



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



STATO-REGIONI

Riparto del fondo sanitario Sepe è al fianco di Caldoro

DI ETTORE MAUTONE

SANITÀ, il presidente della Regione Stefano Caldoro torna a tuonare contro i criteri di riparto del fondo sanitario nazionale che penalizzano la Campania.

Il governatore preannuncia che non farà passi indietro sul fondo di assegnazione nazionale per la Sanità che vede la Campania fannalino di coda in Italia.

“Una battaglia necessaria, ci scontreremo con altre Regioni perché qualcuno dovrà perdere per dare agli altri, ma è una questione che riguarda la salute dei cittadini”.

E' infatti entrato in vigore il decreto attuativo del 2011 di una legge delega del 2009 in base al quale il fondo sanitario nazionale viene ripartito in base al criterio della quota pro-capite corretta in base all'anzianità della popolazione. In pratica lo stesso criterio che vige da quando la sanità italiana ha sposato il modello aziendale scaturito dalla riforma 502 del 1992.

“Questo avviene perché c'è qualcuno che fa cose ingiuste” dice Caldoro. C'è una legge dello Stato che non è applicata in base alla quale ci sono quattro criteri per la distribuzione del fondo: per età, per sesso, per epidemiologie legate a realtà locali e per le aspettative di vita”. “Ma di questi - evidenza Caldoro - viene applicato solo quello dell'età. Difatti la

Campania, la Regione più giovane d'Italia, perde 70 euro pro capite per i suoi cittadini, circa 300 milioni di euro ogni anno”. Grosso modo quanto è stato lo sbilancio annuo della regione negli ultimi cinque anni e che è costato il Piano di rientro dal deficit.

Ecco perché il presidente della Regione Campania rilancia la battaglia che deve essere, a suo avviso, comune.

“In Parlamento, con i cittadini, con i media - dice - perché le risorse devono essere distribuite con equità. E se fino a questo momento non era possibile modificare i termini del Patto della salu-

te, sottoscritto nel 2009, il 2014 diventa un anno cruciale perché i criteri si potranno modificare per fare in modo - conclude - che ai campani siano almeno destinate le stesse risorse che vanno agli altri italiani”. E a dare man forte al presidente della Regione scende in campo il cardinale di Napoli Crescenzio Sepe.

“Ci danno risorse in meno perché siamo più giovani. E' contraddittorio. Devono darci i fondi per metterci in condizione di curarci bene” avverte il cardinale Crescenzio Sepe, arcivescovo metropolitano di Napoli. E a conferma della convinzione con la quale sostiene l'iniziativa di Caldoro a difesa della Sanità e dei cittadini campani il cardinale Sepe usa una tipica espressione napoletana e dice “Facimme ammui-na” per sottolineare la necessità di farsi ascoltare. Intanto ieri il cardinale di Napoli intanto dà la benedizione al reparto di Otorinolaringoiatria del Monaldi guidato da Carlo Antonio Leone riconosciuto dalla Regione come Centro di riferimento in Campania per le sordità profonde e gli impianti cocleari.

Il direttore generale dell'azienda dei Colli Antonio Giordano as-

sicura che tutto il lavoro è sempre finalizzato a “restituire sotto forma di servizi i soldi che i cittadini pagano e a considerare ogni individuo come una persona e non un numero”. Caldoro, evidenzia l'esperienza forte per chi non frequenta quotidianamente un ospedale e la voglia di futuro e di guardare con ottimismo alla vita. ***



Crescenzio Sepe

La politica, lo scontro

Sanità, la rabbia di Caldoro: «Sui tagli daremo battaglia»

A rischio 350 milioni, il governatore: modificare i criteri

Paolo Mainiero

La Campania non ci sta. I nuovi criteri di riparto dei fondi della sanità penalizzano la regione che rischia di perdere, solo nel prossimo anno, 350 milioni. Caldoro annuncia battaglia, «una battaglia necessaria», dice. Il governatore è pronto allo scontro con le Regioni, perché «qualcuno dovrà rinunciare a una parte dei fondi», per aiutare gli altri. «Non faremo passi indietro», aggiunge Caldoro. Sotto accusa ci sono i criteri di ripartizione del fondo sanitario nazionale, criteri introdotti dal decreto attuativo del 2011 di una legge delega del 2009 in base al quale il fondo viene diviso tra le Regioni in base alla «pesatura dell'età». In altre parole il riparto dei soldi non avverrà in base al numero degli abitanti ma in base all'età della popolazione e sulla base dei costi standard calcolati sulla spesa delle tre Regioni con i conti in equilibrio (Umbria, Veneto, Emilia Romagna). La Campania, dove le speranze di vita sono più basse, otterrà di meno perché sono di meno gli abitanti che raggiungono o superano i 75 anni di età. Un criterio «inaccettabile» per Caldoro che avrebbe preferito altri parametri come le malattie croniche e il tasso di povertà. «Questo avviene perché c'è qualcuno che fa cose ingiuste - è l'accusa del gover-

Il caso Campania penalizzata dal riparto in base all'età della popolazione

natore - . Esiste una legge dello Stato che non è applicata, in base alla quale sono quattro i criteri per il riparto del fondo: età, sesso, epidemiologie legate a realtà locali, aspettative di vita. Ma di questi viene applicato solo quello dell'età». Di fatti la Campania, la regione più giovane d'Italia, perde «70 euro pro capite per i suoi cittadini, circa 350 milioni di euro ogni anno». Ecco perché il presidente della Regione rilancia «la battaglia» che deve essere «co-



mune: in Parlamento, con i cittadini, con i media» perché le risorse «devono essere distribuite con equità». E se fino ad ora non era possibile modificare i termini del Patto della salute, sottoscritto nel 2009, il 2014 diventa un anno cruciale perché «i criteri si potranno modificare per fare in modo - conclude - che ai campani siano almeno destinate le stesse risorse che vanno agli altri italiani».

Il paradosso è che la Campania paghi il fatto di essere la Regione più giovane d'Italia. Una contraddizione che Caldoro ha più volte denunciato, così come il governatore ha più volte ribadito la necessità di dover adottare pure un altro criterio, più politico, della premialità. E cioè che vanno considerati anche i risultati ottenuti in fatto di risparmio e la Campania, ha sottolineato, Caldoro, è la Regione che «porta in dote le migliori performance». Sostiene la battaglia del governatore, il presidente del consiglio regionale Paolo Romano. «La giovinezza del popolo campano - dice - non può essere trasformata in una privazione della salute. Si deve tenere conto di altri fattori, a cominciare da quello delle epidemiologie del territorio legate alla grave emergenza ambientale e alle aspettative di vite, fattori che richiedono una risposta sanitaria sia in termini di prevenzione che di cura». Per Angelo Marino, portavoce del gruppo «Caldoro presidente», c'è qualcuno che «gioca sporco sulla pelle dei cittadini della Campania e ancora oggi continua a pretendere che le risorse vengano divise col solo criterio dell'anzianità».

Ecco la lista dei 175 ospedali che dovranno chiudere

— Manca solo il sì di Regioni e governo per far scattare la chiusura di 175 ospedali con meno di 120 posti letto considerati «inefficienti e fonte di sprechi». I medici chiedono che sia mantenuto un presidio nelle zone disagiate. **Accossato e Russo** PAG. 2-3

“Inefficienti e fonte di sprechi” 175 ospedali a rischio chiusura

Il piano del ministero: entro Natale un accordo con le Regioni

I medici chiedono
che sia mantenuto
un presidio nelle zone
disagiate

PAOLO RUSSO
ROMA

Al ministero della Salute, la lista c'è già. Se Regioni e governo daranno il via libera, per i piccoli ospedali con meno di 120 posti letto, inseriti nel nuovo Patto per la salute, sarà l'ora di chiudere i battenti. Magari per essere riconvertiti in quelle strutture per la riabilitazione o per le lungodegenze che scarseggiano.

Da venti anni leggi finanziarie, decreti e persino piani regionali ne cantano il de profundis ma loro sono ancora lì, in 175 a rappresentare altrettanti monumenti allo spreco. Perché non c'è esperto in sanità che non dica quanto siano inutili, costosi e insicuri, visto che mancano di servizi di emergenza e apparecchiature in grado di affrontare i casi di una qualche complessità. E poi quasi sempre lavorano «sotto giri», ossia quei pochi posti letto vedono pure pochi pazienti. Che equivale a dire scarsa esperienza sul campo e quindi più facilità nell'inciampare in errori. Basti pensare che ci sono nosocomi con 15-20 posti letto utilizzati anche meno di 3 giorni su 10. Per non parlare del personale. Se si mette a confronto il tasso di utilizzo re-

ale dei pochi posti a disposizione e il numero di chi ci lavora si scopre che intorno a un letto in media si affaccendano sette, otto tra medici e infermieri.

Un inno allo sperpero che è tutto nell'elenco stilato dal ministero della Salute, dove assicurano che la parola fine agli ospedaletti dello spreco verrà apposta in via definitiva dal Patto per la salute, che il ministro Lorenzin vorrebbe siglare con le Regioni prima di Natale, per poi inviarlo in Gazzetta sotto forma di decreto. La lista in realtà sarebbe di 222 mininosocomi con meno di 120 posti letto, ma tra questi andranno salvati: i servizi psichiatrici di diagnosi e cura, che in realtà ospedali non sono; gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, perché fanno ricerca; i centri per “post acuti”, che servono per chi dopo un ricovero non è in grado di tornare a casa ma ha bisogno di cure meno intensive. Alla fine si arriva alla lista di 175 ospedaletti (per un totale di oltre 12 mila posti letto), tra i quali figurano anche alcuni collocati in zone disagiate. Isole o montagne. Dove però, dicono i tecnici del ministero, è più economico e sicuro mettere un servizio di soccorso in eliporto che tenere su un intero ospedale. Peccato che però ogni qual volta si prova a chiuderne uno è tutto un alzare barricate. Con in testa sindaci e qualche volta parroci.

Così dopo vent'anni dal primo tentativo di chiusura dell'allora ministro della Sanità, Raffaele

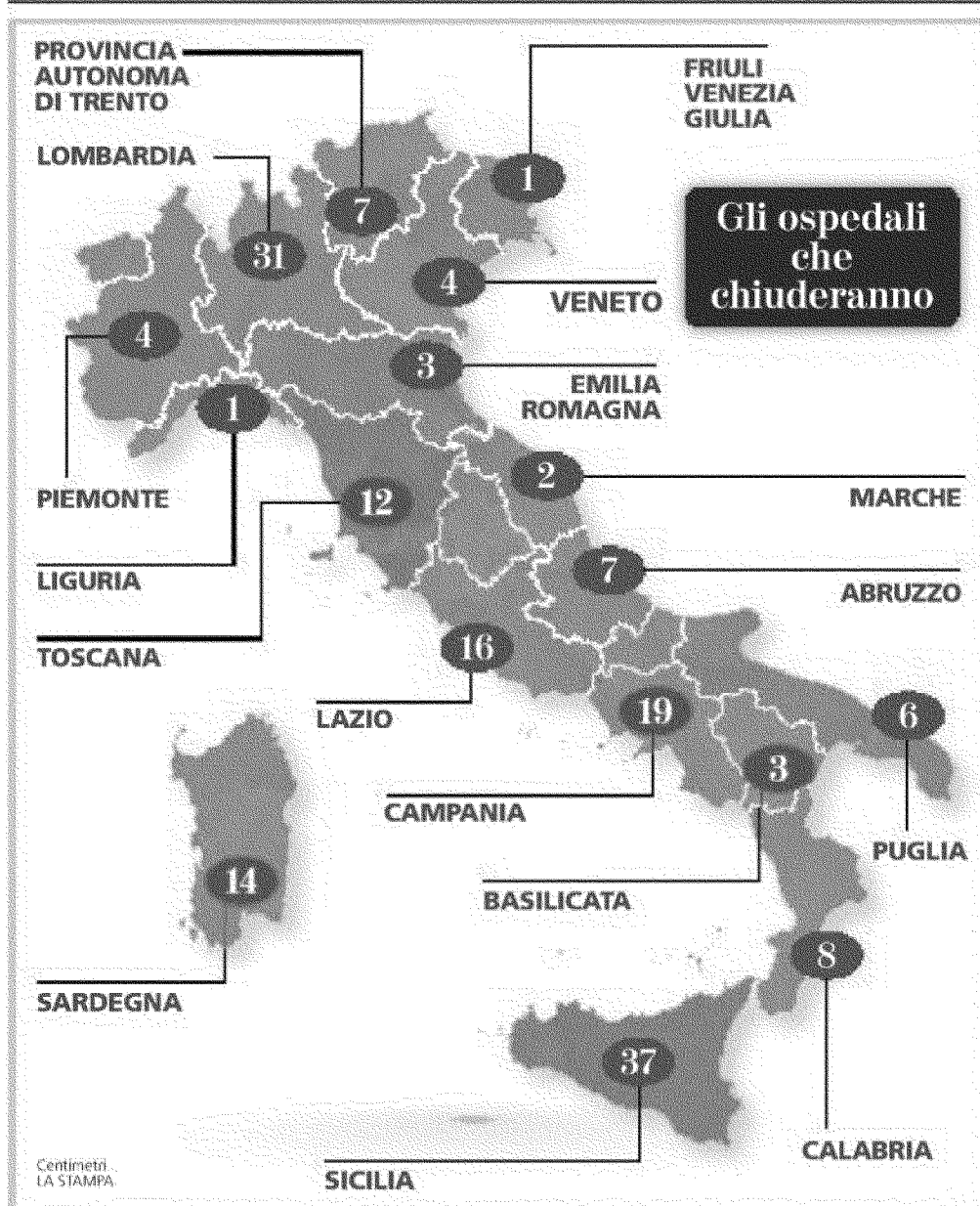
Costa, ad aver effettivamente sbaraccato sono poco più di un centinaio. Mentre resistono paradossi come l'ospedale di Acquapendente, con i suoi 8 posti letto e con 130 tra medici e infermieri fino al 2010. Oppure l'Ospedale di Leno, provincia di Brescia, 16 letti e 68 dipendenti sempre nel 2010. Ultimo anno per il quale è possibile rilevare informazioni dalla banca dati del dicastero della salute. Esempi che mostrano come gli ospedaletti siano una realtà diffusa tanto al Nord che al Sud. Certo, la parte del leone la fa la Sicilia, con 37 mini-ospedali, ma la Lombardia la segue a ruota con 31, mentre più distaccate sono la Campania, con 19, il Lazio con 16 e la Sardegna con 14. Pochi gli ospedaletti in Veneto e Piemonte, rispettivamente 4 e 5.

Sulla loro chiusura i camici bianchi si dividono. «Nelle zone disagiate vanno mantenuti dei presidi sanitari, magari non ospedali veri e propri ma servizi con caratteristiche utili a quella popolazione sì», è il parere di Costantino Troise, segretario nazionale del sindacato dei medici

ospedalieri Anaa. Che è però favorevole alla riconversione dei mini ospedali vicino ai grandi nosocomi. «Gli ospedaletti rappresentano un pericolo per i cittadini e persino per chi ci lavora, perché non hanno specialisti, strumentazioni e casistica sufficienti ad operare in sicurezza», taglia invece corto Massimo Cozza, segretario nazionale della Cgil medici. «Se si viene ricoverati per un problema serio - spiega - si rischia di dover essere trasferiti in un altro ospedale, con una dilatazione dei tempi di intervento a volte decisiva per la stessa vita». «Però - conclude - attenzione alla deospedalizzazione selvaggia perché le chiusure devono essere accompagnate dal contestuale potenziamento dei servizi territoriali».

(ha collaborato Roberta Scanzocchio)

SPRECHI E STRUTTURE PICCOLE: MANCA SOLO IL SÌ DI REGIONI E GOVERNO



LOMBARDIA (31)

Osp. F. del Ponte Varese (116 posti letto), Osp. Circolo Bellini Somma Lombardo (79), Carlo Pirelli Angera (79), Felice Villa Mariano Comense (62), Erba Renaldi Meneggio (70), Osp. generale di zona Chiavenna (64), Osp. civile Morbegno (47), Santa Maria delle Stelle Melzo (109), Osp. di Circ. C. Cantù Abbiategrasso (108), Grotta Oltrerochi Vaprio d'Adda (20), Civico Codogno (113), Civico Raschi Casa Lupatenghi (79), Presidio di Giussano (110), De Imerti Sant'Angelo Lodigiano (82), Caduti Bollette Bollette (106), Osp. di Circ. Serbelloni Gorgonzola (29), Osp. Civile S. Giovanni Bianco (85), F. M. Pazzi Cakinate (58), SS. Capita no e Gerosa Lovere (78), Le no (16), P.O. Montichiari A.O. Spedi civili (120), Presidio di Selò (15), Presidio di Iseo (88), Carlo Mina Casorate Primo (80), S. Martino Meda (80), SS. Annunziata Varzi (24), Asilo Vittoria Mortara (100), Presidio Asola (66), M. G. Antonio Locatelli (95), Nuovo osp. Di Bronie Stradella (107), P.O. Centro traumatologico ortopedico Bicocca Milano (117)

PIEMONTE (4)

Oftalmico (44) Torino, Evangelico Valdese (30) Torino, Amedeo di Savoia Torino (71), Presidio Major Torino (80)

LIGURIA (1)

Evangelico Internazionale Genova (108)

TOSCANA (12)

Presidio Zona Lunigiana (99), Presidio "S. Maria Maddalena" (55), Portoferraio (67), Casertino (57), Valtiberina (54), S. Andrea Massa Marittima (72), Colline dell'Albegna (103), Osp. civile di Castel del Piano (39), Borgo S. Lorenzo (115), SPDC Pisano (12), Presidio Amiata Senese (26), Nuovo osp. Valdichiana S. Margherita (72)

SARDEGNA (14)

A. Segni Ozieri (118), Marino Regina Margherita Alghero (43), P.O. Paolo Merlo La Maddalena (30), P.O. C. Zonchello Nuoro (44), P.O. Nostra Signora della Mercedes Lanusei (111), P.O. S. Camillo Sorgono (36), P.O. A. G. Mastino Bosa (71), P.O. S. Giuseppe bili (34), P.O. R. Binaghi Cagliari (92), P.O. S. Barbara Iglesias (114), P.O. CTO Iglesias (36), P.O. S. Maria Ilino Muravera (36), P.O. Microchirurgico Cagliari (22), P.O. G. P. De Logu-Ghinas (67)

LAZIO (16)

Acquapendente (8), Civitavecchia (74), Tarquinia (87), Osp. regionale Oftalmico Roma (14), Istituto odontoiatrico G. Eastman Roma (13), Villa Albani Anzio (35), P.T.P. Nuovo Regina Margherita Roma (0), S. Giuseppe Marino (115), SS. Gonfalone Monterotondo (81), Osp. civile Coniugi Bernardini Palatrana (79), A. Angelucci Subiaco (65), Aricia (25), Padre Pio di Bracciano (58), S. Benedetto Alerici (109), Centro per la salute della donna S. Anna Roma (0), Israelitico Roma (96)

FRIULI VENEZIA GIULIA (1)

O. C.S. Michele Gemona del Friuli (75)

VENETO (4)

Osp. Classif. S. Giuliana Sorelle Mis. Verona (90), Istituto Codivilla Putti Cortina (26), Osp. riabilitativo di alta special. (120), C.C. S. Camillo Treviso (109)

EMILIA ROMAGNA (3)

Presidio Val Tidone (116), Bobbio (22), "S. Maria" Borgo di Val Taro (107)

ABRUZZO (7)

Presidio Castel di Sangro (37), PO Tagliacozzo "Umberto I" (40), P.O. S. Massimo di Penne (90), O. "S.S. Trinità" Popoli (61), P.O. Atesa Vitt. Emanuele (69), P.O. "M. SS. Immacolata di Guardiagrele" (57), P.O. "G. Bernebo" Ortona (82)

BASILICATA (3)

Presidio Chiaromonte (49), Osp. civile Villa d'Agri (110), Presidio Tricarico (109)

PROVINCIE AUTONOME

Osp. di base di Vipiteno (58), Osp. Di base di San Gaetano (51), Osp. di base di Galland (105), Presidio di Borgo Valbuzza (72), Presidio di Cles (120), Presidio di Tione (66), Presidio di Cavalese (89)

CAMPANIA (19)

San Giuseppe e Merlino (60), Presidio San Rocco (99), P.O. S. Alfonso Maria de' Liguori (57), Osp. civile S. Giovanni di Dio (108), San Giuliano (119), Rizzoli Lacco Ameno (77), Istituto di cura Maria SS. Della Pietà Casoria (83), Bisceglia (50), P.O. S. Francesco D'Assisi Oliveto Citra (79), Presidio "Immacolata" Sa pri (96), P.O. Martiri di Villa Marina Sarno (116), P.O. Mauro Sciarlo Scafati (43), Osp. civile Gaetano Scotto (Albano Franc) (6), Roccaespide (61), Osp. civile di Agropoli (45), Ospedali riuniti area Nolana (120), Presidio Maddaloni (97), Presidio Marcianò (72), Presidio S. Felice a Canale (46)

PUGLIA (6)

P.O. Orientale Manduria (105), P.O. Valle d'Itria Martina Franca (100), P.O. Occidentale Castellana (104), Caduti in guerra Canosa (89), P.O. Molfetta (102), Presidio Grottole (98)

CALABRIA (8)

P.O. Beato Angelico Acri (78), Osp. civile S. Giovanni in Fiore (52), P.O. Tropèa (40), Sovvere Mannelli (32), Basso Ionio (89), P.O. Serra S. Bruno (28), Tiberio Evoli Milito P.S. (83), P.O. Giovanni XXIII Gioia Tauro (42)

SICILIA (37)

P.O. Barone Lombardo Canicattì (93), O. S. Giacomo d'Altopace Licata (52), P.O. F.lli Parlapiano Ribera (36), P.O. M. Immacolata Longo (47), P.O. Maddalena Raimondi (43), P.O. S. Stefano (25), P.O. Suor Cecilia Bessirocco (41), P.O. S. Marta e S. Venerag. Acireale (118), S. Giovanni di Dio e S. Sidiro (35), P.O. Maria SS. Addolorata Biancavilla (52), P.O. Castiglione Prestianni Bronte (51), P.O. SS. Salvatore Paternò (55), P.O. Basso Ragusa Militello (47), P.O. M. Chiello Piazza Armerina (51), P.O. Ferrar-Capra-Branciforte (57), P.O. Carlo Basiliotta Nicosia (66), P.O. Nuovo Cutroni Zoddà Barcellona (91), P.O. Lipari (25), P.O. G. Fogliani Milazzo (114), P.O. SS. Salvatore Mistretta (76), Stab. Osp. S. Agata Militello (70), P.O. Dei Bianchi Corleone (58), P.O. civico Partinico (87), P.O. Madonna dell'Altropetr. Sottana (38), P.O. S. Cimino Termini Merese (76), Regina Margherita Comiso (46), Busacca Scilli (51), P.O. di Maria Avole (78), P.O. Trigona Noto (54), P.O. Muscatello Augusta (83), Osp. generale di zona Lentini (119), P.O. A. Rizza (24), S. Vito e S. Spirito (50), P.O. B. Nagar Pantelleria (18), P.O. V. Emanuele II Castelvetro (108), P.O. Abele Ajello (18), P.O. V. Emanuele III Salemi (24)

Gli ospedali e i posti letto

(In parentesi il numero di posti letto)

Continuati LA STAMPA

Caldoro: ecco tre miliardi per la Campania

A PAGINA 2

L'INTERVISTA

Il governatore Caldoro «TRE MILIARDI DI EURO, DA QUI INIZIA IL RILANCIO»

di FELICE NADDEO

L peso della recessione è stato per la Campania quasi doppio rispetto al resto del Paese. Un macigno che, adesso, con le previsioni 2014 potrebbe trasformarsi in un sassolino. Perché la contrazione si è fermata a -1,9%, con possibilità di inversione di tendenza per il nuovo anno grazie a un dato previsionale del +0,2%. I segnali di ripresa ci sono. E anche il governatore della Regione, Stefano Caldoro, li intravede all'orizzonte. «Il momento è difficile per l'intero Paese e le aree più fragili, per ritardi storici e deficit di trasferimento, sono quelle che pagano il prezzo più alto - rileva il presidente della giunta di Palazzo Santa Lucia - in Campania riusciamo a reggere meglio rispetto ad altri. Lo riconoscono osservatori terzi ed autorevoli come Bankitalia. Abbiamo ridotto gli sprechi, inciso sulla spesa corrente, concentrato le risorse su grandi progetti strategici. Abbiamo accelerato sulla spesa dei fondi europei».

Ci sono, però, dati ancora troppo negativi per il tessuto economico locale: gli investimenti stanno facendo registrare un -4,5% in Campania, quasi un record in Italia. E qui ci sono forti responsabilità anche della politica oltre che della congiuntura negativa.

«Abbiamo invertito la rotta, non abbiamo risolto tutti i problemi. La crisi viene da lontano. Le istituzioni, la politica, hanno il dovere di creare le condizioni migliori. Ricordo un dato. Nelle prossime settimane,

nei prossimi mesi immetteremo nel circuito campano quasi tre miliardi di euro. Grazie agli strumenti normativi del Dl 35 ed alla nostra determinazione pagheremo i vecchi debiti della pubblica amministrazione. Lo stiamo già facendo, lo abbiamo fatto per il settore sanitario. Oggi siamo più credibili, onoriamo gli impegni. La credibilità acquisita sarà un fattore decisivo per puntare alla crescita».

Pesa sempre il timore e la percezione della camorra sui possibili investitori italiani ed esteri?

«Sicuramente incide anche questo. Però sottolineo che l'azione di questi anni delle forze dell'ordine e della magistratura sta producendo risultati significativi. Bisogna continuare così. Poi le istituzioni hanno il compito di puntare su procedure veloci, trasparenti. Bisogna ridurre, con sempre maggiore forza, tutte le aree grigie, quelle delle incertezze. Le buone pratiche amministrative riducono gli spazi della criminalità organizzata».

La Terra dei Fuochi ha già fatto molte vittime per le morti di cancro, adesso i danni si stanno ripercuotendo sull'economia e sull'export dei prodotti campani. Basterà un marchio di qualità o la garanzia di tracciabilità? E le bonifiche tranquillizzeranno i mercati?

«La vigilanza sulla salute deve essere sempre altissima. Bisogna fare riferimento alla comunità scientifica e bisogna ascoltare i cittadini, le loro paure e le loro testimonianze. La comunità scientifica ci invita alla prudenza ma io ho il dovere di ascoltare il grido

di dolore della famiglie, dei cittadini preoccupati. Abbiamo avviato azioni di tutela dei nostri prodotti. Bisogna fare di più per proteggerli perché sono i più controllati e quelli di migliore qualità. Non possiamo tollerare azioni speculative sulle nostre eccellenze. Le bonifiche si sono avviate. Dopo anni di distrazione e ritardi abbiamo cambiato registro. Questo dato deve assolutamente essere tenuto in considerazione. In questi giorni è arrivato anche il decreto del governo. Sono state accolte le richieste della Campania e dei cittadini. Si parte con un lavoro comune».

C'è una valida azione di sistema in Campania sul versante delle politiche economiche o si avverte la mancanza di una cabina di regia qualificata?

«C'è un dialogo costante con le parti sociali. Con le imprese e con i sindacati. Non conosco altre strade. Con il Contratto Campania abbiamo consolidato questo percorso, anche qui bisogna fare sempre di più e meglio».

Lei è d'accordo sulla necessità, prospettata soprattutto da Confindustria, di avviare delle politiche di rilancio del sistema Paese che siano basate non più sul rigore e sulla tassazione ma sulla spinta all'occupazione e alla produzione?

«Concordo. Sulla competitività cresce il Paese. Bisogna sostenere chi ha voglia, chi rischia. La Regione, con il credito d'imposta, con il microcredito, con le politiche attive del lavoro va in questa direzione. Il rigore da solo non basta, è una precondizione per lo sviluppo poi sono necessarie altre misure».

Le tasse aumentano, i tagli sono sempre e soltanto annunciati. Ma per ridurre i costi cosa ha fatto la Regione?

«Le faccio un esempio che rende l'idea. Che inquadra la nostra azione di governo. Per il decreto 35, quello del ritardo dei pagamenti della pubbliche amministrazioni, le altre regioni hanno aumentato le tasse. Noi siamo gli unici in Italia a dare risposte ai comuni ed alle imprese senza mettere le mani in tasca ai cittadini. Non abbiamo aumentato le tasse a differenza di altri. Siamo la Regione che più di altre ha ridotto la spesa corrente. Sui costi della politica abbiamo fatto tantissimo. Abbiamo eliminato gli sprechi, le consulenze, dimezzato gli stipendi. Abolito benefit».

Joerg Asmussen, influente membro tedesco della Bce, sostiene che bisogna liberare il mercato del lavoro, con delle riforme, per rilanciare la crescita.

«Le riforme sono indispensabili. Sono un riformista e vengo da una cultura politica che ha sempre avuto l'obiettivo di innovare senza lasciare solo chi è più indietro. Bisogna ripensare con coraggio il sistema del welfare. Chi ha di più deve fare sforzi maggiori. Bisogna ridurre i vincoli, lasciare alle imprese più spazio e questo si può e si deve fare senza ridurre i diritti dei lavoratori».

Su quali asset economici strategici pensa di puntare la Regione per il 2014?

«Dobbiamo continuare sulla strada tracciata. Pagare le imprese per i vecchi debiti, continuare sulla spe-

sa dei fondi europei e sui grandi Progetti. Daremo un impulso fondamentale con tutte le misure di accelerazione della spesa per i piccoli comuni. Punteremo con decisione sulla opzione "Campania verde". La tutela dell'ambiente e della salute rappresentano una priorità».

La questione meridionale non è diventata troppo marginale rispetto al dibattito politico nazionale? Può essere una carenza nell'efficacia dell'azione della rappresentanza politica meridionale?

«Si parla troppo poco di Sud. Deve aumentare nel Paese una consapevolezza: se non cresce questa parte del Paese non cresce l'Italia. C'è poca attenzione, questo sì. Bisogna cambiare. Ma deve cambiare soprattutto il Sud che non deve avere paura della competizione. Dobbiamo chiedere allo Stato di riconoscere e premiare le buone pratiche. Io preferisco il Sud che lotta, che cambia, che si caratterizza per pratiche virtuose».

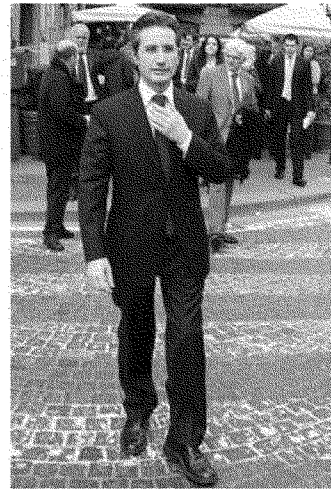
Ritiene soddisfacenti i suoi rapporti con le parti sociali o ha qualche recriminazione rispetto alla sua esperienza di questi anni?

«Le parti sociali hanno avuto ed hanno un ruolo fondamentale. C'è un confronto franco, leale e costruttivo. Abbiamo gli stessi obiettivi. In Campania, in molte situazioni difficili, è stato fondamentale il ruolo di grande responsabilità del sindacato».

La scheda

La Regione Campania punta con decisione sull'attuazione dei Grandi progetti. Sette di questi, per un valore di 1,3 miliardi di euro, sono già stati ammessi a finanziamento (Parco urbano Bagnoli, Metropolitana Linea 1, Metropolitana Linea 6, Metropolitana Metrocampania Nord est Piscinola-Capodichino, Ripascimento Golfo di Salerno, Messa in sicurezza del fiume Sarno, Statale 268 del Vesuvio). Decreti di ammissione e finanziamento anche per altri sei Grandi progetti, per un valore complessivo di 550 milioni di euro (Centro storico di Napoli - Unesco, Polo fieristico regionale - Mostra d'Oltremare, Depurazione Litorale Domitio, Depurazione aree interne di Avellino, Benevento e Caserta, Depurazione laghi flegrei, Banda larga). Ed ancora risanamento ambientale corpi idrici della provincia di Salerno e Napoli Est. Su queste direttrici di sviluppo si concentra l'azione della Regione Campania.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In cammino il governatore Stefano Caldoro

Oggi siamo più credibili e onoriamo gli impegni. Partiamo da questo fattore per puntare alla crescita della Campania

Le istituzioni hanno il compito di puntare su trasparenza e procedure veloci: le buone pratiche tolgono spazi alla criminalità

Per il nuovo anno puntiamo sui grandi progetti e sull'ambiente: sono queste le sfide che ci aspettano per aprire nuovi orizzonti

i focus del Mattino

I residenti fantasma che la Sanità non vede e la Campania paga

Marco Esposito

Mezzo milione di campani per il sistema sanitario nazionale non esistono. Valgono zero. Per la sanità federalista, infatti, i cittadini non sono tutti uguali. Vanno «pesati per età». E con la formula ideata dal leghista Calderoli quelli della Campania si riducono di 481 mila. Meno persone vuol dire meno soldi e quindi meno assistenza dal 2014 in poi, anche se si elimineranno (come necessario) gli sprechi. Ma è legittima la norma-Calderoli? Non sembra. C'è infatti una legge del 1996 - né attuata né cancellata - che elenca non uno solo, bensì sei criteri per pesare la popolazione, tra i quali la speranza di vita, che in Campania è di due anni più bassa.

Il federalismo

Sanità, tagliati 500mila abitanti alla Campania

La popolazione «pesata per età» per giustificare i minori fondi

Marco Esposito

La formula inserita nel decreto legislativo sul federalismo sanitario ideata da Roberto Calderoli sta per essere attuata, dopo aver individuato le tre regioni (Veneto, Emilia Romagna e Umbria) dalle quali parte il conteggio. La riduzione non è di poco conto: per il sistema sanitario italiano la Campania conta appena 5.282.867 abitanti e cioè quasi mezzo milione in meno degli abitanti reali, ovvero 5.764.424. Meno persone vuol dire meno soldi e quindi meno assistenza, con tagli che colpiscono anche se eliminano gli sprechi e rendi il servizio efficiente.

Non tutte le regioni «perdono» abitanti dopo la pesatura Calderoli. Per esempio il Piemonte, applicando i pesi per età, si trova 317.570 residenti più di quelli reali. E ovviamente ogni residente si porta in dote un gruzzoletto del fondo sanitario nazionale pari a circa 1800 euro. A guadagnare abitanti «sanitari» sono soprattutto le regioni del Centro-nord, con in testa Piemonte, Liguria, Emilia

Romagna e Toscana; mentre i tagli di residenti colpiscono soprattutto Campania, Sicilia, Puglia e Calabria.

La pesatura per età assegna per esempio un valore di 0,234 ad ogni abitante tra i 5 e i 14 anni. In Campania di bambini in quella fascia di età ce ne sono 639.841 ma per la sanità valgono come 149.723. In tutte le regioni, ovviamente, si adotta il medesimo criterio ma per esempio in Piemonte i bambini tra i 5 e i 14 sono appena 375.137 e quindi il taglio è in proporzione minore. Al contrario, se si va nella fascia dai 75 anni compiuti in su, in Campania a causa della speranza di vita più bassa troviamo appena 452.395 persone, alle quali si applica un peso di 2,844 per cui ai fini sanitari contano come 1.286.611. Nel meno popoloso Piemonte gli over 75 sono ben 515.113 e dopo aver applicato il moltiplicatore diventano 1.464.981. Fatta la somma algebrica tra fasce di popolazione che pesano di più e altre che pesano poco la Campania si trova appunto 500mila persone in meno e il Piemonte 300mila in più.

Caldero
Una legge
del 1996
stabiliva
sei pesi
Perché
applicarne
uno solo?

C'è una ragione dietro la pesatura per età? Ovviamente sì. È del tutto evidente che un neonato o una persona anziana hanno maggiore necessità di assistenza sanitaria rispetto a un trentenne. Tuttavia quello dell'età non è il solo criterio che giustifichi una maggiore o minore spesa sanitaria. E questa non è un'opinione bensì una precisa norma di legge. Una legge che risale al 1996 ed è inapplicata, ma ancora in vigore, secondo gli uffici della Regione Campania. Il decreto legislativo di Calderoli è successivo, tuttavia in quanto decreto legislativo non può abrogare leggi precedenti. A fare la scoperta normativa è il presidente della Campania, Stefano Caldoro, convinto che dopo aver portato i conti della sanità campana in sostanziale pareggio non può vedersi tagliare centinaia di milioni (350 subito e altrettanti a regime) per una norma scritta da Calderoli in piena fase di dominio leghista.

La legge 662 del 1996 all'articolo 1, comma 34 elenca i seguenti sei pesi: «popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali». Applicare soltanto uno dei pesi previsti dalla legge è illegale. Ed è anche ingiusto, visto che si condanna una popolazione al taglio dei servizi sanitari con la motivazione che la speranza di vita è più bassa e quindi ci sono meno anziani.

Popolazioni a confronto

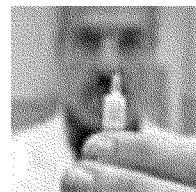
Per la sanità la popolazione - in base al decreto legislativo 68 del 2011 (articolo 27 comma 7) - dal 2013 viene pesata esclusivamente in base all'età. Ecco come diminuisce la popolazione della Campania e come aumenta la popolazione del Piemonte applicando i pesi in vigore per l'assistenza ospedaliera. A minore popolazione corrispondono minori finanziamenti



	Popolazione reale	peso	Popolazione sanitaria	Differenza
0-1	55.009	3,184	175.149	120.140
1-4	234.263	0,364	85.272	-148.991
5-14	639.841	0,234	149.723	-490.118
15-24	730.683	0,371	271.083	-459.600
25-44	1.635.880	0,544	889.919	-745.961
45-64	1.514.559	0,923	1.397.938	-116.621
65-74	501.794	2,047	1.027.172	525.378
Oltre 75	452.395	2,844	1.286.611	834.216
Totale	5.764.424		5.282.867	-481.557

	Popolazione reale	peso	Popolazione sanitaria	Differenza
0-1	36.900	3,184	117.490	80.590
1-4	153.220	0,364	55.772	-97.448
5-14	375.137	0,234	87.782	-287.355
15-24	377.633	0,371	140.102	-237.531
25-44	1.156.634	0,544	629.209	-527.425
45-64	1.234.944	0,923	1.139.853	-95.091
65-74	508.082	2,047	1.040.044	531.962
Oltre 75	515.113	2,844	1.464.981	949.868
Totale	4.357.663		4.675.233	317.570
Diff Camp-Piem	1.406.761		607.634	

camme



Costi standard e siringa

L'impegno mancato: verificare la spesa dei singoli servizi sanitari

Il federalismo sanitario è partito nel 2009 con la promessa di verificare i costi standard per intercettare ed eliminare gli sprechi. Tremonti in Parlamento parlò del costo della siringa, in Sicilia del 50% più caro della Toscana. Passando dal

dire al fare Nella traduzione concreta, però, non si accertano i costi dei singoli servizi bensì il più di lista per macroaree, calcolando il valore medio in tre regioni con i conti in equilibrio. Le regioni per il 2013 sono Veneto, Emilia Romagna e Umbria.

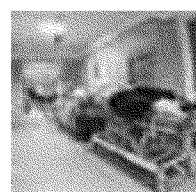


Tre regioni modello

Veneto, Emilia, Umbria per tutte le altre faranno da parametro

La Conferenza delle Regioni ha individuato le tre con i conti in ordine: sono Veneto, Emilia Romagna e Umbria. Adesso va calcolato il costo medio per cittadino nelle tre regioni. Quel valore (circa 1800 euro) in base al comma 7

dell'articolo 27 del decreto legislativo 68/2011 va pesato per età per ricavare il finanziamento del fondo sanitario per ciascuna regione. Il risultato dovrebbe essere applicato già per il 2013 ma slitterà al 2014.



La 622 del 1996

I criteri da utilizzare: numero, età, sesso, epidemie, mortalità

La legge 622/1996, art. 1 comma 34. «Ai fini della determinazione della quota capitaria, in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente

per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stabilisce i pesi da attribuire ai seguenti elementi: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali».



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Chirurgia L'équipe dell'ortopedico Raffaele Russo esegue un'operazione in videoconferenza

Pellegrini, intervento rivoluzionario alla spalla

Impiantata una protesi inversa utile contro malattie invalidanti
Centinaia di esperti alla «diretta»

Protesi inversa di spalla. L'intervento, eseguito dal professore Raffaele Russo, direttore del dipartimento di Ortopedia del Vecchio Pellegrini, è stato ripreso e inviato in diretta sul megaschermo della sala conferenze del Vecchio Pellegrini. All'operazione innovativa hanno assistito centinaia di chirurghi ortopedici, italiani e stranieri.

«L'evento è stato realizzato sotto l'egida della Asl Napoli Centro e con partecipazione attiva di Michele Ferrara, direttore sanitario dell'ospedale e della dottoressa Antonella Guida, direttore sanitario generale della Asl» ha precisato Raffaele Russo.

L'incontro scientifico, come detto, ha avuto per tema la protesi inversa di spalla: dalla indicazione ai risultati in patologie degenerative e traumatiche.

Nel corso del dibattito, che ha fatto seguito alla proiezione dell'intervento, con l'équipe di Raffaele Russo si sono confrontati esperti di fama internazionale. Tra gli ospiti di rilievo, solo per fare qualche nome, c'erano Hans Bloch, di Lucerna e Alex Castagna di Milano. «Il momento principa-



le è stato rappresentato dalla visione in diretta dell'impianto della protesi trasmessa dal blocco operatorio del nosocomio della Pignasecca al prestigioso, storico e suggestivo salone dell'Arciconfraternita dei Pellegrini. Il tema trattato e soprattutto la chirurgia in diretta su un paziente particolarmente sofferente anche per diversi interventi chirurgici praticati in altro nosocomio e non seguiti da successo, sono risulta-

ti di particolare attualità ed interesse poiché l'indicazione e l'utilizzo di questa protesi è in via di espansione nel mondo intero. Essa infatti è particolarmente indicata nelle malattie dolorose ed invalidanti di tipo artrosico e degenerativo della spalla e nelle patologie traumatiche degli anziani e anche dei grandi anziani cioè dei pazienti di oltre ottant'anni» ha precisato il chirurgo napoletano che dirige il dipartimento di Ortopedia dell'ospedale di via Pignasecca. E conclude: «All'incontro scientifico hanno partecipato un massiccio numero giovani ortopedici non solo della Campania e del Sud, ma anche del Nord e del centro d'Italia che hanno ovviamente apprezzato anche le bellezze del polo museale dell'Arciconfraternita».

La scuola napoletana della spalla e del gomito diretta da Raffaele Russo si è fatta carico di questo progetto di formazione che rientra nel progetto Nisc ideato dallo stesso Russo nel 2002 per l'aggiornamento specifico sulla spalla.

Nel 2009 la squadra del professore Russo è stata la prima a impiantare una protesi al titanio trabecolare, ultima frontiera in ambito di protesi della spalla. Da anni il titanio veniva utilizzato per le protesi, soprattutto dell'anca, ma per la prima volta in Italia e nel mondo questo particolare tipo di metallo venne utilizzato dall'équipe diretta da Raffaele Russo, per un intervento che salvò una ventottenne vittima di una grave malformazione congenita. Poi altri chirurghi nel mondo hanno seguito, con successo, l'esempio del medico napoletano.

m.i.p.

Villaricca - Attivati i collegamenti con il nuovo distretto dell'Asl

Villaricca - A partire da lunedì 2 dicembre sono attivi nuovi collegamenti per congiungere i cittadini di Villaricca al nuovo Distretto Asl di Corso Italia ed alla stazione metropolitana di Chiaiano. Un risultato raggiunto a costo zero, attraverso alcune modifiche del percorso della linea M10 della Ctp. Per il Sindaco Gaudieri, un risultato importante che risolve molti problemi ai cittadini di tutto il comprensorio, realizzato in sinergia con il Comune di Qualiano e con la stessa azienda tramviaria della Ctp.

Monte di Procida

Asl, il ticket non si può pagare: disagi per gli anziani

Difficoltà per gli utenti dell'Asl Na2 Nord che si rivolgono al Distretto 35, in via Cappella: qui da alcune settimane la macchina per il pagamento del ticket sanitario è guasta. Così i pazienti, per le prestazioni prenotate, devono pagare attraverso un bollettino intestato alla locale azienda sanitaria. All'attesa per le indagini o la visita medica specialistica, quindi si aggiunge la fila all'ufficio postale o in un punto Lottomatica per versare la somma dovuta. Poi bisogna ritornare in sede e consegnare la ricevuta

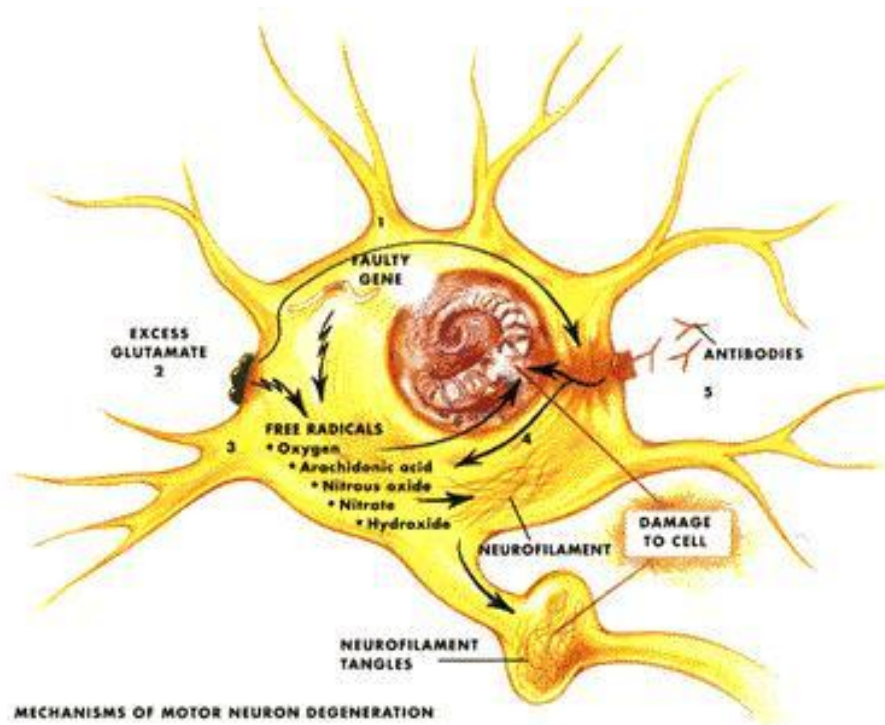
dell'avvenuto pagamento. Considerando che molti utenti sono anziani, si evincono le difficoltà di questa procedura. E non mancano le lamentele. «Stamane l'ufficio postale era affollato e ho dovuto aspettare venti persone prima di poter pagare - afferma Rosario Scamardella, un anziano che vive nella frazione Fusaro - dopo ho portato la ricevuta al distretto. Mi sposto a piedi, non ho nessuno che mi accompagni e i mezzi pubblici non passano. Di tutto questo non si tiene conto». A

queste difficoltà logistiche si aggiunga il costo della tassa per il bollettino postale allo sportello da 1.30 euro. Intanto dall'azienda sanitaria locale Asl Na2 Nord informano che «la macchina automatica per la riscossione del ticket sanitario sarà ripristinata a breve» e chiariscono che «il sistema di pagamento del ticket è multicanale: via web, alle Poste oppure presso uno sportello fisico e al punto giallo nelle strutture che ne sono dotate». Ma non il Distretto 35 di Monte di Procida.
pat. cap.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Leucemie. Al Bambino Gesù trapianti innovativi

Per tanti anni gli unici donatori impiegati per il trapianto di cellule staminali del sangue in bambini con leucemie e altri tumori, o privi di adeguate difese del sistema immunitario, o con un'incapacità a formare i globuli rossi, sono stati sempre un fratello o una sorella compatibile. Un 30-40% di pazienti, però, non trova un donatore idoneo o ha un'urgenza tale da essere avviato al trapianto in tempi non compatibili con quelli necessari a identificare un donatore al di fuori dell'ambito familiare. Da oggi per loro una nuova, affidabile risposta, arriva dall'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, i cui ricercatori hanno sviluppato un innovativo trattamento cellulare che rende sicuro, in mancanza di un donatore completamente compatibile, il trapianto da uno dei due genitori.

Lo studio, messo a punto dall'équipe del professor Franco Locatelli, responsabile di Oncematologia pediatrica e Medicina trasfusionale nell'ospedale della Santa Sede, è stato sperimentato con successo su 50 pazienti. Ed è stato selezionato e presentato, assieme ad altre 19 ricerche, tra più di 2.000 contributi (di ogni parte del mondo) dalla Società americana di ematologia che sta tenendo il suo congresso a New Orleans. «I risultati sui primi 50 pazienti con leucemia acuta sottoposti a questo innovativo tipo di trapianto – spiega una nota dell'Ospedale – sono particolarmente buoni, con una probabilità di cura che sfiora l'80%». (V. Sal.)

MEDICINA

Da farmaco Usa rivoluzione nella terapia dell'epatite C

Una pillola da mille dollari da prendere una sola volta al giorno per 12 settimane. È questa la rivoluzionaria cura per l'epatite C che utilizza la molecola sofosbuvir e approvata definitivamente dalla *Food and Drug Administration (Fda)*, che ha un costo notevole, circa 84mila dollari per terapia, ma che può portare a percentuali molto alte di guarigioni e quindi rappresentare in definitiva un risparmio rispetto alle cure attuali. «È una notizia storica, una rivoluzione nella terapia di questa malattia che causa nel nostro Paese 10.000 morti l'anno», ha commentato Antonio Gasbarrini, professore di gastroenterologia all'Università Cattolica di Roma.

La fine vera degli antibiotici

Se non ci sarà
un'inversione
rapida di tendenza
nell'uso di questi

preziosi farmaci,
fra qualche anno
anche infezioni oggi
banali potrebbero
diventare fatali

Allarme La maggiore minaccia per la salute nei prossimi dieci anni

Insieme agli antibiotici potrebbe terminare la medicina moderna

Con i batteri resistenti anche infezioni adesso banali diventeranno fatali. E la chirurgia sarà più rischiosa

L'eccesso

Nel nostro Paese ogni giorno, su mille abitanti 20 sono in terapia con questi farmaci

L'equivoco

Se la malattia è virale è inutile prenderli per guarire più rapidamente

dossier

di ROBERTA VILLA

Secundo il Rapporto sui rischi globali 2013 del World Economic Forum, la più grande minaccia per la salute dell'umanità nei prossimi dieci anni potrebbe essere l'emergenza di ceppi batterici resistenti ai farmaci. Ma già ora il fenomeno ha notevoli costi umani (25 mila morti

l'anno in Europa) ed economici (1 miliardo e mezzo di euro l'anno di spesa sanitaria aggiuntiva stimata per i Paesi dell'Unione), per cui tutte le autorità sanitarie internazionali sono mobilitate per porvi il più possibile rimedio. In caso contrario, rischiamo di chiudere l'era antibiotica come una felice parentesi della storia nella quale i medici hanno avuto, per meno di un secolo, strumenti efficaci per combattere le infezioni batteriche. «Entrare in un'era post antibiotica significa, di fatto,

porre fine alla medicina moderna così come la conosciamo — ha dichiarato Margaret Chan, direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità —. Condizioni comuni come una faringite da streptococco o la sbucciatura del ginocchio di un bambino potrebbero tornare a uccidere». «Non solo — aggiunge Gianmaria Rossolini, docente di Microbiologia clinica alle Università di Firenze e Siena —. Molte pratiche mediche, e soprattutto la maggior parte degli interventi chirurgici,

non potrebbero più essere affrontati con la stessa tranquillità, per il rischio di infezioni che porterebbero con sé».

In questo guaio ci siamo messi da soli, abusando per decenni di quei farmaci considerati, secondo un'inchiesta svolta tra i lettori del *British Medical Journal* qualche anno fa, l'innovazione più importante in medicina dopo l'anestesia. Si stima che, insieme ai vaccini, la scoperta degli antibiotici abbia contribuito ad aumentare di ben 20 anni la nostra vita media. Il rischio, adesso, è di tornare indietro, a causa del consumo eccessivo e inappropriato che se ne è fatto in questi decenni: solo negli Stati Uniti, nel 2009, se ne sono somministrati ai pazienti 3 mila tonnellate e l'anno successivo, ai soli animali, 13 mila. In Europa, l'Italia, insieme con il Portogallo, talona la Grecia per eccessivo consumo: ogni giorno, su 1.000 abitanti, più di 20 sono in trattamento. Non si tratta solo di spreco: l'uso di un antibiotico, eliminando tutti i batteri suscettibili, inevitabilmente lascia campo libero a quelli resistenti, per i quali si dovrà trovare un nuovo rimedio. Ecco perché è fondamentale il richiamo a un "uso responsabile" degli antibiotici...

Ma che cosa significa esattamente questa espressione? A parole gli italiani sono abbastanza consapevoli del problema, ma nei fatti poi non si comportano di conseguenza. Sulla base delle risposte fornite nel corso dell'inchiesta Eurobarometer condotta dalla Commissione europea nel maggio scorso, infatti, in linea con il resto dei cittadini dell'Unione, quasi il 70 per cento degli intervistati sa bene che l'abuso di antibiotici li rende inefficaci e che questi medicinali possono provocare effetti collaterali come la diarrea, ma il 36 per cento di loro dichiara di averli presi almeno una volta nell'anno precedente. Dopo anni e anni di campagne di informazione e sensibilizzazione è sconsigliato constatare che, pur in leggero miglioramento rispetto all'anno passato, anco-

ra oggi, più della metà del campione intervistato in Italia (il 58%) è erroneamente convinto che gli antibiotici siano in grado di uccidere i virus e quattro su 10 li ritengono utili contro raffreddore e influenza. Anche molte persone ben informate, e perfino molti medici, cadono nella trappola della "copertura antibiotica", un'espressione con cui si giustifica l'uso di medicinali in molti casi in cui non sono indicati, per esempio l'influenza, appunto, solo al fine di prevenire eventuali complicazioni.

Rispetto al resto d'Europa, gli ospedali italiani sono quelli nei quali più spesso la ragione per somministrare antibiotici è la "copertura" di condizioni mediche di diverso tipo. Si giustifica così il 23,8 per cento delle prescrizioni. E questo spiega in parte il fatto che quasi la metà delle persone ricoverate in ospedali per acuti in Italia sia "sotto antibiotici".

Non parliamo poi della cosiddetta "profilassi chirurgica", la protezione dalle infezioni che si fa per ogni piccolo intervento, in ospedale o dal dentista. «A questo scopo basterebbe una dose poche ore prima dell'operazione ed eventualmente una seconda subito dopo» sostiene Franco Scaglione, docente di Farmacologia all'Università degli studi di Milano, mentre nell'ultimo rapporto del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie risulta che nel nostro Paese il più delle volte il trattamento profilattico si prolunga inutilmente per più di un giorno.

Le cose cambiano quando il farmaco si prende per curare un'infezione, non per prevenirla: spesso si insiste per avere l'antibiotico, poi lo si interrompe al primo segno di miglioramento.

«Invece bisogna prenderlo per il tempo necessario a estirpare l'infezione — ma non più a lungo, per evitare di favorire la comparsa di resistenze — e sempre a dosi piene, senza mai ridurle quando si comincia a stare meglio»

raccomanda il farmacologo.

Ci sono molte condizioni per cui si pensa subito, sbagliando, alla necessità di un antibiotico: la bronchite in una persona che non soffre di bronchite cronica, per esempio. Ma soprattutto la febbre, che mette in allarme, oppure la tosse o il mal d'orecchio, sintomi che di per sé non sono segnali di un'infezione batterica.

«Sopra i due anni di età, anche l'otite, se non è ricorrente o non presenta pus o complicazioni, guarisce per lo più spontaneamente — intervienne Susanna Esposito, direttrice della prima Clinica pediatrica dell'Ospedale Policlinico di Milano e presidente della Società italiana di infettivologia pediatrica—. Nei bambini gli episodi infettivi sono più frequenti che negli adulti, ma nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di condizioni lievi e su base virale, che passano da sole. Ci vuole solo un po' di pazienza».

Molti pensano che l'antibiotico sia una cura "più forte", capace di accelerare i tempi di guarigione, ma se l'infezione è virale, il farmaco non serve né a risolverla né ad abbreviarne la durata. Oltre che inutile, poi, è controproducente, perché l'antibiotico non può nulla contro il virus, compromette la flora batterica "buona" e seleziona pericolosi ceppi resistenti. Inoltre può provocare effetti collaterali, come la diarrea, che si può curare con i probiotici. «Questi prodotti invece non sono indicati a scopo preventivo, a meno di trattamenti molto prolungati, come per le infezioni che colpiscono le ossa o il cuore» dice la pediatra milanese. Che aggiunge: «E comunque, anche quando l'antibiotico è indicato, per esempio nelle rinosinusiti mucopurulente che durano da più di una settimana, questo non basta, se non si aiuta la rimozione del materiale infetto con accurati lavaggi delle cavità nasali».

Strategie d'aiuto

Immunoglobuline vitamine e probiotici

Per contrastare le resistenze agli antibiotici si stanno cercando nuove strategie che facciano a meno di questi farmaci. Per esempio agendo sulle difese del paziente: «L'antibiotico aiuta, ma a farci guarire è il nostro sistema immunitario» precisa Gianmaria Rossolini, dell'Università di Firenze e Siena. Si studia così quando potrebbe essere utile la somministrazione di immunoglobuline, cioè anticorpi, o quale sia il ruolo di varie sostanze che modulano la risposta

dell'organismo alle infezioni: «I bambini con carenza di vitamina D per esempio hanno un maggior rischio di otiti ricorrenti» dice Susanna Esposito, pediatra infettivologa del Policlinico di Milano. «Somministrandola tutte le sere durante l'inverno si riducono gli episodi e di conseguenza il

consumo di antibiotici». Il gruppo di pediatri milanesi sta cercando di contrastare i batteri che provocano le infezioni dell'orecchio anche con la somministrazione locale di probiotici, cioè batteri "buoni" che competano con quelli patogeni. Ma è ancora presto per dire se funzionerà.

LE REGOLE PER L'USO CORRETTO



Quando si devono prendere gli antibiotici?

- Gli antibiotici non servono per le infezioni virali e anche quando l'infezione è batterica vanno scelti in base a diversi criteri (*batterio sospettato per l'infezione, capacità dell'antibiotico di arrivare nei tessuti interessati dall'infezione, tollerabilità dei diversi antibiotici in base a età e caratteristiche del paziente*) ecco perché gli antibiotici devono essere prescritti dal medico



A quali ore e intervalli di tempo?

- Gli antibiotici vanno sempre presi agli orari indicati dal medico, o, al limite, del foglietto illustrativo e agli intervalli di tempo prestabiliti
- I rischi, in caso contrario sono:
 - a) perdita di efficacia;
 - b) risoluzione solo apparente della patologia, con aumento del pericolo di ricadute;
 - c) selezione di ceppi batterici resistenti;
 - d) aumento degli effetti collaterali in caso di sovradosaggio per assunzioni troppo ravvicinate



Per quanti giorni?

- Sempre secondo le indicazioni del medico
- In ogni caso non vanno sospesi subito dopo il miglioramento dei sintomi, perché la guarigione potrebbe essere solo apparente



Gli antibiotici per iniezione sono più potenti di quelli per bocca?

- No. Perché la scelta della via di somministrazione dipende dalla condizione del paziente, non dalla patologia. Se può essere utilizzata la via orale e l'antibiotico è indicato, la sua efficacia non è inferiore a un'alternativa per via iniettiva



Che cosa bisogna fare quando si dimentica una dose?

- Prenderla subito appena ci si rende conto di averla dimenticata, e poi continuare con gli intervalli prestabiliti. Per esempio: se l'antibiotico va preso alle 8,00, alle 16,00 e alle 24,00 e la dose delle 16 la si prende alle 18,00, la successiva va presa alle 02,00

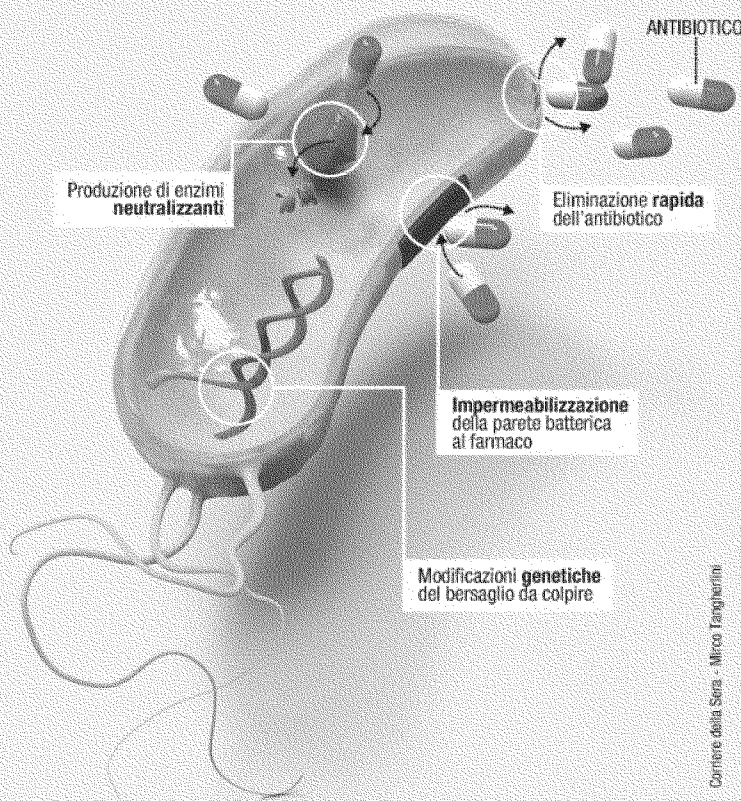


Che cosa può interferire con gli antibiotici?

- Alcuni alimenti come il latte (*per le tetracicline e i fluorochinoloni*), gli alcolici, il succo di pompelmo. Ma anche diversi preparati erboristici e fitoterapici (*avvisare quindi sempre il medico se li si sta assumendo*)

COSÌ I BATTERI SI DIFENDONO

Ecco i principali sistemi con i quali i batteri imparano a «resistere» all'azione degli antibiotici



Corriere della Sera - Mirco Tangherlini

PERCHÉ È IN AUMENTO LA «RESISTENZA»

Il meccanismo attraverso il quale si favorisce la selezione e la diffusione di batteri resistenti agli antibiotici viene definito «pressione selettiva». Ogni volta che si assume un antibiotico si uccidono i batteri che sono «sensibili», cioè vulnerabili al farmaco. Se però nell'organismo ci sono batteri che sono «resistenti» all'effetto di quell'antibiotico, una volta liberati dalla «concorrenza» dei batteri uccisi, potranno avere più spazio e più facilità per riprodursi e diffondersi. Assumendo correttamente gli antibiotici (*quando li prescrive il medico, al dosaggio indicato, agli orari giusti e per il tempo necessario*) questo fenomeno viene limitato al massimo, mentre assumendoli in modo inappropriato viene favorito



INCONTRO AL CORRIERE DELLA SERA

Giovedì 12 dicembre alle ore 18.00, al Corriere della Sera, a Milano, incontro aperto al pubblico con i maggiori esperti italiani sul tema degli antibiotici. L'ingresso sarà da via Balzan. La partecipazione è libera con prenotazione obbligatoria telefonando al numero 02-20400335 oppure inviando una mail all'indirizzo incontricorrieresalute@rcs.it. È prevista anche una diretta video su www.corriere.it

Neurologia Dal Besta di Milano un «protocollo» per specialisti e medici di famiglia

Una diagnosi sempre più precoce della malattia di Alzheimer

Lo studio pilota

Il metodo è stato sperimentato su duemila persone con i primi segni di decadimento

Gli strumenti

A disposizione oggi anche marker genetici e biochimici, oltre a test cognitivi

Arriva dall'Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano un progetto nazionale, finanziato tre anni fa dal Ministero della Salute e dalla Regione Lombardia, che si è prefisso di migliorare la diagnosi precoce della malattia di Alzheimer e di sviluppare un modello integrato ospedale-territorio che punta sul medico di medicina generale.

Secondo le statistiche, in Italia i malati di Alzheimer superano la quota di 700 mila, con un impegno sociosanitario enorme che in gran parte ricade sulle famiglie. In Europa i malati arriveranno a 115 milioni nel 2050, con un costo sociale già stimato in oltre 100 miliardi di euro l'anno.

Finora nel nostro Paese la gestione del paziente con malattia di Alzheimer era affidata ai centri UVA, acronimo di *Unità Valutazione Alzheimer*, strutture specialistiche, dislocate su tutto il territorio nazionale. Purtroppo i servizi erogati dalle Regioni e dalle strutture locali presentano una grande eterogeneità sia in termini di valutazione, che di diagnosi e gestione dei malati. La conseguenza è che non tutti ricevono le stesse cure, sia nelle fasi iniziali che lungo il decorso della malattia, cosicché, nonostante i progressi fatti nello sviluppo di esami specifici per la diagnosi nella fase preclinica/predemenza, il riconoscimento precoce della

malattia è ancora difficoltoso.

La mancanza di coordinamento e integrazione delle strutture ospedaliere e territoriali nella gestione della cronicità fa aumentare poi le difficoltà, facendo lievitare i costi per il Servizio Sanitario e le famiglie stesse.

«La sperimentazione — spiega Fabrizio Tagliavini, direttore del Dipartimento di Diagnostica e tecnologia applicata del Besta di Milano, (che ha condotto lo studio con la collaborazione delle colleghe Michela Morbin, Graziella Filippini, coinvolgendo 31 gruppi di ricercatori di altri Centri italiani) si è focalizzata sulla produzione di un protocollo condiviso per una diagnosi precoce di malattia di Alzheimer - in particolare nelle fasi iniziali di declino cognitivo lieve - fondata sulla ricerca di marker biochimici e genetici, sulla diagnostica per immagini e sui test di valutazione cognitivo-comportamentale. Tutto ciò sostenuto da un apposito Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (in sigla PDTA) per le persone con demenza».

Nell'ottica di una gestione integrata ospedale-territorio, il Besta ha organizzato inoltre corsi di formazione per tutte le figure sanitarie e socio-sanitarie del territorio coinvolte nel progetto, per la condivisione e l'applicazione del protocollo.

Nello studio pilota, condotto in collaborazione con la ASL

di Milano e 7 dei suoi distretti sono, stati coinvolti 500 medici di base ai quali si sono affiancati 18 ambulatori specialisti territoriali di neurologia e geriatria degli Istituti Clinici di Perfezionamento e 13 UVA ospedaliere. Così sono stati valutati oltre 2 mila pazienti che presentavano i primi segni di decadimento cognitivo e sintomi iniziali di demenza.

Il primi risultati indicano che l'applicazione di questo percorso diagnostico-terapeutico migliora sia l'appropriatezza dell'invio dei pazienti agli specialisti da parte dei medici di famiglia, sia il loro rapporto con gli specialisti stessi.

Inoltre i medici di famiglia hanno migliorato la capacità di valutare in maniera autonoma le condizioni dei pazienti tramite lo strumento più usato dagli specialisti: un test neuropsicologico di 30 domande chiamato MMSE, Mini Mental State Examination, cioè mini-esame delle funzioni cognitive. La messa in rete di una apposita cartella clinica ha permesso, infine, la condivisione dei dati tra il medico di famiglia e lo specialista, mentre il centro di coordinamento del progetto ha fornito un supporto organizzativo a pazienti, familiari, medici di famiglia e specialisti, attivando un canale preferenziale per i casi sospetti, che ha ridotto i tempi d'attesa delle visite specialistiche al di sotto dei 30 giorni.

Questo nuovo modello di valutazione per l'Alzheimer in prospettiva potrà consentire di far confluire in un database nazionale tutti i dati relativi a marker cognitivi e comportamentali, oltre a quelli di *neuroimaging*.

Allo stesso modo, grazie a metodologie standardizzate a livello nazionale, con l'esame del liquido cerebrospinale si potranno rintracciare biomarcatori molecolari e nuovi marker genetici più specifici rispetto a quelli già noti.

Come è stato già fatto in altre nazioni europee, l'idea è quella di sviluppare un Piano Nazionale Demenze anche nel nostro Paese.

Peraltro occorre sbrigarci: la Ue ha già formulato precise richieste agli Stati membri, chiedendo di effettuare studi clinici ampi e ben strutturati, con un'ampia casistica di pazienti assistiti nell'ambito di una rete integrata di collaborazione tra specialisti, medici di famiglia e strutture sociosanitarie del territorio.

Cesare Peccaris

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SANITÀ

Incontro tra specialisti cardiologi a Napoli per approfondire le nuove cure alternative

Convegno su fibrillazione atriale e ictus

In Campania 50mila persone a rischio

Si è tenuto a Napoli un incontro tra specialisti cardiologi mette in luce i rischi per la popolazione delle patologie tromboemboliche e analizza i nuovi orizzonti terapeutici grazie all'arrivo di nuovi farmaci in grado di semplificare e migliorare la prevenzione e i trattamenti.

È ormai dimostrato che la fibrillazione atriale è causa del 15% di tutti gli ictus cardioembolici. Ciò significa che in Italia dei 200.000 casi di ictus stimati all'anno, 30.000 sono determinati da questa frequente anomalia del ritmo cardiaco, la cui prevalenza è stimata intorno all'1% della popolazione (ma ben il 10% degli ultra ottantenni). In Campania i soggetti affetti da fibrillazione atriale sono circa 50.000, dato destinato ad aumentare a causa del progressivo allungamento della vita media.

Per esercitare misure preventive adeguate, l'elemento cruciale diventa l'applicazione di un efficace regime terapeutico, attraverso una terapia anticoagulante. Tuttavia in Italia si registra un sottotrattamento dei pazienti affetti da fibrillazione

atriale, dovuto principalmente ai limiti della profilassi farmacologica finora utilizzata (antagonisti della vitamina K), che presenta alcune difficoltà di gestione come la necessità di frequenti controlli ematologici per l'aggiustamento del dosaggio, data l'alta variabilità di risposta inter-individuale.

Alle nuove prospettive del trattamento delle patologie tromboemboliche è stato dedicato un incontro dal titolo "Terapia Anticoagulante: nuovi orizzonti gestionali" che si è svolto a Napoli giovedì, che ha riunito alcuni tra gli esponenti più autorevoli e rappresentativi della cardiologia della Campania.

"Secondo recenti dati solo il 35% dei pazienti affetti da fibrillazione atriale è in terapia anticoagulante con gli antagonisti della vitamina k - dichiara il Professor Bruno Trimarco, Ordinario di Medicina Interna presso l'Università degli Studi Federico II di Napoli - Percentuale che in Campania scende ulteriormente al 28%. Non solo, ma anche tra chi è sottoposto a profilassi con i farmaci tradizionali,

l'aderenza alla terapia, fattore determinante nella prevenzione dell'ictus, è molto bassa, a causa della necessità di sottoporsi a continui monitoraggi per l'aggiustamento del dosaggio, indispensabile per mantenere il range terapeutico ottimale, per evitare emorragie, o, al contrario, formazione di trombi. Senza dimenticare, poi, un'altra criticità che riguarda l'interazione con altri farmaci o con alcuni alimenti, che ne variano l'assorbimento". Per tutti questi motivi, tali farmaci non vengono usati con regolarità o vengono troppo spesso abbandonati dai pazienti.

"La situazione nella nostra Regione, poi - continua Trimarco - è ulteriormente complicata dalla distribuzione disomogenea sul territorio dei Centri Antitrombotici (Centri TAO) dove vengono effettuati i controlli ematici, per lo più afferenti alle città di Napoli e Salerno, che costringe molti pazienti ad affrontare, in alcuni casi, lunghi spostamenti".

UN CONVEGNO CON ESPERTI DEL SETTORE PER FARE IL PUNTO SUI NUOVI FARMACI

Cardiologia, i nuovi orizzonti per prevenire il rischio da ictus

NAPOLI. Un incontro tra cardiologi ha messo in luce i rischi per i pazienti affetti da patologie tromboemboliche e dell'introduzione di terapie semplificate. Alla Campania il triste primato di rischio ictus. Al convegno dal titolo "Terapia Anticoagulante: nuovi orizzonti gestionali" hanno partecipato esponenti di spicco della medicina interna e cardiologica quali Bruno Trimarco, ordinario di Medicina Interna presso l'Università Federico II, il senatore Raffaele Calabrò, Paolo Golino, della Federico II, Marino Scherillo dell'Ospedale Rummo di Benevento, Giovanbattista Zito, Presidente dell'Arca. In Italia, dei 200mila casi di ictus all'anno, mediamente registrati, 30mila sono determinati da

un'anomalia del ritmo cardiaco, che vede in Campania il maggior numero di pazienti, un dato destinato ad aumentare a causa del progressivo allungamento della vita media. Per esercitare misure preventive adeguate, diventa necessaria l'applicazione di una terapia anticoagulante mediante antagonisti della vitamina K, elemento importante nella formazione di trombi. La profilassi si presenta però, di difficile gestione in quanto l'effetto è da monitorare continuamente per evitare le numerose controindicazioni. Da qualche mese in Italia, sono disponibili nuove sostanze che si rivelano più agevoli nella gestione.

ANNAMARIA RICCIO