



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## Doppi incarichi, 60 professori nei guai Federico II nel mirino della Corte dei conti

La Finanza in cinque Dipartimenti, s'indaga sui docenti a tempo pieno che svolgono altri lavori

### La vicenda

● I militari della Guardia di finanza, coordinati dal colonnello Pirrera e dal comandante del Nucleo Giovanni Salerno, hanno setacciato gli uffici dei dipartimenti di Giurisprudenza, Ingegneria, Medicina, Architettura e Scienze Politiche.

● La Finanza era alla ricerca degli elenchi dei docenti che sono assunti a tempo indeterminato, iscritti nello speciale albo professionale del ministero dell'Istruzione, con la clausola «del lavoro svolto in esclusiva» e con una maggiore indennità in busta paga.

**NAPOLI** Cinque facoltà e sessanta docenti: l'università Federico II è finita nel mirino della Guardia di Finanza di Napoli e della Corte dei Conti della Campania che stanno indagando su doppi e tripli incarichi dei professori assunti a tempo pieno, i quali hanno lavorato e lavorano senza aver avuto preventivamente l'autorizzazione da parte dell'Ateneo.

L'elenco è lungo, così come l'informativa redatta dopo l'accurato lavoro svolto dalla Prima Area del Nucleo Tutela spesa pubblica della Finanza, depositata sulla scrivania del pubblico ministero della procura contabile Ferruccio Capalbo. I militari, coordinati dal colonnello Pirrera e dal comandante del Nucleo Giovanni Salerno, hanno setacciato gli uffici dei dipartimenti di Giurisprudenza, Ingegneria, Medicina, Architettura e Scienze Politiche alla ricerca degli elenchi dei docenti che sono assunti a tempo indeterminato, iscritti nello speciale albo professionale del ministero dell'Istruzione, con la clausola «del lavoro svolto in esclusiva» e con una maggiore indennità in busta paga. Questa lista è stata confrontata con i nomi dei docenti che svolgono incarichi professionali, per così dire, privati, anche questi a tempo pieno: avvocati, consulenti ministeriali o di Tribunale e Procura. Ma anche ingegneri che lavorano per agenzie di pratiche automobilistiche, per i cantieri sparsi in tutta Italia. Ancora architetti impegnati in lavori di ristrutturazione e soprattutto medici, di ogni rango e specializzazione che hanno studi privati quasi del tutto «nascosti». Dai duecento

professori inizialmente finiti sotto la lente d'ingrandimento, si è scesi a sessanta: sono loro che non avrebbero, ad un primo riscontro, alcun titolo per poter lavorare da privati facendolo contemporaneamente alle attività di docenti universitari assunti a tempo pieno. È l'articolo 53 del decreto legislativo del 30 marzo del 2001, poi parzialmente modificato con la Legge Gelmini del 30 dicembre del 2010, a stabilire per il prof il divieto di svolgere qualsiasi altra attività di

lavoro subordinato o autonomo «tranne che la legge o altra fonte normativa ne prevedano l'autorizzazione», che deve essere sempre rilasciata dall'amministrazione di appartenenza, quindi dalla Federico II.

Questo vuol dire che è fatto assoluto divieto per ogni professore universitario a tempo pieno di svolgere l'attività libero-professionale in assoluto, se questa è svolta con continuità, e la necessità, invece, di avere l'autorizzazione dell'Ateneo, se invece è svolta occasionalmente. Quest'obbligo di comunicazione spetta non solo al docente, ma anche all'ente pubblico o privato e alla società che «assume» il professore. Nel mirino dei pubblici ministeri contabili e della Guardia di Finanza ci sono soprattutto le attività di consulenza, intese come risoluzione di problematiche concrete, che «non vanno intese come qualcosa di diverso dalla collaborazione scientifica, di cui conserva la stessa natura e caratteristiche». Quindi anche i «consigli professionali remunerati», che decine di professori rilasciano anche ad enti pubblici, vanno autorizzati. Se accertato, sarebbe un danno enorme per la Federico II e quindi per le casse dello Stato. Innanzitutto perché i professori ricevono una indennità speciale proprio per la propria attività di docenti svolta in maniera esclusiva con una maggioranza economica consistente in busta paga, e poi perché il professore con il doppio incarico, se non autorizzato e quindi «fuorilegge», dovrebbe versare il compenso ricevuto all'università.

**Fabio Postiglione**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'insufficienza di personale nei nosocomi genera un forte stress nei pochi soggetti costretti a sopperire alle mancanze

## Infermieri ridotti all'osso: soli a coprire le carenze

Il Nursing up: "Le aggressioni dei pazienti stanchi delle attese ha origine da questo disagio"

di Ilaria Ragozzino

**NAPOLI** - Una carenza che mette in crisi un intero comparto. L'insufficienza di personale nei reparti degli ospedali, oltre a determinare il sovraccarico dei pochi soggetti in campo, genera una serie di effetti collaterali che alimentano il disagio dei cittadini. Il problema è emerso anche nell'ultimo rapporto Oasi 2017 della Sda e Cergas Boccioni: in Italia ci sono solo 6 infermieri ogni mille abitanti, mentre in Germania 13 (più del doppio). In Campania la situazione è resa ancora più drammatica dal commissariamento che da anni costringe la Regione al blocco del turnover. Le ripercussioni di queste mancanze si sentono con particolare forza tra i corridoi dei nosocomi: "Anzitutto bisogna pensare che meno infermieri significa

meno assistenza - dichiara **Lello Pavone** (nella foto) del sindacato Nursing up - Il personale è costretto a fare più cose, è soggetto ad elevato stress lavorativo, deve anche occuparsi di operazioni che provocano loro un demansionamento. Oltre agli infermieri mancano anche gli Oss, e le poche persone che si trovano nei reparti subiscono tutte le conseguenze di problemi che hanno origine a monte. È il caso delle aggressioni al personale, a opera di cittadini stanchi di non ricevere la giusta assistenza". Da questo stesso disagio sono travolti centinaia di operatori socio sanitari campani, attualmente senza lavoro, che stanno portando avanti una battaglia per vedere riconosciuti anni di formazione ed esperienza, che di fatto vengono trascurati. La vicenda ha

origini nei corsi di formazione organizzati dalla stessa Regione per dare vita a un numero abbastanza consistente di operatori inseriti in una long list. Gli oss hanno dato vita a un comitato "Oss Napoli 2.0" per chiedere l'utilizzo di un sistema che di fatto viene disatteso. Della questione si sta occupando anche il consigliere regionale di **Fi Armando Cesaro**, che ha presentato per tre volte una mozione in consiglio regionale, eliminata dall'ordine del giorno. "Vogliamo essere ascoltati, il presidente non può continuare ad ignorarci", spiega **Gio-**

**vanni Severino**, portavoce del comitato. Le conseguenze più grave rimane quella vissuta dai cittadini, che non riescono a ricevere la giusta assistenza: "C'è una disorganizzazione generale che provoca episodi assurdi. All'Ospedale del Mare ci sono troppi infermieri, mentre all'Asl Napoli 1 c'è un deficit. Qualcosa non va e bisogna trovare una soluzione", conclude Pavone.

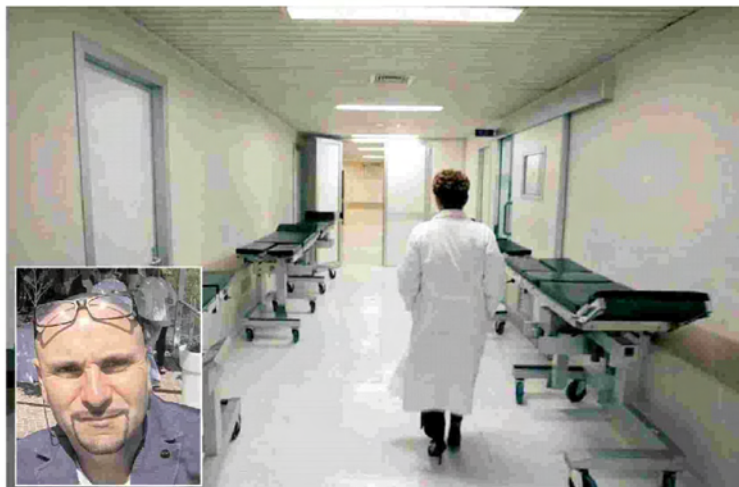
© RIPRODUZIONE RISERVATA

### DEFICIT GENERALE

Una lacuna importante riguarda gli Oss: sono centinaia gli operatori a casa senza lavoro

### IL DATO

Secondo l'ultimo rapporto Oasi in Italia ci sono solo 6 camici bianchi ogni mille abitanti



Il welfare

# Sanità, in Campania servizi bloccati

## Con il commissariamento perse due generazioni di camici bianchi

Ettore Mautone

La forbice è chiara, il disequilibrio conosciuto, i privilegi noti: il Nord, che storicamente possiede più strutture sanitarie, personale in maggior numero, posti letto più folli, tecnologie innovative e ospedali e reti sanitarie più efficienti (costruite e consolidate negli anni precedenti alla aziendalizzazione della sanità, scattata nel 1992, in cui già valeva il principio della spesa storica), da decenni continua a incassare per la salute risorse maggiori rispetto al Sud.

Un Meridione che all'arretratezza e alle difficoltà storiche deve aggiungere il danno di ricevere una fetta meno sostanziosa della torta nazionale dei finanziamenti per la Salute. L'inchiesta pubblicata ieri dal Mattino, sulla scorta dei dati Agenas e Istat, fotografa un Sud ultimo per finanziamento procapite ma primo per tassi di mortalità. Ma su cosa si riverbera concretamente la sottostima delle risorse?

«La vera rovina del Sud - sostiene Maria Triassi, ordinario di Sanità pubblica all'Ateneo Federico II - è stata la tenaglia del commissariamento. Se blocchi le assunzioni completamente, con i servizi già sottodimensionati, non eroghi più l'assistenza. Il Piano di rientro ha frenato il ricambio, sono state perse due generazioni di camici bianchi. A Napoli 1 per tre ospedali c'è un solo direttore sanitario. Né si può assumere tutto in un botto recuperando il ritardo di dieci anni. La Asl Napoli 1 è passata da 12 mila dipendenti a 4.500. Molte Asl più piccole, come Napoli 2, con lo sblocco del tum-over hanno già completato tutto il monte assunzioni. Per ricostruire i servizi ci vorranno anni. Tutto ciò intralcia la programmazione. Più del 50% della forza lavoro manca all'appello. Le risorse sono misurate. Ecco il frutto mal sano un federalismo cattivo e concorrenziale, figlio di una malintesa riforma del Titolo V della Costituzione - conclude il docente - per nulla corretto da un Patto per la Salute che continuiamo a definire equo e solidale ma che non è tale. Oggi anche nelle Università vige la lotta tra le Regioni a chi si accaparra più risorse».

«Lo sbilancio esiste, lo squilibrio nei criteri di assegnazione è noto ed è giusto correggerlo. Ma se non avessimo prima pareggiato i conti probabilmente il Sud avrebbe speso male le maggiori risorse - replica Walter Ricciardi, presidente dell'Isituto superio-

re di Sanità - a Costituzione vigente è possibile documentare una serie di parametri epidemiologici più obiettivi come di recente la Campania sta facendo e dirottare le risorse dove serve».

«La carenza di risorse incide sull'assistenza, sulla qualità delle cure, sui posti letto, i beni di consumo - sostiene Antonio De Falco, segretario regionale della Cimo - il Sud deve farsi rispettare ai tavoli che contano. Lo Stato deve prendere in mano la situazione come il buon padre di famiglia. Dall'agenda politica è scomparsa la Sanità e le regole non uniscono ma dividono».

«Gli anziani assorbono più risorse, ma fino ai 75 anni - sostiene Attilio Bianchi manager del Pascale - poi la curva si stabilizza. La Campania nel 1995 e fino al 1998-99 quando aveva le stesse risorse per quota procapite delle altre Regioni era in pareggio. I problemi sono sorti quando hanno cominciato a tagliare e far pesare l'anzianità. Così siamo diventati inefficienti. Deprivando di risorse la popolazione che sta invecchiando si creano le premesse perché i cittadini siano più anziani ma sempre più malati. E non è detto che le regioni del Nord utilizzino le maggiori risorse per curare i vecchi e non per pareggiare i conti e garantire la sostenibilità della loro sanità. Andrebbero invece finanziati i processi di cura e gli esiti. Al Sud il virus del sottofinanziamento, già presente, ha scatenato la patologia. Non abbiamo potuto curare i cittadini, sono aumentate le malattie croniche e con esse i costi. La soluzione? Fare rete tra Regioni del Sud, unire le forze, omogeneizzare la risposta assistenziale».

Intanto in Campania restano i nodi dei piccoli ospedali, della frammentazione dell'assistenza: il 55% dei casi di cancro dell'ovaio è trattato in 7 centri e il restante 45% in 40 altre strutture oltre a quelli che vanno fuori. Così per

Giordano

«Il ritardo sugli screening conduce alla mortalità precoce»

Secondo Antonio Giordano, manager della Asl di Salerno il ritardo è anche culturale: «La mancanza di denaro ha inciso inficiando serie campagne di prevenzione che sviluppano diagnosi tardive e maggiore mortalità. Le malattie croniche, oncologiche e cardiovascolari possono essere curate solo attraverso un atteggiamento proattivo. Il ritardo sugli screening conduce alla premortalità. Esiste un problema collegato a una mancanza di capacità di interpretazione del bisogno. Il gap culturale e sociale non è stato considerato».

«Il problema non è di oggi - spiega Giuseppe Longo, manager del Ruggi - in sanità le risorse sono fondamentali, più l'innovazione cresce, più le tecnologie costano, così i farmaci. Una famiglia che non ha soldi riesce a fare la spesa ma non a comprare il televisore e la lavatrice. La salute ne risente. A scattare le ristrettezze sono state le politiche di lungo respiro, la prevenzione, gli stili di vita, le cure precoci. Scolarità e cultura incidono sulla spesa privata per la salute, che al Nord è molto più consistente incidendo sull'aspettativa di vita. Spesso qui interveniamo sui malati conclamati, quelli che giungono nel pronto soccorso a malattia già avanzata. E questo costa anche di più. Abbiamo meno anziani ma anche eccezioni e isole felici come nel Cilento. Per questo la Dieta mediterranea e l'ambiente sono il nostro tesoro nascosto che dovremmo recuperare e diffondere».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



”

### Triassi

Alla Asl Napoli 1 in 10 anni si è passati da 12mila a 4.500 dipendenti

”

### Ricciardi

Se non avessimo pareggiato i conti il Sud avrebbe speso male le risorse

### La salute

L'inchiesta del Mattino ha evidenziato che la Campania è ultima per spesa procapite: 1704 euro



### Strutture

Resta il nodo dei piccoli ospedali: le Regioni del Sud devono imparare a fare rete per servizi di qualità



### Turnover

Il piano di rientro ha frenato il ricambio del personale: manca all'appello il 50% della forza lavoro



### Prevenzione

La carenza di fondi ha inciso sugli esami che consentono diagnosi anticipate per i casi di cancro



### Conti

Scolarità e cultura incidono sulla spesa almeno quanto l'età curare i malati cronici costa molto di più

**Portici** Dopo vent'anni trovata una soluzione per la struttura abbandonata

## Via Arlotta, l'Asl in un «pezzo» del mercato coperto

Fitto da 55mila euro all'anno  
L'assessore: polo sanitario  
nel centro antico della città

**Michele Ippolito**

PORTICI. Sono iniziati ieri i lavori per trasformare la palazzina di quattro piani costruita quarant'anni fa come struttura di servizio del mercato coperto, nella nuova sede degli ambulatori e delle unità operative del locale distretto dell'Asl Napoli 3. L'accordo per la riqualificazione dell'edificio di proprietà comunale, è stato firmato lo scorso 4 agosto dal sindaco Enzo Cuomo e dal direttore generale dell'Asl Napoli 3 Antonietta Costantini. Potrebbe così chiudersi l'antica questione legata all'abbandono del mercato di via Arlotta.

Il contratto prevede una locazione con diritto di riscatto da parte dell'Asl e renderà finalmente fruibile da parte della cittadinanza una parte del complesso immobiliare realizzato negli anni Settanta e considerato come una cattedrale nel deserto, perché non ha mai avuto una funzione pubblica. I costi della ristrutturazione sono interamente a carico dell'Asl, che verserà inoltre al Comune un canone di 55mila euro all'anno, con diritto di riscatto alla fine del contratto di affitto. Entro sei mesi tre piani della struttura ospiteranno uffici e ambulatori, un piano



sarà invece interamente dedicato all'Unità Operativa Materno-Infantile, che nonostante le proteste degli utenti degli scorsi mesi, sarà trasferita nel nuovo edificio dal palazzo attualmente occupato in corso Umberto I. La nuova sede dell'Asl, che comporterà la chiusura anche dell'attuale complesso di via Libertà, dove l'ente sanitario paga un cospicuo affitto mensile, disporrà di più ingressi: via Naldi, via Arlotta e

### L'accordo

Siglato fra Comune e Asl il contratto di fitto. Fra le opzioni il diritto di riscatto da parte dell'azienda sanitaria

via Giordano. Inoltre, gli utenti potranno utilizzare il parcheggio sottostante al mercato coperto. I lavori nella palazzina saranno il primo passo per l'intera riqualificazione dell'asse mercatale e per la valorizzazione del mercato coperto, la cui costruzione e mantenimento è costato negli anni, cifre non facilmente calcolabili. Considerando le rivalutazioni monetarie avvenute nel corso degli anni si tratta comunque di cifre da capogiro, probabilmente di diverse decine di milioni di euro.

L'amministrazione guidata da Nicola Marrone aveva addirittura riflettuto sull'ipotesi di abbattere il mercato coperto. L'idea si era arenata davanti al fatto che, in questo caso, il Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica avrebbe chiesto indietro un finanziamento di oltre due milioni e mezzo di euro concesso per il completamento della struttura, facendo sorgere l'ipotesi di un danno erariale per chi avesse preso una decisione così drastica. «Per noi l'abbattimento del mercato coperto non è stata mai una soluzione percorribile - spiega l'assessore al Patrimonio Giovanni Iacone - Invece, la nostra è quella di vendere le strutture comunali improduttive come questa e fare cassa. Siamo già in trattative con l'Asl per cedere ulteriori porzioni della struttura in modo che si possa dar vita ad un polo sanitario d'eccellenza nel cuore della città».

## Cardarelli Piede diabetico Autotrapianto di staminali



Ultimo importante passo per offrire ai pazienti diabetici un ventaglio di cure completo e altamete innovativo, al Cardarelli è stato eseguito per la prima volta un intervento all'avanguardia per la cura del piede diabetico. La tecnica è quella del "lipofilling", con prelievo e processazione di cellule del tessuto adiposo dell'addome e reinneso delle cellule nella zona di lesione. Il reparto in questione è quello di Radiologia vascolare e interventistica diretto dalla dottoressa Raffaella Niola, l'equipe è quella composta dal dottor Gianluca Cangiano (radiologo vascolare esperto di rivascularizzazioni agli arti inferiori in pazienti diabetici) e dai diabetologi Eugenio De Feo, (responsabile della Uosd e Coordinatore del Pdta Piede diabetico) e Francesca Fico. L'intervento di autotrapianto di cellule staminali mesenchimali (in grado di produrre diversi tipi di cellule specializzate del corpo) è avvenuto su una paziente di 65 anni, colpita da una grossa ulcera ischemica al piede causata dalla malattia diabetica.

Screening della popolazione over 60

## Aneurisma, Controlli gratuiti a Bosco e Gragnano

Sanapoli, il progetto di screening gratuito per la diagnosi precoce dell'aneurisma dell'aorta addominale che durerà dal 2018 al 2021, con la collaborazione dei medici di base delle Asl Napoli 1 e Napoli 3 Sud: un protocollo di monitoraggio sui pazienti di entrambi i sessi tra i 60 e i 75 anni. Il protocollo sarà attivo all'Ospedale Mare di Napoli e negli ospedali di Sant'Agnello, Gragnano e Boscotrecase. Saranno sottoposti a controlli i soggetti con alti fattori di rischio (fumatori o ex fumatori, familiarità della patologia aneurismatica, ma-

lattie dell'arterie coronariche, malattie cerebrovascolari, aterosclerosi, ipercolesterolemia, obesità o ipertensione). "L'aorta è l'arteria più grande del corpo, parte dal cuore passa per il torace ed arriva fino all'addome", ha spiegato il professore Pignatelli. "In età avanzata, alcune persone possono sviluppare un indebolimento della parete vascolare specie nel tratto addominale, che si rigonfia e forma l'aneurisma dell'aorta addominale". E' una patologia senza sintomatologia e quando si manifesta è subito pericolosa, perché il rischio più grave è la rottura

4

### OSPEDALI COINVOLTI

Il progetto è realizzato dalle Asl Napoli centro e Napoli tre sud. Quattro le strutture che accolgono i pazienti: Ospedale del Mare, Gragnano, Sant'Agnello e Boscotrecase

dell'aneurisma, associata ancora oggi a circa 7mila morti l'anno in Italia. "Dopo la diagnosi della malattia, il paziente riceverà una risposta adeguata in termini di monitoraggio o un'indicazione al miglior trattamento chirurgico tradizionale o endovascolare possibile per prevenire il rischio di rottura della aorta. L'uso dell'ecocolordoppler, tecnica non invasiva, permette di valutare i diametri dell'aorta addominale e quindi identificare la presenza di aneurismi. La prevenzione è la prima causa di guarigione, perciò è fondamentale sottoporsi allo screening".



60

### LA SOGLIA A RISCHIO

L'aneurisma della aorta addominale colpisce di solito la popolazione di età compresa tra 60 e 75 anni. Una patologia senza sintomatologia

L'ITALIANO CHE PIACE ALLA MERKEL

# «VORREI SCOPRIRE COME COMBATTERE L'ALZHEIMER PRIMA CHE VENGA A ME»

**Con questa battuta Pierluigi Nicotera vuol far capire che questo sarà un decennio decisivo per la lotta alle malattie neurodegenerative. E se lo dice lui, italiano messo dalla Cancelliera tedesca a capo dell'istituto statale all'avanguardia nella ricerca su queste patologie, c'è da aver fiducia. «Anche in Italia si potrebbe costruire un centro d'eccellenza come quello che dirigo. Ma lo Stato deve crederci».**

di Mauro Querci  
foto di Luca Rotondo per Panorama

**L**a scienza, quella migliore, procede per lunghe accumulazioni seguite da salti improvvisi. La ricerca sulle patologie neurodegenerative vive questa situazione: da qui a dieci anni si chiariranno i meccanismi che provocano l'Alzheimer e si svilupperanno terapie efficaci». A parlar chiaro è Pierluigi Nicotera, nato a Catanzaro 61 anni fa, ma «europeo di adozione», come gli piace definirsi. È tra i più brillanti ricercatori mondiali sulle malattie che tra Alzheimer, Parkinson e demenze senili, con i loro costi sociali rischiano di far saltare in aria i conti della sanità degli Stati occidentali, visto il prolungamento della vita media. Oggi è direttore del Dzne, il più importante centro statale tedesco per queste patologie, fondato da lui stesso nel 2009 con l'avallo di Angela Merkel: da Bonn guida di un migliaio di persone divisi tra nove centri di ricerca sparsi in tutta la Germania. «Credo di essere stato selezionato solo perché ho una certa esperienza», si schermisce, lui che può vantare un curriculum a capo di dipartimenti e istituti prestigiosi dalla Svezia alla Gran Bretagna. A Pavia, nella città dove si è formato, ha appena ricevuto il Premio Ottorino Rossi 2017 dalla storica fondazione di neurologia «Mondino». Commenta: «Di

quegli anni felici all'università, ho questo ricordo di una sera ovatta e nebbiosa, in cui m'imbatto in un signore elegante che sta mangiando con gusto delle caldarroste. Lo saluto e lui mi risponde educato: "Buonasera a lei". Aveva qualcosa di familiare. Ma realizzo solo rientrando nella mia stanzetta di studente: era Marcello Mastroianni! In città girava il suo film *Fantasma d'amore*». Nicotera ha il fuoco sacro del ricercatore ma negli anni ha dovuto imparare - soprattutto nei dieci trascorsi a Leicester, in Inghilterra - anche che cosa sia il management.

**Lei nel 1986, ancora «specializzando», emigrò a Stoccolma: cervello in fuga «ante litteram»?**

A decidere sono le circostanze della vita. All'epoca, il tipo di ricerca che m'interessava si concentrava in Svezia e sono finito là. Restando in Italia, forse avrei fatto altro. Sono arrivato in inverno ed è stato uno shock. Poi però quell'atmosfera da fiaba nordica ha cominciato a piacermi. **I suoi studi riguardano l'apoptosi, la morte cellulare dei neuroni che è cruciale nell'insorgenza dell'Alzheimer. Ora su cosa lavora col suo Dzne?** Su vari filoni. Grazie alle innovazioni dei «Big Data», abbiamo messo a punto un nuovo algoritmo che permette di tracciare la mappa dei geni interessati in queste malattie: prima occorre 23 minuti,

## L'ITALIANO CHE PIACE ALLA MERKEL

adesso 13 secondi. Così si possono esaminare molti più pazienti e fare diagnosi precoci; ci stiamo avvicinando a comprendere i meccanismi che governano le sequenze dei geni e dell'invecchiamento, ovvero i fattori di rischio principali e le «porte d'accesso» di patologie quali appunto l'Alzheimer. Inoltre, rispetto a questa malattia, ci è sempre più chiaro il ruolo del sistema immunitario nella formazione e nella diffusione di placche di proteina amiloide tra i neuroni.

### Ottimista sulle cure?

C'è una crescita esponenziale delle scoperte e questo mi fa ben sperare. Ma dobbiamo accelerare. Se non troveremo cure efficaci, queste malattie della vecchiaia nel 2050 avranno costi sociali pari all'attuale Pil degli Usa: migliaia di miliardi di euro. Sono peggiori dei tumori e delle cardiopatie. Un malato ha aspettative di vita di 10-12 anni. E spesso come supporto ha solo la famiglia, quando è presente.

### È impensabile una realtà scientifica come il Dzne in Italia?

La Germania vuole immaginare il proprio futuro e punta su scienza e tecnologia. A tal fine destina il 3 per cento del proprio Pil. L'Italia, l'1,2 per cento. Io ho un budget di oltre 100 milioni di euro l'anno. Tutta gli Ircs italiani, gli istituti di ricerca medica, dispongono per tutte le malattie di un po' più di 150 milioni. Eppure nel Paese ci sono centri di eccellenza sulle malattie neurodegenerative: Brescia, Milano, Pavia, Bologna. Dovrebbero fare network e condividere le rispettive specializzazioni. Questa è la formula del Dzne. Così, adesso sto cercando di dare una mano anche qui. Non è impossibile, in teoria...

### Come ha fatto Angela Merkel a fidarsi di un italiano?

(Ride) Frau Merkel è una scienziata di



Pierluigi Nicotera con la cancelliera tedesca Angela Merkel.

formazione e ha un approccio concreto. Ha deciso che voleva fondare questi grandi istituti di ricerca diffusi in tutta la Germania. Ci ha pensato bene su e poi, nel 2008, è partita: ci ha messo i soldi. Oggi i risultati sono tangibili, anche sull'assistenza non soltanto per la ricerca. Vede, anche a Berlino ci sono le lobby farmaceutiche, però c'è anche una visione concreta. Quanto a me, probabilmente sono stato la persona giusta al momento giusto.

### Nostalgia dell'Italia?

A volte, del sole. E soprattutto del suono della lingua. Con mia moglie, che è romeno-tedesca, e le mie due figlie ci vengo in vacanza. In Calabria ho le mie radici, ma è troppo difficile mettere in pratica lì quello che faccio a Bonn.

### Che cosa ha imparato dai pazienti affetti da Alzheimer?

A rispettarne la dignità. Ai primi segni della malattia sono considerati, anche nella loro famiglia, persino un po' comici, con le loro dimenticanze, magari l'uscire di casa in mutande... Dopo, quando si aggravano, subentra invece lo stigma del rifiuto. È come se non esistessero. Anche a livello sociale si rimuove questa condizione come succedeva con il cancro. Eppure questi pazienti necessitano di un approccio particolare anche in caso di patologie comuni, come può essere la rottura di un femore. Alla base ci dev'essere sempre umanità.

### Si legge dell'utilità della musica nella

### terapia dell'Alzheimer e delle demenze.

Un mio amico e collega, Nicolas Bazan a New Orleans ha girato persino un film sull'argomento. *Of mind and music*, in cui anch'io ho recitato in una piccolissima parte da dottore. Ci sono due donne per le strade della città che cantano benissimo, eppure sono malate. La musica sembra «riaccendere» un interruttore che rimette il cervello in contatto col mondo. Stiamo iniziando uno studio con la Beethoven House di Bonn per capire quali parti dell'organo siano coinvolte.

### Che cosa la muove come scienziato?

Non avere dogmi, l'attrazione per l'incognito. C'è chi si sente a disagio senza certezze. Io, tutt'altro. Anche nella fotografia, che è il mio hobby, mi piace andare in cerca di quelle dimensioni che definirei di «irrequietezza». Gli inglesi la definiscono «restlessness». Come le nuvole e il sole prima di un temporale, quando si percepisce che qualcosa si sta preparando. E poi, nella scienza, è necessaria l'umiltà. Nessuno ha mai fatto nulla senza quelli che l'hanno preceduto.

### Mai pensato se un giorno dovesse ammalarsi delle malattie che studia?

Non ho paura per me, ma per l'eventuale peso per i miei familiari. Anche per questo ho fretta di fare nuove scoperte!

### Nei suoi studi sul cervello si sarà fatto domande su ciò che non spiegano la fisiologia, né la chimica...

Se lei si riferisce all'anima, non so se esista come la immaginiamo. Esistono forme di interazione del cervello, come di altri organi, che non si spiegano. Penso al fenomeno premonitore dei *déjà vu* o agli stessi sogni. È bellissimo il ruolo che per essi hanno le sinapsi cerebrali, favorendo l'«immagazzinamento» dei ricordi attraverso la fase onirica. Oggi definiamo certi fenomeni della mente «sovrannaturali», perché non ce li sappiamo spiegare. Come ricercatore non posso che essere affascinato da queste domande. E continuare a cercare.

## 1.000 MILIARDI DI DOLLARI

Il costo, prudenziale, delle malattie neurodegenerative nel mondo. In Italia, si calcola una spesa sanitaria tra i 10 e i 12 miliardi di euro.



Pierluigi Nicotera, 61 anni, è il neurologo italiano che dirige il Dzne, il centro tedesco sulle malattie neurodegenerative.

6/12/2017

Arrivano 30 milioni per l'indennità di esclusività e 39 milioni per i corsi di medicina generale. Pronto il riparto alle regioni

# quotidianos**sanità**.it

Mercoledì 06 DICEMBRE 2017

## Arrivano 30 milioni per l'indennità di esclusività e 39 milioni per i corsi di medicina generale. Pronto il riparto alle regioni

***Approvati in Stato-Regioni i riparti per le due voci di spesa per un totale di quasi 69 milioni di euro a valere sul fondo sanitraio 2017. [I RIPARTI ALLE REGIONI.](#)***

Approvate in Stato-Regioni le proposte di riparto di 30,152 milioni di euro per il fondo di esclusività del personale dirigente sanitario e di altri 38,735 milioni per il finanziamento dei corsi di formazione in medicina generale a valere sul fondo sanitario 2017.

Il riparto del fondo di esclusività avverrà, come già in passato, in base al numero dei dirigenti sanitari in servizio presso le strutture ospedaliere pubbliche che hanno optato per la libera professione intramuraria (secondo il Conto annuale 2015), mentre la somma per i corsi di medicina generale è ripartita in proporzione al numero dei tirocinanti il cui numero è indicato dai rispettivi bandi, comunicato dal Coordinamento tecnico della Commissione Salute, relativi al 2017.

In entrambi i casi, come prevede la legge, sono escluse dalla ripartizione le Regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le province autonome di Trento e di Bolzano, mentre per la regione Sicilia sono state operate le previste riduzioni del 49,11 per cento.

6/12/2017

Arrivano 30 milioni per l'indennità di esclusività e 39 milioni per i corsi di medicina generale. Pronto il riparto alle regioni

**FSN 2017 - Riparto della quota vincolata per finanziare il fondo per l'esclusività a norma dell'art. 28, comma 8°, della L. 488/99**

importi in euro

Regioni	N° Dirigenti ruolo sanitario	Assegnazione Lorda	Compartecipazione Regione Sicilia	Riparto compartecipazione Regione Sicilia	Assegnazione netta FSN 2017
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)=(b)+(c)+(d)
PIEMONTE	9.169	2.645.991		139.511	2.785.501
LOMBARDIA	15.335	4.425.375		233.329	4.658.705
VENETO	8.716	2.515.264		132.618	2.647.882
LIGURIA	3.590	1.036.002		54.624	1.090.626
EMILIA-ROMAGNA	9.432	2.721.887		143.512	2.865.400
TOSCANA	8.362	2.413.107		127.232	2.540.338
UMBRIA	2.080	600.247		31.648	631.895
MARCHE	3.202	924.033		48.720	972.753
LAZIO	8.529	2.461.299		129.773	2.591.072
ABRUZZO	2.855	823.896		43.440	867.336
MOLISE	558	161.028		8.490	169.518
CAMPANIA	10.404	3.002.387		158.302	3.160.689
PUGLIA	6.525	1.882.985		99.281	1.982.266
BASILICATA	1.374	396.509		20.906	417.415
CALABRIA	4.223	1.218.674		64.255	1.282.929
SICILIA	10.130	2.923.316	-1.435.641	1.435.641	1.487.676
<b>TOTALE</b>	<b>104.484</b>	<b>30.152.000</b>	<b>-1.435.641</b>	<b>1.435.641</b>	<b>30.152.000</b>

Fonte dei dati: Conto Annuale 2015

Per la Regione Siciliana sono state effettuate le ritenute di legge, pari al 49,11%, per un totale di € 1.435.641.

Ripartizione quota FSN 2017 per finanziamento corso di formazione medicina generale  
3° annualità triennio 2015-2018, 2° annualità triennio 2016-2019 e 1° annualità triennio 2017-2020 (Bandi regionali)

REGIONI	N° Titolari di ruolo			Assegnazione senza recupero su risorse			Assegnazione con recupero su risorse			Assegnazione totale al netto dei recuperi			Assegnazione netta		
	1° Anno triennio 2015-2018	2° Anno triennio 2016-2019	1° Anno triennio 2017-2020	Totale			Totale			Totale			Totale		
	1	2	3	A=1+2+3	B	C	D	E	F=B-E	G=F+B-E	H=G	I=H-E	J	K	L=K-M
PIEMONTE	110	110	126	346	4.282.348,00	383.218,92	4.665.566,92	0,00	4.282.348,00	4.282.348,00	383.218,92	4.665.566,92	776.994,76	4.888.572,16	4.888.572,16
LOMBARDIA	90	90	100	280	3.224.992,00	315.587,94	3.540.579,94	0,00	3.224.992,00	3.224.992,00	315.587,94	3.540.579,94	776.994,76	4.317.574,70	4.317.574,70
VENETO	90	90	100	280	1.828.390,00	169.040,97	1.997.430,97	0,00	1.828.390,00	1.828.390,00	169.040,97	1.997.430,97	391.492,08	2.388.922,05	2.388.922,05
LIGURIA	35	35	40	110	1.384.818,00	175.980,98	1.560.798,98	0,00	1.384.818,00	1.384.818,00	175.980,98	1.560.798,98	391.492,08	1.952.290,06	1.952.290,06
EMILIA-ROMAGNA	60	60	80	200	2.643.744,00	236.496,95	2.880.240,95	0,00	2.643.744,00	2.643.744,00	236.496,95	2.880.240,95	582.984,16	3.463.225,11	3.463.225,11
TOSCANA	78	80	100	258	2.996.243,84	564.248,75	3.560.492,59	0,00	2.996.243,84	2.996.243,84	564.248,75	3.560.492,59	776.994,76	4.337.487,35	4.337.487,35
UMBRIA	30	30	30	90	1.093.205,62	98.057,08	1.191.262,70	0,00	1.093.205,62	1.093.205,62	98.057,08	1.191.262,70	238.800,00	1.430.062,70	1.430.062,70
MARCHE	30	30	30	90	944.194,50	84.352,28	1.028.546,78	0,00	944.194,50	944.194,50	84.352,28	1.028.546,78	238.800,00	1.267.346,78	1.267.346,78
LAZIO	25	25	25	75	2.832.583,50	253.597,25	3.086.180,75	0,00	2.832.583,50	2.832.583,50	253.597,25	3.086.180,75	635.444,40	3.721.625,15	3.721.625,15
ABRUZZO	20	20	20	60	716.355,00	49.629,99	765.984,99	0,00	716.355,00	716.355,00	49.629,99	765.984,99	154.400,00	920.384,99	920.384,99
MOLISE	20	20	25	65	838.361,90	73.241,49	911.603,39	0,00	838.361,90	838.361,90	73.241,49	911.603,39	182.360,50	1.093.963,89	1.093.963,89
CAMPANIA	80	80	80	240	3.021.422,40	270.983,09	3.292.405,49	0,00	3.021.422,40	3.021.422,40	270.983,09	3.292.405,49	671.520,00	3.963.925,49	3.963.925,49
PUGLIA	100	80	100	280	2.524.992,80	315.587,94	2.840.580,74	0,00	2.524.992,80	2.524.992,80	315.587,94	2.840.580,74	582.984,16	3.423.564,90	3.423.564,90
BASILICATA	25	25	25	75	944.194,50	84.352,28	1.028.546,78	0,00	944.194,50	944.194,50	84.352,28	1.028.546,78	238.800,00	1.267.346,78	1.267.346,78
CALABRIA	25	25	30	80	848.638,54	77.709,28	926.347,82	0,00	848.638,54	848.638,54	77.709,28	926.347,82	182.360,50	1.108.708,32	1.108.708,32
SICILIA*	100	100	120	320	4.628.993,20	309.673,93	4.938.667,13	-0,00	4.628.993,20	4.628.993,20	309.673,93	4.938.667,13	-2.503.000,00	2.435.667,13	2.435.667,13
<b>TOTALE</b>	<b>913</b>	<b>904</b>	<b>982</b>	<b>2.800</b>	<b>35.548.870</b>	<b>3.181.739</b>	<b>38.730.609</b>	<b>0,00</b>	<b>35.548.870</b>	<b>35.548.870</b>	<b>3.181.739</b>	<b>38.730.609</b>	<b>-2.503.000,00</b>	<b>36.227.609</b>	<b>36.227.609</b>

\*Per la Regione Siciliana sono state effettuate le ritenute di legge, pari al 49,11%, su un totale di € 2.923.316, per un totale di € 1.435.641.

FINANZIAMENTO TOTALE euro 38.730.609,00  
 Importo base (iva 22.487.580 pari a) euro 11.603,00  
 Aliquota Iva 8,56%  
 Importo base Iva euro 12.899,26  
 Finanziamento per risorse euro 35.023.679,24  
 Finanziamento per Organizzazione euro 3.282.929,76

6/12/2017

Istat: crescono le disuguaglianze e il 20,6% delle famiglie è a rischio di povertà

# quotidianosanita.it

Mercoledì 06 DICEMBRE 2017

## Istat: crescono le disuguaglianze e il 20,6% delle famiglie è a rischio di povertà

***I risultati dell'indagine Eu-Silc del 2016, appena pubblicata dall'Istat, mostrano una significativa e diffusa crescita del reddito disponibile e del potere d'acquisto delle famiglie (riferito al 2015), associata a un aumento della disuguaglianza economica e del rischio di povertà o esclusione sociale. [L'INDAGINE.](#)***

Nel 2016, il 20,6% (in aumento rispetto al 19,9% del 2015) delle persone residenti in Italia risulta a rischio di povertà, cioè in famiglie con un reddito disponibile equivalente nel 2015 (anno di riferimento dei redditi) inferiore alla soglia di rischio di povertà, fissata al 60% della mediana della distribuzione individuale del reddito equivalente disponibile; il 12,1% (in crescita rispetto all'11,5% dell'anno precedente) si trova in condizioni di grave privazione materiale, mostra cioè almeno quattro dei nove segnali di privazione previsti; il 12,8% (più di un punto percentuale di aumento rispetto al 2015, quando era l'11,7%) vive in famiglie a bassa intensità di lavoro, ossia in famiglie con componenti tra i 18 e i 59 anni che nel 2015 hanno lavorato meno di un quinto del tempo.

**La popolazione a rischio di povertà o esclusione sociale è pari al 30,0% (18.136.663 individui) e include tutti coloro che si trovano in almeno una delle suddette tre condizioni. Tenuto conto dell'errore campionario associato alla stima, tale quota risulta in aumento rispetto al 2015 (28,7%).**

**I risultati dell'indagine Eu-Silc del 2016, appena pubblicata dall'Istat, mostrano una significativa e diffusa crescita del reddito disponibile e del potere d'acquisto delle famiglie (riferito al 2015), associata a un aumento della disuguaglianza economica e del rischio di povertà o esclusione sociale.**

Il reddito netto medio annuo per famiglia, esclusi gli affitti figurativi, è secondo l'indagine pari a 29.988 euro, circa 2.500 euro al mese (+1,8% in termini nominali e +1,7% in termini di potere d'acquisto rispetto al 2014).

**La crescita del reddito è più intensa per il quinto più ricco della popolazione, trainata dal sensibile incremento della fascia alta dei redditi da lavoro autonomo, in ripresa ciclica dopo diversi anni di flessione pronunciata. Quindi, esclusi gli affitti figurativi, si stima che il rapporto tra il reddito equivalente totale del 20% più ricco e quello del 20% più povero sia aumentato da 5,8 a 6,3.**

Metà delle famiglie residenti in Italia percepisce un reddito netto non superiore a 24.522 euro l'anno (circa 2.016 euro al mese: +1,4% rispetto al 2014). Il reddito mediano cresce nel Mezzogiorno in misura quasi doppia rispetto a quella registrata a livello nazionale (+2,8% rispetto al 2014), rimanendo però su un volume molto inferiore (20.557 euro, circa 1.713 mensili).

**L'aliquota media del prelievo fiscale a livello familiare è 19,4%, in lieve calo rispetto al 2014 (-0,25 punti percentuali). Si riduce il carico fiscale sulle prime due classi di reddito (0-15.000, 15.000-25.000 euro) delle famiglie con principale percettore un lavoratore dipendente, per gli effetti della detrazione Irpef di 80 euro.**

Nel 2015, il costo del lavoro risulta in media pari a 32.000 euro annui. Il cuneo fiscale e contributivo è pari al 46,0% del costo del lavoro, in lieve calo rispetto agli anni precedenti (46,2% nel 2014, 46,7% nel 2012).

**Aumentano sia l'incidenza di individui a rischio di povertà (20,6%, dal 19,9%) sia la quota di quanti vivono in famiglie gravemente private (12,1% da 11,5%), così come quella delle persone che vivono in famiglie a bassa intensità lavorativa (12,8%, da 11,7%).**

Il Mezzogiorno resta l'area territoriale più esposta al rischio di povertà o esclusione sociale (46,9%, in lieve crescita dal 46,4% del 2015). Il rischio è minore, sebbene in aumento, nel Nord-ovest (21,0% da 18,5%) e nel

6/12/2017

Istat: crescono le disuguaglianze e il 20,6% delle famiglie è a rischio di povertà

Nord-est (17,1% da 15,9%). Nel Centro un quarto della popolazione (25,1%) permane in tale condizione.

**Le famiglie con cinque o più componenti si confermano le più esposte al rischio di povertà o esclusione sociale (43,7% come nel 2015), ma è per quelle con uno o due componenti che questo indicatore peggiora (per le prime sale al 34,9% dal 31,6%, per le seconde al 25,2% dal 22,4%).**

6/12/2017

Istat, una persona su tre è a rischio povertà o esclusione sociale. Disuguaglianze in crescita | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

6 dic  
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

## Istat, una persona su tre è a rischio povertà o esclusione sociale. Disuguaglianze in crescita

di B.Gob.

 Il Report Istat 2016

Il 30% delle persone, uno su tre residenti in Italia, è a rischio povertà o esclusione sociale. Lo certifica l'Istat guardando ai dati 2016, che registrano un peggioramento di oltre un punto percentuale rispetto al dato, già grave, del 28,7% registrato nell'anno precedente. Il Report "Condizioni di vita, reddito e carico fiscale delle famiglie" parla quindi di oltre 18 milioni di persone in grave difficoltà.

Per l'Istituto nazionale di statistica, presieduto da Giorgio Alleva, aumentano sia l'incidenza di individui a rischio di povertà (20,6%, dal 19,9%) sia la quota di quanti vivono in famiglie gravemente deprivate (12,1% da 11,5%), così come quella delle persone che vivono in famiglie a bassa intensità lavorativa (12,8%, da 11,7%). Il Mezzogiorno - spiegano ancora dall'Istat - resta l'area territoriale più esposta al rischio di povertà o esclusione sociale (46,9%, in lieve crescita dal 46,4% del 2015). Il rischio è minore, sebbene in aumento, nel Nord-ovest (21,0% da 18,5%) e nel Nord-est (17,1% da 15,9%). Nel Centro un quarto della popolazione (25,1%) permane in tale condizione. Le famiglie con cinque o più componenti si confermano le più esposte al rischio di povertà o esclusione sociale (43,7% come nel 2015), ma è per quelle con uno o due componenti che questo indicatore peggiora (per le prime sale al 34,9% dal 31,6%, per le seconde al 25,2% dal 22,4%).

A fronte di questi dati, che certificano un aumento della povertà e della disuguaglianza, crescono (indagine Eu-Silc del 2016) reddito disponibile e potere d'acquisto delle famiglie (riferito al 2015): il reddito netto medio annuo per famiglia, esclusi gli affitti figurativi, è pari a 29.988 euro, circa 2.500 euro al mese (+1,8% in termini nominali e +1,7% in termini di potere d'acquisto rispetto al 2014). La crescita del reddito «è più intensa per il quinto più ricco della popolazione, trainata dal sensibile incremento della fascia alta dei redditi da lavoro autonomo, in ripresa ciclica dopo diversi anni di flessione pronunciata. Quindi, esclusi gli affitti figurativi, si stima che il rapporto tra il reddito equivalente totale del 20% più ricco e quello del 20% più povero sia aumentato da 5,8 a 6,3». Al 20% più povero della popolazione va poco più del 6% del reddito totale.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

6/12/2017

Ricerca indipendente, in Gazzetta il bando Aifa 2017 | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



# Sanità24

6 dic  
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

## Ricerca indipendente, in Gazzetta il bando Aifa 2017

È stato pubblicato oggi sulla Gazzetta Ufficiale (Serie Generale n. 285 del 06/12/2017) il Bando 2017 per la ricerca indipendente sui farmaci finanziata dall'Aifa, approvato dal Consiglio di Amministrazione lo scorso 30 novembre. Lo annuncia una nota dell'Aifa.

Sono quindi aperti i termini per la presentazione dei protocolli di studio da parte di soggetti pubblici e privati che operano nel campo dell'assistenza sanitaria e della ricerca scientifica no profit nazionale. Le domande, rigorosamente in lingua inglese, dovranno essere inviate esclusivamente on line tramite il sistema accessibile al link <http://aifa.cbim.it> entro e non oltre le ore 18.00 del 31 gennaio 2018.



«Il rilancio della ricerca clinica indipendente promossa dall'Aifa - commenta il Direttore Generale Mario Melazzini - è stata una delle mie priorità fin dall'inizio del mio mandato e sono orgoglioso, a distanza di un anno, di poter lanciare questa seconda iniziativa che va a premiare progetti in grado di arricchire le conoscenze cliniche e terapeutiche in aree di minore interesse per la ricerca profit e dai benefici concreti per il nostro sistema sanitario. Sono certo che anche questo bando consentirà all'eccellenza e alla qualità della ricerca scientifica italiana di emergere e contraddistinguersi apportando risultati significativi in termini di innovazione e sostenibilità».

Cinque le aree tematiche individuate nel Bando 2017 considerate di rilevante interesse (due in più rispetto a quello del 2016): malattie rare, malattie pediatriche, medicina di genere, sicurezza ed efficacia dei farmaci nelle popolazioni anziana e ultra-anziana, resistenza agli antibiotici.

Le proposte di studio dovranno essere riferite in maniera esclusiva ad una di esse quale ambito principale della ricerca. È accettata la presentazione di studi clinici interventistici, di studi osservazionali e studi basati su meta-analisi e revisioni sistematiche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

### CORRELATI

IN PARLAMENTO

05 Agosto 2015

**Chiamanti (Fimp): La legge atto di civiltà, ma non resti un contenitore vuoto**

IMPRESSE E MERCATO

04 Settembre 2015

**Patent box, sconti in tre mosse**

IMPRESSE E MERCATO

03 Settembre 2015

# «Ictus, serve una rete di prevenzione»

*Il primario Feleppa: «Puntare a ulteriore salto di qualità dopo quello ottenuto con le terapie trombolitiche»*

Risultati di eccellenza quelli a cui è pervenuta nel trattamento degli Ictus la Stroke Unit di Neurologia presso l'Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento: ne ha parlato ieri mattina il primario Michele Feleppa ricordando che negli ultimi sette anni il polo sanitario si è attestato come primo in Campania per trattamenti trombolitici effettuati sopravanzando tutte le altre aziende ospedaliere.

Ben cento i trattamenti trombolitici praticati negli ultimi anni: una prassi clinica che riesce ad alzare significativamente la soglia di sopravvivenza; ridurre gli effetti invalidanti e garantire qualità della vita. Nel monitoraggio relativo all'operatività nel 2012 sulla Stroke Unit presa in considerazione è risultato il più basso indice di mortalità nel Mezzogiorno con risultati migliori solo in tre altre aziende sanitarie italiane.

Ma nonostante i risultati pervenuti, con interventi efficaci ed altissimi tassi di sopravvivenza e di guarigione Michele Feleppa, alla presenza del direttore generale Renato Pizzuti e del

primo cittadino di Benevento, Clemente Mastella, ha rilanciato la sfida: "Serve una rete di prevenzione ed informazione diffusa sul territorio.

La Asl deve pubblicare opuscoli informativi sull'Ictus in modo che i cittadini siano informati su sintomi di insorgenza e pronti in caso di necessità a rivolgersi all'azienda ospedaliera. Serve un maggiore coinvolgimento dei medici di famiglia. E' urgente fare passi in avanti su questo terreno". Insomma, l'appello è stato ad una maggiore sinergia tra azienda ospedaliera "Rummo" e Asl di Benevento visti i numeri relativi alla tematica evocata: in media nel Sannio si verificano seicento Ictus per anno: una cifra notevole in rapporto ad una popolazione di trecentomila residenti, una evidenza legata all'età media elevata della popolazione.

Una azione, quella della rete territoriale di prevenzione, giudicata urgente e non più rinviabile quanto all'implementazione da parte del medico neurologo ansioso di migliorare ulterio-

mente i risultati pur positivi fin qui raggiunti.

Da sottolineare che ieri mattina, nella conferenza stampa convocata dal "Rummo" si è parlato anche della cura del Parkinson con somministrazione di farmaci non per via orale ma duodenale con ottimi risultati di clinica e dei risultati cui si è pervenuti in tema di cura delle emicranie croniche (attività di visita e clinica del tutto gratuita).

Della necessità di una rete di assistenza per malati cronici sul territorio ha detto anche il sindaco Mastella, esponendo il proprio crucivo per l'impossibilità di attuare un punto del proprio programma di mandato che era relativo appunto alla "badante di quartiere" per aiutare famiglie con malati cronici: una finalizzazione al momento non perseguibile stante l'altissimo indebitamento dell'ente Comunale che vede una massa debitoria di cento e dodici milioni di euro.

"Chi ha un paziente cronico in famiglia affronta enormi difficoltà e bisogna fare di più per

aiutare questi nuclei", ha ribadito il sindaco Mastella, ansioso di potere agire concretamente su questa linea operativa.

Sulla cooperazione relativa ad una rete di prevenzione per gli Ictus si è detto fiducioso il direttore generale Pizzuti che ha menzionato i risultati operativi cui si è pervenuti nella cooperazione per screening che non venivano effettuati da anni e la fruttuosità della cooperazione territoriale per la rete I18. Peraltro ha accennato ad un altro passaggio di non poco momento l'istituzione ufficiale del registro tumori ed al salto di qualità che potrà essere conseguito con il centro oncologico di Sant'Agata de' Goti.

Ha esortato in linea generale ad evitare i viaggi della speranza visti gli ottimi trattamenti sanitari che sono disponibili sul territorio dove talvolta si "può avere tanto di più e vicino casa con tutti i vantaggi che ne conseguono per pazienti e famiglie" come dimostrano peraltro gli esempi di buona sanità con i correlativi riconoscimenti per l'Ospedale "Rummo".

**Risultati operativi  
superiori alla media  
nazionale per la Stroke  
unit del 'Rummo'  
prima in Campania**



## Sant'Agata de' Goti

Voci discordanti sul polo oncologico e la soppressione di alcuni servizi

# Ospedale 'Sant'Alfonso' Ancora tanti quesiti

*Circolano indiscrezioni legate al blocco operazioni e ricoveri*

Ospedale Sant'Agata de' Goti, urge operazione chiarezza. E la chiarezza la si fa solo rispondendo in modo secco e conciso a delle semplici domande.

La prima è: al di là del discorso Polo oncologico, i reparti e i servizi che sono attualmente funzionanti al Sant'Alfonso chiuderanno o resteranno attivi? Questa è l'interrogativo che più di un cittadino, cui ancora sta a cuore le sorti del riferimento sanitario di contrada San Pietro, continua a porsi.

Capitolo decreto 54: l'atto del Governatore De Luca sancisce due punti. Il primo è l'annessione Sant'Alfonso-Rummo.

Il secondo è il ridimensionamento dell'attuale Pronto soccorso a Punto di primo intervento. E ancora: il decreto 54 non 'istituisce' il Polo oncologico, non ne mette nero su bianco formalmente la nascita ma manifesta la volontà politica di crearlo a Sant'Agata de' Goti.

Il Polo, quindi, non è già stato istituito. C'è una legge regionale (la 6/2016) che al comma 22 prevede "ove possibile la istituzione di un Polo oncologico Pluriterritoriale" a Sant'Agata de' Goti. E c'è il decreto 54 che ribadisce, si ripete, la volontà di implementarlo in terra sannitica.

Istituire, però, è altra cosa. E'

qualcosa che dovrà ancora venire e che sarà sancito da precisi atti e documenti.

Che poi tutti tifiamo per l'istituzione dello stesso, questa è altra cosa. Tutti lo vogliamo, lo vogliono anche quelli che a più riprese sono stati tacciati di essere autori di strumentalizzazioni e disinformazione.

Il Polo oncologico rappresenterebbe una grande occasione in tema di tutela della salute pubblica nonché di sviluppo per il territorio - perchè un servizio come questo creerebbe indotto e grande ritorno di immagine e di economia per il paese. Attendendo, però, il Polo oncologico (quali saranno i tempi?) restano tutti i dubbi legati alle prestazioni attuali.

Voci di popolo dicono che, a partire dal 19 dicembre, ci sarebbe uno stop negli interventi chirurgici e, a decorrere dal 2 gennaio, il blocco dei ricoveri.

Si tratta di notizie reali? E, se sì, si tratta di un fisiologico assetamento conseguente al matrimonio Rummo-Sant'Alfonso? La verità lo dirà l'atto che la stessa azienda ospedaliera beneventana dovrà porre in essere entro il 31 marzo: sarà quello il momento della verità perchè svelerà quanto tra personale, reparti ed attrezzature muoverà verso il capoluogo.

I timori da parte della cittadinanza ci sono: lo spauracchio,

in attesa di avere un 'Polo', è di ritrovarsi con una struttura depotenziata, se non addirittura svuotata, rispetto a quella attuale. In tal senso il Ppi non è un buon indizio: tale prestazione, come cogliamo da fonti sanitarie a mezzo web, vive un gradino al di sotto del Ps.

I cittadini che vi giungono o vengono trattati e dimessi, in caso di minime situazioni, o, in caso di più serie, vengono stabilizzati e poi trasferiti presso un altro Pronto soccorso.

Un paziente emergenziale in preda ad un attacco di appendicite, come sembra intuirsi, non potrà essere trattato al Sant'Alfonso. Perchè non ci sarà la Chirurgia? Le vittime di sinistri, inoltre, che fino ad oggi giungevano al Ps del Sant'Alfonso, sembra chiaro che verranno dirottate altrove.

Questo perchè non vi sarà più la diagnostica necessaria (Radiologia e simili)? L'implementazione del Ppi, se è vera la definizione che di esso circola sul web, lascia intendere che alle spalle di esso non vi saranno importanti strumenti e servizi. Quindi, ci si dica con chiarezza: il Polo oncologico è l'unica arma che abbiamo per non trasformare i padiglioni in una cattedrale nel deserto.

E che le prestazioni ordinarie - sarebbe graditissima una smentita! - sono destinate a prendere la via di Benevento.