900 IMPRESE
CAPOLUOGO CAMPANO IN GINOCCHIO**

In fumo 8500 posti e 2900 aziende Aumenta l'Iva, Napoli in ginocchio

È una scia di effetti a catena. All'indomani dell'apertura della crisi di Governo, decretata nei fatti dalle dimissioni presentate dai ministri del Pdl, gli italiani si fanno in conti in tasca per scoprirsi ancora più poveri.

Dall'aumento dell'Iva al ritorno dell'Imu, rientrano dalla finestra le tasse che il Governo Letta aveva cacciato dal portone principale (non senza fatica, per carità). Così, come un fulmine a ciel sereno, fa sentire subito i suoi effetti l'Iva, che oggi passa dal 21 al 22 per cento. Il che, secondo dati Codacons, significa un esborso che può andare dai 209 euro su base annua per una famiglia di tre persone a 349 euro per un nucleo composto da cinque elementi. Ma oltre che sulle famiglie l'aumento dell'Iva avrà pesanti conseguenze anche sulle aziende.

Solo a Napoli, il salasso Iva potrebbe provocare la chiusura di 2900 imprese, lasciando senza lavoro circa 8500 persone.

“L'aumento dell'Iva - af-

ferma il presidente

Codacons **Carlo**

Rienzi - determi-

nerà effetti reces-

sivi e depressivi

esiziali per l'eco-

nomia reale". "Ci saranno conseguenze disastrose", aggiunge il numero uno di Concommercio Napoli **Pietro Russo**. Di "situazione limite per la tenuta sociale" parla invece **Franco Tavella**, segretario generale di Cgil-Campania.

Effetto domino sull'inflazione

In base ai calcoli dell'associazione, l'incremento dell'aliquota produrrà ricadute economiche pesantissime, che vanno dai 209 euro su base annua per una famiglia di tre persone ai 349 euro per un nucleo composto da cinque elementi.

"Oltre questi effetti diretti, l'aumento dell'Iva produrrà un disastroso effetto domino, con un incremento dell'inflazione, una pesante diminuzione dei consumi e un rincaro generalizzato dei listini al dettaglio, specie nel settore alimentare e dei prodotti trasportati su gomma - afferma il presidente Codacons **Carlo Rienzi** - per questo è chiaro a tutti che l'aumento dell'Iva non servirà affatto a far uscire il Paese dalla crisi, ma al contrario sancirà la definitiva caduta economica dell'Italia. Il governo Letta deve quindi emanare un decreto urgente ad hoc per bloccare l'incremento dell'aliquota di ottobre", conclude Rienzi

Effetto domino sull'inflazione

Anche se solo di un punto percentuale, l'aumento dell'Iva al 22 per cento potrebbe provoca-

re nei prossimi mesi la chiusura di circa 2900 imprese commerciali nella sola provincia di Napoli, con la perdita di oltre 8500 posti di lavoro. L'allarme arriva da Pietro Russo, presidente di Confcommercio Imprese per l'Italia della Provincia di Napoli.

"I dati erano già drammatici: gli effetti della recessione hanno comportato un calo dei consumi nella provincia partenopea del 7 per cento e, secondo le stime, ben 1500 imprese erano a rischio. Oggi questi numeri raddoppiano. Temiamo conseguenze disastrose, anche perché già il decreto del fare non interveniva in maniera positiva nei confronti del terziario, che rappresenta la spina dorsale della nostra economia".

Infine, secondo Russo l'aumento dell'Iva, riguardando una parte consistente dei beni e dei servizi acquistati dalle famiglie, "porterà a un'inversione di tendenza dell'inflazione, la cui bassa dinamica ha costituito un elemento importante per la restituzione di fiducia alle famiglie e la tenuta del potere d'acquisto, compromettendo seriamente le possibilità di ripresa del Paese".

Tenuta sociale a rischio

IL COSTO DI UN PUNTO PERCENTUALE

209 euro	rincaro spesa famiglia
2900	Pmi in crisi (Napoli)
8500	Posti persi (Napoli)
30mln	Fondi Cig Campania

"Una crisi di governo non farebbe altro che peggiorare una situazione che, soprattutto a Napoli e in Campania, è già drammatica e al limite della tenuta sociale". La denuncia arriva dal numero uno della Cgil Campania **Tavella**, che rivolge un appello ai moderati Pdl "affinché, con un atto di responsabilità, evitino il peggio per la nostra regione".

Molte, e pesanti, le iniziative che rimarrebbero in sospeso per la regione, tra cui il finanziamento della Cig, circa 30 milioni di euro che servirebbero a coprire circa 40mila lavoratori, di cui 20mila solo a Napoli. Nel "Decreto del Fare", poi, c'è un emendamento per la messa in sicurezza dei lavoratori delle Società Partecipate. "Inoltre, senza l'approvazione del piano di rientro Eav da parte dei ministeri competenti, si prospetta un futuro drammatico per l'azienda e per 2500 lavoratori campani". La crisi di governo farebbe saltare, tra l'altro, il fondo di solidarietà, "l'infrastruttura vitale per i Comuni". ●●●



Franco Tavella

Assunzioni under 30, dalle 15 il clic day Dal governo 148 milioni di incentivi

Il piano

Sul sito Inps le domande per accedere agli sgravi
Al Sud due terzi dei fondi

L'appuntamento è per le 15 di oggi. Da quell'ora l'Inps metterà a disposizione dei cittadini sul proprio sito istituzionale (www.inps.it) il modulo telematico per chiedere le agevolazioni per l'assunzione di giovani under 30. È il «clic day», ricorda in una nota il ministro per la Coesione territoriale Carlo Trigilia, con cui vengono avviate le procedure per l'assegnazione dei 794 milioni previsti dalla legge 99/2013 come incentivo sperimentale per promuovere contratti a tempo indeterminato di circa centomila giovani fra il 7 agosto 2013 e il 30 giugno 2015. «Questo provvedimento a sostegno dell'occupazione giovanile è finanziato nelle Regioni del Mezzogiorno con la programmazione dei fondi comunitari 2007-2013», commenta Trigilia. «L'impegno a favore della decontribuzione dell'occupazione giovanile continuerà - prosegue il ministro - e sarà ulteriormente esteso con la nuova programmazione del ciclo dei fondi europei 2014-2020», crisi di governo permettendo.

L'Inps precisa in una circolare che «potranno accedere alle agevolazioni le aziende che assumono giovani fra i 18 e i 29 anni privi di impiego da almeno sei mesi o

senza un diploma di scuola media superiore e di laurea. L'incentivo per i nuovi contratti a tempo indeterminato che aumentino l'occupazione complessiva dell'azienda sarà di un terzo della retribuzione (fino a un massimo di 650 euro al mese) per una durata massima di 18 mesi (12 mesi nel caso di trasformazioni di contratti a termine in rapporti a tempo indeterminato). Dei 794 milioni stanziati, 148 sono previsti per il 2013 e 248 per il 2014 e il 2015. Per il 2016 sono previsti 150 milioni. Quasi due terzi delle risorse sono destinate alle Regioni del Sud (500 milioni nel complesso)».

La risposta delle imprese sarà utile a valutare l'impatto reale del provvedimento sul quale non sono pochi i dubbi. I numeri del «clic day» - questo è certo - si conosceranno entro la settimana. Appare infatti improbabile che l'Inps riesca sin dalla serata di oggi ad avere il quadro completo di



Microcredito rosa
Dai 15mila ai 20mila euro alle donne che hanno idee ma non i finanziamenti

un'operazione che in teoria non ha scadenze ma che si gioca soprattutto nei primi minuti, visto che conterà l'ordine cronologico delle domande. Tre giorni il limite previsto dalla legge per l'accettazione delle richieste.

Molta attesa e fiducia da parte del ministro del Lavoro Enrico Giovannini che nonostante la crisi di governo continua a lavorare ad altri provvedimenti legati all'emergenza occupazionale del Paese. Ieri per esempio per le donne che vogliono mettersi in proprio aprendo una micro impresa è stato annunciato il progetto «microcredito donna». «Riparti da te», questo il titolo dello spot che accompagna l'iniziativa, mette a disposizione delle donne che pur non avendo garanzie da presentare alla banca per un prestito «hanno idee e voglia di fare» - come ha spiegato lo stesso Giovannini - tra i 10.000 e i 25.000 euro. Al momento - ha spiegato il presidente dell'Ente nazionale per il microcredito - sono stanziati per il progetto pilota che parte a Roma e nel Lazio 300.000 euro (con un effetto moltiplicatore di quattro volte) ma con la possibilità anche di accedere al fondo nazionale del microcredito di 6 milioni di euro (sempre con effetto moltiplicatore di 4 volte). «È una iniziativa importante e utile - ha detto il ministro sottolineando la necessità di fare uno sforzo per arrivare alle persone che hanno idee e voglia di fare - si parte dal piccolo per fare il grande».

Il governo sblocca il turn-over nella Sanità, la priorità va ai reparti di emergenza

Medici e infermieri: 600 assunzioni

Il 50% per cento dei posti
riservati ai lavoratori precari
Calodoro: impegno premiato

Gerardo Ausiello

Quasi 600 assunzioni per dare ossigeno alla sanità campana. È arrivato il via libera da Roma allo sblocco del turn over. Salvo nuovi imprevisti, dunque, i concorsi dovrebbero partire tra la fine dell'anno e l'inizio del 2014. Duecento sono i posti «per l'area emergenza-urgenza»; la restante parte toccherà alle aziende sanitarie «per i ruoli di personale necessari a fronteggiare particolari situazioni di grave emergenza». Il 50 per cento delle nuove assunzioni sia riservato a chi ha lavorato a contratto a tempo determinato per tre anni negli ultimi cinque anni. «È stato riconosciuto e premiato il nostro lavoro» ha sottolineato il governatore Stefano Calodoro che accoglie con favore anche i dati di Assobiomedica in merito ai tempi di pagamento nei confronti dei fornitori della sanità: da gennaio ad agosto 2013 la Campania ha recuperato 126 giorni di ritardo.

Rapporto Crea-Ceis Tor Vergata sul Ssn: il "tutto a tutti" gratis non è efficiente e non promuove l'equità

«Il coraggio del nuovo Welfare»

Aumenta la forbice tra Nord e Sud - Personale: 48mila esuberanti tra medici e infermieri

L "tutto a tutti gratis" «non è efficiente» e non è «neppure l'unico modello capace di promuovere l'equità». Allora, con l'universalismo old style ormai alle corde e con buone performance, patrimonio indiscutibile del Ssn, l'unica via d'uscita non è la rivoluzione ma la «manutenzione».

A sostenerlo è la IX Edizione del Rapporto Sanità dei ricercatori dell'Università di Roma "Tor Vergata", presentato giovedì scorso a Roma, frutto di una partnership tra il Consorzio universitario per la Ricerca economica in Sanità (Crea Sanità), il Centro

per l'Economia e gli studi internazionali (Ceis) e la Fondazione Economia "Tor Vergata".

Obiettivo dello studio, analizzare le prospettive future del Ssn, «recuperando la funzione originaria del Welfare come fattore di riequilibrio e coesione sociale», traendo dalla crisi tutte le lezioni che servono.

A PAG. 4-7

CREA-TOR VERGATA/ Nella IX edizione del Rapporto Sanità prospettive e priorità del settore

Solo «manutenzione» per il Ssn

Universalismo senza equità - Cinque priorità di sistema - Ticket da salvare

Alla salute degli italiani servono certezze, non rivoluzioni o finti miracoli. Il "tutto a tutti gratis" «non è efficiente» e non è «neppure l'unico modello capace di promuovere l'equità». Allora, con l'universalismo old style ormai alle corde e con buone performance, patrimonio indiscutibile del Ssn, l'unica via d'uscita non è la rivoluzione ma la "manutenzione".

A sostenere - numeri e ragionamenti alla mano - che il grande malato Ssn ha solo bisogno di una sana cura di realismo per garantirsi l'immortalità è la IX Edizione del Rapporto Sanità dei ricercatori dell'Università di Roma "Tor Vergata", presentato giovedì scorso a Roma, frutto di una partnership tra il Consorzio universitario per la Ricerca economica applicata in Sanità (Crea Sanità), il Centro per l'Economia e gli studi internazionali (Ceis) e la Fonda-

zione Economia "Tor Vergata", con il sostegno incondizionato di alcune aziende sensibili a sostenere la ricerca e il dibattito sulle politiche sanitarie.

Obiettivo dello studio, fornire elementi di valutazione sulle performance del sistema sanitario e sulle sue prospettive future, nel momento - delicatissimo - in cui la prospettiva di una eventuale "boccata d'ossigeno" potrebbe «far dimenticare gli scricchiolii del nostro Welfare sotto la pressione della recessione».

L'invito a «recuperare la funzione originaria del Welfare come fattore di riequilibrio e coesione sociale» è contenuto a chiare lettere nelle circa 400 pagine del volume che passa in rassegna dati di performance, bilanci di settore e ricadute industriali, chiudendo con l'invito a non trascurare le lezioni fornite dalla crisi. L'obiettivo - spiegano nella presentazione **Vincenzo**

Atella (direttore Ceis), **Luigi Paganetto** (Fondazione Economia Tor Vergata) e **Federico Spandonaro** (presidente del consorzio Crea e curatore del Rapporto) - deve essere quello di «difendere il sistema sanitario dalla crisi, ma anche di far divenire la Sanità un volano di crescita e non un'area di rendita inefficiente».

E proprio dall'analisi dei dati e delle questioni storicamente irrisolte del sistema sanitario emerge l'agenda delle cinque priorità che il Servizio sanitario nazionale deve affrontare se vuole evitare il rischio - condiviso con analoghi modelli di Welfare - di essere considerato ipertrofico e additato come una delle cause determinanti

di crisi, quando invece dovrebbe sostenere lo sviluppo sociale ed economico».

Cinque punti strategici messi a fuoco raccomandando al decisore politico di non cedere alla tentazione di liquidare senza discussione un copayment inaccettabile e da riformare specie sul lato delle esenzioni, ma difficilmente sostituibile con ulteriori "risparmi" che aprirebbero la «deriva verso il disinvestimento in settori chiave per garantire l'unitarietà e l'integrazione dei momenti di cura».

Cinque priorità, dunque, per «ammodernare» senza "sciupare" il sistema:

1 riflettere sulla declinazione del concetto di Universalismo, che coinvolge il regime

delle compartecipazioni e delle esenzioni;

2 integrare nel sistema sanitario il settore dell'assistenza per la non-autosufficienza;

3 accelerare sulla prevenzione e sulle politiche non strettamente sanitarie che incidono sulla Salute;

4 rilanciare gli investimenti in edilizia e innovazione, che languono e fanno correre al Ssn pubblico un forte rischio di obsolescenza strutturale e tecnologica;

5 garantire la coerenza tra politiche sanitarie e industriali (in particolare per quelle in materia di innovazione) e chiarire quale possa essere il ruolo della Sanità nelle ipotesi di rilancio della economia nazionale.

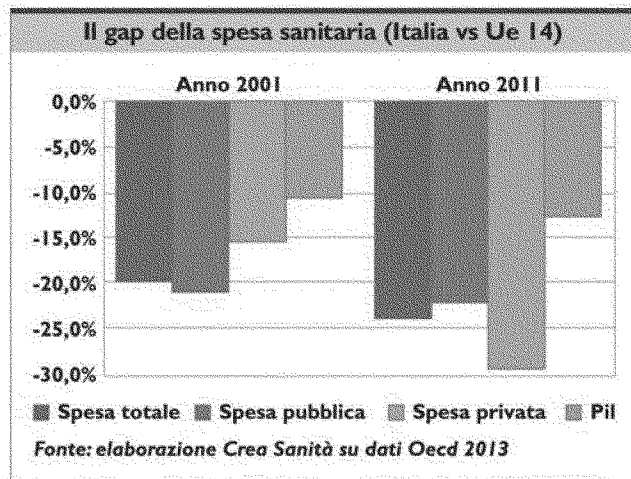
Il «convitato di pietra» di

tutto il ragionamento resta l'andamento dell'economia nazionale. «Le politiche assistenziali si sono spesso asservite all'obiettivo di allineare l'operatività del settore alle risorse, più o meno scarse, disponibili - sottolinea il Rapporto - trascurando che la Sanità è anche il terzo settore industriale del Paese per valore aggiunto prodotto, e che occupa oltre un milione di addetti (comprendendo l'indotto), rappresentando gran parte della media e grande impresa italiana, ed è quindi a sua volta un determinante significativo della produzione di risorse».

«Nessun Paese avanzato può rinunciare ad avere una propria politica industriale in

un settore knowledge intensive come è quello della Sanità», segnalano i ricercatori.

E non a caso individuano nell'ambito della visione



L'agenda per la manutenzione del Welfare

1	Non ridurre ulteriormente il finanziamento pubblico
2	Sostenere gli investimenti pubblici pluriennali e in particolare quelli di prevenzione primaria, anche con interventi di educazione a corretti stili di vita
3	Ripensare il sistema non accantonando frettolosamente l'ipotesi dei ticket, che però andrebbe profondamente riformata
4	Integrare la non autosufficienza nel Ssn a iniziare dalle indennità di accompagnamento
5	Promuove politiche assistenziali rispettose della competitività industriale e definire le politiche industriali nazionali nel settore della salute

VERSO IL SUPERAMENTO DELLE IDEOLOGIE

Tagliando e rettifica per il socio-sanitario

Ecco gli alibi che portano al definanziamento

Le tesi che assumono l'esistenza di una forte inefficienza tecnica aggregata del sistema sanitario italiano sono, quanto meno, fragili, pur avendo spesso monopolizzato il dibattito politico.

Le ragioni che si possono addurre (senza pretesa di esaustività) per spiegare questa sostanziale ostinazione pregiudiziale sono tre, e vale la pena enunciarne la ratio culturale, per esplicitarne le conseguenze sulle politiche sanitarie in particolare e di Welfare in generale.

La prima è che sostenere l'esistenza di una rilevante inefficienza tecnica può rappresentare un buon alibi per tagliare l'intervento pubblico, magari con l'obiettivo nobile di risanare le finanze pubbliche, facendo intendere ai cittadini che questo non comporterà tagli ai servizi.

Il rischio maggiore di questo approccio è quello di minare alla lunga le fondamenta del Ssn, senza peraltro prevederne un razionale adeguamento o al limite un esplicito superamento. Segni in questo senso possiamo già coglierli, osservando che, come era lecito aspettarsi, in tempi di grande ristrettezza finanziaria, gli investimenti tendono a essere tagliati più della spe-

sa corrente, tanto che in Italia gli investimenti privati superano di gran lunga in proporzione quelli pubblici.

In particolare, il nostro Paese sembra investire, come spesa complessiva, di più (nel 2011 ha destinato agli investimenti pluriennali il 5,2% della spesa sanitaria complessiva contro il 3,7% medio di Eu 14), ma a farlo è essenzialmente il settore privato (è uno dei pochi Paesi, insieme all'Irlanda, ad avere un finanziamento di tipo pubblico inferiore al 50%, pari al 38,8 per cento).

Qualora questo trend si confermasse nel futuro, appare lecito paventare una rapida obsolescenza delle strutture pubbliche, con una conseguente fuga della popolazione più abbiente verso quelle private, sancendo la fine dell'universalismo del sistema.

La seconda è che, dopo le privatizzazioni che hanno portato alla dismissione della cosiddetta "industria di Stato", la Sanità è di fatto rimasto il settore a produzione pubblica più rilevante, finendo per essere assimilata al resto della Pubblica amministrazione (Pa) e, per "proprietà transitiva", assimilata anche in termini di inefficienza.

Seppure il Ssn eroghi l'assistenza mediante aziende sanitarie pubbliche, che di fatto non possono uscire da logiche che sono tipiche e proprie della Pa, vanno riconosciute le profonde differenze

che ci sono tra settore sanitario e gli altri settori della Pa, prima fra tutte la maggiore accountability.

Il mancato riconoscimento delle differenze rischia, poi, di distrarre l'attenzione dal vero problema, che è rappresentato da una aziendalizzazione del settore rimasta incompiuta, sino a essere stata poi definitivamente "risucchiata" dalle logiche del Federalismo regionale, che hanno progressivamente spostato l'attenzione dal decentramento organizzativo, a quello politico.

La terza ragione è, invece, legata alla presunta (molto spesso dagli operatori del

servizio) "specialità" del settore sanitario, che viene per lo più ricondotta (più o meno forzatamente) ad aspetti di tipo etico; visione certamente ideologica, che tende a giustificare ogni intervento pubblico operato per via amministrativa, quali quelli tesi a contenere i prezzi dei beni e i costi delle retribuzioni, indipendentemente dai recuperi reali di "efficienza" realizzati.

Il rischio in questo caso è quello di perdere di vista l'essenza sussidiaria dell'intervento pubblico, e di creare distorsioni sui mercati sanitari.

Una gestione del settore sanitario che non pone attenzione alle politiche industriali appare molto miope, specie in un Paese che non può evidentemente misurarsi con quelli "emergenti" in settori maturi e ad alta competizione di prezzo.

Il superamento delle visioni "ideologistiche" del settore è ovviamente scomodo, perché porta al pettine nodi non indifferenti, quali la constatazione che a fronte di un ulteriore impoverimento relativo del Paese, il livello dei servizi sanitari erogabili sarebbe difficilmente mantenibile sui livelli europei (dei Paesi ricchi).

Non di meno, affrontare la realtà appare necessario per garantire la sopravvivenza del Ssn, mettendo mano ad alcune rettifiche nelle politiche sociosanitarie.

Federico Spandonaro
Presidente Consorzio Crea
e curatore del Rapporto Sanità

**L'aziendalizzazione
incompiuta
annega
nei federalismi**

LA PAROLA ALLE CATEGORIE

Lo stop ai tagli piace a tutti ma i conti del Def non tornano

Critiche dai sindacati e l'industria approva il rilancio degli investimenti

Lo stop ai tagli e il rilancio degli investimenti piacciono un po' a tutti. Quello che lascia perplessi alcuni degli interlocutori interpellati da Il Sole 24 Ore Sanità è la relazione tra lo scenario dipinto dal ministro e quello, più tetro, del Def 2013.

Per il presidente di Fnomceo, **Amedeo Bianco**, «nell'intervista il ministro Lorenzin evidenzia che la sanità ha dato moltissimo al risanamento della finanza pubblica e che oltre non si può andare. Mi pare altresì che colga appieno l'insidia insita in alcune affermazioni, come l'universalismo selettivo».

Quello che propone Lorenzin, secondo **Annalisa Silvestro** presidente **Federazione nazionale Collegi Ispasvi**, è «una rivoluzione rivoluzionaria del Ssn. Ma leggendo la pagina sanitaria della bozza del Def, si nota una soluzione di continuità. Qual è la vera impostazione che il ministro vuole dare? Il governo e il presidente del Consiglio dei ministri in quale posizione si trovano? Io sposo l'intervista».

L'industria sottolinea la valorizzazione del Ssn come volano dell'economia. Secondo **Massimo Scaccabarozzi**, presidente di **Farmindustria**, «Come aziende farmaceutiche, stiamo ancora subendo gli effetti di interventi decisi da governi precedenti e auspichiamo che le nuove scelte per il settore prevedano l'adeguamento dei tetti di spesa - in particolare quello dell'ospedaliera - ai consumi reali, altrimenti ci saranno aziende che chiuderanno».

Apprezzamenti da **Assobiomedica**, ma con un appunto sulla libera concorrenza: «Abbiamo molto apprezzato la posizione del ministro - sottolinea il presidente **Stefano Rimondi** - con un grosso punto di attenzione sulla centralizzazione degli acquisti: perché per il settore dei dispositivi medici una centralizzazione esasperata rischierebbe di non soddisfare il requisito fondamentale di una buona sanità: dare a ciascuno la cura (e quindi il prodotto) più appropriato alle specifiche esigenze.

Inoltre, in un mercato in cui il servizio pubblico è il principale cliente, centralizzare gli acquisti significa agevolare la nascita di monopoli».

Annarosa Racca, presidente **Federfarma**, sottolinea il ruolo delle farmacie. «Le farmacie sono pronte e disponibili a essere parte attiva nel processo di deospedalizzazione. Ma anche per queste esiste ormai un fattore sostenibilità perché la spesa farmaceutica ha subito vari tagli negli anni».

Piovono critiche dalle sigle sindacali. Dura la Cgil: «Le rassicurazioni del ministro Lorenzin sono apprezzabili - sottolineano **Vera Lamonica** segretaria confederale e **Stefano Cecconi** responsabile Politiche della Salute **Cgil nazionale** - ma se la sanità è davvero un investimento prezioso, bisogna adeguare il finanziamento (tra i più bassi in Europa). Inoltre il Ministro immagina di allargare l'intervento dei fondi privati per compensare la riduzione dei Lea? Ma questa non sarebbe una sanità integrativa, ma una sanità privata parallela al Ssn pubblico costretto a ritirarsi».

Più investimenti sulla riorganizzazione della rete ospedaliera sono auspicati da **Cimo Asmd**: «Siamo assolutamente d'accordo che dopo anni di tagli - dichiara **Riccardo Cassi**, presidente **Cimo Asmd** - si ricominci a reinvestire in sanità. Non si può infatti riorganizzare la rete ospedaliera e territoriale senza investimenti nelle strutture e nelle tecnologie».

Roberto Lala, segretario del **Sumai** difende il sistema pubblico e denuncia il lungo stallo delle convenzioni. «Sulla sanità integrativa - spiega - non ho pregiudizi, ma rimango convinto che il nostro sistema pubblico, soprattutto rispetto al problema delle cronicità, se ben riorganizzato, può far fronte ai nuovi bisogni di salute dei cittadini. Rispetto all'invito del Ministro a fare tutti un passo indietro: sono quasi 5 anni che le convenzioni sono bloccate».

Anche **Costantino Troise**, segretario nazionale **Anaao Assomed** punta il dito sulla rimozione del valore-lavoro: «Continua a colpirmi la pervicace omissione delle parole lavoro,

valore-lavoro, medico, professionalità come se la sanità non fosse un sistema a elevato know how professionale che si regge su competenze e capacità di risorse umane».

Per **Giacomo Milillo**, segretario **Fimmg** non bastano i fondi, bisogna capire in che direzione andranno: «Sono e saranno le Regioni a decidere la destinazione dei fondi e tra loro io vedo una paralisi di fantasia. La mia preoccupazione è che i fondi andranno ad alimentare interessi elettorali».

Valerio Fabio Alberti, presidente **Fiaso** concorda con il ministro sull'individuazione di alcune criticità: «a partire dall'affermazione che il Ssn ha già dato e quindi non è più comprimibile il finanziamento al Ssn. Altra questione condivisibile: con i bassi investimenti attuali in tecnologie e strutture si rischia l'obsolescenza del patrimonio esistente».

Federsanità Anci punta sulla mancata integrazione sociosanitaria. «In questa visione della sanità che verrà deve trovare spazio una rivoluzione che renda l'integrazione sociosanitaria il vero perno del Ssn attuale».

Graffiante **Nino Cartabellotta**, presidente **Fondazione Gimbe**: «Ancora sotto shock per il traumatico messaggio nascosto tra le righe del Def 2013, le buone intenzioni di una "ragazza generosa" - ma con il portafoglio gestito da Saccomanni - non tranquillizzano affatto gli addetti ai lavori, anzi offendono l'intelligenza di chi ha compreso perfettamente quanto previsto dal Def».

**Le aziende:
più tecnologia
e integrazione
socio-sanitaria**

I DATI ECONOMICI

Spesa e disavanzi in calo ma aumenta la forbice tra Nord e Sud

Una spesa che si conferma in calo non solo rispetto agli ultimi anni (nel 2011, per il secondo anno consecutivo, quella pubblica diminuisce dello 0,7%, contro lo 0,8% dello scorso anno e la privata cala più della pubblica), ma anche rispetto all'Europa. Sempre nel 2011 infatti la spesa sanitaria pro capite complessiva in Italia è stata inferiore di circa il 23,9% rispetto ai Paesi Eu 14, a fronte di un Pil che è ormai inferiore del 9%. E anche la spesa sanitaria pubblica pro capite in particolare è inferiore ai Paesi Eu 14; la differenza è del 22,2% e dal 2008 si è sempre incrementata, mentre il gap della spesa privata si è ridotto.

Una situazione che ha permesso nel Def 2013-2017 di rivedere le previsioni per il prossimo quinquennio al ribasso, dal 7,1% di incidenza sul Pil nel 2012 al 6,7% nel 2017. Ma la crisi si fa sentire e la conferma nella Sanità è nel fatto che la spesa privata è cresciuta ancora meno di quella pubblica, a testimonianza, spiega il rapporto, della scarsa "disponibilità a pagare" delle famiglie italiane.

La variabilità regionale. Nel 2011 le Regioni con spesa inferiore (totale) sono soprattutto del Sud. E questo, spiega il rapporto, anche "pesando" la spesa per tenere conto delle differenze demografiche. Campania, Sicilia, Calabria e Basilicata sono le Regioni in cui si spende meno, ma non per una maggiore efficienza, quanto «per il rischio di una significativa carenza di servizi».

Sul piano della spesa privata a livello regionale, il rapporto prende in considerazione quella per compartecipazioni o per acquisto privato di beni e servizi compresi nei Lea, che quantifica nel 30% della spesa privata complessiva. Le Regioni che in questo senso risultano avere una spesa minore sono Calabria, Abruzzo, Campania e Sicilia.

Ma anche la spesa sanitaria privata, come quella pubblica, presenta una forte, «anzi maggiore» secondo il rapporto, variabilità regionale. Il valore medio pro capite 2011 in Italia è stato di 485 euro: nel Nord 599 euro, nel Centro 520,7 euro, nel Sud solo 313,4 euro.

Le Regioni con spesa privata pro capite maggiore sono Trentino Alto Adige (738,5 euro) e Veneto (702,4 euro), mentre quelle con spesa privata per abitante minore sono Campania (238,1 euro) e Sicilia (287,8 euro), in stretta correlazione al reddito pro capite e con un differenziale tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima di 3 volte.

La spesa sanitaria privata, spiega ancora il rapporto, nel quinquennio 2006-2011, si è incrementata in media dell'1,1% annuo, ma l'aumento maggiore è nelle Regioni del Nord (2,3%) e del Centro (1,7%), mentre al Sud la

spesa si è addirittura ridotta (-2,1%), allargando ulteriormente la forbice tra le Regioni.

I disavanzi. La risposta regionale alla crisi è stata «più virtuosa di quanto normalmente riconosciuto» secondo il rapporto. Il disavanzo è passato dai 5,736 miliardi del 2005 a 1,352 miliardi nel 2011 e nel 2011 risultano in avanzo: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Trento, Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo.

Anche valutando l'impatto sull'impoverimento a livello regionale, secondo il rapporto il quadro che emerge promuove (con riserva) le Regioni, in particolare quelle in piano di rientro: «Non si osservano, infatti, scarti sistematici rilevanti nell'impatto sull'impoverimento nelle diverse Regioni».

Considerando solo le Regioni che hanno presentato un risultato negativo (in tutto nel 2011 con una perdita complessiva di circa 1,611 miliardi), il rapporto evidenzia che soprattutto negli ultimi due anni si è modificata la composizione del disavanzo: cresce la quota di quello delle Regioni settentrionali (dal 4,64% del 2010 all'8,27% del 2011); cresce anche quella delle Regioni centrali (+4,35% tra il 2010 e il 2011, era 45,48% nel 2010 e 49,82% nel 2011); diminuisce invece quella delle Regioni del Sud: -7,98%, dal 49,88% del 2010 al 41,90% del 2011.

Nelle 5 Regioni con maggior disavanzo nel 2011 (Liguria, Lazio, Campania, Calabria e Sardegna), si concentra oltre l'87% del deficit nazionale, con un decremento del 2,89% rispetto al 2010 quando il disavanzo delle prime 5 Regioni "meno virtuose" (Liguria, Lazio, Campania, Puglia e Sardegna) era il 90,10% del totale (considerando solo le Regioni con risultato di esercizio negativo).

Il rapporto sottolinea che nel 2011 al risultato hanno contribuito soprattutto tre Regioni: Lazio, la cui incidenza sulla perdita complessiva è aumentata tra il 2010 e il 2011 del 5,22%, Sardegna con il +4,56% e la Liguria che, nonostante nel 2010 abbia concluso il proprio piano di rientro, ha contribuito nell'ultimo anno per l'8,27% al deficit complessivo con un incremento del 4,37% rispetto al 2010.

Sono soprattutto le Regioni in piano di rientro a migliorare il risultato: passano da un disavanzo di poco meno di 3 miliardi nel 2009 a uno di circa 2,5 miliardi nel 2010 (-12,44%). La situazione migliora ulteriormente tra il 2010 e il 2011. Nell'ultimo anno, spiega il rapporto, il disavanzo di queste Re-

gioni scende ancora fino a poco più di 1,5 miliardi con una contrazione del 39,58% rispetto al 2010. E nell'ultimo anno, prima delle coperture, solo cinque Regioni sono in avanzo: Lombardia, Veneto, Umbria, Marche e Abruzzo.

Ultima osservazione del rapporto: il contenimento della spesa e del finanziamento non è stato «indolore».

Un ulteriore aspetto emerso è «la relazione inversa tra deficit in alcune delle Regioni con piano di rientro e andamento della spesa sanitaria privata; il disavanzo è discendente ma la spesa privata è in crescita».

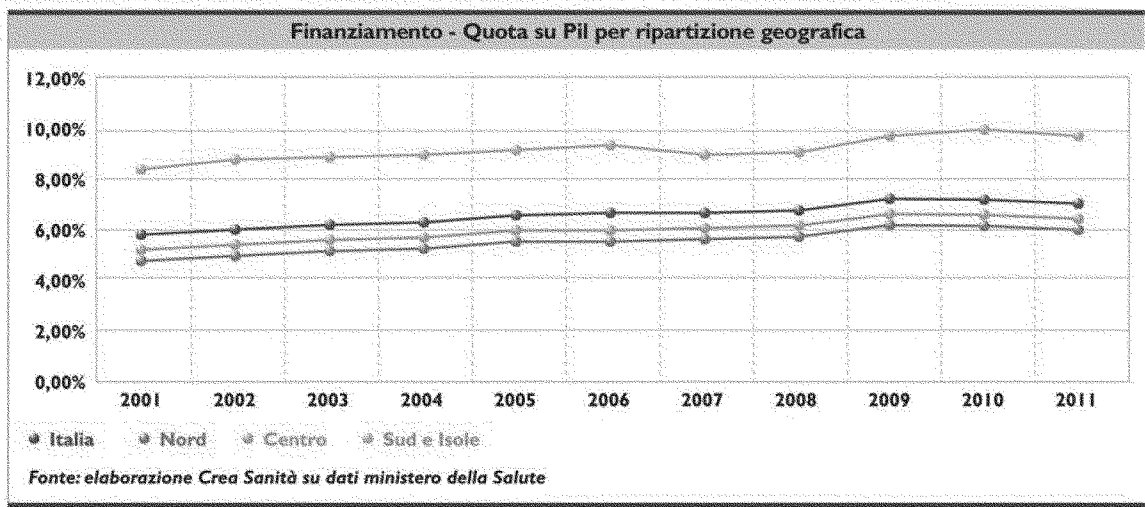
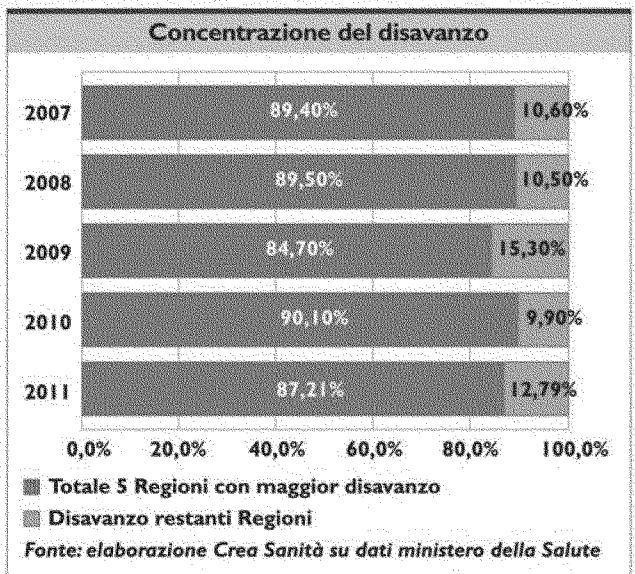
Investimenti. Nel 2011 l'Italia ha destinato agli investimenti pluriannali il 5,2% della spesa sanitaria complessiva contro il 3,7% medio di Eu 14. Rispetto al 2001, mentre il dato Eu 14 è poco aumentato (+0,1%), l'Italia registra un +0,7%.

Ma l'Italia è l'unico Paese (con l'Irlanda) ad avere un finanziamento di tipo pubblico per gli investimenti inferiore al 50% (pari al 38,8%) e il trend è in discesa dal 2008 dal 57,7% al 50,4% nel 2009 e al 42,7% nel 2010.

Se si considera la percentuale di investimenti fissi sulla spesa corrente, suddivisa per la parte pubblica e per la privata, secondo il rapporto si conferma una propensione italiana a investire concentrata nel settore privato: l'Italia per 100 euro di spesa sanitaria corrente privata, ne spende quasi 17 in investimenti fissi privati (all'estremo opposto la Spagna, con 2,21 euro), mentre a fronte di 100 euro di spesa sanitaria corrente pubblica spende solo 2,7 euro per investimenti fissi pubblici (la Svezia arriva a oltre 6 euro).

A investire è dunque essenzialmente il settore privato: lo scenario che si prospetta è quello di strutture pubbliche obsolete, a favore di un settore privato sempre più "attraente".

Paolo Del Bufalo





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



L'innovazione**Monaldi, arrivano
le sale operatorie
in alta definizione****Marisa La Penna**

Camere operatorie in alta definizione che consentono una visione in tre dimensioni. Saranno inaugurate giovedì, alle ore 12, al Monaldi, ospedale all'avanguardia sul fronte delle nuove tecnologie. Realizzate in collaborazione con la Olympus, le due nuove camere operatorie faciliteranno il lavoro del chirurgo e dei suoi collaboratori.

Il manager dell'Azienda dei Colli, Antonio Giordano, commenta soddisfatto: «È la prima volta in Italia che vengono attrezzate sale con queste caratteristiche tecnologiche. Rappresenta perciò motivo di grande onore per l'azienda, per il Monaldi e per tutti gli operatori, a partire da Francesco Corcione, direttore dell'Unità di Chirurgia generale dell'ospedale, essere stati individuati quale centro di riferimento per una tecnologia così straordinariamente evoluta».

Ma vediamo le caratteristiche di queste nuove apparecchiature. Il sistema, definito «Olympus Endoalpha 3D», ha un controllo digitale in remoto delle apparecchiature, e tratta le lesioni attraverso un pro-

cesso che fonde tecnologia ad alta frequenza con gli ultrasuoni. Vengono controllate in tempo reale da touch screen tutte le apparecchiature medicali presenti in sala operatoria anche da campo sterile. Addirittura, il chirurgo e la sala operatoria possono essere messi in contatto con altri centri al fine di gestire flussi video in modalità tridimensionale registrando contestualmente immagini e filmati.

Grazie al sistema laparoscopico con punta flessibile e visione in qualità Full Hd 3d, diventa possibile eseguire interventi di chirurgia mini-invasiva con visione tridimensionale e aumentare notevolmente la velocità in alcuni passaggi chirurgici che richiedono molta precisione come l'esecuzione delle suture in laparoscopia, fino ad oggi possibile con la stessa qualità solo con la chirurgia robotica.

Tecnologia
Monitor 3D,
ultrasuoni
e touch
screen
per facilitare
l'attività
dei chirurghi

FASCE DEBOLI E SERVIZI: VARATO IL PIANO A S.GIORGIO

Più servizi sociali nell'Area vesuviana. Il Coordinamento Istituzionale, composto dai Comuni di San Giorgio a Cremano, San Sebastiano al Vesuvio e dall'Asl Napoli 3, ha infatti approvato il primo Piano Sociale di Zona del nuovo ambito territoriale che vede San Giorgio capofila. Il Piano prevede maggiori servizi destinati alle fasce deboli ed il rafforzamento delle attività già esistenti e promosse negli ultimi anni.

Supporto alle famiglie

Si comincia con il servizio di "Segretario sociale", che sarà l'antenna dei servizi sociali sul territorio e sarà realizzato per un totale di 13.824 ore. Nel campo delle responsabilità familiari saranno promossi uno sportello ed un centro di cui potranno usufruire cinquanta famiglie del territorio. Saranno previsti contributi per figli riconosciuti da un solo genitore ed una attività di supporto per l'affido familiare, rivolto a cinquanta famiglie del territorio.

Per bambini e ragazzi a rischio saranno garantiti percorsi di tutoraggio educativo e la possibilità di trasferimento e mantenimento in casa famiglia.

Centro diurno per disabili

Per i disabili continuerà l'esperienza del centro diurno integrato, con 36 posti a disposizione, mentre saranno riservati fondi per po-

ter garantire soggiorni in residenze sanitarie assistite a disabili gravi, anche con patologie psichiatriche. Sarà garantita l'assistenza domiciliare integrata a 35 utenti e l'assistenza scolastica per 93 ragazzi, a cinque dei quali sarà garantito il trasporto presso strutture riabilitative. Venti utenti potranno svolgere attività educative all'interno di un centro sociale polifunzionale.

Per gli anziani sarà messo in campo un servizio di assistenza domiciliare per cento utenti e sarà garantito il mantenimento di due centri sociali polifunzionali.

Mediazione culturale

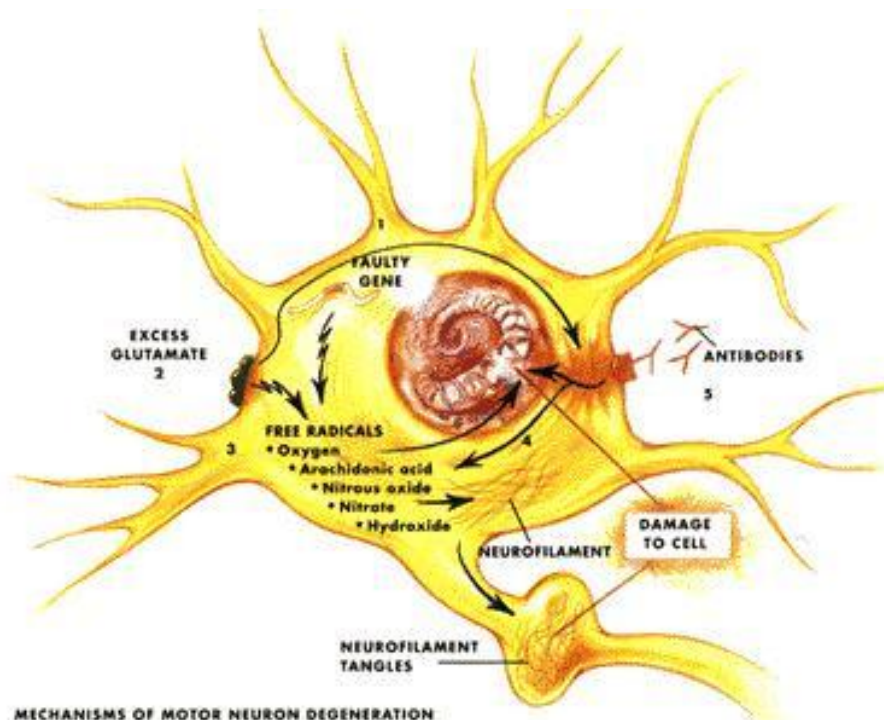
Per gli immigrati sarà garantita la mediazione

culturale sul territorio, mentre, come misura di contrasto alla povertà, sarà potenziato il servizio di consegna mensile di pacchi con generi alimentari ad 800 famiglie, destinatarie anche di un innovativo servizio di assistenza medica. Sarà aperto un centro antiviolenza sul territorio destinato a cinquanta donne che dovessero lamentare abusi. "L'approvazione del Piano Sociale di Zona - dice il sindaco **Mimmo Giorgiano** - è ora in attesa della approvazione definitiva da parte della Regione Campania, che non dovrebbe tardare ad arrivare". ●●●



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Sclerosi multipla? L'angioplastica aiuta

Di **MAURO TONETTI**

I pazienti ammalati di sclerosi multipla operati di insufficienza venosa cerebro-spinale cronica (Ccsvi) mostrano miglioramenti sintomatologici dopo l'intervento: abbiamo casi in cui la vescica torna a funzionare normalmente, la deambulazione e la vista migliorano, la stanchezza quasi sempre diminuisce o scompare, così come i disturbi sessuali. I risultati della terapia sono molto incoraggianti, benché non curi la sclerosi multipla e i pazienti non devono interrompere le cure farmacologiche". A sostenerlo è **Ciro Gargano**, presidente dell'Osservatorio nazionale sulla Sclerosi multipla e Ccsvi, nel corso della tavola rotonda "Sclerosi multipla, la Ccsvi può migliorare la qualità della vita degli ammalati" che si è svolta ieri alla Concommercio di Napoli.

"I malati di sclerosi hanno spesso un restringimento delle giu-

gulari e di una vena del torace che si chiama azygos; e questa stenosi pare legata alla sclerosi a placche, peggiorandone i sintomi e l'evoluzione. Se le vene del collo e del torace che fanno defluire il sangue dal cervello al cuore sono ristrette - spiega Gargano - il sangue ristagna nell'area cerebrale".

Liberare con un intervento di angioplastica le vene potrebbe ridurre o eliminare gran parte dei sintomi della sclerosi multipla, una malattia che, per ora, non ha cause accertate né una cura risolutiva". L'obiettivo dell'Osservatorio - evidenzia **Dino Franco Vitale**, direttore scientifico dell'Osservatorio, cardiologo e docente di bio statistica - è di raccogliere i dati dai centri di radiologia interventistica pubblici e privati. Questi dati verranno analizzati e messi a disposizione di tutti gli studiosi interessati nell'analisi della Sclerosi multipla, della Insufficienza Venosa

Cerebro Spinale Cronica ma soprattutto, interessati al miglioramento della qualità di vita di questi pazienti”.

La metodica di cui parlano i clinici è quella introdotta in clinica da **Paolo Zamboni**.

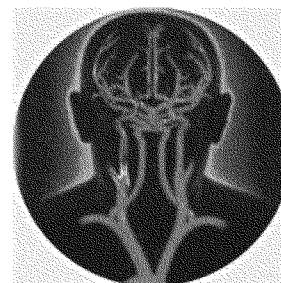
Metodica di disostruzione che - varicordato - però non ha pareri univoci sull'efficacia e utilità clinica e sulla quale sono ancora in corso studi e approfondimen-

ti scientifici.

L'Osservatorio potrà dare omogeneità e risalto a tutte le informazioni disponibili ma che finora non sono ancora state catalogate e valutate in maniera omogenea.

Michele Rendace, chirurgo vascolare all'Asl di Cosenza è certo che nei pazienti c'è un accumulo di ferro nella zona peri-venosa cerebrale, che dà

luogo alla formazione delle cicatrici e poi si evidenziano nella sclerosi. La speranza è che la ricerca possa fare i passi avanti attesi. ●●●



Unica al mondo, ha cambiato la vita a un americano

Una protesi bionica fa salire e scendere le scale

DI ETTORE BIANCHI

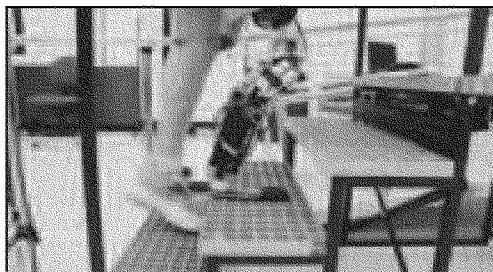
Ha avuto successo l'esperimento, condotto negli Stati Uniti, sull'applicazione di una gamba, per così dire, pensante. Protagonista è il trentaduenne **Zac Vawter**, seguito dall'Istituto riabilitativo di Chicago. Lo strumento che permette all'uomo di camminare pressoché normalmente utilizza impulsi provenienti dai nervi e dai muscoli, che un tempo erano collegati all'anca e al ginocchio. La protesi motorizzata, dunque, si muove grazie alla forza del pensiero. I sensori permettono questa trasmissione motoria.

Il paziente è così in grado di salire e scendere le scale e di affrontare salite e discese. E, cosa

più importante, è possibile piegare la gamba artificiale, permettendo di simulare molto da vicino il movimento di una gamba vera e propria. Vawter, che aveva perso la gamba quattro anni fa in un incidente con la sua motocicletta, ha detto che la nuova gamba bionica rappresenta il giorno rispetto alla notte della precedente protesi meccanica. Le scale sono diventate la normalità.

Si tratta del primo caso di questo tipo a livello mondiale. I movimenti avvengono a livello intuitivo, senza bisogno

di azionare alcun meccanismo con un bottone. Questo studio apre nuove prospettive, almeno potenzialmente, per più di un milione di americani che sono costretti a convivere con l'amputazione di un arto. Tra questi vi sono 1.600 soldati reduci dalle guerre in Iraq e in Afghanistan. Questo progetto si avvale del sostegno offerto dall'esercito americano, che ha versato 8 milioni di dollari (5,9 mln euro) per finanziare gli studi.



La protesi impiantata a Chicago

I tecnici hanno definito bionica questa protesi perché è capace di interagire con l'essere umano in modo intelligente. Nulla a che vedere con una eventuale forza sovrumana: è semplicemente questione di efficienza dello strumento. Un algoritmo del software riceve segnali dagli elettrodi attaccati alla pelle di ciò che rimane

della gamba amputata e converte i segnali in movimenti della gamba e dell'anca sulla protesi. Gli elettrodi ricevono i segnali dai muscoli collegati ai nervi della gamba sana, compresi i nervi che prima dell'amputazione portavano gli stimoli dal cervello all'anca. Quando il paziente vuole muoversi, il cervello

invia segnali al muscolo che non è stato danneggiato. Una algoritmo decodifica le voci per decifrare ciò che l'uomo sta pensando, traducendo i risultati in movimento.

Le due pagine di «Estero - Le notizie mai lette in Italia» sono a cura di Sabina Rodi

—© Riproduzione riservata—

«Le emorragie digestive» 350 medici a confronto

Tre giorni di incontri al Royal su patologie gastroenteriche seconda causa di mortalità

Oltre trecentocinquanta gastroenterologi sono arrivati da ogni parte d'Italia per partecipare, al corso su «Endoscopia digestiva d'urgenza nella gestione del paziente con patologia gastroenterica» che si sta svolgendo da ieri (e terminerà domani) all'Hotel Royal, in via Partenope. Nel corso del convegno verranno trattate sia le patologie dell'adulto che del bambino. «Soprattutto sarà dato ampio spazio alla drammatica problematica delle emorragie digestive in cui, oggi, l'endoscopia digestiva riveste un ruolo fondamentale nel determinare l'arresto del sanguinamento riuscendo, la maggior parte delle volte, a salvare la vita del paziente sia esso adulto che pediatrico» spiega il professor Livio Cipolletta, tra gli organizzatori dell'evento.

La prima giornata di lavori è stata aperta da una tavola rotonda sul tema: «L'organizzazione Regionale della Rete

dell'Emergenza Emorragica». Poi si è entrati nel vivo del corso che, come detto, si concluderà domani

Insieme con i rappresentanti politici e regionali della Campania, interverranno al congresso anche rappresentanti regionali della Lombardia e del Veneto dove la rete dell'emergenza è già stata attivata da qualche tempo, con grande successo.

Le urgenze dell'apparato digerente, lo ricordiamo, sono, per frequenza e gravità, seconde solamente alle urgenze cardiovascolari. «Nel caso specifico delle emorragie esse per la loro particolare tipologia di manifestazione rappresentano spesso un evento drammatico con una mortalità ridotta solamente grazie al ruolo cruciale che riveste l'endoscopia digestiva in questo campo» conclude il professor Cipolletta, docente di endoscopia alla Federico II, recentemente nominato primario responsabile dell'area funzionale di Gastroenterologia al Cardarelli.

m.i.p.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TINA SIMONIELLO

Gli antibiotici sono i farmaci più utilizzati in età pediatrica e in particolare per il trattamento delle infezioni delle vie respiratorie. Sono farmaci notevoli: hanno salvato e salvano milioni di bambini. Ma un uso eccessivo e inappropriato di queste medicine nuoce a tutti, ai singoli e alla comunità. Così Maurizio De Martino, direttore della Pediatria internistica del Meyer di Firenze e uno dei partecipanti al gruppo di lavoro della Consensus Conference sull'impiego razionale degli antibiotici nelle infezioni delle vie aeree in età evolutiva, al centro dei lavori del congresso della Società di pediatria preventiva e sociale (Sipps) che si è svolto recentemente a Bari.

Inappropriato. Eccessivo.

Ma quali sono i principali errori che si commettono con queste medicine? Uno, classico, secondo gli esperti, è l'autoprescrizione da parte dei genitori: gli antibiotici devono essere prescritti dal pediatra, e dopo una visita. Poi: non vanno utilizzati per ogni patologia respiratoria di qualsivoglia origine: gli antibiotici sono degli antibatterici, quindi non agiscono sui virus, che invece sono spesso causa delle comuni infezioni delle vie aeree. «Per le faringotonsilliti - entra nel dettaglio De Martino - patologie dovute a batteri nel 20 per cento dei casi, vanno prescritti dopo un tampone che ne accerti l'origine batterica. Nel caso di polmoniti, otiti e sinusiti, che hanno una ragione batterica nella gran parte dei casi, basta l'osservazione dei sintomi, che vanno riscontrati sempre dal pediatra. Gli antibiotici non sono antipiretici. Molti invece li usano, sbagliando appunto, contro la febbre. Che per altro, lo ricordiamo, è una reazione fisiologica dell'organismo».

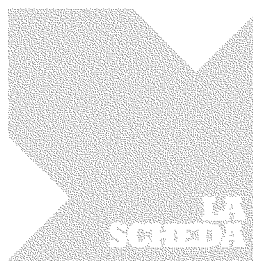
Altri motivi dell'abuso: difficoltà di ottenere una diagnosi microbiologica dell'infezione, pressione da parte dei genitori sul medico, poca aderenza dei

Eccessi ed uso errato l'allarme dei pediatri

pediatri alle linee guida esistenti. Eppure gli antibiotici non sono privi di effetti collaterali. In aumento le segnalazioni di reazioni avverse in pediatria proprio da antimicrobici. Ma l'effetto più importante dell'uso poco razionale che degli antibiotici è la resistenza batterica e la multiresistenza. L'Italia è tra i Paesi europei con i livelli più elevati di antibiotico-resistenza, soprattutto il Centro-Sud.

Che fare? Uno studio italiano che ha coinvolto oltre un milione di residenti della provincia di Modena e Parma (sul *British medical journal*) dimostra che campagne informative (brochure, opuscoli per tutti e news lettere ai medici e ai farmacisti) riescono ad ridurre sensibilmente l'uso e la prescrizione di antibiotici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



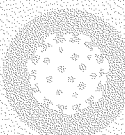
LA DIAGNOSI

Spetta solo al pediatra farla e decidere se e quale antibiotico utilizzare: nessuna autodiagnosi e auto-prescrizione



LE CURE

Gli antibiotici combattono i batteri, sono inutili nelle infezioni virali, anzi possono favorire quelle da batteri resistenti



L'INFLUENZA

I vari farmaci antibatterici non la curano poiché non agiscono contro i virus influenzali né sono utili contro il raffreddore



L'ADERENZA

Il ciclo della terapia antibiotica non va mai interrotto e le dosi giornaliere vanno rispettate secondo l'indicazione del pediatra

Pollice

La sua articolazione è tra le più usate del corpo. Per questo è colpita spesso da artrosi che limita molto i suoi movimenti

Una piccola lente e si rimette in moto Via il dolore

FABIO LODISPOTO *

Una lente in pirocarbonio per salvare il pollice. Si tratta di una protesi minimamente invasiva che toglie il dolore in caso di artrosi del primo dito. Una nuova opportunità di cura per questa localizzazione dell'artrosi molto frequente (10% di tutte le sedi di artrosi), che colpisce soprattutto la mano femminile dopo i 50 anni, anche chiamata, dagli specialisti, rizoartrosi.

Quando questa forma di artrosi si sviluppa, il dolore viene avvertito alla base del pollice soprattutto durante il movimento. Tanto da penalizzare una delle maggiori conquiste evolutive della nostra specie: l'opposizione del pollice alle altre dita. Di qui la difficoltà, a causa del forte dolore, ad eseguire anche i più elementari gesti quotidiani. Dolore e mancanza di forza vengono, ad esempio, avvertite nell'avvitare o svitare il coperchio di un barattolo o la moka per il caffè, girare una chiave nella serratura può risultare doloroso, così come una semplice stretta di mano in segno di saluto. Lavori domestici, attività lavorative manuali e certi sport come il tennis e il golf, che sollecitano l'articolazione sofferente, incrementano il dolore, che si manifesta, talvolta, sotto forma di fittellancinanti tanto for-

Si chiama anche rizoartrosi. Colpisce soprattutto la mano delle donne dopo i 50 anni

ti da costringere ad allentare la presa o a sospendere il lavoro in corso. Con il tempo, l'artrosi che lentamente si aggrava, deforma l'articolazione, tanto da formare una evidente sporgenza lateralmente, alla base del pollice.

Le fisioterapie, gli antinfiammatori, le infiltrazioni locali e i tutori rigidi per mettere a riposo il dito, inizialmente ottengono dei buoni risultati, il dolore si attenua o addirittura scompare per lunghi periodi, ma non arrestano l'evoluzione sfavorevole dell'artrosi. Fino a che nessuna cura sembra più dare beneficio. Di qui il bisturi. L'intervento chirurgico diventa l'unica inevitabile soluzione. Due le possibili tecniche chirurgiche, maggiormente praticate fino a poco tempo: la artrodesi e la artroplastica. Entrambe le tecniche risultano molto valide ed affidabili, ma entrambe a sacrificio dell'articolazione. La artrodesi infatti sopprime il dolore, ma blocca l'articolazione con conseguente limitazione del movimento del pollice. La artroplastica invece prevede la asportazione di un osso del polso (trape-

zio), che si articola con la base del pollice. Anche con questa tecnica si toglie il dolore, con il vantaggio di conservare tutto l'arco di movimento del pollice, ma al prezzo di un elemento osseo che viene sacrificato. Di qui gli sforzi degli specialisti per trovare una soluzione che al tempo stesso potesse eliminare il dolore e conservare l'articolazione.

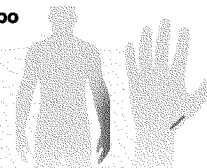
La protesi di ultima generazione in pirocarbonio per la rizoartrosi sembra proprio soddisfare questa ricerca. In realtà la protesi non è una vera protesi, come quelle più popolari di ginocchio o di anca, che si fissano all'osso con

NUOVA PROTESI PER IL POLLICE L'INTERVENTO

È una protesi di nuova generazione in pirocarbonio per l'artrosi che colpisce il primo dito

Trapezio

1° metacarpo



Zona in anestesia

Piccola incisione

1 In anestesia locoregionale si effettua una piccola incisione di circa 3 cm lateralmente alla base del pollice

2 Si asportano tutti gli osteofiti (escrescenze di osso artrosico) e le superfici malandate dall'artrosi

3 Nello spazio articolare si inserisce la protesi che impedisce che le due superfici sfreghino tra di loro durante i movimenti del pollice

Articolazione trapezio-metacarpale ripulita

Protesi in sede

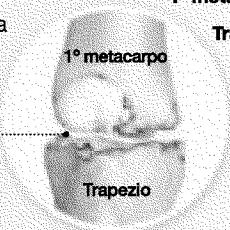
Protesi in pirocarbonio

INFOGRAFICA DI PAULA SIMONETTI

LA RIZOARTROSI

È l'artrosi della base del pollice, interessa l'articolazione trapezio-metacarpale

Degenerazione della cartilagine articolare e delle ossa



1° metacarpo

Trapezio

Scafolde

Radio

apposito cemento, ma uno spaziatore.

* Specialista in Medicina dello Sport e in Ortopedia e Traumatologia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA TECNICA

COSÌ FUNZIONA LA PROTESI ANTI-USURA

Una piccola lente dello spessore medio di un paio di millimetri che si inserisce nell'articolazione, tra le due superfici affette da artrosi. Tanto basta a togliere il dolore.

L'artrosi è un fenomeno di usura delle superfici articolari. Prima della cartilagine, che si assottiglia e infine scompare, e poi dell'osso sottostante che si deforma. Le superfici, perdono così il loro rivestimento liscio, lucido e lubrificato, ben adatto al movimento e diventano invece irregolari e ruvide. Il contatto e il movimento tra queste superfici malate è il principale contributo al dolore artrosico. Si spiega così l'effetto della protesi in pirocarbonio: si interpone tra le superfici artrosiche impedendone sfregamento e contatto.

«L'intervento è semplice - spiega Luca Braghioli, ortopedico chirurgia della mano dell'ospedale di Terni - Si addormenta la mano e il braccio. Si pratica una piccola incisione di circa tre centimetri lateralmente e alla base del pollice. Si asportano tutti gli osteofiti (escrescenze di osso artrosico) e le superfici malandate dall'artrosi e nello spazio creato si inserisce la protesi. Se l'artrosi troppo grave o il paziente è molto anziano, meglio gli interventi tradizionali».

(f. lod.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Diabete

Numeri in continua crescita e spesa sanitaria doppia per ricoveri più lunghi e frequenti. Sono maggiori le complicanze. Il punto al congresso Easd a Barcellona

Non solo malattia così condiziona tutte le patologie

DAL NOSTRO INVIATO
ELVIRA NASELLI

I BARCELLONA numeri sono fuori controllo e l'epidemia sembra davvero inarrestabile. Trecentosettantuno milioni di malati in tutto il mondo, che saranno 552 milioni nel 2030. In una progressione che non si riesce neppure a rallentare. Il 90-95 per cento di tutti i casi di diabete è di tipo 2, correlato principalmente a cattivi stili di vita. Al congresso Easd (alleanza europea per lo studio del diabete), che si è appena concluso a Barcellona, diabetologi di tutto il mondo accentuano l'allarme e sottolineano come il diabete non si possa considerare una malattia in sé, ma un vero e proprio moltiplicatore di patologie e un elemento peggiorativo di tutte le prognosi, da quelle cardiovascolari (un diabetico di 40 anni - ha spiegato Mark Kearney dell'università di Leeds - ha l'età cardiovascolare di una persona di 55), a quelle infiammatorie, reumatologiche, cutanee, dei polmoni fino alle oncologiche.

Con cifre impressionanti: la mortalità a 3 anni dopo un attacco di cuore è in media del 18 per cento per i sani e del 33 per i diabetici, così come è più alto del 23 per cento il rischio di cancro al seno, con un rischio maggiore di mortalità del 38%. Per il cancro al colon il rischio maggiore del 26% di ammalarsi e del 30% di morte (dati presentati ieri al congresso Esmo ad Amsterdam). Oltre alle complicanze

Un costo più alto rispetto a coloro che non sono affetti servono più esami e visite mediche

considerate classiche della malattia, dalla patologia renale cronica (27,8% dei diabetici), ai problemi ai piedi (22,9) danni agli occhi (18,9), infarto (9,8), ovvero le cosiddette complicanze micro e macrovascolari.

I costi sanitari sono elevatissimi e c'è da credere che - crescendo di pari passo con sovrappeso e obesità - possano diventare insostenibili per qualunque sistema sanitario. Un diabetico, infatti, non solo assume i farmaci per la sua patologia (in Italia rimborsati dal Ssn) ma ha una spesa annua doppia rispetto ad un non diabetico (770 euro contro 351); inoltre ricorre a molte più prescrizioni per esami di laboratorio e strumentali e visite mediche (377 euro contro 241). Sull'ospedalizzazione - poi - si schianterebbe qualunque sistema sanitario: tassi doppi di ricoveri, più lunghi e costosi (1364 euro contro 670). Ogni diabetico costa allo Stato 2511 euro all'anno che, moltiplicato per una stima di tre milioni e mezzo di malati, fa l'11 per cento dell'intero Fondo Sanitario Nazionale.

Una spesa quasi interamente assorbita dalle complicanze tanto che le tre società italiane

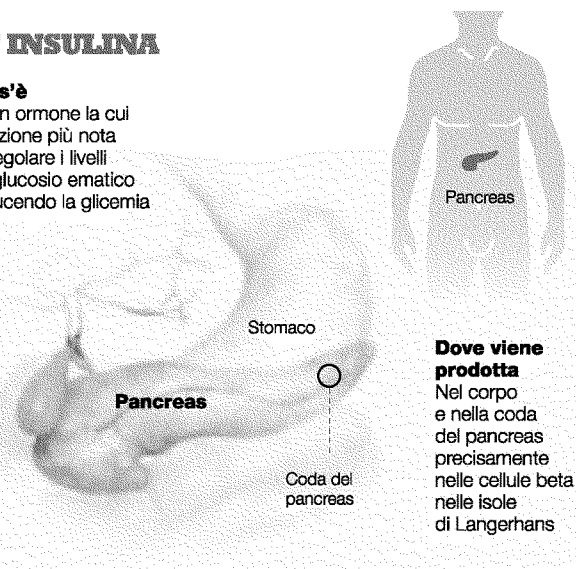
(Sis, società italiana diabetologia, Amd, associazione medici diabetologi, e Diabete Italia, associazione di pazienti) lamentano come il Piano diabete sia ancora disatteso e come Aifa abbia avviato una procedura che limita la rimborsabilità dei farmaci della categoria delle incretine, nonostante le rassicurazioni sulla sicurezza d'uso arrivate da società scientifiche internazionali (Ada, Easd), dall'International Diabetes Federation e dalla stessa Ema, l'agenzia regolatoria europea. «Le terapie con le incretine sono sicure - precisa Stefano del Prato, presidente Sid - efficaci, non danno rischi di ipoglicemie e non provocano aumento di peso. Per questo andrebbero usate precocemente e non solo su alcuni pazienti e tardivamente, come vorrebbe l'Aifa». Che deve tener conto - però - anche dei costi dei farmaci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INSULINA

Cos'è

È un ormone la cui funzione più nota è regolare i livelli di glucosio ematico riducendo la glicemia

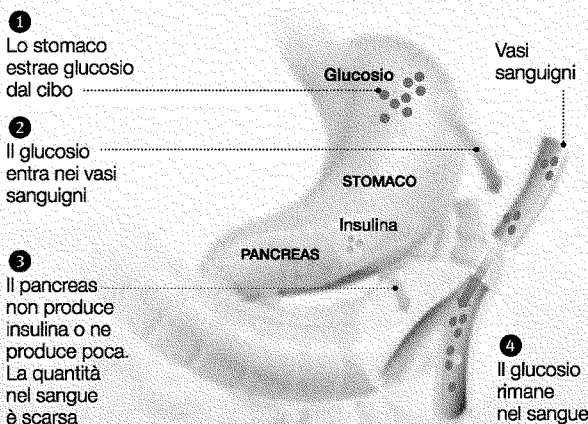


Dove viene prodotta
Nel corpo e nella coda del pancreas precisamente nelle cellule beta nelle isole di Langerhans

DIABETE DI TIPO 1

È una malattia autoimmune in cui sono distrutte le cellule beta del pancreas. Richiede l'uso di insulina tramite iniezioni

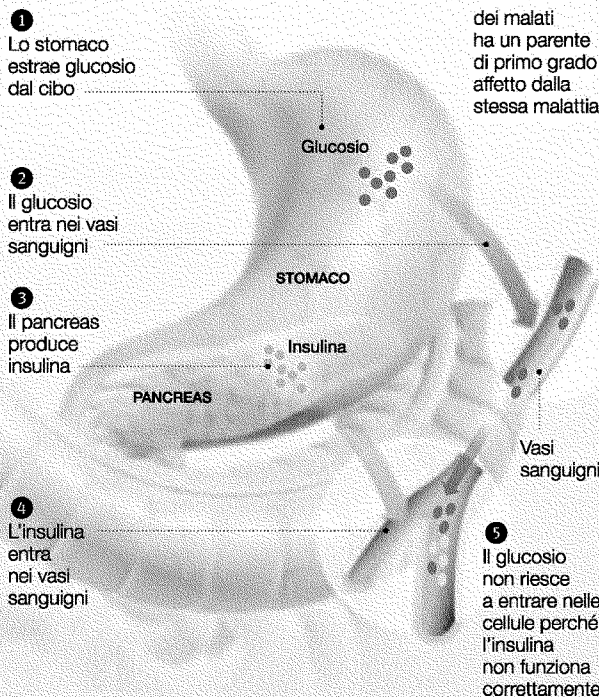
Insorgenza	sotto i 20 anni
Sviluppo	Veloce
Incidenza	10% dei diabetici
Obesità	Rara
Insulina	Secrezione diminuita
Gemelli colpiti	50%
Trattamento	Insulina sottocutanea



DIABETE DI TIPO 2

Si presenta di solito negli adulti o anziani ed è dovuto ad uno scarso funzionamento dell'insulina

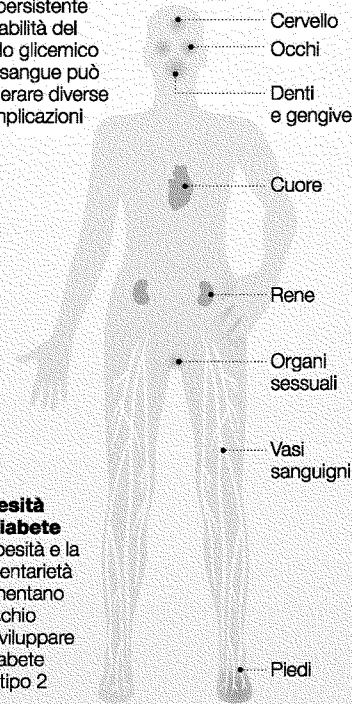
Insorgenza	sotto i 20 anni
Sviluppo	sotto i 20 anni
Incidenza	90% dei diabetici
Obesità	Frequente
Insulina	Secrezione normale o aumentata
Gemelli colpiti	90-100%
Trattamento	Dieta e farmaci orali



40%
dei malati ha un parente di primo grado affetto dalla stessa malattia

COMPLICAZIONI

La persistente instabilità del livello glicemico del sangue può generare diverse complicazioni



Obesità e diabete
L'obesità e la sedentarietà aumentano il rischio di sviluppare il diabete del tipo 2

Schiena, stress, invecchiamento le emergenze ai tempi della crisi

MARIA RITA MONTEBELLI

Di lavoro si vive, ma ci si può anche ammalare. In modo diverso rispetto a ieri, come dicono i dati Inail, in un contesto in continua e rapida evoluzione. Ad intercettare vecchi problemi e nuove emergenze, prime tra tutte il lavoro ai tempi della crisi e l'invecchiamento, ci pensa la Medicina del Lavoro, che da quest'anno celebra il primo ottobre la sua giornata nazionale, intitolata a Duilio Casula, uno dei padri fondatori di questa specialità e tra i protagonisti della riforma sanitaria del 1978.

«La nostra è una società scientifica trasversale - afferma Pietro Apostoli, presidente della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (Simlii) - comprende sia i formatori degli specialisti in medicina del lavoro e sia chi pratica questa attività nelle istituzioni e nelle aziende.

Sono importanti sia la posizione, la ripetitività e la frequenza delle azioni

Tra le patologie in aumento, quelle muscolo-scheletriche (mal di schiena, malattie agli arti superiori), collegate soprattutto alla posizione, alla ripetitività e alla frequenza delle azioni, al sovraccarico biomeccanico. C'è poi l'area dello stress e del disadattamento. Le vittime soffrono di ansia, insonnia, irritabilità, difficoltà nei rapporti interpersonali (lavorativi e privati). Infine, l'invecchiamento. «Si resterà allavoro molto più a lungo del passato. Dovremmo studiare insieme ad ingegneri ed economisti - afferma Apostoli - come adattare il lavoro a persone più avanti con gli anni; e questo vale soprattutto per le donne. Compito del medico del lavoro è fare la "manutenzione" del lavoratore e rendere

l'occupazione compatibile con ciò che l'uomo può fare».

Oltre ad intervenire su ripetitività e monotonia, riorganizzando attività in modo da dare allavoro contenuti sempre più apprezzabili da parte del lavoratore (attraverso il job enlargement, il job enrichment), alcune aziende, di concerto con i medici del lavoro, hanno organizzato campagne di prevenzione dell'ipertensione, delle alterazioni del metabolismo lipidico e glucidico, dei disturbi muscolo-scheletrici e screening per vari tipi di tumori. «Attività - commenta Apostoli - non strettamente collegate con i rischi lavorativi, ispirate all'ottica che non basta prevenire, ma anche promuovere attivamente il benessere».

E tra i pericoli per la salute dei lavoratori, è ormai appurato che il peggior fattore di rischio resta il "non lavoro", come dimostrano ricerche in diversi Paesi. La disoccupazione innalza i tassi di suicidio e le patologie psichiatriche (depressione, abuso di sostanze). Uno studio svedese (Garcy AM, 2012) ha dimostrato che il non lavoro è un fattore di rischio anche per le malattie cardiovascolari, quelle tumorali e quelle correlate all'alcol, senza differenze di genere. In Italia, infine, il gruppo AIE su "crisi e salute" ha stimato in 200 l'anno le morti in eccesso dovute alla disoccupazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA SCHEDA

GLI INFORTUNI
Quelli denunciati all'Inail sono tutti in calo, soprattutto negli ultimi 4 anni, nei tre settori: servizi, industria, agricoltura
Motivo: cala l'occupazione

NEI SERVIZI
Qui nel 2011 sono stati denunciati all'Inail 416.059 infortuni. In genere si tratta di patologie meno gravi degli altri settori

NELL'INDUSTRIA
Nel 2011 le denunce sono state 262.152. In questo settore consistente è la quota di traumi mortali o invalidità permanenti

IN AGRICOLTURA
Nel 2011 le denunce sono state 46.963. Anche in questo settore è consistente la quota di traumi mortali o invalidità permanenti

Medicina del lavoro

Oggi, in occasione della giornata nazionale, gli specialisti fanno il punto sui mutamenti in corso delle patologie tra addetti all'agricoltura, all'industria e ai servizi. I dati e le preoccupazioni legate all'età

Se le analisi decidono anche le cure

ALESSANDRA MARGRETH

L'innovazione continua nella diagnostica di laboratorio sta migliorando sia le possibilità di cura del paziente che i risparmi nella spesa sanitaria. Oggi si può intervenire sull'intero percorso del paziente, dagli esami di screening alla diagnosi, dalla prognosi alla scelta della cura e al monitoraggio di efficacia del farmaco. Il tutto grazie all'evoluzione dei sistemi di analisi e dall'introduzione di test innovativi. Di questo si è parlato recentemente in un apposito seminario organizzato da Roche Diagnostics

a Rotkeutz, in Svizzera. I progressi più importanti in oncologia vengono dalla medicina personalizzata: nuovi test genetici, come il Braf, l'Egfr o il Kras, consentono oggi di identificare e selezionare i pazienti in cui una terapia è più efficace. Oggi le donne dispongono di un test all'avanguardia per prevenire il tumore al collo dell'utero. Al Pap test si affianca infatti l'Hpv test. Spiega Mario Sideri, direttore Unità Ginecologia Preventiva dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano: «Studi dimostrano che il test Hpv è più sensibile del Pap nel rilevare lesioni precancerose. Inserire il test Hpv accanto alla citologia tradizionale, per le donne sopra i 35 anni, renderebbe più effi-

Ora il tumore del collo dell'utero si previene meglio cercando l'Hpv il virus che lo causa

caci programmi di screening. Oggi solo alcune Regioni prevedono screening basati anche sull'Hpv test». Questo esame diagnostico viene rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale. L'HPV test prevede intervalli più lunghi tra un esame e l'altro: 5 anni. La diagnostica di laboratorio ha fatto passi da gigante in altri esami rivolti alle donne: da quello per la Chlamydia

(agente spesso responsabile di infertilità) a nuovi test utili in gravidanza per diagnosi di pre-eclampsia (detta anche gestosi).

Molto importanti sono i risultati ottenuti nel melanoma, nel cancro del polmone o in quello del colon retto dove si parla di terapia personalizzata, "tagliata" su misura per un paziente. Queste terapie mirate consentono di allungare la vita evitando trattamenti inutili e addirittura nocivi. Il passo successivo, sarà quello della proteomica, dove analizzando proteine specifiche, espressione di alcune forme tumorali, si arriverà a fare una diagnosi più rapida e accurata.

I cardiopatici possono ora beneficiare di recenti test in grado di controllare patologie importanti e frequenti come lo scompenso cardiaco o l'infarto. Ma anche nell'autodiagnosi ci sono progressi: come il recente test per valutare il livello di coagulazione del sangue (Inr), indispensabile per chi è stato sottoposto a interventi cardiaci importanti e deve assumere regolarmente anticoagulanti. Un aiuto importante per tenere sotto controllo questi valori. Il futuro è dietro l'angolo: ormai si parla di sequenziamento completo del Dna a costi ridotti quale test di routine nella diagnosi e nella predisposizione di patologie invalidanti.

I VIRUS

Ci sono oltre 120 genotipi: alcuni innocui, altri a basso rischio e altri (circa 15) ad alto rischio oncogeno. Si trasmettono per via sessuale e orale e si replicano nelle cellule della mucosa

LA LESIONE

In base alla quantità di cellule anomale la displasia viene classificata come: lieve, moderata o grave

AREA INGRANDITA VISTA DALL'ALTO DEL COLLO DELL'UTERO

© RIPRODUZIONE RISERVATA

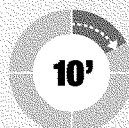
Test
La diagnostica allarga il suo campo d'azione. Oltre a scoprire le malattie sceglie la terapia e la verifica

IL TEST HPV

Svela la presenza del virus. È più affidabile del Pap Test, si fa su un semplice prelievo di liquido vaginale. Il test rivela subito anche i genotipi virali

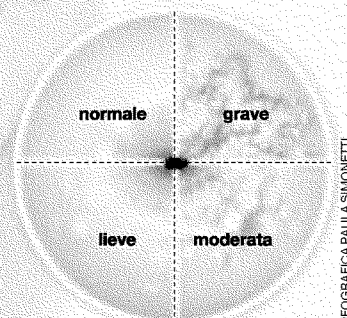
IL PAP TEST

È un esame non invasivo in grado di diagnosticare la presenza di cellule cancerose nel collo dell'utero



5-10 MINUTI richiede l'esame

Cellule anomale (displasia)



INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

Stress sott' accusa adulti sempre più colpiti

BEATRICE TOMASINI

L'ACNE non è più solo un problema da adolescenti: cresce la quota di adulti colpiti con ben 19 milioni di italiani potenzialmente a rischio, soprattutto donne tra i 30 e 40 anni con ritmi di vita stressanti. Così pustole e punti neri, che in gioventù "tormentano" fronte, guance e naso, si ripresentano su mento e guance. Se n'è parlato all'ultimo congresso dei dermatologi ospedalieri Adoi dove sono state presentate nuove ricerche sul genoma del batterio che, insieme ad altri fattori, provoca questa malattia della pelle: il *Propionibacterium acnes*. «Presto, con un prelievo superficiale di sebo dalla cute, potremo capire se i ceppi di *P. acnes* siano in grado di provocare l'infiammazione», spiega Vincenzo Bettoli, responsabile dell'ambulatorio per lo studio e la terapia dell'acne dell'Azienda ospedaliera universitaria di Ferrara.

«Attenzione, però, a schiacciare i punti neri - raccomanda il dermatologo - Disinfettate mani e viso e poi applicate una crema antibiotica sulle lesioni. Lavate il viso con un sapone delicato soprattutto in inverno, quando la pelle tende a seccarsi».

Ma da fattori scatenanti come familiarità e predisposizione genetica non si può scappare: il 50% dei soggetti acneici, infatti, ha almeno un parente che ne soffre. In questi casi gli esperti consigliano di iniziare la terapia il prima possi-

La tensione nervosa stimola l'aumento di produzione del sebo che chiude i follicoli piliferi

Tre le cause principali di acne in età adulta, lo stress che, nelle donne, provocherebbe un aumento della produzione di androgeni e, quindi, di sebo. Alcune ricerche condotte su studenti universitari sotto esame hanno dimostrato, infatti, come la tensione nervosa provochi l'insorgere o il peggioramento dell'acne del 25%. Sembra che un altro fattore scatenante sia il fumo che favorirebbe la comparsa di comedoni, tappi di sebo e cellule epidermiche che ostruiscono il dotto pilifero con punti bianchi e neri.

Questo poi è il periodo in cui l'acne tende a peggiorare perché, dopo l'esposizione estiva ai raggi solari, che aumentano la quantità di radicali dell'ossigeno, la pelle si ispessisce e i follicoli si occludono.

bile e, soprattutto, di non abbandonarla di fronte ai primi risultati positivi. Un'altra grande causa di insuccesso delle cure è la cosiddetta mancata aderenza alla terapia: pazienti che non seguono o seguono male quanto raccomandato dal dermatologo, come nei casi di topici associati a sistemici. Il tasso di abbandono è del 60%. «Una volta terminata la cura - avverte Bettoli - è fondamentale adottare una terapia di mantenimento a base di retinoidi topici associati, eventualmente, a benzoino perossido».

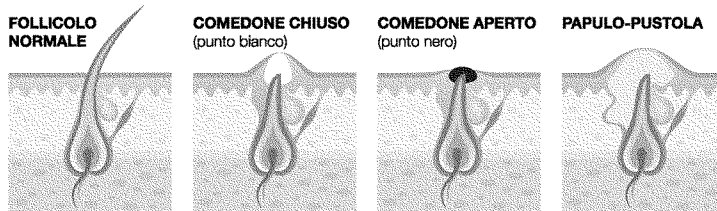
In Italia gli antibiotici topici (come la clindamicina e l'eritromicina) sembrano essere sempre meno efficaci contro i ceppi di *P. acnes* diventati ormai resistenti. «Meglio combinare un retinoide topico (adapalene, tretinoina, isotretinoina) con un antimicrobico», consiglia l'esperto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Acne

Aumentano i casi, soprattutto tra le donne di 30-40 anni. I dati dal congresso dei dermatologi ospedalieri. Cure efficaci ma non vanno interrotte appena migliora

FASI DELL'ACNE



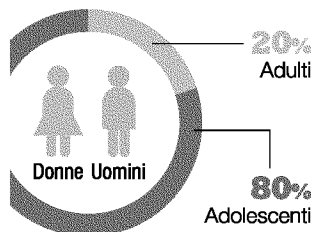
COS'È

È una malattia della pelle causata da un'iperattività delle ghiandole sebacee. Come conseguenza, si formano tappi di sebo che ostruiscono il dotto pilifero

FATTORI SCATENANTI

- Predisposizione genetica
- Ormoni
- Stress
- Cisti alle ovaie
- Cosmetici (uso sbagliato)

CHI COLPISCE



COSA FARE

- Lavare il viso con detergente delicato nei trattamenti a base di retinoidi topici
- Seguire una terapia di mantenimento anche dopo la cura
- Donne: trucchi con etichetta "non comedogeni" (che non occludono i pori)
- Uomini: barba con rasoio a mano e schiuma non alcolica

COSA NON FARE

- Evitare cibi ad alto tasso glicemico
- Non esporsi al sole senza protezione
- Non utilizzare lampade a raggi Uva e Uvb
- Non abbandonare quanto prescritto dal dermatologo

INFOGRAFICA ANNALISA VARLOTTA