



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# quotidiano**sanità**.it

Martedì 09 GIUGNO 2015

## Sanità sempre più privata. Ricerca Censis: spesa out of pocket a 33 mld nel 2014, 1 mld in più in un anno. Il 54% degli italiani indica come priorità del welfare la riduzione liste di attesa

***Cresce la paura degli italiani, il 63,4% si dichiara insicuro rispetto alla copertura sanitaria futura. Si allungano le attese nel pubblico e si amplia il ricorso al privato, che ormai coinvolge anche i redditi bassi: sono oltre 9 milioni gli italiani che hanno effettuato visite specialistiche nel privato a pagamento intero. È quanto emerge da una ricerca Censis-Rbm Salute, presentata oggi al Welfare Day. [IL DOCUMENTO](#)***

Ansia crescente per la salute. Un miliardo di euro in più in un anno uscito dalle tasche degli italiani, per un totale di 33 miliardi nel 2014 (+2% rispetto all'anno precedente). A tanto ammonta la **spesa sanitaria out of pocket**. Mentre la spesa sanitaria pubblica supera i 110 miliardi di euro. Ma tutto ciò non cura l'incertezza degli italiani sulla salute. Il 63,4% si dichiara insicuro rispetto alla copertura sanitaria futura (il 77,1% al Sud, il 74,3% delle famiglie monogenitoriali, il 67% delle coppie con figli). E il 54% degli italiani indica come priorità del welfare la riduzione delle liste di attesa (il 62,6% dei 29-44enni, il 59,1% dei residenti al Sud). È quanto emerge da una ricerca Censis-Rbm Salute, presentata questa mattina a Roma al Welfare Day.

**Peggiorano le liste di attesa.** Mentre cresce la paura, il servizio sanitario pubblico è sempre più intasato. Nell'ultimo anno si sono allungate le liste di attesa: 20 giorni in più per una risonanza magnetica al ginocchio (da 45 a 65 giorni), 12 giorni in più per una ecografia dell'addome (da 58 a 71 giorni), 10 giorni in più per una colonscopia (da 69 a 79 giorni).

**Perché il privato diventa conveniente.** Una colonscopia senza biopsia nel pubblico costa mediamente 56 euro di ticket e richiede 3 mesi di attesa (fino a un massimo di 6 mesi nel Centro Italia) oppure costa 224 euro nel privato con una settimana di attesa: il costo a carico del cittadino è di 28 euro per ogni giornata in meno di attesa. Una risonanza magnetica al ginocchio nel pubblico richiede un ticket di 63 euro e 74 giorni di attesa, 142 euro di costo nel privato con soli 5 giorni di attesa. Sono 22 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto almeno un accertamento specialistico (radiografia, ecografia, risonanza magnetica, Tac, elettrocardiogramma, pap-test, ecc.): 5,4 milioni hanno pagato per intero la prestazione (1,7 milioni di questi sono persone a basso reddito). E sono 4,5 milioni gli italiani (di cui 2,8 milioni a basso reddito) che hanno dovuto rinunciare ad almeno una prestazione. Pagare diventa per tutti, anche per le persone con redditi bassi, la condizione per accedere alla prestazione in tempi realistici.

**Il costo sociale ed economico delle liste di attesa.** Oltre 9 milioni di italiani hanno effettuato visite specialistiche nell'ultimo anno nel privato a pagamento intero (2,7 milioni di questi sono persone a basso reddito). Puglia e Campania sono le due regioni in cui è più alto il ricorso agli specialisti privati. È questo uno degli esiti della lunghezza delle liste di attesa: 69 giorni in media per una visita oculistica con ticket di 42 euro nel pubblico contro 6 giorni di attesa nel privato con pagamento intero per 102 euro, 58 giorni di attesa per una visita cardiologica nel pubblico e 5 giorni nel privato (con un costo di 42 euro nel pubblico e di 108 euro nel privato), 48 giorni per una visita ortopedica nel pubblico e 5 giorni nel privato (32 euro di ticket e più del triplo nel privato), 38 giorni per una visita ginecologica nel pubblico e 5 giorni nel privato (31 euro di ticket e 103 euro nel privato). Chi riesce ad andare dallo specialista è soddisfatto: assegna un voto medio di 8,2 su 10 (e il 72,4% degli utenti dà una voto pari ad almeno 8).

**Riabilitazione in tempi rapidi? Solo nel privato.** Oltre 4 milioni di italiani si sono sottoposti a trattamenti di riabilitazione nell'ultimo anno. Con riferimento all'ultimo ciclo terapeutico, il 54% ha pagato per intero, il 16% ha pagato il ticket e il 30% era esentato. Anche tra le persone a basso reddito il 27,3% ha pagato per intero la prestazione. Il costo medio è di 37 euro per una prestazione di riabilitazione motoria nel privato (con soli 4 giorni di attesa) e di 7 euro di ticket (ma con un mese di attesa). Stando così le cose, 1,5 milioni di italiani hanno rinunciato a fare la riabilitazione (di questi, 934.000 perché costava troppo).

**Dove le differenze tra pubblico e privato si stemperano.** Per le analisi di laboratorio, pubblico o privato pari sono, perché comunque si paga e si aspetta più o meno lo stesso tempo. Per l'analisi dell'emocromo completo i tempi di acceso e i costi sono ormai quasi equivalenti: 7 euro di ticket e 10 euro di costo nel privato. Insomma, si paga sempre, ma l'accesso è molto rapido, come hanno constatato i 29,6 milioni di italiani che hanno fatto esami del sangue nell'ultimo anno.

**E l'intramoenia non aiuta.** Il servizio privato all'interno delle strutture pubbliche ha costi di solito superiori al privato puro e tempi di attesa più lunghi. Una visita cardiologica costa in media 113 euro con 7 giorni di attesa in intramoenia, 108 euro e 5 giorni di attesa nel privato. Una risonanza magnetica del ginocchio senza contrasto costa in intramoenia 152 euro con 11 giorni di attesa, 142 euro con 5 giorni di attesa nel privato puro. Una prima visita oculistica costa 105 euro con 12 giorni di attesa in intramoenia, 102 euro con 6 giorni di attesa nel privato puro.

# quotidiano**sanità**.it

Martedì 09 GIUGNO 2015

## Patto della Salute. De Filippo fa il punto alla Camera: "Per i nuovi Lea si è in attesa delle proposte delle Regioni e del parere del Mef"

***Quanto poi al Patto sanità digitale, il testo è stato inviato il 29 maggio alla Conferenza Stato Regioni per l'approvazione. Per l'approvazione dei nuovi ticket sarà invece necessaria una modifica legislativa delle disposizioni vigenti. Il Piano nazionale della cronicità verrà inviato nei prossimi giorni in Stato Regioni. Così il sottosegretario alla Salute ha fatto il punto sull'attuale situazione rispondendo ad un'interrogazione di Giulia Grillo (M5S).***

Il sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo**, è intervenuto questa mattina in Aula alla Camera per rispondere ad un'interrogazione presentata dalla capogruppo del M5S in commissione Affari Sociali, **Giulia Grillo**, concernente chiarimenti circa i ritardi relativi all'attuazione del Patto per la salute, con particolare riferimento al Patto per la sanità digitale. De Filippo, passando per punti in rassegna diversi punti contenuti e programmati all'interno del Patto, ha spiegato che, per quanto riguarda il **Patto per la sanità digitale**, lo scorso 29 maggio il testo è stato trasmesso alla segreteria delle onferenza Stato-regioni e alla Presidenza del Consiglio dei ministri, affinché venga sottoposto all'esame della stessa Conferenza nella prima seduta utile per la sua approvazione.

Sui **nuovi ticket**, invece, il gruppo di lavoro ha formulato una proposta che introduce nuovi sistemi di calcolo delle quote di partecipazione per le prestazioni di assistenza specialistica e farmaceutica, graduando l'importo delle quote da pagare in relazione alla condizione reddituale del nucleo familiare fiscale dell'assistito, con esclusione degli esenti per patologia. Per renderli operativi, però, sarà prima necesaria una modifica legislativa delle disposizioni vigenti, "che in uno dei primi interventi legislativi coerenti in termini di materia verrà proposto".

Passando all'**aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza**, il Ministero della salute, ha spiegato il sottosegretario, "è in attesa delle osservazioni e delle proposte di integrazione che le regioni intendono formulare sul testo nonché delle loro valutazioni circa la sostenibilità economico-finanziaria complessiva dell'intervento, nonché del parere del Ministero dell'economia e delle finanze".

Quanto al **regolamento che definisce, invece, i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi degli ospedali**, De Filippo ha ricordato che il testo è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4 giugno ultimo scorso.

Per quanto attiene, invece, al **piano nazionale della cronicità**, "il testo - ha chiarito De Filippo - è stato predisposto da un gruppo redazionale ristretto, coordinato dal Ministero della salute, e, nei prossimi giorni, sarà diramato alle regioni e alle province autonome per raccogliere le loro osservazioni, ai fini della formalizzazione della proposta in sede di Conferenza Stato-regioni".

In ordine, invece, alle iniziative attuative dell'**articolo 22 del Patto per la salute riguardante il tema delle risorse umane e del personale**, "comunico che è stato istituito, nei termini previsti dal Patto, il tavolo politico di confronto, che si è riunito in più occasioni per affrontare in modo adeguato la complessità di questa materia, che costituisce l'oggetto della bozza di un disegno di legge recante una delega del Parlamento - ha detto il sottosegretario -. Tuttavia, com'è noto, oltre alla oggettiva e indiscussa complessità della materia, i lavori di confronto si sono rallentati anche per le recenti consultazioni elettorali, e si auspica, pertanto, che a breve si possa riprendere il lavoro già avviato e che ha prodotto alcuni documenti, seppure ancora in bozza".

Sull'**attività transfrontaliera** si è proceduto alla formazione di diversi sottogruppi di lavoro, ma, l'elaborazione delle distinte linee guida da parte dei rispettivi sottogruppi di riferimento, è ancora in via di perfezionamento.

**Questa la risposta integrale di De Filippo:** "In merito alle tempistiche relative all'adozione del Patto per la sanità digitale, si rammenta che l'articolo 15, comma 1, dell'intesa Stato-regioni del 10 luglio 2014 prevede che il Governo e le regioni concordino, entro trenta giorni dall'intesa, un Patto per la sanità digitale. È stato, pertanto, predisposto il testo del Patto per la sanità digitale oggetto di condivisione con l'Agenzia per l'Italia digitale e con le regioni, attraverso specifici incontri che si sono tenuti. Questo documento è stato inviato al Ministero dell'economia e delle finanze per la preventiva condivisione tecnica. Non essendo stata rappresentata dalle amministrazioni coinvolte alcuna osservazione, il documento sta attualmente seguendo l'iter per l' approvazione definitiva.

In particolare, comunico che il Ministero della salute, in data 29 maggio 2015, ha trasmesso il testo del Patto alla segreteria della Conferenza Stato-regioni e alla Presidenza del Consiglio dei ministri, affinché venga sottoposto all'esame della stessa Conferenza nella prima seduta utile. Pertanto, il Patto non è ancora disponibile sul sito istituzionale del Ministero della salute e non lo sarà fintanto che non verrà approvato dalla Conferenza.

Per quanto attiene alla nuova disciplina della partecipazione alla spesa sanitaria, cioè dei ticket, il gruppo di lavoro, composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, delle regioni e dell'Agenas, ha formulato una proposta che introduce nuovi sistemi di calcolo delle quote di partecipazione per le prestazioni di assistenza specialistica e farmaceutica, graduando l'importo delle quote da pagare in relazione alla condizione reddituale del nucleo familiare fiscale dell'assistito, con esclusione degli esenti per patologia. Per la traduzione operativa di tutto questo lavoro, che il gruppo ha definito, è, tuttavia, necessaria una modifica legislativa delle disposizioni vigenti, che in uno dei primi interventi legislativi coerenti in termini di materia verrà proposto.

Relativamente, invece, all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, lo schema di decreto è stato presentato alle regioni e alle province autonome nel mese di gennaio 2015 ed è stato sottoposto alle valutazioni del Ministero dell'economia e delle finanze. Il Ministero della salute è in attesa delle osservazioni e delle proposte di integrazione che le regioni intendono formulare sul testo nonché delle loro valutazioni circa la sostenibilità economico-finanziaria complessiva dell'intervento, nonché del parere del Ministero dell'economia e delle finanze.

Quanto al regolamento che definisce, invece, i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi degli ospedali, ricordo che il medesimo è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4 giugno ultimo scorso.

Per quanto attiene, invece, al piano nazionale della cronicità, il testo è stato predisposto da un gruppo redazionale ristretto, coordinato dal Ministero della salute, e, nei prossimi giorni, sarà diramato alle regioni e alle province autonome per raccogliere le loro osservazioni, ai fini della formalizzazione della proposta in sede di Conferenza Stato-regioni.

In ordine, invece, alle iniziative attuative dell'articolo 22 del Patto per la salute, comunico che è stato istituito, nei termini previsti dal Patto, il tavolo politico di confronto, che si è riunito in più occasioni – mi riferisco a tutto il tema delle risorse umane e del personale – per affrontare in modo adeguato la complessità di questa materia, che costituisce l'oggetto della bozza di un disegno di legge recante una delega del Parlamento.

Tuttavia, com'è noto, oltre alla oggettiva e indiscussa complessità della materia, i lavori di confronto si sono rallentati anche per le recenti consultazioni elettorali, e si auspica, pertanto, che a breve si possa riprendere il lavoro già avviato e che ha prodotto alcuni documenti, seppure ancora in bozza.

Quanto all'adozione delle linee guida sulla mobilità transfrontaliera, si rappresenta che, in ottemperanza delle disposizioni contenute nell'articolo 19, comma 3, del decreto legislativo n. 38 del 2014 e nell'articolo 2, comma 1, del Patto per la salute, è stata ravvisata l'esigenza di istituire un gruppo di lavoro ad hoc, composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, dell'Agenas e delle regioni e province autonome, per procedere ad una stesura condivisa delle linee guida. In data 21 gennaio 2015, è pervenuta l'ultima designazione relativa a coloro che andranno a comporre questo gruppo di lavoro. A fine gennaio, è stato redatto e diramato dal Ministero il provvedimento di costituzione del gruppo, il quale si è riunito, per la prima volta, in data 23 febbraio 2015.

Per la complessità delle materie sull'attività transfrontaliera da esaminare, è stata ravvisata l'esigenza di procedere alla formazione dei seguenti sottogruppi di lavoro: quello relativo all'articolo 4 (legislazione nazionale, standard e orientamenti di qualità e di sicurezza nazionali, normativa europea in materia di standard di sicurezza); quello relativo all'articolo 5 (garanzie e mezzi di tutela dei pazienti in un altro Stato membro); quello dell'articolo 7, commi 6 e 7 (elementi informativi presenti nel nuovo Sistema informativo sanitario); quello dell'articolo 8, commi 6 e 7 (principi generali per il rimborso dei costi); quello dell'articolo 9,

commi 2, 5 e 6 (assistenza sanitaria soggetta ad autorizzazione preventiva e relativi provvedimenti di diniego); quello relativo all'articolo 10 (procedure amministrative riguardanti domande di autorizzazione, istanze di verifica e domande di rimborso); quello relativo all'articolo 11 (sistema comunitario di informazione del mercato interno); quello dell'articolo 12 (riconoscimento delle prescrizioni rilasciate da uno Stato membro); e quello relativo all'articolo 19 (differenza tra regolamento (CE) n. 883/2004 e direttiva 2011/24/UE). Quindi, sono stati costituiti questi sottogruppi. Ad oggi, l'elaborazione delle distinte linee guida suddette, da parte dei rispettivi sottogruppi di riferimento, è ancora in via di perfezionamento. Nel merito delle ulteriori questioni sollevate, continuo fornendo le seguenti informazioni. Relativamente alla prevista istituzione di un osservatorio ad hoc per monitorare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria nelle isole minori (articolo 5, comma 23, del Patto per la salute), è stato istituito, il 19 novembre 2014, il gruppo di lavoro, a cui è stato affidato il compito di predisporre la proposta di un modello di osservatorio nazionale per la verifica dell'assistenza sanitaria nelle piccole isole. Il gruppo di lavoro si è insediato il 3 dicembre 2014 e ha concluso i lavori con la predisposizione di un documento di proposta di modello dell'osservatorio. Il documento e il relativo accordo di recepimento, di cui costituirà parte integrante, sono attualmente in fase di definizione. Con riguardo alla realizzazione del documento di cui all'articolo 1, comma 8, del Patto per la salute 2014-2016, si rappresenta che è stata avviata, in accordo con le regioni, l'aggiornamento del DM 12 dicembre 2012 riguardante il Sistema di garanzia per il monitoraggio dei livelli di assistenza, così come previsto dall'articolo 10, comma 7, del Patto per la salute. L'obiettivo del lavoro è quello di definire un unico sistema di monitoraggio e di valutazione per tutte le regioni e le province autonome, che metta in relazione i livelli essenziali di assistenza con le dimensioni da monitorare, che sarebbero quelle della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza, della sicurezza, dell'equità e della centralità del paziente. La descritta attività si trova in stretta relazione con quelle previste dall'articolo 1, comma 8, del Patto per la salute. Il documento di proposta ivi previsto atto ad implementare un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale è attualmente in fase di elaborazione.

Infine, con riguardo alla continuità assistenziale, intesa come integrazione tra le reti assistenziali ospedaliera, territoriale e dell'emergenza, si rappresenta che la stessa è strettamente correlata all'organizzazione del territorio che, attualmente, dispone, secondo la normativa vigente (Patto per la Salute e cosiddetto decreto Balduzzi), l'individuazione di forme riorganizzative mono-professionali (AFT) e multi-professionali (UCCP), la cui fattiva attuazione, come si nota da un dibattito che è molto vivo in questi giorni anche sulla stampa, è strettamente legata alla stipula dell'accordo collettivo nazionale della medicina generale e della pediatria di libera scelta. Un lavoro delicato, di tanti soggetti in campo, sul quale il Ministero della salute sta intervenendo con un'attività di mediazione quotidiana".

## Infarto. Riabilitazione, disparità tra le regioni

**Molti pazienti, mesi dopo la malattia, interrompono le cure convinti di essere guariti. Altri però sono assistiti male**

**Roma.** La sopravvivenza dopo un evento cardiovascolare improvviso e debilitante come l'infarto dovrebbe convincere i pazienti a mantenere per sempre un sano stile di vita, ma non è così. Molti di loro dimenticano questo campanello d'allarme e non seguono le raccomandazioni dei cardiologi. Ogni anno in Italia i ricoverati per infarto al miocardio sono più di 120mila. Grazie a una rete di interventi tempestivi sono diminuite le morti in ospedale ma sono aumentate quelle ad un anno dalla dimissione per un secondo infarto, perché numerosi pazienti interrompono la terapia convinti di essere guariti o perché non ne sopportano gli effetti collaterali, ma anche come conseguenza della crisi economica.

Ci sono Asl che hanno drasticamente limitato la rimborsabilità di alcuni farmaci a favore di altri meno costosi e non sempre efficaci. Inoltre, è stato ridotto l'accesso a visite specialistiche e a controlli diagnostici, creando così un'assistenza diversa da regione a regione. Un recente studio internazionale (Improve-It) ha dimostrato che nei post-infartuati con sindrome coronarica acuta, il colesterolo Ldt (quello cattivo per intenderci) non va ridotto ma abbattuto sotto la soglia di sicurezza (70 mg/dL) con corrette abitudini alimentari e farmaci adeguati. Una raccomandazione rivolta ai pazienti, ma anche ai medici curanti. (G.C.S.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Notizie dalle Province



## Mancato invio delle ricette online sulle sanzioni non decide il Tar

### Il caso

Il tribunale amministrativo: difetto di giurisdizione tocca al giudice ordinario

**Sabato Leo**

Ricette online, decide il giudice civile. La controversia giudiziaria, ingaggiata contro l'Asl dalla Federazione medici di medicina generale e dallo Snamì sulle sanzioni per il mancato invio telematico delle prescrizioni mediche, è stata presa in esame dal Tar, che, però, ha dichiarato il suo difetto di giurisdizione. Secondo le sentenze, infatti, i sindacati dei medici ricorrenti si sono rivolti al giudice sbagliato, cioè quello amministrativo e non quello ordinario.

Il Tribunale amministrativo regionale (prima sezione) non è entrato nel merito delle presunte illegittimità, denunciate dai separati ricorsi dello Snamì e della Fimmg, sul deliberato n. 1135 del direttore generale dell'ente sanitario, Antonio Squillante, emanato il 2 dicembre del

2014. Il Tar ha trasferito il contenzioso al Tribunale civile. Contestualmente, il Tribunale di piazza San Tommaso d'Aquino ha indicato nell'autorità giudiziaria ordinaria il giudice nazionale fornito di giurisdizione in materia. Di conseguenza, i sindacati dei medici potranno riassumere i giudizi davanti al Tribunale civile entro il termine perentorio di tre mesi dal passaggio in giudicato dei verdetti del Tar.

Sotto accusa era finito il deliberato del diggì Squillante che istituiva due nuove voci economiche dello stipendio nell'ambito del contratto per i medici di assistenza primaria. In particolare, i distretti sanitari sono incaricati di calcolare le percentuali di ricette inviate rispetto alle ri-



### Il manager

Ricorso presentato da due sindacati contro la decisione del diggì Squillante

cette prescritte e di assegnare l'indennità (fissa di 73,72 euro mensili) o di applicare la riduzione ai medici di competenza (1,15% sul compenso complessivo relativo al mese cui si riferisce l'inadempimento).

Lo Snamì e la Fimmg avevano affermato che l'Asl aveva erroneamente interpretato e applicato le fonti giuridiche disciplinanti la materia, disponendo che, in caso di inadempimento (trasmissione delle ricette in numero inferiore all'80%), non venisse corrisposta l'indennità mensile ma applicata la sanzione della riduzione del trattamento economico. Per il periodo da ottobre 2012 ad agosto 2013 risultano aver soddisfatto la condizione 275 medici per l'importo di circa 139mila euro. Per il periodo settembre 2013-ottobre 2014, invece, sono coinvolti tutti i medici per l'importo di circa 494mila euro e la riduzione complessiva di circa 391mila euro, tenuto conto che 50 medici non hanno fatto nessun invio nel periodo. Il primo ricorso era stato presentato dallo Snamì mentre il secondo dalla Fimmg in persona del legale rappresentante pro tempore, il segretario generale Francesco Benevento, in proprio e quale medico di base convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, e Vito Di Maio, quale medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale.

Caos al Ruggi: in tre anni nominati invano due dirigenti e un consulente per verificare i tempi

# Liste d'attesa, la guerra dei supermanager

I pasticci della burocrazia  
l'incarico della Lenzi  
fu revocato da Viggiani

Liste d'attesa e caos burocrazia. Dal 2013 ad oggi si sono succeduti due dirigenti per la verifica degli accessi sulle prestazioni sanitarie (liste d'attesa comprese), si è aggiunto un consulente e si è trasferito un altro dirigente, affidandogli un ruolo amministrativo: questi ultimi due in arrivo entrambi dalla Asl Napoli 2 nord. Eppure, le commissioni di esperti della dirigenza sulla materia, ben due, sono state nominate dal direttore generale del Ruggi, Vincenzo Viggiani, soltanto dopo l'inchiesta della Procura sul caso dei presunti pagamenti per interventi di neurochirurgia. È quanto denuncia il Sapmi (Sindacato autonomo del comparto e degli infermieri e medici) attraverso il proprio rappresentante, Carmine De Chiaro: «Si nominano commissione di esperti quando l'esperto già c'è». Qualcosa, dunque, nel sistema davvero non va come dovrebbe. Come emerge anche dalle indagini svolte nelle ultime settimane dai carabinieri del reparto operativo del comando provinciale.



## Successione

In alto il direttore generale del Ruggi Viggiani  
In basso il suo predecessore Lenzi

La sanità In tre anni nominati due dirigenti e un consulente per verificare l'accesso agli interventi. Ma il caos non si è fermato

# Liste d'attesa, la guerra dei supermanager

L'incarico della Lenzi  
revocato da Viggiani  
che si affida a un esterno

**Petronilla Carillo**

Liste d'attesa e caos burocrazia. Dal 2013 ad oggi si sono succeduti due dirigenti per la verifica degli accessi sulle prestazioni sanitarie (liste d'attesa comprese), si è aggiunto un consulente e si è trasferito un altro dirigente, affidandogli un ruolo amministrativo: questi ultimi due in arrivo entrambi dalla Asl Napoli 2 nord. Eppure, le commissioni di esperti della dirigenza sulla materia, ben due, sono state nominate dal direttore generale del Ruggi, Vincenzo Viggiani, soltanto dopo l'inchiesta della procura sul caso dei presunti pagamenti per interventi di Neurochirurgia. È quanto denuncia il Sapmi (Sindacato autonomo del comparto e degli infermieri e medici) attraverso il proprio rappresentante, Carmine De Chiaro: «si nominano commissione di esperti quando l'esperto già c'è». Qualcosa, dunque, nel sistema davvero non va come dovrebbe. Come emerge anche dalle indagini svolte nelle ultime settimane dai carabinieri del reparto operativo del comando provinciale.

Ma ricostruiamo l'intero iter burocratico. Già nel 2012 l'ex dirigente Elvira Lenzi aveva nominato una commissione di esperti mista di dirigenti medici e capi di dipartimento mal'in-

**Le scelte**  
Il nuovo  
esperto  
confermato  
per due anni  
ma affiancato  
da un tecnico  
informatico

toppo, secondo quanto denuncia De Chiaro, consisteva nel fatto che molti di loro erano al tempo stesso controllori e controllati in merito alle liste d'attesa. Con l'arrivo di Viggiani, il primo atto del nuovo dg è stato l'annullamento della delibera con la quale la Lenzi conferiva l'incarico di dirigente medico addetto alla verifica degli accessi sulle prestazioni sanitarie e delle strutture complessa dei sistemi informatici aziendali, a Gerardo Liguori. Un atto «necessario» secondo il nuovo dirigente, in quanto l'incarico era stato affidato ad una persona che non aveva i requisiti di legge previsti. Così a gennaio del 2014 avviene un nuovo conferimento di incarico e si precisa che è stato scelto Versace in quanto, nel suo precedente incarico in materia, «aveva dato prova di indubbie capacità» riuscendo ad «implementare

il nuovo sistema informativo aziendale nel rispetto del cronoprogramma concordato con la direzione generale, con un risparmio della spesa strutturale di 267.917 euro dal 2012» avendo interrotto i contratti con le precedenti ditte manutentrici e di aver ottenuto un finanziamento da un milione e 920 mila euro. Per tutti questi motivi, dunque, viene scelto Giuseppe Versace che, di fatto, non è un dipendente del Ruggi ma un consulente. Però ha i titoli necessari: è difatti un analista informatico. La sua retribuzione, per il solo 2014, è di 49.109,16 euro. Un ritorno quello di Versace, fatto fuori dalla Lenzi e sostituito, a scadenza del contratto nel luglio del 2012 con l'ingegnere Imma Orilio, in convenzionamento con la Asl Napoli 2 nord. Contratto, questo, da 32 mila euro.

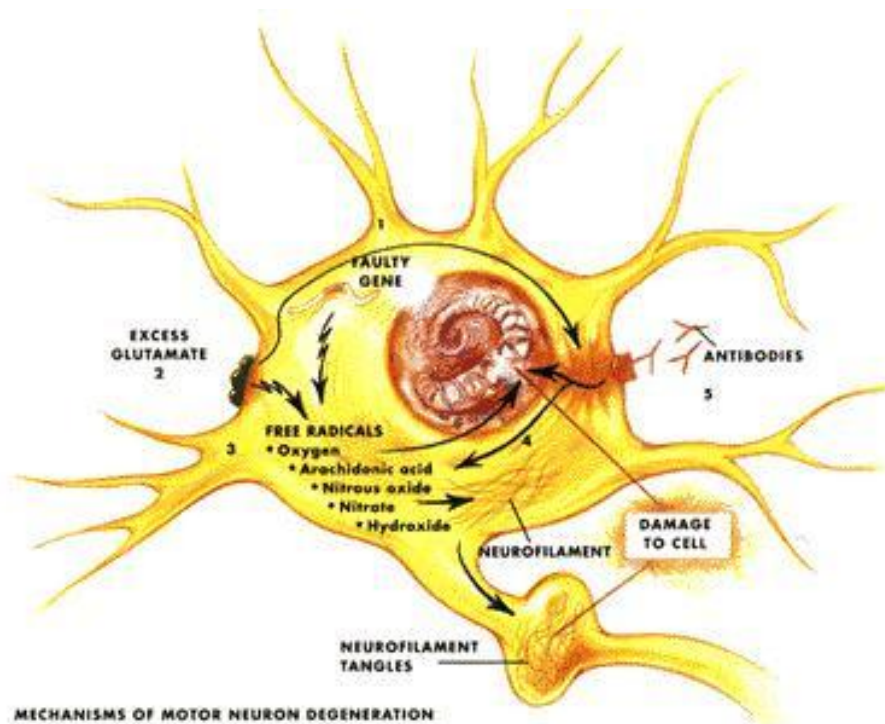
Versace viene poi riconfermato, nella stessa delibera di nomina, anche per il 2015 e il 2016 con parcelle diverse: 53.201,59 euro per ciascun anno. In affiancamento a Versace viene autorizzato il trasferimento dalla Asl Napoli 2 nord al Ruggi di un dirigente informatico, Vito Morena. Nella delibera con la quale si autorizza il trasferimento, il direttore generale non indica la spesa la quale resta in bianco nel frontespizio del modello senza alcuna precisazione «nessun onere». Morena, del resto, è dipendente a tempo indeterminato ma «viene trasferito - precisa De Chiaro - per ricoprire un ruolo di dirigente che è già coperto da Versace». «Lo stesso dirigente - rincara la dose il sindacalista - capovolgendo ruolo e giustifica di ingresso senza un pubblico avviso, viene nominato dirigente amministrativo e di recente è anche stato inserito nella commissione di gara d'appalto per la realizzazione della struttura di medicina legale a Mercato San Severino a scavalco di un dirigente amministrativo e del provveditorato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



# quotidianos<sup>sanità</sup>.it

Lunedì 08 GIUGNO 2015

## Tumore al seno. Con nuovo test genetico si evitano chemioterapie inutili in 1 donna su 3

***Questi i risultati preliminari del primo studio prospettico condotto in Italia dall'Università Campus Bio-Medico di Roma. Il nuovo test genetico che indaga i 50 geni maggiormente implicati nella progressione neoplastica, si basa sull'analisi molecolare dell'RNA isolato dal tessuto tumorale mammario asportato.***

La capacità di predire le possibilità di recidiva del tumore mammario permette di evitare a circa 1 donna su 3 di sottoporsi a chemioterapia. Sono i risultati preliminari del primo studio prospettico, condotto in Italia dall'Università Campus Bio-Medico di Roma attraverso un nuovo test genetico che indaga i 50 geni maggiormente implicati nella progressione neoplastica. I dati sono stati presentati lunedì 8 giugno nell'Aula Magna della stessa Università da **Giuseppe Perrone**, Associato di Anatomia Patologica del Campus Bio-Medico di Roma, nel corso di un workshop, al quale ha partecipato, tra gli altri, **Aleix Prat**, direttore del Dipartimento di Oncologia dell'Ospedale di Barcellona, che da anni studia le basi molecolari del carcinoma mammario.

“Dal 1° giugno 2014 – ha spiegato Perrone – sono stati analizzati 49 casi di carcinomi mammari tramite il test in dotazione al Campus Bio-Medico e i risultati sono stati confrontati con la metodica tradizionale di classificazione dei carcinomi mammari basata su dati immunoistochimici. L'esperienza ha mostrato che nel 30% delle pazienti (15/49) il test ha dato risultati diversi rispetto a quelli ottenuti con metodo tradizionale, permettendo all'oncologo di considerare il solo trattamento ormonale, evitando un trattamento chemioterapico ingiustificato a fronte di una modestissima possibilità di recidiva del tumore”. “Sono risultati ancora preliminari, ma grazie ad una raccolta fondi già avviata contiamo di proseguire il trial su altre 450 donne. Se si confermeranno, questi dati potranno aprire nuove prospettive di diagnosi e cura del tumore mammario”, conclude Perrone.

Secondo lo studio retrospettivo NEMESI, condotto in 63 centri italiani e pubblicato su *BMC Cancer* nel 2012, 58 donne su 100 con un pregresso carcinoma mammario sono state sottoposte a chemioterapia adiuvante, ma nel 25% di questi casi, al termine del percorso terapeutico, è emerso che il trattamento non serviva. Applicando queste percentuali al numero delle donne italiane con diagnosi di carcinoma mammario, ovvero 522.235 (stima per l'anno 2006 contenuta nei dati Aiom 2013), si arriva alla conclusione che più di 75mila donne, nel nostro Paese, hanno effettuato una chemioterapia che poi si è rivelata non necessaria. Con un costo di poco inferiore al miliardo di euro, al netto della spesa per i test genetici.

“Fino ad oggi – spiega **Giuseppe Tonini**, Responsabile dell'UOC di Oncologia del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico – con l'analisi dei fattori clinici e anatomopatologici tradizionali era possibile identificare soprattutto pazienti con rischio molto alto o molto basso di recidiva tumorale al seno. Restava, tuttavia, una consistente fascia di persone con rischio intermedio a cui, spesso, l'oncologo era costretto a proporre la chemioterapia precauzionale. Con il nuovo test molecolare ora a disposizione, avremo la possibilità di ottenere un'ulteriore e accurata sottostratificazione di queste donne, così da poter ridurre il numero di casi da sottoporre a chemioterapia. Le informazioni che fornisce il nuovo test, peraltro, si confermano rilevanti dal punto di vista prognostico anche fino a 10 anni dall'insorgenza della neoplasia”.

### **Come funziona il test**

Questo tipo di test diagnostico, disponibile in Italia solo presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, è dotato di certificazione europea (CE-IVD) e dell'Agenzia americana del farmaco (FDA). È rivolto alle pazienti operate di tumore al seno con diagnosi in post-menopausa, di carcinoma mammario invasivo, recettori

ormonali positivi e linfonodi loco-regionali negativi o positivi (da 1 a 3). Si basa sull'analisi molecolare dell'RNA isolato dal tessuto tumorale mammario asportato. È l'unico esame in grado di classificare i tumori al seno in quattro classi molecolari e, contemporaneamente, di valutarne la categoria di rischio di recidiva a 10 anni.

La metodica – spiega **Francesca Zalfa**, Associato di Biologia Applicata Università Campus Bio-Medico di Roma – è, peraltro, altamente sensibile, permettendo di studiare direttamente le molecole di RNA estratte dal tumore della paziente, evitando di eseguire molteplici fasi di manipolazione enzimatiche altrimenti necessarie con i sistemi di analisi oggi esistenti. In questo modo, oltre che più veloce – perché le fasi di lavorazione diminuiscono – il processo di analisi è anche meno soggetto a errori o interferenze. Il test, inoltre, può essere effettuato su tutti i tessuti post-operatori derivanti dalla neoplasia mammaria, rendendo di fatto potenzialmente valutabili tutte le pazienti operate.

## **Diabete. Scoperto un altro tipo di cellule che subisce danni nel pancreas dei malati**

**Milano.** Non solo le cellule beta del pancreas: anche le "delta" subiscono un danno nei malati di diabete. Lo ha scoperto il gruppo di Franco Folli dell'Università americana del Texas, in uno studio condotto in stretta collaborazione con i team di Carla Perego dell'Università degli Studi di Milano e di Stefano La Rosa dell'ospedale di Circolo di Varese. Il lavoro è pubblicato su *Diabetologia*.

La ricerca si è focalizzata sulle isole del Langerhans, una piccola popolazione di cellule endocrine che abitano nel pancreas e sono essenziali per il controllo degli zuccheri. È noto da tempo – ricordano dalla Statale milanese – che lo sviluppo del diabete di tipo 2 si caratterizza dalla progressiva disfunzione e morte delle cellule beta pancreatiche, localizzate nelle isole e responsabili della sintesi e del rilascio di insulina. Ora, per la prima volta, il nuovo studio chiama in causa anche le cellule delta, il cui ruolo, affermano gli esperti, «è ancora in gran parte da esplorare».

## Pianeta sanità

Per prevenire  
l'ipertensione  
si comincia  
dal giro-vita

GIUSEPPE DEL BELLO

**S**INDROME metabolica e giro-vita. Il significato della prevenzione racchiuso in queste due parole.

Per difendere il proprio sistema cardio-circolatorio, bisogna tenere a bada la circonferenza dell'addome (nell'uomo non deve superare i 102 cm e nella donna gli 88).

La minacciosa sindrome riguarda un terzo degli adulti, si sta diffondendo fra bambini e adolescenti a causa del junk food (cibo spazzatura, come snack, bibite zuccherine e hamburger) e, soprattutto, fa aumentare del 50 per cento il rischio di infarti e ictus.

Nasce da questi dati l'iniziativa "Un metro per la vita" che si è conclusa domenica in 16 città italiane in occasione della prima Giornata nazionale dedicata alla sindrome metabolica e ai fattori di rischio cardiovascolari: specialisti della Società italiana di Medicina interna (Simi)

e della Federazione associazioni dirigenti ospedalieri (Fadoi) hanno fatto visite gratuite e distribuito un metro per misurare il girovita.

«Abbiamo voluto sensibilizzare la popolazione sulla sindrome caratterizzata in uno stesso paziente di più condizioni o fattori di rischio — spiega Maria D'Avino, responsabile dell'Unità Ipertensione al Cardarelli e segretario regionale Fadoi — per patologie cardiovascolari e diabete. Glicemia, trigliceridi, pressione e colesterolo fuori dalla norma, oltre al girovita sono gli altri quattro parametri della sindrome basta averne tre su cinque fuori posto per fare la diagnosi, semplice e veloce. Nell'ordine, la pressione minima superiore a 85 e/o la massima più alta di 130 (oppure essere già in trattamento antipertensivo); glicemia a digiuno superiore a 100 mg/dl; trigliceridi oltre 150; colesterolo buono Hdl inferiore a 40 nell'uomo o 50 nella donna».

Il pieghevole a sei facciate, ha infine an-



che una sezione che riporta in sintesi i risultati delle valutazioni cliniche effettuate, una sorta di vademecum che accompagnerà il paziente nel percorso stabilito dallo specialista per effettuare la giusta prevenzione.

Nel gazebo allestito in piazza Vanvitelli personale medico e infermieristico ha praticato misurazioni della pressione, della glicemia e della circonferenza addominale a più di 300 soggetti. Oltre l'80 per cento degli intervistati non conosce per niente o solo in parte, la sindrome metabolica ed il rischio cardiovascolare correlato.

Tutti questi dati serviranno a validare scientificamente, i numeri della diffusione e le caratteristiche della sindrome metabolica nel nostro paese.



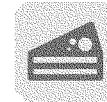
**33 per cento** degli italiani dai 35 ai 74 anni consuma una quantità di verdura e di pesce adeguata



**LARN**  
La sigla indica, in pratica, le quantità giuste dei vari alimenti da assumere nella settimana



**11 per cento** Gli uomini che seguono abitudini alimentari sane. Le donne sono oltre il doppio (24%)



**14 per cento** degli uomini e 15 per cento delle donne non eccede nel consumo di dolci

**Lo studio.** Al congresso dei medici cardiologi ospedalieri presentato l'Atlante sulla Salute degli italiani. Solo un terzo consuma verdure e pesce nelle dosi suggerite, meglio per frutta e formaggi. Molti eccessi con i dolci

# Rispettare le regole per un cuore sano

ALESSANDRAMARGRETH

**L**A SALUTE del cuore passa anche dalla tavola. Ma non sempre le buone regole vengono rispettate, e gli italiani sono ancora esposti al rischio di malattie cardiovascolari. L'allerta viene dal Primo Atlante sulla Salute Cardiovascolare degli Italiani in lingua inglese. La ricerca è stata presentata all'Expo di Milano, al termine del congresso nazionale Anmco, l'Associazione dei Medici Cardiologi Ospedalieri. All'iniziativa ha preso parte anche l'Istituto Superiore di Sanità.

Quattro anni (2008-2012) passati sotto la lente d'ingrandimento per verificare se si sono rispettate le raccomandazioni su alimenti e porzioni indicate dai Larn (Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia). Risultato, solo un terzo degli italiani dai 35 ai 74 anni consuma una quantità di verdura e di pesce adeguati. Meglio i consumi di frutta e formaggi. Ma questo è un Paese di golosi: solo il 14% degli uomini e 15% donne mangia dolci nella giusta misura. Da notare alcune differenze di genere: l'11% degli uomini e ben il 24% delle donne segue un comportamento alimentare considerato sano.

Un capitolo a parte ha fatto luce sulle abitudini degli anziani dai 75 ai 79 anni: la grande maggioranza di loro non consuma quantità adeguate di verdure e di pesce, mentre pure in questi "anni d'argento" si gustano

troppi dolci. Anche l'alcol andrebbe limitato. La dieta mediterranea cui si ispira un regime alimentare corretto non è ancora abbastanza seguita.

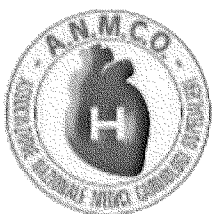
Cura, diagnosi e sorveglianza in tempo reale. Un altro tema dibattuto al congresso è l'importanza della telemedicina nella gestione dello scompenso cardiaco. Spiega Furio Colivicchi, vicepresidente nazionale Anmco: «La tecnologia è un prezioso aiuto nel monitoraggio dei pazienti cronici. Oggi è possibile, grazie alle tecnologie bluetooth/wireless, seguire questi malati a distanza e ottenere informazioni utili a modificare la terapia. La telemedicina potrebbe ormai deospedalizzare i pazienti più complessi. Si sta imparando sempre meglio a individuare il paziente ideale cui proporre il monitoraggio a casa e quali parametri siano quelli da tenere sotto controllo. Fondamentale l'integrazione tra ospedale e territorio. La gestione del paziente con scompenso cardiaco con la telemedicina riduce del 30-35% la mortalità e del 15% le ospedalizzazioni. In futuro, anche a causa di risorse sempre più scarse, la telemedicina si affiancherà a cardiologo, infermiere dell'ambulatorio e medico di base».

Anche sulle leggi c'è molto da dire. L'Anmco ha presentato il Libro Bianco su "Cardiologia e nuovi standard": il volume dimostra gli effetti negativi dell'applicazione

del Regolamento, già in Gazzetta Ufficiale, che determinerà profonde variazioni nell'assetto della rete ospedaliera. A essere penalizzata sarà soprattutto l'area cardiologica. Ad esempio, gli attuali 8.534 posti letto in cardiologia verranno ridotti del 43%, e delle 823 strutture di Cardiologia, 581 saranno cancellate.

Avverte Michele Massimo Gulizia, presidente Anmco: «Le strutture cardiologiche italiane si ridurranno di 2/3, cancellando di fatto il network assistenziale che ha consentito alla nostra cardiologia di essere tra le migliori del mondo per qualità e tempestività di intervento. Le cardiologie spariscono soprattutto dagli ospedali con pronto soccorso. La desertificazione delle strutture pregiudica di fatto i livelli essenziali di assistenza, cancellando per di più la competenza cardiologica nel 61% degli ospedali. L'Anmco ritiene indispensabile una riflessione sugli assetti determinati dai nuovi provvedimenti e propone una serie di modifiche».

Conclude il presidente: «Il Regolamento inoltre non fa riferimenti alla riabilitazione cardiovascolare, attività strategica per le reti ospedaliere, dimenticando l'importanza della Rete per lo Scompenso Cardiaco, le Aritmie, la Prevenzione e la Riabilitazione. Ignorati anche il Dipartimento Cardiovascolare, fondamentale per una corretta governance in area cardiovascolare, e le risorse umane e tecnologiche, fondamentali per il successo di qualunque Sistema sanitario. L'arretramento dell'offerta di assistenza cardiovascolare è un rischio che non possiamo permetterci».



## L'adesione

L'indagine Anmco conferma che l'adesione ad uno stile di vita corretto aumenta con il livello degli studi raggiunto.

## ALIMENTAZIONE

### Mamme

Come cambia una mamma dopo il primo anno di vita del proprio bambino? Come si comporta davanti alla crescita del suo bambino e come cambia il suo rapporto con il lavoro? Sono i temi del sondaggio "Fidati del Cuore", realizzato da Mellin in collaborazione con Fattore Mamma, primo network di mamme blogger d'Italia, su un campione di oltre 500 madri italiane fra i 18 e i 50 anni, con un solo figlio (54,94%) e con 2 figli (35,57%). Crescita: l'altezza, parametro base per le mamme del passato, oggi, in 9 su 10 si concentrano invece su linguaggio e sana alimentazione. A colazione, al Centro-sud, latte, biscotti e alimentazione specifica per l'infanzia è la scelta dell'85%

mentre al Nord scende al 70%. Queste percentuali scendono ulteriormente quando, compiuto il primo anno, si passa agli altri 2 pasti del giorno in cui i prodotti specifici per il bambino scendono al 42% dei casi. Il primo anno segna anche l'entrata, come punti di riferimento, dei nonni, che aumentano il tempo trascorso con i bambini. Diminuisce invece l'ascolto delle altre mamme, con cui ci si confronta in rete (45% dei casi). Il ritorno al lavoro dopo il primo compleanno è più complicato per tutte le mamme, ma più al Sud (56%) che al Nord (70%). Nessuna differenza Nord-Centro-sud nella classifica delle problematiche accese dalla ripresa del lavoro: la prima è conciliare lavoro e maternità (34% delle intervistate), seguita dalla difficoltà dovuta al distacco (23%). Il 22% ammette che sente determinante il poter contare su un aiuto per la gestione del bambino.

## FLASH

### Aritmia/1

Dal recente congresso annuale Heart Rhythm a Boston i risultati positivi dell'uso dell'anticoagulante di nuova generazione rivaroxaban in pazienti con fibrillazione atriale sottoposti all'intervento sul cuore per eliminare questa aritmia. Nei pazienti sottoposti ad ablazione transcatetere in quelli trattati con rivaroxaban non si sono verificati eventi cardioembolici. In quelli trattati con anticoagulanti di prima generazione si sono registrati due eventi (una morte vascolare e un attacco ischemico) e un sanguinamento grave.

### Aritmia/2

Oltre 1.000 cardiologi, medici di medicina generale, internisti e geriatri in aula per aggiornarsi sulla gestione dei pazienti con Fibrillazione Atriale, l'aritmia cardiaca più diffusa a livello mondiale. Sono i corsi della prima "Scuola di Formazione in Fibrillazione Atriale, Tromboembolismo e Nuovi Anticoagulanti Orali" inaugurata di recente, promossa dall'Università degli Studi Sapienza e dall'Università Cattolica Sacro Cuore di Roma, con il supporto dell'Alliance Pfizer-Bristol-Myers Squibb. Obiettivo principale del corso è migliorare la conoscenza e l'appropriatezza delle strategie terapeutiche, che da circa due anni si sono evolute grazie all'avvento dei Nuovi Anticoagulanti Orali, NAO, caratterizzati da un profilo migliore in termini di sicurezza, maneggevolezza ed efficacia rispetto ai vecchi dicumarolici nella prevenzione dell'ictus causato dalla fibrillazione atriale.

**Colecisti.** Colpiscono soprattutto chi ha una malattia infiammatoria intestinale ma anche chi è predisposto geneticamente. La dieta corretta: evitare tutti gli alimenti grassi

## Strategie e cure contro i calcoli

ELVIRANASELLI

**C**OLPISCONO tra il 9 e il 18% della popolazione, le donne due volte più degli uomini. I calcoli alla colecisti, o cistifellea, però, sono nella maggior parte dei casi asintomatici e vengono scoperti durante un esame diagnostico eseguito per altri motivi. «La maggior parte delle persone non sa di averli — spiega Pier Alberto Testoni, primario di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva all'ospedale San Raffaele Irccs di Milano — e solo una quota modesta ha sintomi. Il segnale classico è la colica biliare, un forte dolore che dura ore, con alti e bassi, che compare in genere dopo i pasti ed è localizzato alla bocca dello stomaco, irradiandosi poi verso la scapola destra. Quasi sempre si

associa un'alterazione degli enzimi del fegato, transaminasi e gamma Gt». Non sono invece sintomi dei calcoli alla colecisti dispepsia, stitichezza, cefalea, alterazioni funzionali dell'intestino.

I calcoli non sono tutti uguali. «Nella colecisti possiamo trovare bile densa, fango o sabbia biliare — continua Testoni — e poi calcoli veri e propri, aggregazioni di cristalli di colesterolo, presentigià nella sabbia e nel fango ma non ancora precipitati e dunque non aggregati. I calcoli di colesterolo non hanno alcun tipo di legame con il colesterolo circolante. Il problema è piuttosto legato al rapporto alterato tra il colesterolo nella bile e i sali biliari che lo sciogliono. Quando, per motivi vari, si abbassa la concentrazione di sali biliari, il colesterolo non è smaltito correttamente e si accumula tendendo a precipitare e a formare i calcoli. Questo può accadere per cause congenite, oppure per difetti di assorbimento intestinale, infatti chi ha una malattia infiammatoria intestinale è più soggetto. Ma i calcoli vengono anche a chi è predisposto geneticamente». Altri fattori di rischio: una dieta molto stretta, la nutrizione parenterale, l'obesità, la gravidanza in cui si è più soggette agli estrogeni, la dieta ricca in grassi ed elevati livelli di trigliceridi.

Per quanto riguarda la terapia, «in passato si ricorreva molto all'acido ursodesossicolico — conclude Testoni — che serve per sciogliere il colesterolo. Però non riusciva a sciogliere tutti i calcoli e inoltre alla sospensione del farmaco, i calcoli ritornavano. Oggi si privilegia l'asportazione della cistifellea in lapa-

roscopia anche per chi non ha fastidi per prevenire complicanze: si torna a casa uno o due giorni dopo. Per quanto riguarda la dieta per i pazienti con calcoli, bisogna evitare tutti gli alimenti grassi che stimolando la colecisti, possono innescare una colica».

Più rari — ma ugualmente dolorosi — anche i calcoli alle ghiandole salivari. «La saliva è prodotta da tante strutture — precisa Domenico Cuda, direttore dell'unità di Otorinolaringoiatria dell'ospedale da Saliceto di Piacenza — ma, in gran parte, dalle ghiandole maggiori, parotidi e sottomascellari. Le più soggette a calcolosi sono queste ultime perché — essendo situate sotto l'arco della mandibola con il dotto escretore nel pavimento della bocca — sono più facili fenomeni d'infiammazione da residui di cibo. Inoltre la saliva prodotta da queste ghiandole è più mucosa, con una densità maggiore ed è più soggetta a ristagno. I calcoli salivari sono essenzialmente di carbonato di calcio».

I sintomi sono legati alla dimensione del calcolo, la prima avvisaglia è la colica salivare. «Se c'è un calcolo — continua Cuda — quando aumenta la salivazione perché si sta per mangiare o si sente un profumo di cibo, la gran quantità di saliva prodotta in pochissimo tempo non defluisce e dilata il condotto provocando contratture e dolori violenti al pavimento della bocca o sulla guancia sotto l'orecchio. Può anche seguire un forte gonfiore della ghiandola interessata. Se le coliche sono ricorrenti si può infiammare la ghiandola».

I fattori di rischio sono disordini del calcio, cattiva igiene orale (tartaro, residui alimentari), disidratazione della bocca, anomalie dei dotti congenite o acquisite (soprattutto in chi ha il bruxismo). Come si interviene? «Non c'è un protocollo ideale — conclude Cuda — innanzitutto una buona visita. Se serve, una Rx endorale o una ecografia. In mani esperte la scialoendoscopia consente di entrare con ottiche molto sottili nei dotti, sia per individuare i calcoli fino a 6 mm, che per rimuoverli. Se le dimensioni sono maggiori si prova con la litotrixxia a ridurre le dimensioni e facilitarne l'espulsione. Oppure con il laser ad olmio per via endoscopica. Per i grossi calcoli l'approccio è chirurgico endoguidato attraverso il cavo orale. Raramente è necessario rimuovere la ghiandola salivare attraverso un'incisione nel collo».

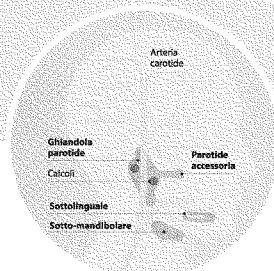
## FATTORI PREDISPONENTI

Fattori ereditari o/o abitudini alimentari:



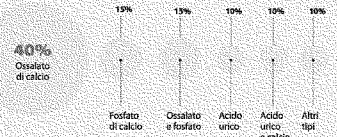
Alimentazione iperproteica    Scarso consumo di frutta e verdura    Alimentazione con troppo calcio    Alimentazione povera di calcio    Eccesso di sale negli alimenti    Bibite acidificate con acido fosforico    Scarso consumo di liquidi

## CALCOLOSI SALIVARE

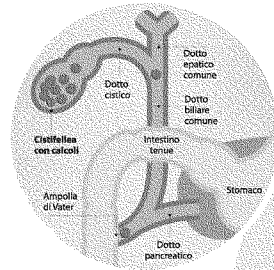


## TIPOLOGIA

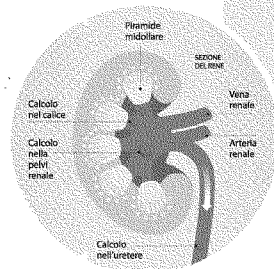
I principali tipi di calcoli urinari sono formati dalle seguenti sostanze:



## CALCOLI ALLA CISTIFELLEA

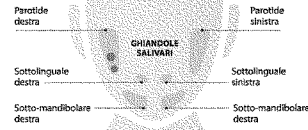


## CALCOLOSI RENALE



SOURCE: PER ANATOMIE REALITE / SULLI AIBO

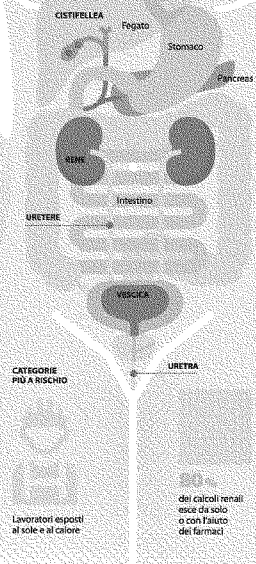
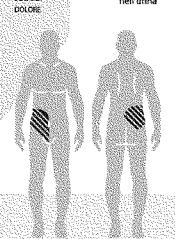
## LE SEDI



## EPIDEMIOLOGIA



**I SINTOMI** dei calcoli renali  
• Nausea  
• Vomito  
• Febbre  
• Sangue nell'urina



INFOPIRELLA/ALFA/AGENCY

## Lo specialista

# “Dall’asma ai tumori: lo smog è ormai un’emergenza pubblica”

### Intervista

FABIO DI TODARO

«Questa è un'emergenza di salute pubblica: occorre invertire la rotta». Francesco Blasi, ordinario all'Università Statale di Milano e presidente della Società Italiana di Medicina Respiratoria, prende di petto i numeri dell'inquinamento atmosferico.

**Come si ripercuote questa istantanea sulla salute?**  
«Con un aumento dell'incidenza di malattie cardiovascolari e respiratorie, come l'asma e la broncopneumopatia cronica ostruttiva. Chi sa

già di soffrirne risulta più esposto alle riacutizzazioni. A Milano, nei giorni successivi ai picchi di ozono, gli ingressi in pronto soccorso aumentano anche dell'80%».

**Esiste un rischio oncologico correlato allo smog?**

«Alcuni studi evidenziano un aumento delle diagnosi di tumore al polmone, ma sono deboli rispetto a quelli che riguardano le malattie respiratorie».

**Dall'ultima mappa sono escluse le aree ad alta densità industriale: i fumi dell'Ilva di Taranto sono meno nocivi rispetto al particolato a Padova?**

«Non si possono fare paragoni. Differenti sono i numeri della popolazione presa in esame, oltre ad alcuni fattori ambientali: come la temperatura, il vento e l'umidità. L'inquinamento industriale espone a un minor numero di sostanze e può essere limitato, allontanandosi dalla fonte. Quando il rischio na-

sce dai riscaldamenti e dalle auto, il cittadino non ha armi per difendersi».

**Quali sono le responsabilità delle istituzioni?**

«Le politiche ambientali hanno un costo, ma sono improrogabili. Occorre incentivare il ricambio delle auto e l'uso delle biciclette. In California interventi così drastici hanno ribaltato la situazione. Un investimento simile assicura un ritorno a lungo termine: se diminuiscono gli ingressi in pronto soccorso, si riducono le spese per lo Stato».

**Cosa consiglia a chi vive a Padova e a Milano?**

«Le mascherine servono a poco rispetto al particolato. Chi ha dei bambini dovrebbe prediligere lo zainetto al passeggino. Tutti, invece, dovremmo imparare che in inverno la temperatura del riscaldamento non deve superare i 20 gradi».