



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



NEGLI USA

Individuato il “tallone d’Achille” del cancro Un ricercatore italiano dietro la scoperta

Si deve al gruppo di ricerca guidato dall'italiano Davide Ruggero – originario di Catanzaro ma trapiantato negli Usa da anni, dove lavora all'Università della California a San Francisco – la nuova straordinaria scoperta sul fronte della lotta al cancro. È stato infatti individuato il “tallone d’Achille” dei tumori: una proteina sosia di quella prodotta dalle cellule sane in condizioni di stress. Bloccandola, si innesca l'autodistruzione delle cellule malate, come hanno indicato i test sui topi. Analizzando centinaia di tumori della prostata umani, i ricercatori hanno individuato due mutazioni genetiche che nelle cellule tumorali alterano l'attività di una proteina (chiamata eIF2a) trasformandola in una forma alternativa (P-eIF2a). La sorpresa è che questa forma è simile a una proteina prodotta dalle cellule sane in condizioni di stress e che permette loro di “ciosare” l'energia di cui hanno bisogno «perché in queste situazioni le cellule cercano di non consumarne troppa – ha spiegato Ruggero, da anni negli Usa –, i tumori più aggressivi, che formano anche metastasi, devono lavorare di più rispetto a quelli meno aggressivi, spendendo maggiori energie» e per crescere velocemente, hanno imparato a ottimizzare l'uso del carburante, senza restare a “secco”, proprio grazie a questa proteina. La scoperta è stata confermata sui topi modificati geneticamente in modo da avere la stessa malattia e secondo Ruggero lo stesso meccanismo è valido anche per altri tumori. Inoltre i ricercatori hanno individuato un composto che riesce a bloccare l'attività della proteina: nei topi, i tumori della prostata hanno cominciato a ridursi entro 3 settimane dal trattamento. Il prossimo passo sarà sperimentare il composto sull'uomo: i ricercatori sperano di cominciare i test entro un anno.

La Campania si spopola, in 40 anni perderà un milione e mezzo di abitanti

NAPOLI La Campania è destinata a spopolarsi inesorabilmente. Colpa del calo delle nascite e della fuga, sempre più inquietanti, dei giovani talenti che poi non tornano più. Secondo i dati, diffusi ieri dall'Istat, nel 2066 in Campania ci saranno 4.382.714 abitanti. Tanti, si dirà. Ma non è così perché secondo l'Istat nel 2017 i cittadini campani erano 5.839.044.

Questo vuol dire, dunque, che tra circa quarant'anni la regione perderà oltre un milione e mezzo di abitanti. E sono tanti, davvero tanti. Lo spopolamento di Napoli, Salerno, Avellino, Benevento e Caserta era stato già evidenziato dallo studio, redatto da Cresme su richiesta del Consiglio nazionale degli architetti, secondo cui nei prossimi venti anni la Cam-

pania sarà destinata a perdere 500 mila abitanti. Ora, però, l'indagine dell'Istat sul futuro demografico dell'Italia non lascia più dubbi. Lo spopolamento della Campania però non sarebbe isolato perché la perdita di abitanti riguarderà tutte le regioni meridionali. Dall'analisi dell'istituto di statistica, infatti, emergerebbe che il Mezzogiorno perderebbe popolazione per tutto il periodo mentre nel Centro-Nord, dopo i primi trent'anni di previsione con un bilancio demografico positivo, si avrebbe un progressivo declino della popolazione soltanto dal 2045 in avanti. È previsto uno spostamento del peso della popolazione del Mezzogiorno al Centro-Nord. Le migrazioni interregionali favoriranno ancora le

aree settentrionali del Paese.

L'aspetto più inquietante dell'analisi sul futuro demografico del Paese riguarda il processo di invecchiamento della popolazione che nel Mezzogiorno sarà molto più rapido. Scrive l'Istat: «Nel Sud e nelle isole la popolazione passerebbe da un'età media iniziale compresa tra i 43 e 44 anni, quindi più bassa di quella registrata nel Centro-Nord, a una vicina ai 46 entro il 2025 e quindi a una superiore ai 50 entro il 2045». Per l'Istat, dunque, intorno a questo periodo il Mezzogiorno risulterebbe così l'area del Paese a più forte invecchiamento, con un'ulteriore prospettiva di aumento dell'età media che, pur decelerando, perverrebbe al livello di 51,6 anni entro il 2065. E ancora: «Al Sud potrebbe esserci

una riduzione più rilevante dei giovani fino a 14 anni di età: da circa il 14% nel 2017 all'11 nel 2065 con un ventaglio di ipotesi che la potrebbe veder scendere sotto il 9% o ad arrestarne la diminuzione poco sopra il 13». In pratica l'invecchiamento del Sud porrebbe una questione di sostenibilità dell'Italia.

S. A.

Il fatto

● Secondo l'analisi dell'Istat sul futuro demografico dell'Italia, in 40 anni la Campania perderà un milione e mezzo di persone. Il Sud avrà un processo di invecchiamento molto rapido

L'analisi

Secondo i dati dell'Istat il processo di invecchiamento sarà più rapido

Le storie del Leonardo Bianchi

La cittadella dei non folli

di **Anna Marchitelli**

NAPOLI Non è stato un luogo di morte. O almeno non è stato solo questo. L'ex ospedale psichiatrico Leonardo Bianchi, che fin dal 1909 si erge a Napoli in calata Capodichino, è stato un luogo dove la morte si intrecciava con la vita trasformandosi in un magma che ricopriva oltre duecentoventimila metri quadrati - su cui sorgevano cinquantaquattro edifici, un archivio amministrativo e sanitario, una biblioteca di interesse storico e scientifico, fabbriche in cui realizzare scarpe e divise, riparare manufatti in legno o in ferro, stampare e rilegare libri e riviste - e che travolgeva tutti coloro che, loro malgrado, erano reclusi o vi lavoravano, sia sani che folli, indistintamente. Ma è stato anche il luogo dove si è consumata la storia d'Italia e in particolare del Meridione, dalla fine dell'Ottocento e per tutto il Novecento: regno di interessi economici e politici senza eguali; prigione infernale dove tutti condividevano un comune destino consumato tra camicie di forze ed elettroshock, sporcizia ed escrementi, violenza e disumanizzazione che coinvolgeva anche medici, infermieri, custodi, spesso travolti dall'impossibilità emotiva e mentale di riconoscere nel malato prima di tutto l'essere umano.

Oggi, a quarant'anni dalla legge Basaglia che il 13 maggio del 1978 sancì la chiusura dei manicomi e regolamentò il trattamento sanitario obbligatorio - la legge modernizzò l'impostazione clinica dell'assistenza psichiatrica facendo comprendere che il rispetto

dei diritti umani si rivelava anche un'ottima terapia - il Bianchi sconta ancora l'oblio da parte di una città che, pur ergendolo in tutta la sua concretezza dietro una cinta muraria imponente, lo ha relegato a luogo di reclusione dove confinare chiunque fosse disturbatore dell'ordine sociale, «pericoloso a sé e agli altri». Accadeva, però, che uomini e donne di ogni età venissero reclusi ingiustamente e non per scopi terapeutici, ma per interessi egoistici dei familiari o motivi politici o pregiudizi dell'epoca.

Oggi, a distanza di soli sedici anni dalla faticosa e definitiva dismissione dell'ex manicomio e la conseguente riabilitazione dei degenti affidate all'ultimo suo direttore sanitario Fausto Rossano che impegnò ogni sapere clinico in una direzione realmente trasformatrice (nel 1999 erano ancora centosettanta i pazienti da ricollocare), l'ex città dei matti è in quasi totale abbandono, fatta eccezione per la palazzina centrale che al primo piano ospita la biblioteca con i suoi diecimila titoli e l'archivio contenente oltre sessantamila cartelle (provenienti anche dal manicomio di «Madonna dell'Arco» a Sant'Anastasia e quello del San Francesco di Sales corrispondente all'attuale liceo Giambattista Vico in via Salvatore Rosa), e le palazzine laterali adibite ad uffici dell'Asl Napoli 1 Centro. Il restante complesso architettonico, con i suoi numerosi edifici e giardini, è fatiscente e invaso dalla vegetazione, a testimonianza della fusione tra vita e morte che tutt'oggi regna nell'ex manicomio.

Eppure il Bianchi, che solo nel 1927 fu intitolato al noto

psichiatra, nacque come «manicomio modello» a padiglioni staccati: si basava sulla rigorosa separazione tra categorie di infermi (tranquilli, agitati, semi-agitati, sudici, contagiosi) e sulla sistemazione simbolica per cui la distanza dall'ingresso aumentava in proporzione al carattere pericoloso delle patologie. Nel corso dei decenni l'amministrazione provinciale deliberò l'esproprio dei terreni intorno all'ospedale sia in vista di una futura espansione dell'istituto, sia per assicurare una forma di isolamento dalle strutture abitative della città.

La direzione poi di Michele Sciuti, oltre ad apportare miglioramenti alla struttura edilizia (furono tra l'altro impiantati gabinetti per le ricerche di bromatologia, chimica clinica, anatomia patologica e sierologica), viene ricordata per l'impegno di carattere terapeutico. I folli, infatti, lavoravano nella calzoleria, nella fabbrica di mattonelle, nella falegnameria, nella sartoria, nella panetteria, nella colonia agricola ed erano retribuiti sia con denaro che con tabacco. Il problema, però, fu sempre l'affollamento dei pazienti.

Oggi, invece, quei pazienti sono solo anime che vagano nei lunghi corridoi dove la muffa corre lungo le pareti e i soffitti ad arco, la biblioteca e l'archivio restano chiusi a chiave e aperti occasionalmente su richiesta, alcuni edifici sono messi in vendita, solo una frase riecheggia ancora nella sua umana disperazione: «Io non sono pazzo».

A 40 anni dalla legge Basaglia ciò che resta di quello che fu l'ospedale psichiatrico



L'ultimo scatto

A lato una foto degli anni Ottanta che ritrae uno degli ultimi ospiti del Leonardo Bianchi; a lato una cartella clinica. Nell'ospedale ne sono conservate oltre sessantamila. In basso una camerata con i letti utilizzati per «curare» i «matti da legare» anche con le camicie di forza



Museo

● Oggi l'Istituto Leonardo Bianchi ospita solo un ufficio amministrativo della Regione e tantissimi archivi che custodiscono antichi faldoni e documenti dei malati che ivi si trovavano dal 1909 sino agli anni '80. A percorrere i lunghi corridoi pavimentati ancora si percepisce tutto il dolore e la «follia». Abbandonato e potrebbe diventare invece un museo della psichiatria



Il progetto «HospeS»

Visite e tavola rotonda sull'acne inversa al Secondo Policlinico

L'idrosadenite suppurativa, conosciuta anche come acne inversa o malattia di Verneuil, è una malattia cronica della pelle caratterizzata da aree di infiammazione con alterazioni cutanee spesso associata ad alterazioni del sistema immunitario ed altre condizioni patologiche tra quali artrite, morbo di Crohn e depressione. Tra i fattori di rischio che possono aggravare i sintomi della HS vi sono l'obesità e i cambiamenti ormonali. Un approccio multidisciplinare appare, dunque, fondamentale per poter gestire al meglio questa patologia. Il progetto «HospeS», che nasce da una visione di assistenza maturata in anni di esperienza con le persone affette da idrosadenite, verrà presentato oggi in una giornata dedicata ai pazienti con HS presso la Clinica Dermatologica della Università degli Studi «Vanvitelli» (via Pansini 5) diretta dal professor Giuseppe Argenziano. A una mattinata di visite gratuite (dalle 9 alle 12) seguirà una tavola rotonda con il direttore della Clinica Dermatologica Argenziano e la presidentessa dell'associazione Inversa Onlus Giusy Pintori. Saranno presenti alcuni dei medici specialisti coinvolti nel progetto. Le visite possono essere prenotate alla mail hsvanvitelli@gmail.com

L'ESITO DELL'INVIO

Fattura elettronica, in 5 giorni l'accettazione o il rifiuto

Rosario Farina e Benedetto Santacroce ▶ pagina 18

Adempimenti. Ridisegnati i meccanismi con cui viene notificata ai contribuenti l'accettazione o lo scarto della documentazione

Esito dell'e-fattura entro 5 giorni

Il sistema di interscambio prima di tutto controlla le informazioni obbligatorie

MANCATA CONSEGNA

Il sistema invia al soggetto che trasmette la fattura una ricevuta che certifica l'impossibilità di recapito del documento

PAGINA A CURA DI

Rosario Farina
Benedetto Santacroce

■ L'eliminazione delle cosiddette "notifiche d'esito committente" (notifiche di rifiuto ovvero di accettazione della fattura), sia per i soggetti passivi Iva che per i consumatori finali, costituisce una delle principali semplificazioni introdotte, in materia di esiti, nei provvedimenti dell'agenzia delle Entrate del 30 aprile 2018. Questa semplificazione, che riguarda, almeno per ora, solo la fatturazione elettronica obbligatoria tra privati, consente di riportare il contraddittorio tra le parti nell'ambito dei normali rapporti commerciali senza impatti sui processi aziendali per i quali il termine di 5 giorni per rifiutare le fatture non sempre era compatibile con le analisi e le verifiche necessarie nella gestione del ciclo passivo. Inoltre, esclude che attraverso il rifiuto il cliente potesse discrezionalmente intervenire, tra l'altro, sui termini di pagamento delle transazioni.

I provvedimenti ridisegnano comunque tutti i meccanismi con cui lo Sdi (sistema di interscambio) notifica ai contribuen-

ti l'esito della trasmissione di una fattura elettronica.

In primo luogo, per la corretta emissione delle fatture ai fini fiscali assume fondamentale importanza la "ricevuta di scarto". Infatti, prima di inoltrare la fattura elettronica al destinatario lo Sdi effettua una serie di controlli che riguardano la presenza delle informazioni obbligatorie (ad esempio, l'esistenza nell'anagrafe tributaria della partita Iva del cedente/prestatore e del committente/cessionario ovvero del codice fiscale nel caso che quest'ultimo sia un consumatore finale) e la coerenza (tra i valori dell'imponibile, dell'aliquota Iva e dell'imposta indicata in fattura).

A seguito del mancato superamento di tali controlli la fattura è scartata dallo Sdi e lo stesso invia al soggetto trasmittente, attraverso il medesimo canale con cui ha ricevuto la fattura, una "ricevuta di scarto". In tal caso, la fattura è considerata non emessa. Il momento di invio della ricevuta di scarto ovvero di superamento dei controlli e recapito o messa a disposizione della fattura elettronica da parte dello Sdi non è sincrono rispetto al momento di trasmissione della fattura stessa allo Sdi. I tempi di elaborazione possono variare da pochi minuti sino a 5 giorni, anche in conseguenza dei momenti di elevata concentrazione degli invii delle fatture elettroniche.

Viceversa, in caso di superamento dei controlli lo Sdi restitui-

sce al soggetto trasmittente - al momento della consegna - una ricevuta in cui viene specificato il buon esito del processo sia di controllo che di recapito o messa a disposizione del file. Se il canale di recapito è individuato, lo Sdi trasmette la fattura elettronica al soggetto ricevente e se la trasmissione ha avuto esito positivo, lo Sdi invia al soggetto trasmittente una ricevuta di consegna della fattura elettronica e mette a disposizione un duplicato informatico della fattura elettronica nell'area riservata del cessionario/committente. Al contrario, se non è stato possibile individuare un canale di recapito lo Sdi rende disponibile la fattura nell'area riservata del cessionario/committente e invia al soggetto trasmittente una ricevuta di impossibilità di recapito con la quale comunica di aver messo a disposizione la fattura nell'area autenticata dei servizi telematici del cessionario/committente. Questa ricevuta viene inviata o nel caso in cui, pur essendo individuato un canale di recapito, questo non è possibile per cause tecniche (ad esempio casella Pcc piena o canale non attivo).

Quando il cessionario/committente, accedendo alla sua area riservata, prende visione della fattura, l'informazione di tale data è resa disponibile al cedente/prestatore nell'area di consultazione delle fatture elettroniche di sua competenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo Sdi e i comportamenti obbligatori dei contribuenti

RICEVUTA DI SCARTO	Il cedente/prestatore può effettuare una nota di variazione contabile valida ai fini interni senza trasmettere la stessa al Sdi allo scopo di rettificare la registrazione della fattura di solito contestuale alla produzione dei documenti nei	sistemi gestionali. Il cessionario non ha ricevuto alcun documento fiscale tramite il Sdi e quindi non effettuerà nessuna registrazione contabile in attesa di ricevere il documento corretto
RICEVUTA DI CONSEGNA	Nel caso di ricevuta di consegna trasmessa dal Sdi (per avvenuto recapito nei confronti di soggetti passivi Iva o di semplice messa a disposizione per i consumatori finali),	l'operazione ai fini fiscali è da intendersi positivamente conclusa e quindi non è necessario effettuare azioni aggiuntive rispetto ai normali processi contabili e gestionali
RICEVUTA DI MANCATO RECAPITO	Il cedente/prestatore deve comunicare al cessionario soggetto passivo Iva, utilizzando canali alternativi al Sdi, che la fattura elettronica è a sua disposizione nella area web riservata dell'agenzia delle Entrate anche mediante	la consegna di una copia informatica o analogica della fattura elettronica. Per il cessionario, ai fini della detraibilità Iva, la data di ricezione è rappresentata dalla data di presa visione della stessa sul sito
FATTURE VERSO CONSUMATORI FINALI	Il cedente/prestatore può comunicare – anche contestualmente alla trasmissione a mezzo Sdi – al cessionario/committente che l'originale della fattura elettronica è a sua disposizione nell'area riservata del	sito web delle Entrate anche mediante la consegna di una copia informatica o analogica della fattura elettronica. In tali casi la data di ricezione è data dalla messa a disposizione nell'area riservata
FATTURE VERSO ALTRI SOGGETTI	In caso di fatture verso soggetti passivi d'imposta in regime di vantaggio, con regime forfetario o produttore agricolo a regime speciale il cedente/prestatore è tenuto a comunicare - per vie diverse dallo Sdi – al cessionario/committente che	l'originale della fattura elettronica è a disposizione nell'area riservata del sito web delle Entrate. La comunicazione può essere effettuata anche mediante la consegna di una copia informatica o analogica della fattura elettronica

Cosa fare. Il cedente/prestatore deve avvisare il cessionario che il documento si trova nell'area riservata

Avviso in caso di mancato recapito

I diversi esiti veicolati dallo Sdi a seguito della trasmissione delle fatture richiedono comportamenti diversi e reazioni immediate a cura del cedente/prestatore ovvero del cessionario/committente.

Il provvedimento di attuazione della fattura elettronica del 30 aprile 2018 conferma che la fattura si intende emessa nel momento in cui ha superato i controlli formali previsti e quindi in presenza di una ricevuta di scarto il documento fiscale non si può considerare valido. In tali casi il cedente/prestatore può effettuare una nota di variazione contabile valida ai fini interni senza trasmettere la stessa allo

Sdi per rettificare la registrazione della fattura di solito contestuale alla produzione dei documenti nei sistemi gestionali. In questo caso il cessionario non ha ricevuto alcun documento fiscale dallo Sdi e quindi non effettuerà nessuna registrazione contabile in attesa di ricevere il documento corretto.

Nel caso di ricevuta di consegna trasmessa dallo Sdi, l'operazione ai fini fiscali è da intendersi positivamente conclusa e quindi non è necessario effettuare azioni aggiuntive rispetto ai normali processi contabili e gestionali.

Nel caso di ricevuta di mancato recapito il cedente/prestatore

deve comunicare al cessionario soggetto passivo Iva, utilizzando canali alternativi allo Sdi, che la fattura elettronica è a sua disposizione nell'area web riservata delle Entrate. Tale comunicazione va effettuata anche mediante la consegna di una copia informatica o analogica della fattura elettronica per consentire una ricerca puntuale al cliente della fattura messa a disposizione. Fra l'altro tale comunicazione può essere inserita nei normali processi di notifica del credito. Per il cessionario, soggetto passivo Iva, tale comunicazione è necessaria in quanto, ai soli fini della detraibilità Iva, la data di ricezione è la data di presa visione

della stessa sul sito web delle Entrate da parte del cessionario/committente e non dalla data di ricezione del documento inviato per altri canali dal cedente. Il cessionario può limitare i casi di mancato recapito utilizzando il sistema di preregistrazione che consente di collegare direttamente il canale di recapito univoco con la propria partita Iva.

Nel caso di fatture trasmesse ai consumatori o ai soggetti rientranti nei regimi agevolati di vantaggio o forfetario, il cedente/prestatore può comunicare – anche contestualmente alla trasmissione a mezzo Sdi – al cessionario/committente che l'originale della fattura elettronica è a sua disposizione nell'area riservata del sito web delle Entrate.

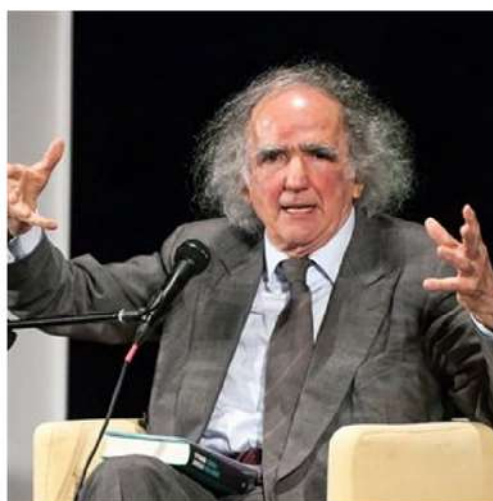
GIORGIO LUCCHINI/STEFANO

Parla lo psichiatra Vittorino Andreoli: «I social network portano alla morte della personalità. Scegliamo il 'bendessere'...»

sanitainformazione.it/salute/vittorino-andreoli-social-network-portano-alla-morte-della-personalita/

May 3, 2018

«L'uomo deve avere il coraggio di non dire mai 'non c'è niente da fare', soprattutto di fronte alle condizioni del mondo presente e dei giovani. **C'è sempre da fare**». Il messaggio di **Vittorino Andreoli**, già Direttore del Dipartimento di Psichiatria di Verona – Soave e membro della New York Academy of Sciences, è quello della speranza. Nel suo ultimo libro, **Essere e destino** (Marsilio editori), lancia una nuova disciplina, quella del 'bendessere', una disciplina scientifica volta a promuovere il bene migliorando l'uomo nelle sue tre componenti: **mente, corpo e relazioni sociali**. Se si migliora una delle tre, si migliorano anche le altre. E, sottolinea lo psichiatra, non è vero che il destino di



ognuno di noi è già scritto. «Ci sono tre tipi di morte – spiega Andreoli a **Sanità Informazione** – la morte fisica che cancella il corpo; la morte psicologica, cioè si può uccidere una personalità, distruggerla, ferirla senza toccare il corpo. C'è poi una morte sociale, quella che rovina il ruolo di una persona». Ed è su quest'ultima che il noto psichiatra si concentra: gli smartphone, la rete e i social sono i 'killer' della morte sociale. Andreoli ragiona anche sul rapporto medico-paziente sempre più in crisi: «Spesso i medici sono dei giudici, ecco perché io dico sempre che non giudico. Ma spesso manca la fiducia in noi».

ANDREOLI: «NON BASTA TOGLIERE IL MALE, BISOGNA PROMUOVERE IL BENE»

Professore, il suo ultimo libro si chiama "Essere e destino". In questo libro parla di un nuovo metodo per migliorare la vita che si chiama 'bendessere'. In cosa consiste?

«Negli ultimi anni assisto sempre più frequentemente a persone che vengono da me non tanto per parlarmi della malattia di cui soffrono, o per vedere se c'è la ricaduta (è fasica spesso la follia), ma mi dicono: professore, mi aiuti a vivere un po' meglio, a poter parlare meglio con i miei figli, ad avere un po' di serenità in casa. Sempre di più vedo che c'è un desiderio forte di poter fare qualcosa perché l'esistenza sia migliore. Allora mi sono convinto che ci sono due binari: il primo è quello della clinica. Sa, io faccio il clinico da molti anni. Il clinico è colui che deve, partendo dai sintomi, capire che cosa non funziona. I sintomi riportano sempre ad un organo: al fegato, al cuore, alla vescica, alla mente. Quindi bisogna occuparsi di quell'organo per togliere la malattia, che deriva da 'male', bisogna quindi **'tirare fuori il male'**. Allora bisogna che ci sia una **disciplina, anche questa scientifica, per promuovere il bene**. La clinica è importantissima ma è importante anche aiutare perché si possa vivere il meglio possibile. Se uno

cercar di dare spazio e di realizzare i desideri. Questo è il **'bendessere'**. Da qui passiamo al destino. Lei sa che il destino è stato uno dei grandi temi della letteratura. In Camus la peste era il destino. Come fai ad esistere se c'è un destino in cui è già scritto quello che tu farai? Questo è il tema. Io sostengo che è possibile opporsi al destino, a questo destino che è la malattia cronica, che è la follia, che sono anche le malattie oncologiche, a tutte quelle condizioni in cui la medicina ormai ha rinunciato e su cui non c'è niente da fare. No, c'è sempre qualcosa da fare ed è quello di **proporre e promuovere il bene**. Qualche volta è promuovere una diversa situazione fisica, somatica, un'altra volta è mentale, un'altra volta è nell'ambiente, le relazioni. Oggi noi sappiamo che **mente, corpo e relazioni sociali mostrano una circolarità**. Se io miglioro la condizione del corpo sicuramente questo si riflette sulla mente. La mente permette le relazioni sociali. Quindi oggi abbiamo degli elementi proprio per poter dire di no al destino. Certo la morte c'è ma questo è il destino di tutti. C'è un libro fondamentale per me e per tutti quelli che hanno fatto il mio mestiere: è *Essere e tempo* di Heidegger. Ho sentito il bisogno di riprendere questo filone che è quello della fenomenologia con **Essere e destino** proprio perché l'uomo deve avere il coraggio di non dire mai **'non c'è niente da fare'** soprattutto di fronte alle condizioni del mondo presente e dei giovani. C'è sempre da fare».

LEGGI ANCHE: **NOMOFOBIA, MARTINELLI (GEMELLI): «DIPENDENZA DA SMARTPHONE PUO' DIVENTARE COME GIOCO D'AZZARDO E SHOPPING COMPULSIVO»**

Lei recentemente ha detto 'i social stanno rovinando le relazioni e le persone' e che Facebook andrebbe chiuso. Noi ci siamo occupati di una patologia nuova, la nomofobia, la paura di rimanere senza connessione. Come possiamo affrontare questi problemi?

«Io sono stato molto duro perché su questi temi o si è decisi oppure si 'parlicchia'. Esistono tre morti: **la morte fisica che cancella il corpo, la morte psicologica, cioè si può uccidere una personalità, distruggerla, ferirla senza toccare il corpo**. C'è poi una **morte sociale**, quella che rovina il ruolo di una persona. Si vive anche con lo smartphone, però **la personalità ha bisogno di relazioni**, ha bisogno che lei veda me, nella mia espressione, nella mia passione. Altrimenti che cosa fa un apparecchio? Ci chiude in una vita digitale. Quindi io **difendo la vita umana** e chi scappa là dentro e non vede più il mondo concreto fa una rinuncia e quindi si sposta lì dentro l'incapacità di vivere in questo mondo. Ecco perché ho detto: sono dei frustrati. Nel senso che credo che questi frustrati devono trovare gratificazioni nel mondo reale, nel rapporto con me, nel rapporto con lei, non scappando da questo mondo e andando in quello virtuale».

ANDREOLI E GLI SMARTPHONE: «CI CHIUDONO IN UNA VITA DIGITALE. MA LA PERSONALITA' HA BISOGNO DI RELAZIONE»

Lei è un grande psichiatra, ha una esperienza di 60 anni. Pensa che oggi ci sia ancora difficoltà ad ammettere questo tipo di malattia e a prendere i farmaci?

«Sì perché c'è una storia lunghissima, secolare nella nostra cultura in cui **la follia è l'immagine della morte**. La follia è una morte della personalità, chi non ha il rapporto di realtà, non ragiona. Ed è esattamente quello che avviene poi sui social network. Tutto è yes or not. Quindi, in fondo, la metafora dei social network è effettivamente la metafora della morte della personalità. Per esempio sta scomparendo lentamente il libido che era ottica dell'eros, una cosa importantissima. Perché ormai tutto è riportato agli occhi, non c'è più l'attrazione, il bisogno di corteggiare, l'attesa. La mia non è una condanna campata in aria, io dico che quella è una morte perché la vita concreta è meglio mentre invece ormai nessuno parla più con la propria madre, con nessuno. Anche oggi in treno, venendo da Verona, ho visto queste persone durante il

viaggio, una di fronte all'altra, mute. Se dicono qualcosa è per parlare di quello che c'è sul telefonino. Una volta si parlava e si stava anche in silenzio. Il silenzio è pieno di cose perché attiva la fantasia, mentre ora si è sempre connessi e se si chiude il telefonino c'è il vuoto».

Come saprà, stanno aumentando tantissimo le violenze sui medici. Forse non siamo più in grado di affrontare la malattia?

«Innanzitutto noi abbiamo scotomizzato la morte. Non vogliamo parlarne. La morte è vista come una malattia. **Quando si va dal medico si vuole subito la risposta, subito il miracolo.** Quindi si pensa subito che possa sbagliare, non c'è più fiducia nel medico. È importantissima la fiducia. Io qualche volta parlo con voi giornalisti, qualche volta anche in televisione quando non c'è da discutere. Ogni volta che mi metto a parlare, anche oggi, dico sempre: cosa diranno i miei pazienti di questa intervista? Io c'ho tante persone che sono attaccate a me, non so perché. Esistiamo io e loro, io per loro, loro per me. Ho la consapevolezza che devo dire cose che non tocchino questa relazione. Là c'è la vita, **nello smartphone c'è il narcisismo.** È un po' il rapporto medico-paziente che è in crisi. L'oncologo sta con un ammalato 8-9 minuti. Le pare una cosa possibile? Occupiamoci di quelli che ammazzano ma occupiamoci di vedere se c'era una relazione, un sentimento, un sentire comune. Spesso i medici sono dei giudici, ecco perché ho detto che non giudico».

Lei ha detto di non credere nella psicanalisi. In generale la psicologia è un po' in crisi...

«In America non va più nessuno dallo psicanalista».

Perché è in crisi la psicoanalisi. C'è qualcosa che non ha funzionato?

«Perché questa è la società del tempo reale e non accetta di andare per cinque volte alla settimana da uno psicoanalista per dieci anni. Si è cominciato a parlare di psicoanalisi breve, di psicoterapia breve».

SEGUICI ANCHE SU FACEBOOK <— CLICCA QUI

quotidianosanita.it

Giovedì 03 MAGGIO 2018

Cassazione. Radiologo non è responsabile per diagnosi tardiva che spetta ad altri specialisti

Il medico radiologo deve eseguire l'esame e darne l'interpretazione corretta, ma non è lui a dover consigliare altri esami o chiedere il consulto di altri specialisti ai quali, invece, si sarebbe dovuta affidare la paziente per una valutazione clinica completa. Queste le conclusioni a cui è giunta la terza sezione civile della Corte di Cassazione. Il caso riguardava una diagnosi tardiva di carcinoma al seno. [L'ORDINANZA.](#)

Il radiologo che effettua una mammografia non è responsabile di una diagnosi tardiva di carcinoma al seno. Il medico infatti deve eseguire l'esame e darne l'interpretazione corretta, ma non è lui a dover consigliare altri esami o chiedere il consulto di altri specialisti ai quali, invece, si sarebbe dovuta affidare la paziente per una valutazione clinica completa.

Queste le conclusioni a cui è giunta la terza sezione civile della Corte di Cassazione con l'ordinanza 10158/2018.

Il fatto

Una paziente si era sottoposta a dicembre 1987 a visita mammografica e il referto radiologico evidenziava, in corrispondenza del quadrante esterno della mammella destra, una piccola formazione opaca, di forma ovoidale e di natura benigna. Dopo questo evento la paziente si è sottoposta a periodici controlli, con cadenza semestrale.

A dicembre 1997 ha eseguito una ulteriore mammografia e il medico che aveva eseguito l'esame radiologico non ha ritenuto opportuna l'esecuzione di altri esami di approfondimento.

A giugno 1998 ancora una mammografia e il medico che ha eseguito l'esame concludeva il referto affermando: "Obiettività rx del tutto stazionaria rispetto ad ultima indagine del dicembre 1997; in particolare risulta immutato il raggruppamento di piccole calcificazioni al quadrante esterno. Si consiglia nuovo controllo unicamente alla mammella destra fra 6-8 mesi".

A febbraio 1999, nel referto dell'ulteriore mammografia, il medico ha affermato: "Lo studio della mammella dx effettuato con mammografia nel piano frontale ed obliquo medio laterale con tecniche differenziate documenta la presenza di addensamento, a profili sfrangiati ed irregolari del diam. trasverso max di circa 3-4 cm localizzato al quadrante supero/esterno dx. Sono inoltre presenti in adiacenza all'addensamento sopradescritto alcune piccole calcificazioni raggruppate stabili rispetto a precedenti controlli. A completamento della indagine mammografica è stata eseguita indagine etg, che viene allegata che conferma e documenta la presenza di lesione solida etero di 3-4 cm con piccoli noduli satelliti. Si richiede ricovero ospedaliero per accertamenti e cure del caso".

A marzo dello stesso anno la paziente era stata ricoverata e sottoposta a intervento chirurgico d'urgenza, seguito da esame istologico, che aveva sorretto la diagnosi di "carcinoma duttale infiltrante dall'elevato grading (43) e metastasi linfonodali in tre dei ventisei linfonodi esaminati".

Per questo la paziente ha chiesto la condanna solidale dei vari radiologi per colpa professionale/responsabilità extracontrattuale, e, all'ospedale, responsabilità contrattuale, in relazione alla diagnosi tardiva per la mancata esecuzione di approfondimenti "assolutamente necessari ed ineludibili per una diagnosi senologica corretta ed esaustiva".

La sentenza

3/5/2018

Cassazione. Radiologo non è responsabile per diagnosi tardiva che spetta ad altri specialisti

decisione poi confermata anche dalla Corte d'Appello. A ricorrere in Cassazione sono gli eredi della signora, deceduta, ma la Corte ha ancora respinto il ricorso in quanto la sentenza impugnata "supera il vaglio di correttezza logico-formale e non viola alcuna norma di legge".

Secondo la Cassazione le stesse consulenze chieste dai tribunali di merito hanno messo in evidenza che i medici erano radiologi e non clinici e neppure chirurghi, e non potevano sostituirsi a questi non rientrando nei loro compiti quello di visitare la paziente.

Ovvio anche che l'esame mammografico non era sufficiente alla formulazione di una diagnosi senologica corretta e a questo avrebbe dovuto precedere o seguire la valutazione clinica da parte dello specialista (senologo od oncologo) al quale la signora aveva ritenuto di non doversi rivolgere non consentendo così una diagnosi più precoce del tumore.

Nella prima radiografia alla quale la paziente si era sottoposta era emersa solo la presenza di un "piccolo cluster" di microcalcificazioni, di natura probabilmente benigna. Secondo la perizia, anche se a questo esame fosse seguita una ecografia mammaria, non si sarebbe potuto segnalare il nodulo maligno emerso successivamente.

Il focolaio di neoplasia era stato evidenziato solo nella terza mammografia eseguita e non nelle prime due effettuate dalla paziente.

Dai primi due esami emergevano microcalcificazioni benigne e i due sanitari si erano attenuti alle linee guida internazionali che prevedono un follow up mammografico da effettuare in tempi brevi (e non indagini invasive, quali la biopsia in sterotassi) e avevano consigliato alla donna di sottoporsi a controlli ravvicinati.

Tra l'altro, conclude la Corte i due sanitari, in qualità di radiologi, erano chiamati solo a eseguire la mammografia e a darne corretta lettura, non rientrando nei loro compiti suggerire lo svolgimento di altri esami o richiedere un consulto di altri specialisti.

"Premesso che nella sentenza impugnata – si legge nella sentenza - non viene affatto affermata l'inutilità di una diagnosi precoce della neoplasia alla mammella e men che meno viene affermato che, in tale prospettiva, non assumano rilievo altri accertamenti, oltre alla mammografia, si ricorda che:

- a) il focolaio di neoplasia, che era stato evidenziato dal radiologo nella mammografia di febbraio 1999, non era visibile nelle due precedenti mammografie del dicembre 1987 e del giugno 1998;**
- b) in presenza di microcalcificazioni benigne, quali quelle apparse nelle mammografie del dicembre 1987 e del giugno 1998, le linee guida internazionali prevedono un follow up mammografico da effettuarsi in tempi brevi (e non indagini invasive, quali la biopsia in sterotassi);**
- c) a tali linee guida risultano essersi attenuti i due radiologi che, in tempi diversi, hanno entrambi consigliato alla paziente controlli ravvicinati;**
- d) solo l'esecuzione di una ecografia nel giugno 1998 avrebbe potuto evitare il tumore, ma il Ctu, come rilevano gli stessi ricorrenti, aveva ritenuto che, a detta data, 'non v'era alcuna indicazione alla esecuzione della medesima';**
- e) entrambi i sanitari intervenuti erano radiologi, chiamati ad eseguire la mammografia e a darne corretta lettura, e non rientrava nei loro compiti suggerire lo svolgimento di altri esami o richiedere un consulto di altri specialisti, di talché la mancata esecuzione dell'approfondimento diagnostico, che era stato consigliato alla paziente nel certificato medico 2/12/1987, non poteva essere imputato loro (intervenuti oltre 10 anni dopo);**
- f) in assenza di uno specifico comprovato addebito colposo, elevabile nei confronti dei medici radiologi, perde rilievo la disamina della sussistenza del nesso di causalità tra la condotta dagli stessi tenuti e l'evento letale poi purtroppo verificatosi".**

"In definitiva – afferma la Cassazione -, la sentenza impugnata supera il vaglio di correttezza logico-formale, demandato a questa Corte, di talché, in presenza di un dictum non violativo di alcuna norma di legge, come per l'appunto si verifica nel caso di specie, nulla rileva che le prove raccolte nel giudizio di merito avrebbero potuto o dovuto essere valutate in altro modo".

quotidianosanita.it

Giovedì 03 MAGGIO 2018

Fare la sauna con costanza riduce il rischio di ictus

E' quanto suggeriscono i risultati di uno studio osservazionale condotto dall'università di Bristol in Finlandia. Da questa ricerca, che ha coinvolto oltre 1.6000 persone, seguite per 15 anni, emerge che chi fa la sauna praticamente tutti i giorni vede ridursi del 60% il rischio di ictus. Ignoti i meccanismi alla base di questo effetto protettivo, che secondo gli autori sarebbe largamente imputabile alla riduzione di pressione causata dalla sauna.

Fare regolarmente la sauna sembra avere un effetto protettivo contro l'ictus. Lo suggerisce uno studio pubblicato su una rivista autorevole, [Neurology](#), organo ufficiale dell'*American Academy of Neurology*. Neanche a dirlo, lo studio è stato condotto in Finlandia, patria indiscussa della sauna, presente praticamente in tutte le case.

“Sono risultati interessanti – commenta **Setor K. Kunutsor** dell'università di Bristol (Gran Bretagna) – che dimostrano come la sauna, che la gente fa per puro piacere o per rilassarsi, potrebbe in realtà avere anche effetti benefici sulla salute vascolare. Si tratta di una pratica sicura per la maggior parte delle persone, anche per i cardiopatici con patologia stabilizzata”. E' comunque importante ricordare che la sauna resta una pratica sconsigliata a chi abbia avuto di recente un infarto e nei soggetti con angina instabile. Cautela anche negli anziani ipotesi.

Lo studio ha coinvolto 1.628 persone con un'età media di 63 anni, senza storia di ictus pregressi, seguiti in media per 15 anni. Ai partecipanti veniva richiesto di compilare dei questionari circa la frequenza con la quale facevano la sauna, oltre al loro grado di attività fisica e l'abitudine di consumare bevande alcoliche. All'inizio dello studio sono stati sottoposti tutti ad un controllo dei livelli di colesterolo, pressione arteriosa e altri fattori di rischio cardiovascolari.

Nel corso dei 15 anni di follow-up sono stati registrati 155 ictus che sono risultati molto più numerosi tra le persone che dichiaravano di fare poche saune a settimana, rispetto a chi della sauna faceva una vera e propria abitudine di vita. In particolare, i tassi di incidenza di ictus nei vari gruppi di soggetti arruolati nello studio sono risultati i seguenti: 8,1/1.000 tra quelli che dichiaravano di fare una sola sauna a settimana; 7,4/1.000 tra quelli che facevano 2-3 saune a settimana e infine 2,8/1.000 tra chi dichiarava 4-7 saune a settimana.

Tradotto in percentuali, il dato che emerge è piuttosto significativo: gli *aficionados* della sauna, almeno in questo studio, presentavano un rischio di ictus ridotto del 60% rispetto a che indulgeva nella sauna una sola volta a settimana. Un risultato che è stato confermato dopo aver effettuato gli opportuni aggiustamenti statistici per ipercolesterolemia, abitudine tabagica, diabete e grado di attività fisica.

“In passato altri studi avevano dimostrato che la pratica della sauna può associarsi ad un ridotto rischio di ipertensione arteriosa, demenza e mortalità per cause cardiovascolari; questo però è il primo studio che è andato a valutare il rischio di *stroke* correlato alla sauna; e probabilmente l'effetto antipertensivo della sauna potrebbe giocare un ruolo importante nella riduzione del rischio.

Per quanto suggestivo e interessante nei risultati, questo è pur sempre uno studio osservazionale; si può dunque parlare al massimo di un'associazione tra elevata frequenza settimanale di saune e ridotto rischio di ictus, ma non di rapporto causa-effetto. Saranno necessari ulteriori studi a conferma di questi risultati e che aiutino a capire meglio quali sono i meccanismi che fanno della sauna un ombrello protettivo anti-ictus.

Maria Rita Montebelli

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Tumori: "Troppi vincoli di budget nella scelta delle terapie. Per il 43% degli oncologici condizionamenti dai limiti di spesa nelle Regioni"

panoramasanita.it/2018/05/03/tumori-troppi-vincoli-di-budget-nella-scelta-delle-terapie-per-il-43-degli-oncologici-condizionamenti-dai-limiti-di-spesa-nelle-regioni/



0
1
0
0
0

Stefania Gori, presidente Aiom: «Vanno ridimensionati i prontuari terapeutici regionali. È sufficiente l'approvazione centrale dell'Agenzia Italiana del Farmaco. Le valutazioni multiple causano disuguaglianze tra i cittadini a livello territoriale nell'accesso ai trattamenti».

Il 43% degli oncologi italiani percepisce che i colleghi della propria Regione possono essere condizionati dai limiti di budget economico nella scelta delle terapie. Oggi possono trascorrere più di mille giorni prima che un farmaco anti-cancro innovativo sia disponibile nel nostro Paese, a volte con grandi differenze tra le varie Regioni. Infatti, stando ad analisi condotte nel 2016, fra il deposito del dossier di autorizzazione e valutazione presso l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) e l'effettiva disponibilità di una nuova terapia nella prima Regione italiana trascorrono in media 806 giorni, cioè 2,2 anni. Termine che può dilatarsi fino a tre anni (1.074 giorni) se si considera l'ultima Regione in cui il farmaco viene messo a disposizione. La distribuzione delle risorse in oncologia costituisce un problema non solo finanziario ma anche sociale ed etico. La VII edizione delle Giornate dell'etica in oncologia organizzata da Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica) e da Fondazione Aiom, che si svolge a Ragusa il 4 e 5 maggio, è dedicata proprio alle cause delle disuguaglianze nell'assistenza oncologica. «La sfida è individuare il giusto equilibrio fra immediata disponibilità delle terapie anti-cancro innovative e sostenibilità del sistema sanitario – sottolinea Stefania Gori, Presidente nazionale Aiom e Direttore del Dipartimento Oncologico dell'Ospedale Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar-Verona -. Il ridimensionamento dei prontuari terapeutici regionali potrebbe essere la via da seguire, perché l'inserimento delle nuove terapie in questi elenchi implica inevitabili e inutili tempi di attesa a danno dei pazienti. È infatti sufficiente la valutazione centrale da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa). In Europa i nuovi farmaci oncologici sono approvati dall'Ema con criteri di validità scientifica degli studi, senza alcuna valutazione farmacoeconomica, che viene delegata alle singole nazioni. In Italia l'Aifa è riuscita a garantire l'erogabilità a carico del Servizio Sanitario Nazionale di molti farmaci ad alto costo con accorgimenti organizzativi (distribuzione diretta con gli sconti dovuti alle strutture pubbliche) e finanziari (cost-sharing, risk-sharing, payment by result)». «La 'tempesta perfetta' che si temeva potesse travolgere il sistema sanitario per l'arrivo delle nuove molecole anticancro è stata evitata – continua Fabrizio Nicolis, presidente

3/5/2018

Tumori: "Troppi vincoli di budget nella scelta delle terapie. Per il 43% degli oncologici condizionamenti dai limiti di spesa nelle Regioni"

terapie che gli oncologi italiani hanno fortemente richiesto e che il Governo italiano ha istituito per la prima volta nell'ottobre 2016. Va sottolineato che un farmaco è realmente disponibile solo quando il Servizio Sanitario è in grado di offrirlo ai cittadini in tempi adeguati. Altrimenti lo potrà utilizzare solo una quota residuale di malati, creando squilibri nella popolazione». Molte Regioni hanno attribuito carattere vincolante al proprio Prontuario Terapeutico Regionale, obbligando gli ospedali a scegliere i farmaci da inserire nei Prontuari Terapeutici Ospedalieri solo all'interno di una lista limitata che tenga anche conto delle ricadute della prescrizione ospedaliera sui consumi territoriali. Non tutte le Regioni italiane dispongono, tuttavia, di un Prontuario Regionale, con una conseguente ampia variabilità locale. Nel 2017 in Italia sono stati stimati circa 369mila nuovi casi di cancro e la spesa per i farmaci oncologici è passata da poco più di un miliardo di euro nel 2007 a 4,5 miliardi di euro nel 2016. Nel suo complesso, l'oncologia rappresenta una delle voci più rilevanti per il Servizio Sanitario Nazionale. «L'esistenza di livelli gerarchici di valutazione dei farmaci (con i loro prontuari regionali o provinciali o di area vasta, aziendali o ospedalieri) – conclude Massimo Di Maio, professore associato di Oncologia Medica all'Università di Torino e Direttore dell'Oncologia dell'Ospedale Mauriziano di Torino – rappresenta un potenziale elemento di disuguaglianza tra i cittadini nell'accesso ai trattamenti farmacologici. La sentenza del Consiglio di Stato del 29 settembre 2017 (n. 4546) ha stabilito che le indicazioni terapeutiche sui farmaci spettano solo allo Stato e che le raccomandazioni regionali si sovrappongono ad una valutazione che è stata già compiuta dall'AIFA a livello nazionale, comportando un forte ed inevitabile condizionamento delle prescrizioni da parte dei medici».

L'emergenza infinita

Ambulanze la centrale 118 in pieno caos

Le chiamate gestite da Napoli
soccorsi inviati in posti sbagliati



Ornella Mincione

Nessuna risposta. Dalle 12 di ieri in poi, nessun operatore ha risposto alla chiamata al 118. La Centrale Operativa di Caserta è stata vuota tutto il giorno e tutta la notte. Soltanto il responsabile Roberto Mannella, insieme ad un caposala, ha coperto il turno della mattina fino alle 12, fino a quando le chiamate sono state dirottate su Napoli. Secondo episodio verificatosi negli stessi termini nell'arco di due settimane. Questa volta però per più tempo, lasciando la Centrale scoperta di personale per 24 ore, anche di notte.

Il 22 aprile la Centrale Operativa è rimasta senza infermieri per l'intero turno della mattina, ovvero dalle 8 alle 14. Mentre però per quella domenica il sistema del dirottamento delle chiamate su Napoli centro è stato completato, ieri non è stato così. Conseguenza, disagi per tutta la cittadinanza. Inoltre, alcune chiamate si sono riversate sul numero unico del 112, ragion per cui anche le forze dell'ordine hanno iniziato a chiedere l'intervento delle ambulanze in diverse zone di Caserta.

«Il problema è che la carenza di personale è davvero critica - commenta il responsabile del servizio della Centrale operativa Roberto Mannella -. Anche se ci hanno dato unità in più è chiaro che sono insufficienti e che arriveranno poco alla volta (uno dal primo maggio, due dal 16 maggio e l'ultimo dal primo giugno). A questo bisogna aggiungere la necessità di una formazione. Intanto, però, resta la carenza che deve essere colmata dai pochi operatori attivi, stremati dal lavoro».

Attualmente sono nove unità attive, a fronte di diciotto che dovrebbero essere. «In diversi chiedono malattia perché evidentemente sono stanchi. È innegabile», continua ancora il responsabile della Centrale che da circa un mese è passata di fatto alla gestione dell'Asl di Caserta, sebbene si trovi ancora fisica-

mente all'ospedale San Sebastiano. Il disagio di una Centrale operativa non funzionante è per tutti: per l'utenza che non ha lo stesso repentino servizio di assistenza sanitaria in ogni zona del territorio, sui medici che, stressati dai turni, si trovano a coprire molte ore in più di servizio rispetto a quello previsto dal piano dei turni, e, non in ultimo, sulla Centrale di Napoli centro che si trova a dover gestire l'assistenza su due vaste aree, la napoletana e la casertana.

Alla carenza del personale medico del 118 «si è aggiunta quella dei medici e degli infermieri della centrale con la conseguenza ineluttabile di enormi criticità e danno all'assistenza sanitaria in emergenza al cittadino - è il commento del presidente del Saues Paolo Ficco -. A danno del medico stesso sottoposto non solo a turni massacranti ma anche al rischio di conseguenze di carattere medico legale».

**La paralisi
Nella notte
saltati i turni
Infermieri
senza cambio
tra proteste
e troppe
malattie**

«Fin da subito - dichiara il segretario provinciale Uil Fd Domenico Piperno - la nostra organizzazione sindacale si è interessata con diversi incontri con la direzione sanitaria e con numerose comunicazioni al delicato processo di trasferimento della Centrale operativa dell'Aorn di Caserta all'Asl, prevedendo le difficoltà e i disservizi che puntualmente si sono verificati. A nostro avviso - continua il segretario Uil Fd - il responsabile dell'Uo 118 a cui, con delibera 54 del 24 gennaio 2018 dell'aorn di Caserta, era stato affidato l'incarico di seguire il suddetto trasferimento curandone tutti gli adempimenti organizzativi, tecnologici e relative alle risorse umane nell'arco di un trimestre scaduto il primo maggio ha fallito nel suo mandato, visti le attuali disfunzioni. Pertanto nutriamo dei dubbi circa le capacità organizzative e di coordinamento di una unità 118 dell'Asl cui afferiscono oltre 100 medici e più di 30 tra infermieri ed autisti».

La polemica



Il luogo L'ospedale «Landolfi» di Solofra

Ospedale di Solofra, l'Asl va avanti con i tagli

Antonella Palma

SOLOFRA. L'ospedale «Landolfi» attende l'attuazione del decreto di accorpamento all'azienda «Moscato», ma intanto l'Asl procede con i tagli previsti dall'Atto aziendale.

Così come previsto infatti dalle delibere dell'Azienda sanitaria locale, il «Landolfi» inizia a registrare i primi ridimensionamenti. Come riportato nei provvedimenti pubblicati a partire dal primo maggio, è entrato in vigore il trasferimento del direttore Alfonso Erra dell'Unità di Ortopedia e Traumatologia del nosocomio conciaro al presidio ospedaliero di Ariano Irpino. Il provvedimento rientra nell'ambito della «riorganizzazione sindacale», così come si legge dalla relativa delibera dell'Asl Avellino. La durata del trasferimento programmato è di cinque anni, resta l'incarico di direttore, ma per l'Unità operativa complessa di Ariano.

Tagli arrivano anche per altre Unità operative complesse di Solofra. La Neurofisiopatologia da Unità complessa diventa Unità operativa semplice dipartimentale. Pertanto l'attuale direttore Vittorio Ceraso assume l'incarico di responsabile dell'unità semplice, sempre per cinque anni. «L'unità operativa complessa

di neurofisiopatologia del presidio ospedaliero di Solofra non è stata individuata nell'Atto aziendale - si legge dal provvedimento dell'Asl - mentre risulta istituita presso il presidio ospedaliero di Solofra nell'ambito del dipartimento medico l'Unità operativa semplice dipartimentale di neurofisiopatologia».

Con la nuova riorganizzazione aziendale anche l'Unità operativa complessa di Medicina fisica e riabilitativa dell'ospedale conciaro viene declassata a Unità operativa semplice dipartimentale. Stesso destino per l'attuale direttore Claudio Rumiano.

Intanto si registrano malumori da parte di pazienti che usufruiscono del reparto di nefrologia. Anche se non risulta pubblicata la delibera in merito, da maggio il provvedimento interno ha previsto che i pazienti non possano più ricoverarsi, così come programmato dall'Atto aziendale. Il reparto fino ad aprile vantava quattro posti per ricovero che oggi non ci sono più.

Inevitabile a Solofra l'attesa per la pubblicazione del decreto con cui ad ottobre, le competenze sul «Landolfi» passeranno al «Moscato». Per ora resta attiva l'Asl, con i tagli tanto contestati dall'amministrazione locale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tiroide, in aumento i casi di tumore in Campania

Esperti internazionali
a confronto a San Marcellino
nella lotta contro il cancro

Tumori della tiroide: in Campania l'incidenza registra veri e propri picchi in alcune zone. In particolare negli adulti e nelle aree interne di Napoli. Probabilmente in relazione ai veleni sprigionati da Terra dei fuochi. Ma anche nell'età infantile, nelle zone costiere, c'è un aumento dei tassi di malattia da correlare probabilmente all'influenza delle zone vulcaniche. «Negli ultimi anni, il cancro della tiroide si è posto come un problema di popolazione emergente - conferma Domenico Salvatore del dipartimento di Medicina clinica e Chirurgia dell'Università Federico II - con un notevole aumento

d'incidenza in Italia e in particolare in Campania». Proprio Salvatore è organizzatore e responsabile scientifico di un corso di aggiornamento multidisciplinare sui tumori della tiroide. Per un giorno Napoli sarà il centro mondiale di attrazione dei massimi esperti italiani e internazionali in materia per confrontarsi sulle più recenti innovazioni diagnostiche e terapeutiche. L'appuntamento è per oggi presso il complesso di San Marcellino e Festo. Tra gli ospiti internazionali Manisha Shah, (Columbus, Usa), presidente dell'Itog (International thyroid oncology group) autentica autorità mondiale nel campo dell'immuno-terapia, che presenterà una relazione sulle prospettive aperte da studi in corso

negli Usa e non ancora disponibili in Europa. I fari sono puntati sui grandi cambiamenti prodotti dall'introduzione dei nuovifarmaci molecolari. «La filosofia proposta dall'evento - aggiunge Salvatore - è l'approccio multidisciplinare che consente di mettere all'angolo uno dei tumori più temibili migliorando la prognosi del paziente». Accanto agli endocrinologi, saranno presenti tutti gli specialisti coinvolti nella gestione della malattia, con relazioni e interventi da parte di chirurghi, anatomopatologi, medici nucleari e radiologi. La tiroide è una ghiandola che sovrintende tutti i processi legati al metabolismo nel nostro organismo. Posta alla base del collo, non è normalmente palpabile né visibile e svolge una funzione peculiare: quella di concentrare il poco iodio presente in natura per costruire ormoni che agiscono sul metabolismo e sulla maggior parte dei ritmi circadiani oltre che sulle funzioni cerebrali anche profonde. La maggior parte dei noduli tiroidei non sono visibili e vengono scoperti incidentalmente durante ecografie di screening o altri esami di routine. Altre volte invece, la comparsa di un nodulo può comportare un rigonfiamento del collo che mette in allarme il paziente (gozzo). «Fortunatamente - conclude Salvatore - le forme maligne

riguardano meno del 15-20% dei noduli. Ciò nonostante, il tumore della tiroide costituisce il cancro del sistema endocrino più frequente. La sua incidenza è in costante aumento, con un tasso che varia da 3 a 14.5 casi ogni 100.000 abitanti, rappresentando il 3.1% di tutti i nuovi casi di cancro per anno. Fortunatamente, più del 65% dei tumori tiroidei rimane localizzato all'interno della ghiandola e non presenta diffusione a distanza. Circa il 30% dei casi, invece, mostra un'estensione anche ai linfonodi del collo. In entrambe queste forme, la chirurgia rappresenta la terapia iniziale, che sarà seguita da trattamento con radioiodio-131 in presenza di metastasi linfonodali o di tumori più grandi e/o con istologia più aggressiva. Meno del 5% dei tumori presenta invece metastasi a distanza».

e.m.



Mezzogiorno, tracollo demografico perderà 100mila abitanti all'anno

Demografia, dal 2028 la Campania non sarà più la regione più giovane

Marco Esposito

Campania regione più giovane d'Italia? Ancora per poco. Tra dieci anni, nel 2028, cadrà l'ultimo primato positivo della regione, con un'età media che nel 2028 sarà ormai tutt'altro che verde - a quota 45,3 anni - mentre il Trentino Alto Adige le strapperà il primato sia pure d'uno soffio: 45,2. Il destino demografico dell'Italia è stato tracciato

ieri dall'Istat in un report a suo modo epocale, che prevede con diversi gradi di probabilità il futuro da oggi fino al primo gennaio 2066. Ed è un futuro a tinte fosche per il Mezzogiorno, il cui spopolamento è già in atto a un ritmo superiore a 100 mila abitanti l'anno e si accentuerà nei decenni a venire fino a precipitare dai 20,8 milioni di abitanti attuale a 15,8 milioni nel 2065: 5 milioni in meno. Per il Centronord la situazione è stabile, con una lunga fase di residenti stazionari intorno ai 40 milioni e un declino che si accentua solo nelle previsioni più di lungo periodo, quando morirà la generazione del baby boom nata negli anni Sessanta. C'è un 30% di probabilità, segnala l'Istat, che il Centronord non cali affatto mentre per il Mezzogiorno il destino è segnato in negativo persino nello scenario più favorevole (e meno probabile).

La Campania, in tale quadro, non fa eccezione. Quella che oggi è ancora una regione dinamica dal punto di vista demografico, vedrà progressivamente aumentare l'età media che dai 42 anni attuali supererà i 50 nel 2049. L'invecchiamento, sia chiaro, è un destino amaro che interessa tutta la penisola ma tra mezzo secolo i giovani italiani e

neoitaliani abiteranno soprattutto in Lombardia, Emilia Romagna, Lazio oltre che in Trentino e in Valle d'Aosta.

Quali sono i fattori negativi che pesano sul Mezzogiorno? Sono tre: bassa fecondità, modesto tasso di arrivi di stranieri e flusso di migrazione interna. Tutti e tre hanno la medesima spiegazione: la debolezza economica. La difficoltà nel trovare lavoro e la carenza di servizi sociali hanno come conseguenza un modesto arrivo di stranieri stabili e visto che le donne di nazionalità non italiana hanno i migliori tassi di fecondità, ciò porta anche minori nascite. L'emigrazione interna ha ovviamente la medesima causa e porta un ulteriore calo di nascite, perché fanno le valigie soprattutto le persone in età riproduttiva (25-39 anni). Il flusso migratorio da Sud a Nord diminuirà nel tempo - prevede l'Istat - ma solo perché i meridionali saranno troppo vecchi persino per emigrare.

Al Centronord la situazione sarà meno grave per le ragioni opposte al Mezzogiorno: l'arrivo di stranieri e di giovani meridionali renderà meno rapido il declino. Tuttavia l'invecchiamento della popolazione è una costante ovunque e addirittura nel 2045 la generazione più numerosa sarà quella fra i 70 e gli 80 anni. Effetto del boom demografico che ha toccato il suo massimo nel 1964 e dello sboom demografico che ha registrato trent'anni dopo - nel 1994 - le nascite dimezzarsi da un milione a mezzo milione.

L'Istat avverte che le variabili sono molte e quindi il quadro delle previsioni può avere esiti diversi. Tuttavia il calo di abitanti nel Mezzogiorno e l'aumento dell'età media della popolazione in Italia sono delle certezze in tutti gli scenari. Può cambiare l'intensità del fenomeno ma l'età media degli italiani, che attualmente è già molto elevata a quota 44,9 anni, nel 2065 sarà tra 47,9 e 52,7 anni. Mentre la popolazione del Mezzogiorno, che oggi è

di 20,8 milioni di persone pari al 34% del totale, nel 2065 sarà nel range 13,7-17,7 milioni quindi decisamente in contrazione, con un valore medio di 15,8 milioni pari al 29% della popolazione residente in Italia.

Per arrivare a formulare le ipotesi, l'Istat si è rivolta a 24 esperti di demografia tra i quali Giuseppe Gabrielli e Salvatore Strozza della Federico II. Le variabili prese in esame sono il tasso di fecondità (stimato in lieve rialzo), la speranza di vita (immaginata in aumento), l'arrivo di immigrati (valutato tra stabile e in aumento), le migrazioni per l'estero (previste in lieve calo). Nonostante queste stime abbiano tutte effetto demografico positivo, la situazione demografica italiana è gravemente compromessa per registrare un miglioramento del bilancio demografico. Dagli anni Novanta in poi, le donne nate in ciascun anno sono state 200-250 mila e non si può immaginare in nessuno scenario plausibile che le coppie abbiano quattro figli in media per bilanciare il milione all'anno di nati dei tempi del baby-boom. Quella generazione numerosa, in questi anni ancora attiva dal punto di vista lavorativo, diverrà un peso per la società negli anni Trenta di questo secolo, finché non uscirà gradualmente di scena per ragioni naturali nel decennio tra il 2044 e 2054.

Nello scenario dell'Istat, il Mezzogiorno perde abitanti in misura copiosa perché si immagina che nei prossimi decenni non cambi molto dal punto di vista sociale. L'Istat infatti fa un'ipotesi di piena convergenza nel tempo tra le differenze socioeconomiche e culturali tra Nord e Sud, ma pone il momento della parità al 2115, cioè tra un secolo. Ecco: se c'è una lezione da trarre dagli scenari Istat è questa: il

Sud ha conosciuto tempi di crisi e di migrazioni ma la sua vivacità demografica aveva compensato gli addii. Quella forza si è esaurita. Se il Mezzogiorno non vuole scomparire, deve accelerare la convergenza - altro che 2115! - e trasformarsi in un territorio attrattivo, dove sia agevole fare impresa, lavorare e mettere su famiglia.

© R. PRODUZIONE RISERVATA

Culle vuote

Il basso tasso di fecondità è una delle ragioni della crisi demografica dell'Italia

Scenari

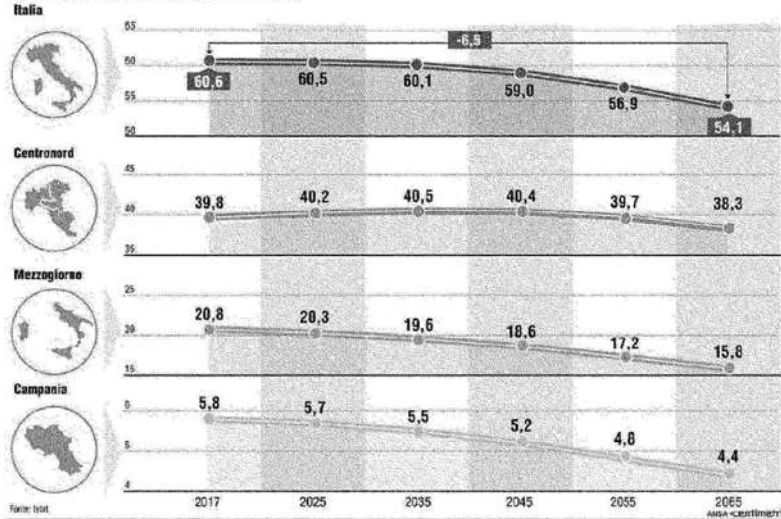
Il quadro migliora se si accelera la coesione economica e sociale con il Nord

Migrazione

I flussi rallenteranno solo quando i meridionali saranno troppo vecchi per partire

Il calo demografico

Popolazione residente prevista: nei prossimi 50 anni (in milioni)



La salute, la kermesse

Tennis&Friends prevenzione gratis tra show e tornei

In Villa e sul lungomare esami e test
in campo attori, cantanti e sportivi**Maria Chiara Auliso**

Sport, salute, solidarietà e spettacolo. Sono le quattro «esse» che caratterizzeranno la nuova edizione della manifestazione «Tennis & Friends» in programma domani e domenica al Circolo del Tennis dove è in allestimento un grande villaggio della salute. Al lavoro decine di specialisti divisi in cinquantacinque postazioni di cui trentadue diagnostiche: i medici per due giorni effettueranno solo screening gratuiti. Nell'area riservata alle donne esami a costo zero per la prevenzione dell'osteoporosi e dei tumori a seno, utero e ovaie. Poi il «longevity check-up» contro l'ipertensione e le malattie cardiologiche e cardiovascolari. Stesso discorso per le patologie legate all'apparato epatobiliare e alla tiroide. In arrivo una equipe di dermatologi che si occuperà invece di melanoma e tumori della pelle. Non solo: a cura della Fondazione Ania sarà possibile effettuare anche alcuni test neuropsicologici con l'obiettivo di combattere l'insorgere di malattie neurodegenerative. Infine l'area dedicata all'alimentazione e alla prevenzione per bambini e adolescenti. Non manca niente, insomma. E gli esperti assicurano che una mattinata sarà sufficiente per mettere a segno un check up completo: «Offriamo la possibilità di farlo gratis sperando di coinvolgere il maggior numero di persone - commenta Giorgio Meneschincheri, ideatore dell'evento, chirurgo, specialista in Medicina preventiva e direttore medico della Fondazione Gemelli - In quest'ottica le politiche di prevenzione risultano una valida

strategia, non solo per la salute dei cittadini, ma anche per attenuare il peso sul sistema sanitario nazionale. Intendiamo raggiungere sempre più italiani e convincerli a vincere la paura e sottoporsi a controlli medici in un contesto familiare e gioviale come quello offerto dal villaggio «Tennis & Friends».

Nei sette anni di attività romana, spiega il professore - l'evento ha raggiunto oltre centomila persone e circa quarantamila check-up gratuiti che hanno segnalato la necessità di ulteriori approfondimenti per il 38 per cento dei pazienti mentre il 6,5 è stato sottoposto a interventi chirurgici e il 35 a terapia farmacologica. Un percorso seguito dall'equipe medica della Fondazione Agostino Gemelli, struttura ospedaliera riconosciuta come eccellenza nazionale. «Siamo testimoni della grande crescita di questa manifestazione - commenta Marco Elefanti, direttore generale della Fondazione - l'abbiamo sempre sostenuta grazie alla professionalità dei nostri specialisti. Quest'anno rinnoveremo l'impegno portando la nostra esperienza a Napoli». Una scelta che nasce dalla grande affluenza di visitatori provenienti dalla Campania, e da Napoli in particolare, alle ultime edizioni di «Tennis & Friends» di Roma: «Abbiamo registrato un grande interesse alla prevenzione - aggiunge Meneschincheri - Del resto, il «Rapporto osservasalute» appena pubblicato conferma che nelle città dove ci si sottopone ai controlli diminuisce il numero di decessi per tumori e malattie croniche». I dati, inoltre, evidenziano un divario

tra Nord e Sud e mostrano che a Napoli e Caserta, ad esempio, l'aspettativa di vita è di due anni inferiore rispetto alla media nazionale, addirittura quattro rispetto a quella dei cittadini di Firenze e Rimini. «A Napoli - conclude l'organizzatore dell'evento - ci sono le strutture e i professionisti per fare prevenzione, occorre solo sensibilizzare le persone e aiutarle a vincere quel timore che ognuno di noi ha nel fare i controlli».

Fin qui la salute. Ma non solo: testimonial nel villaggio personaggi del mondo dello sport, della cultura e dello spettacolo che prenderanno parte al tradizionale Torneo Tennis Celebrity, introdotto dal presidente Nicola Pietrangeli ambasciatore italiano del tennis nel mondo, in compagnia di Lea Pericoli, ambasciatrice della manifestazione. In campo, tra gli altri, Paolo Bonolis, Neri Marcorè, Amadeus, Maurizio Aiello, Nicola Piovani, Dario Bandiera, Flaminia Bolzan, Matteo Branciamore, Peppino di Capri, Toni Esposito, Miriam Fecchi, Gigi Finizio, Gimmy Ghione, Max Giusti, Ciro Giustiniani, Enzo Gragnaniello, Eva Grimaldi, Veronica Maya, Maledro, Dario Marcolin, Diego Occhiuzzi e Diego Nargiso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I controlli
Check up
contro
il tumore
a utero
e seno
Guerra
al melanoma**