



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Primo Piano

Investimenti Pa: - 34% in dieci anni ma sale (+16%) la spesa corrente

Strategie Tria e Savona puntano a un cambio per «salvare l'euro» dopo il crollo di un terzo per il cuore delle uscite statali in conto capitale (-27% in totale)

Gianni Trovati
ROMA

Dopo i migranti, la prossima battaglia europea del governo sarà quella sugli spazi fiscali per rilanciare gli investimenti pubblici. L'obiettivo potrebbe essere quello di spuntare un deficit 2019 intorno all'1,4% (contro lo 0,8% programmato) e tenere l'indebitamento strutturale poco sotto l'1% (invece dello 0,4% scritto nei tendenziali), almeno secondo alcune ipotesi circolate ieri (e giudicate "premature" dal Mef). In ogni caso la flessibilità che il governo ha intenzione di chiedere andrebbe tutta usata per un cambio di rotta sugli investimenti senza il quale, ha sostenuto l'altro ieri il comitato interministeriale per gli Affari europei presieduto dal ministro Paolo Savona, è a rischio niente meno che la «sopravvivenza» di euro e mercato comune.

Due giorni prima in Parlamento il ministro dell'Economia Giovanni Tria ha fissato l'obiettivo di congelare in termini nominali la spesa corrente: una mossa che curiosamente in campagna elettorale era stata ipotizzata solo dal partito più "euro-entusiasta" fin dal nome, +Europa di Emma Bonino, e che per essere attuata in pieno ha bisogno di fermare la spesa pubblica corrente 10,3 miliardi sotto le previsioni attuali (3,3 solo nei ministeri e

negli enti centrali). La «discontinuità», ha chiosato Tria, andrà misurata proprio sui numeri che nel bilancio pubblico indicano la spesa corrente da fermare e quella per investimenti da rilanciare.

E allora è il caso di andare a guardarsi, i numeri. Gli ultimi sono quelli del rendiconto 2017 dello Stato approvato la scorsa settimana dal consiglio dei ministri, e sezionati dalla Ragioneria generale in un diluvio di tabelle appena pubblicate. Il Sole 24 Ore le ha elaborate in base alle etichette che individuano natura e finalità di ogni euro: e così le cifre raccontano come gli effetti della crisi di finanza pubblica continuino a pesare sui modi in cui lo Stato sa e può gestire le risorse. Per capire il succo della storia bastano pochi dati. Dal 2008 al 2017 il Pil reale è diminuito di oltre cinque punti, la spesa corrente è aumentata del 16,1% e quella «in conto capitale» si è alleggerita del 27,2 per cento. Gli «investimenti fissi lordi» sono il cuore di quest'ultima voce, e sono scesi del 33,6%. Risultato: dieci anni fa andavano al «conto capitale» 10 euro ogni 100 di spesa statale effettiva, l'anno scorso solo 6,6. Le frenate del 2010, 2012 e 2014 hanno seguito l'andamento a «W» della crisi, ma nella ripresa l'encefalogramma è rimasto piatto.

Basta un piccolo passo in più per capire che la questione non riguarda

solo Via XX Settembre. Il bilancio dello Stato, grazie all'ultima riforma, riesce a parlare chiaro anche ai cittadini, ai quali mostra le «missioni» che hanno assorbito più o meno spesa pubblica. Ed è l'andamento degli investimenti nelle voci più importanti a spiegare come sono andate le cose. Per le infrastrutture, 15 miliardi stanziati nel 2017 significano una flessione del 20,7% rispetto a dieci anni fa, e fanno il paio con il -19,8% che si incontra alla casella «mobilità e trasporti»; la «difesa del territorio» fa segnare un -32,2%, mentre il capitolo su «ambiente e sviluppo sostenibile» finisce più che dimezzato (-54%). In controtendenza è la spesa per «competitività e sviluppo delle imprese», che mostra un balzo del 38% e apre la classifica delle «missioni» per valore. Ma la spiegazione è semplice: la voce copre anche gli interventi per la ricostruzione delle attività economiche,

e il suo motore sono stati i terremoti degli ultimi anni. In crescita anche lo «sviluppo territoriale», che è legato ai cofinanziamenti per i fondi Ue di coesione e dipende dalla programmazione e dall'efficienza nella spesa

Sulla spesa corrente, invece, la crisi ha dispiegato i propri effetti sotto forma di aumenti. Al di là della crescita esponenziale degli aiuti per la ricostruzione, il +430% che si incontra alla voce «lavoro» si spiega con gli ammortizzatori sociali che hanno provato a contrastare la caduta dei livelli occupazionali. E per combatterne le ricadute sociali è cresciuta la spesa per il welfare, arrivata a 32,3 miliardi (+24% sul 2007). Non ha bisogno di

trope analisi il +171% dell'immigrazione, mentre il +9,4% delle «autonomie territoriali» non è figlio di un aumento reale dei trasferimenti agli enti. Il grosso è rappresentato dal fondo sanitario, che transita per le regioni ma nasce nei conti statali. Più 10% anche per gli acquisti, nonostante le molte prove di spending review.

E proprio la sanità si annuncia come uno dei terreni minati sulla strada del congelamento della spesa corrente chiesta da Tria. Il contratto di governo chiede di «recuperare tutte le risorse sottratte in questi anni con le misure di finanza pubblica» per «ridurre al minimo la compartecipazione dei cittadini», rialzando nei fatti la spesa in rap-

porto al Pil. E l'altro snodo saranno i contratti del pubblico impiego, di nuovo da rinnovare dal 2019: pubblico impiego che, con il blocco di assunzioni e stipendi, costa la stessa cifra di dieci anni fa.

gianni.trovati@ilssole24ore.com

Frenata per difesa del territorio (-32%), infrastrutture (-21%) e mobilità (-20%)

Sostegno a redditi e occupazione, welfare e migranti spingono le uscite correnti, fermo il personale

Come è cambiato il bilancio dello Stato

IL TREND DELLA SPESA PUBBLICA
L'andamento delle spese correnti e in conto capitale (stanziamenti definitivi di competenza) negli ultimi 10 anni

Doti in mld di € e var %



CHI HA GUADAGNATO E CHI HA PERSO

Le dinamiche della spesa (stanziamenti definitivi di competenza) per ogni missione del bilancio pubblico. *In mln*

SPESA CORRENTE

1 Autonomie territoriali	117.552,38	+9,42%	▲
2 Previdenza	92.337,89	+38,06%	▲
3 Finanza pubb, rimborsi fis.	85.780,83	+30,78%	▲
4 Debito pubblico	76.177,02	-9,34%	▼
5 Scuola	46.397,95	-1,34%	▼
6 Welfare	32.258,85	+24,25%	▲
7 Europa internazionale	20.384,34	+8,96%	▲
8 Difesa e sicurezza del terr.	19.167,88	+0,76%	▲
9 Competitività e aiuti a ricost.	12.497,11	+1.341,09%	▲
10 Lavoro	11.429,92	+430,78%	▲

SPESA IN CONTO CAPITALE

1 Competitività e aiuti a ricost.	6.422,55	+38,16%	▲
2 Infrastrutture	5.033,44	-20,74%	▼
3 Europa internazionale	4.827,81	-45,88%	▼
4 Mobilità e trasporti	4.763,58	-19,80%	▼
5 Sviluppo territoriale	4.123,14	+31,96%	▲
6 Soccorso civile	3.088,05	+34,77%	▲
7 Ricerca e innovazione	2.517,54	-7,06%	▼
8 Difesa e sicurezza del terr.	2.444,16	-32,22%	▼
9 Autonomie territoriali	1.212,66	-76,83%	▼
10 Finanza pubb. e rimborsi fis.	874,67	-76,61%	▼

LA RADIOGRAFIA DEL BILANCIO PER CATEGORIA ECONOMICA

Le dinamiche della spesa (stanziamenti definitivi di competenza) per ogni missione del bilancio pubblico. *In mln*

SPESA CORRENTE

1 Trasferimento a Pa	263.885,13	+24,99%	▲
2 Personale	92.863,60	+1,43%	▲
3 Interessi passivi	77.984,79	-9,45%	▼

SPESA IN CONTO CAPITALE

1 Contributi investimenti Pa	20.296,68	-20,27%	▼
2 Contributi invest. imprese	10.988,66	+2,20%	▲
3 Investimenti fissi lordi	5.025,48	-33,60%	▼

Fonte: elaborazione del Sole 24 Ore su dati Ragioneria generale dello Stato

I caso

Pellegrini-Incurabili una sola ambulanza per due ospedali

GIUSEPPE DEL BELLO

Caos ambulanze, un unico automezzo per Pellegrini e Incurabili. Il sistema trasferimenti, quelli da un ospedale all'altro e quelli per le consulenze esterne è allo sbando. «Ogni giorno c'è qualche paziente che "perde" il turno per effettuare una risonanza o un'endoscopia biliare - racconta Antonio Ruggiano, sindacalista Fials e coordinatore infermieristico del Pellegrini - perché l'ambulanza era impegnata altrove. E oltretutto per legge l'automezzo deve rimanere in stand by fino a conclusione dell'esame. Una condizione che si trasforma in paralisi di tre ore più».

La rete, quella dei trasporti secondari che però non riguarda il IIS, è gestita con un doppio canale. Il primo, che si avvale dei mezzi della Napoli I (pochi e privi di autisti), è deputato soltanto al trasferimento dei pazienti che hanno bisogno di consulenze o esami diagnostici specialistici, non disponibili nell'ospedale in cui sono ricoverati. L'altro settore è quello a cui so-

no affidati esclusivamente i trasferimenti da un pronto soccorso all'altro (a seconda dell'affollamento e della competenza dei singoli presidi). In questo caso ambulanze e autisti sono di una società privata che lavora in convenzione, la Italy Emergenza. Tutto a posto? Neanche per idea. La convenzione esclude notti e weekend, funzionando dal lunedì al venerdì, dalle 8 alle 20. E negli altri orari? «Gioco forza utilizzare le ambulanze della Asl Napoli I - risponde Ruggiano - che si contano sulle dita di una mano. Tra l'altro, anche in assoluta carenza di uomini e mezzi, una disposizione della Asl vieta di riferirsi ad altre società di supporto, compresa la Italy». Valeria Ciarambino, consigliera regionale del M5S, ricorda che «neanche due mesi, un medico del San Paolo fu costretto a pagare di tasca propria un'ambulanza per salvare la vita a un paziente in emergenza cardiologica. Il sistema fa acqua e noi siamo contrari a qualsiasi forma di convenzione con società private». Intanto, all'Ospedale del Mare an-

cora in attesa di attivare il pronto soccorso, c'è da risolvere il nodo del polo materno-infantile dove da qualche giorno (in Ginecologia) sono stati ricoverati pazienti urologici. «Un'altra stortura da correggere - attacca Ciarambino - ma su questo punto terreno duro. Lo smantellamento che De Luca voleva per trasformarlo in Cardiocirurgia non ci sarà: il dovranno rimanere, come dice la legge per un Dea di II livello, Pediatria, Ginecologia e Terapia intensiva neonatale».



quotidianosanita.it

Venerdì 06 LUGLIO 2018

Servizi radioterapia. Sbloccati 100 mln per ammodernamento tecnologico delle Regioni del Sud

Publicata in Gazzetta ufficiale la delibera del Cipe in attuazione del decreto del Ministro della salute del 6 dicembre 2017. A beneficiare dei fondi che serviranno per la riqualificazione e l'ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica le Regioni: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna. [LA DELIBERA](#)

Sbloccati 100 milioni di euro per la riqualificazione e l'ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica delle Regioni del Mezzogiorno. È stata infatti pubblicata sulla Gazzetta ufficiale la delibera del Cipe in attuazione del decreto del Ministro della salute del 6 dicembre 2017. Le risorse sono a valere sulle risorse residue del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico.

La quota di 100 milioni di euro è destinata nello specifico alla riqualificazione e all'ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione.

Regioni	Risorse assegnate
Abruzzo	6.110.000
Molise	1.450.000
Campania	27.850.000
Puglia	19.310.000
Basilicata	4.030.000
Calabria	9.400.000
Sicilia	24.100.000
Sardegna	7.750.000
Totale	100.000.000

quotidianosanita.it

Venerdì 06 LUGLIO 2018

Sta per nascere l'ospedale di comunità: al medico la responsabilità clinica e all'infermiere la gestione e l'assistenza. Il documento del ministero trasmesso alle Regioni

Previsto dal regolamento sugli standard ospedalieri, dal Patto per la Salute e dal Piano nazionale della cronicità, aveva fatto capolino a inizio marzo all'ordine del giorno della conferenza delle Regioni, ma era stato poi lasciato in stand by per una serie di interventi tecnici e di richieste dei governatori, quasi tutti recepite nell'ultima versione, quella definitiva, pronta per approdare in Stato-Regioni. E' una struttura di ricovero breve e fa parte dell'assistenza territoriale. Al medico la responsabilità clinica, all'infermiere quella assistenziale e della gestione. [IL DOCUMENTO FINALE](#).

La sua è una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero ed è dedicato a pazienti che, per un episodio acuto o per la riacutizzazione di patologie croniche, hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e hanno bisogno di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

E' l'ospedale di comunità, previsto dal DM 70/2015 (il regolamento sugli standard ospedalieri), dal Patto per la Salute 2014-2016 e dal Piano nazionale della cronicità, che aveva fatto capolino a [inizio marzo](#) all'ordine del giorno della conferenza delle Regioni, ma che è stato poi lasciato in stand by per una serie di interventi tecnici e di richieste dei governatori, quasi tutte recepite **nell'ultima versione, quella definitiva, pronta per approdare in Stato-Regioni**.

E' una struttura di ricovero breve e fa parte dell'assistenza territoriale, ma non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, può essere pubblico o privato accreditato e deve possedere i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti e la misurazione dei processi e degli esiti.

Può avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali (ad esempio Case della Salute) o presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale.

Ha al massimo 15-20 posti letto e non più di due moduli e può prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali con l'obiettivo di ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei.

Vicino agli ospedali pediatrici possono esserci ospedali di comunità dedicati a questi pazienti, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza formato e competente per il target di assistiti.

In tema di responsabilità lo schema di accordo è chiaro.

6/7/2018

Sta per nascere l'ospedale di comunità: al medico la responsabilità clinica e all'infermiere la gestione e l'assistenza...

La responsabilità igienico-organizzativa e gestionale è di un medico designato dalla direzione sanitaria aziendale, che svolge anche una funzione di collegamento con i responsabili sanitari, clinici e assistenziali, e la direzione aziendale.

La responsabilità organizzativa dell'assistenza in ogni modulo tocca invece al coordinatore infermieristico.

La responsabilità clinica di ciascun paziente è del medico di medicina generale (o pediatra di libera scelta) di fiducia, anche all'interno di una forma organizzativa della medicina generale, oppure a un medico che opera nella struttura.

La responsabilità assistenziale è dell'infermiere secondo le proprie competenze.

L'assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica è garantita 24 ore su 24.

I responsabili delle attività cliniche e infermieristiche raccolgono le informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico-assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione.

In caso di necessità, l'infermiere attiva, durante il giorno, il responsabile clinico della struttura e nelle ore notturne, nei giorni festivi e nelle ore prefestive non coperte dal responsabile clinico, del Servizio di continuità assistenziale. In presenza di accordi specifici regionali, può essere attivato il responsabile clinico della struttura in turno nelle ore notturne, festive o prefestive.

In caso di emergenza, viene attivato il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede all'interno di un presidio ospedaliero viene attivato direttamente il servizio anestesia e rianimazione secondo le procedure di gestione delle emergenze del presidio ospedaliero.

L'ospedale di comunità opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, come i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e i Servizi di Emergenza Urgenza territoriali.

Per questo devono essere stabilite procedure operative per garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi.

Devono essere definiti anche collegamenti funzionali con il laboratorio analisi anche relativamente alla gestione del POCT - Point of Care, radiologia, medicina fisica e riabilitativa, servizio dietetico e nutrizione clinica, servizio sociale.

E oltre al medico (o al pediatra) di medicina generale e all'assistenza medica in raccordo con la Continuità assistenziale, dovrà esserci un infermiere case manager, il professionista cioè che provvede all'assegnazione e al coordinamento dei servizi socio-sanitari destinati alla gestione clinica di un determinato target di utenti.

All'interno dell'ospedale di continuità che abbia ad esempio un modulo di 20 posti letto dovranno essere presenti:

- un coordinatore infermieristico, condivisibile su due moduli se presenti nell'ospedale
- un infermiere
- due operatori sociosanitari (Oss) per ciascun turno diurno e un infermiere e un Oss per il turno di notte.

L'intervento

Ricerca e prevenzione, la lotta globale alle malattie non trasmissibili

Giuseppe Novelli*

Un dollaro investito nel controllo e prevenzione delle malattie croniche e multifattoriali – malattie non trasmissibili, NCDs – consente di recuperarne 7: è questo uno dei punti di partenza nel dibattito internazionale, che individua nelle NCDs il responsabile del 72% di tutti i decessi e la principale minaccia alla sostenibilità dei sistemi sanitari. Le NCDs (le principali: malattie cardiache, diabete, cancro, malattie respiratorie croniche) sono uno degli effetti dell'aumento dell'aspettativa di vita conquistato nel XX secolo. Il loro peso sociale preoccupa governi ed enti quali Nazioni Unite, Banca Mondiale e Organizzazione Mondiale della Sanità. Solo nel 2015, le NCDs hanno ucciso 15 milioni di persone tra i 30 e i 70 anni. La prevenzione, in particolare la prevenzione primaria, è l'unica risposta a medio e lungo termine al problema: di questo si discuterà all'Onu nel corso di un importante confronto a settembre, ma i temi sono emersi con grande risalto oggi a New York (5 luglio, ndr) nella riunione preparatoria tra istituzioni e rappresentanti della società civile che cercano soluzioni, in linea con l'Agenda 2030, per diminuire di almeno un terzo la mortalità. Allo studio, nuovi strumenti di prevenzione, di terapia, ed economici per eliminare o ridurre i fattori di rischio sociali ed ambientali e preparare le nuove generazioni a combattere questa "guerra mondiale". Le NCDs sono determinate da complesse interazioni tra fattori genetici individuali e di popolazione e tendenze quali invecchiamento, urbanizzazione indiscriminata, cambiamenti climatici,

inquinamento e stili di vita malsani. Serve una radicale revisione dei modelli di cura, e lo sviluppo di nuovi protocolli di intervento con nuove tecnologie, nuovi sistemi educativi, nuovi strumenti finanziari, nuove forme di collaborazione e interazione tra i diversi attori (governi, università, associazioni di pazienti, industria, società civile).

In molti Paesi si prevede che la spesa sanitaria nazionale salirà più del Pil; al livello e tasso di crescita attuali, i costi sanitari saranno insostenibili perfino per la disponibilità di un farmaco "vecchio" come l'insulina, il cui prezzo è recentemente triplicato (tre milioni e 200 mila persone affette da diabete in Italia nel 2016). Le università possono offrire un contributo fondamentale attraverso la formazione, per una ricerca di qualità. Dobbiamo investire nei giovani ricercatori, aumentando il programma di sostegno alle idee innovative; facilitare la transdisciplinarietà, l'interazione trasversale dei saperi; favorire una forte connessione tra ricerca, industria e università per una strategia win-win-win; incoraggiare la partecipazione alla scienza di molti settori della popolazione, tenendo presente le diversità; considerare l'innovazione tecnologica in modo positivo, perché innovazione e ricerca sono motori di economia e progresso che coinvolgono la società (innovazione sociale); infine, attuare una scienza veramente "aperta", poiché la diffusione della conoscenza è essenziale per lo sviluppo di una società più forte e resiliente.

* *Genetista e rettore dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'iniziativa

Oncologia, una «app» per parlare con gli esperti

Un canale di comunicazione innovativo, una chat «dedicata» alla quale i pazienti oncologici potranno accedere per formulare domande di carattere generale e divulgativo nell'ambito della prevenzione, della diagnosi e della cura delle neoplasie. È il progetto sperimentale della Lilt Napoli, «Oncologo in linea»

al quale sarà possibile accedere scaricando gratuitamente un App disponibile su Google Play (<https://play.google.com/store/apps/details?id=me.pushapp.espertoonline>), su Apple Store (<https://itunes.apple.com/it/app/esperto-in-linea/id1295144610?mt>) e su Telegram

(<https://t.me/drcarlobuonerbaliltnapoli>). «Si tratta di un servizio gratuito - spiega il presidente Lilt Napoli, Adolfo Gallipoli D'Errico - che mette a disposizione, il martedì e giovedì dalle 16 alle 19 un nostro specialista in oncologia, in primis il dottore Carlo Buonerba, per rispondere alle domande dei cittadini».

La salute, il focus

«Di che segno è il tuo neo?» L'Abc per proteggere i bimbi

►Alla Dermatologia dell'università Federico II ►Il tumore della pelle colpisce il due per cento
lotta al melanoma in sinergia con i pediatri dei bambini: ciclo di incontri sui rischi

Mary Liguori

Tra i tumori infantili, il melanoma rappresenta il 2% dei casi, ma la medicina e la tecnologia si muovono nella direzione che mira a ridurre ulteriormente il fenomeno. E, in termini di prevenzione, semplici accorgimenti in età infantile, come l'uso di creme antisolari e berretti, riducono notevolmente le possibilità di ammalarsi in età adulta.

Prevenzione e cura del tumore della pelle più aggressivo: inizia oggi «Di che segno è il tuo neo, baby?», un'iniziativa della Dermatologia dell'Azienda universitaria Federico II. Con Mario Delfino, direttore dell'unità operativa complessa, Gabriella Fabbrocini, direttrice della Scuola di specializzazione, e Massimiliano Scalvenzi, responsabile del centro precancerosi cutanee e del melanoma, schierati a fianco alla Federazione italiana medici pediatri per un corretto inquadramento diagnostico e terapeutico nella fascia da zero a 14 anni. Il progetto verte su quattro incontri, prosieguo di quello del 2017 organizzato in sinergia con la Federazione dei medici di medicina generale nell'ottica di integrazione sempre più completa della realtà universitaria con il sistema sanitario territoriale. Il piano mira a una sanità moderna ed efficiente. «La nostra azienda sta facendo grandi sforzi per far sì che il cittadino venga accolto in una rete integrata di servizi - sottolinea il professore Delfino

- Già nei mesi scorsi, con l'attivazione del Gom melanoma, nell'ambito della rete oncologica regionale, è nato un gruppo multidisciplinare che mira a soddisfare le esigenze dell'ammalato, ma ancora più attenzione vogliamo riservare alla diagnosi precoce perché il melanoma cutaneo, rispetto a tutti gli altri tumori, è guaribile nel 100 per cento dei casi se diagnosticato precocemente». Di qui il progetto «Di che segno il tuo neo», prima con i medici di medicina generale e ora con i pediatri per i pazienti fino a 14 anni.

Ottanta pediatri, selezionati dalla Fimp presieduta da Antonio d'Avino e Porfidio Toscano, prendono parte al progetto che prende il via oggi e che prevede sessioni teorico-pratiche con la dotazione di dermatoscopi che forniscono supporto al pediatra nel riconoscimento precoce di una lesione sospetta, affinché possa inviare il piccolo rapidamente alla struttura dermatologica di riferimento.

Il melanoma cutaneo è molto temuto anche in età infantile. Inoltre, spesso la diagnosi non è tempestiva anche a causa delle difficoltà di consultazione nelle strutture di alta specialità. «Grazie alla dermatoscopia - dichiara il professore Scalvenzi, - siamo in grado di individuare i caratteri di sospetto e intervenire. Ogni anno la struttura visita oltre 4000 bambini e circa 20 lesioni all'anno, purtroppo, sono melanomi». I più a rischio sono i bambini di sesso maschile che hanno più nei fino ai 12 anni, e poi le bambine, con la comparsa del menarca, sotto l'influenza ormo-

nale, però, recuperano sviluppando lesioni nevice multiple.

La dermoscopia è un valido supporto e consente un attento monitoraggio. Ma è decisivo fare attenzione soprattutto d'estate. Le ustioni nell'arco dei primi 10 anni d'età, aumentano il rischio di sviluppare un melanoma in età adulta. La genetica, il fototipo e il colore degli occhi e dei capelli fanno il resto - i rossi e i biondi sono più a rischio - ecco perché un'accurata protezione, soprattutto nei primi anni di vita, è un'ottima strategia di prevenzione. Filtri chimici, ma anche cappellini, occhiali e magliette sono armi di difesa importanti. Gli adolescenti con più di 50 nei sugli arti sono più esposti. Ma come si fa a comprendere se un neo è pericoloso? Nasce da questa necessità l'esigenza di essere più vicino al «primo front office» degli under 14: il pediatra che, «in rete» con il dermatologo, può cogliere subito lesioni dubbie. Un'importante sinergia che consente di far sì che lo specialista possa intervenire in tempi stretti, quando è necessario, visitando il paziente nella struttura sanitaria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**OTTANTA MEDICI
COINVOLTI
NELL'INIZIATIVA
OGGI LA LEZIONE
PER PROMUOVERE
LA PREVENZIONE**

Melanoma

L'incidenza della malattia

+34% di casi in cinque anni, 14 mila stimati in Italia nel 2017

20% delle nuove diagnosi tra gli under 40

2% dei bimbi colpiti dalla malattia

I fattori di rischio

- L'eccessiva esposizione ai raggi UV raddoppia il rischio di sviluppare la malattia
- Le scottature solari gravi, durante l'infanzia e l'adolescenza, aumentano anche il rischio di melanoma in età adulta.
- Avere la pelle chiara, i capelli biondi o rossi e gli occhi chiari (blu, grigi o verdi) è un altro fattore di rischio.
- Gli adolescenti con più di 50 nei su braccia e gambe sono più esposti a questo tipo di patologia.
- Tra i fattori di rischio anche l'utilizzo delle lampade abbronzanti.

I consigli per l'estate

- Mai dimenticare le creme solari, quando si prende il sole.
- Evitare di esporsi nelle ore centrali (dalle 12 alle 16).
- I bambini non devono essere esposti al sole se non nelle prime ore del mattino e nel tardo pomeriggio.
- Per chi ha capelli rossi, occhi chiari e pelle chiara, si scotta sempre e non si abbronzia mai, è da sconsigliare quanto indicato per i bimbi. Utili cappellini, occhiali e magliette in spiaggia.

I campanelli di allarme

- Il melanoma non dà sintomi, ma può essere riconosciuto.
- La malattia tende a svilupparsi in due modi: con la formazione di una macchia scura o di un neo e da un neo o una lentiggine pre-esistente.
- Il cambiamento nella forma, dimensione o colore di un neo è un segnale da non sottovalutare.
- Il controllo della pelle va comunque programmato ogni anno dal dermatologo.

Le caratteristiche dei nei sospetti

Asimmetria

la forma di una metà del neo non corrisponde a quella dell'altra metà.

Bordi

il contorno del neo è irregolare, dentellato o sfumato (cosiddetto a carta geografica)

Colore

il colore non è uniforme, possono essere presenti sfumature nere, marroni e scure, e anche aree bianche, gialle, rosse o blu.

Dimensione

c'è un cambio avvertito nella dimensione, che di solito aumenta.

Evoluzione

il melanoma cambia in forma, dimensione o spessore.

Le cure possibili

Oggi in sette casi su dieci la malattia è individuata nella fase iniziale.

Se scoperto precocemente, il melanoma è guaribile con la semplice asportazione chirurgica.

01

cutimati

La piattaforma

Un nuovo progetto al via da settembre

Da settembre sarà possibile partecipare al progetto sottoponendosi all'analisi dei nei attraverso questi sistemi presso la dermatologia della Federico II. Le richieste potranno essere inviate alla mail dedicata che sarà attivata a settembre) prevenzionemelanomafedericoII@gmail.com. Un team di dermatologi e di ingegneri accoglierà le richieste sulla piattaforma di Hypocratica, I3 dermoscopy, e indirizzerà gli utenti nel percorso assistenziale più idoneo.

L'allarme

Anti-ipertensivi, impurità a rischio cancro l'Aifa ritira 748 lotti: parlate con il medico

Un'impurità, classificata come «potenzialmente cancerogena», presente nel principio attivo valsartan, usato per trattare l'ipertensione e l'insufficienza cardiaca, ha fatto scattare un imponente provvedimento precauzionale di ritiro, disposto dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) e dalle altre agenzie europee, da tutte le farmacie e da tutta la catena della distribuzione. Si tratta di 748 lotti di farmaci prodotti da 15 diverse aziende farmaceutiche (l'elenco è sul sito dell'AIFA), contenenti il principio attivo valsartan, a causa di alcune impurità durante la produzione nello

stabilimento della Zhejiang Hualhai Pharmaceuticals, nel sito di Chuannan in Cina. Il principio attivo cinese è stato poi utilizzato da diverse aziende farmaceutiche, quelle per le quali è scattato il provvedimento di sospensione. La sostanza trovata è la N-nitrosodimetilamina (NDMA), classificata come probabilmente cancerogena. Valsartan è un antagonista del recettore dell'angiotensina II, usato per trattare l'ipertensione e l'insufficienza cardiaca. L'Aifa ha diffuso la lista dei prodotti ritirati sul proprio sito, e come sempre in questi casi rivolge una serie di consigli ai cittadini.

In *G.U.* il decreto sulle nuove regole

Medici extra Ue in Italia a tempo

DI MICHELE DAMIANI

Il medico extracomunitario, se in possesso della documentazione necessaria, può svolgere attività di carattere sanitario in Italia per massimo due anni, nell'ambito delle iniziative di formazione e aggiornamento. Per farlo il Ministero della salute gli rilascerà un decreto di autorizzazione temporanea valido, appunto, per due anni. Entro sei mesi dall'adozione del decreto, il medico dovrà presentare la domanda di visto all'ufficio consolare. Precedentemente, entro otto giorni dall'ingresso in Italia, il dottore dovrà chiedere il permesso di soggiorno al questore della provincia nella quale intende soggiornare. Queste alcune delle regole fissate dal decreto sulle «disposizioni per i medici extracomunitari», pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 154 del 5 luglio 2018. Il decreto doveva essere emanato alla luce dell'art. 15, comma 2 della legge 3/2018 (legge Lorenzin sulle professioni sanitarie), che rimandava ad un intervento ministeriale la definizione di requisiti e criteri di svolgimento della partecipazione

dei medici extracomunitari ad iniziative di formazione o aggiornamento che comportino lo svolgimento di attività cliniche. Per essere ammesso, il candidato dovrà essere dotato di un titolo di formazione medica e l'iscrizione all'albo professionale del paese in cui opera (se previsto). La struttura ospedaliera che lo ospiterà dovrà controllare tutta la documentazione e segnalare al Ministero quanti dottori extracomunitari ha temporaneamente autorizzato.

Oltre alle regole sui medici extra Ue, ieri si è realizzato un altro passaggio applicativo della legge Lorenzin sulle professioni sanitarie. Infatti, c'è stato il passaggio degli assistenti sanitari dalla Fnopi (Federazione nazionale ordini professioni infermieristiche) alla neonata Federazione nazionale degli ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, le cui iscrizioni sono partite dallo scorso primo luglio. In questo modo, i «5.246 assistenti sanitari iscritti alla Fnopi (di cui 750 sono anche infermieri avendo la doppia laurea) chiudono un percorso durato ben 70 anni», ha dichiarato la presidente Fnopi Barbara Mangiacavalli.

Così il sistema immunitario lotta contro il melanoma

Maio: «Togliamo i freni che inibiscono la reazione»



Grandi speranze

Entro pochi anni la stessa strategia potrebbe essere utilizzata per altri tipi di cancro

AL CENTRO del meeting annuale dell'American Society of Clinical Oncology (Asco) c'è un protagonista assoluto: l'immuno-oncologia. Trasformatasi da speranza in certezza, grazie a risposte inedite e impressionanti (nel melanoma della cute, ad esempio, si giunge a percentuali di sopravvivenza a 10 anni di oltre il 50%), l'immuno-oncologia entra nella sua seconda fase di vita. Michele Maio, direttore dell'Immunoterapia oncologica al Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena, la definisce «un modo per togliere quel freno che blocca la risposta del sistema immunitario nei confronti del tumore».

«I **RISULTATI** che abbiamo ottenuto negli anni scorsi sbloccando il freno, costituito dai recettori CTLA-4 e PD-1, sono molto importanti: considerando tutti i tumori, circa il 50% dei pazienti risponde a queste terapie che, utilizzate da sole o in combinazione, hanno modificato lo standard -

precisa Maio - . Molecole come ipilimumab (anti CTLA-4) e nivolumab (anti PD-1) hanno dimostrato di allungare la sopravvivenza, migliorare la qualità di vita». «Ma la nuova sfida oggi è aprire nuove strade. Ad esempio uno studio sulla combinazione di nivolumab con una molecola immuno-oncologica che agisce sul recettore GITR e un altro sulla combinazione con un anti-CD27, entrambi in pazienti con tumori solidi avanzati. Siamo di fronte a una nuova categoria di anticorpi immuno-modulanti che hanno la capacità di attivare direttamente il sistema immunitario. Non tolgono il freno ma premono sull'acceleratore, il loro meccanismo d'azione è diverso. In questi studi la combinazione con nivolumab permette di agire in entrambe le direzioni e i risultati sono promettenti, soprattutto in quei pazienti che finora non hanno risposto alle terapie». La conclusione di Maio è piena di speranza: «In 2-3 anni probabilmente avremo a disposizione nuove strategie di cura da usare in modo trasversale in moltissimi tumori».

CELESTIAL Terapia mirata per il fegato

SOLO IL 10% dei casi di tumore del fegato viene diagnosticato in fase iniziale

quando cioè l'intervento chirurgico può essere risolutivo. Oggi per i pazienti con malattia avanzata già trattati si stanno aprendo importanti prospettive terapeutiche, tra queste cabozantinib, una nuova terapia mirata. Lo dimostrano i risultati dello studio di fase III Celestial, discussi all'Asco, a Chicago.

«**NELLA RICERCA** sono stati arruolati più di 700 pazienti con carcinoma epatocellulare avanzato, precedentemente trattati - ha spiegato Lorenza Rimassa, responsabile Sezione tumori oncologia medica ed ematologia all'Humanitas di Rozzano, Milano - . Cabozantinib ha dimostrato un significativo miglioramento, evidente statisticamente, e importante sotto il profilo clinico rispetto al placebo nella sopravvivenza globale, in pazienti in seconda (70% del totale) e terza linea (30%). La sopravvivenza globale mediana è stata 10,2 mesi con cabozantinib rispetto a 8 mesi con placebo».

Tumore del rene, approccio integrato dopo la chirurgia

È ITALIANO IL PRIMO STUDIO sull'approccio multidisciplinare integrato (chirurgia e terapia farmacologica) nel tumore del rene avanzato, presentato all'Asco da Giuseppe Procopio, Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Nel 2017 in Italia 13.600 nuovi casi di tumore del rene. Lo studio RESORT ha coinvolto pazienti di 12 centri già operati al rene (nephrectomia). «Emerge l'elevato profilo di tollerabilità dell'immunoterapia - afferma il professor Procopio - in particolare

l'impiego di nivolumab ha indicato un beneficio in pazienti precedentemente trattati, già evidenziato dallo studio che ha condotto all'approvazione di nivolumab in monoterapia nel trattamento del carcinoma a cellule renali avanzato pretrattato. E un altro studio presentato all'Asco mette in primo piano i vantaggi in termini di qualità di vita che emergono anche con la combinazione di due molecole immunoterapiche (nivolumab ipilimumab) in prima linea».

Medicina a Scampia

Il «cilindro» dei sogni

Quasi pronta l'opera di Gregotti: 7 piani, 12 mila metri quadrati. I corsi universitari partiranno tra un anno

di **Angelo Lomonaco**

Il grande edificio cilindrico che sembra evocare la sede del Parlamento europeo a Strasburgo traccia quasi un confine tra il luogo comune e ciò che Scampia è realmente. Tra la realtà virtuale della fiction ambientata nel rione della periferia di Napoli, dalla quale la città «normale» è stata cancellata, e la vita quotidiana di tanti cittadini del quartiere. Il nuovo palazzo dell'Università Federico II, che sorge di fronte alla Municipalità e a quattro passi dalla

fermata del metrò, ospiterà i corsi delle lauree triennali di Medicina e la laurea magistrale in Scienze nutrizionali, ma anche numerose attività assistenziali.

Nella costruzione circolare, le lezioni inizieranno il primo novembre 2019, come ha annunciato il

rettore Gaetano Manfredi in occasione di un convegno del Sabato delle Idee tenuto di recente a Scampia.

Il terrazzo a venticinque metri

Dal terrazzo a 25 metri d'altezza, al centro del quale sono sistemate le grandi strutture in metallo lucido degli impianti di servizio, si affaccia sulla bellissima Villa Comunale che un anno fa è stata intitolata a **Ciro Esposito**, il tifoso ucciso a Roma. Da un lato c'è l'ingresso di **Parco Fiorito**, complesso residenziale elegante, superattrezzato, recintato e sorvegliato. Dall'altro, in fondo, il «gemello», **Parco dei Ciliegi**. La sensazione, compiendo con lo sguardo una carrellata a 360 gradi, è che il palazzo dell'Università sia tutt'altro che una cattedrale nel deserto. Guardando (non solo

metaforicamente) verso un orizzonte non tanto lontano, si vede una delle Vele rimaste in piedi. Del resto, proprio dove è sorto l'edificio progettato dall'archistar milanese **Vittorio Gregotti** c'era una volta la Vela H, una delle sette disegnate negli anni '60 da un altro architetto famoso, **Franz Di Salvo**, demolita nel 2003 dopo la dichiarazione di guerra emessa sei anni prima da **Antonio Bassolino**. Una delibera comunale del 2016 ha disposto l'abbattimento di tre delle quattro Vele residue e la riqualificazione della quarta e, nel marzo 2017, il sindaco **Luigi de Magistris** ha ufficializzato l'approvazione dello stanziamento dei finanziamenti necessari per la demolizione.

Gli interni e le attrezzature

Per completare il cilindro di **Gregotti** mancano ancora le rifiniture interne, gli arredi e tutte le attrezzature necessarie per diagnosi e terapie. «È normale che si acquistino proprio alla fine perché sono continuamente aggiornate e così si scelgono le più recenti. Inoltre è meglio non installare macchinari costosissimi in un edificio ancora aperto», spiega l'addetto al lavoro nel cantiere che ci fa da guida insieme con il professore **Guido Trombetti**. «Qualche difficoltà – aggiunge – è sorta perché la costruzione ha pianta circolare mentre i tubi sono dritti. Ma anche, soprattutto in alcune fasi, per le interruzioni nel flusso dei finanziamenti». Poche settimane fa la Regione ha sbloccato l'ultima tranche e il Comune ha ripreso a erogare i fondi.

«Tutto è cominciato quando io ero rettore della **Federico II** e **Bassolino** era presidente della

Regione», racconta **Trombetti** visitando quella che sarà una biblioteca:

«Il governatore mi disse che voleva creare un flusso di contaminazione sociale a Scampia e che per farlo avrebbe voluto che l'Università aprisse una sede nel quartiere». Dodici anni dopo, come referente dell'Ateneo, **Trombetti** segue ancora personalmente l'operazione Scampia, che sta per giungere a compimento.

I docenti e il progetto

Ma chi altro ha lavorato per il buon esito del progetto in Ateneo? «Hanno avuto un ruolo parecchi docenti: **Luigi Greco**, per esempio, e **Giuseppe Castaldo**, di Medicina, attuale consigliere di amministrazione. Il presidente della Scuola di Medicina **Luigi Califano**, l'ex preside di Ingegneria **Vincenzo Naso**. E soprattutto l'ex preside della facoltà medica **Giovanni Persico**, scomparso un paio di anni fa».

Il protocollo d'intesa

Persico era presente il 5 aprile 2006, quando la conversazione tra **Bassolino** e **Trombetti** si tradusse in un protocollo d'intesa. In calce le firme del presidente della Regione, del rettore e della sindaca **Rosa Russo Iervolino**. Per sottolineare l'importanza che si attribuiva al progetto, alla cerimonia parteciparono l'assessore regionale alla Ricerca **Teresa Armato**, il vicesindaco **Rocco Papa**, il presidente del corso in Scienze della Nutrizione umana **Franco Salvatore**, il professore **Guido Rossi**, il consulente economico della Regione Campania **Isaia Sales**, l'allora presidente della Circoscrizione di Scampia, **Raffaele Varriale**, e appunto il preside **Persico**. Il 5 maggio 2006, esattamente un mese dopo la sottoscrizione del protocollo, lo **Studio Gregotti**, che aveva

firmato il progetto per la sede della Protezione civile, presentò l'adeguamento per trasformarla in sede universitaria. La Regione stanziò inizialmente 31 milioni per la realizzazione della struttura affidando la gestione dell'operazione al Comune. I lavori cominciarono nel luglio 2008 con le opere di urbanizzazione primaria, cioè le fognature. L'edificio ora è lì: 7 piani, uno dei quali interrato, per una superficie totale di 12 mila metri quadrati, un'aula magna da 600 posti e altre 35 di dimensioni diverse con un totale di 2.500 posti, studi medici e laboratori, uffici e servizi alla didattica, consultori e ambulatori, servizi per gli studenti, ampi spazi per il parcheggio, quattro scale, vari ascensori e zero barriere architettoniche. A piano terra è stata prevista una hall di accoglienza con una copertura in acciaio e vetro. Al primo e secondo piano, con le aule, una grande biblioteca e laboratori informatici e multimediali. Il terzo piano è destinato ai laboratori didattici, il quarto e il quinto ospiteranno attività di day hospital e day surgery, consultori, studi dei docenti e presidenza.

L'esterno e l'interno

Le caratteristiche che più colpiscono dell'edificio sono la forma circolare, ovviamente, ma ancora di più il cortile centrale sul quale si affaccia attraverso una sorta di alveare di finestre quadrate, dietro le quali, all'interno, sono disposte grandi vetrate. Tutti i locali sono serviti da aria condizionata e rete wi-fi. Chiuso il cantiere, prioritariamente saranno attivate le aree mediche meno coperte dalle strutture che operano sul territorio, cioè oftalmologia, maxillo-facciale, ostetricia e ginecologia, pediatria, endoscopia, dietologia, otorino-laringoiatria, cardiologia, riabilitazione motoria. La previsione è che corsi e servizi sanitari porteranno nel quartiere circa tremila persone al giorno, in larga parte studenti, in un'operazione analoga a quella che sta dando ottimi risultati a San Giovanni a Teduccio. La nuova sfida per la città e per la Federico II, che nella zona orientale ha fatto arrivare aziende e studenti stranieri, è riuscire finalmente a dare un'immagine nuova a Scampia che vada oltre le Vele e la retorica tetra e monocorde di Gomorra. Una sfida pensata prima ancora che Saviano scrivesse il libro, Garrone girasse il film e Sky decidesse di farne una serie tv.

● Lavori ormai quasi del tutto completati ad eccezione delle rifiniture interne, degli arredi e delle attrezzature. Il rettore Gaetano Manfredi rende noto: i corsi inizieranno a novembre 2019

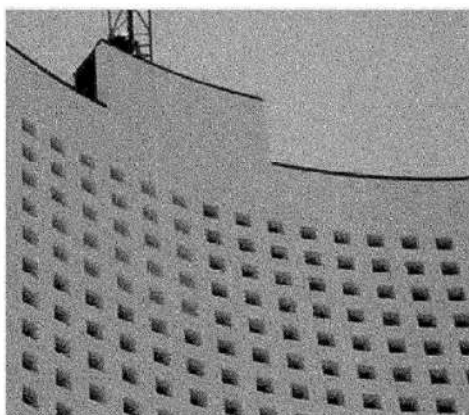
La vicenda

● Dopo dodici anni dalla delibera che ha istituito la sede di Medicina a Scampia, finalmente siamo in drittura



Futuro

Il «cilindro» che ospiterà Medicina e gli ambulatori. In alto: un dettaglio del cortile interno. Sotto: il terrazzo e sullo sfondo la Vela.



Aziende buone pagatrici: record irpino di puntualità

L'ANALISI

Antonello Plati

Le imprese avellinesi tra la migliori della Campania per puntualità nei pagamenti. In un quadro regionale non certo incoraggiante, la Campania è agli ultimi posti in Italia, l'Irpina è preceduta solo da Salerno.

Infatti, secondo quanto emerge dallo studio sui pagamenti realizzato da Cribis, società del gruppo Crif specializzata nella business information, l'andamento dei pagamenti a giugno 2018 in Campania mantiene performance piuttosto basse con una percentuale di imprese puntuali pari al 23 per cento: dato inferiore sia alla media nazionale (37,2) sia a quella del Sud Italia (23,3). Le performance migliori, però, sono quelle registrate da Salerno (26,4 per cento) e Avellino (26,3 per cento), nonostante tutte le province presentino livelli in calo dal 2010 a oggi. Chiude la classifica Caserta con solo il 20,8 per cento di aziende puntuali e il maggior numero di ritardi superiori ai 30 giorni (21,2 per cento).

Da un confronto con il 2010 emerge un netto calo dei pagamenti alla scadenza pari al 23,8

**CHI PAGA OLTRE 30 GIORNI
STUDIO CRIBIS
SUL SETTORE PRIVATO:
PERFORMANCE BUONA
DELLE IMPRESE
DEL COMPARTO SERVIZI**

per cento, a fronte di un aumento dei ritardi gravi di quasi l'87 per cento. Rispetto a marzo 2017, invece, le imprese puntuali registrano un incremento del 3,1 per cento e una flessione dei ritardi superiori ai 30 giorni pari al 4,4 per cento.

Il settore dei Servizi è quello con le performance migliori (46,4 per cento di imprese puntuali), ben al di sopra della media regionale e del dato nazionale (37,2 per cento), mentre l'edilizia riporta le maggiori criticità, con appena il 15,8 per cento di pagamenti alla scadenza.

Cribis mostra un aumento dei pagamenti puntuali rispetto all'anno precedente pari allo 0,8 per cento (36,7 per cento a giugno 2018 contro 36,4 per cento a giugno 2017), mentre le aziende con ritardo nei pagamenti superiore ai 30 giorni restano stabili (11 per cento a giugno 2018 contro 11,1 per cento a giugno 2017).

I principali indicatori dello studio sono, da un lato, la tendenza delle aziende a pagare i propri fornitori entro la data di scadenza e, dall'altro, i dati relativi ai ritardi considerati gravi, in caso di saldo oltre 30 giorni dal termine stabilito.

«I dati rilevati dalla nostra analisi - osserva Marco Preti, amministratore delegato di Cribis - mostrano un andamento in linea con il trend registrato negli ultimi anni. Nonostante la situazione di generale miglioramento in materia di pagamenti, in Italia si paga ancora con una media di 82 giorni: quasi 3 mesi per incassare una fattura, con punte di 127 giorni nella Sanità».



Ospedale del Mare aperto da tre anni ma il Pronto soccorso ancora non c'è

I RITARDI

L'Ospedale del Mare è il centro di gravità clinico su cui la Regione e la Asl Napoli I hanno puntato tutto, negli ultimi due anni, per riqualificare l'offerta assistenziale dell'area metropolitana di Napoli. L'altare su cui sono state sacrificate, finora, assunzioni, risorse e impegni umani e finanziari a scapito degli altri quattro ospedali cittadini dotati di pronto soccorso (San Paolo, Pellegrini, Loreto Mare e san Giovanni Bosco), letteralmente sommersi da pazienti a fronte di personale ridotto all'osso e costretto a compiere salti mortali, anche con ingenti spese per straordinari e ore in soprannumero, per assicurare i turni estivi e il corretto funzionamento, 24 ore su 24, delle emergency e dei reparti medici e chirurgici ad essi collegati, in particolare nel periodo delle ferie.

A tre anni dall'inaugurazione dei primi ambulatori a Napoli est sono attivi circa 300 posti letto sui 450 previsti a regime e al lavoro 750 dipendenti (tra medi-

ci di varie discipline, infermieri e altro personale tecnico e ausiliario) sui 1450 previsti a regime. Quello che ancora manca all'appello è il pronto soccorso di II livello, panspecialistico, completo per tutte le discipline.

Il completamento delle attività dell'Ospedale del Mare è considerato strategico per uscire dal tunnel dei bassi livelli di assistenza che sconta l'intera sanità regionale sottoposta da anni all'affiancamento e la vigilanza dei ministeri della salute e dell'economia. Proprio il sottoutilizzo dei reparti attivati a Napoli est (in assenza ancora del pronto soccorso) e pur inseriti nella rete tempo dipendente per l'infarto, ha più volte visto piovere aspre critiche, sia politiche sia dagli operatori, sull'operato della Asl e della Regione, soprattutto per le difficoltà cui sono stati sinora consegnati gli altri ospedali cittadini.

L'ultima emergenza ha riguardato il San Giovanni Bosco che alla metà dello scorso giugno, prima dell'arrivo al timone della direzione sanitaria di Giuseppe Matarazzo, ha dovuto fronteggiare un vuoto di personale medico che ha messo a rischio il pronto soccorso cui si è

aggiunta analogo crisi, dai primi di questo mese, sul fronte chirurgico. Una delle soluzioni proposte per venire a capo delle difficoltà era proprio quella di impiegare con ordini di servizio ad hoc, alcune unità di medicina e chirurgia dell'ospedale del mare nei presidi della Asl sguarniti e maggiormente in difficoltà. Una strada ancora percorribile e forse utile, alla luce di quanto accaduto all'ospedale di Napoli est, per dare ritmo e tensione in vista dell'avvio definitivo programmato a settembre, del pronto soccorso dell'ospedale del mare.

Il completamento delle procedure per il suo decollo sono ora il principale obiettivo dell'incarico di direttore sanitario affidato da alcuni giorni a Giuseppe Russo. Quest'ultimo inizia il suo

mandato - ad interim con quello di vertice del dipartimento degli ospedali della Asl già ricoperto - affrontando un episodio sentinella delle conseguenze che possono verificarsi in un ospedale semideserto ma con centinaia di camici bianchi alle armi in corsia.

e.m.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ATTUALMENTE SONO ATTIVI 300 POSTI LETTO SUI 450 PREVISTI E MANCA LA METÀ DI MEDICI E INFERMIERI

LA REGIONE E L'ASL HANNO PUNTATO FORTE SU QUESTO PRESIDIO MA LA SCOMMESSA NON È ANCORA VINTA



Rizzoli, nove gli aspiranti direttori sanitari

Tanti sono i candidati ammessi all'avviso pubblicato dall'Asl Napoli2 Nord lo scorso aprile per il conferimento dell'incarico presso l'ospedale di Lacco Ameno

DI **CORRADO ROVEDA**

LACCO AMENO. Settimane di fermento ed attesa per l'ospedale Rizzoli di Lacco Ameno. Si è infatti in attesa di conoscere il nome di colui che sarà chiamato ad assumere le redini della direzione sanitaria dell'unico nosocomio presente sulla nostra isola. Come si ricorderà lo scorso mese di aprile l'Asl Napoli2 Nord ha pubblicato un avviso avente ad oggetto il conferimento dell'incarico di sostituzione del dirigente medico per la direzione della Uoc sanitaria del presidio ospedaliero Rizzoli di Lacco

Ameno. Un incarico di cinque anni, eventualmente rinnovabile per un ulteriore quinquennio e per il cui affidamento c'è naturalmente anche un pizzico di comprensibile curiosità.

L'Asl Napoli2 Nord sta procedendo, infatti, molto lentamente nell'espletamento dell'iter burocratico. Circa un mese e mezzo fa è stata nominata la commissione esaminatrice delle domande e soltanto nelle scorse ore sono stati resi noti i nominativi ammessi all'avviso pubblico. E ben nove sarebbero i candidati in corsa per la direzione dell'ospedale isolano. Tra questi anche lo stes-

so Luigi Capuano, direttore della Rsa Villa Mercedes di Serara Fontana, e attualmente alla guida del Rizzoli. Capuano, lo ricordiamo, è al "timone" dell'ospedale isolano dal marzo dello scorso anno, dopo il sopraggiunto pensionamento della dottoressa Maria Valentina Grossi, che era rimasta al vertice del nosocomio lacchese per ben otto lunghi anni. Capuano, insomma, potrebbe essere nuovamente il papabile vincitore del bando in questione, anche se non è l'unico nome in lizza già noto nell'ambito isolano.

In corsa per l'incarico della direzione sanitaria del Rizzoli, anche la dottoressa Teresa Coppola già conosciuta sul territorio isolano per aver ricoperto diversi incarichi presso l'ospedale Rizzoli. Gli altri candidati, meno conosciuti nel contesto ischitano, sono Giuliana Aceto, Elvira Bianco, Giampaolo Destro, Maria Antonia Di Palma, Massimo Mario Mensorio, Mauro Muto e Giancarlo Santoriello. Lista cospicua, insomma, quella degli aspiranti direttori sanitari dell'ospedale Rizzoli, adesso non resta che attendere il responso definitivo

