



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Ma secondo l'Ance non basta: "Restano nelle casse degli enti locali 414 milioni di euro"

Patto di stabilità, sbloccati 68 milioni

CASERTA (cm) - Il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha sbloccato 850 milioni di euro che i Comuni italiani potranno utilizzare al di fuori dei vincoli previsti dal Patto di stabilità interno. Ulteriori 150 milioni dovrebbero essere prossimamente attribuiti alle Province. Il provvedimento assegna ai Comuni della Campania € 67.718.495, pari all'8 per cento della somma resa complessivamente disponibile a livello nazionale. Queste risorse potranno essere utilizzate per spese in conto capitale da destinare ad investimenti entro giugno 2014. Il dato emerge dall'elaborazione del Centro Studi Ance Salerno sulla base dell'analisi condotta da Ance nazionale. Per i comuni in provincia di Napoli sono stati resi disponibili 32.734.059 euro (3,9% sul totale Italia); in provincia di Salerno 13.750.653 euro (1,6%); in provincia di Caserta 11.112.184 euro (1,3%); in provincia di Avellino 5.672.022 euro (0,7%) ed in

provincia di Benevento 4.449.577 euro (0,5%). "A conti fatti - evidenziano gli analisti del Centro Studi Ance Salerno - restano ancora fermi nelle casse degli Enti Locali della Campania circa 414 milioni di euro". Se si allarga l'analisi alle altre Regioni Obiettivo Convergenza emerge che i Comuni della Sicilia possono spendere 75.800.000 euro (8,9% totale Italia); quelli della Puglia 35.600.000 (4,2%) e quelli della Calabria 26.800.000 euro (3,2%). Con il recente provvedimento, i

Comuni delle Regioni Obiettivo Convergenza (Campania compresa) avranno quindi nei prossimi mesi, una maggiore capacità di spesa per 205.900.000, il 24,2% delle risorse complessivamente movimentabili su tutto il territorio nazionale. L'analisi comparativa delle risorse bloccate a causa dei vincoli del patto di stabilità interno nelle casse di Comuni e delle Province nelle Regioni della Convergenza, conferma la consistenza di una liquidità "ferma", che potrebbe essere impiegata per rilanciare l'e-

conomia del Mezzogiorno. A fronte di 1.136.000.000 di euro disponibili risultano sbloccati appena 205.900.000, pari al 18,1%; mancano all'appello 930.100.000 di euro. "Lo sblocco di circa 68 milioni di euro fermi nelle casse degli enti locali della Campania rappresenta senza dubbio una buona notizia - sottolinea il presidente di Ance Salerno **Antonio Lombardi** - ma, nello stesso tempo, va espresso grande rammarico per le centinaia di milioni di euro che restano, purtroppo, ancora fermi nei cassetti di Comuni e Province. Non è una situazione ammissibile nel contesto di una grave situazione di crisi della filiera dell'edilizia che permane anche nei primi mesi del 2014". Che almeno siano rispettati i tempi previsti dalla Legge di Stabilità e che gli importi assegnati ad ogni singolo ente siano effettivamente spesi entro il mese di giugno di quest'anno.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità, ecco i controllori anti-corrruzione

ROMA L'ultimo caso clamoroso arriva dalla Asl 1 di Napoli: gran parte delle fatture sono state pagate due volte, un "furto" da 32 milioni di euro per il servizio sanitario. Ma le inchieste in tutto il Paese sono sempre più frequenti, perché quel mondo, come dimostra ogni anno il rapporto della Corte dei conti, si presta a frodi, imbrogli, piccoli e grandi fenomeni di corruzione. Ecco perché, proprio per le Asl, è stato messo a punto dal ministero della Salute un piano triennale anti-corrruzione (2013-2016) da applicare in ospedali, ambulatori e uffici amministrativi, visto che il 5-6% del fondo sanitario si perde nel malaffare.



Corruzione nella sanità: stretta su appalti e manager Asl

► Il piano del ministero
dirigenti a rotazione
e conflitto di interessi

IL CASO

ROMA Nella Asl 1 di Napoli, tra il 2000 e il 2012, gran parte delle fatture sono state pagate due volte. Un "furto" da 32 milioni di euro per il servizio sanitario. Sono riusciti a frodare 5 milioni di euro tre rappresentanti legali di un consorzio e di una cooperativa sociali che a Milano trasportavano i malati. La scoperta della Finanza a dicembre scorso: i reati risalivano al periodo 2009-2012 quando sono state commesse irregolarità nel capitolato d'appalto. Un mese fa i carabinieri del Nucleo investigativo di Roma hanno sequestrato beni per tre milioni di euro a un ex dirigente della sanità pubblica laziale, Mario Celotto. Era rimasto coinvolto nell'indagine sulla cosiddetta "Lady Asl" avviata nel 2005 e portata avanti almeno fino al 2009. L'elenco delle truffe in sanità è molto lungo, non c'è regione che non abbia un suo caso milionario.

LA CORTE DEI CONTI

Perché quel mondo, come dimostra ogni anno il rapporto della Corte dei conti, si presta a frodi, imbrogli, piccoli e grandi fenomeni di corruzione. Lì dove, tra i dolori, gira anche un succulento business. Ecco perché, proprio per le Asl, è stato messo a punto dal ministero della Salute un piano triennale anticorruzione (2013-2016) da applicare negli ospedali, come negli ambulatori, negli uffici amministrativi e nei servizi acquisti. Un Piano, dunque, oltre il codice penale e quello civile mirato ad allargare i controlli in tutti i settori. Non si può più far finta di nulla sul fatto che il 5-6% del fondo sanitario si perde nel malaffare. Parliamo di falso in bilancio, evasione fiscale, scam-

bio elettorale politico-mafioso ma anche riciclaggio, assunzioni non regolari e appalti truccati.

I VERTICI

Ecco perché ogni Asl deve individuare i suoi punti critici, (quindi più attaccabili dalla corruzione), far ruotare il personale (in particolare i responsabili degli acquisti e le figure dirigenziali, non certo i medici), organizzare corsi anti-corruzione, formare gruppi di verifica continua, assicurare l'anonimato a chi segnala una truffa o presunta truffa, scrivere dei protocolli di legalità, indicare le attività incompatibili, mettere sotto la lente i precedenti penali di chi stipula accordi con il pubblico. Nel testo si parla anche di conflitto di interessi.

Entro il 31 gennaio ogni Asl doveva presentare il suo progetto, la sua organizzazione per riuscire ad attuare il piano secondo le esigenze e la grandezza. Ora, in questi giorni, si comincia a mettere su l'impalcatura dell'operazione trasparenza che entro, al massimo maggio, dovrebbe essere a regime ovunque. Questo significa, per esempio, che le Asl devono rispettare tre principali parametri: nominare il responsabile anticorruzione, pubblicare on line il Piano triennale e fornire informazioni sui vertici. Sul direttore generale, su quello sanitario e quello amministrativo. Tutti devono poter avere la possibilità di vedere i curricula e i compensi.

LE SENTINELLE

Il Lazio, nei primi giorni di febbraio, ha annunciato di aver nominato 40 sentinelle antifrodi. Saranno in tutte le strutture sanitarie,

dalle Asl alle aziende ospedaliere, dagli istituti di ricovero e cura ai policlinici universitari, dal servizio del 118 fino agli Istituti zooprofilattici.

I controllori, così come prevede il piano, dovranno tenere occhi aperti su appalti, affidamenti, sovvenzioni e contributi. I concorsi come le progressioni di carriera avranno il loro supervisore. «La corruzione - fa sapere Giovanni Bissoni, presidente dell'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali è in grado di incidere sia sull'efficienza sia sulla qualità delle cure e sulla sicurezza. Colpisce il diritto alla salute dei cittadini».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I numeri



5-6%

dei fondi sanitari si perdono
in illegalità e tangenti



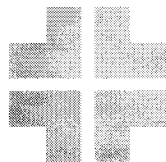
1 miliardo
e mezzo di euro

il valore dei reati in sanità accertati
dalla Finanza in Italia nel triennio
2010-2012



5-7 miliardi
di euro l'anno

il costo della corruzione e delle frodi
in sanità



Il Corruption perception index
del nostro Paese si è attestato a

3.9



Media Ocse

6.9



da 1 a 10 dove 10 è l'assenza di corruzione

La trasparenza

Le regioni più virtuose

■ Basilicata, Friuli-Venezia Giulia

Superano appena la sufficienza

■ Lombardia, Abruzzo, Piemonte
e Liguria

Sotto la sufficienza

■ Sardegna, Marche, Lazio, Campania
e Calabria

Ultima in classifica

■ Molise

Fonti: Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari nazionali) Libera-Gruppo Abele

centimetri



IL FENOMENO Nel mirino i contratti e gli avanzamenti di carriera

L'Ania registra un boom di sinistri denunciati per colpa medica. E la p.a. corre ai ripari

Sanità, le regioni fanno da sé Contro polizze proibitive prende piede l'autoassicurazione

Pagina a cura
DI GABRIELE VENTURA

Circa 13 miliardi di euro, cioè il 10% della spesa sanitaria complessiva. È il costo della medicina difensiva, secondo le ultime stime del Cergas dell'Università Bocconi. Non solo. I premi assicurativi delle polizze stipulate da strutture e professionisti sanitari, secondo gli ultimi dati Ania, superano i 500 milioni di euro l'anno, mentre il numero di sinistri denunciati alle compagnie assicurative è oltre quota 30 mila. Di questi, i 2/3 finiscono nel nulla. Sono solo alcuni dati che fotografano il fenomeno delle richieste di risarcimento danni per colpa medica, che negli ultimi anni ha registrato un vero e proprio boom, e in questi giorni è al centro di una battaglia (a suon di spot e denunce) tra medici e avvocati. Sì, perché da un lato si moltiplicano i «professionisti del risarcimento», che propongono alle presunte vittime di errori sanitari la possibilità di rivalersi in tribunale a costo zero, e con l'allettante possibilità di ottenere risarcimenti milionari: esistono, infatti, sentenze superiori a 6 milioni di euro per sinistro. Dall'altro, le compagnie assicurative hanno abbandonato da tempo questo ramo a causa del rapporto sinistri/premi, che è pesantemente negativo. Risultato: per i medici e le strutture sanitarie i costi della polizza sono proibitivi, tanto che alcune regioni hanno deciso di auto-assicurarsi. Ma entriamo nel dettaglio.

I dati. Gli ultimi dati sulla «malasanità» li ha esposti Ania (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici) in audizione in parlamento: la stima dei premi del lavoro diretto italiano per l'esercizio 2011 è stato pari a circa 525 milioni di euro, il 5,5% in più rispetto all'anno precedente. Il numero di sinistri denunciati alle imprese di assicurazione italiane nel 2011, invece, ha sfiorato i 31.500 casi, di cui quasi i 2/3 relativi a polizze stipula-

te dalle strutture sanitarie. Mentre le percentuali relative ai sinistri liquidati aumentano al crescere dell'anzianità della generazione dei sinistri, attestandosi a valori superiori al 90% per quelle con oltre dieci anni di sviluppo. Quanto al rapporto medio sinistri a premi, al 31 dicembre 2011 si attestava al 175%. Proprio per questo, il mercato attuale, denuncia Ania, è caratterizzato da pochi assicuratori, quasi tutti non italiani. Ania riporta il caso di una compagnia dei Lloyd's che «ha dovuto ricorrere al Fondo centrale istituito presso i Lloyd's per poter far fronte alle pensanti perdite». Secondo l'Associazione una parte consistente del problema è rappresentata dalle tabelle che vengono utilizzate per stimare i risarcimenti. A oggi, infatti, in attesa che i criteri delineati dal decreto Balduzzi per determinare una unica tabella nazionale di risarcimento del danno biologico diventino realtà, valgono le «tabelle milanesi», fatte proprie dalla maggior parte dei tribunali italiani, che a parere degli assicuratori determinano risarcimenti così alti da incentivare al contenzioso e le cosiddette liti temerarie.

Le gare pubbliche deserte. Vista la situazione, molte strutture ospedaliere sono state costrette a scegliere se pagare stipendi e attrezzature o un premio assicurativo. Spesso, infatti, i bandi indetti vanno deserti, non trovandosi assicuratori disponibili se non dopo consistenti variazioni di importo. Ania segnala il caso della Asl di Salerno, che dopo tre bandi andati a vuoto, ha chiuso con un premio da 7,35 milioni di euro l'anno. In generale, tutte le strutture sanitarie sono costrette a calmierare i premi con franchigie che possono superare i 2,4 milioni di euro l'anno.

L'autoassicurazione. Alcune regioni hanno preso la via dell'autoassicurazione, scegliendo quindi di non

acquistare alcuna copertura assicurativa ma di far fronte in proprio alla gestione e risarcimento dei sinistri. Tra queste, Ania cita i casi di Toscana e Liguria, che hanno optato per questa strada a causa di ristrettezze di bilancio. L'autoassicurazione permette, infatti, alla pubblica amministrazione di ottenere un immediato risparmio di cassa, non dovendo pagare il premio, ritardando così l'esborso economico, considerati anche i tempi per il processo di liquidazione dei sinistri. Altre regioni (Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Emilia-Romagna) hanno invece optato per un sistema di «auto assicurazione ibrida», assicurando cioè i sinistri per valori superiori a 500 mila-1,5 milioni di euro, e ritenendo il rischio per i sinistri sotto questa soglia.

La guerra medici-avvocati. E di questi giorni, inoltre, la battaglia a suon di spot tra medici e avvocati, che ha portato il Consiglio nazionale forense a presentare formale diffida contro l'Associazione di medici Amami in merito allo spot «medici-pazienti-avvoltoi», che raffigura l'avvocato, o comunque il professionista che incentiva il paziente a fare causa al medico o alla struttura sanitaria, sotto le sembianze di un avvoltoio dal quale prendere le distanze (si veda *ItaliaOggi* del 26 febbraio scorso). Questa pubblicità segue quella di Obiettivo risarcimento, che al contrario sprona il paziente vittima di errori medici a far sentire al propria voce, rivolgendosi quindi agli esperti della propria società. Una guerra che andrà avanti ancora a lungo.

— © Riproduzione riservata —

Le richieste di risarcimento

Anno	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Le richieste di risarcimento pervenute alle compagnie di assicurazione	11.376	13.539	14.083	14.704	14.420	14.088
Incremento % annuale		1,19	1,04	1,04	0,98	0,98
Incremento % rispetto al 2006		1,19	1,24	1,29	1,27	1,24

Fonte: Resoconto della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali (anno 2013)

I criteri della tabella unica nazionale

Danno biologico	Si intende la lesione temporanea o permanente all'integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito
Tabella dei valori economici	Si fonda sul sistema a punto variabile in funzione dell'età e del grado di invalidità
Valore economico del punto	È funzione crescente della percentuale di invalidità e l'incidenza della menomazione sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato cresce in modo più che proporzionale rispetto all'aumento percentuale assegnato ai postumi. È funzione decrescente dell'età del soggetto, sulla base delle tavole di mortalità elaborate dall'Istat, al tasso di rivalutazione pari all'interesse legale
Danno biologico temporaneo inferiore al 100%	È determinato in misura corrispondente alla percentuale di inabilità riconosciuta per ciascun giorno
Aumento a discrezione del giudice	Qualora la menomazione accertata incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali personali, l'ammontare del danno determinato ai sensi della tabella unica nazionale può essere aumentato dal giudice sino al 30%, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato
Aggiornamento degli importi	Gli importi stabiliti nella tabella unica nazionale sono aggiornati annualmente, con decreto del ministro delle attività produttive, in misura corrispondente alla variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati accertata dall'Istat

La novità

Alimentazione sana un portale del Cnr

ROMA In un momento in cui i consumatori sono travolti da informazioni di ogni tipo su cibo e alimentazione, l'Istituto di biometeorologia (Ibimet) del Cnr di Bologna mette a disposizione del pubblico uno strumento di educazione alimentare. E' il sito "Gusto, salute e qualità" (www.gustosalutequalita.it) che permette di conoscere sia progetti e attività di ricerca sul tema agroalimentare.

«L'attenzione dei consumatori verso prodotti sani, sicuri, ottenuti nel rispetto dell'ambiente e del benessere animale, spesso si scontra con la mancanza di una corretta informazione scientifica» spiega Stefano Predieri, coordinatore del portale e responsabile dei laboratori di analisi sensoriale dell'Ibimet-Cnr. C'è la sezione interattiva "Qualità del cibo, qualità della vita", per esempio, da proporre nelle scuole, «perché - aggiunge Predieri - i ragazzi vanno abituati ad utilizzare le proprie capacità sensoriali e a esprimere giudizi critici sugli alimenti favorendo così l'acquisizione di abitudini corrette e sane». Nella sede dell'Ibimet è stato inaugurato un laboratorio di assaggio, con cabine individuali collegate da un sistema informatico che consente di studiare le dinamiche della degustazione. Altro progetto: saranno realizzate preparazioni originali e nutrizionalmente adeguate, ma anche gustose, con un ruolo attivo di consumatori anziani. Beneficiari principali del progetto, coinvolti nel ruolo di giudici assaggiatori e cultori del gusto tradizionale della cucina italiana.

LA DIRETTIVA MINISTERIALE

Definiti i criteri per lo screening sanitario

CASERTA (mb) - Potenziare gli studi epidemiologici, con particolare riguardo ai registri delle malformazioni congenite e ai registri dei tumori. E "realizzare una precisa e rapida analisi e valutazione dello stato di salute delle persone residenti nei comuni della Regione Campania compresa nella Terra dei fuochi, in relazione alla presenza e alla tipologia dei siti di smaltimento e combustioni illegali di rifiuti". Questo il contenuto del documento firmato dal ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, dal ministro delle Politiche agricole alimentari e forestali, **Maurizio Martina** e dal ministro dell'Ambiente e della tutela del territorio e del mare, **Gian Luca Galletti**. Nella direttiva vengono determinati i criteri di identificazione

dei rischi sanitari per contrastare i quali "dovranno essere implementate azioni specifiche di prevenzione, miglioramento delle procedure diagnostiche, terapeutiche e di accesso ai servizi sanitari, a tutela della salute delle popolazioni". La direttiva, delegando l'Istituto superiore di sanità all'espletamento dell'attività, individua specifiche priorità. Fra queste: l'analisi, secondo la metodologia del Progetto Sentieri, dei dati sanitari correnti, riguardanti mortalità e ospedalizzazione delle aree già individuate, caratterizzate da molteplici fattori di rischio, non solo di tipo ambientale, per delineare il profilo di salute complessivo delle popolazioni interessate. E ancora: l'acquisizione e analisi dei dati relativi ai certificati di assistenza al parto,

relativamente agli stessi Comuni interessati, disponibili presso il ministero della Salute, al fine di descrivere gli esiti avversi che la letteratura internazionale indica come associati all'esposizione ad emissioni e rilasci dei siti di smaltimento e combustioni illegali di rifiuti. Infine l'esame dei dati disponibili riguardanti rispettivamente le malformazioni congenite e l'incidenza tumorale. "Un atto importante a tutela della salute dei cittadini la direttiva interministeriale firmata oggi per potenziare gli studi epidemiologici nella cosiddetta Terra dei Fuochi", ha commentato **Ermete Realacci**, presidente della commissione Ambiente, Territorio e Lavori pubblici della Camera.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'anoressia si studia a Napoli

Il Centro per i Disturbi dell'alimentazione del Dipartimento di Psichiatria della Seconda Università di Napoli è al primo posto in Italia per la ricerca e il trattamento dell'anoressia nervosa. Lo attesta l'agenzia americana Expertscape sulla base di articoli, pubblicazioni e citazioni apparse negli ultimi dieci anni sulle principali riviste scientifiche internazionali. Nella classifica di Expertscape, il dipartimento della Sun, diretto da Mario Maj (foto), precede le strutture di Torino, Padova e Firenze. Non solo: Palmiero Monteleone, sempre della Sun, è considerato da Expertscape il maggiore esperto italiano per l'anoressia nervosa.





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Le questioni della politica

Allarme sprechi, nel mirino sanità e consorzi

La relazione annuale della Corte dei conti: nel Sannio assunzioni illegittime e rimborsi non dovuti

Lorenzo Calò

Problema partecipate ma anche assunzioni illegittime negli enti consortili e acquisizione di finanziamenti pubblici senza averne titolo. Sono questi i casi che la Corte dei conti - nella relazione annuale presentata ieri nel corso dell'inaugurazione, a Napoli, dell'anno giudiziario - cita in rapporto alla gestione degli enti pubblici della provincia di Benevento. Il primo caso riguarda - ancora una volta - la sanità. Nelle 83 pagine della relazione firmata dalla magistratura contabile - si evidenzia una recentissima sentenza (7 febbraio del 2014) con la quale si certifica un danno economico-finanziario ai danni dell'Asl di Benevento quantificato in 858.742 euro «conseguente alla citazione con la quale la Procura generale aveva chiamato in giudizio alcuni medici di base». Al centro della vicenda il mancato aggiornamento degli elenchi dei pazienti aventi diritto alla copertura totale o parziale delle prescrizioni sanitarie il cui costo è a carico del Ssr.

Il consorzio Bn1

Nella parte relativa ai bilanci, la Corte dei conti cita «il danno causato» sulla gestione dell'ex Consorzio Benevento 1 per una serie di assunzioni illegittime costate alla comunità (dunque soldi pubblici) ben 1 milione 669mila 161 euro. Per questa vicenda - evidenzia ancora la Corte dei conti - «il soggetto chiamato in causa è il subcommissario per l'emergenza rifiuti in Campania».

Gli incentivi pubblici

Nella sezione relativa alla cosiddetta «economia assistita», la Corte dei conti richiama una recente indagine condotta dal Nucleo di polizia tributaria della guardia di finanza di Benevento. Si tratta - scrivono i giu-

dici contabili - «di un'articolata informativa su co-finanziamenti per 2 milioni di euro ottenuti da una società con sede tra il Beneventano e l'Avellinese impegnata nella realizzazione di un complesso turistico». Sotto la lente d'ingrandimento degli inquirenti una serie di presunte false fatturazioni che hanno portato, al momento, al sequestro conservativo di 2 milioni e 58mila euro.

Le partecipate

Ma l'attività che ha maggiormente caratterizzato il 2013 per la Procura regionale della Corte dei Conti della Campania «è stata quella che si è svolta attorno alle ipotesi di dissesto e di predissesto degli enti locali». Lo ha detto a chiare lettere il procuratore regionale della Corte dei conti Tommaso Cottone. Dal 1989 al 2013, ha ricordato Cottone, «123 dissesti si sono verificati in Campania su 479 in tutta Italia». Per la provincia di Benevento il caso citato è quello di Arpaia. «L'onere del risanamento - ha aggiunto Cottone - prima ricadente sullo Stato, con la modifica nel 2001, è stato spostato sullo stesso ente in dissesto. La resistenza da parte degli amministratori locali a far emergere le situazioni di insolvenza ha contribuito a limitare il ricorso a tale impopolare procedura. Il più delle volte si perviene a formalizzare il dissesto solo quando il disastro economico è così grave che non si riescono più a pagare gli stipendi». Inoltre, «il ricorso allo strumento delle società partecipate ha confermato i deleteri effetti, denunciati negli anni passati». Il procuratore ha evidenziato «sia gli aumenti vertiginosi della spesa pubblica (cui non fanno da riscontro miglioramenti ed efficienza del servizio) sia per gli impedimenti a più consoni assetti organizzativi».



Risorse pubbliche Nuovo allarme rilanciato in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario della Corte dei Conti della Campania. In provincia di Benevento citati il caso di Arpaia (dissesto finanziario) e alcuni danni economici per il sistema sanitario regionale e per il settore della raccolta e smaltimento dei rifiuti



Il convegno

Performance sanitarie a confronto

Tra miglioramento delle prestazioni, crescita e sostenibilità: le performance sanitarie di varie regioni a confronto per la costruzione di un network metropolitano. Saranno questi i temi al centro di un convegno, organizzato dalla Asl Napoli 1, in programma domani presso la colonia Geremicca a Posillipo (via Vincenzo Padula, 1). Nel corso del dibattito verranno messe a confronto le prestazioni sanitarie di diverse realtà regionali alla luce di uno studio realizzato dalla Scuola superiore di perfezionamento Sant'Anna dell'Università di Pisa. Ad aprire gli interventi sarà Ernesto Esposito, direttore generale Asl Na-

poli. Alla tavola rotonda, moderata dal presidente dell'Ordine dei Giornalisti della Campania, Ottavio Lucarelli, parteciperanno: Angelo Colasanto, direttore generale Asl Bari, Ferdinando Romano, direttore generale del dipartimento Salute Regione Campania, Fulvio Moirano, direttore Agenzia nazionale servizi sanitari regionali; Franco Bonanni, direttore generale del Dipartimento Salute regione Liguria; Giacomo Milillo, Segretario Generale Nazionale Fimmg, Francesco Bevere, direttore Dipartimento Programmazione Ministero della Salute. Al dibattito interverrà il governatore Caldoro.

Cambio al vertice della sanità: Irollo lascia l'isola, arriva Papaccioli

I sindacati: «Un cambio atteso e benvenuto». Al direttore la guida dell'ospedale e del distretto 24

Anna Maria Boniello

CAPRI. Cambio al vertice della sanità caprese. Irollo lascia Capri, sull'isola arriva Papaccioli. L'avvicendamento avverrà ufficialmente a partire da domani mattina. Il dottor Alfredo Irollo, fino ad oggi direttore sanitario dell'ospedale Capilupi di Capri, dove era giunto nel 2008, è stato trasferito ad altro incarico: andrà alla direzione aziendale del Dao, il Dipartimento Assistenza Ospedaliera dell'Asl Napoli 1 Centro, diretto da Rosario Lanzetta. Al suo posto giungerà a Capri il dottor Pippo Papaccioli, ex direttore sanitario del Distretto 33 di Napoli con sede a Piazza Nazionale. Papaccioli, oltre alla direzione sanitaria del Capilupi, guiderà anche la direzione del Distretto 24 comprendente Capri e Anacapri.

Un "benvenuto" al neo-direttore sanitario arriva dalle organizzazioni sindacali. La struttura aziendale della Cisl Fp afferma: «Che questo cambio era nell'aria lo si era intuito dalla staticità nella quale erano cadute le due direzioni, sia sanitaria che amministrativa. Noi ci auguriamo che l'avvicendamento risponda a questioni di merito, nel senso che il nuovo direttore sanitario sia il portatore di un progetto che sia intriso di pianificazione e programmazione, che la nuova progettualità dia la giusta dimensione al presidio ospedaliero e che vada ad integrarsi con il Distretto sanitario». Secondo la Cisl Fp, inoltre, «la necessità di modulare o rimodulare alcuni servizi è fondamentale se si vuole evitare che ogni giorno decine di cittadini ca-



“
La Cisl
«Saremo un valido interlocutore se vorrà rimodulare i servizi per la salute»

presi si rechino in terraferma per effettuare indagini strumentali. Deve essere ridato al territorio caprese un servizio Tac già da molto tempo dismesso. Se la logica dell'avvicendamento è questa, il nuovo direttore troverà nella nostra organizzazione un valido interlocutore; se invece - e ci auguriamo di no - questo avvicendamento deve solo rispondere a logiche che con la salute niente hanno a che fare allora no, la Cisl non ci sarà. Adesso non ci resta che aspettare e vigilare».

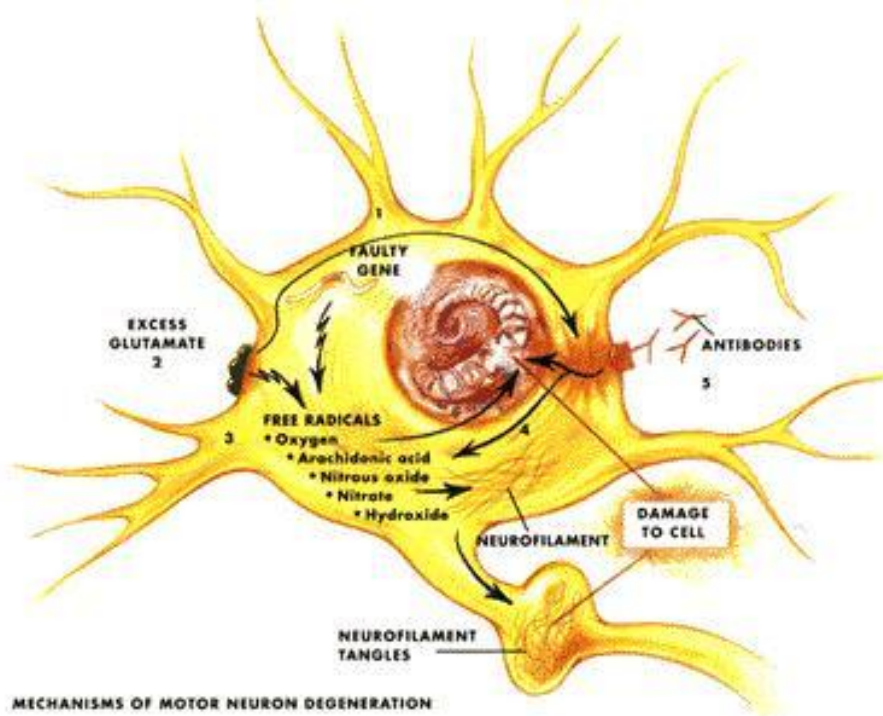
Papaccioli si troverà alle prese con non poche problematiche, dalla Tac fuori uso da mesi all'ascensore che spesso si ferma per assenza di manutenzione, dai tagli imposti dall'Asl che vuole limitare all'osso le ore di straordinario erogate al personale ai lavori di ristrutturazione e ampliamento del Capilupi interrotti alcuni anni fa dopo la rinuncia, da parte di una benefattrice, ad una donazione milionaria e mai più ripresi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Chirurgia ricostruttiva Studi, seri, in corso

Prospettive notevoli ma sotto scrutinio

Il tessuto adiposo rappresenta un serbatoio superiore persino al midollo osseo dal punto di vista quantitativo e le sue staminali sono molto plastiche (possono dare origine a vasi sanguigni, tessuto connettivo, osso). Le cellule indifferenziate estratte dal grasso, perciò, rappresentano una grande speranza per la chirurgia ricostruttiva. Basta pensare agli interventi di ricostruzione del seno dopo la mastectomia. Le vecchie protesi di silicone possono dare complicazioni per rottura, dislocamento e infezioni. Il trapianto di grasso autologo (ovvero appartenente al paziente stesso) è ormai un intervento di routine ma con il passare del tempo si perde gran parte del volume. La soluzione migliore, dunque, potrebbe essere il grasso arricchito con staminali adipose. Il primo studio controllato e randomizzato su questo tipo di approccio è stato pubblicato su *Lancet* nel settembre del 2013 da un gruppo danese. Dieci volontari sani hanno subito due trapianti di grasso (uno arricchito con staminali coltivate e l'altro no) nella parte superiore delle braccia. Stig-Frederik Kølle e i suoi colleghi dell'University Hospital di Copenhagen hanno confrontato l'evoluzione delle masse trapiantate prima di rimuoverle a 121 giorni di distanza dall'inserimento, e quelle arricchite si sono dimostrate molto più stabili. La pubblicazione dello studio è stata accompagnata da un commento positivo di Peter Rubin e Kacey Marra, che all'Università di Pittsburgh

I centri

Verificare sempre le credenziali

Le società scientifiche Usa competenti (Asaps e Asps) hanno valutato l'uso delle staminali adulte nella chirurgia plastica. Le loro conclusioni sono state pubblicate sull'*Aesthetic Surgery Journal* nel 2011. Dopo aver passato in rassegna migliaia di articoli gli esperti hanno concluso che le evidenze di efficacia sono ancora limitate e che questi interventi devono essere considerati sperimentali. Inoltre hanno invitato i pazienti a rivolgersi solo a chirurghi in possesso delle necessarie credenziali e a diffidare se i risultati promessi sembrano troppo belli per essere veri.

conducono una sperimentazione di chirurgia ricostruttiva sui soldati feriti. Una delle domande fondamentali è se un'alta concentrazione di staminali provenienti dal tessuto adiposo possa stimolare la crescita di eventuali cellule tumorali rimaste dopo la mastectomia. Il laboratorio di ematonecologia, i chirurghi plastici e gli epidemiologi dell'Istituto Europeo di Oncologia (Ieo) stanno lavorando per verificarlo, mossi da alcune considerazioni preoccupanti. Nel tessuto adiposo i ricercatori hanno osservato due popolazioni di progenitori che collaborano alla crescita tumorale, generando nuovi vasi che nutrono le cellule del tumore e aumentandone la capacità di migrazione. Probabilmente è anche per questo che l'obesità accresce l'incidenza e la severità di diversi tipi di cancro. «Abbiamo preso in esame centinaia di casi per verificare l'incidenza di recidive di tumore dopo la ricostruzione e ora vorremmo allargare la serie collaborando con altri istituti», ci ha detto Francesco Bertolini dell'Ieo. Fino ad oggi risulta che l'uso del grasso autologo non abbia aumentato le recidive, ad eccezione del sottogruppo di pazienti con neoplasia intraepiteliale. «La prospettiva per il futuro potrebbe essere quella di accompagnare l'intervento ricostruttivo a base di staminali con l'assunzione di farmaci che ne controllino la capacità protumorale», spiega Bertolini.

A. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fattori di rischio Anche chi utilizza droghe come cocaina, eroina, amfetamine, ecstasy e hashish è più esposto

Una patologia in crescita fra le donne

Spesso per l'effetto combinato di fumo e pillola contraccettiva

Anziano, maschio. Nell'immaginario collettivo è questo il ritratto del paziente colpito da ictus. Invece non è così, al contrario: negli anziani grazie a una migliore prevenzione il numero di casi sta pian piano calando, mentre è in crescita fra i giovani e le donne e, stando alle statistiche, al di sotto dei 55 anni l'incidenza di ictus è pari a 60 vittime ogni 100mila abitanti. Il problema, insomma, non è più una rarità prima della vecchiaia e la colpa è in parte dello stile di vita, nettamente peggiorato: fumo, sedentarietà e diete scorrette hanno aumentato il numero dei giovani adulti con fattori di rischio per l'ictus come sovrappeso, colesterolo e pressione alta. Ma non è solo questo, come spiega Giuseppe Micieli, direttore del Dipartimento di Neurologia d'Urgenza dell'Istituto Neurologico Mondino di Pavia: «I traumi a testa e collo, ad esempio, aumentano il pericolo di ictus soprattutto nei giovani provocando la cosiddetta "dissecazione" delle arterie: il vaso si "stira", il rivestimento interno si scolla dalla parete e chiude il lume. Può accadere in seguito a incidenti stradali, traumi durante la pratica di uno sport, perfino dopo manipolazioni cervicali troppo intense per la chiropratica. Anche l'esercizio fisico eccessivo può incrementare il rischio, così come l'uso di droghe».

«Cocaina, eroina, amfetamina, ecstasy e perfino l'hashish accrescono la probabilità di ictus, spesso perché provocano sbalzi di pressione molto pericolosi per le arterie cerebrali – conferma Carlo Gandolfo, neurologo dell'Università di Genova –. L'ictus si manifesta perfino nei bambini: sono casi per fortuna rari, associati in genere a malattie genetiche o cardiopatie congenite, che però arrivano tardi dal medico proprio perché non ci si immagina che l'ictus possa riguardare un bimbo».

Lo stesso vale per le donne, che si sentono erroneamente al sicuro da questa malattia: a scorrere i numeri pare vero il contrario, perché l'ictus ucci-

Farmaci

Prevenzione per chi «fibrilla»

Le cure in urgenza sono fondamentali, ma lo sono anche le terapie utili a evitare un secondo ictus, come gli anticoagulanti indispensabili soprattutto per chi soffre di fibrillazione atriale (un'aritmia che aumenta molto la probabilità di ictus ischemico, ndr). Importanti anche i medicinali per controllare fattori di rischio come ipertensione e colesterolo alto. Ma soprattutto, conta modificare lo stile di vita smettendo di fumare, iniziando un'attività fisica e controllando la dieta.

de due volte di più rispetto al tumore al seno, temutissimo da tutte. «Quattro donne su dieci non sono preoccupate dalla possibilità di andare incontro a un ictus, eppure hanno una probabilità di svilupparlo più alta degli uomini per numerosi motivi – spiega Antonia Nucera, neurologa della Stroke Unit dell'Ospedale Sant'Andrea di La Spezia e rappresentante italiana della World Stroke Organization –. Le giovani fumatrici, ad esempio, sono ad alto rischio perché nel sesso femminile il metabolismo della nicotina è più veloce e le sigarette hanno effetti particolarmente nocivi sui vasi sanguigni e la pressione, tanto che nella donna una sigaretta fa danni quanto cinque nell'uomo. Se a questo si aggiunge l'uso della pillola contraccettiva, che aumenta sensibilmente la probabilità di formazione di trombi, il pericolo cresce ulteriormente e si impenna fino a 30 volte se a tutto ciò si somma l'emicrania con aura, un altro fattore di rischio per l'ictus soprattutto prima della menopausa». Pericolosa anche l'ipertensione in gravidanza, che andrebbe evitata in ogni modo; chi ne ha sofferto dovrebbe poi essere monitorata attentamente negli anni successivi, perché la pressione alta è il fattore di rischio più rilevante per gli eventi cerebrovascolari.

Passata l'età fertile la probabilità di ictus sale ancora perché viene meno l'effetto protettivo degli estrogeni sul sistema cardiovascolare e la pressione dopo i 50 anni cresce più nelle donne che negli uomini. «Con la menopausa aumenta anche il rischio di obesità e di accumulo di grasso viscerale, la cosiddetta "pancetta": il girovita dovrebbe rimanere al di sotto degli 80 centimetri e comunque mai superare gli 88, oltre la probabilità di ictus diventa molto alta – spiega Nucera –. Man mano che l'età aumenta, poi, è sempre più comune la fibrillazione atriale, un'aritmia che favorisce l'ictus e che in alcune provoca palpitazioni, ma a volte è del tutto asintomatica: sarebbe perciò opportuno valutarne l'eventuale presenza con uno screening dopo i 70-75 anni, come consigliano le nuove linee guida per la prevenzione dell'ictus nelle donne appena pubblicate sulla rivista *Stroke*. Una prima idea tuttavia si può avere tuttavia anche da sole, rilevando la pulsazione del sangue al polso: un battito irregolare si può "sentire" anche se non si è un medico». Le donne, poi, sono a rischio pure perché trascurano i segnali dell'ictus, spesso un po' diversi rispetto a quelli "classici": sottovalutano i mal di testa anche se forti e improvvisi, non badano a disturbi di coscienza, trascurano le palpitazioni indice di fibrillazione atriale. Così arrivano tardi alle cure mediche, in condizioni peggiori rispetto agli uomini, finendo per avere esiti più gravi. «E sono colpite dalla depressione post-ictus ancora più dei maschi: spesso sono sole, non accettano facilmente di non essere più autonome e perdono la motivazione a curarsi. Alle donne vittime di ictus serve perciò un'attenzione "speciale" e quasi sempre anche un supporto psicologico», conclude la neurologa.

L'ictus è un danno cerebrale che si verifica quando l'afflusso di sangue al cervello si interrompe all'improvviso per l'ostruzione di un'arteria (*ictus ischemico*) o, più raramente, per la sua rottura (*ictus emorragico*).

Senza un intervento immediato che riporti ossigeno alla parte colpita, i neuroni iniziano a morire: questo può comportare una grave disabilità e addirittura il decesso

COMPORAMENTI SCORRETTI



Fumo



Sedentarietà



Consumo eccessivo di alcolici

Trattamenti efficaci se tempestivi

Trombolitici e terapia endovascolare ora possono fare davvero la differenza

Oggi le armi contro l'ictus ci sono: trombolisi, terapie endovascolari, riabilitazione fin dal primo giorno cambiano radicalmente il decorso della malattia. Eppure, una recente indagine Censis rivela che meno di un italiano su cinque sa che esistono terapie per l'ictus e così molti non chiedono subito aiuto pensando che sia "inutile". Per questo, e per la carenza di *Stroke Unit*, nella maggior parte d'Italia l'applicazione delle terapie resta al palo. «Secondo gli standard fissati dall'Europa, entro il 2015 il 10 per cento dei pazienti dovrebbe accedere ai farmaci che sciolgono i trombi: in Italia non arriviamo al 5% - informa Giuseppe Micieli, direttore del Dipartimento di Neurologia d'Urgenza dell'Istituto Neurologico Mondino di Pavia -. La trombolisi per via endovenosa è efficace, ma bisogna farla entro 4 ore e mezzo dai sintomi».




La terapia scioglie i coaguli di sangue che bloccano le arterie cerebrali, riportando sangue e ossigeno al tessuto: in un caso su due consente di recuperare buone condizioni funzionali, in uno su tre di tornare alla vita di sempre entro pochi giorni senza conseguenze di rilievo. Non può essere somministrata ai pazienti con ictus emorragico, né a chi ha subito da poco un intervento chirurgico ed è ad alto rischio

di emorragie. In questi casi, o anche quando si arriva troppo tardi in un reparto specializzato, può essere un'opzione la terapia endovascolare. «Consiste nella "disostruzione" dell'arteria bloccata entrando con un micro-catetere nel vaso per riaprirlo, ma la disostruzione si può fare anche con farmaci - spiega Carlo Gandolfo, neurologo dell'Università di Genova -. Nel secondo caso la concentrazione di trombolitico usata è dieci volte più bassa rispetto a quella usata per via endovenosa nella trombolisi classica, quindi si può eseguire anche in pazienti a rischio emorragico. Inoltre, la terapia endovascolare può servire in caso di ictus emorragico, per andare a chiudere i vasi danneggiati». «È un metodo complicato, per cui tuttora sono in corso studi e per la sua difficoltà di applicazione non è utilizzato ovunque» fa notare Micieli. Ancora da dimostrare l'efficacia protettiva del raffreddamento del cervello, che negli animali da esperimento diminuisce moltissimo i danni neurologici post-ictus: «Si riduce di 3-4 gradi la temperatura cerebrale, con il paziente sedato: stiamo partecipando a uno studio su malati che non possono fare la trombolisi e speriamo che anche questa terapia dimostri una buona validità» spiega Gandolfo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I FATTORI DI RISCHIO

NON MODIFICABILI

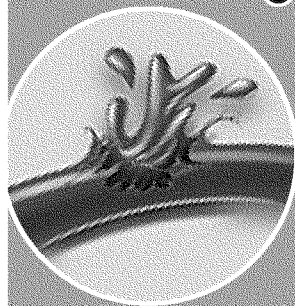
-  Invecchiamento
-  Predisposizione familiare
-  Sesso maschile

CONDIZIONI CRONICHE

-  Ipertensione arteriosa
-  Colesterolo alto
-  Diabete


ICTUS ISCHEMICO


È la forma di ictus più comune. È provocato da un trombo o un embolo che ostruisce un'arteria del cervello. Questo trombo può formarsi direttamente in quel vaso oppure può arrivarci da altri distretti del corpo attraverso il circolo sanguigno





3 ICTUS EMORRAGICO

È la forma di ictus più rara ma più pericolosa. Viene scatenato dalla rottura della parete di un'arteria del cervello, che provoca una emorragia cerebrale difficile da bloccare


 Debolezza o intorpidimento di faccia, braccia o gambe, soprattutto di un lato del corpo

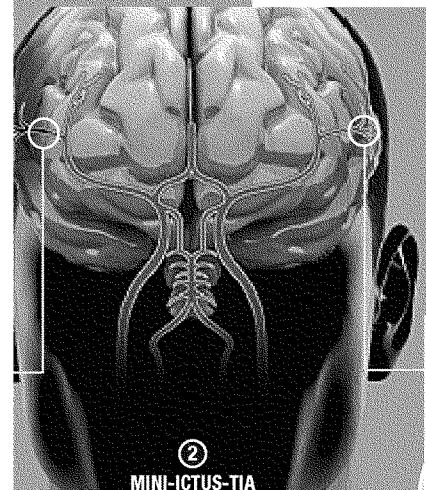
 Confusione, difficoltà nel parlare e nel capire

 Problemi alla vista (a uno o entrambi gli occhi)

 Vertigini, difficoltà a camminare, perdita di equilibrio e coordinazione

I SINTOMI
Possono comparire all'improvviso

 Fortissimo mal di testa senza una causa apparente



2 MINI-ICTUS-TIA

L'attacco ischemico transitorio (TIA) è un calo temporaneo nell'afflusso di sangue al cervello, sufficiente a determinare qualche sintomo che regredisce nel giro di 24 ore. È un serio campanello d'allarme per un ictus più importante

Segnalato da voi

L'esame mammografico per il tumore al seno fa la differenza o è inutile?

Ho letto con stupore che lo screening mammografico non sarebbe utile, come sembrava, per ridurre la mortalità per tumore del seno. Se non ricordo male, lo studio che arrivava a questa conclusione era canadese ed è stato pubblicato su quella che penso sia una rivista prestigiosa: il *British Medical Journal*. Lo studio, sempre se ricordo bene, ha coinvolto decine di migliaia di donne ed è durato 25 anni. Ma allora come stanno veramente le cose? La mammografia — o l'ecografia — sono davvero utili o non garantiscono alcun vantaggio in più rispetto alla palpazione come dicono i canadesi? Se invece questi esami sono ancora da ritenersi utili quando, e con quale frequenza, bisognerebbe farli?

Risponde
Umberto Veronesi
Direttore Scientifico Istituto Europeo
di Oncologia, Milano



Il dibattito sulla mammografia, appena riaperto dallo studio canadese pubblicato sul *British Medical Journal*, non è un novità e non deve stupire. Tuttavia bisogna sia chiaro che stiamo discutendo di risultati di mammografie (e relativi trattamenti) effettuate 25 anni fa, quando la tecnologia non era quella di oggi, e dunque dobbiamo essere molto cauti, prima di trarre indicazioni di comportamento. Ad esempio in contraddizione con quanto affermato nello studio canadese, studi altrettanto autorevoli, come lo svedese Tabar, di-

mostrano infatti che la mammografia è in grado di ridurre notevolmente la mortalità. Anzi, la maggior parte dell'oncologia europea è con me nel rassicurare le donne su un punto preciso: per il tumore del seno, la diagnosi precoce salva la vita.

Tutto parte da un concetto inconfutabile: più il tumore è piccolo, più è facile da curare e maggiori sono le probabilità di guarigione, oltre che di mantenere la propria immagine corporea. Dunque il tema di discussione non è "se" ma "con quale frequenza", ed eventualmente "come", controllare il seno femminile alla ricerca di eventuali tumori iniziali.

All'Istituto Europeo di Oncologia abbiamo studiato 1.200 casi di tumori occulti, vale a dire quei tumori impalpabili

li che si scoprono soltanto con esami strumentali (mammografia, ecografia e risonanza magnetica). Prima abbiamo messo a punto una tecnica chirurgica per rimuoverli sotto guida radiologica (chirurgia radioguidata) e poi abbiamo seguito le pazienti per dieci anni, rilevando un tasso di guarigione del 98,7%. I risultati sono stati pubblicati sulla rivista scientifica "The Oncologist". È dunque scientificamente dimostrato che se una donna scopre un tumore mammario quando è impalpabile, la probabilità di guarigione è quasi totale, mentre le chances diminuiscono man mano che le lesioni diventano più estese, fino ad essere percepita dalle nostre mani.

Ora vogliamo spingerci più in là e abbiamo promosso un programma ancora più intenso di esami: stiamo sperimentando se intensificando la frequenza della mammografia (una volta all'anno dopo i 40 anni) e dell'ecografia (ogni 6 mesi dopo i 30 anni) e effettuando la risonanza magnetica nelle situazioni più a rischio, riusciamo ad intercettare tumori a uno stadio così iniziale da essere guaribili in una percentuale vicina al 100%. I risultati preliminari sono incoraggianti e dunque noi pensiamo che questa sia la via da seguire. Dobbiamo considerare che chirurgia e radioterapia si sono già spinte al loro limite di efficacia, mentre la chemioterapia non ha dato i risultati sperati e solo le terapie ormonali danno esiti soddisfacenti per i tumori ormonoresponsivi. Il futuro della lotta al tumore del seno resta dunque nella anticipazione della diagnosi.

UN'ALLEANZA PER LA RICERCA

di ADRIANA BAZZI

Fino a ieri si facevano la guerra, adesso hanno deciso di collaborare. Dieci aziende farmaceutiche, fra le più grandi del mondo, convinte da Francis Collins, il direttore dei National Institutes of Health americani, condivideranno scoperte, dati, ricercatori con l'obiettivo di accelerare la messa a punto di nuovi farmaci e coinvolgeranno anche gruppi non profit, come le associazioni dei pazienti. Non è la prima volta che pubblico e privato lavorano insieme, ma questo progetto, della durata di cinque anni, è il più ambizioso di tutti e riguarderà quattro malattie: Alzheimer, diabete di tipo 2, artrite reumatoide e lupus (una patologia autoimmune che colpisce diversi organi e tessuti). Il patto fra le big pharma vale, ovviamente, per le ricerche che indagano i meccanismi di base delle malattie e puntano a individuare quei bersagli



**Negli Usa dati
condivisi fra
National Institutes
of Health e aziende
farmaceutiche**

molecolari che possono essere aggrediti da farmaci in grado di rallentare o fermare i processi patologici: si vuole costruire una sorta di *Google Map* delle quattro patologie. Poi ogni azienda andrà per la sua strada nello sviluppo di nuove molecole terapeutiche. Oggi la ricerca è sempre più costosa e le industrie

non sono più in grado di affrontare la situazione. Prendiamo l'Alzheimer: nonostante gli enormi investimenti, tutti gli studi con nuovi farmaci sono falliti. E uno dei motivi è che le compagnie farmaceutiche non hanno a disposizione tutte le informazioni necessarie sulla malattia per poter pensare a un potenziale farmaco efficace. E perché il rapporto fra donne e uomini colpiti dal lupus è di nove a uno? Perché anche l'artrite reumatoide è più frequente nelle donne (il rapporto è di tre a uno)? Non si sa, ma capire i motivi potrebbe essere di aiuto. Ben venga, dunque, questa alleanza e questo cambio di paradigma nella ricerca che si inserisce nel movimento "open data", un movimento che vuole rendere disponibili a tutti i dati della ricerca scientifica e che trova un grande sostenitore nella rivista medica *British Medical Journal*.

abazzi@corriere.it