

Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Nuovo nomenclatore: Scure su laboratori e strutture private

Di **ETTORE MAUTONE**

Riordino della Sanità campana: la Regione recepisce per decreto commissariale il nuovo nomenclatore per le prestazioni di diagnostica e di specialistica ambulatoriale. A subire l'urto della riforma sono soprattutto i laboratori di analisi. Una scure che apporta un taglio, alla remunerazione delle prestazioni, che oscilla dal 35 al 42 per cento assorbendo così per intero il precedente sconto, in vigore dal 2006, del 15 per cento rispetto al tariffario ministeriale precedentemente vigente (il Bindi) accolto solo in parte, in Campania, nel lontano 1996. Il problema è che ora la Campania recepisce invece in maniera pedissequa (e non potrebbe essere altrimenti per una regione sottoposta a piano di rientro) il nuovo tariffario nazionale, entrato in vigore nello scorso ottobre. L'adozione del nuovo tariffario tuttavia anticipa il riordino della rete dei laboratori di analisi da mesi in gestazione e ancora al vaglio del sub-commissario Mario Morlacco.

Il riordino degli erogatori

La bozza della nuova rete, da mesi all'attenzione della struttura commissariale, prevede che tutti i centri privati accreditati con il Ser-



Pier Paolo Polizzi

vizio sanitario regionale che producono meno di 100 mila prestazioni annue (ossia 500 mila euro di fatturato) optino per forme di aggregazione non ancora definite. Ad opporsi all'ipotesi che i laboratori più piccoli diventino semplici centri prelievi c'è l'Aspat che ha proposto consorzi tra imprese con percentuali di società proporzionali al fatturato.

A rischio il 90 per cento

Il problema è che il punto di sopravvivenza dell'impresa, con l'attuale nomenclatore, viene spostato da 78 mila a 176 mila prestazioni. E qui, la radiografia della situazione è affidata alla fredda logica dei numeri: in totale, su 680 laboratori solo 73 superano le 100 mila analisi annue e di questi solo 7 sono oltre la soglia di remuneratività. Le associazioni di categoria seguono strade diverse per sbarrare il passo al nuovo nomenclatore: l'Anisap e la Federlab pongono la questione di incostituzionalità della norma e dunque presentano un ricorso a Roma andando alla fonte primaria della norma. **L'Aspat, guidata da Pier Paolo Polizzi, ha pronto un ricorso al Tar regionale fissando l'illegittimità della norma nella mancata contemporanea adozione del riordino della rete dei laboratori di analisi. ●●●**

A proposito di pagamenti alle imprese

PATTO DI STABILITÀ INTERNO, UN'INFERNALE STUPIDITÀ

di MASSIMO MARRELLI

In tutto il dibattito che si è acceso sul decreto del governo teso a «sbloccare» parte dei fondi dovuti dalla pubblica amministrazione al sistema delle imprese, mi sembra non si stia dando la attenzione dovuta al meccanismo che questa situazione ha provocato e che, a legislazione invariata, continuerà a provocarne di analoghe. È incomprendibile per qualunque cittadino europeo come la nostra pubblica amministrazione possa legittimamente impegnare delle risorse e firmare dei contratti con imprenditori privati e, a opere concluse e consegnate, non pagarle.

L'ANALISI

Patto di stabilità interno, meccanismo infernale e stupido al tempo stesso

di MASSIMO MARRELLI

Una situazione simile implicherebbe per qualunque imprenditore privato azioni esecutive da parte dei creditori e, se del caso, la dichiarazione di fallimento.

Come si può spiegare un fenomeno del genere in una pubblica amministrazione che, per le regole di contabilità pubblica, per poter emettere un impegno di pagamento deve avere la relativa somma iscritta in bilancio? Verrebbe immediatamente da pensare che il settore pubblico stia di fatto violando quelle stesse regole che si è dato. Non è così. La vera spiegazione di questo paradossale fenomeno risiede nella «stupidità» del cosiddetto «patto di stabilità interno».

Come ho già avuto modo di scrivere, per semplificare, il succo di questo infernale meccanismo consiste nel vincolare le spese della pubblica amministrazione a due valori storicamente determinati. In un certo anno si sono «fotografati» il valore delle somme impegnate e quello delle somme effettivamente erogate. Il patto di stabilità interno stabilisce che ogni anno l'ammontare delle somme impegnate per esempio dagli enti locali non possano superare una certa percentuale del valore «fotografato» nell'anno di riferimento. Lo stesso vale per le somme effettivamente erogabili. Ora si dà il caso che il valore dell'impegnato nell'anno di riferimento sia stato molto superiore al valore dell'erogato, per cui gli enti locali, ad esempio, possono legittimamente impegnare (e quindi fornire ordini alle imprese) per 100 ma possono solo pagare 30 o 40 con entrambi i valori che rispettano le percentuali previste dal Patto di stabilità.



A proposito del dibattito sul decreto teso a sbloccare parte dei soldi dovuti alle imprese

re violare il patto di Maastricht. Questo meccanismo è ancora tragicamente in piedi; così che la pubblica amministrazione continua a creare debito verso gli operatori privati. È assolutamente necessario procedere a un allineamento di questi due vincoli e, allo stesso tempo, rinegoziare il patto di Maastricht.

La prima mossa, da sola, necessariamente implicherebbe una riduzione sostanziale delle somme impegnate e quindi una riduzione degli ordini da parte della pubblica amministrazione alle imprese. Tuttavia, è possibile ripensare il patto di stabilità esterno. È necessario fare capire all'Europa che la spesa pubblica, per esempio per acquisto di beni e servizi, implica una differenza anche sostanziale fra la spesa lorda e quella netta. La prima è quella che la pubblica amministrazione sostiene per acquistare dei beni al lordo di Iva e delle altre imposte, quella netta è invece quella al netto delle imposte e dei trasferimenti che comunque rientrano allo Stato. Quella che contribuisce all'eventuale indebitamento netto dello Stato è la spesa al netto delle imposte. È questa ultima che deve essere presa in considerazione ai fini del rispetto del patto di stabilità.

È una strada semplice e legittima da percorrere senza trucchetti da furbetti se non si vuole ricreare la situazione insostenibile e indegna di un paese civile quale quella cui stiamo assistendo. Come si può credere che imprese non italiane vengano ad investire in questo Paese se osservano fenomeni come questi?

La ragione per cui si è adottato questo meccanismo è tipica dei «furbetti»; così facendo il debito derivante dalla differenza fra impegnato ed erogato non compare nell'indebitamento dello Stato e quindi non appa-

Dopo la condanna da parte del Tar la Regione Campania avrebbe dovuto predisporre la gara ma tutta la procedura è ferma

Kit per diabetici, da un mese iter al palo

La Federfarma gestiva il servizio tramite affidamento diretto: per i giudici procedura illegittima

NAPOLI (mb) - Un mese esatto, e tutto tace. Dopo la condanna del Tar alla Regione Campania per l'affidamento del servizio di distribuzione dei kit per diabetici nessun atto è stato predisposto dal governatore **Stefano Caldoro**, tantomeno dal consigliere delegato alla Sanità **Raffaele Calabrò**, fresco di nomina parlamentare. Estromessa Federfarma, destinataria di un appalto diretto che i giudici amministrativi hanno ritenuto irregolare, non si sa chi si occuperà adesso dei kit, che rappresentano un presidio indispensabile per chi soffre di glicemia. Dalla Regione dicono le farmacie, dunque le Asl: dunque la Regione, e si torna punto e accapo. Le persone malate di diabete hanno potuto in questi anni rifornirsi degli strumenti utili a curarsi grazie a un Protocollo d'intesa sottoscritto dal Presidente della Giunta Regionale **Stefano Caldoro**, Commissario ad acta per la Sanità, e Federfarma Campania per attivare il servizio di distribuzione dei presidi per un valore di centinaia di migliaia di euro. Nel 2010 la Regione aveva incaricato Soresa Spa di indire una gara per scegliere, tenendo presente le migliori condizioni economiche, il gestore del servizio. La gara fu affidata ad un'impresa privata, il Gruppo De Rosa srl, che vinse la gara con un'offerta economicamente più vantaggiosa, utilizzando la tecnica della consegna a domicilio dei kit. Ma il 30 marzo del 2012 la Regione decide di riassegnare il servizio e successivamente anche di prorogarlo fino alla fine del mese di marzo di quest'anno. Da qui la decisione della De Rosa srl di produrre ricorso al Tribu-

nale amministrativo regionale. La ricorrente sostiene che l'amministrazione non potesse ricorrere ad una trattativa privata con i farmacisti campani per l'affidamento della fornitura e consegna dei presidi per diabetici. Tra l'altro il sistema adottato è differente e prevede la consegna al paziente direttamente in farmacia. Tutto ciò avviene senza che sia effettuata gara alcuna. Il Tribunale

Amministrativo Regionale della Campania ha accolto il ricorso e ha annullato il provvedimento impugnato, condannando il Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario in Campania a rimborsare alla ricorrente De Rosa s.r.l. il contributo unificato. La Regione avrebbe dovuto quindi indire una gara, ma dopo un mese nessun atto è stato ancora predisposto.

I risultati del confronto

Analisi su sette esiti secondo i dati del Programma nazionale 2012 tra 114 aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie



Azienda	Poca oltre 48 ore da ricovero per infarto: mortalità a 30 giorni		Bypass: mortalità 30 giorni		Valvuloplastica: mortalità 30 giorni		Proporzioni colecistectomie laparoscopiche		Colecistectomie laparoscopiche: degenza entro 3 giorni		Taglio cesareo primario		Fratture femore: operazione entro 48 ore	
	Interventi	%	Interventi	%	Interventi	%	Interventi	%	Interventi	%	Interventi	%	Interventi	%
Valore di benchmark ideale calcolato sui migliori risultati	846	0,27	1.077	0,04	1.831	0,68	2.177	97,26	342	99,39	1.717	3,97	99	94,33
Media dei risultati a livello nazionale di tutte le strutture	16.741	2,98	15.249	2,45	14.434	3,15	73.944	91,84	65.853	59,31	412.352	27,42	66.432	33,11
PIEMONTE														
Ao Maurizio Umberto I - Torino	66	4,55	104	2,10	223	7,73	154	87,66	135	64,65	989	27,86	188	51,37
Ao Civile Santissimi Antonio e Biagio - Alessandria	10	0,00	128	0,00	95	0,98	271	97,02	268	87,84	1.048	15,21	202	32,18
Ao Santa Croce e Carlo - Cuneo	106	2,14	178	1,03	177	1,44	229	92,10	204	87,95	1.570	11,33	211	15,18
Aou San Rocco - Galliate (No)	-	-	-	-	-	-	39	92,31	35	94,29	-	-	-	-
Ao Regina Margherita - Torino	-	-	-	-	-	-	1	100,00	1	100,00	-	-	-	-
Aou Maggiore della Carità - Novara	129	3,75	279	3,50	167	4,64	225	92,57	208	84,54	1.661	20,43	257	31,72
Ao Sant'Anna - Torino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.985	15,66	-	-
Aou San Luigi - Orbassano (To)	45	2,22	-	-	-	-	109	95,16	104	87,34	-	-	100	42,09
Ao Regina Maria Adelaide - Torino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0,00
Ao Traumatologico Ortopedico - Torino	-	-	-	-	-	-	11	90,91	10	50,00	-	-	210	67,42
Aou San Giovanni Battista Molinette - Torino	129	5,04	125	3,94	281	3,36	556	93,88	513	72,10	-	-	91	36,34
LOMBARDIA														
Ao Civile di Vimercate (Mb)	67	1,49	-	-	-	-	266	95,38	255	70,46	1.241	7,30	173	17,66
Ospedale Generale di Chiavenna (So)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	260	31,82	14	35,71
Ospedale Luigi Sacco - Milano	48	8,33	204	1,86	142	2,67	168	93,67	160	51,53	919	22,54	116	44,10
Ospedale San Carlo Borromeo - Milano	16	6,25	-	-	-	-	214	92,92	197	47,35	-	-	210	16,08
Ospedale San Paolo - Milano	24	12,5	-	-	-	-	157	93,94	147	25,49	1.400	12,25	151	13,44
Ospedale Ca' Granda-Niguarda - Milano	46	4,35	142	1,26	192	1,56	351	94,28	328	54,11	1.574	20,81	110	19,11
Ospedale Gaetano Pini - Milano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	407	27,06
Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico - Milano	27	7,41	-	-	-	-	122	94,81	118	20,05	-	-	147	25,03
Ospedale San Gerardo - Monza	66	4,55	215	2,77	-	-	272	89,65	250	54,72	-	-	164	42,20
Ospedale di Cremona	82	1,22	-	-	-	-	98	83,67	-	-	1.075	19,15	207	24,81
Ospedale Carlo Poma - Mantova	100	1,82	152	0,00	101	2,07	102	87,58	85	12,68	1.436	31,23	53	7,27
Ospedale di Manerbio (Bs)	38	7,89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ospedale Spedali Civili di Brescia	112	2,20	230	0,54	199	1,75	353	90,13	315	62,17	2.950	20,99	74	5,69
Ospedali Riuniti di Bergamo	103	3,04	126	0,95	87	3,30	119	94,1	111	80,54	3.208	10,81	101	69,58
Ospedale Alessandro Manzoni - Lecco	-	-	188	0,92	114	0,00	175	89,25	154	34,14	1.316	10,28	148	19,48
Ospedale Sant'Anna - San Fermo della Battaglia (Co)	-	-	-	-	-	-	112	66,07	-	-	-	-	193	13,63
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi - Varese	-	-	208	2,28	139	3,32	247	95,20	238	59,11	-	-	198	87,00
Ospedale di Legnano (Mi)	66	1,52	146	0,75	105	4,00	181	88,94	164	71,09	782	14,12	93	41,86
Ospedale Maggiore di Crema	49	6,12	-	-	-	-	187	94,93	179	48,39	833	27,88	151	6,48
Ospedale di Desenzano del Garda - Desenzano del Garda (Bs)	37	8,11	-	-	-	-	124	94,45	117	46,84	1.130	15,75	80	65,66
Ospedale di Chiari - Chiari (Bs)	39	5,13	-	-	-	-	123	85,40	103	54,47	762	14,19	86	34,22
Ospedale Bolognini - Seriate (Bg)	82	2,44	-	-	-	-	140	95,37	138	90,05	1.479	15,90	101	70,50
Ospedale di Treviglio e Caravaggio - Treviglio (Bg)	8	12,50	-	-	-	-	148	89,66	131	37,48	1.272	20,01	79	52,76
Osp. di Circolo di Predabissi-Melegnano - Vizzolo Predabissi (Mi)	-	-	-	-	-	-	166	90,22	146	46,72	634	16,64	91	45,01
Ospedale Maggiore di Lodi	82	2,44	-	-	-	-	119	91,84	109	1,49	1.115	20,93	134	50,51
Ospedale Guido Salvini - Garbagnate Milanese (Mi)	24	0,00	-	-	-	-	143	91,76	131	71,25	372	14,73	93	42,20
Ospedale Civile di Sondrio	42	0,00	-	-	-	-	154	88,42	133	47,93	610	16,36	-	-
Ospedale Sant'Antonio Abate - Gallarate (Va)	-	-	-	-	-	-	193	95,99	188	75,60	967	10,64	147	33,51
Ospedale di Circolo Busto Arsizio (Va)	-	-	-	-	-	-	162	89,09	140	6,84	1.070	15,61	87	70,59
VENETO														
Aou di Verona	27	3,70	-	-	-	-	43	81,40	35	20,00	1.324	16,56	109	6,25
Aou Civile Maggiore - Verona	85	0,00	297	0,48	411	1,47	297	90,76	269	78,34	1.411	26,73	181	15,57
Ao di Padova - Padova	116	0,00	171	2,18	215	1,69	384	91,17	350	73,17	3.023	22,79	262	46,35
FRIULI VENEZIA GIULIA														
Aou di Udine	92	1,68	175	0,00	162	1,68	302	93,08	266	68,16	1.305	20,55	271	54,46
Aou di Trieste	102	3,88	240	1,27	129	1,62	157	85,31	127	25,38	-	-	472	27,95
Ao S.M.A. di Spilimbergo (Pn)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,00
Ao S.M.A. di San Vito al Tagliamento (Pn)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	22,22	1	100,00
Ao S.M.A. di Pordenone	86	3,56	1	0,00	-	-	276	93,19	255	66,15	1.545	15,23	188	61,02
LIGURIA														
Aou San Martino - Genova	-	-	199	5,79	-	-	-	-	180	76,46	1.504	41,21	441	40,53
EMILIA ROMAGNA														
Aou di Ferrara	142	1,85	-	-	-	-	134	87,24	109	77,91	1.217	17,85	276	38,37
Aou di Bologna	155	1,64	206	1,79	299	2,33	153	87,05	125	74,60	2.789	16,28	321	44,18
Aou di Modena	86	3,26	-	-	-	-	211	95,58	196	82,13	2.764	18,13	122	33,24
Ao di Reggio Emilia	121	1,92	-	-	-	-	282	95,09	268	61,67	1.835	16,52	262	41,29
Aou di Parma	277	4,62	309	0,74	200	5,21	392	92,56	355	82,80	2.044	23,81	355	58,62
TOSCANA														
Aou Careggi - Firenze	105	5,34	202	0,00	375	2,53	633	94,70	608	85,69	2.450	19,79	509	33,90
Aou Meyer - Firenze	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	95,45	-	-
Aou Riuniti di Siena	67	1,49	86	0,93	202	3,89	190	88,64	159	47,14	1.136	28,69	189	43,91
Aou di Pisa	49	4,08	185	4,04	156	4,04	649	94,52	620	82,98	1.766	24,93	292	76,63

Azienda	Ptca oltre 48 ore da ricovero per infarto: mortalità a 30 giorni		Bypass: mortalità 30 giorni		Valvuloplastica: mortalità 30 giorni		Proporzione colecistectomie laparoscopiche		Colecistectomie laparoscopiche: degenza entro 3 giorni		Taglio cesareo primario		Fratture femore: operazione entro 48 ore	
	Interventi	%	Interventi	%	Interventi	%	Interventi	%	Interventi	%	Interventi	%	Interventi	%
UMBRIA														
Ao Santa Maria - Terni	106	1,84	68	4,41	96	1,04	249	92,74	227	70,67	907	9,08	256	19,99
Ao di Perugia	129	1,99	104	1,04	106	2,72	287	84,45	245	36,61	1.657	26,70	482	24,34
MARCHE														
Ao Umberto I - Ancona	2	0,00	-	-	1	0,00	168	89,65	155	68,39	1	0,00	213	49,30
Ao G.M. Lancisi - Ancona	73	8,22	414	0,96	268	1,93	-	-	-	-	2	100,00	-	-
Ao Santa Croce - Fano (Pu)	32	0,00	-	-	-	-	79	79,75	61	67,21	829	26,31	169	65,54
Ao San Salvatore - Pesaro	38	10,53	-	-	-	-	223	92,44	206	81,73	828	32,18	187	54,10
Ao G. Salesi - Ancona	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.850	31,80	-	-
LAZIO														
Aou Tor Vergata - Roma	76	1,32	308	4,85	189	6,04	82	95,12	78	52,56	1	0,00	100	41,88
Aou Sant'Andrea - Roma	58	0,00	158	0,82	63	4,77	211	91,87	148	45,44	-	-	98	48,81
Aou Umberto I - Roma	-	-	129	0,79	-	-	534	91,14	473	33,55	1.355	40,93	214	17,63
Policlinico universitario Campus Biomedico - Roma	41	0,00	165	3,09	218	1,26	184	93,90	174	80,85	1	0,00	-	-
Policlinico universitario Columbus - Roma	-	-	-	-	-	-	182	93,44	169	54,39	1	0,00	80	7,10
Policlinico universitario A. Gemelli - Roma	101	2,76	231	1,40	-	-	589	91,10	539	80,51	2.550	30,73	187	72,23
Ao San Filippo Neri - Roma	56	5,36	159	3,42	54	3,70	135	83,47	109	44,72	840	37,12	132	18,39
Ao San Giovanni Addolorata - Roma	31	0,00	-	-	-	-	165	91,63	147	35,18	1.497	40,48	200	31,10
Ao San Camillo-Forlanini - Roma	93	6,55	232	0,66	211	5,10	347	89,86	286	67,36	2.676	29,86	265	43,21
CAMPANIA														
Ao Sant'Anna e San Sebastiano - Caserta	71	1,41	106	16,09	51	11,76	124	94,56	94	57,59	926	24,07	129	1,52
Ao G. Rummo - Benevento	46	2,17	-	-	-	-	112	93,62	104	50,43	751	19,77	125	11,22
Ao San Giuseppe Moscati - Avellino	34	5,88	140	2,55	63	8,12	127	90,78	106	32,25	716	23,04	178	20,44
Ao Santa Maria dell'Olimo - Cava de' Tirreni (Sa)	-	-	-	-	-	-	60	76,67	45	42,22	272	51,55	68	13,92
Aou Amico G. Fucito - Mercato San Severino (Sa)	12	8,33	-	-	-	-	52	98,08	51	33,33	393	31,99	75	13,00
Aou Sangiovanni di Dio e Ruggi - Salerno	108	4,83	304	1,85	194	2,69	64	79,69	48	75,00	933	52,85	237	30,29
Ao S.S. Annunziata - Napoli	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	471	57,82	-	-
Aou di Napoli	-	-	-	-	-	-	134	82,00	98	45,37	2	0,00	-	-
Ao Colli-P Cotugno - Napoli	-	-	-	-	-	-	30	93,33	28	46,43	1	0,00	-	-
Ao Colli-P Cto - Napoli	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81	11,19
Ao A. Cardarelli - Napoli	108	3,61	-	-	1	0,00	257	87,21	220	40,98	613	41,21	398	4,14
Aou Federico II-Facoltà Medicina - Napoli	25	4,00	-	-	40	5,00	247	88,83	220	52,88	1.447	60,24	27	18,52
Ao Colli - P. Monaldi - Napoli	172	1,74	211	9,11	265	5,50	283	96,40	278	89,99	-	-	12	8,33
PUGLIA														
Aou Riuniti - Foggia	63	0,00	-	-	-	-	275	90,46	247	33,78	2.007	27,48	242	1,61
Aou di Bari	-	-	173	1,02	145	1,77	345	90,98	312	65,25	1.505	44,23	203	45,61
BASILICATA														
Ao San Carlo - Potenza	241	1,08	88	3,36	116	6,87	240	93,79	224	94,02	1.045	14,82	260	7,22
CALABRIA														
Ao Riuniti di Reggio di Calabria	37	0,00	-	-	-	-	53	98,11	52	53,85	1.081	27,05	102	15,96
Ao Pugliese - Catanzaro	73	0,00	-	-	-	-	169	90,92	152	46,99	1.480	25,47	152	17,00
Ao Mater Domini località Germaneto - Catanzaro	138	1,57	88	3,33	39	15,38	46	95,65	44	63,64	-	-	1	100,00
Ao Annunziata - Cosenza	121	0,00	-	-	-	-	137	89,99	121	66,77	1.395	22,33	135	13,17
Ao Santa Barbara - Cosenza	-	-	-	-	-	-	14	100,00	14	21,43	1	0,00	-	-
Ao Mariano Santo - Cosenza	1	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA														
Aou Paolo Giaccone - Palermo	48	2,08	101	5,28	62	7,16	143	87,42	125	82,32	562	40,12	132	17,68
Ao Vincenzo Cervello - Palermo	8	25,00	-	-	-	-	40	95,00	38	60,53	1.227	25,04	1	0,00
Ao Civico di Palermo	100	3,13	-	-	54	9,26	101	80,20	81	34,57	1.314	25,02	138	17,39
Ao Villa Sofia - Palermo	83	2,41	-	-	-	-	52	100,00	50	12,00	-	-	432	13,88
Aou Gaetano Martino - Messina	43	0,00	-	-	-	-	129	89,71	113	55,26	732	24,56	96	36,98
Ao Piemonte - Messina	-	-	-	-	-	-	39	69,23	27	44,44	571	62,64	67	55,28
Ao Papardo - Messina	110	0,90	139	5,57	111	4,92	26	92,31	24	41,67	386	63,99	123	32,51
Aou Santo Bambino - Catania	-	-	-	-	1	100,00	-	-	-	-	1.515	44,36	-	-
Aou Vittorio Emanuele - Catania	130	4,92	102	8,74	103	2,24	234	87,25	122	53,75	1	100,00	79	15,87
Aou Gaspare Rodolico - Catania	1	0,00	-	-	-	-	150	84,92	98	36,37	752	38,83	-	-
Ao Garibaldi - Catania	-	-	-	-	-	-	112	100,00	112	74,43	-	-	-	-
Ao Garibaldi-Nesima - Catania	-	-	-	-	-	-	126	91,60	45	75,56	1.261	22,45	66	6,09
Ao San Curro-San Luigi Gonzaga - Catania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,00
Ao Cannizzaro - Catania	157	6,59	-	-	-	-	84	88,10	74	51,35	685	32,81	252	18,46
SARDEGNA														
Aou San Giovanni di Dio - Cagliari	53	5,66	-	-	-	-	110	81,69	88	2,49	1.072	34,12	-	-
Aou Sassari - Sassari	-	-	-	-	-	-	129	94,92	121	74,01	1.039	36,95	5	0,00
Ao Giuseppe Brotzu - Cagliari	35	0,00	141	0,94	134	2,02	126	94,23	67	70,15	952	29,45	29	51,72
Aou Monserrato - Cagliari	-	-	-	-	-	-	80	91,25	73	79,45	-	-	-	-

NOTA COLORI
 ■ Le caselle più scure indicano il rischio grezzo non essendo disponibile il rischio aggiustato. Il dato relativo non è conteggiato ai fini della determinazione dei valori di benchmark ed è stato considerato uguale a zero nella predisposizione delle classifiche riportate a pagina 2-3

SICUREZZA SUL LAVORO

Quella previdenza tutta da aggiornare

Norme e regolamenti in via di semplificazione

Vanno riviste le tabelle sulle malattie professionali

La sezione "sicurezza del lavoro e tutela previdenziale" del Piano nazionale amianto trasmesso dal Consiglio dei ministri alla Conferenza Stato-Regioni è stata curata dal ministero del Lavoro. Riportiamo di seguito la sintesi degli obiettivi indicati nel piano.

Aggiornamento dell'elenco delle tabelle delle malattie professionali. Va istituito un gruppo di lavoro misto fra ministri del Lavoro, della Salute e Inail, al fine di individuare le nuove casistiche di malattie professionali derivanti dall'esposizione all'amianto (asbesto correlato) in funzione dei compiti della Commissione scientifica prevista all'articolo 10 del Dlgs 38/2000, in vista dei prossimi decreti di aggiornamento delle tabelle previste dal decreto del Presidente della Repubblica 1124/1965.

Benefici previdenziali: risoluzione delle disarmonie della normativa di attuazione per i lavoratori civili e militari e recepimento della procedura tecnica di accertamento dell'esposizione qualificata utilizzata dall'Inail.

Per quanto attiene al riconoscimento delle pregresse esposizioni all'amianto, dato che per un gran numero di attività e posti di lavoro non sono disponibili validi risultati di misurazione, si possono individuare margini di intervento per migliorare e uniformare, anche nell'ottica di contenimento del contenzioso, la procedura per la valutazione della probabi-

le esposizione in luoghi di lavoro non più esistenti o non più riproducibili. Potrebbe risultare utile un supporto comune e condiviso, quale quello utilizzato dall'Inail per calcolo dell'esposizione "qualificata", che orienti tutte le strutture pubbliche con indicazioni sulle modalità di accertamento tecnico e sui criteri di calcolo. Va inoltre rafforzato il monitoraggio da parte dell'Istituto in relazione agli interventi migliorativi eventualmente posti in essere.

In materia di tutela infortunistica in generale, anche al di là della questione "amianto", è essenziale adottare un meccanismo a regime di periodica rivalutazione automatica delle prestazioni al fine di mantenere un livello adeguato di tutela.

Indennizzo/risarcimento delle malattie asbesto correlate in soggetti non tutelati da Inail in particolare per le malattie conseguenti a esposizione ambientale. L'azione può essere concentrata su due direttrici di fondo: la semplificazione dell'attuale regolamento al fine di agevolare il complesso procedimento di erogazione della prestazione aggiuntiva; la verifica di fattibilità di un intervento normativo di ampliamento dell'attuale platea anche a vittime di patologie non correlate a esposizione lavorativa all'amianto, a condizione di individuare con certezza, unitamente al ministero della Salute che dispone delle informazioni relative alle "malattie comuni", la platea dei beneficiari definendone presupposti e condizioni, a iniziare da quanti hanno contratto patologie in ambito familiare, che consentano di quantificare con precisione gli oneri finanziari.

Le risorse disponibili verso gli attuali destinatari potrebbero essere implementate di almeno 10 milioni, attingendo "avanzi di gestione del fondo" per un importo di almeno 10 milioni.

Inclusione nel Piano nazionale per la Prevenzione degli obiettivi relativi all'amianto.

Come noto, il ministero insieme alle Asl è organo di vigilanza nel settore delle costruzioni edili e in ambito ferroviario (articolo 13 del Dlgs 81/2008). In questi

settori è frequente la presenza di amianto e pertanto sono numerosi i casi in cui si decide di effettuare lavori di demolizione o di rimozione dell'amianto o di materiali che lo

contengano. Al momento i servizi di prevenzione delle Asl effettuano verifiche su circa il 15 per cento dei lavori di demolizione o rimozione: una percentuale più alta che in altri settori, ma che può essere incrementata. L'obiettivo è ottenere un impegno straordinario delle strutture territoriali del ministero del Lavoro nella verifica delle attività edili di rimozione dei manufatti di amianto, quantificabile in un incremento di un ulteriore 5 per cento delle verifiche sul rispetto della normativa in materia di salute e sicurezza durante l'effettuazione di tali lavori. Le verifiche andranno concordate nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 81/2008.

Attuazione effettiva della "sentenza Eternit" anche nella parte che riguarda «provvisoriamente immediatamente esecutive». Il ministero del Lavoro ritiene opportuno istituire un tavolo nazionale con le altre amministrazioni interessate e i soggetti danneggiati, al fine di assicurare il principio della effettività delle tutele in favore delle parti lese.

EMERGENZA NEL TERRITORIO

Regioni e Asl nel rebus smaltimento

A distanza di vent'anni dall'entrata in vigore della legge sulla cessazione dell'impiego di amianto sul territorio nazionale sono ancora presenti diversi milioni di tonnellate di materiali che lo contengono. In particolare, molte tonnellate di amianto friabile - fonte di pericolose microparticelle - «sono localizzate in siti a destinazione industriale e residenziale pubblici e privati».

Questa aperta dichiarazione di stato di crisi inaugura il capitolo del Piano nazionale amianto dedicato alla macroarea tutela ambientale, curato dal ministero dell'Ambiente che ha finora censito 34mila siti contaminati da amianto e circa 80 con presenza di amianto di origine naturale. Lo stesso dicastero stima in tre-cinque anni il tempo minimo per ottenere risultati rilevanti a patto che il Piano stesso sia sufficientemente implementato. In premessa anche l'elenco dettagliato

delle possibili situazioni di contaminazione: dai siti estrattivi alle aree industriali dismesse che hanno utilizzato amianto, da edifici pubblici e privati in aree urbane a discariche abusive, a siti variamente contaminati. Senza dimenticare che anche nei ricambi dei mezzi di trasporto l'amianto è presente in quantità non trascurabile. Due le priorità segnalate: superare le difficoltà che ostacolano la realizzazione degli impianti di smaltimento o recupero rifiuti e promuovere contemporaneamente la ricerca e sperimentazione di metodi alternativi. Il tutto però accompagnato dalla vigilanza sul divieto di commercializzare e riutilizzare i prodotti contenenti amianto, mentre si procede con la mappatura, messa in sicurezza e bonifica delle situazioni di rischio e le azioni di informazione sul rischio amianto indirizzate al pubblico e ai lavoratori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I sub-obiettivi per la macroarea tutela ambientale

1 - Miglioramento della resa delle azioni già messe in campo. Il ministero dell'Ambiente (Mattm) è impegnato nell'individuazione e bonifica dei siti più contaminati (Sin): ne sono stati mappati finora circa 34mila in 19 Regioni; Calabria e Sicilia non hanno trasmesso alcun dato. Le azioni più urgenti: completamento della mappatura anche ricorrendo a sistemi premianti; acquisizione di dati georeferenziati individuando i proprietari di strutture con cemento amianto; informatizzazione delle bonifiche tramite portali dedicati

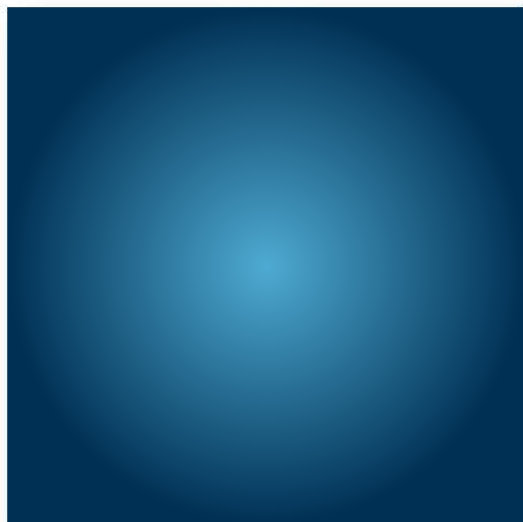
2 - Accelerazione dei cantieri di bonifica. Un algoritmo di calcolo messo a punto dal Gruppo interregionale Sanità e Ambiente ha consentito l'individuazione di 308 siti in classe di priorità 1 (a rischio più elevato, in genere ad alta concentrazione di casi di mesotelioma); si stima potrebbero diventare oltre 500. Le attività di bonifica vanno avviate in via prioritaria tra quelle a maggior rilevanza sociale e ambientale (es. scuole, caserme, ospedali): il fabbisogno immediato è di alcune decine di milioni di euro. Per il reperimento delle risorse suggerite anche la defiscalizzazione della bonifica e l'esclusione dei fondi dedicati dal Patto di stabilità

3 - Individuazione dei siti di smaltimento. La grave insufficienza di discariche e siti di stoccaggio per l'amianto sul territorio nazionale, che ha determinato il massiccio ricorso a discariche estere (Germania) con forte aggravio dei costi. Due le priorità: una norma di legge che acceleri l'autorizzazione di nuovi siti anche in cave/miniere dismesse; un prezzario ufficiale calmierato per lo smaltimento in discariche autorizzate

4 - Ricerca di base e applicata. Tra i temi rilevanti, lo sviluppo di inertizzazione/verificazione, la bonifica dalle fibrille (microfibre), lo sviluppo di tecniche analitiche per i campioni di suolo e l'individuazione dei limiti ammissibili, specie per le acque potabili. Azioni necessarie: a) la ricostituzione della Commissione nazionale amianto o di una Cabina di regia; b) l'avvio di un Programma ufficiale statale di controllo qualità per i laboratori pubblici e privati che si occupano di analisi amianto

5 - Razionalizzazione della normativa di settore. Risulta indispensabile l'armonizzazione - magari in un Tu - delle oltre 100 norme vigenti in materia, mentre servono interventi legislativi ad hoc su: requisiti e iscrizione all'Albo dei gestori; amianto friabile negli edifici non industriali; bonifica e monitoraggio delle condotte interrate; introduzione dell'obbligo di redigere e trasmettere alle Asl le schede di valutazione del rischio degli edifici. Proposta di ispirazione francese, l'inserimento della certificazione amianto nelle compravendite immobiliari

6 - Formazione e informazione. Azioni suggerite: riattivazione della Scuola di formazione permanente per la lotta all'amianto - già realizzata dal Mattm nel 2006-2007 - per i responsabili e funzionari pubblici di Regioni, Province, Comuni, Arpa, Asl, operatori ecc.; sportelli per i cittadini presso Asl e Arpa di ogni Regione; istituzione di specifico patentino per la figura del Responsabile amianto, rilasciato dopo specifico corso di 50 ore con corsi di aggiornamento ogni tre anni



Associazione **Sanità Privata Accreditata Territoriale**

Notizie dalle Province



Prevenzione contro i tumori: eventi di solidarietà a Caserta

Mobilizzazione contro il cancro: nei prossimi giorni si svolgeranno due eventi di solidarietà in favore della sezione di Caserta della Lega italiana per la lotta ai tumori (in sigla Lilt), uno a Castel di Sasso, l'altro a Maiano di Sessa Aurunca. Il primo si terrà giovedì 11 aprile alle ore 20 presso il ristorante "Del Borgo" in Piazzetta San Biagio a Castel di Sasso e consisterà in una cena di beneficenza con animazione dal vivo. A organizzarlo la Pro Loco "La Castellana" di Castel di Sasso e quella di Liberi. Alla serata parteciperanno il presidente della Lilt di Caserta Enzo Battarra e il presidente della Consulta Femminile provinciale Lilt, Angela Maffeo. Il secondo appuntamento è per domenica 14 aprile alle ore 20 presso il Flamenco Dance in via Cardidi a Maiano di Sessa Aurunca. Qui i professionisti della danza sportiva del Coni, Marcello Di Ruocco e Benedetta D'Elia, organizzano una serata con animazione e ballo, oltre ad un rinfresco offerto dai soci del club. Sarà presente all'evento il consigliere provinciale della Lilt di Caserta Damiano Verrengia, che terrà una breve relazione sull'importanza della prevenzione per le patologie oncologiche.

INCONTRO CON I FORNITORI DELL'AZIENDA SANITARIA

Squillante avvia la spending review

La spending review continua ad abbattersi anche sull'Asl di Salerno e sulla gestione dei crediti nei confronti delle ditte fornitrici di beni e servizi alle strutture dell'azienda. Ieri mattina il direttore generale Antonio **Squillante** ha incontrato negli uffici di via Nizza i rappresentanti di alcune ditte (erano presenti i dirigenti della Cns, della Gesap e della Sam), per discutere dei rispettivi contratti di fornitura. Nel corso della riunione è stato ribadito che l'Asl è tenuta all'applicazione delle misure relative alla spending review, che comportano l'abbattimento dei

costi derivanti dai contratti di prestazioni non sanitarie per una quota del 10 per cento annuo.

«Anche se la legge è di difficile applicazione e gli effetti possono creare situazioni di complessità – ha dichiarato il direttore generale Squillante – siamo costretti a rispettarla, pur non condividendo il metodo dei tagli lineari».

Ma i delegati delle aziende hanno rappresentato le loro difficoltà nel ridurre l'orario di servizio ai propri dipendenti. Le parti si sono quindi autoconvocate per il prossimo 9 aprile. *(m.a.c.)*



Il direttore generale Squillante

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TRA LE CITTÀ CANDIDATE AD OSPITARLO

Asl: confronto con ditte fornitrici per le misure di spending review

Si cercano soluzioni alternative per evitare una ricaduta eccessiva sulle ditte fornitrici e sui dipendenti. Si è tenuta nella mattinata di ieri la terza riunione tra il direttore generale dell'Asl di Salerno, Antonio Squillante, e i rappresentanti delle ditte fornitrici che erogano servizi nelle strutture aziendali sul tema dell'applicazione delle misure della spending review ai contratti in essere con l'Asl Salerno. Nel corso della riunione, che ha fatto se-

guito a quelle del 21 e del 27 marzo, il direttore generale ha ribadito che l'azienda è tenuta all'applicazione delle misure relative alla spending review, che comporta l'abbattimento dei costi derivanti dai contratti di prestazioni non sanitarie per una quota del 10 per cento annuo. «Anche se la legge è di difficile applicazione e gli effetti possono creare situazioni di complessità – ha dichiarato – siamo costretti a rispettarla, pur non condividendo il metodo dei tagli lineari. Al fine di attenuare l'impatto che le misure della spending review vanno a determinare sui livelli occupazionali, la direzione strategica sta individuando, di concerto con le direzioni dei macrocentri e con le ditte fornitrici dei servizi, soluzioni alternative». I delegati delle aziende partecipanti hanno rappresentato le loro difficoltà nel porre in atto la riduzione dell'orario di servizio ai propri dipendenti in quanto non ammesse dalle vigenti disposizioni di legge. Il prossimo incontro è previsto per martedì prossimo.

La lettera

«Ecco perché l'ospedale di Agropoli va riconvertito»

di ANTONIO SQUILLANTE *

Caro direttore, ho letto l'articolo intitolato «Piano sanitario, a Salerno il riordino è fermo al palo», pubblicato ieri nelle pagine di Salerno e, lungi dal voler apparire polemico, mi pare sia doveroso formulare alcune precisazioni per rappresentare in modo chiaro il percorso attivato dall'Asl Salerno per l'ospedale di Agropoli, nell'ambito delle azioni poste in essere sul versante della razionalizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera provinciale.

Il Piano di riassetto della rete ospedaliera regionale, contenuto nel decreto 49 del 2010, ha previsto la riconversione del presidio ospedaliero di Agropoli: entro sei mesi dall'emanazione del decreto 49 - quindi entro marzo 2011 - l'ospedale andava riorganizzato disattivando i ricoveri e attivandovi una struttura di erogazione di prestazioni ambulatoriali, la cui tipologia andava articolata sulla base della pianificazione attuativa aziendale. con il decreto del commissario ad acta per il piano di rientro n.73/2011 è stato approvato il piano attuativo proposto a giugno 2011 dalla gestione commissariale di questa Asl, con alcune prescrizioni impartite dalla Regione, prescrizioni che, nel caso della struttura sanitaria di Agropoli, consistono nel vincolarne la destinazione all'erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale, in contrasto con la proposta dell'allora sub commissario sanitario che vi aveva "immaginato" un ospedale di genere.

Questi gli aspetti formali, ma andiamo ora a considerare le questioni sostanziali: il presidio è dotato di 45 posti letto, configurazione che rappresenta la tipica struttura con dimensioni non sostenibili e non appropriate a garantire adeguati standard assistenziali, come da consolidato orientamento del legislatore. Alcuni dati illustrano in maniera efficace la tipologia dell'attività del presidio: il pronto soccorso ha trattato in un anno, il

2011, sul totale degli accessi, solo n. 127 codici rossi (i pazienti in emergenza), cioè uno ogni tre giorni, laddove, ad esempio, il pronto soccorso di Eboli nello stesso anno ha gestito n. 6.143 codici rossi, il Ps di Battipaglia n.2328; così come la casistica chirurgica trattata nel Presidio, 557 interventi nell'anno 2012, cioè meno di due interventi al giorno.

La decisione di questa Azienda di procedere alla riconversione della struttura scaturisce quindi sia dal dettato regionale, sia da considerazioni che riguardano la sostenibilità per i cittadini della Provincia di Salerno di tale presidio ospedaliero, i cui costi ammontano a 14 milioni di euro all'anno, rispetto ad un valore della produzione stimato in 7,5 milioni di euro all'anno. Al momento la nostra decisione è stata sospesa, come si sa, sino alla pronuncia del Tar; questa direzione ha intanto predisposto un piano per assicurare i necessari livelli assistenziali alla popolazione di Agropoli; se la disposizione di riconversione per Agropoli avrà seguito, vi sarà attivato un presidio di primo intervento, ovvero un Psaut, volto a trattare le patolo-

gie meno complesse ed a stabilizzare i pazienti per poi trasferirli presso un presidio ospedaliero idoneo al trattamento della patologia. Vi è prevista la presenza sulle 24 ore, di due dirigenti medici più uno specialista rianimatore. Saranno inoltre presenti tre autoambulanze per il trasporto infermi: una di tipo A con rianimatore a bordo, una di tipo B con possibilità di medico a bordo ed una di tipo B con infermiere e autista barelliere.

Questi sono i fatti. Noto invece imprecisioni nella stesura dell'articolo. Auspico, nell'interesse dell'Asl e dei cittadini salernitani, di poter contare, per il futuro, su un confronto con questa direzione, che è senz'altro disponibile a fornire ogni utile dettaglio sulle tematiche di comune interesse.

* Direttore generale Asl Salerno

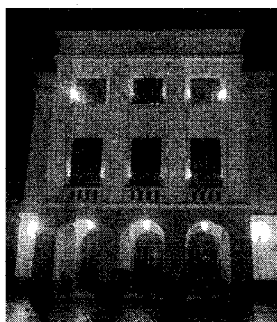


Antonio Squillante

L'INIZIATIVA**EDIFICI E MONUMENTI. COMUNE COMPRESO**

Cava in blu per la Giornata dell'Autismo

CAVA DE' TIRRENI. Illuminati di blu il Palazzo di Città, il Monumento ai Caduti e la "Fontana dei Delfini": martedì 2 aprile Cava de' Tirreni (Sa) ha risposto "presente" alla Giornata Mondiale dell'Autismo. Per l'occasione l'Associazione "Il Grillo e la Coccinella Agec", composta da genitori coinvolti dalla problematica, ha organizzato la S. Messa nella Concattedrale. Un sentito momento di sensibilizzazione e condivisione. Sabato 20 aprile nella Sala Teatro Comunale "Luca Barba" il Convegno "Autismo & Scuola" Uno accanto all'altro. Mano nella mano. Uniti dalla volontà di lottare e di andare avanti, malgrado tutto. Con il desiderio di gridare al mondo: «Noi siamo qui. Abbiamo voglia di "vivere". Non ci abbandonate». Sono stati loro, genitori e figli dell'Associazione "Il Grillo e la Coccinella A.G.E.C.", i "protagonisti" del doppio appuntamento organizzato martedì 2 aprile a Cava



de' Tirreni (Sa) in occasione della Giornata Mondiale dell'Autismo, istituita nel 2008 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. La Santa Messa nella Concattedrale di Santa Maria della Visitazione e l'illuminazione di blu del Palazzo di Città, del Monumento ai Caduti e della "Fontana dei Delfini" sono stati i momenti salienti della manifestazione promossa dall'Associazione Onlusmetelliana, che persegue finalità di solidarietà sociale, culturale e ricreativa a favore delle persone affette da autismo e delle loro famiglie. Pienamente conseguito lo scopo dell'iniziativa, organizzata in collaborazione con l'Associazione culturale "Koinè" e l'agenzia di comunicazione Mtn Company e volta a sensibilizzare ed informare l'opinione pubblica su una patologia "più comune di quanto si pensi", come recitava lo slogan di questa VI edizione della Giornata Mondiale dell'Autismo.

NOCERA SUPERIORE

C'è il direttore ma ora manca il... distretto

► NOCERA SUPERIORE

Doveva insediarsi martedì mattina come nuovo direttore responsabile dell'Asl nocerina, **Gianluigi Ferrigno**. Ma ad attenderlo c'era una brutta sorpresa. Buona parte dei dipendenti che avrebbero dovuto accogliere il neo-direttore, non c'era in sede: si erano recati presso il sub-distretto Asl.

Ferrigno si era recato presso la sede del distretto per conoscere il personale preposto. Il problema è che un gruppo di impiegati, non si sa da chi incaricati, contemporaneamente si recava presso la sede del Distretto di Nocera Superiore,

sottoscrivendo un verbale secondo il quale la ditta di pulizia incaricata non avrebbe dovuto più effettuare la regolare mansione igienico-sanitaria, lasciando intendere di fatto la chiusura dell'intero terzo piano e la metà del secondo piano di Materdomini.

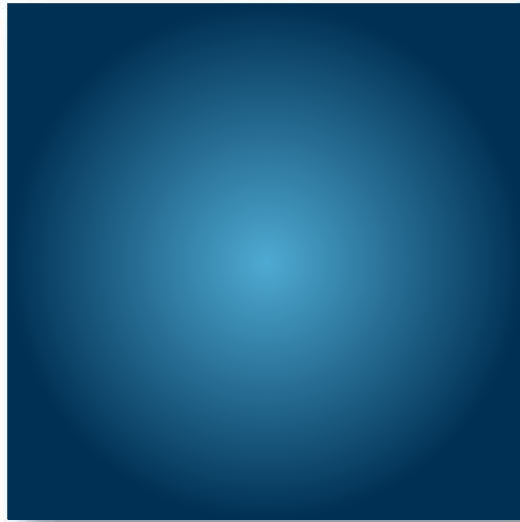
Tutto questo accadeva all'insaputa di Ferrigno. «Purtroppo gli accordi sindacali, sottoscritti in data 19 luglio 2012 – spiega **Raffaele Di Tullio**, consigliere rsu Asl Salerno della Uil – sono stati nel tempo puntualmente disattesi. L'amministrazione in quella seduta decise di potenziare la struttura di Materdomini. Col passare dei

mesi qualche dirigente ha pensato, poco alla volta, di smontarla a pezzi e trasferirla a Nocera Inferiore, prendendosi il merito del risparmio sulla pelle della popolazione dei Comuni di Nocera Superiore, Roccapiemonte e San Giorgio».

Di Tullio: «La spending review pare sia la causa di tale scelta, peccato però che la applicano solo a danno della struttura di Materdomini. Hanno creato una guerra tra poveri per la difesa della salute». Eppure la nomina di Ferrigno era stata accolta come una salvezza per la struttura.

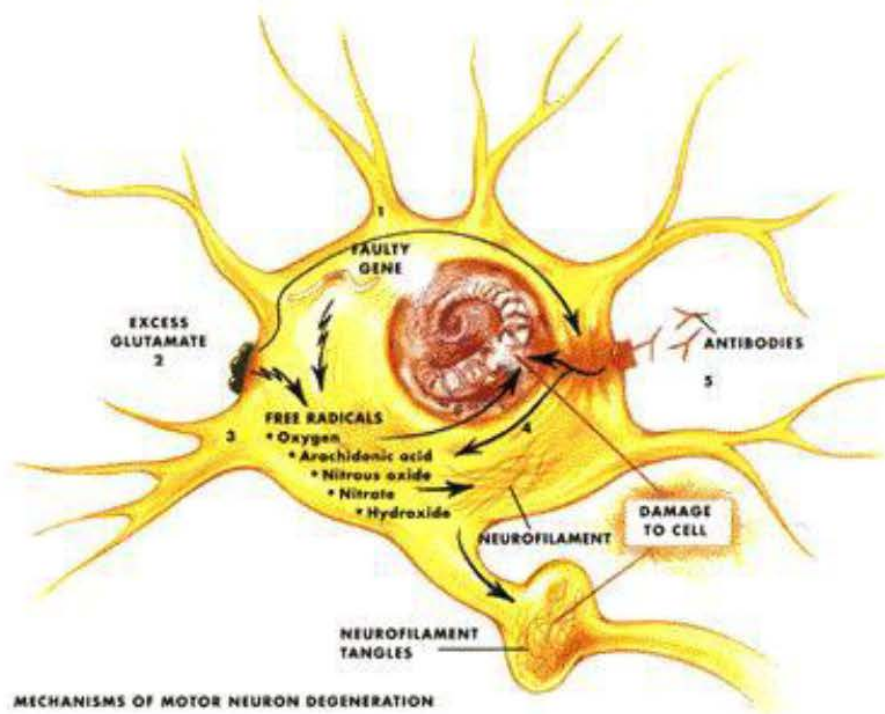
Davide Speranza

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Laser spegne la dipendenza da cocaina Scoperta di un italiano al lavoro in Usa

ROMA. Con un fascio di luce laser sul cervello è possibile spegnere la dipendenza dalla cocaina: la luce attiva i circuiti nervosi alla base delle funzioni di autocontrollo e della capacità decisionale (localizzati nella corteccia prefrontale) e spegne l'urgenza incontrollata di drogarsi. Resa nota sulla rivista Nature, la scoperta si deve allo scienziato italiano Antonello Bonci, negli Stati Uniti dal 1998 dopo una laurea in medicina all'università Cattolica di Roma e una specializzazione in Neurologia a Tor Vergata.

I risultati ottenuti sui topi sono entusiasmanti perché suggeriscono una cura della dipendenza, agendo in modo non invasivo direttamente sul cervello dei tossicodipendenti e utilizzando la stimolazione magnetica transcranica (TMS), una tecnica indolore già in uso clinico, che può fare esattamente la stessa cosa della luce (che non sarà utilizzata nella sperimentazione sull'uomo).

«Stiamo pianificando sia in USA che in Italia le prime sperimentazioni cliniche con TMS che potrebbero iniziare, spero, entro pochi mesi e dare risultati già entro fine anno», dichiara Bonci.

Condotta presso i National Institutes of Health di Baltimora, lo studio ha innanzitutto svelato che la parte di corteccia prefrontale chiamata "area prelimbica" è alla base della dipendenza, spiega Bonci. «Abbiamo visto che la sua attività è praticamente azzerata nei topolini tossicodipendenti», spiega, e che riattivandola i topolini cessano di cercare la cocaina, perdono la dipendenza immediatamente.

SPERANZE DA UNO STUDIO DEL NIBIT

Melanoma, la via italiana per sconfiggerlo

La nuova via per sconfiggere il melanoma è aperta dal Nibit, il Network italiano per la bioterapia dei tumori, ed è rappresentata dall'associazione delle terapie. La combinazione di un innovativo anticorpo monoclonale, ipilimumab, disponibile in Italia da pochi giorni, con la chemioterapia tradizionale a base di fotemustina, riduce questo tumore della pelle in misura significativa nel 46,5% dei pazienti e ha mostrato risultati incoraggianti anche in caso di metastasi cerebrali.

La svolta nella lotta al melanoma è frutto di una ricerca guidata dal Nibit e pubblicata su "Lancet Oncology". I promettenti risultati dello studio ("Nibit M1"), l'unico al mondo di questo tipo, iniziato nel luglio 2010 e terminato nell'aprile 2011 su 86 pazienti, permettono di dare il via a un nuovo trial, "Nibit M2". L'obiettivo è quello di paragonare l'efficacia della combinazione dell'ipilimumab con la fotemustina, rispetto alla fotemustina utilizzata da sola, in termini di sopravvivenza globale in pazienti con melanoma metastatico che presentino anche metastasi cerebrali. Si tratta di uno studio di fase III che coinvolgerà un maggior numero di pazienti (146) con melanoma avanzato e metastasi cerebrali, che non hanno ricevuto precedenti trattamenti.

Il melanoma è un tumore della pelle particolarmente aggressivo che ogni anno nel nostro Paese provoca 7mila nuove diagnosi e 1.500 decessi. L'incidenza della malattia è in costante crescita e l'età di insorgenza si sta abbassando. Con le due terapie combinate in alcuni casi si è osservata una regressione completa del tumore, in altri la risposta è stata parziale oppure abbiamo registrato una stabilizzazione della malattia.

I risultati sono così promettenti che a gennaio 2013 abbiamo avviato la nuova sperimentazione "Nibit M2", promossa dalla Fondazione Nibit. Proseguiamo sulla strada aperta da "Nibit M1", per dimostrare che la combinazione di ipilimumab con fotemustina ha un'efficacia superiore, in termini di sopravvivenza globale, rispetto alla chemioterapia da sola quando somministrata in questa specifica categoria di malati, di solito esclusa dagli studi a causa

delle metastasi cerebrali. Sono coinvolti 10 centri italiani e il lavoro terminerà nel 2015. È la prima volta al mondo che viene avviata una ricerca di questo tipo, a conferma dell'eccellenza raggiunta dai ricercatori del nostro Paese.

L'Italia è un punto di riferimento negli studi sull'immunoterapia, una forma di bioterapia che comprende tutti quei trattamenti in grado di indurre modificazioni nel nostro organismo e di attivare una forte reazione immunologica contro il tumore. Il melanoma, per le sue caratteristiche biologiche, è il candidato ideale per l'applicazione di questo approccio, che cambia i criteri di valutazione della risposta al trattamento. Le risposte cliniche possono richiedere anche alcuni mesi, ma in genere durano più a lungo. Nel melanoma metastatico non si registravano progressi significativi da decenni. Ma oggi abbiamo a disposizione nuove armi. Ipilimumab, un innovativo anticorpo monoclonale sviluppato da Bristol-Myers Squibb, è il primo farmaco negli ultimi tre anni ad aver ottenuto dall'Aifa il riconoscimento come importante innovazione terapeutica.

I risultati di "Nibit M1" permetteranno anche di effettuare una valutazione della risposta immunologica. Sono stati previsti prelievi prima del trattamento, a 12 settimane e 24 settimane, per valutare in termini di risposta immunologica cosa accade nei pazienti. Poiché la terapia è in grado di attivare in maniera specifica il sistema immunitario, attraverso studi di laboratorio si cercherà di comprendere meglio i meccanismi di distruzione del tumore indotti dal trattamento. L'obiettivo è disporre di nuovi parametri immunologici per identificare i pazienti che risponderanno ai farmaci. Un altro aspetto rilevante di "Nibit M1" è costituito dalla sopravvivenza, pari, a un anno dalla conclusione del lavoro, al 52,6% contro il 25% del trattamento standard riportato in letteratura. Va considerato che il dato medio nei pazienti con melanoma

avanzato è di circa 6-9 mesi. Non solo. La percentuale ha raggiunto il 54% nelle persone con metastasi cerebrali. Da qui l'idea di approfondire, con "Nibit M2", l'efficacia della combinazione terapeutica solo nei malati con queste caratteristiche, arruolati in maggior numero rispetto a "Nibit M1" che includeva una popolazione eterogenea colpita dalla malattia. Ricordiamo che circa il 50% dei pazienti con melanoma in fase avanzata presenta anche metastasi cerebrali.

Il Nibit riunisce in rete le più importanti strutture italiane, circa 50, che si occupano di bioterapia dei tumori. Da una costola del network è nata nel 2012 la Fondazione Nibit. Vi sono strutture nel nostro Paese in grado di competere a livello mondiale. Anche all'interno di sperimentazioni cliniche internazionali i centri italiani hanno spesso un ruolo preminente per la qualità del lavoro svolto. L'obiettivo della Fondazione è promuovere studi clinici sull'immunoterapia del cancro, anche partendo dai rapporti che il Nibit è riuscito a consolidare in questi anni. Il Network infatti è parte integrante del World Immunotherapy Council (Wic), che racchiude 18 organizzazioni nazionali. Wic è stato istituito per riunire in rete i gruppi che nei diversi Paesi d'origine si sono strutturati per lavorare nell'ambito dell'immunoterapia.

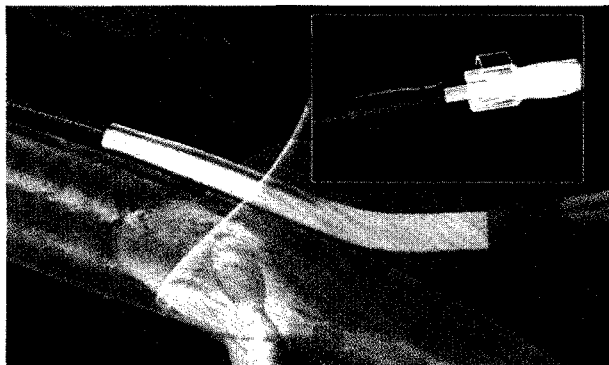
Michele Maio
Presidente Nibit (Network italiano
per la bioterapia dei tumori)
e Fondazione Nibit

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dolore cronico e cefalee maligne Un chip per neurostimolazione

Di **ETTORE MAUTONE**

Il dolore cronico sparisce con un chip. Mal di schiena, mal di testa, dolori lombari, dorsali, cervicali e alle articolazioni: quando la causa non è certa o non è curabile, la neurostimolazione e altre metodiche correlate possono essere la soluzione. Ne soffre una persona su 5, una su 11 quotidianamente. È il dolore cronico, un problema molto diffuso, anche se sottovalutato: solo il 2 per cento di chi ne è afflitto si rivolge al medico per risolverlo. Pochi sanno infatti che esistono tecniche molto avanzate per migliorare la situazione e veri e propri centri specializzati che hanno come obiettivo la terapia e la cura del dolore.



Neromed all'avanguardia

Una delle più efficaci, e senza effetti collaterali è l'elettrostimolazione sottocutanea, una stimolazione elettrica del sistema nervoso che sostituisce il dolore con un altro impulso che funziona nel 75-80 per cento dei casi.

Al centro sud l'unico centro attrezzato per questo tipo di terapia è il Neromed di Pozzilli, in Molise.

Il Badolat Institute

Ma precursore di questa tecnica è il torinese Giancarlo Barolat, considerato uno dei maggiori esperti al mondo in fatto di dolore. Oggi Barolat lavora negli Stati Uniti, dove ha fondato 35 anni fa il Barolat institute di Denver, mentre in Europa ha aperto nel 2011 il Barolat neuromodulation institute europeo ad Appiano Gentile (Como), all'interno del centro di cura Le Betulle. Qui lavora un team di medici anestesisti che hanno studiato da Barolat e che con lui collaborano, tra cui il responsabile europeo, Giovanni Frigerio.

Chip sottocutaneo

"Le problematiche più frequenti trattate con la neuro stimolazione sono mal di schiena, discopatia, cervicaglia, sciatalgia, esiti di interventi sulla colonna vertebrale, dolori articolari, cefalee, spasticità post traumatica, fibromi algia, ma anche Parkinson, algodistrofie, disturbi sfinterici o alla vescica, neuropatie post-herpetiche - afferma Frigerio - si tratta di patologie molte diverse, per tutte le quali però la neuro stimolazione ha dato buoni risultati. Una vera novità è il trattamento delle cefalee, soprattutto quelle definite intrattabili, con la neuro stimolazione sottocutanea si ottengono risultati sorprendenti". ●●●

Cardarelli e San Sebastiano

A Napoli c'è un'unità operativa complessa contro il Dolore al Cardarelli (primario Vincenzo Montrone) e all'ospedale San Sebastiano di Caserta (direttore Gian Luigi Zepetella). "Si definisce dolore cronico benigno un dolore che dura da almeno sei mesi le cui cause spesso non sono ben note o, anche se lo sono, non sono curabili - afferma Montrone -, il dolore in questo caso non è più un sintomo ma diventa una vera malattia e colpisce persone di tutte le età, anche giovani, che devono convivere con questo problema per tutta la vita, anche se spesso il dolore è tale da essere invalidante e da interferire con le normali attività". Si stima che in Europa ogni anno si perdano 500 milioni di giorni lavorativi per questo motivo, con una perdita di ricchezza pari a circa 34 miliardi di euro.

Le terapie convenzionali

La terapia convenzionale consiste di solito nella somministrazione di antidolorifici o oppiacei: il problema è che, sul lungo periodo, l'effetto tossico può superare quello terapeutico. "Purtroppo è ancora diffusa la convinzione che il dolore debba essere curato solo se oncologico, mentre negli altri casi bisogna sopportare - afferma Zepetella - non crediamo che chi soffre debba continuare a farlo: esistono oggi diverse soluzioni per la cura del dolore".

TERAPIE SOSTENIBILI, OMEOPATIA PORTE APERTE



Terapie sostenibili: una giornata per conoscere l'omeopatia, per approfondire terapie e rimedi alternativi ai farmaci tradizionali: l'appuntamento è per giovedì 11 aprile. In tutta Italia si svolge l'iniziativa Omeopatia porte aperte nell'ambito del mese mondiale dell'Omeopatia indetta dalla Liga medicorum homeopatica internationalis (Lmhi). Oltre 200 tra medici omeopati e veterinari omeopati italiani apriranno le porte dei propri studi medici per check-up omeopatici gratuiti, per rispondere a dubbi e quesiti dei pazienti. L'iniziativa, alla sua seconda edizione, parte da Napoli, promossa da Cemon, Presidio omeopatia italiana, con il supporto e la collaborazione di Luimo (Associazione per la libera Università internazionale di medicina omeopatica), Fiamo (Federazione italiana associazioni e medici omeopati), Simo (Società italiana di medicina omeopatica) e Siov (Società italiana di medicina omeopatica), Associazione per la Medicina centrata sulla persona Onlus. L'obiettivo è informare sul diritto alla salute basato sul principio del "curare senza nuocere" e promuovere terapie sostenibili.

Oggi in Italia si curano omeopaticamente 8 milioni di persone. I medici che prescrivono rimedi omeopatici sono circa 20 mila. L'Italia è il terzo paese dopo Francia e Germania con un trend in costante aumento. Nel 2012 la prima edizione di Omeopatia porte aperte ha registrato più di 400 visite effettuate da Milano a Catania. Per l'edizione 2013 si punta al raddoppio delle visite e ad una capillare espansione della rete di medici e veterinari Omeopati aderenti all'iniziativa. Per conoscere i nomi e i recapiti di medici e veterinari aderenti all'iniziativa si potrà telefonare ai numeri: 081.7614707.

Staminali, tra medicina e giustizia

È terminata la sospensione della terapia di Sofia, la bambina di tre anni e mezzo affetta da leucodistrofia metacromatica, una malattia degenerativa terminale, che porta paralisi e cecità.

Lo scorso 10 dicembre la piccola paziente è stata sottoposta ad una infusione di cellule staminali, non essendovi una cura per tale malattia, le quali sembrerebbero l'unico spiraglio di luce per una situazione che di giorno in giorno diventa più drammatica. Le staminali sarebbero infatti in grado di "differenziarsi", originando vari tipi di cellule. L'infusione è stata effettuata attraverso il Metodo Stamina, ideato dal dottor Vannoni, somministrato gratuitamente presso gli Spedali Civili di Brescia. Metodo certificato da numerosi istituti ma ancora in via di sperimentazione e quindi considerato "illegale". Infatti successivamente alla prima infusione la terapia di Sofia è stata interrotta da tredici professori che motivavano il proprio gesto affermando che non ci fossero sufficienti prove dell'efficacia delle cellule su questa malattia e che tale metodo fosse già stato bloccato dall'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) nel maggio del 2012 per incerte condizioni igieniche e sperimentazione non conclusa, che avrebbe dovuto certificare i possibili effetti collaterali. In realtà successivamente alla prima infusione non si è verificata alcuna conseguenza ma anzi la paziente ha mostrato miglioramenti, allo stesso modo in cui li avevano mostrati bambini affetti da altre malattie ed in terapia con le cellule staminali.

Il problema è che non solo l'infusione di staminali risulterebbe essere l'unica cura, ma che inoltre è necessario completare il ciclo di infusioni, e quindi effettuarne cinque in un anno, affinché si abbiano risultati più concreti.

Mobilitando i media, personalità alquanto note e attraverso procedure giuridiche, i genitori di Sofia sono riusciti ad ottenere il permesso di una seconda infusione, avvenuta il 14 marzo, ma senza dubbio troppo lontana dalla prima. Inoltre la terapia è stata nuovamente bloccata, non ottenendo l'appoggio del Ministro della Salute, Renato Balduzzi, il quale ha più volte ricevuto la richiesta di schierarsi in tale situazione, rifiutandosi però di farlo. Se infatti ci fosse il consenso del Ministero della Salute le cure potrebbero procedere, ma un tale onere è forse troppo difficile da affrontare.

Il 19 marzo è stato autorizzato il completamento della cura di Sofia, che quindi potrà concludere il ciclo terapeutico grazie alla concessione dei magistrati.

È però da sottolineare che coloro che si sono opposti alla terapia attraverso le staminali sono ricercatori e medici che si occupano di ideare trattamenti sicuri contro malattie gravi e rare alle quali per il momento non esiste terapia.

Le staminali sembrerebbero quindi una minaccia per le case farmaceutiche, in grado di sostituire molti medicinali in uso e di trovare una soluzione ai mali dell'epoca. Il punto fondamentale è che attualmente non esiste una cura certa per malattie estremamente gravi ma è stato appurato come le cellule staminali agiscano positivamente sulla maggior parte dei sintomi, apportando miglioramenti senza, per il momento, effetti collaterali.

Ciò su cui in realtà bisogna porre l'accento è l'assenza di libertà in una situazione estremamente delicata e privata: i genitori di Sofia



hanno estremamente insistito affinché le cure procedessero, perfettamente consapevoli dei possibili rischi di una cura non sperimentata. Infatti se da un lato può sembrare impensabile che non vengano concesse delle cure solo perché "non del tutto legali", è fuor di dubbio che la concessione di una terapia non autorizzata potrebbe essere tanto rischiosa da compromettere il paziente e, chiaramente, il medico. In realtà si capisce bene quanto sia difficile fare luce in

tale questione. Ma allora, nei casi in cui il paziente sia impossibilitato nella scelta, non sarebbe più giusto lasciar decidere alla famiglia le sorti del proprio figlio? Può lo Stato continuare ad interferire con la volontà delle persone? Fino a che punto i medici possono avere un potere decisionale tanto forte? I genitori di Sofia sono pienamente consapevoli dei rischi che potrebbero correre nel caso in cui le staminali avessero effetti collaterali ma hanno continuato e continuano a portare avanti una lotta che è per loro fondamentale.

È una lotta che mira anche solo al tentativo di salvare la propria figlia da una malattia atroce e da una morte fin troppo prematura. È giusto calpestare la volontà di genitori che sentono il bisogno di decidere del futuro della propria figlia? Non sarebbe più giusto stabilire, per lo Stato e per la scienza, un confine... etico?li.

Maria Grazia Pellegrini

DenYoung è il blog del Denaro che dà voce ai giovani universitari. Clicca e leggi i post

