



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Piano di rientro, nuova verifica Il responso entro fine luglio

Piano di rientro dal deficit: la Campania sarà anche fuori dal tunnel come dice il governatore **Stefano Caldoro**, ma è certo che i controlli trimestrali a Roma, da parte del tavolo che vigila sui Lea, continueranno almeno fino a ottobre quando bisognerà decidere come dare continuità al piano di risanamento che va avanti dal 2009 e come continuare a camminare nel solco tracciato finora con tagli lacrime e sangue. La maggior dei risparmi conseguiti fin qui sono dovuti soprattutto al riordino della farmaceutica e al blocco del turn-over laddove invece i risparmi strutturali da conseguire con accorpamenti di servizi, chiusure di ospedali e riconversioni di reparti (260 mld di costi da eliminare) non sono ancora nel novero delle cose fatte. La prossima scadenza è il 5 luglio, quando la Regione dovrà consegnare ai tecnici di via XX settembre e a quelli del ministero dell'Economia i documenti sui nodi irrisolti emersi dall'ultimo faccia a faccia con i ministri vigilanti. Il responso politico è in programma il 25 di questo mese.

300 mln dal patto per la salute

La Campania avrà accesso ai fondi di affiancamento (circa 300 mln) se i dati del preconsuntivo saranno confermati. Il dato di partenza sono i 60 milioni di attivo a consuntivo del 2011 e 78 in più del punto di pareggio per il 2012: per la prima volta in dieci anni compare il segno positivo nella contabilità della sanità campana. A certificarlo è il verbale del tavolo di monitoraggio interministeriale sul Piano di rientro che mette nero su bianco il risultato di gestione degli ultimi due anni. Un bilancio che resta negativo, ma che testimonia

I FONDI DA RESTITUIRE ALLA SANITÀ

2.101 mln di euro alla data del 31 dicembre del 2011

1.978 mln di euro alla data del 22 febbraio del 2012

1.431 mln di euro alla data del 20 marzo del 2012

1.325 mln di euro alla data del 30 giugno del 2012

1.272 mln di euro alla data del 30 settembre del 2012

1.116 mln di euro alla data del 15 marzo del 2013

In poco più di un anno la Cassa regionale ha restituito circa 1 miliardo del poco più di 2 che risultavano in sospeso a dicembre del 2012

un progressivo miglioramento nei conti della sanità regionale. Una situazione che prelude all'uscita dal tunnel del commissariamento possibile già nel prossimo ottobre.

Il consuntivo del 2011

La Regione Campania presenta a consuntivo 2011 un disavanzo di 245,476 mln di euro che, incrementato della perdita 2010 non coperta di 72,222 mln di euro, viene rideterminato in 317,698 mln di euro. Con le coperture derivanti dall'aumento ai valori massimo delle aliquote fiscali dell'anno d'imposta 2012 e dell'aumento ai valori massimi di Irap e addizionale regionale Irpef (di 0,15 e 0,30) e in base alla rideterminazione dei gettiti di anni precedenti pari complessivamente a 377,710 mln di euro, il risultato di gestione viene rideterminato in un avanzo di 60,012 mln di euro. Fondi che rimangono nelle disponibilità della Regione. La Regione presenta pertanto, a consuntivo 2011, un disavanzo di 245,476

mln di euro che incrementato della perdita 2010 non coperta di 72,222 mln di euro, viene rideterminato in 317,698 mln di euro.

Il consuntivo del 2012

Per il 2012 la Campania, al quarto trimestre dello scorso anno presenta un disavanzo di 156,089 mln di euro. Dopo le coperture a valere sulla leva fiscale relativa all'anno d'imposta 2013 (pari a 232,978 mln di euro) si evidenzia un avanzo di 76,889 mln di euro.

Un miliardo restituito ad Asl e ospedali

Un nodo in parte sciolto riguarda la restituzione di circa 1 miliardo di euro sottratti alle disponibilità di Asl e ospedali, anticipati in bilancio per altri utilizzi. La questione, emersa sulla scorta dei rilievi dell'advisor della Regione (Kpmg), registra un dimezzamento della posta contabile da restituire ma dovrà essere affrontata con una legge regionale da sottoporre ai ministri vigilanti. ●●●

DAL GOVERNO 5 MILIARDI PER I DEBITI DELLE REGIONI, ANTICIPI PER 280 MLN

Ammontanti a 280 milioni di euro i fondi stanziati su proposta del presidente del Consiglio **Enrico Letta** e del ministro dell'Economia **Fabrizio Saccomanni**, destinati alle Regioni ed immediatamente disponibili, per il pagamento di debiti sanitari. Lo ha stabilito il decreto legge del 24 giugno 2013, n. 72, recante "Misure urgenti per i pagamenti dei debiti degli enti del Servizio sanitario nazionale" approvato dal Consiglio dei ministri ed entrato in vigore dopo essere stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 147 del 25 giugno 2013. I fondi saranno immediatamente disponibili "per le Regioni che ne facciano richiesta entro il termine del 15 luglio 2013, con priorità per la Puglia e il Piemonte che sono sottoposte alla procedura prevista dalla legge n.311 del 2004 nel caso di squilibrio economico finanziario della spesa sanitaria", spiega il Governo. Il calcolo dei fondi è stato effettuato in considerazione del fatto che il decreto legge n. 35 del 2013 ha previsto un'anticipazione di liqui-

dità in favore delle Regioni per il pagamento dei debiti sanitari cumulati al 31 dicembre 2012 per 5 miliardi (2013) e 9 miliardi (2014), e che sulla quota dell'anno in corso residuano risorse non richieste pari a 280 milioni di euro, al fine di consentire il superamento di squilibri esistenti e verificati in talune Regioni. Su quei 5 mld, oltre un miliardo e 600 milioni di euro sono da sbloccare entro metà luglio per migliaia di fatture emesse da altrettante imprese fornitrici della Sanità. Il piano dei pagamenti è già pronto in un voluminoso dossier di oltre mille pagine, che contiene tutti i dettagli delle fatture inevase da anni, l'elenco delle imprese che vantano crediti certi ed esigibili, le fasi del ripiano e le modalità attuative del programma ancorato all'articolo 3 del decreto 35 per i pagamenti della P.a. tradotte recentemente in legge. Una partita che, se sarà condotta in porto nei tempi previsti, apre un nuovo scenario per la sanità regionale.

Stop agli accreditamenti: corsa per anticipare la Consulta

Di **ETTORE MAUTONE**

Nuovo stop del governo alla legge regionale per gli accreditamenti. Scatta un ora un micidiale conto alla rovescia. Se la Regione riuscirà a concludere tutti i controlli previsti entro settembre e a condurre in porto tutto l'iter per gli accreditamenti entro fine anno, ossia in tempo utile prima che la Corte di Cassazione si pronunci, allora è ancora possibile evi-



*Di nuovo a rischio
la possibilità
di pagare
le prestazioni erogate
Per la Cassazione
sarebbero nulli
gli accordi contrattuali*

tare la tagliola innescata dal governo. Una scure che se cadesse sulla testa di 1.500 strutture private ne decreterebbe la loro fine con la impossibilità di pagare le prestazioni erogate. In tale scenario, infatti, sarebbero nulli gli accordi contrattuali in base ai quali tali strutture erogano prestazioni in nome e per conto delle Asl e del servizio sanitario regionale. Il nuovo ricorso alla Corte delle leggi da parte dell'esecutivo guidato da **Enrico Letta**, sulla scia delle decisioni del governo che lo ha preceduto, era inevitabile. La legge campana che disciplina le attività delle strutture sanitarie private (in teoria anche quelle pubbliche) è viziata da un ritardo insanabile. La sanità - in un sistema federale, anche se incompiuto come quello italiano - è materia di legisla-

ne concorrente tra Stato e Regione. Motivo per cui le norme che regolano i requisiti di qualità strutturali, strumentali, tecnologici e di personale, per conseguire il titolo di accreditato, vengono disciplinate dallo Stato centrale e solo attuate su scala regionale. E qui il dato di fondo, la certezza da cui partire è che la Campania è in ritardo. Perché le strutture ospedaliere e quelle che erogano prestazioni specialistiche avrebbero dovuto concludere il percorso iniziato con la legge 229 Bindi del 1999 il 1° gennaio del 2011. Per le altre strutture sociosanitarie la dead-line è collocata al 1° dicembre del 2012. Ebbene, la Corte di Cassazione ha già specificato che la Campania non ha più nessuna possibilità di tenere in piedi un accreditamento provvisorio. In pratica scatta ora un conto alla rovescia per raggiungere il definitivo accreditamento prima che la Consulta torni a pronunciarsi sul caso Campania. L'ultima bocciatura della Consulta risale alla fine dello scorso dicembre. Le nuove domande vagliate dalla piattaforma Sorsa secondo il governo configurerebbero una riapertura dei termini. E i controlli sarebbero stati sinora solo cartacei. Ma questo non corrisponde al vero. I controlli le Asl li stanno effettuando e anche la riapertura termini è il nodo principale della questione. Lo scoglio da superare è invece la proroga di fatto del regime dell'accredimento provvisorio. Un modo, secondo il governo, che "procrastina - peraltro in maniera indefinita - i termini per la conclusione del processo di accreditamento definitivo". La norma regionale non chiarisce le modalità con cui il titolo di accreditamento verrà poi concesso alle strutture, né definisce il termine ultimo entro il quale dovranno essere emanati i decreti commissariali di rilascio

ARSAN E CENTRO BIOTECH: SERVONO CORRETTIVI

L'impugnativa del governo alla Corte costituzionale oltre agli accreditamenti riguarda anche le norme per il funzionamento dell'ArSan (Agenzia regionale sanitaria) e del Ceinge. Sul primo punto la legge di bilancio di Palazzo Santa Lucia prevede l'adozione di un regolamento per l'organizzazione dell'Agenzia quale struttura tecnica di supporto all'attività della Giunta e del Consiglio regionale in materia sanitaria. Qui il configurarsi dell'ArSan quale struttura tecnica di supporto all'attività degli organi regionali, interferirebbe con le funzioni attribuite al Commissario ad acta.

o di rigetto dell'accredimento istituzionale definitivo. Le leggi nazionali poi distinguono tra accreditamento temporaneo e accreditamento provvisorio. Il giudice delle leggi rileva quindi che "potrebbero operare, addirittura in regime di accreditamento strutture che poi si vedano negare, per mancanza dei requisiti, l'accredimento definitivo o l'autorizzazione all'esercizio di ulteriori attività sanitarie". Ciò sia in ragione di difetti strutturali, sia in conseguenza di eventuali violazioni dei tetti di spesa. Per questo, il legislatore prevede che le Regioni avvino una procedura di accreditamento (definitivo istituzionale) anche per le strutture temporaneamente accreditate da concludersi inderogabilmente entro un termine finale stabilito dalla legge. Termine che la Regione ha violato. ●●●

CEINGE, NO AL CONTRATTO COME CENTRO DIAGNOSTICO DI BIOLOGIA MOLECOLARE

Per il **Ceinge** (Biotecnologie avanzate società consortile Srl), organismo di diritto pubblico, la configurazione prevista dalla finanziaria regionale quale Centro campano di riferimento per la diagnostica di biologia molecolare clinica, delle malattie congenite del metabolismo e delle malattie rare, contrasterebbe con le norme costituzionali. La Regione prevede che con decreto del Commissario ad acta si stabilisca il finanziamento alle attività assistenziali sulla base del tariffario regionale. Il finanziamento è erogato a partire da quest'anno mediante convenzioni quinquennali con la Regione Campania. Il tutto per colmare la carenza dell'offerta della rete laboratoristica regionale. Il Ceinge, inoltre, può presentare domanda di accreditamento sulla base di accordi contrattuali istituzionali. Il Centro di ricerca partenopeo, co-

me si legge nell'impugnativa del governo, non è tuttavia ancora accreditato (tant'è che il legislatore regionale precisa che esso "può presentare domanda di accreditamento istituzionale previa verifica di rispondenza ai requisiti di qualificazione richiesti"). Ma solo l'accredimento (che, a sua volta, implica l'autorizzazione) consente alla struttura accreditata di operare per conto del Servizio sanitario nazionale. Per poter operare anche a carico dello stesso è necessaria la stipulazione di un apposito accordo contrattuale. Quest'ultimo, però, non può intervenire in assenza dei primi (autorizzazione e accreditamento). Nel caso del Ceinge il pasticcio sta nel fatto che sono stati bypassati i passaggi prepedutici al finanziamento delle sue attività a carico della Regione. Da qui l'incostituzionalità della norma.

Il regime provvisorio per il Governo è scaduto, ma non c'è ancora quello definitivo

Sanità, diventa un rebus l'accreditamento delle aziende private

Il caos sembra essere diventato la norma per la sanità campana. Il Consiglio dei Ministri ha impugnato, ancora una volta, davanti alla Corte Costituzionale le norme stabilite dalla Regione per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture private.

Il nuovo sistema, destinato a superare un annoso regime provvisorio che oggettivamente ostacola trasparenza e certezza del diritto nei rapporti pubblico-privato, secondo la legge finanziaria regionale 2013 sarebbe potuto entrare in funzione oltre i termini già scaduti, fissati dalla normativa statale. Per il Governo la Regione non ha il potere di legiferare in materia di sanità, in quanto la competenza è del commissario ad acta (ovvero dello stesso Presidente della Regione, **Stefano Caldoro!**).

L'assurdo è che il regime provvisorio non ha più ragione d'essere, pur continuando a mancare il sistema destinato a sostituirlo. L'accreditamento istituzionale è stato previsto fin dagli inizi degli anni 90, ma mai attuato, fatta eccezione

in anni più recenti per pochissime imprese private del settore (riabilitazione e dialisi).

Le prestazioni sanitarie offerte dai privati in campi che vanno dall'ospedaliero-ambulatoriale al socio-sanitario, sono indispensabili per consentire un adeguato funziona-

mento del servizio sanitario regionale.

Di qui la necessità dell'accreditamento. Le Asl napoletane di Napoli 1 (Centro), 2 (Napoli Nord) e 3 (Area Vesuviana), sulla base di quanto dispone la finanziaria regionale messa in discussione dal Governo, avevano avviato verifiche dei

requisiti in possesso delle aziende private, destinate a concludersi per il prossimo settembre, passando finalmente agli accreditamenti definitivi.

Ora tutto diventa *sub iudice*. Non manca tuttavia qualche nota positiva. Da gennaio 2013 le Asl del capoluogo stanno applicando la direttiva comunitaria sui pagamenti. La Napoli 1, che per i ritardi cumulati rappresenta un autentico caso nazionale, per il corrente si è addirittura segnalata tra le più rapide in Italia a fare fronte alle erogazioni per il 2013. In linea con i pagamenti relativi alle prestazioni 2013 sono anche Napoli 2 e Napoli 3. Le note critiche restano, e sono rilevanti, per le pendenze pregresse, come mette in rilievo il Presidente della Sezione Sanità dell'Unione Industriali di Napoli, **Giovanni Severino**, nell'intervista in basso.



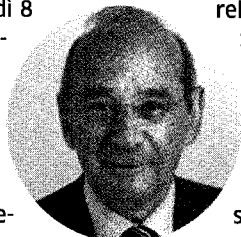
SANITA'

Formata la squadra che nominerà i direttori delle Asl

NAPOLI (cm) - Il nuovo iter è disciplinato nell'ultima legge finanziaria regionale: i direttori delle Asl vanno scelti da una commissione di esperti. Il Governatore **Stefano Caldoro**, tramite decreto, ha provveduto a costituirla e l'organo risulta così composto da: **Remo Bonichi**, designato dall'Agenas con funzioni di presidente, **Maria d'Elia**, Coordinatore della Agc Avvocatura Regionale. Quali rappresentanti del comitato di coordinamento delle Università Campane ci sono: **Mario Spasiano**, ordinario di Diritto Amministrativo presso la Seconda Università degli Studi di Napoli; **Alfonso Siano**, ordinario di Economia e Gestione delle Imprese, presso l'Università degli Studi di Salerno; **Riccardo Mercurio**, ordinario di "Organizzazione Aziendale" presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II.

Responsabilità del medico ospedaliero Riflettori a Napoli sull'Rc professionale

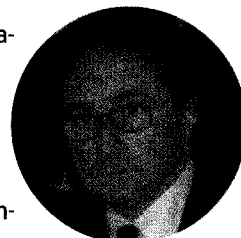
Un incontro, in programma lunedì 8 luglio alle ore 17 nella sala dell'Ordine dei medici di Napoli, per affrontare la responsabilità civile professionale della categoria, in vista dell'obbligo della copertura assicurativa che entrerà in vigore il prossimo 13 agosto per tutti i medici italiani. Il tema sarà affrontato in una tavola rotonda, moderata da **Alfonso Ruffo** e **Biagio Trojaniello**. Parteciperanno **Claudio Buccelli**, ordinario di Medicina legale e delle assicurazioni, **Raffaele Calabrò**, parlamentare componente della commissione Affari sociali della Camera dei deputati, **Giorgio De Toma**, presidente della Società italiana di Chirurgia, **Carmine Gigli**, presidente nazionale Fesmed, **Luana Pepe**, broker assicurativo, **Bruno Zuccarelli**, presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli e **Antonella Zaroni** delle relazioni istituzionali Ania. Interverranno i direttori generali **Pasquale Corcione** (Sun), **Ernesto Esposito** (Asl Na 1), **Giovanni Persico** (Federico II), **Anna Maria Minicucci** (Santobono), **Antonio Giordano** (Azienda dei Colli), **Rocco Granata** (Carda-



Raffaele Calabrò



Giorgio De Toma



Bruno Zuccarelli

relli), **Maurizio D'Amora** (Asl Na 3 Sud), **Tonino Pedicini**, (istituto Pascale) e **Giuseppe Ferraro** (Asl a 3 nord). Tra i relatori anche i chirurghi specialisti **Francesco D'Andrea**, **Nicola Colacurci**, **Mario Misasi** e **Fabrizio Schonauer**. Il prossimo 13 agosto, come detto, sarà obbligatoria la copertura assicurativa di responsabilità civile professionale. Le aziende sanitarie saranno obbligate alla tutela dei propri dipendenti soltanto per la colpa lieve, poiché quella grave rimane a carico del singolo dipendente. Il coinvolgimento di tutti i professionisti, in prima linea i chirurghi, ma anche degli amministratori e in qualche misura anche degli stessi pazienti, induce la società napoletana di Chirurgia presieduta da **Ludovico Docimo**, ordinario di Chirurgia generale presso il dipartimento universitario di Scienze mediche, chirurgiche, Neurologiche, metaboliche e dell'invecchiamento della Sun - ad approfondire il tema della responsabilità del medico ospedaliero. "Sotto i riflettori c'è in particolare -



Copertura assicurativa obbligatoria da agosto: lunedì 8 luglio alle ore 17 incontro nella sala dell'Ordine dei medici partenopei

avverte Docimo - il decreto legge numero 138 del 2011 poi convertito nella legge 148 dello stesso anno, che prevede che il professionista debba rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza e il relativo massimale". Obblighi ulteriormente ribaditi da altre due norme del 2012, la legge numero 27 e il decreto del presidente della Repubblica numero 137. "Le cui applicazioni - aggiunge Docimo - evidentemente meriterebbero una più chiara distinzione tra i professionisti, anche in rapporto al tipo di dipendenza (attività intra ed extra muraria) fino al pensionamento". Nessuno ha dubbi del fatto che le nuove procedure di annotazione e analisi di eventi avversi, connesse alla gestione del rischio clinico, completino la complessa quotidianità della professione sanitaria. L'incontro, che vede la partecipazione di alcuni tra i maggiori esperti del settore, si propone come momento di approfondimento e confronto. ●●●

CORTE DEI CONTI/ Analisi dei trend registrati nel 2012 per singoli fattori di costo

Sull'altalena della spesa Ssn

Personale sempre al top - Farmaci in discesa, ma si può fare di più

La spesa per il personale è sempre al top delle Regioni, ma nel 2012 rispetto al 2011 frena, al contrario di quella per beni e servizi che, secondo le ultime elaborazioni della Corte dei conti, aumenta del +2,1%. La Corte, analizzando le singole voci, sottolinea che non sempre le Regioni con le spese maggiori confermano questo dato per tutte le voci, ma in alcuni casi e per singole voci si alternano nella relativa graduatoria, nelle posizioni di vertice, anche Regioni che complessivamente gestiscono ed erogano una minore quantità di risorse oppure che hanno fatto registrare minori aumenti se non diminuzioni di spesa.

Personale. Con una percentuale sostanzialmente analoga alla precedente (31,5%, a fronte del 32,2% del 2011; 33,1% del 2010, 33,0% del 2009, 33,1% del 2008), l'aggregato di spesa che ha maggiore incidenza sui costi sostenuti dal Ssn resta quello relativo al personale che lo scorso anno ha fatto registrare una diminuzione di circa 495 milioni (-1,4%) rispetto al 2011 e in controtendenza rispetto agli aumenti degli ultimi anni (2008-2010).

I maggiori costi si sono concentrati, nell'ordine, in Lombardia, Emilia Romagna, Campania, Sicilia, Lazio, Piemonte e Veneto. Un ordine che non corrisponde a quello generale di spesa. Gli aumenti maggiori dei costi si sono registrati a Bolzano (+4,2%), Trento (+2,3%) e in Sardegna (+0,7%); la diminuzione più significativa è in Campania (-4,3%), Puglia (-3,2%), Liguria (-2,9%), Lazio (-2,8%) e Calabria (-2,7%). Stabili Veneto (+0,1%), Friuli Venezia Giulia (+0,2%) e Valle d'Aosta (+0,3%), si contraggono quelli di Lombardia e Sicilia (entrambi -0,6%), Emilia Romagna (-0,8%) e Abruzzo (-0,9%).

Beni e servizi. La voce, anche se meno degli scorsi anni, è ancora in aumento (+2,1%) che nel 2012 vale 35,159 miliardi con un incremento in valore assoluto di circa 737 milioni e rappresenta la seconda voce di maggior peso sul comparto con un'incidenza del 31,1%. Il maggior volume di costi si è registrato in Lombardia, Lazio, Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Campania, Puglia e Sicilia. Rispetto al 2011 l'aumento maggiore è a Trento (+4,9%), in Campania (+3,9%), Sicilia (+3,8%) e Puglia (+3,5%). Le riduzioni maggiori invece in Valle d'Aosta (-5,7%), Toscana (-4,8%), Liguria (-2,7%), Emilia Romagna (-2,0%) e Basilicata (-1,7%). Riduzioni minori anche in Calabria e Friuli Venezia Giulia (circa l'1%).

Farmaceutica convenzionata. Nuovo risparmio anche nel 2012 e un decremento rispetto al 2011 di -8,6% (rispetto al -9,6% del 2011). L'incidenza sul comparto scende così all'8,0% (in precedenza 8,8% nel 2011; 9,9% nel 2010; 10,0% nel 2009 e 10,5% nel 2008). «Si tratta di uno dei settori del Ssn - commenta la Corte - sul quale si è prestata maggiore attenzione e si è più incisivo normativamente negli ultimi anni, sia a livello centrale, sia a livello regionale.

I maggiori costi sono in Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia e Piemonte; i minori, in valore assoluto, in Valle d'Aosta, Bolzano e Molise. La spesa è diminuita di più a Bolzano (-16,3%), nel Lazio (-14,1%), Basilicata (-13,8%), Liguria (-12,9%), Emilia Romagna (-12,1%) e Veneto (-12,0%), mentre i minori risparmi si sono avuti in Sardegna (-1,1%), Valle d'Aosta (-3,1%), Lombardia (-4,0%), Umbria (-4,4%) e Trento (-4,7%).

La farmaceutica convenzionata, sottolinea la Corte, è l'unica voce di spesa che ha fatto registrare un trend in costante diminuzione «circostanza che fa valutare positivamente i numerosi tentativi di contenimento dei costi e di ricerca di più affidabili strumenti di governo e di controllo dell'andamento della relativa dinamica».

E tra le misure che la Corte giudica efficaci ci sono i ticket. «È tuttavia da ritenere - aggiunge però la Corte - che esistono ancora spazi di ulteriore miglioramento, se si pensa che anche nello scorso anno si sono avute sentenze delle Sezioni regionali della Corte dei conti riguardanti episodi, peraltro diffusi in più ambiti regionali, di eccessive prescrizioni di farmaci o di falsità delle stesse ovvero di loro sostanziale inappropriata terapeutica, per i quali sono stati condannati a risarcire il relativo danno alcuni medici di base convenzionati».

Poi, la relazione segnala la necessità di una maggiore sensibilità verso i farmaci equivalenti «che pure a parità di validità terapeutica consentirebbero altri apprezzabili risparmi di spesa».

Altro possibile intervento potrebbe riguardare una più appropriata dimensione delle confezioni dei farmaci «talvolta non sempre adeguate alla durata delle terapie».

E la Corte segnala con preoccupazione il mercato parallelo dei farmaci falsificati «alquanto favorito dalle opportunità offerte dalla globalità della rete informatica, che denota la sussistenza non solo di una molteplicità di offerte quasi sempre truffaldine, ma anche la

resistenza di una domanda invero anomala, che danneggia il regolare commercio e, in definitiva, anche l'immagine del settore».

Assistenza ospedaliera accreditata. Stabile il dato. Invertendo la tendenza alla diminuzione registrata l'anno precedente (-2,4%), questa voce ha fatto registrare nel 2012 un lieve incremento (+0,2%), comunque ben più contenuto di quelli degli anni precedenti. I maggiori costi si sono concentrati, come negli anni scorsi, in Lombardia, Lazio e Campania (che messe insieme raggiungono già da sole il 50% del totale), seguite da Sicilia, Puglia ed Emilia Romagna. I minori costi si riscontrano, invece, in Valle d'Aosta e Basilicata, dove si registrano gli aumenti più significativi, addirittura del 36,1% per la Valle d'Aosta e del 3,9% per la Basilicata, con anche la Toscana in sensibile aumento del 9,7%.

Quasi tutte le Regioni hanno fatto (finora) registrare valori sostanzialmente analoghi a quelli dell'anno precedente, «così da lasciar ritenere che si tratti di una voce di spesa abbastanza sotto controllo», commenta la Corte.

Medicina generale. L'aumento dello 0,6% è ben più contenuto di quelli 2009 e 2010, quando si sono scontati gli effetti del ritardato rinnovo della convenzione per il 2006-2007, perfezionata solo a luglio 2009. I maggiori costi si sono registrati in Lombardia, Campania, Lazio, Sicilia, Veneto, Emilia Romagna e Puglia. Valle d'Aosta (+2,5%), Umbria ed Emilia Romagna (entrambe con +1,8%), hanno fatto registrare l'aumento percentuale maggiore del 2012, seguite da Trento (+1,4%), Marche (+1,2%), Lombardia e Puglia (entrambe +1,1%). A riequilibrare la media nazionale hanno contribuito in particolare i risparmi di Basilicata (-3,7%), Friuli Venezia Giulia (-1,9%), Molise (-0,8%) e Abruzzo (-0,3%). Tutte le altre regioni hanno avuto incrementi contenuti, abbastanza prossimi alla media nazionale (+0,6%).

Altra assistenza convenzionata e accreditata. Si tratta di cure termali e quelle destinate alle categorie più deboli (anziani, disabili, tossicodipendenti, alcolisti, psicotrofici ecc.). Il costo totale di 6,627 miliardi con un'incidenza del +5,9%, ormai stabile nell'aggregato, effetto di un aumento del +4,0% rispetto al 2011, comunque ben più che contenuto rispetto ai precedenti, risultato che ne conferma tuttavia la decisa tendenza a un costante incremento e sconta le conseguenze derivanti dalle esigenze connesse al prolungamento della vita e dalle necessità, evidentemente anch'es-

se in costante aumento, emergenti dalle classi sociali più deboli, pur con tutti i limiti del nostro sistema di assistenza socio-sanitaria.

I maggiori costi sono in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Lazio e Toscana. Significativi gli aumenti nelle Marche (+19,4%), Trento (+18,5%), Friuli Venezia Giulia (+14,4%), Puglia (+12,1%) e Lazio (+11,7%). Elevati anche gli incrementi in Sicilia (+8,5%) e Molise (+5,6%), mentre la diminuzione più sensibile è in Valle d'Aosta (-4,5%), Liguria (-3,4%) e Calabria (-2,4%).

Specialistica convenzionata e accreditata. In aumento dello 0,7%: molto meno dell'anno precedente quando era stato del +3,6%. L'incidenza è ormai sostanzialmente stabile al 4,2% del comparto. I maggiori costi si sono registrati anche stavolta in Lombardia, seguita dalla Campania, dalla Sicilia, dal Lazio e dal Veneto. Si va dagli incrementi, a doppia cifra di Valle d'Aosta (+24,6%), Molise (+15,9%) e Toscana (+14,3%), alle diminuzioni della Calabria (-4,4%), Abruzzo (-3,7%), Liguria (-2,8%), Friuli Venezia Giulia (-2,4%) e Lombardia (-2,3%).

Riabilitativa accreditata. In linea con la tendenza 2011 (quando era diminuita del -0,8%), questa voce di spesa ha confermato il trend in diminuzione (-2,9%). Nel 2012, la spesa per la riabilitativa accreditata mantiene l'1,7% di incidenza assolutamente stabile nel comparto (a conferma dell'identico dato del triennio precedente), che costituisce una delle due incidenze percentuali più basse.

I maggiori costi si sono concentrati in Campania (che mantiene così la prima posizione già "conquistata" e confermata negli anni precedenti), Lombardia, Lazio, Puglia e Sicilia. Rispetto all'anno precedente, aumentano le Regioni Sardegna (+7,8%), Sicilia (+6,6%) e Calabria (+5,9%), seguite dagli incrementi più contenuti di Campania (+4,5%) e Valle d'Aosta (+4,2%). Numerose invece le Regioni che hanno fatto registrare diminuzioni. Quelle più significative sono avvenute a Trento (addirittura -90,7%, dato da approfondire), Puglia (-25,2%), e Molise (-19,3%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le spese del Ssn 2012 per voci (miliardi)

Voci	2011				2012							
	Composizione	Anno	Pro capite	+ / -	Composizione	Anno	Pro capite	+ / -				
									Preced.	Euro	Preced.	Euro
									%	%	%	%
Spesa ⁽¹⁾	112,809	100,0	1,3	1.899	113,683	100,0	0,8	1.914				
Pil e spesa Ssn/Pil	1.578,497	7,1	1,7	26.577	1.565,916	7,3	-0,8	26,365				
Regioni e Pp.Aa.	112,169	100,0	1,3	1.889	113,036	100,0	0,8	1.903				
Personale	36,101	32,2	-1,6	608	35,606	31,5	-1,4	599				
Beni e altri servizi	34,422	30,7	4,0	580	35,159	31,1	2,1	592				
Medicina generale convenzionata	6,626	5,9	1,3	112	6,664	5,9	0,6	112				
Farmaceutica convenzionata	9,862	8,8	-9,6	166	9,011	8,0	-8,6	152				
Specialistica convenzionata e accreditata	4,668	4,2	3,6	79	4,700	4,2	0,7	79				
Riabilitativa accreditata	1,954	1,7	-0,8	33	1,898	1,7	-2,9	32				
Integrativa e protesica convenzionata e accreditata	1,935	1,7	1,1	33	1,841	1,6	-4,9	31				
Altra assistenza convenzionata e accreditata	6,372	5,7	1,3	107	6,627	5,9	4,	112				
Ospedaliera accreditata	8,641	7,7	-2,4	145	8,659	7,7	0,2	146				
Saldo gestione straordinaria	-0,089				0,147							
Saldo intramoenia	-0,078				-0,176							
Saldo svalutazioni/rivalutazioni					0,044							
Mobilità verso Bambin Gesù ⁽²⁾	0,167		2,6		0,167		0,0					
Mobilità verso Smom ⁽²⁾	0,035		2,2		0,035		0,0					
Ammortamenti	1,553				2,654							
Altri enti del Ssn ⁽³⁾	0,641		13,9		0,647		1,0					
Finanziati con quote vincolate a carico dello Stato												

(1) Per spesa del Ssn si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari, Costi stimati per accantonamenti e variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia. Per il 2011 e 2012 sono compresi gli ammortamenti (A)

(A) Dal 2011 sono stati inclusi tra la spesa, gli ammortamenti secondo le regole dettate dal Tavolo di verifica di cui ai verbali del 24 marzo 2011 e 4 novembre 2011. In particolare per l'anno 2011 per le Regioni Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Molise e Basilicata sono stati indicati i valori degli ammortamenti riferiti ai beni entrati in produzione negli anni 2010-2011 (analogamente dal lato dei ricavi sono stati considerati i costi capitalizzati che sterilizzano i medesimi ammortamenti). Per le restanti Regioni, invece, il valore degli ammortamenti considerato è quello risultante dal modello Ce (analogamente, dal lato dei ricavi i costi capitalizzati sono stati valorizzati così come risultanti da Ce). Dal 2012 gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello Ce, analogamente dal lato dei ricavi per i costi capitalizzati.

(2) Le spese relative al B. Gesù e allo Smom (Sovrano Militare Ordine di Malta) sono da imputarsi alle funzioni "specialistica convenzionata e accreditata" e "ospedaliera accreditata".

(3) Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa Dd Pp (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zooprofilattici sperimentali (finanziamento corrente), Centro Nazionale Trapianti, altre Amministrazioni pubbliche, in applicazione dell'art. 17 comma 5, del decreto-legge 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge 111/2011 in materia di accertamenti medico-legali ai pubblici dipendenti.

Fonte: Corte dei conti su dati ministero della Salute: Nsis, dati di consuntivo a eccezione dell'ultimo anno. Per il consuntivo 2011 aggiornamento alla data del 2 maggio 2013. Per l'ultimo anno: dati del IV trimestre 2012 aggiornati al 2 maggio 2013. I dati sopra riportati possono divergere in parte da quelli Istat, a causa di differenti criteri utilizzati per la rilevazione di alcune voci di spesa. Per il calcolo del pro-capite relativo all'anno 2011 e l'anno 2012 è stata presa come riferimento rispettivamente la popolazione al 31 gennaio 2011 e al 1° gennaio 2012. La finalità di tale scelta è derivata dalla necessità di evitare distorsioni derivanti dal censimento effettuato nel corso del 2011. Conseguentemente la popolazione presa come riferimento negli ultimi due anni risulta la medesima.



Sanità, riordino dei ticket

Stretta sulle esenzioni, riforma dei ticket, riduzione dei tempi di ospedalizzazione, informatizzazione, varo di un'unica centrale di spesa e l'introduzione dei costi standard nelle Regioni a statuto speciale. La razionalizzazione della spesa sanitaria potrebbe portare a far risparmiare 10 miliardi di euro

Sblocca-debiti. Mancano i contratti con il ministero dell'Economia

Debiti Pa, Regioni in ritardo sulle coperture degli anticipi

ROMA

Comunicazioni a singhiozzo. Nell'ultimo giorno utile per comunicare ai loro creditori la data in cui salderanno i debiti, molte Pa sono inciampate in ritardi o incertezze. Le principali associazioni imprenditoriali non hanno mandato segnali molto confortanti sul rispetto della scadenza, sebbene un quadro preciso si potrà avere solo il 5 luglio, quando le stesse pubbliche amministrazioni - sulla base di quanto dispone il decreto sblocca-pagamenti (Dl n. 35 del 2013) - dovranno pubblicare nel proprio sito internet l'elenco completo, per ordine cronologico di emissione della fattura o della richiesta equivalente di pagamento, dei debiti per i quali è stata effettuata comunicazione, indicando importo e data.

L'accelerazione dei pagamenti della Pubblica amministrazione è al centro in questi giorni di nuove pressioni all'interno della maggioranza. Oggi il capogruppo Pdl alla Camera, Renato Brunetta, e il presidente della commissione Finanze della Camera, Daniele Capezzone, rilanceranno in una conferenza stampa i contenuti della mozione presentata venerdì scorso per chiedere al governo di anticipare, entro quest'anno, l'erogazione di tutti i 40 miliardi previsti dal decreto per il 2013-2014. Risposte in tal senso potranno arrivare solo dopo l'estate, in vista della prossima legge di stabilità, ma la premessa di ogni possibile accelerazione è l'entrata a regime della macchina attuativa. E finora i segnali sono

abbastanza contrastanti.

Il flusso dei pagamenti si starebbe attivando dalle Pa alle imprese sia a livello di enti locali sia a livello di amministrazioni statali. Ma la situazione su scala regionale appare decisamente più complessa. Lo scoglio, almeno fino a questo momento, è rappresentato dagli articoli 2 e 3 del decreto, relativi rispettivamente ai pagamenti delle Regioni e province autonome per debiti non sanitari e per debiti che concernono invece il servizio sanitario. Entrambi stabiliscono che gli anticipi del Tesoro possa-

no essere erogati solo a seguito «della predisposizione, da parte regionale, di misure, anche legislative, idonee e congrue di copertura annuale del rimborso dell'anticipazione di liquidità». Ma non basta, perché trovata la copertura con apposite delibere regionali, sarà necessario anche sottoscrivere un contratto tra il ministero dell'Economia e la regione interessata, nel quale definire le modalità di restituzione delle somme.

L'Economia finora non ha fornito dati sullo stato di attuazione dei contratti, ma quasi tutte le regioni risulterebbero ancora molto indietro. Ci sono eccezioni positive, come il Piemonte, e accelerazioni in corso (Liguria) ma prevalgono le situazioni di ritardo e il rischio caos per chi aspetta il saldo. Alcune Asl, ad esempio, si starebbero muovendo comunque, indicando date di pagamento molto lontane, senza che nel frattempo però siano già stati espletati i due passaggi indispensabili per ottenere l'erogazione degli anticipi da parte del Tesoro.

Sul tema è intervenuto anche Antonio Tajani, vicepresidente della Commissione Ue: «Come esiste Equitalia per i cittadini dovrebbe esistere ancora di più per le amministrazioni pubbliche per i loro debiti» ha affermato». E ha aggiunto: «Bisogna pagare i 40 miliardi e anche la parte rimanente e sarebbe meglio farlo entro la metà del 2015 perché poi entreranno in funzione delle regole più restrittive sul patto di stabilità».

C.Fo.

@CFotina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TAJANI

«Come esiste Equitalia per i cittadini dovrebbe esistere ancora di più per le amministrazioni pubbliche per i loro debiti»

PROSSIME SCADENZE

5 luglio

Date e importi dei pagamenti

Le Pa pubblicano sul sito l'elenco dei debiti per i quali è stata fatta comunicazione, indicando importo e data

15 luglio

Ripartizione Mef

Seconda ripartizione residuo di 500 milioni (10%) da parte del Mef degli spazi finanziari degli enti locali per pagamenti di debiti esclusi dal «patto»

Corte dei conti: i conti non tornano

La denuncia dei magistrati contabili: stop ai tagli lineari, che non incidono su malaffare, sprechi e ruberie, ma, con ulteriori restrizioni, metterebbero a rischio Lea e sostenibilità. La spesa migliora, ma si può fare di più soprattutto nelle Regioni a statuto speciale.

A PAG. 2-4

CORTE DEI CONTI/ La relazione 2012 boccia le manovre lineari e avvisa: il Ssn è malato

«I tagli fanno male alla salute»

Con altre restrizioni rischio Lea e sostenibilità - Malaffare, la piaga resiste

**Dalle liste d'attesa
ai pronto soccorso:
tutti i mali irrisolti
del settore**

La Sanità è stata al centro di tutte le manovre di contenimento della spesa pubblica. Ha subito un'ondata dopo l'altra di tagli lineari. È stata l'avamposto della spending review. Ma adesso è giunta l'ora di una «più complessiva e attenta riflessione sulle possibili conseguenze negative che un'eccessiva contrazione delle risorse potrà avere sul funzionamento del sistema e sull'adeguato mantenimento dei livelli essenziali di assistenza». È giunto il momento di chiedersi, in sostanza, «fino a che punto il settore sarà in grado di sostenere ulteriori contrazioni contabili». Che non incidono sul malaffare, gli sprechi e le ruberie, ben lungi dall'essere debellati. E aggravano il peso delle liste d'attesa, dei pronto soccorso ingolfati, dei ticket e del contenzioso. Un uragano che rischia di travolgere il Ssn.

L'affondo contro «una visione esclusivamente contabilistica» della Sanità arriva dalla Corte dei conti: la relazione sul rendiconto generale dello Stato per l'esercizio finanziario 2012 segnala la specificità del settore. Nel quale, a differenza di altri, i dati di consuntivo non parlano da soli. Qui - scrivono i magistrati contabili - «la validità di una gestione non può essere sempre valutata solo sulla base di conti che quadrano (ammesso che lo facciano) ma va vista anche e soprattutto in funzione dell'interesse pubblico sostanziale perseguito, rappresentato dalla tutela della salute».

Quella visione può fare danni. Per evitarli il presidente della Corte dei con-

ti, **Luigi Giampaolino**, ha definito «non più differibile» un approccio «innovativo e non convenzionale nelle politiche di riequilibrio della finanza pubblica», a partire da un «disegno organico di revisione della spesa pubblica» soprattutto in ragione «dell'esaurimento dei margini offerti dal ricorso ai tagli lineari della spesa e dei possibili guasti dagli stessi generati in termini di qualità dei servizi offerti ai cittadini».

Guasti, sì. La Sanità ne conta a bizzeffe. «Non si può fare a meno di sottolineare - ha evidenziato il procuratore generale della Corte dei conti, **Salvatore Nottola** - che nonostante l'ingente impegno finanziario, in parte pubblico ma essenzialmente a carico dei cittadini, le criticità del sistema sanitario sono tali che esso non riesce a fornire un servizio soddisfacente».

In cima alla classifica dei nodi irrisolti ci sono ancora le liste d'attesa, piaga sempreverde del nostro Ssn accentuata dalla medicina difensiva, «che finisce per ingolfare le strutture sanitarie con richieste di prestazioni non sempre indispensabili». Atteggiamenti difensivi dei medici a parte, la Corte dei conti avvisa: una tempistica scarsamente compatibile con le necessità diagnostiche spinge i pazienti a rivolgersi altrove, in cerca di soluzioni alternative e in genere più costose.

Ma anche per la Sanità privata i tempi sono duri. «Innegabili» e fino a qualche anno fa «inimmaginabili» le difficoltà di funzionamento, si legge nella relazione. Il 2012 è stato un annus horribilis, anche per gruppi o strutture di rinomanza nazionale e ben radicati sul territorio. E con rammarico i magistrati rilevano che i disagi sono stati legati «a gestioni non corrette, quando addirittura illecite».

Le briglie alla spesa e la necessità di

rispettare gli impegni comunitari hanno poi imposto ai cittadini il ritorno dei ticket, balzello odiato «anche perché - osserva la relazione - forse ormai ha raggiunto un livello tale da condizionare la stessa richiesta di prestazioni, se non addirittura la personale propensione a curarsi». Non ci sono margini per cancellarli, secondo la Corte. Però per migliorarne l'applicazione si: «Lo strumento andrebbe adottato in maniera più equa, razionalizzando prescrizioni, dimensioni delle confezioni farmaceutiche alle effettive esigenze terapeutiche, migliorando anche altri aspetti del sistema, all'apparenza secondari».

Anche gli ospedali soffrono. La stretta sui posti letto nei reparti si ripercuote sul pronto soccorso - imbuti in cui i pazienti finiscono intrappolati per ore se non giorni - e addirittura sulle ambulanze «sequestrate per parecchio tempo e impossibilitate a riprendere il proprio servizio a causa della mancata restituzione delle barelle che sono trattenute per ospitare i pazienti trasportati».

Una «Sanità malata», insomma, in cui i danni erariali da responsabilità amministrativa si sprecano. L'attività delle procure e delle sezioni giurisdizionali della Corte dei conti lo dimostrano: il settore resta «facilmente incline a ruberie e sprechi». I mali antichi non sono stati intaccati dalle manovre e dalle razionalizzazioni. E incidono sulle casse dello Stato con forti riflessi etici,

oltre a determinare gli inevitabili riflessi politici nelle varie realtà territoriali. Perché quella sanitaria - ricorda la relazione - «è una delle politiche regionali per eccellenza».

La relazione cita anche il fenomeno della fuga delle compagnie assicurative dal campo della Rc sanitaria e la scelta, operata da qualche azienda sanitaria, di ricorrere all'autoassicurazione. Una soluzione che per la Corte «non appare ottimale»: «Pur con tutti i vincoli del settore sarebbe utile e opportuno un intervento legislativo».

Da ultimo c'è un cenno alle politiche sugli stili di vita salutari: per i magistrati, c'è ancora molto lavoro da fare sul fronte della battaglia alle abitudini di vita non salubri (fumo, alimentazione scorretta, tossicodipendenze). E quest'anno la Corte dei conti se la prende anche con l'abbronzatura artificiale e i tatuaggi («dubbe tendenze di moda» - scrive -

«che finiscono per avere prima o poi un impatto negativo sul sistema e quindi sulla collettività, assorbendo risorse diversamente utilizzabili») e con ludopatia e sigarette elettroniche. Colpevoli di non aver «di certo migliorato le prospettive».

Pagine a cura di
Paolo Del Bufalo
Manuela Perrone

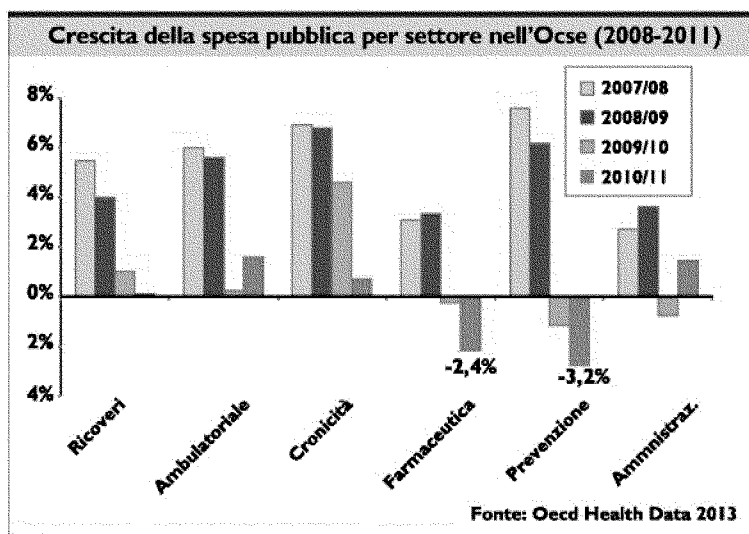
RAPPORTO OCSE 2013

La spesa sanitaria è in stagnazione Italia fanalino di coda dei 34 Paesi

Effetto crisi sulle casse dello Stato: la frenata dopo la crescita del 2000-2009

Stagnazione, stallo, immobilismo. È il male che affligge la spesa sanitaria nei Paesi Ue allargati messi sotto la lente dall'Ocse nel consueto rapporto Health Data 2013. Per tutto il 2011 dopo i tagli subiti negli anni passati l'investimento degli Stati per la salute è rimasto al palo. E così, anche per effetto di una crisi economica senza precedenti, dopo un decennio di crescita (il 5% annuo dal 2000 al 2009) si assiste in tempi recenti a una brusca frenata con un tasso medio di crescita che si aggira intorno a +0,5% nel 2010 e 2011. Le spese correnti per la salute sono aumentate dello 0,7% in entrambi gli anni, e i dati preliminari per alcuni Paesi suggeriscono il proseguimento di questa tendenza nel 2012. Per quanto riguarda l'Italia, sia sul fronte della spesa pubblica che per quella privata nel 2011 si è registrato un -1,6 per cento. Dopo essere cresciuta, in termini reali, con una media del 2,2% all'anno tra il 2000 e il 2009, la spesa è rallentata leggermente dell'1,8% nel 2010, per arrivare poi al -1,6% nel 2011. Secondo la ricerca l'Italia è tra i Paesi che spendono meno in questo settore tra i 34 dell'area Ocse. Sia in termini di incidenza sul Pil (la nostra spesa pubblica e privata incide per il 9,2% contro medie superiori all'11% di Paesi come Olanda, Francia e Germania) che pro capite. Ogni italiano spende per la propria salute 3.012 dollari l'anno contro gli 8.500 degli americani, i quasi 5.700 di norvegesi e svizzeri o i 4.500 di austriaci, tedeschi e danesi. Mentre francesi e belgi superano i 4.000 dollari l'anno.

Tornando alla situazione generale la spesa sanitaria privata, in questo periodo, è rallentata in molti Paesi nel 2010 e nel 2011. In particolare, in Grecia la spesa sanitaria globale è scesa dell'11% sia nel 2010 che nel 2011, dopo un tasso di crescita annuale di oltre il 5% in media tra il 2000 e il 2009. Una flessione guidata principalmente da profondi tagli alla spesa pubblica. Irlanda, Islanda e Spagna hanno sperimentato due anni consecutivi di crescita negativa della spesa sanitaria. Alcuni Paesi, come Estonia e Repubblica Ceca, hanno visto un crollo nel 2010 seguito da un modesto rimbalzo nel 2011. Mentre Portogallo e Italia sembrano aver ritardato i tagli nel 2010, ma poi hanno ridotto la spesa sanitaria pubblica nel 2011 (in Portogallo si è avuto un -8% nel 2011).





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



FORCELLA

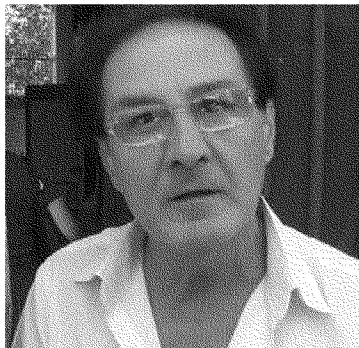
La dismissione della struttura ha messo in crisi anche il commercio del quartiere. Inoltre, lamentano i residenti, c'è sempre più abbandono e incuria. Appello alla Municipalità: ci dia una mano

Mobilizzazione per l'Annunziata

Un comitato per non far chiudere il reparto di maternità dell'ospedale del centro storico

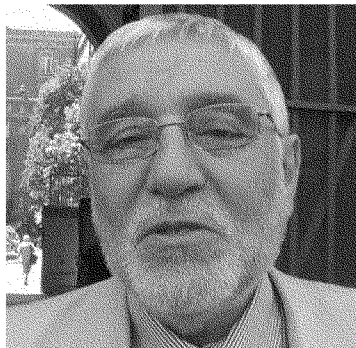
di Giuseppe De Stefano

«L'Annunziata è un pezzo della storia di Napoli, e non possiamo lasciare che Napoli muoia». Un'affermazione che racchiude il rinnovato spirito di quei cittadini di Forcella che hanno deciso di resistere e dire no alla chiusura del reparto maternità dello storico nosocomio partenopeo. Una chiusura che rischia di anticipare quella dell'intero presidio ospedaliero e che, dopo l'attenzione dedicata poco più di un mese fa dal "Roma", li ha spinti a costituire un comitato per proteggere non solo l'ospedale, ma l'intero quartiere dal degrado e dall'abbandono in cui versa. Un movimento che ha trovato anche l'appoggio dei medici dell'Annunziata. «È stato un evento occasionale (la caduta di alcuni calcinacci) a fungere da pretesto per la chiusura della maternità – ricorda Ermanno Scognamiglio, segretario provinciale Cimo-Asmd – ma la volontà di chiudere l'Annunziata risale a più di tre anni fa, quando la cittadinanza si strinse in un simbolico abbraccio, una catena umana che cinse l'intera struttura». Un legame forte quello tra il quar-



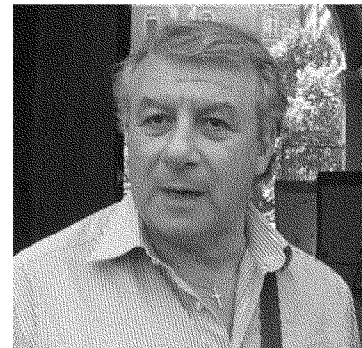
Andrea Ricciardi

tiere e l'ospedale: oltre che un presidio sanitario, infatti, l'Annunziata è anche un presidio storico e un sito museale. «Si parla tanto di riqualificazione del centro storico, intanto assistiamo ad un progressivo svuotamento delle attività tradizionali di questo quartiere – accusa il coordinatore dei medici ospedalieri – un abbandono totale da parte delle istituzioni, che viene dopo la chiusura del vecchio tribunale, del mercato e dopo che, con l'ospedale del Mare, si programma la chiusura dell'Ascalesi e del Loreto Mare. Eppure con la nuova piazza Garibaldi questa è una zona sulla quale Comune e



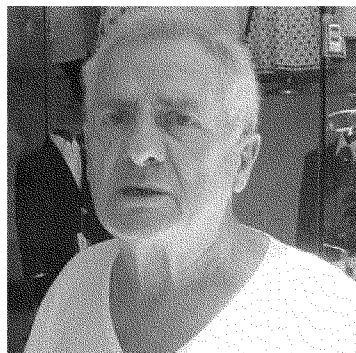
Ermanno Scognamiglio

Regione dovrebbero puntare – conclude Scognamiglio – non certo chiudendo e svendendo le strutture». «Tutta l'economia di base della zona ruotava intorno all'ospedale – afferma Andrea Ricciardi, commerciante ed esponente del neonato comitato – servizi per visitatori e pazienti: tutto questo è venuto meno. Facendo decadere l'ospedale anche il commercio è ridotto all'osso – incalza Ricciardi – oggi il mercato è cambiato e c'è la crisi, ma anche negli anni storici di questa zona il caposaldo rimaneva l'ospedale. Senza una rivalutazione della struttura – conclude – non potrà mai esserci quella



Nicola Di Frenna

del quartiere». Abbandono, sporcizia e degrado, in effetti circondano quello che dovrebbe essere un ambiente asettico, protetto, e che invece è dimenticato. «L'economia cittadina è di vitale importanza e va preservata – ribadisce Nicola Di Frenna, attivista del comitato per l'Annunziata – e sia da parte del Comune che della Municipalità vogliamo risposte. Oltre alla presenza istituzionale e alla solidarietà, vogliamo che chi di dovere eserciti il proprio potere per ripristinare quantomeno lo stato delle cose, se non per migliorarle. Così stiamo morendo lentamente». Come conferma Vincenzo Caropreso, titolare di uno storico esercizio che vende abiti da cerimonia. «Siamo rovinati, questa zona è totalmente isolata: è diventata terra di nessuno – sbotta il commerciante – la gente di qui non passa più, semplicemente, sembra che aspettino solo di farci chiudere. Chiudendo l'Annunziata ci hanno tagliato le gambe». «Ci vuole più attenzione – incalza Caropreso – questo dovrebbe essere l'inizio della zona storica di Napoli, che da qui risale verso Forcella e San Biagio ai Librai. Non chiediamo soldi, vogliamo solo indietro i nostri diritti, per lavorare e per vivere».



Vincenzo Caropreso

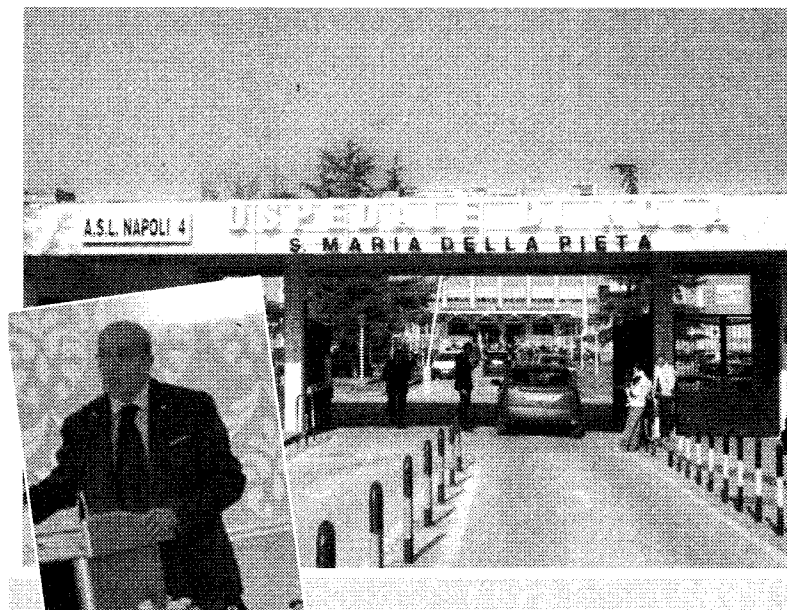
La riapertura è avvenuta dopo due anni di attesa.

Il reparto inaugurato quattro mesi fa

NOLA (gt) - Era il primo marzo scorso, appena quattro mesi fa, quando si è registrata la riapertura del reparto di Oncologia, insieme a quello di Medicina e di Gastroenterologia dell'ospedale di Nola. Il taglio del nastro si è tenuto alla presenza del vescovo di Nola **Beniamino Depalma**, del direttore generale della Napoli 3 Sud, **Maurizio D'Amora**, e del sindaco di

Nola Geremia Biancardi. Dopo una lunga 'odissea' durata circa due anni, finalmente, il programma dei lavori è stato completato. L'ospedale di Nola, dunque, da marzo scorso può dirsi dotato di un reparto di Oncologia adeguato alla propria utenza ed ai servizi da erogare. In particolare, così come ha precisato lo stesso direttore generale dell'Asl Napoli 3 Sud, D'Amora, è

stata allestita un'Oncologia clinica, chirurgica e psicologica. In questo modo, l'offerta sanitaria di questa delicata e difficile branca poteva dirsi completa. A distanza di quattro mesi dall'inaugurazione, però, soprattutto per il reparto di Medicina, già si registrano i primi disagi. C'è chi ne ha chiesto addirittura la chiusura: sarebbe un'ulteriore perdita per l'intero bacino di utenza.



CHIRURGIA, FOTO E SOLIDARIETÀ UN PONTE CON IL BENIN

Enrico di Salvo, ordinario di Chirurgia dell'Università Federico II rinnova il suo impegno per le popolazioni africane del terzo mondo. Oggi alle ore 17 insieme al sindaco di Napoli **Luigi de Magistris** inaugura la mostra fotografica di **Luciana Latte al Pan** in via dei Mille 60. La mostra è promossa dalla Associazione **Sorrìdi Konou Konou Africa Onlus**, presieduta dallo stesso di Salvo (in www.sorrìdiafrica.org, ed è curata da **Federica Cerami**.

"La mostra - avverte di Salvo - raccoglie una preziosa documentazione di immagini immortalate dalla fotografa nel corso del suo viaggio in Bénin (Africa occidentale) al seguito della équipe dell'associazione".

Nell'occasione sarà presentato il volume **The innocent** edito da **Idelson Gnocchi** che, oltre alle foto, contiene cinque brevi scritti di Enrico di Salvo che raccontano la storia di questa équipe di volontari operativa dal 2000 nella sanità, nella formazione, nella assistenza agli orfani e nello sviluppo sociale.

La mostra resterà aperta fino al 15 luglio dalle 9,30 alle 19,30.

Requisiti invalidi civili Avellino si affida all'Inps

Accertamento e rivedibilità dei requisiti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità di competenza:

l'Azienda sanitaria locale di Avellino diretta da **Sergio Florio** affida il servizio all'Inps, che



Sergio Florio

subentrerà nell'esercizio di tutte le funzioni di accertamento e di rivedibilità dei requisiti sanitari finora di competenza delle Commissioni mediche della Asl e anche nella gestione delle domande di accertamento tuttora giacenti. La sperimentazione rientra nell'ambito dei percorsi di semplificazione ed unificazione dei procedimenti disciplinati dall'intesa siglata un anno fa dalla direzione regionale Inps e la Regione Campania. Il servizio parte in via sperimentale e avrà la durata di un anno. "L'obiettivo - avverte Florio - è che tale modello di innovazione gestionale, primo in Italia, venga gradualmente esteso alle altre Asl campane.

Il piano di Squillante: via a quattro presidi per far posto all'Ospedale del Sele

Atti aziendali delle Asl, nuova riunione in vista della commissione regionale di valutazione dei provvedimenti di riordinamento delle piante organiche licenziate dai manager di Asl e ospedali della Campania. Mentre si susseguono le polemiche sui territori, dopo le decisioni dei direttori generali, va sottolineato che il lavoro resterà incompiuto in quanto la Regione dovrebbe adeguare le proposte a misure contenute in un regolamento ministeriale sulla spending-review. Un regolamento fantasma che avrebbe dovuto essere licenziato dal precedente esecutivo al quale tuttavia nemmeno l'attuale ha ancora messo mano. Insomma tutte le considerazioni avanzate sin qui da sindaci e sindacati sugli atti aziendali della discordia lasciano il tempo che trovano nonostante qualcuno abbia provveduto a presentarlo in pompa magna. Da qui ai prossimi mesi infatti, sebbene siano stati rispettati i parametri delle linee guida regionali potrebbe essere tutto da rifare.

A Salerno, intanto, il manager **Antonio Squillante** ha rivelato i dettagli del suo piano: destinati alla chiusura sono quattro ospedali (Battipaglia, Eboli, Roccasaspide e Agropoli). L'ospedale di

Scafati diventa polo pneumologico mentre a Oliveto Citra ci sarà posto per l'idroterapia vista la vicinanza con le terme, il tutto con la priorità data all'efficienza della rete dell'emergenza per ictus e infarti. In pratica dagli undici presidi attuali a regime di passa a sei presidi ospedalieri e due presidi a indirizzo riabilitativo (Scafati e Oliveto Citra). La rete dell'emergenza di terzo livello sarà costituita dall'ospedale Umberto I° di Nocera-Pagani (372 posti letto) e di Vallo, che ne ha 307. La rete di secondo livello sarà invece costituita da Sarno con 160 posti letto, Polla con 228 e Sapri con 228 posti letto. Al posto di Agropoli, Eboli, Battipaglia e Roccasaspide quando e se sarà realizzato, ci sarà il presidio unico della Valle del Sele con un project financing, per ora solo sulla carta. Gli ospedali di secondo livello assicureranno il pronto soccorso, accertazione e osservazione breve, rianimazione, medicina generale, ortopedia e traumatologia oltre alla cardiologia con Utic. Gli ospedali di terzo livello assicureranno l'alta qualità e l'eccellenza di tutte le prestazioni mediche e chirurgiche. Novità anche per i distretti, destinati a scendere da 13 a dieci. ●●●

COME CAMBIA LA RETE DELLE STRUTTURE

Presidi ospedalieri: scendono da 11 a 6

Terzo livello dell'emergenza: Nocera (372 posti), e Vallo (307)

Secondo livello dell'emergenza: Sarno (160 posti), Polla (228), Sapri (120 posti)

Chiusure: Battipaglia, Eboli, Roccasaspide e Agropoli.

Il loro posto sarà preso dall'ospedale unico del Sele

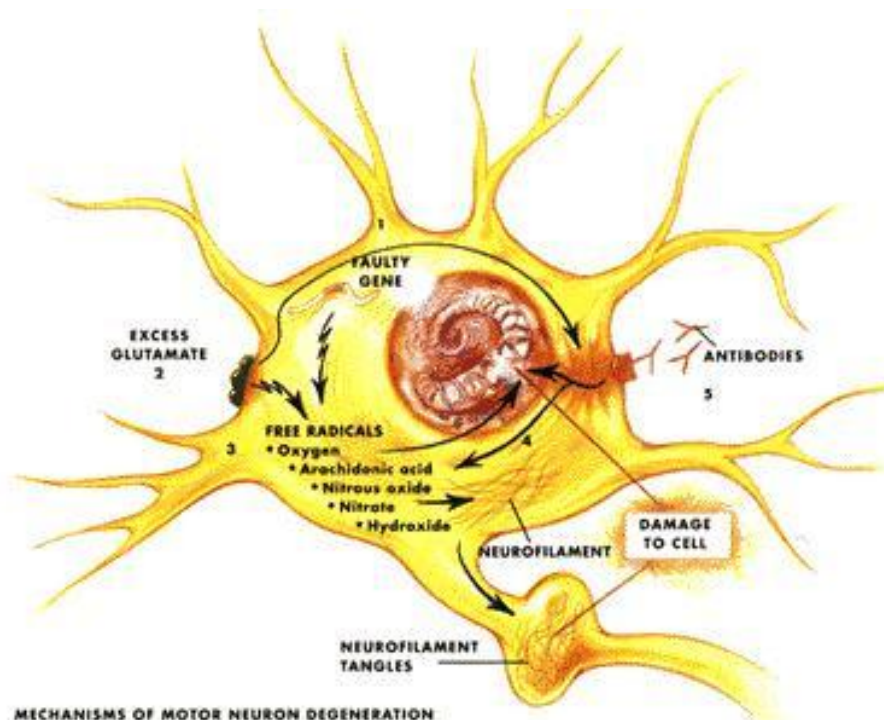
L'area sud: con 665 posti letto distribuiti tra Vallo (307), Polla (228) e Sapri (120) ha il più alto rapporto tra degenze e popolazione

Per Agropoli è pronto il ricorso contro la sospensiva del Consiglio di Stato. Diventerà un Psaut non integrato nell'ospedale del Sele ed escluso dalla rete per l'emergenza di secondo e terzo livello



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Calcolosi renale: a Pozzuoli si cura con fibra ottica e laser

Si chiama **Microperc** ed è l'ultima frontiera nella chirurgia della calcolosi renale: una tecnologia avanzata che consente di eliminare i calcoli renali superiori a due centimetri grazie a fibra ottica e laser introdotti tramite un foro grande quanto la punta di un ago. È un'evoluzione della classica litotrissia percutanea e pertanto, dopo la frantumazione, i residui del calcolo vengono espulsi in modo naturale con le urine. "L'innovazione è considerevole - spiega **Giovanni Di Lauro**, direttore della Struttura Complessa di Urologia dell'Ospedale Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli - se solo si pensa che la fibra laser che viene inserita oggi è grande soltanto 300 micron laddove normalmente si accede al rene con un foro del diametro di un centimetro e ciò significa che con un mini accesso siamo in grado di accedere, visionare e polverizzare i calcoli renali riducendo l'invasività dell'intervento, il sanguinamento, le complicanze e i giorni di degenza per un'ottimizzazione dei ricoveri e dei costi ospedalieri". Per comprendere la portata dell'innovazione bisogna considerare che la calcolosi

urinaria è una patologia molto frequente, tanto che si stima che circa il 10 per cento della popolazione abbia avuto nel corso della propria vita un episodio di calcolosi urinaria. Gli uomini sono colpiti più frequentemente rispetto alle donne e la prevalenza della patologia aumenta fra i 40 e i 70 anni. Inoltre la calcolosi renale (o nefrolitiasi) non causa abitualmente alcun disturbo fino a quando non intervengono complicanze. Quando i calcoli renali superano il centimetro e mezzo, il 70 per cento dei pazienti viene trattato con litotrissia extracorporea, mentre il 30 per cento con Ureteroscopia o Percutanea che richiede una degenza di qualche giorno e può comportare un sanguinamento per le dimensioni del canale che è necessario creare per accedere al rene. "Un ulteriore vantaggio da non sottovalutare è che con la micropercutanea si può accedere anche contemporaneamente ai due calici (inferiore e superiore) conclude l'urologo **Giovanni Di Lauro** - senza aspettare mesi fra un intervento e l'altro, la metodica è la stessa ma l'invasività è trascurabile". •••

Leucemie a Caserta Al via l'assistenza domiciliare

Parte l'assistenza domiciliare in Ematologia in Provincia di Caserta. Il progetto è stato annunciato in occasione della giornata nazionale dell'Ail (Associazione contro le leucemie) dal presidente della sezione di Caserta **Fulvio Picazio**. Alla tavola rotonda hanno preso parte il Referente scientifico Ail **David Panini**, per la Provincia di Caserta **Giuseppe Fiorillo**, per l'Asl Caserta il direttore sanitario **Gaetano Danzi** ed il responsabile dell'assistenza domiciliare **Carmin Lauriello**, **Giuseppina De Falco** ematologa dell'ospedale di Aversa, **Diego Paternostro** direttore sanitario dell'ospedale di Caserta e **Giuseppe Caparrotti**, dirigente dell'Uoc di Ematologia.

Ex specializzandi: arrivano i risarcimenti

Ci sono pediatri, radiologi, chirurghi, neuropsichiatri ed ematologi: ex specializzandi, sfruttati 15-20 anni fa, oggi questi medici sono stati risarciti con un assegno di 40 mila euro per quei cinque anni di specializzazione passati a lavorare a tempo pieno nei corridoi degli ospedali senza percepire nulla. E ora, avverte il Codacons, si apre la possibilità per tanti altri medici (oltre 150 mila in Italia) di avere lo stesso tipo di risarcimento.

ENDOCRINOLOGI A CONVEGNO

Dati e statistiche su tumori tiroidei, patologie in gravidanza, infertilità e disturbi della sessualità, diabete, obesità. Terapie e strategie per evitare i viaggi della speranza. Da domani a venerdì 5 luglio a Città della Scienza si svolgerà il V Forum in tema di terapia delle malattie endocrine con il coordinamento scientifico di **Annamaria Colao** ordinario di Endocrinologia alla Federico II. L'evento, organizzato dal dipartimento di Medicina clinica e Chirurgia dell'Università Federico II mette sotto la lente le nuove terapie in campo endocrinologico.

OBESITÀ, TASK FORCE AL LAVORO

Secondo l'Istat in Italia vivono più di 6 milioni di persone obese, di cui oltre 700mila solo in Campania. Giovedì 4 luglio si tratterà lo stato dell'arte e le prospettive con **Raffaele Calabrò**, della Commissione Igiene e Sanità del Senato, **Pietro Forestieri** direttore del dipartimento ad Attività integrate di Gastroenterologia, Endocrinologia e Chirurgia dell'Università Federico II, **Silvia Savastano**, del dipartimento universitario di Medicina clinica e chirurgia allo stesso Ateneo.

Parkinson e demenze L'Ateneo di Salerno fa luce su un gene

Di MAURO TONETTI

Ricercatori in neurologia del dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Salerno, in collaborazione con i genetisti dell'Università Erasmus di Rotterdam e dell'Istituto Bgi di Shenzhen (Cina) scoprono che la mutazione del gene che produce la proteina synaptojenina è responsabile di una forma familiare della malattia di Parkinson. La proteina contribuisce alla formazione delle vescicole sinaptiche, piccole sfere che contengono, all'interno delle cellule nervose, i neurotrasmettitori come la dopamina. L'alterazione di questa proteina, osservata in alcuni pazienti Parkinsoniani, non consente la regolare formazione di vescicole di dopamina da cui consegue la comparsa dei tipici sintomi della malattia quali il tremore, la rigidità muscolare e la lentezza dei movimenti. Oltre ai sintomi motori, in questi ammalati portatori della mutazione si è osservata anche una spiccata propensione a sviluppare demenza.

Paolo Barone, ordinario di Neurologia e responsabile del centro per le malattie neurodegenerative dell'Università di Salerno è uno dei coordinatori della collaborazione internazionale che ha consentito la scoperta ed è autore corrispondente dell'articolo scientifico pubblicato nell'ultimo numero della rivista *Human Mutation*. Barone è stato recentemente eletto, unico ricercatore neurologo italiano, nel comitato direttivo della società internazionale per la Malattia di Parkinson ed i disturbi del movimento (www.movementdisorders.org).

Sul fronte delle demenze, gli scienziati tedeschi stanno esaminando i meccanismi neurobiologici alla base della perdita di memoria. La malattia di Alzheimer è caratterizzata da placche neuroitiche extracellulari che contengono il peptide beta-amiloide (a-beta) e da grovigli intracellulari neurofibrillari contenenti la proteina tau. A-beta e tau sono implicati nella tossicità delle sinapsi, le connessioni tra i neuroni. Gli scienziati del progetto Memosad (Memory loss in Alzheimer disease: Underlying mechanisms and therapeutic targets), finanziato dall'Ue, stanno studiando a-beta e tau per giungere a individuare trattamenti efficaci. Gli scienziati hanno chiarito i singoli meccanismi di ogni proteina e i rapporti tra di esse. Gli studi su a-beta mostrano che la tossicità sinaptica nelle colture e le manifestazioni comportamentali di perdita della memoria nei ratti erano correlate non alla quantità delle due diverse specie (a-beta 40/42) ma al loro rapporto relativo. La proporzione normale è 9:1, mentre 7:3 è tossica. Gli studi sulla proteina tau dimostrano che la sua scomposizione può generare frammenti la cui aggregazione determina tossicità. Grazie a una chiara comprensione dei meccanismi neurobiologici in gioco nell'Alzheimer, il consorzio ha potuto proporre possibili trattamenti, che hanno come obiettivo fasi specifiche dello sviluppo della tossicità sinaptica. I risultati del progetto Memosad permetteranno di ottenere informazioni su terapie di altre malattie con disfunzioni della proteina tau o perdita di sinapsi, tra cui il Parkinson. ●●●

Incontro sull'inquinamento all'Ordine dei Chimici

Chimici della Campania in campo contro l'inquinamento e le conseguenze sulla salute. Giovedì 4 luglio alle ore 10-13, presso la sede dell'Ordine si terrà un incontro con giovani professionisti su come intraprendere l'attività professionale in ambito ambientale, segnatamente per quanto riguarda l'inquinamento atmosferico. L'incontro vedrà la partecipazione del presidente dell'Ordine **Luigi Romano** e come relatori **Giovanni Imperato** e **Michele Di Patria**. Al termine i partecipanti potranno porre domande mirate alle quali sarà data risposta immediata o indicazioni normative o della letteratura scientifica.

Patologia clinica al CTO Postiglione nuovo primario

Attilio Postiglione è il nuovo primario dell'unità operativa di Patologia clinica dell'ospedale Cto presidio dell'azienda ospedaliera dei Colli. Postiglione proviene dalle file del Cotugno dove era organico al laboratorio di analisi del polo infettivologico campano. Attualmente il laboratorio del Cotugno è diretto da **Riccardo Smeraglia**, quello del Monaldi, terzo presidio dell'azienda, è invece guidato da **Luigi Atripaldi**. Il laboratorio di analisi del Cto ha tuttavia la peculiarità di essere accessibile anche al pubblico fungendo da struttura di riferimento anche sul territorio. Attilio Postiglione, 58 anni, ha una lunga esperienza nel campo della patologia clinica e vanta decine di pubblicazioni su riviste specializzate.

CHIRURGIA GASTROINTESTINALE, RICONOSCIMENTO PER GIOVANNI DE PALMA

Scuola medica napoletana ai vertici internazionali. Arriva un riconoscimento per **Giovanni De Palma**, specialista di diagnostica e terapia endoscopica del Dai (Dipartimento ad attività integrata) di Gastroenterologia, Endocrinologia, Chirurgia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, direttore del Centro di eccellenza per l'innovazione tecnologica in Chirurgia e associato dell'Ateneo federiciano. Il *World Journal of Gastrointestinal Surgery* dedica la copertina ad uno dei massimi esperti italiani di malattie digestive ed endoscopia digestiva chirurgica. La rivista, con un board scientifico di 340 membri esperti in chirurgia gastrointestinale, dedica la copertina del numero di giugno a **Giovanni De Palma**. "Il riconoscimento internazionale assegnato al collega **Giovanni De Palma** - sottolinea **Giovanni Persico**, direttore generale dell'Azienda ospedaliera universitaria Federico II - è la con-

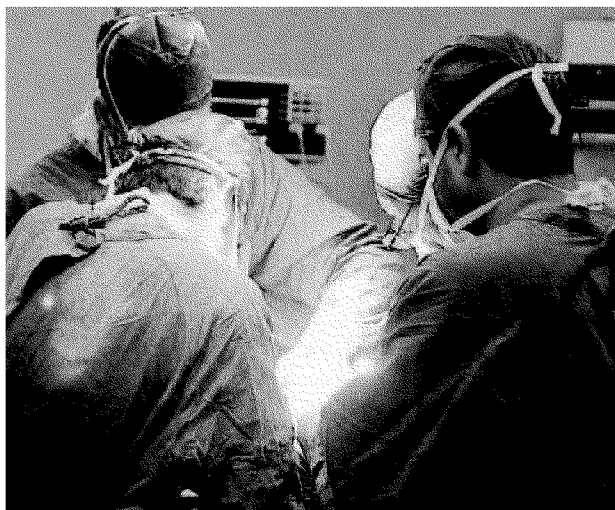
ferma che nonostante le difficoltà della Sanità campana i professionisti di questa Università attraverso l'inscindibile rapporto tra didattica, ricerca ed assistenza, producono risultati scientifici a livello internazionale e garantiscono ai pazienti un'offerta assistenziale di eccellenza ed avanguardia, anche grazie alla costante attenzione per l'innovazione tecnologica". La rivista ospita l'editoriale di De Palma dal titolo "Minimally invasive treatment of cholecysto-choledocal lithiasis: the point of view of the surgical endoscopist", una revisione delle strategie per il trattamento dei calcoli della colecisti e della via biliare principale, sia alla luce delle nuove possibilità diagnostiche, come la colangiografia con risonanza magnetica nucleare e l'ecodoscopia, sia delle più innovative opportunità terapeutiche, come la colecistectomia laparoscopica e l'endoscopia operativa.

Cardiologia, la nuova frontiera

A Monaldi tecnica mininvasiva con rischio ridotto per la valvulopatia

GIUSEPPE DEL BELLO

MONALDI, nuove frontiere della cardiologia interventistica. Ipertensione, diabete e cardiopatia ischemica. Sono le principali cause dello scompenso cardiaco. Ma non solo queste. Oggi, con l'aumento della vita media, anche le valvulopatie (stenosi aortica e insufficienza mitralica) contribuiscono ad incrementarne la frequenza. Alla base, un cattivo funzionamento delle valvole. La sola insufficienza mitralica di grado moderato o severo è presente in più del 10 per cento dei 75enni, soggetti in cui si rilevano anche aritmie. Per ridurre le probabilità di sviluppare scompenso cardiaco e migliorare la sopravvivenza, l'unica terapia valida è la correzione chirurgica. Per evitare l'intervento in circolazione extracorporea, negli ultimi anni, sono stati messi a punto tecniche mininvasive che assicurano minor rischio, convalescenza breve e ridotta incidenza di complicanze. Tecniche realizzabili grazie all'uso di nuovi dispositivi. Per



A sinistra, una sala operatoria. A destra, nella foto grande, l'ospedale Monaldi, centro di eccellenza cardiologica.

esempio attraverso la metodica che si effettua per via percutanea (con una sonda che dall'arteria femorale raggiunge le cavità cardiache) che non necessita dell'apertura del torace. «Sotto guida eco-

cardiografica, una clip (una specie di forcina, ndr) viene posizionata a livello dei lembi valvolari ormai inefficienti — spiega il direttore della Cardiologia interventistica Giulio Bonzani — il device sostituisce la plastica chirurgica, con risultati sovrapponibili. La procedura è eseguita in anestesia generale, grazie alla sonda transesofagea che fa da guida alla procedura. Il disagio per il paziente è modesto: può tornare a casa entro due, tre giorni». A stretto contatto con la Cardiologia interventistica lavora la Cardiologia-Utici diretta da Pio Caso, indispensabile al monitoraggio postoperatorio. Ma la riparazione della mitrale non è l'unico intervento mininvasivo con accesso vascolare. Da più di un anno vengono trattati pazienti (soprattutto over 80) affetti da stenosi valvolare aortica. «Si tratta della patologia degenerativa che causa un restringimento della valvola, a sua volta responsabile dello scompenso e/o di morte improvvisa — rivela Bonzani — Anche in questo caso, fino a poco tempo fa ci si affidava solo ai bisturi, mentre oggi interveniamo, ma solo sugli anziani ad alto rischio chirurgico, con la tecnica di sostituzione della valvola per via endoscopica e sempre senza aprire il torace».



Il cervello è la frontiera che la conoscenza umana deve ancora abbattere. Ora Usa e Europa si sfidano anche su questo terreno. Ecco i progetti a confronto

Caccia all'ultimo neurone

ELENA DUSI

Il luogo più complesso dell'universo? È racchiuso in poche decine di centimetri. Con più neuroni in testa che stelle in cielo, il cervello è una frontiera che ancora resiste all'esplorazione scientifica. Il muro non resterà in piedi per molto, sperano i ricercatori, pronti a partire per un viaggio al centro della mente umana, tappa estrema di un "conosci te stesso" per il quale a oggi non esistono che mappe sfocate.

L'impresa è affidata a due squadre, una in Europa e una negli Stati Uniti, con centinaia di scienziati ciascuna. Quello che il capo della Casa Bianca ha definito «il grande progetto del ventunesimo secolo» ha finanziamenti e aspettative paragonabili al sequenziamento del genoma umano degli anni 90 (3,8 miliardi di dollari tra 1988 e 2001). Con un miliardo di dollari (da Bruxelles) e una cifra compresa fra due e tre miliardi (da Washington) i due team disegneranno in dieci anni la mappa dei 100 miliardi di neuroni di un centinaio di forme diverse che compongono l'architettura del nostro cervello. La carta dovrà contenere anche i 100 trilioni di connessioni che i neuroni intessono tra loro, in quella rete di abbracci a 360 gradi che le cellule stringono, formando le autostrade su cui viaggiano gli impulsi nervosi. Sono questi i flussi di elettricità, i messaggeri chimici e le informazioni che — se organizzati in modo coerente e sincronizzato — vengono chiamati pensieri.

Il progetto europeo, rispetto a quello Usa, ambisce a fare un ulteriore scatto di reni. A trasferire cioè i dati sull'architettura e sulle regole di funzionamento del cervello umano in un computer. Un calcolatore così potente non è mai stato realizzato, ma fra dieci anni, ai ritmi di sviluppo attuale, la tecnologia informatica sarà forse riuscita a costruire una macchina da un trilione di operazioni al secondo.



Un cervello da 4 miliardi di dollari

Strumenti nuovi e dati andranno a scavare sotto il millimetro e mezzo di profondità

L'ambizione è trasferire su un pc l'architettura e il funzionamento dell'encefalo



SU RTV-LAEFFE

Nell'edizione delle 13,50 di RNews, sul canale 50 del digitale terrestre, il videoracconto sui progetti per mappare il cervello umano

ELENA DUSI

Fra le scommesse del “Progetto Cervello Umano”, questa non sarebbe nemmeno la più azzardata. «Una giungla impenetrabile in cui molti ricercatori si sono persi» descriveva il cervello nel 1923 Ramon y Cajal, uno dei primi scienziati a cimentarsi con il mistero dell'universo che portiamo sulle spalle. «Anche oggi, con gli strumenti ottici, riusciamo a osservare solo lo strato esterno, fino a un millimetro e mezzo di profondità» spiega Rafael Yuste, codirettore del Kavli Institute for Brain Science alla Columbia University di New York. A rendere unico, inimitabile (e incomprensibile) l'organo del pensiero, secondo il neuroscienziato di Harvard Jeff Lichtman, è un aspetto quasi metafisico: «Il cervello non è solo il prodotto di un set di istruzioni genetiche, ma anche della nostra esperienza quotidiana. Ognuno dei nostri circuiti nervosi viene permanentemente modificato e personalizzato da ciò che viviamo giorno per giorno». Un bersaglio mobile, dunque, associato a una complessità incomparabilmente superiore agli altri tessuti del

corpo (la sola retina è composta da cinquanta tipi di cellule, contro i cinque del fegato) e a una scoraggiante impossibilità di legare le malattie a difetti osservabili. «La lista delle malattie mentali incurabili è lunghissima» spiega Lichtman. «E non solo non abbiamo trattamenti. In molti casi non abbiamo nemmeno idea di quale sia il problema».

Con quali strumenti gli scienziati partiranno alla scoperta del “continente oscuro” del corpo umano? «I mezzi tradizionali — spiega Yuste — ci permettono di registrare l'attività elettrica di un neurone alla volta. Ma ogni singola area cerebrale è composta da centinaia di neuroni. È come se cercassimo di seguire un film su uno schermo da un pixel. Abbiamo bisogno di inventare nuovi strumenti, sia ottici che elettronici. Dovranno venirci in aiuto nanoscienze, fisica, chimica e ingegneria. Solo così potremo allargare lo schermo e guardare il film per intero». Bill Newsome, neuroscienziato di Stanford, spiega che «uno dei metodi più usati prevede l'uso di minuscoli elettrodi inseriti nel cervello e capaci di registrare i segnali inviati da un neurone al suo vicino. Con questi strumenti possiamo seguire fino a cento cellule con la risoluzione di un

millisecondo. Ma inserire un elettrodo nel cervello ha dei costi, e può causare reazioni immunitarie». Negli uomini questi interventi vengono limitati ai casi gravi di epilessia che avrebbero bisogno comunque del chirurgo. «I metodi ottici — prosegue Newsome — sfruttano molecole fluorescenti che si “accendono” quando una cellula si attiva. Possiamo osservare in questo modo migliaia di neuroni contemporaneamente, ma solo in zone molto superficiali del cervello. La luce infatti penetra nel tessuto per poche centinaia di micrometri».

Ma non di soli micrometri (millesimi di millimetro) è fatto lo studio del cervello. Tecniche più “datate”, ma sempre molto usate come la risonanza magnetica, evidenziano quali aree si attivano mentre svolgiamo un certo compito. Sappiamo quali zone sono responsabili di vista, parola, locomozione, memoria e altre mille fantasiose attività. «Ma la risoluzione sia spaziale che temporale di questo strumento è davvero scarsa» nota Engert Florian, biologo cellulare di Harvard. Il “pixel” del nostro schermo in questo caso non ha più le dimensioni dei micrometri, ma dei centimetri. E a mancare è proprio la via di mezzo. È come se per studiare una foresta

intricata potissimo solo osservarla da un aereo — cogliendo la macchia di colore — oppure studiarla dal terreno, con lo sguardo che può abbracciare pochi alberi insieme. Quel che manca nella cassetta degli attrezzi degli scienziati è uno strumento per osservare la “giungla dei neuroni” in modo dettagliato e complessivo allo stesso tempo.

L'inadeguatezza dei mezzi non spaventa gli esploratori. Né fa breccia chi ricorda che la missione Apollo fu lanciata con ingegneria e tecnologie già in partenza sufficienti a sostenerne l'ambizione. A chi li accusa di fare il passo più lungo della gamba, i pionieri del cervello citano l'esempio del Cern di Ginevra. L'acceleratore di particelle che ha svelato il bosone di Higgs e che in un anno accumula tanti dati da riempire una pila di cd alta 20 chilometri fu progettato negli anni 90, quando i computer funzionavano con floppy disc. «Il Progetto Genoma Umano — ricorda George Church di Harvard, uno dei principali ideatori dell'impresa varata da Obama — sarà anche costato tanto. Ma ci ha permesso di fare passi avanti talmente grandi che oggi il costo del sequenziamento del Dna si è ridotto di un milione di volte. E poi già ora per tutti i loro progetti di neuro-

scienze gli Usa spendono 5 miliardi di dollari l'anno».

Quasi a rispondere agli scettici, intanto, negli ultimi mesi gli scienziati si sono presentati con metodi freschi per penetrare i misteri del cervello. Ricerche indipendenti, condotte in tutto il mondo: progressi ancora insufficienti a garantire il successo alle imprese americana ed europea, ma che dimostrano che il campo delle neuroscienze abbia inserito con decisione la marcia avanti. All'università di Dusseldorf e al Centro di ricerche tedesco di Julich, per esempio, hanno scannerizzato un cervello umano post mortem con la risoluzione di 20 micrometri. Il loro modello tridimensionale è 50 volte più preciso rispetto alla versione precedente. Qualche anno fa si è poi scoperto come tingere di 90 colori le diverse cellule del cervello di un topolino. Il metodo Brainbow consente di studiare la distribuzione dei vari tipi di neuroni. Poche settimane fa è stato annunciata la tecnica Clarity. Consiste nello sciogliere i lipidi lasciando intatta l'impalcatura dei neuroni, rendendo il cervello “miracolosamente” trasparente e penetrabile dalla luce del microscopio.

Al Politecnico di Losanna che è capofila del progetto europeo,

intanto, quattro calcolatori grandi come distributori di merende già lavorano simulando il funzionamento di un milione di neuroni di topo. Secondo il padre dell'iniziativa, Henry Markram, realizzare con il silicio un modello del cervello umano permetterà di simulare il funzionamento dei farmaci e l'andamento delle malattie, accelerando i tempi della ricerca medica. L'argomento — che è poi il cuore dell'iniziativa di Bruxelles — convince assai poco molti colleghi di Markram. Come diceva il Nobel della fisica Philip Anderson per smentire le tesi del riduzionismo, «a ogni livello di complessità nuove proprietà emergono» ed «è impossibile dedurre il comportamento di sistemi complessi solo estrapolando i tratti degli elementi semplici».

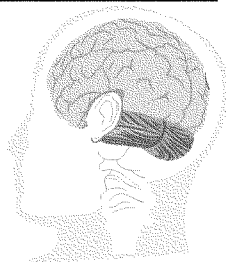
Il tentativo del nostro cervello di comprendere se stesso non rischia allora di farci somigliare al Barone di Munchausen, che voleva uscire dalla palude tirandosi su per il codino? «Ma no, non c'è nulla di soprannaturale nel cervello» replica Yuste. «Ci sono dei neuroni che trasmettono impulsi, e a volte lo fanno in modo scorretto. Capire come questo avvenga e trovare delle cure è un dovere nei confronti di milioni di pazienti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La ricerca



10 mila i laboratori di neuroscienze nel mondo



60 mila gli articoli scientifici sul cervello pubblicati ogni anno

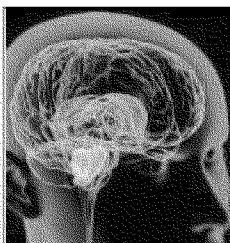
Il progetto Usa



“Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnology” o “Brain” Annunciato da Obama il 2 aprile

Tra 3 e 5 miliardi di dollari in 10 anni

Il progetto è pubblico, ma vi parteciperanno anche 4 istituti privati



Cento miliardi di neuroni, e le loro connessioni che formano i pensieri, saranno mappati per la prima volta da centinaia di ricercatori, grazie a due mega-investimenti e al contributo di decine di discipline, dall'ingegneria alle nanoscienze. Parte negli Usa e in Europa, con due progetti, la più grande sfida di sempre ai segreti di quella che è considerata ancora una “giungla impenetrabile”: la mente umana

Il progetto Europeo



“Human Brain Project” Assegnato dalla Commissione Europea

1 miliardo di dollari in 10 anni

Vi partecipano 90 università di 22 paesi. Cinque i gruppi italiani

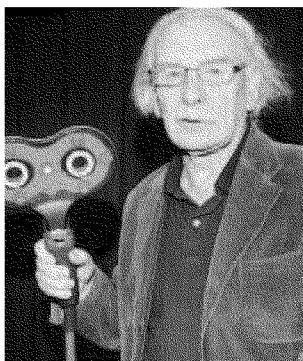


L'intervista

Giacomo Rizzolatti, lo studioso che ha scoperto i neuroni-specchio

“L’obiettivo più ambizioso? Svelare i misteri della coscienza”

«**Q**uanti passi avanti negli ultimi trent’anni» esclama Giacomo Rizzolatti. Lo scienziato dell’università di Parma iniziò a fare ricerca osservando il cervello delle scimmie. E fu proprio usando gli elettrodi per capire come si “accendevano” le singole cellule nervose che è arrivato a scoprire i “neuroni specchio”: i “neuroni dell’empatia” che permettono a uomini e animali di intuire intenzioni ed emozioni altrui. Uno dei progressi più importanti delle neuroscienze negli ultimi decenni.



L'ESPERTO
Giacomo Rizzolatti, neuroscienziato, studia i neuroni-specchio

Tanti altri passi avanti ci vengono promessi oggi. Che ne pensa?

«A essere sincero, il progetto americano mi sembra più concreto di quello europeo. Punta sulla creazione di nuove tecnologie. E la storia della scienza ci insegna che quando gli scienziati hanno strumenti freschi in mano, i passi avanti nelle cono-

scienze non tardano».

Però forse l’obiettivo degli americani è meno nitido rispetto a quello degli europei

«L’approccio americano è tecnologico e pratico. Non avrà una grande visione d’insieme, ma credo che qualche frutto lo darà. Con il progetto europeo invece sono molto in disaccordo».

Perché?

«Trovo assurda l’idea di ricostruire il funzionamento del cervello umano su chip di silicio. Che il computer sia un modello per il cervello è un’idea ormai superata. Poteva andare bene negli anni 80. Ma questo riduzionismo estremo oggi è stato smentito da tante scoperte. Il nostro cervello non è affatto un semplice insieme di neuroni. C’è il

ruolo grandissimo giocato da esperienze, emozioni, relazioni con l’ambiente».

E poi c’è quell’obiettivo che sembra irraggiungibile con i mezzi attuali delle neuroscienze: definire cos’è la coscienza.

«Appunto. Così come una casa non è un insieme di mattoni, il cervello non è un ammasso di neuroni. Non si può pensare di analizzare tutte le cellule, una dopo l’altra, mettere le informazioni in fila e arrivare a capire qual è l’idea che sta alla base del cervello. C’è dell’altro».

Cosa?

«Tropo presto per rispondere. Nella nostra disciplina ci sono problemi risolvibili e problemi “hard”. Capire cos’è la coscienza è il problema “hard” per eccellenza. Ma in compenso abbiamo descritto bene tanti fenomeni, come il meccanismo della visione. Conosciamo molti dettagli su cosa avviene nel cervello durante l’apprendimento. Non si può proprio dire che siamo stati fermi in questi anni».

E quali sono gli strumenti del futuro?

«Gli elettrodi stanno diventando sempre più efficienti e meno invasivi. Quelli più moderni non hanno sensori solo all’estremità, ma in tutta la loro lunghezza. Permettono così di registrare a profondità diverse del cervello e moltiplicano le informazioni. Abbiamo un progetto di ricerca insieme alla neurochirurgia del Niguarda di Milano, che usa questi strumenti per i pazienti con l’epilessia. Se gli elettrodi ci permettono di registrare dati sull’attivazione dei neuroni, l’elettroencefalogramma ha raggiunto oggi un livello di dettaglio che all’epoca della sua invenzione, negli anni 30, era inimmaginabile. Quello che all’inizio della mia carriera era osservabile solo sulla scimmia, ora inizia a essere studiato anche sull’uomo in maniera poco invasiva. E questa è davvero una prospettiva entusiasmante».

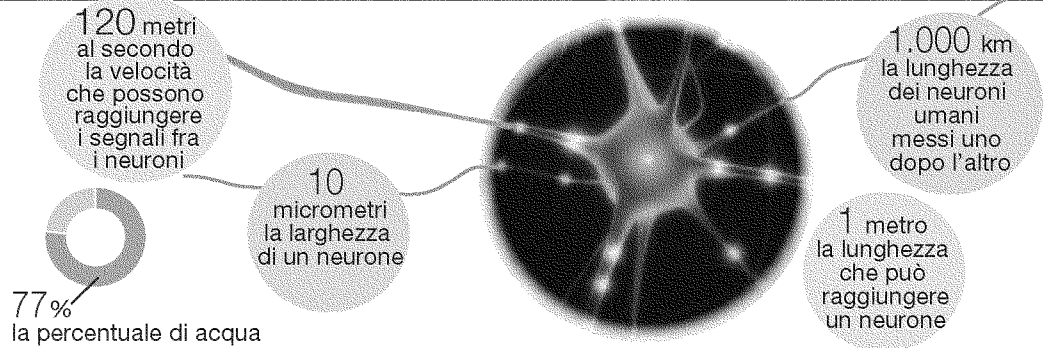
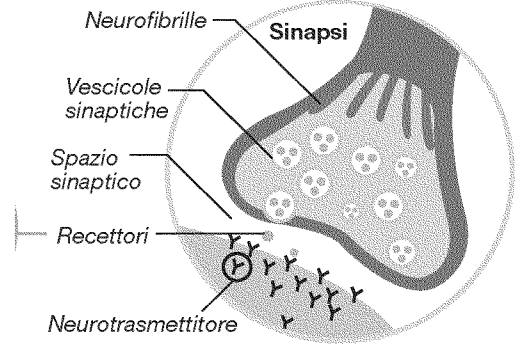
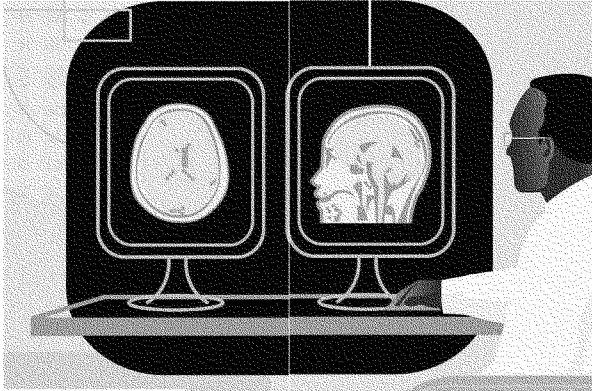
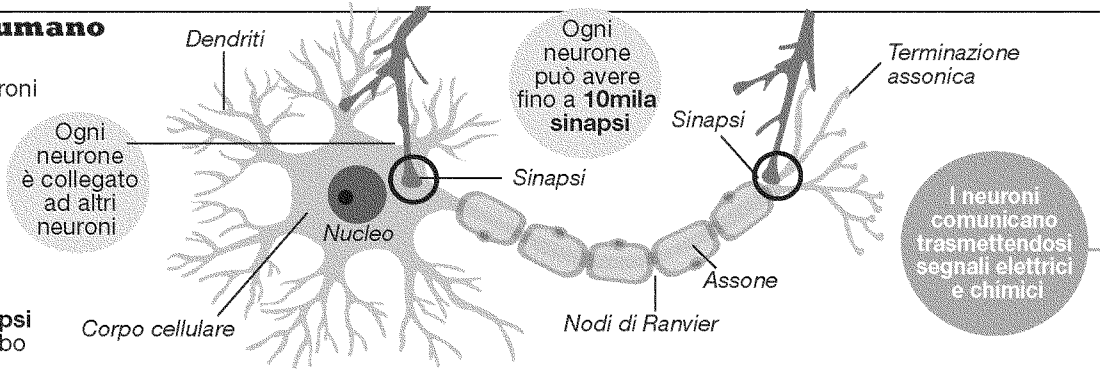
(e. d.)

Il cervello umano

100 miliardi
il numero di neuroni

100 triloni -
il numero
di collegamenti
fra i neuroni
(le sinapsi)

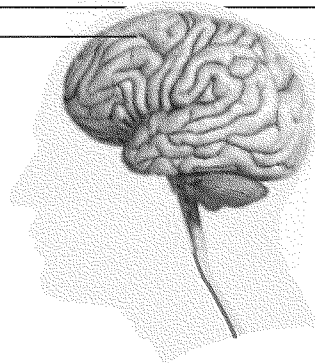
500 milioni
il numero di **sinapsi**
per millimetro cubo



1,3-1,4 kg
il peso del cervello
di un adulto

350- 400
grammi
il peso
del cervello
di un neonato

2 %
del peso
del corpo



r.trinchier@repubblica.it

VIII GIORNATA NAZIONALE AIL

Malattie del sangue: guarigioni possibili

Oggi per alcune forme di linfoma e mieloma c'è il 70% di successi

Guarire molti tumori del sangue non è più solo un sogno. Oggi, almeno in alcune forme di leucemia e di linfoma, più del 70% dei pazienti ottiene la guarigione completa. Anche la Leucemia mieloide cronica, che fino a una ventina d'anni fa portava quasi sempre a morte e aveva come unica opzione terapeutica il trapianto di midollo, ora può essere controllata nel tempo.

Addirittura grazie ai nuovi farmaci, nei pazienti che ottengono la risposta molecolare completa, cioè un livello di cellule patologiche così basso da non poter essere evidenziato con le attuali tecniche di indagine, si potrebbe in futuro addirittura abbandonare la cura definitivamente perché si è raggiunto un obiettivo fino a qualche anno fa impensabile: la guarigione.

La Giornata Nazionale Ail per la lotta contro Leucemie, Linfomi e Mieloma promossa il 21 giugno dall'Ail sotto l'Alto patronato del Presidente della Repubblica, è stata l'occasione per ribadire i successi ottenuti dalla ricerca scientifica in campo ematologico e guardare al futuro.

La Giornata, dedicata all'informazione sui tumori del sangue, ha un grande valore soprattutto per i pazienti ematolo-

gici che in questa occasione sentono l'Ail ancora più vicina. Il nostro impegno è quello di continuare a stare al loro fianco impegnandoci nella ricerca di nuove cure per le malattie del sangue, che se anche possono essere guarite in molti casi, debbono comunque essere trattate al meglio per migliorare la durata e la qualità di vita dei malati.

In termini di risultati, la terapia della Leucemia mieloide cronica è sicuramente quella che ha fatto registrare eccezionali progressi negli ultimi anni.

Questa malattia, che fino a pochi anni fa poteva essere curata solo con il trapianto di cellule staminali, dopo l'avvento delle terapie mirate, il cui capostipite è imatinib, presenta altissime percentuali di sopravvivenza. Addirittura in caso di risposta molecolare completa alle terapie con i farmaci di seconda generazione potrebbe far seguito la sospensione del trattamento senza andare incontro a recidive, con la possibilità di guarigione.

Per verificare questa ipotesi davvero rivoluzionaria è in corso uno studio - EnestFreedom -, che mira proprio a valutare la possibilità di sospensione della terapia con nilotinib e quindi con la possibilità di raggiungere l'obiettivo guarigione nei pazienti con questa malattia. Grazie alle competenze scientifiche e agli alti livelli raggiunti dalla nostra ematologia, l'Italia è uno dei Paesi chia-

ve per lo svolgimento di questo grande studio internazionale, con otto strutture di ricerca impegnate in questo protocollo, a riprova dell'altissimo livello scientifico e organizzativo dell'ematologia italiana.

L'impegno di Ail è quello di finanziare anche la ricerca, grazie agli studiosi che in Italia lavorano in questo ambito e di migliorare grazie alle migliaia di volontari attivi in tutta Italia l'assistenza ai pazienti e ai loro familiari.

Oggi sappiamo che in alcuni malati la vita può cambiare in positivo anche dopo una diagnosi come quella di Leucemia mieloide cronica. La mia speranza è che anche in altre malattie neoplastiche del sangue, come altre forme di leucemia, i linfomi e i mielomi si possano identificare terapie sempre più specifiche e di successo. Su questo concentreremo gli sforzi della nostra associazione, oltre che sull'attenzione alla qualità di vita delle persone colpite da queste patologie che oggi, grazie alla scienza, fanno un po' meno paura.

Franco Mandelli
Docente Emerito

di Ematologia Università «La Sapienza» di Roma
Presidente Nazionale Ail

© RIPRODUZIONE RISERVATA