



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Spesa sanitaria. Ecco il primo Rapporto del Mef. "Effetti positivi da un monitoraggio costante"

"Una gestione non efficiente delle risorse finanziarie in campo sanitario, oltre a determinare rilevanti disavanzi di gestione, comporta molto spesso un peggioramento della qualità dei servizi assicurati ai cittadini". Per questo secondo il Mef necessario un "monitoraggio costante" per intervenire con dei correttivi dove ce ne è bisogno.

Appena pubblicato sul sito del Ministero dell'Economia il primo rapporto sul monitoraggio della spesa sanitaria della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) che mette insieme tutti i numeri della sanità italiana degli ultimi anni. Un documento che assume grande importanza dal momento che, come si legge in premessa, "una gestione non efficiente delle risorse finanziarie in campo sanitario, oltre a determinare rilevanti disavanzi di gestione, comporta molto spesso un peggioramento della qualità dei servizi assicurati ai cittadini". Per questo, secondo il Mef, serve un "monitoraggio costante". Che può avere importanti risultati, come quelli già registrati, anche grazie ai piani di rientro.

Ecco una prima parte delle rilevazioni contenute nell'ampio documento della RGS.

Spesa per il personale

La spesa per il personale (o redditi da lavoro dipendente, secondo la definizione del SEC95) passa da un incremento medio annuo del 5,2% nel periodo 2000-2006 allo 0,9% nel periodo 2006-2010. Il peso percentuale dell'aggregato sul totale della spesa sanitaria in termini di P.A. passa dal 36,4% nel 2006 al 34,1% nel 2010. "L'andamento rilevato per la spesa per il personale è influenzato dai criteri di contabilizzazione degli oneri per i rinnovi dei contratti del personale dipendente", si osserva nel Rapporto. La spesa in termini di P.A., infatti, "registra il costo dei rinnovi contrattuali nell'anno di effettiva sottoscrizione degli stessi, in quanto solo a seguito della sottoscrizione del contratto sorge l'obbligazione giuridica al riconoscimento degli aumenti contrattuali nonché di eventuali oneri arretrati. Ad esempio, il dato di spesa per il personale dell'anno 2006 sconta arretrati per circa 2.000 mln di euro, originando un incremento fra l'anno 2005 e l'anno 2006 pari al 7,9%. Analogamente, nell'anno 2008, insistono sul dato della spesa per il personale dipendente oneri arretrati relativi al contratto del biennio economico 2006-2007, che determinano una variazione annua dell'aggregato pari al 9,8%".

"Il contenimento della dinamica dell'aggregato è sostanzialmente il risultato delle politiche di blocco del turn-over attuate delle regioni sotto piano di rientro e delle misure di contenimento della spesa per il personale comunque portate avanti autonomamente dalle altre regioni", spiega il rapporto. Aggiungendo che "la dinamica dell'aggregato negli anni più recenti è, inoltre, influenzata dal blocco delle procedure contrattuali relative al biennio economico 2010-2012 nonché dalla previsione¹³ di un limite (vigente sino al 31 dicembre 2014) al riconoscimento di incrementi retributivi al personale dipendente, che non può eccedere il livello vigente nell'anno 2010, fatto salvo il riconoscimento della indennità di vacanza contrattuale. Le misure sopra esposte si sono riflesse in un contenimento della dinamica dell'aggregato, che fa registrare nel periodo 2010-2013 una riduzione pari al 2,1% medio annuo. Il peso percentuale della spesa per il personale sul totale della spesa sanitaria nell'anno 2013 è pari al 33,0%".

Spesa per beni e servizi (compresi i farmaci ospedalieri)

La spesa per beni e servizi passa da un incremento medio annuo del 9,1% nel periodo 2000-2006 a un incremento del 6,3% medio annuo nel periodo 2006-2010. Tuttavia il peso percentuale della spesa per beni e servizi sulla spesa sanitaria in termini di P.A. passa dal 21,5% nel 2006 al 24,8% nel 2010.

Nel periodo 2010-2013 la spesa per beni e servizi ha ulteriormente ridotto la dinamica di crescita, evidenziando un tasso di crescita medio annuo pari all'1,6%. Tuttavia il peso percentuale dell'aggregato sulla spesa sanitaria in termini di P.A. nell'anno 2013 è pari al 26,8%.

“La dinamica dell'aggregato nel periodo 2010-2013 – spiega il Rapporto - sconta le manovre di contenimento della spesa introdotte dal decreto legge n. 98/2011, dal decreto legge n. 95/2012 e dalla Legge di Stabilità 2013”.

In particolare, per l'anno 2013 è stato previsto:

- la riduzione del 10% dei corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci ospedalieri) e dei corrispondenti volumi d'acquisto per tutta la durata residua dei contratti 15 nonché l'obbligo per le aziende sanitarie di rinegoziare con i fornitori i contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso dagli stessi) qualora i prezzi unitari in essi previsti risultino superiori del 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i Contratti Pubblici;
- la fissazione di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, in misura pari al 4,8% del fabbisogno sanitario standard;
- la rideterminazione del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% del fabbisogno sanitario standard.

“Unitamente a ciò – prosegue il Rapporto -, la dinamica dell'aggregato è positivamente influenzata dalla messa a disposizione in favore delle regioni, da parte dell'AVCP, dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa. Deve rilevarsi, peraltro, che l'andamento complessivo dell'aggregato sconta la dinamica della componente dei prodotti farmaceutici ospedalieri, che registra tassi di crescita sostenuti sia a seguito della continua introduzione di farmaci innovativi (specie in campo oncologico) caratterizzati da un costo elevato sia dalle politiche di incentivazione della distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL, con conseguente rimodulazione della spesa dalla farmaceutica convenzionata alla farmaceutica ospedaliera. Al netto della componente dei prodotti farmaceutici, gli altri beni e servizi hanno evidenziato una dinamica contenuta, con un tasso medio annuo nel periodo 2010-2013 pari allo 0,7%”.

Spesa farmaceutica convenzionata

La spesa farmaceutica convenzionata passa da un incremento medio annuo del 5,9% nel periodo 2000-2006 ad una riduzione del 3,0% nel periodo 2006-2010, riducendo il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria, che passa dal 12,1% nel 2006 al 9,7% nel 2010.

Nel periodo 2010-2013 la spesa farmaceutica convenzionata ha ulteriormente ridotto la dinamica di crescita, evidenziando un tasso di variazione medio annuo negativo pari a -7,5%. Il peso percentuale della spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria in termini di P.A. nell'anno 2013 è pari al 7,9%.

“Tale performance è principalmente il risultato degli strumenti di monitoraggio e di governance della spesa farmaceutica convenzionata progressivamente introdotti”, spiega il Rapporto, illustrando:

- in primo luogo, la previsione di un tetto alla spesa farmaceutica convenzionata (fissato all'11,35% per l'anno 2013) con un meccanismo di recupero automatico a carico delle aziende farmaceutiche (cosiddetto payback) dell'eventuale sfioramento del tetto.
- in secondo luogo, la predisposizione di un sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, attraverso il Sistema Tessera Sanitaria, gestito dalla RGS.

Medicina di base

La spesa per la medicina di base passa da un incremento medio annuo del 6,7% nel periodo 2000-2006 a un incremento del 4,2% nel periodo 2006-2010. Tuttavia il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria passa dal 5,8% nel 2006 al 6,2% nel 2010.

Nel periodo 2010-2013 la spesa per medicina di base ha ulteriormente ridotto la dinamica di crescita. In tale periodo, infatti, la spesa si riduce dell'1,5% medio annuo. Il peso percentuale della spesa per medicina di base sulla spesa sanitaria in termini di P.A. nell'anno 2013 è pari al 6,1%.

“Anche con riferimento all'acquisto di prestazioni di medicina di base – spiega la RGS - deve osservarsi che la dinamica dell'aggregato è fortemente influenzata dalle regole contabili del SEC 95, che prevedono che gli oneri per il rinnovo delle convenzioni ed eventuali arretrati siano imputati nell'anno di sottoscrizione della nuova convenzione. Tali modalità di contabilizzazione sono alla base degli incrementi particolarmente elevati registrati in taluni anni, come, ad esempio nel 2005 o nel 2009. Deve osservarsi, inoltre, che in analogia con quanto previsto per il personale dipendente, anche per il personale convenzionato è stato fissato un limite al riconoscimento di incrementi retributivi, che non può eccedere il livello vigente nell'anno 2010”.

Spesa per altre prestazioni da privato

La spesa per altre prestazioni da privato ricomprende gli acquisti di prestazioni ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative, protesiche, psichiatriche e altre prestazioni da operatori privati in convenzione con il SSN. L'aggregato passa da un incremento medio annuo dell'8,0% nel periodo 2000-2006 a un incremento medio annuo del 3,7% nel periodo 2006-2010. Tuttavia il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria passa dal 19,9% nel 2006 al 20,8% nel 2010.

Nel periodo 2010-2013 la spesa per altre prestazioni da privato ha ulteriormente ridotto la sua dinamica, evidenziando un tasso di crescita medio annuo pari allo 0,7%. Il peso percentuale della spesa per altre prestazioni da privato sulla spesa sanitaria in termini di P.A. nell'anno 2013 è pari al 21,9%.

“L'andamento dell'aggregato – spiega il Rapporto - riflette il miglioramento nella regolazione, in particolare nelle regioni sotto piano di rientro, dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, realizzata attraverso la definizione di tetti di spesa e l'attribuzione di budget, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi coerenti con la programmazione regionale. Esso sconta, inoltre, le misure di contenimento della spesa per prestazioni specialistiche e ospedaliere acquistate da operatori privati introdotte con il decreto legge n. 95/2012”.

Spesa sanitaria corrente

La spesa sanitaria corrente è passata nel periodo 2002-2013 da un valore pari a 78.977 mln di euro a 109.260 mln di euro, con un incremento in valore assoluto pari a 30.283 mln di euro nell'arco di undici anni, con un tasso di crescita medio annuo pari al 3,0%.

Nello stesso periodo il prodotto interno lordo è passato da 1.301.873 mln di euro a 1.560.024 mln di euro, con un aumento in valore assoluto di 258.151 mln di euro, a un tasso di crescita medio annuo pari all'1,7%.

In termini di rapporto sul PIL, la spesa sanitaria è passata da una percentuale del 6,1% nel 2002 al 7,0% fatto registrare nel periodo 2010-2013.

Deve osservarsi, tuttavia come la dinamica della spesa sanitaria sia sensibilmente diversa negli anni antecedenti all'anno 2006 e in quelli successivi a tale anno. Infatti, nel periodo 2002-2006 la spesa sanitaria corrente è cresciuta in valore assoluto di 19.971 mln di euro (pari a circa il 66% dell'incremento osservato nell'intero periodo 2002-2013), con un incremento medio annuo del 5,8%.

Nel periodo 2006-2010 la spesa sanitaria è cresciuta in valore assoluto di 11.626 mln di euro, a un tasso medio annuo del 2,8%, con un ulteriore rallentamento nell'ultimo periodo (2010-2013), nel quale si registra un tasso di variazione medio annuo negativo (-0,4%).

“Tale evidente cesura nella dinamica osservata dalla spesa sanitaria – spiega la RGS - è principalmente il risultato del salto di paradigma intervenuto a partire dall’anno 2006 rispetto alla legislazione previgente, a seguito della forte responsabilizzazione regionale e del venir meno della regola “dell’aspettativa del ripiano dei disavanzi”, che in precedenza aveva indotto comportamenti opportunistici da parte delle regioni, allentando il vincolo di bilancio e rendendo necessaria una rinegoziazione ex-post della cornice finanziaria: nell’anno 2004 con il conferimento di 2.000 mln di euro per il concorso statale al ripianamento dei disavanzi registrati dalle regioni nel periodo 2001-2003 e nell’anno 2005 con il conferimento di ulteriori 2.000 mln di euro per il concorso statale al ripianamento dei disavanzi registrati dalle regioni nel periodo 2002-2004”.

La situazione di squilibrio economico strutturale appariva particolarmente significativa in alcuni contesti regionali. Può osservarsi, infatti, che nell’anno 2006, dei circa 6.000 mln di euro di disavanzo complessivo del settore sanitario, circa 3.800 mln di euro erano concentrati nelle regioni Lazio, Campania e Sicilia. “Al fine di far fronte alla situazione di grave squilibrio economico-finanziario strutturale di alcuni sistemi sanitari regionali, come precedentemente ampiamente illustrato, è stato introdotto lo strumento innovativo del piano di rientro, che si configura come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale finalizzato al conseguimento di una profonda e strutturale riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale interessato, attraverso l’individuazione delle aree di importante ritardo o inefficienza all’origine dello squilibrio economico e la programmazione e l’implementazione di opportune misure di correzione di tali criticità. In questa prospettiva, il Piano di rientro si configura come uno strumento che individua e affronta selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente il prodursi dei disavanzi. Processo – osserva la RGS - è tuttora in corso, pur con taluni correttivi”.

Simfer: “Riabilitazione post-acuzie insufficiente. Regioni sotto standard minimi nazionali”

Secondo un'indagine del Crea, promossa dalla Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, la riabilitazione post-acuzie è insufficiente al punto che i 2/3 delle regioni sono sotto lo standard minimo nazionale. I costi in fase acuta pesano il doppio sul Ssn di quelli in fase post-acuta. Manca la volontà politica di investire in questo settore.

Insufficiente nel nostro Paese la riabilitazione: ancora oggi, dopo l'evento acuto, la maggior parte delle regioni, è sotto il limite posti-letto con evidenti discrepanze Nord-Sud dei modelli assistenziali. È questo uno degli aspetti emersi dall'indagine promossa dalla Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (Simfer) effettuata da Crea (Consorzio per Ricerca Economica Applicata in Sanità) - Università degli Studi di Roma Tor Vergata. Se gli standard di programmazione sanitaria previsti dalla legge 135/2012 indicano - sulla base delle degenze medie effettuate - un tasso di ospedalizzazione ottimale per la riabilitazione e lungodegenza di 7 ricoveri (ordinari) per 1.000 abitanti, regioni come la P.A di Trento e di Bolzano, la Lombardia, l'Emilia Romagna e il Piemonte ospedalizzano più del 7 per mille. Molto inferiore il limite auspicato, è la collocazione della Sardegna e della Toscana, rispettivamente con il 3,29 e 4,03 ricoveri per 1.000 abitanti, eccetto il Lazio che si avvicina al tasso ottimale con il 6,4 per mille abitanti.

“Ancora una volta – osserva il prof. **Federico Spandonaro**, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Presidente di Crea – si evidenzia la forte discrepanza tra i modelli assistenziali Nord-Sud. La difformità strutturale e di offerta si ripercuote anche sui costi: 250,06 euro per una giornata di degenza in riabilitazione contro i 493,70 euro in acuto per un complessivo di 8.260.307 giornate in riabilitazione, contro 49.672.639 giornate in acuto, per anno. La differenza dei costi è anche contrassegnata dalle differenze regionali, passando dai 9.592,3 euro in Campania ai 4.248,1 euro in Puglia. Allo stesso modo le degenze medie passano da 35 a 17 giornate rispettivamente nel Lazio e nella Puglia, confermando così come non esista a livello regionale, un modello di riabilitazione condiviso. La riabilitazione post-acuzie è poco conosciuta nel nostro Paese e non vi è ancora la volontà di investire in questo settore”.

“La grande variabilità dei modelli assistenziali – dice il prof. **Vincenzo Maria Saraceni**, Presidente Simfer è con molta probabilità legata all'appropriatezza dei ricoveri, come emerge dalla fotografia scattata dall'indagine dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e, come ha più volte rimarcato il Ministero della Salute”.

Saraceni spiega che “l'obiettivo della Simfer è di proporre un modello non più per codici ma per intensità di cura attraverso l'attuazione in tutte le regioni del Piano di Indirizzo della Riabilitazione approvato dal governo nel 2011. Il fatto che anche le regioni virtuose si trovino sotto la soglia prevista potrebbe dipendere da una “scelta” di politica sanitaria di domiciliarizzazione della riabilitazione o di una classificazione non omogenea delle strutture post-acuti. A questo proposito si tenga presente che l'attenzione della riabilitazione è ancora concentrata sulla rete delle acuzie, cosa per altro giustificata dalla dimensione del fenomeno, mentre sarebbe auspicabile una rivisitazione della rete post-acuzie, soprattutto della riabilitazione, con una ripartizione tra riabilitazione e lungodegenza in grado di dare maggiore peso alla voce riabilitativa”.

Per quanto riguarda le principali cause, l'indagine ha evidenziato come le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo siano la prima voce della riabilitazione. La Simfer insieme con la Federazione delle Associazioni Italiane Para-Tetraplegici (Faip) hanno indetto per il 2014 l'Anno della Persona con lesione al midollo spinale (Plm). Dati italiani impongono un'attenta valutazione socio-sanitaria del fenomeno. In Italia sono 85.000 le persone colpite da lesione al midollo spinale, al ritmo di 2.500 nuovi casi l'anno, 7 al giorno (dati Faip) cui corrisponde una drammatica carenza di posti letto - 450 - in centri specializzati, la maggior parte dei quali allocati al Centro-Nord del Paese.

In pratica solo 3 pazienti su 10 riescono ad accedere a questi centri nelle 24 ore successive il trauma . Per tutti gli altri c'è il calvario delle liste di attesa che può durare anche più di un anno. La crisi colpisce i più deboli: da uno studio ISTUD-FAIP emerge che la media dei costi diretti si aggira sulle 29.900 euro per persona per il primo anno e di questi il 73% ricade sulla famiglia.

“Inoltre l'assenza di un registro nazionale e regionali – osserva l'avv. **Vincenzo Falabella**, Presidente Faip – impedisce di formulare una valutazione globale dei bisogni assistenziali e di interventi di politica socio-sanitaria”. Vuoti che le due Associazioni intendono colmare a partire dalla traduzione e distribuzione dell' *International Perspectives on Spinal Cord Injury*. Documento con il quale l'Organizzazione Mondiale di Sanità ha voluto evidenziare il fenomeno della lesione al midollo spinale, considerata tra le più importanti cause, nel mondo di mortalità e disabilità.

Si svolgerà a Torino, nella sede del Centro Congressi del Lingotto, dal 28 settembre al 1° di ottobre, il 42° Congresso Nazionale della Simfer, con il titolo” Medicina Fisica e Riabilitativa: Innovazione, Efficacia e Sostenibilità”.

“Obiettivo del Congresso - dice il prof. **Giancarlo Rovere**, Direttore Dipartimento di Riabilitazione ASL di Alessandria e Presidente del Congresso - è quello di presentare in termini di efficacia, innovazione e sostenibilità le migliori pratiche cliniche e organizzative per un approccio globale della persona con disabilità, al fine di superare la frammentazione delle diverse aree di competenza”.

Cardioncologia

NAPOLI Si apre all'Excelsior il secondo congresso nazionale dell'Associazione Italiana di Cardioncologia (Aico). L'appuntamento è dedicato quest'anno alle nuove sfide dell'assistenza e della ricerca. Saranno presenti, tra gli altri, il presidente nazionale dell'Aico Nicola Maurea e il professor Rosario Vincenzo Iaffaioli.

Grand Hotel Excelsior, via Partenope, dalle 13

I verbali dell'inchiesta di Venezia Le intercettazioni tra Milanese e un faccendiere mentre al ministero dell'Economia c'era Nicola Cosentino

La cricca degli appalti dirottò sul Mose 400 milioni di fondi destinati al Sud

NAPOLI — Una montagna di soldi. E un gruppo potente, una cricca in grado di manipolare miliardi di euro di fondi pubblici, influenzando ai massimi livelli sul governo. C'è un capitolo dell'inchiesta della Procura di Venezia sul Mose — il sistema di protezione di Venezia dall'acqua alta — che scrive una pagina nuova nella storia della corruzione: soldi destinati alle aree sottosviluppate del Sud Italia che vengono dirottati al Nord.

Soldi a Venezia

Quattrocento milioni di euro, per la precisione, che finiscono per oliare gli ingranaggi della più grande opera in costruzione in Italia, quella del Mose, nel Veneto produttivo. È successo nel 2010, secondo la ricostruzione del Tribunale di Venezia, quando il sottosegretario all'Economia del governo Berlusconi era il casalese Nicola Cosentino. Il Consorzio Venezia Nuova (Cvn) ha bisogno di soldi, centinaia di milioni, che una norma sui fondi del Comitato interministeriale per la programmazione economica (Cipe) vincolava al Sud: l'85% per le aree sottosviluppate del Mezzogiorno, il restante 15% per il Nord. Ma i 400 milioni di cui aveva assolutamente bisogno il Cvn «avrebbero sfiorato tale percentuale - scrive il gip di Venezia - e non sarebbero stati registrati dalla Corte dei Conti». Nessuna possibilità di deroga. Sempre se non si hanno i contatti giusti.

È a questo punto che si attiva il presidente del Consorzio Venezia Nuova, Giovanni Mazzacurati, un uomo con «solidi e concreti collegamenti e contatti» con uomini chiave al ministero dell'Economia, allora retto dall'on. Giulio Tremonti, e a quello delle Infrastrutture e dei Trasporti, guidato allora dal-

l'on. Altero Matteoli. C'è un ufficio «speciale» del Consorzio Venezia Nuova, che il consorzio veneziano usava per curare i contatti romani: una sede strategica a Roma dalla quale partivano la maggior parte delle telefonate verso i funzionari della capitale, uomini introdotti ad altissimi livelli nei ministeri, tanto da trasformare il Consorzio - scrivono i magistrati - in «una vera e propria lobby o gruppo di pressione per ottenere modifiche normative».

E c'è un mediatore, Roberto Meneguzzo, a capo di una finanziaria milanese con sede operativa a Vicenza - la Palladio Corporate Finance Spa - legato a doppio filo a Marco Milanese, consigliere del ministro dell'Economia Giulio Tremonti. Sono loro, al momento giusto, i soggetti in grado di interloquire con le alte sfere romane per sbloccare la situazione. All'ufficio di Roma del Consorzio - gestito, pare, da una segretaria di Mazzacurati - il 29 aprile 2010 arriva una telefonata del dott. Lorenzo Quinzi, direttore dell'Ufficio di gabinetto del ministro dell'Economia, diretta al manager del consorzio veneziano: «Ieri (Quinzi, ndr) ha avuto una riunione con Incalza per i 400 nostri - spiega la segretaria al capo - e ci sono dei problemi, adesso glielo passo così le spiega bene». Mazzacurati e Quinzi studiano la strategia giusta. Per cambiare la norma e sbloccare i fondi vincolati al Sud è troppo tardi, e «lei capisce che ritarda tutto...tutti i termini dell'operazione insomma», argomenta il dott. Quinzi. La situazione è in stallo.

L'incontro con Letta

Mazzacurati si muove, il 29 aprile 2010 incontra a Palazzo Chigi Gianni Letta (non indagato), allora sottosegretario alla presidenza del Consiglio. E tramite Meneguzzo quello stesso giorno incontrerà anche Milanese, braccio destro di Tremonti. Si rivelerà il contatto decisivo. I tentativi con Letta, infatti, non daranno i risultati sperati. Anche al ministero delle Infrastrut-



Milanese

Avrebbe operato nel Governo per stornare i fondi



Mazzacurati

Per i pm avrebbe preparato soldi per Milanese

ture non sono abbastanza veloci: «Però pure questi delle Infrastrutture... - si lamenta con Mazzacurati la segretaria dell'ufficio romano del Consorzio - Sono mesi che gli dico che bisogna fare 'sta norma, e non la fanno. E mio Dio. E non capisco, qua». A prendere in mano la situazione è Meneguzzo della Palladio Spa, che invita Mazzacurati a interrompere i rapporti con il ministero delle Infrastrutture: ormai è Milanese che si occupa della questione. In effetti il 13 maggio il Cipe adotta una delibera, la 31/2010, in cui «si stabilisce che il residuo disponibile del fondo infrastrutture, 1.424,2 milioni di euro, sia assegnato...ad una serie di opere prioritarie, tra le quali opere di difesa idraulica in ambiti urbani di rilevanza sovranazionale», tra cui rientrava il Mose.

Il gioco è quasi fatto. Basta un altro intervento del ministro dell'Economia in Consiglio dei Ministri introdurre una deroga rispetto all'85% dei fondi per le aree sottosviluppate del Sud. E la delibera puntualmente arriva, il 25 maggio 2010, preannunciata da un sms di Milanese al mediatore Meneguzzo («Ciao Roberto...al consiglio di domani sera c'è la norma per il Mose! Avverti il ns amico e tranquillizzalo!!!!»).

La «provvista»

A questo punto i contatti tra Mazzacurati e gli altri imprenditori del consorzio si fanno frenetici. Quello stesso giorno si tiene a Venezia una riunione «importante» al Consorzio «per preparare la provvista - scrivono i giudici - da dare a Milanese e Meneguzzo». I 400 milioni arrivano al Mose. Quasi il 30% dei fondi del Cipe: il doppio di quelli che sarebbero stati destinati al Nord Italia.

Andrea Tornago

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quando il Nord ruba e il Sud è chiamato ladro

Pino Aprile

Venezia: risolto il problema dell'acqua alta. Hanno rubato pure quella! Politici e amministratori pubblici a stipendio milionario, più gli extra; mazzette per un miliardo, a tutti (una folla, un popolo; tutti zitti, complici e sazi, o solo distratti: si chiama... capitale sociale), pur di continuare a costruire il Mose, diga mobile costosissima, quasi certamente inutile, forse dannosa. Verso cui dirottare anche i fondi destinati al Sud.

Però, non si dice «i veneti sono ladri»; mentre, se la moglie di un calciatore è scippata a Napoli, «Napoli è una città di merda»; e se le succede altrove, è solo vittima di uno scippatore. Insomma, perché i meridionali sono ladri, sino a prova contraria e i settentrionali innocenti, sino a sentenza della Cassazione (e talvolta, pure dopo)?

Dove si ruba di più? Parlando di genere umano: dove ci sono più occasioni e dove ci sono più soldi. E allora perché il male, al Sud viene «etnicizzato» (la disonestà di uno diviene prova della disonestà di tutti) e al Nord no (la disonestà di uno è, ...forse, sua)? Persino dinanzi alla conclamata ruberia, c'è la ricerca dell'attenuante geografica, che distingue dal rubare e basta dei meridionali: il San Raffaele? Sì, ma funziona bene, fanno ricerca. L'Expo? Sì, qualcuno ruspa, ma 40 mila posti di lavoro! Sindaci corrotti? «Da voi» sono di più. Si giunge a giustificare il corrotto del Nord quale vittima dell'infezione corruttiva del Sud: da quando sono arrivati i meridionali, qui «da noi»... Ma lo dice Borghezio, lo prendi pure sul serio? Beh, un giovane autore meridionale, per dire che è sempre «colpa del Sud», spiega che se il Trota frega alla Lega, è per il familismo amorale dei terroni che ha contaminato i celti.

Ma la domanda resta: in quanti devono rubare, perché una popolazione divenga indistintamente ladra? La risposta più che nelle ruberie, è nella loro rappresenta-

zione. Il luogo comune, una volta radicato, è quasi inestirpabile. E nasce la Razza maledetta (il libro di Vito Teti). Antonino De Francesco, nella profonda ricostruzione del pregiudizio antimeridionale (La palla al piede), avverte che questo nasce prima del meridionalismo. C'è stata una stagione in cui era un genere letterario la descrizione del terrone ladro; poi la cosa ha rivestito un interesse politico (i fuorusciti antiborbonici; i massoni inglesi che propone-



nevano alla Regina la distruzione di Napoli, si legge in Il Regno delle Due Sicilie e le Potenze europee, di Eugenio Di Rienzo; la necessità di giustificare conquista e annessione del Sud, per emendar-

lo; la riduzione a puro crimine, della reazione armata all'invasione piemontese...). Così, gli ebrei sono perfidi, i genovesi avari, le bolognesi sanno fare i tortellini e i meridionali sono ladri. Chi più sa, dovrebbe starci attento. Invece, su grandi giornali, nei libri, diviene normale leggere sul Sud cose che confermano il pregiudizio, magari esaltando l'eccezione (però Angelo Vassallo era onesto e fu ucciso!). O citare l'idea di Palermo candidata a ospitare Olimpiadi, come universalmente ritenuta improponibile, comica: c'è la mafia, lì. Perché alle Olimpiadi della neve, a Torino, non l'hanno vista? E all'Expo di Milano? Dalla 'ndrangheta hanno persino comprato i voti per farsi eleggere alla Regione. La Salerno-Reggio Calabria fu appaltata solo ad aziende del Nord, per evitare il rischio mafia. Appena preso l'appalto, quelle subappaltarono «correttamente» in loco.

Il pregiudizio spiega tutto prima, condanna popoli interi; mentre Dio, che pure è onnipotente, non ne è capace e ci giudica a uno a uno. Chi non dice: «I veneti (o i settentrionali) sono ladri», pur se ateo, agisce a Sua immagine e somiglianza; chi dice: «i meridionali sono ladri» (e ci hanno corrotto il Trota), crede di saperne più di Lui.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



La memoria

Dalla peste ai laboratori di genetica

«Medicina e sanità in Irpinia»: la storia della cura della salute coordinata da Sellitto

Andrea Massaro

Sarà presentato giovedì 19, presso il Carcere Borbonico di Avellino il volume «Medicina e Sanità in Irpinia», un lavoro scritto a più mani, coordinato da Fulvio Sellitto, prematuramente scomparso nel febbraio scorso. Sellitto, valente pediatra e appassionato umanista avellinese, non ha potuto vedere il frutto dei suoi sacrifici, durati vari anni, per la realizzazione di un'opera che, finalmente, raccontasse la medicina, i medici, i presidi e i luoghi che hanno inciso nella sanità in Irpinia, a partire dai primordi.

Il nutrito tomo è intimamente legato alla figura di Sellitto. Con passione e dedizione, caparbieta e zelo non comune, innato amore per questa terra è riuscito ad offrire agli appassionati del settore sanitario, medico e storico, un affresco completo del lungo e travagliato cammino rivolto alla cura delle persone della provincia di Avellino durante i secoli. Il suo ricordo sarà indelebilmente legato alle pagine che narrano il progresso medico scientifico dell'Irpinia. Il corposo studio, che annovera tra i curatori, oltre a Fulvio

Sellitto, anche Roberto Ziccardi, Sandro Strumia e chi scrive, si è avvalso dei contributi di vari storici, medici e specialisti del settore sanitario. Ad aprire le pagine della ricerca una premessa a firma dello stesso Sellitto, contenente, tra l'altro, i ringraziamenti ai numerosi collaboratori, specialmente a quelli più partecipi del faticoso progetto. Lo studio parte dagli albori della medicina con il contributo di Roberto Zeccardi che spazia dalle origini e dal medioevo per arrivare alla sanità in Irpinia dall'Unità d'Italia a oggi. Una nota di colore è offerta dallo studio dell'antropologo Aniello Russo rivolto alla magia e alla medicina popolare. Sandro Strumia e Annalisa Santangelo, uniti nello studio e nella vita, si soffermano sulla valenza della botanica nella medicina ed in particolare sugli illustri botanici, quali Pacello da Mercogliano e Giovanni Gussone da Villamaina, vanto della botanica irpina.

Interessante lo studio del biologo Antonio Giorgio, anch'egli scomparso, che racconta il micidiale passaggio del «Quarto Cavaliere» per l'Irpinia, ovvero le nefaste epidemie di peste succedutesi nei secoli, specialmente nel 1656. L'argomento è approfondito nel capitolo seguente a firma di Sellitto e Giorgio nella «Storia delle epidemie in Irpinia», i quali evidenziano oltre le ondate di peste anche le epidemie di colera, di vaiolo, dell'influenza spagnola e delle altre calamità. Il pediatra Ciriaco Furcolo propone il mondo dei bambini in Irpinia tra Otto e Novecento, ove la mortalità infantile appare spaventosa. Sempre sull'infanzia vari aspetti inediti si possono leggere nei due interventi, il primo di Fulvio Sellitto sull'infanzia abbandonata, mentre chi scrive si è occupato dell'infanzia nel capoluogo tra il XIX e il XX secolo.

Ancora del curatore Sellitto un altro interessante studio sul contributo offerto alla medicina dagli illustri irpini, come Leonardo di Capua, Sebastiano Bartoli, Luigi Amabile, Salvatore De Renzi, Angelo M. Maffucci e altri ancora. Il chimico Gerardo Balletta si è cimentato sull'irpino di Via Panisperna, Oscar D'Agostino. Un ricordo personale rimane quello di Ferruccio De Stefano, che ha avuto la ventura di conoscere i medici Ugo Tomasono, Nicola Santangelo ed il grande ematologo di Andretta, Giovanni Di Guglielmo. Un lungo elenco di luminari della medicina, nati in Irpinia, si può leggere, ancora, nelle pagine di Renato Dello Russo, mentre Armando Montefusco, unitamente a chi scrive, si è interessato della sanità in Irpinia attraverso i vari ospedali del territorio, oltre che del parto in casa e delle ostetriche dell'Irpinia.

Le farmacie irpine di Raffaele Russo-manno, le condotte mediche di Ciro Ruocco, l'Ordine dei Medici del presidente Antonio D'Avanzo, l'Onmi di Avellino, sempre di Fulvio Sellitto, oltre al Dispensario Antitubercolare di Nicola Magliaro, la Medicina Mutualistica di Aniello Bianco e le Istituzioni di Psichiatria in Irpinia di Sabatino Manzo sono i temi che offrono molti dati sulla sanità irpina. Abbiamo, ancora, altri apporti come la Medicina tra il pubblico e il privato, di Antonio Giorgio e Roberto Ziccardi, la Sanità in Irpinia tra passato e presente dello scomparso Domenico Rotiroti, la ricerca scientifica in Ospedale del direttore generale del «Moscati», Giuseppe Rosato, e, infine, il contributo di Maria Gabriella D'Avanzo-Sellitto sulla Genetica medica al «Moscati». Gabriella D'Avanzo ha voluto onorare la memoria di suo marito consentendo la stampa di un così utile strumento di conoscenza riservato agli aspetti inediti della sanità e della medicina in Irpinia. A chiudere Roberto Ziccardi sui vari istituti della ricerca irpina, come il Crom, l'Istituto di Scienze di Scienze dell'Alimentazione e il Biogem.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il futuro La Pec-Tac all'azienda ospedaliera «Moscati» di Avellino; a sinistra, Fulvio Sellitto



Il dibattito
Giovedì 19
presentazione
al Carcere
Borbonico

'Direttorio' e mandati pagamento Le 'verità' di Pisapia e Perna

L'ex direttore amministrativo e l'avvocato dinanzi a Pm e finanziari, che hanno anche ascoltato, ma come testimone, Ruggiero Cataldi

ENZO SPIEZIA

benevento@ottopagine.it

Il suo difensore, Claudio Botti, lo precede di qualche metro. Piove, accelera il passo in direzione dell'auto che lo riporterà a Napoli. Gli impegni lo attendono. Lui, Felice Pisapia, ex direttore amministrativo dell'Asl, non sembra uno appena uscito da tre ore di faccia a faccia con inquirenti ed investigatori. Tranquillo, almeno in apparenza. Trova il modo di scherzare: "Abbiamo parlato di monaci e monache...", dice ai cronisti (avvertiti da... Ottopagine) a caccia di dichiarazioni. Un riferimento che suona però abbastanza malizioso. Forse è una sorta di accenno ai temi affrontati. Manca un quarto d'ora alle 15 quando lascia la caserma Guidoni, della quale è ormai un habituè. C'è già stato in altre occasioni (tre), dovrà tornarci nuovamente. I sostituti procuratori Giovanni Tartaglia Polcini, Nicoletta Giammarino e Flavia Felaco, ed il tenente colonnello della guardia di finanza Luca Lauro non hanno esaurito le domande. Non potrebbe essere diversamente vista la mole di circostanze che ha già indicato e quelle progressivamente emerse nell'inchiesta sull'Azienda sanitaria, anche e soprattutto dalle registrazioni dei colloqui operate da Pisapia. "Se sono sorpreso dalla convocazione di mia moglie? No, evidentemente ci sono questioni che vanno chiarite", risponde a chi scrive. Olga Landi avrebbe dovuto presentarsi ieri dinanzi ai piemme - per lei un'ipotesi di truffa in concorso -, lo

Inchiesta Asl

GLI INTERROGATORI

Oggi toccherà alla moglie di Pisapia, che comparirà in Procura

farà oggi dopo il secondo rinvio dell'interrogatorio, inizialmente fissato per martedì pomeriggio. L'ex dirigente, esautorato nel dicembre 2012, non aggiunge altro. Mentre riecheggia, come tema del confronto con i magistrati e le fiamme gialle, l'espressione vergata dal gip Flavio Cusani nell'ordinanza eseguita nello scorso dicembre: "direttorio politico-partitico che si occupa di ogni aspetto della gestione dell'Asl". Il giudice l'aveva conosciuta con riferimento alle dichiarazioni già rese nel gennaio 2013 da Pisapia e al contenuto delle conversazioni, depositate nel settembre 2013, in due incontri avvenuti nell'estate 2012 nell'abitazione del padre dell'allora parlamentare Pdl Nunzia De Girolamo, che quelle registrazioni, dopo la pubblicazione di alcuni stralci delle stesse, le aveva bollate come "illecite ed inutilizza-

bili". Riunioni alla presenza del management Asl (Rossi, Ventucci e Pisapia), della deputata e due suoi collaboratori: Luigi Barone e Giacomo Papa. Gara per il 118, dislocazione di Psaut e Saut nel Foratore, accreditamenti strutture convenzionate, bar del Fatenenefratelli e via dicendo: sono alcune delle storie che dimostrerebbero, secondo Pisapia, il condizionamento che la politica avrebbe esercitato sulle scelte del direttore generale Michele Rossi. Il quale, dal canto suo, ha sempre respinto ogni minimo sospetto, contrattaccando. Pisapia saluta e si allontana. Non incrocia l'avvocato Giovanna Perna, che in compagnia del suo legale, Vincenzo Regardi, varca, prima delle 15, l'ingresso degli uffici della polizia giudiziaria. Ne esce dopo un'ora e mezza. Il clima fa le bizze, adesso c'è il sole. "Ha risposto a tutti i quesiti che le sono stati posti in relazione agli argomenti prospettati", spiega l'avvocato Regardi. Non può andare oltre, anche questo interrogatorio è stato secretato. Il filone è quello dei mandati di pagamento, in particolare l'attenzione è stata cen-

trata sui rapporti con Pisapia e sul ruolo svolto dalla professionista nell'assistenza fornita, nelle vertenze con l'Asl, ad alcuni centri medici convenzionati. Finita? Macché.

Al piano terra c'è Ruggiero Cataldi, fino al 2006 direttore amministrativo dell'Asl. L'hanno invitato come persona informata sui fatti. Un testimone, dunque, magari su qualcuno dei capitoli affiorati dopo i dossier presentati da Rossi, attraverso l'avvocato Roberto Prozzo, sulle precedenti gestioni. Incarichi legali, transazioni, dele-

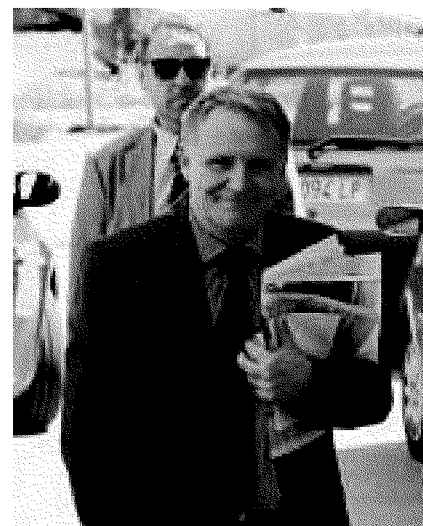


ghe di riscossione, tanta carne al fuoco. La lunghissima giornata si conclude, stamani si riprende. Appuntamento in Procura.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Una giornata lunghissima

Quella di ieri è stata una giornata lunghissima per i magistrati ed i finanziari che stanno conducendo l'indagine sull'Asl. Oltre agli interrogatori di Felice Pisapia e Giovanna Perna (nella foto a lato con l'avvocato Vincenzo Regardi), è stato anche ascoltato, ma come testimone, Ruggiero Cataldi, direttore amministrativo Asl fino al 2006. E in programma c'era anche l'interrogatorio della moglie di Pisapia, Olga Landi, slittato ad oggi.



Pisapia in primo piano, dietro l'avvocato Botti. Nella foto a destra i sostituti Tartaglia Polcini e Giammarino, alle spalle il tenente colonnello Lauro. Nel riquadro il sostituto Felaco

Caserta Ieri le richieste di condanna del pm della Dda: 6 anni e mezzo a Gasparin

Scandalo Asl, invocati 22 anni

Al centro dell'operazione l'affidamento del servizio di pulizia

CASERTA (Antonella Giannattasio) - Condenne pesanti quelle invocate ieri, in sede di giudizio abbreviato, dal pm della Dda **Luigi Landolfi** per i protagonisti del presunto scandalo della sanità casertana. La pena più elevata è stata invocata per l'ex direttore amministrativo dell'Asl di Caserta **Giuseppe Gasparin**: sei anni e sei mesi sono stati chiesti, invece, per i figli di **Angelo Grillo, Roberto** e **Giuseppe**, mentre per il nipote, **Giuseppe Grillo** di **Francesco**, la Procura ha invocato un verdetto a quattro anni. Due anni e otto mesi, infine, sono stati chiesti per **Pasquale De Feudis**. Turbativa d'asta, abuso d'ufficio e corruzione, aggravati dalla finalità mafiosa, i reati contestati agli imputati dalla Dda partenopea. Il gip **Giuliana Tagliatela** emetterà il dispositivo a fine mese dopo le arringhe difensive degli avvocati **Renato Jappelli, Franco Liguori, Giuseppe Foglia** e **Alfonso Furgiuele**. La vicenda esplosa lo scorso anno nell'ambito di un'inchiesta della Dda sull'imprenditore marcianisano **Angelo Grillo**, ritenuto referente del clan Belforte, è relativa all'affidamento degli appalti del servizio di pulizia da parte dell'azienda sanitaria locale. Giuseppe Grillo, figlio di Angelo,



Giuseppe Gasparin



Angelo Grillo

quale rappresentante e amministratore unico della ditta New Splash, si sarebbe aggiudicato la gara d'appalto per la pulizia dei locali dell'Asl senza partecipare ad alcuna competizione pubblica. I Grillo avrebbero promesso a Gasparin la somma di 400mila euro affinché compisse atti contrari ai doveri di ufficio, consistiti nel far risultare quale aggiudicataria della gara dell'Asl la loro ditta, la Co.Lo.Coop, gestita ufficialmente da De Feudis. I presunti illeciti finiti nell'inchiesta della Dda di Napoli riguardano l'affidamento, senza una regolare gara d'appalto, del servizio di pulizie alla ditta dei Grillo, ma anche la proroga per ulteriori tre anni del contratto in questione. L'incarico sarebbe stato revocato solo dopo sei mesi dalla comunicazione del provvedimento di interdittiva antimafia emesso a carico dell'im-

presa. L'appalto sarebbe passato, per i successivi tre anni, ad una ditta riconducibile, secondo la ricostruzione accusatoria, al

sodalizio dei Casalesi. Gasparin, presidente della commissione di gara, avrebbe affidato quindi l'incarico alla ditta Lazzaro Luce chiedendo al presidente del Savoia Calcio di assumere la sua domestica, Vita Kilomiets. Il manager, inoltre, avrebbe proposto all'albanese mandato sotto casa sua ad intimidirlo dal clan Belforte, affinché aggiudicasse la gara alla società di Angelo Grillo, di minacciare Antonella Guida, componente della commissione di gara. E, secondo i magistrati, nonostante quanto

riferito da lui ai carabinieri, sarebbe stato a conoscenza di chi era il mandante dell'intimidazione ai suoi danni. Lo rivelerebbe una conversazione intercettata con Paolo Menduni, direttore generale dell'Asl di Caserta. Gasparin, in quella circostanza, fa risalire con certezza la matrice delle minacce subite a Grillo, specificando che sarebbe stato spinto dal consigliere regionale Angelo Polverino a trattare bene l'imprenditore marcianisano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NOCERA INFERIORE L'esposto dopo la denuncia di un paziente oncologico

Niente medici in corsia, nei guai il direttore

NOCERA INFERIORE (dr) - Il direttore dell'ospedale di Nocera Inferiore è finito nei guai con l'accusa di assenteismo dopo che un paziente oncologico che necessita di consulenza otorina è andato in ospedale ma in corsia non ha trovato i medici. Chiamati dallo stesso degente, sul posto sono giunti i carabinieri e la Cgil che ha presentato esposto denuncia in procura diffidando il diret-

tore sanitario per interruzione di pubblico servizio, abbandono di incapace, abuso di potere e istigazione contro il personale infermieristico del reparto. Il fatto è avvenuto all'ospedale Umberto I di Nocera Inferiore. Su quanto accaduto ci è andato giù duro **Margaret Cittadino** della Cgil che in un lungo e dettagliato esposto al procuratore capo nocerino **Gianfranco Izzo** ed inviato

per conoscenza anche al manager dell'Asl Salerno, al presidente degli Infermieri e altri dirigenti medici ospedalieri ha denunciato la disavventura di un paziente oncologico che domenica scorsa, dopo essere passato per il pronto soccorso, necessitava di consulenza otorina. Ma in corsia non vi erano camici bianchi reperibili.

© RIPRODUZIONE
RISERVATA

Bellizzi

Volpe diffida l'Asl: disagi al nuovo poliambulatorio

BELLIZZI. Disagi al poliambulatorio di piazza Giovanni XXIII, inaugurato poco meno di un mese fa dalla precedente amministrazione. Il sindaco, Mimmo Volpe, ha inviato una diffida al direttore sanitario del distretto Asl 68, chiedendo un intervento immediato per il ripristino delle regolari prestazioni.

«Ho ricevuto decine di segnalazioni dai cittadini - afferma Volpe - che hanno difficoltà anche per pratiche semplici come l'esonero dal ticket. La verità è che sono stati trasferiti i servizi da una struttura funzionante ad un luogo senza il minimo necessario, dove manca persino la linea telefonica e la connessione di rete informatica. Per non parlare della mancata informazione sul cambio di sede della guardia medica».

A tal proposito, lunedì mattina è stata convocata una riunione d'urgenza alla quale parteciperà l'ente, il direttore sanitario Asl ed il responsabile del presidio di Bellizzi. Duro il commento del leader dell'opposizione, Pino Salvioli,

che il 19 maggio scorso, da sindaco in carica, tagliò il nastro del nuovo centro. «Volpe dovrebbe vergognarsi quando dice certe cose sul poliambulatorio - attacca - ha la memoria corta, e ha dimenticato che al nostro insediamento nel 2009, nonostante lui godesse di un potere sconfinato nella sanità, non c'erano neanche i frigoriferi per le vaccinazioni, gli anziani erano costretti a recarsi a Battipaglia per ottenere esenzioni e prenotazioni e l'ecografo aveva diciotto anni».

al.ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Contro l'Asl
Il sindaco Mimmo Volpe

La sanità Affondo dei sindacati dopo l'invio dell'ispettore Spinelli all'Umberto I

«Squillante sfiducia i vertici dell'ospedale»

La replica del manager Asl
«Nessuna delegittimazione
collaboreranno insieme»

Nello Ferrigno

NOCERAINFERIORE. «Il direttore generale abbia il coraggio di sfiduciare chi amministra l'Umberto I. La verifica sull'orario straordinario che ha chiesto significa aver delegittimato gli attuali vertici dell'ospedale».

Non usa mezzi termini Pietro Antonacchio, segretario generale della Funzione Pubblica della Cisl, nel commentare la decisione del direttore generale dell'Asl Salerno, Antonio Squillante, di inviare a Nocera Inferiore il «super

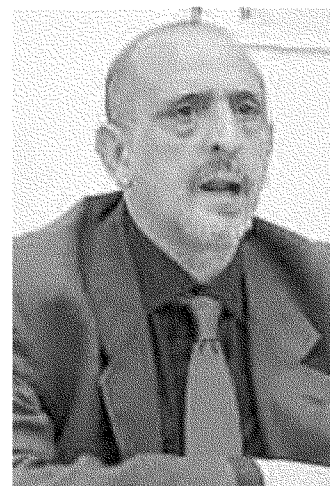
ispettore» Giampiero Spinelli a verificare perché si ricorre così spesso all'orario straordinario. Migliaia di ore di lavoro che preoccupano il manager e su cui anche carabinieri e guardia di finanza stanno cercando di aprire uno squarcio.

«Non si tratta di sfiducia nei confronti del direttore sanitario - è la risposta di Squillante - ma di un affiancamento. Maurizio D'Ambrosio e Giampiero Spinelli collaboreranno per arrivare ad una soluzione e superare le attuali criticità». Il direttore generale non è d'accordo con chi dice che il vero problema è la carenza di personale. «Si tratta - sottolinea - di un problema organizzativo e sono convinto che lo risolveremo».

Per il direttore sanitario la migliore risposta è snocciolare sul tavolo numeri pesanti.

«Dal 2010 ad oggi - precisa D'Ambrosio - abbiamo ottenuto un risparmio di venti milioni di euro, senza tagliare servizi e prestazioni, anzi implementandoli. Non credo ci siano elementi per una sfiducia nel mio lavoro. Commissariamento? Non l'avrei accettato perché incompatibile con il lavoro di un direttore sanitario. Lo straordinario dei dipendenti è una criticità da verificare per ridurre lo sfioramento. All'Umberto I abbiamo delle carenze, ma stiamo sicuramente meglio di altri ospedali. Bisogna definire i parametri assistenziali e lo faremo attraverso un coinvolgimento delle organizzazioni sindacali».

«Siamo pronti a collaborare - precisa Antonacchio - ma la direzione generale deve rendersi conto che il problema del personale è reale». Intanto le ferie estive battono alla porta. E migliaia di ore di lavoro straordinario sono state già programmate. Appare difficile che l'ispettore inviato da Squillante possa incidere sul diritto alle ferie del personale e di conseguenza sulla sostituzione del personale. Probabilmente negli ultimi anni qualche esempio di malcostume è stato troppo reiterato nel tempo, ma turni stressanti e carenza di personale non sono una novità. Tagliare sui costi accessori del personale è senza dubbio la cosa più semplice, risolvere i problemi strutturali appare invece più difficile, ma è l'unica vera strada per rendere stabile il migliore assetto organizzativo.

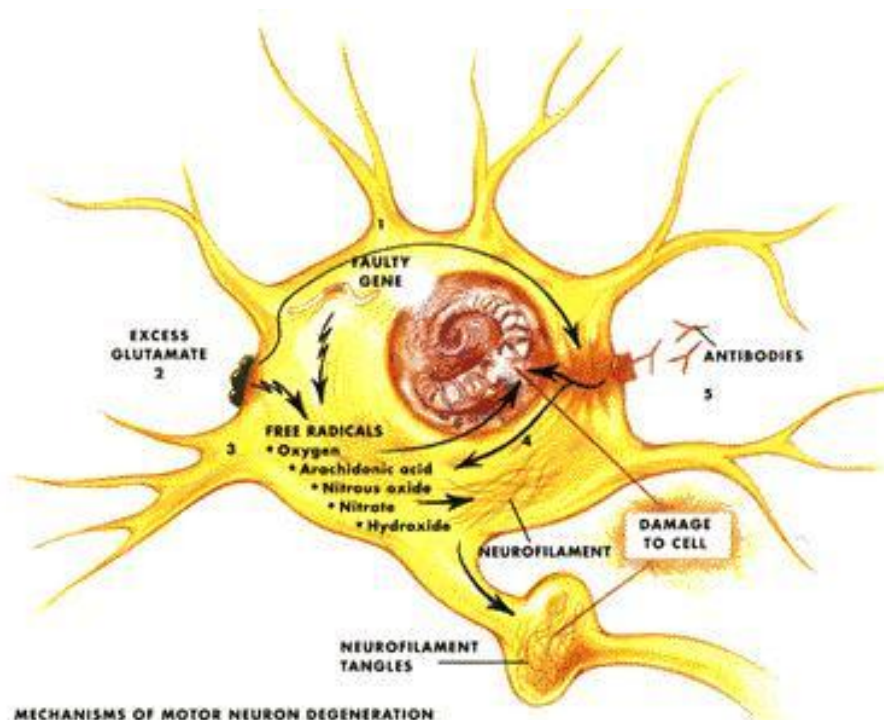


Il sindacato Pietro Antonacchio segretario provinciale Cisl



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



MECHANISMS OF MOTOR NEURON DEGENERATION

SCENARI FRONTIERE

CITALOPRAM:
ANTIDEPRESSIVO
CHE AGISCE
SUI LIVELLI DI
SEROTONINA

Questa pillola accenderà il cervello?

Un antidepressivo di uso comune si è rivelato in grado di rallentare i segni della malattia.

Un farmaco che blocca l'Alzheimer, arrestando la devastazione del cervello: è il traguardo ultimo, finora lontano, della ricerca. Un passo avanti lo hanno compiuto giorni fa scienziati della Washington University: hanno testato su topi, e poi su volontari giovani e sani, un antidepressivo di uso comune a base di citalopram (inibitore della ricaptazione della serotonina). Nel cervello dei topi il farmaco ha bloccato la crescita delle placche di beta-amiloide, la proteina che si pensa sia la causa dell'Alzheimer; negli umani una dose da 60 milligrammi ha ridotto del 37 per cento la produzione.

Sarà dunque un semplice antidepressivo a salvarci dal declino cerebrale? I risultati, promettenti, vanno presi con cautela. «La scoperta conferma, come io credo, che la proteina beta-amiloide ha davvero un ruolo chiave nell'Alzheimer» commenta Fabrizio Tagliavini, direttore del dipartimento di malattie

neurodegenerative all'Istituto Besta di Milano. «È il meccanismo iniziale che innesca la slavina: quello che poi avviene a valle è una catena di eventi molto complessi, e non è detto che ridurre le placche di beta-amiloide incida sulla progressione della malattia». In altre parole, le placche nel cervello possono pure diminuire, ma i sintomi rimanere tali e quali.

Premesso questo, lo studio merita di essere approfondito. «Già ora, ai malati di Alzheimer con sintomi depressivi viene dato il citalopram, anche se a dosaggi più bassi per evitare problemi al cuore» dice Tagliavini. «Un domani, se trial clinici su ampi numeri confermeranno i risultati americani, si potrà pensare di somministrarlo a pazienti con l'Alzheimer anche in assenza di depressione, magari in una fase precoce della malattia, quando intervenire con i farmaci potrebbe fare la differenza».

(Daniela Mattalia)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

- [Corriere della Sera](#)

E per fermare il Parkinson (nuovi) geni che producono dopamina

Alla prova un nuovo vettore e un nuovo recapito nel cervello. Un virus simile a quello dell'Aids porta i «passeggeri» nel nucleo striato



Curare il morbo di Parkinson trasformando certe cellule cerebrali in fabbriche di dopamina, il neurotrasmettitore la cui carenza provoca la malattia. Come? Con un «trapianto di geni» ma in una versione diversa da quella attualmente usata nelle sperimentazioni. L'idea, Nicholas Mazarakis, ora capo del Progetto di terapia genica all'Imperial College di Londra, l'aveva avuta 16 anni fa, quando lavorava per una compagnia biofarmaceutica, la Oxford Biomedica. Ecco che cosa aveva in mente: sfruttare, per trasportare all'interno delle cellule cerebrali i geni capaci di produrre dopamina, non i classici adenovirus (virus che infettano le cellule e quindi possono veicolare al loro interno i geni utili), ma lentivirus, parenti di quello dell'Aids, che hanno il vantaggio di far incorporare i geni direttamente nel Dna della cellula e assicurare un effetto più duraturo. Ora la sua idea ha trovato conferma in uno studio sperimentale condotto da ricercatori inglesi e francesi, guidati da Stéphane Palfi del Groupe Henri-Mondor Albert-Chenevier a Créteil (Francia), su 15 pazienti, di età compresa fra i 48 e i 65 anni, con un Parkinson in stadio avanzato che non rispondeva ai trattamenti tradizionali. I risultati, appena pubblicati sulla rivista *The Lancet*, hanno mostrato un miglioramento dei sintomi motori, senza particolari effetti collaterali.

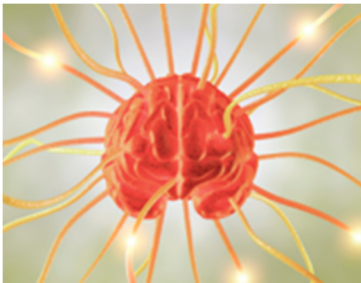
La malattia

Il morbo di Parkinson, provocato, appunto, da una carenza di produzione del neurotrasmettitore dopamina da parte della cosiddetta sostanza nera cerebrale, è caratterizzato da sintomi che interessano i muscoli e interferiscono con il movimento: si tratta, in particolare, di tremori, rigidità, difficoltà di deambulazione, bradicinesia (difficoltà a iniziare un movimento). La terapia principe consiste nella somministrazione della levodopa, precursore della dopamina. Ma a lungo andare l'efficacia del farmaco diminuisce (perché la somministrazione a intermittenza per via orale non ne assicura livelli costanti nell'organismo) e compaiono spasmi muscolari involontari (discinesie) e altri effetti collaterali. L'ideale sarebbe assicurare una produzione continua di dopamina che è proprio quello che dovrebbe fare la nuova terapia genica. I lentivirus, infatti, trasportano tre geni capaci di produrre tre enzimi che portano alla sintesi della dopamina non soltanto all'interno delle cellule cerebrali che abitualmente producono il neurotrasmettitore, ma anche in quelle del cosiddetto nucleo striato, dove invece la dopamina viene liberata. Quando i geni cominciano a funzionare riescono ad assicurare una produzione continua del neurotrasmettitore. E a controllare, appunto quei movimenti involontari che tanto interferiscono con la qualità della vita di questi pazienti. Il rischio maggiore della terapia è quello dell'oncogenesi, cioè della possibilità che questi virus possano dare origine a tumori. Questa evenienza, comunque, è limitata dal fatto che l'infezione delle cellule avviene in fase post-mitotica (quando cioè si sono appena divise).

- [Corriere della Sera](#)
- [cardiologia](#)

Scoperto legame tra problemi cardiaci e declino cognitivo

Dimostrato che l' impoverimento cognitivo è tanto più marcato quanto peggiore è la salute cardiovascolare dell'individuo



I problemi di cuore influiscono negativamente anche sulle capacità verbali, di apprendimento e memoria. Infatti uno studio sul *Journal of the American Heart Association* mostra che individui con problemi cardiovascolari presentano anche un impoverimento cognitivo tanto più marcato quanto peggiore è la loro salute cardiovascolare.

Lo studio

Lo studio è stato condotto da Evan Thacker, epidemiologo presso la Brigham Young University a Provo, in Utah, ed ha coinvolto in tutto 17.761 persone dai 45 anni in su. Gli esperti hanno diviso il campione di individui in sottogruppi a seconda del loro stato di salute cardiovascolare, pessimo, intermedio e ideale. Poi hanno sottoposto tutto il campione ad una batteria di test di memoria, apprendimento, linguaggio, ad esempio per verificare la capacità di parlare in maniera fluente hanno chiesto ai partecipanti di dire in 60 secondi il nome di quanti più animali possibile. Oppure per testare la memoria hanno chiesto di leggere e ricordare liste di parole. Ebbene è emerso che la buona salute cardiovascolare è associata a un cervello più scattante, man mano che essa si deteriora, quindi, si deteriorano in modo progressivo anche le funzioni cognitive dell'individuo.

- [Corriere della Sera](#)
- [cardiologia](#)

Sindrome metabolica, condizione rischiosa legata al grasso viscerale

Le alterazioni metaboliche aumentano le possibilità di avere un infarto o un ictus, ma anche di sviluppare diabete



Se avete tendenza a mettere su «pancetta», state allerta: basta la contemporanea presenza di almeno altre due alterazioni metaboliche, come pressione alta o colesterolo oltre i limiti desiderabili, per incorrere nella sindrome metabolica, condizione che aumenta le possibilità di infarto, ictus, diabete e non solo.

Quali sono le alterazioni più rischiose?

«Diminuzione del colesterolo Hdl (“buono”), livelli superiori (anche di pochissimo) di trigliceridi nel sangue, ipertensione, ridotta tolleranza ai carboidrati con aumento della glicemia a digiuno: se almeno due di questi fattori

si associano a un giro vita superiore a 94 cm negli uomini e a 80 nelle donne si può parlare di sindrome metabolica - spiega Franco Pazzucconi, farmacologo clinico del Centro universitario per le dislipidemie dell’Ospedale Niguarda di Milano -. Questa condizione non è ancora perfettamente definita, tanto che nel tempo ha cambiato più volte nome: prima sindrome X, poi da insulino-resistenza, poi plurimetabolica e ora sindrome metabolica».

A che cosa è dovuta la sindrome metabolica?

«Le cause non sono ancora chiare, ma è probabile che tutto parta dal tessuto adiposo viscerale. Il grasso viscerale è quello che si situa tra le anse intestinali, circonda il cuore e, soprattutto negli anziani, si insinua tra le fibre muscolari. Diversamente da quello sottocutaneo, non è inerte. Le cellule che lo compongono, gli adipociti, rilasciano sostanze dette adipochine che verosimilmente danno il la a uno stato infiammatorio e dismetabolico capace di favorire alterazioni di trigliceridi e colesterolo, aumento della pressione sanguigna e insulino-resistenza. Il che significa che quando mangiamo, e quindi provochiamo rilascio di insulina nel sangue, le nostre cellule non sono capaci di utilizzare questo ormone per consumare gli zuccheri in eccesso».

Quali sono le sue conseguenze?

«Una persona con sindrome metabolica ha, rispetto alla popolazione normale, un rischio doppio di eventi cardiovascolari e cinque volte maggiore di diabete. Ciò è, pare, più vero per le donne che per gli uomini. Non solo: abbiamo il sospetto (non ancora le prove) che le aumentate possibilità di avere problemi cardiovascolari siano superiori alla somma dei singoli fattori di rischio».

Come si può rimediare?

«La sindrome metabolica si combatte innanzitutto con lo stile di vita: fare movimento, ridurre il peso corporeo, seguire una dieta equilibrata ricca di frutta e verdura e povera di grassi, nonché evitare di fumare e non abusare dell’alcol. Si tratta della strategia più efficace, ma non sempre così facile da mettere in atto. Purtroppo non disponiamo di terapie capaci di agire sul tessuto adiposo e bloccare la catena di eventi determinata dal rilascio delle adipochine, con tutte le conseguenze connesse. Se con gli interventi sullo stile di vita non si ottengono i risultati sperati, non resta che agire sui singoli fattori con farmaci appositi, per abbassare la pressione, normalizzare il colesterolo, ridurre i trigliceridi, contrastare la resistenza all’insulina».

- [Corriere della Sera](#)

«Deka Arm», il braccio bionico che si controlla con il cervello

I sensori catturano gli stimoli della muscolatura superiore del braccio, un computer ne codifica il significato e ordina alla protesi di agire secondo la volontà dell'utilizzatore



È giunto a conclusione il percorso di approvazione del primo braccio protesico a controllo mentale. L'ente americano Food and Drug Administration (Fda) ha, infatti, approvato il Deka Arm, un braccio bionico progettato dalla Segway, la società americana fondata da Dean Kamen famosa per aver creato il primo biciclo a due ruote capace di rimanere in equilibrio senza l'intervento dell'uomo. Si esce dalla fase sperimentale per entrare in quella dell'utilizzo: dopo il placet dell'Fda il Deka Arm potrà essere usato sull'uomo.

Prendere un acino d'uva

La nuova invenzione è un braccio di uomo adulto cibernetico controllato attraverso elettrodi elettromiografici collegati con la parte rimanente di braccio (nel caso che l'arto manchi del tutto i sensori catturano lo stimolo del movimento dalla gamba e lo trasmettono all'arto bionico). Questi sensori sono capaci di catturare gli stimoli della muscolatura superiore del braccio, un computer ne codifica il significato e ordina al braccio di agire secondo la volontà dell'utilizzatore. I risultati dei test di laboratorio sono impressionanti, tanto che la persona attraverso la protesi bionica torna in grado di utilizzare le chiavi di casa o stringere con la dovuta delicatezza acini d'uva o uova senza romperle. Manovre che con i precedenti modelli bionici non erano possibili a causa delle vibrazioni generate dai meccanismi bionici o dalla mancata capacità di dare la giusta pressione all'oggetto trasportato.

L'uomo da 6 milioni di dollari

Secondo quanto riportato dal settimanale economico *Bloomberg Businessweek* la Darpa (Defense Advanced Research Projects Agency che si occupa di robotica a scopi civili e militari) avrebbe investito - dal 2006 ad oggi - nel progetto oltre 40 milioni di dollari sui 100 destinati alla ricerca sulle protesi. L'interesse della Darpa si spinge però ben oltre lo studio puramente medico: «Stiamo dimostrando che è realmente possibile realizzare "l'uomo da 6 milioni di dollari" (il personaggio bionico di una serie tv degli anni '80, ndr) - commenta Matt Albuquerque, presidente della Next Step Bionics Prosthetics Inc. che ha partecipato al progetto -. Non occorre nemmeno più controllare in sequenza prima il gomito, poi l'avambraccio, il polso e via dicendo. L'intero arto si muove con fluidità».