



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Il blitz

Fisioterapia abusiva in due centri, Nas in azione

Le operatrici non avevano l'abilitazione per utilizzare le apparecchiature medicali

Maria De Vito

Praticavano abusivamente, su decine di pazienti, terapie riabilitative senza possedere alcun titolo, né autorizzazione.

Scoperte e denunciate due donne, titolari di due centri fisioterapici, in pieno centro cittadino, nelle immediate vicinanze di frequentatissimi impianti sportivi.

Nell'ambito di mirati servizi di controllo, atti a contrastare l'esercizio abusivo delle prestazioni sanitarie, a tutela della salute dei cittadini, i carabinieri del Comando Provinciale di Avellino, in stretta collaborazione con i Reparti Speciali del Nucleo Antisofisticazioni e Sanità di Napoli e Salerno hanno deferito all'Autorità Giudiziaria, una

40enne ed una 50enne, residenti nel capoluogo irpino.

Le due donne, titolari di due palestre, abilitate al solo svolgimento di ginnastica correttiva, praticavano invece anche terapie riabilitative a pazienti ed atleti, affetti da diverse patologie articolari.

Le attività terapeutiche avvenivano mediante l'utilizzo di apparecchiature elettromedicali, senza che le operatrici avessero conseguito alcuna abilitazione necessaria per il loro impiego.

Nel centro si effettuavano applicazioni di laser terapeutico, elioterapia e magnoterapia, lunghi e costosi cicli di cure riabilitative a cui ignari sportivi e pazienti. I pazienti si sottoponevano alle cure non sapendo che le operatrici a cui si erano affidati non erano abilitate a farlo e che le apparecchiature usate non erano state autorizzate dall'autorità sanitaria.

Sono state contestate alle titolari del centro numerose violazioni di legge.

Sette le apparecchiature elettromedicali sequestrate alle due operatrici, responsabili dei due centri, per loro è scattata la denuncia in stato di libertà alla Procura della Repubblica. Secondo gli organi inquirenti, i macchinari impiegati abusivamente e posti sotto sequestro, venivano utilizzati per praticare laser terapeutico, altri per terapie mediante tecnologia «frens», applicata cioè per la stimolazione elettrica mediante l'utilizzo di elettrodi transcutanei utile per curare lombosciatalgia, cervicale e traumi vari, altri ancora per la elioterapia, curativa di alcune patologie della pelle e per la magnoterapia, la pratica cioè che sfrutta gli effetti benefici dei campi magnetici a bassa intensità. Tali delicate, attività erano potenzialmente pericolose e dannose per la salute dei frequentatori del centro, che inconsapevoli, si rivolgevano alle due fisioterapiste, per sottoporsi alle cure richieste dai propri medici.

© RIPRODUZIONI E RISERVATA

Il blitz | Nas e i carabinieri avellinesi hanno individuato le irregolarità

Il centro

Si svolgevano applicazioni di laser terapeutico, elioterapia e altre costose tecniche

Avellino Le legali rappresentanti di due centri riabilitativi utilizzavano strumenti non autorizzati

Terapie abusive, due donne nei guai

AVELLINO (g.s.) - Due donne, di 40 e 50 anni, sono state denunciate dai carabinieri, per la pratica di terapie riabilitative abusive. I Carabinieri hanno svolto due indagini presso due centri di riabilitazione per lo svolgimento di ginnastica correttiva vicini ad alcuni impianti sportivi di Avellino. Qui venivano effettuate terapie riabilitative ad atleti

e pazienti con delle apparecchiature elettromedicali per la cura di patologie articolari. Queste cure venivano effettuate senza le autorizzazioni, mettendo in pericolo i pazienti dei centri. I carabinieri hanno sequestrato sette apparecchiature, utili per il laser terapeutico, terapia mediante tecnologia frems (stimolazione elettrica che utilizza elettro-

di transcutanei per curare lombosciatalgia, cervicale e traumi vari), elioterapia (curativa di alcune patologie della pelle) e magnetoterapia (pratica che sfrutta gli effetti benefici dei campi magnetici a bassa intensità). Sono state denunciate in stato di libertà le legali responsabili dei centri.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Acquisti centralizzati, l'obiettivo è risparmiare 5 miliardi

Sonia Ricci

ROMA. Cinque miliardi di risparmi in tre anni, da qui al 2018. È l'obiettivo da centrare per razionalizzare gli acquisti di beni e servizi delle Pubbliche amministrazioni, soprattutto ora che Bruxelles è in pressing sul nostro debito e sulla necessità di far ripartire la spending review. Subito. Per questo un ruolo centrale spetterà alla Consip, la società del Tesoro incaricata di gestire gli acquisti di beni e servizi per lo Stato, spuntando i prezzi migliori.

Il metodo Consip è semplice: una volta scelti i fornitori tramite gara d'appalto sono stipulate le convenzioni, nell'ambito delle quali le Pa devono rifornirsi. La spending review degli acquisti non colpisce solo la "mitica" siringa: devono essere acquistati in forma aggregata 19 categorie di beni e servizi. L'elenco è contenuto in un decreto del presidente del Consiglio entrato in vigore a febbraio. Oltre due terzi del paniere riguarda la sanità. In sostanza, amministrazioni statali e aziende ospedaliere non possono più bandire singole gare per acquistare i prodotti e i servizi messi in elenco, ma devono passare per i cosiddetti soggetti aggregatori, cioè le centrali di acquisto che comprano per più Pa insieme. Sono 33 in tutto (rispetto alle vecchie 32 mila sta-

zioni): oltre a Consip, c'è anche una centrale d'acquisto per ogni Regione, nove città metropolitane e due province (Perugia e Vicenza). Tra i beni da comprare in forma aggregata ci sono i farmaci - che coprono più della metà della spesa centralizzata, circa 8 miliardi - la pulizia dei locali del Ssn, i defibrillatori, i vaccini, la ristorazione, la lavanderia e lo smaltimento dei rifiuti sanitari. Tra quelli extra-sanitari: vigilanza armata, manutenzione e pulizia degli immobili. Da questo percorso il governo si aspetta risparmi «nell'ordine di miliardi di euro», spiega il commissario alla spending review, Yoram Gutgeld. In futuro si allargherà anche il perimetro dei beni acquistabili: «Nei prossimi anni saranno inserite in elenco anche altre categorie merceologiche», aggiunge Gutgeld.

Il "paniere" dei 19 beni e servizi costituisce, infatti, solo una parte della spesa che può essere attaccata. Attualmente i costi complessivi necessari per il funzionamento delle Pa ammontano a 131 miliardi. La spesa considerata veramente aggredibile, però, si aggira intorno agli 87 miliardi. È pur vero che nel 2015 la spesa presidiata da Consip è salita del 5%, ma sono ancora molte le amministrazioni che non si rivolgono alla centrale che permette di tagliare i costi. L'anno scorso le Pa hanno fatto acquisti

tramite Consip per oltre 7 miliardi, meno del 20% della loro spesa. Un giro d'affari che ha generato risparmi significativi per 3 miliardi, ma che su carta potrebbero essere molto di più.

Nonostante la stretta, insomma, sono tante le amministrazioni che non sono virtuose. Si va dall'acquisto di auto e computer alle spese per stampanti, bollette e telefonia. In base all'ultimo rapporto Mef-Istat, stampanti tradizionali in bianco e nero che potevano essere pagate poco più di 36 euro sono state acquistate per 103, circa tre volte di più. Quelle a colori, invece, a 204 euro invece che 122. Anche le auto presentano dei conti spesso ingiustificabili: per una piccola citycar i comuni pagano 8.164 euro, invece che 7.780. Per quelle più grandi 9.707 euro anziché 7.911. Anche furgoni e mini-bus sono pagati a peso d'oro: si spendono circa 16 mila euro per autoveicolo rispetto ai 12 mila in convenzione.

Decisivo il ruolo della Consip per razionalizzare le spese: si allarga il paniere dei beni

La novità
Gli enti
non possono
fare singole gare
ma devono
passare
attraverso
le «centrali»



I tagli Per le auto costi notevolmente più bassi con gli acquisti centralizzati

La sanità

Via gli ultimi dubbi sul piano ospedaliero due ministeri per l'ok

L'Ospedale del Mare sarà centrale
Ecco il riparto delle specializzazioni
per la dotazione di personale medico

Ettore Mautone

Ultime limature per il Piano ospedaliero regionale: la presentazione ufficiale è programmata per questa settimana, al massimo la successiva. Il faro nelle nebbie resta il Decreto ministeriale n. 70 del 2015 (regolamento redatto dal ministro Lorenzin in attuazione della legge Balduzzi). Il riordino degli ospedali campani dovrà dare contenuti, posti letto, assetti sanitari e distribuzioni di funzioni a tutti i presidi campani ma anche indicare la divisione dei compiti e dei livelli di complessità assistenziale per tutte le reti tempo dipendenti (Infarto, Ictus e Trauma) e non (dolore, pediatria, neonatologia, oncologia ecc). A stretto giro ci sarà il giudizio di merito, ufficiale, dei ministeri vigilanti (Salute ed Economia) che hanno già validato preliminarmente il Piano. Un passaggio propedeutico all'adozione vera e propria che comporterà una profonda revisione degli atti aziendali di Asl e ospedali attivati in fretta e furia in questi mesi sulla scorta dell'iniziativa della Corte dei conti. Un varo che consentirà l'indicazione definitiva di discipline e dirigenti per ogni azienda sanitaria rispetto agli standard di posti letto previsti dal ministero.

Un ruolo centrale, nel Piano, lo assumerà di sicuro l'ospedale del Mare. Per la configurazione del presidio di Napoli est si parte da zero. O meglio dalla nota del commissario ad acta Joseph Polimeni del 20 aprile scorso (che comunica la presenza della Cardiochirurgia ma l'esclusione dell'area Materno infantile) e che fornisce alcune indicazioni di massima su cui la Asl ha sviluppato una proposta di offerta assistenziale. Polimeni chiede, prioritariamente, l'avvio (presumibilmente entro l'estate) delle attività ambulatoriali di Radiologia, Radioterapia, Medicina nucleare e Dialisi. Le apparecchiature sono tutte nuove e pronte alla consegna. Dopo il collaudo a marzo scorso della Risonanza si procederà a breve alla verifica della Medicina nucleare. La diagnostica è digitale, interamente informatizzata (non si fanno più lastre) e può contare su due Tac di ultima generazione, due risonanze, due acceleratori lineari di cui uno dotato di una terza Tac per il centraggio. Per la Medicina nucleare ci sono una Pet/Tac dotata di un

software di ultima generazione (flow) che riduce la durata dell'esame a non oltre 15/20 minuti dimezzando l'esposizione a radiazioni. Trovano posto a Barra anche tre angiografi, uno vascolare, uno per l'emodinamica e il terzo utilizzabile sia per l'emodinamica che per la neuroradiologia. Infine c'è tutta una batteria di monitor da 22 pollici legati ai monitoraggi delle terapie intensive, per le 16 sale operatorie, il complesso ginecologico e le varie sale endoscopiche. Per ora l'ambulatorio di Radiologia effettua solo ecografie, le uniche già in funzione. Il nodo più stretto resta quello del personale.

Per l'attivazione della Radiologia sulle 12 ore occorrono 5 dirigenti di radiologia, 12 tecnici sanitari e 3 infermieri. Almeno una quota provverrà dal San Gennaro di cui è programmata la riconversione dove attualmente lavorano 1 direttore di struttura complessa, 4 dirigenti medici e 3 specialisti ambulatoriali impiegati a ore (a 38, 24 e 12 ore settimanali). Al San Gennaro ci sono anche 13 tecnici di radiologia che potrebbero essere dirottati a Barra tramite la mobilità interna. Passiamo alla Radioterapia: per il funzionamento h 12 occorre reclutare 10 medici, 12 tecnici sanitari esperti del ramo, 4 infermieri e 3 fisici medici tutti da assumere ex novo mancando figure specifiche e negli attuali organici aziendali. C'è poi il capitolo della Medicina nucleare: anche qui il funzionamento nelle 12 ore comporta l'immissione in servizio di 4 dirigenti medici, 7 tecnici sanitari (da assumere per concorso) e 2 infermieri. Per l'attivazione del servizio di Emodialisi, infine, (otto posti tecnici da allestire), occorrono almeno 3 dirigenti medici specialisti in nefrologia e 8 infermieri. Questi ultimi possono essere reclutati attraverso processi di mobilità interna ovvero lo scorrimento delle graduatorie in mobilità. Ma quello della diagnostica, radioterapia e dialisi è solo il primo scoglio da superare. In prospettiva futura, per attivare l'intero Ospedale del mare occorrono almeno 1.400 unità tra medici, infermieri e tecnici. Scontato che bisognerà procedere per gradi ma anche chiarire chi-fa-cosa ossia quali saranno le strutture complesse (primari) e le strutture dirigenziali semplici da attivare e su cui calibrare le assunzioni e i trasferimenti in mobilità per l'assegna-







Eccellenze
La diagnostica è digitale interamente informatizzata con tac di ultimissima generazione

zione degli incarichi definitivi a Napoli est. Su questo nulla dicono né il Piano ospedaliero del 2010 (decreto 49) ma nemmeno la circolare di Polimeni dello scorso aprile. Il tutto va inoltre ricordato con l'incognita del numero complessivo di posti letto di cui sarà dotata a regime l'Asl Napoli 1 secondo il nuovo Piano ospedaliero.

L'unico documento ufficiale è la nota trasmessa a inizio maggio dal commissario della Asl Renato Pizzuti alla Regione e alla struttura commissariale in cui si elabora uno schema di massima di cronoprogramma (occorrerà l'ok del direttore generale dell'Assessorato, Antonio Postiglione) del fabbisogno e delle assunzioni necessarie per l'ospedale del Mare. L'Asl Napoli 1 ha già attivato le procedure per vari profili professionali in mobilità autorizzati nel 2015. Una strada percorribile, quella dello scorrimento di graduatorie, anche su scala regionale attingendo ai concorsi e avvisi pubblici in mobilità già banditi da tutte le Asl e ospedali campani. Altre 80 unità sono autorizzate dal decreto 30 del 2015, cui si aggiungono le 229 del decreto 6 del 2016 e le 348 previste dallo stesso atto regionale. Il resto dovrebbe arrivare per mobilità. Ma non sarà un processo breve né facile. Obiettivo collocare l'ospedale del mare nel quadro delle eccellenze sia per il pronto soccorso e l'urgenza e sia per l'elezione e così garantire un freno alla migrazione sanitaria extraregionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



-  **45 infermieri**
Circa **1300 candidati** in graduatoria
-  **3 dirigenti di Radioterapia**
Avviso di mobilità **andato deserto**, in corso di attivazione **nuovo avviso pubblico**
-  **25 anestesisti**
assunti in mobilità **13**, graduatoria attinta fino all'ultimo posto per **ulteriori 7 unità**.
In attesa del nulla osta dagli enti di provenienza
-  **25 anestesisti**
in corso di attivazione avviso pubblico
-  **2 tecnici di Radioterapia**
ammessi alla valutazione **7 candidati**
-  **18 dirigenti di medicina e chirurgia d'urgenza**
ammessi alla valutazione **4 candidati**
-  **4 dirigenti di Chirurgia**
ammessi alla valutazione **14 candidati** (commissione da nominare)
-  **7 dirigenti di Ortopedia**
ammessi 1 candidati.
Occorre nominare Commissione
-  **1 dirigenti Otorino**
in attesa scadenza termini
-  **4 dirigenti di Radiologia**
pubblicato avviso pubblico. (Scad. 25 maggio 2016)
-  **4 dirigenti di Cardiologia**
pubblicato avviso pubblico. (Scad. 25 maggio 2016)
-  **3 dirigenti di Medicina interna**
pubblicato avviso pubblico. (Scad. 25 maggio 2016)
-  **1 dirigente di Neurochirurgia**
(Scad. 25 maggio 2016)

centimetri

La sanità

Assunzioni e gare al palo Ospedale del Mare «lumaca»

Tre task-force in azione. L'obiettivo: aprire entro l'anno

Ettore Mautone

L'Ospedale del Mare naviga in acque difficili: se l'opera è sostanzialmente completa, comprese le forniture previste nel contratto di Astaldi, sulla rotta che conduce all'apertura si stagliano tre grandi scogli: le gare per i servizi minimi (attribuite a Soresa di cui solo alcune già state espletate dalla Napoli 1), le autorizzazioni all'esercizio dell'attività sanitaria e soprattutto le assunzioni del personale. Parliamo del reclutamento di circa 1400 unità, tra medici e infermieri, necessarie a far funzionare a pieno regime il gigante sanitario di Napoli est. Dalla nuova configurazione dell'ospedale, disegnata dal commissario Polimeni nell'ambito del Piano ospedaliero (prevista la presenza la Cardiocirurgia ma non l'area materno-infantile attribuita invece al Loreto Mare e a Villa

Betania) discende anche il mutato fabbisogno di camici bianchi. La previsione che Loreto mare, Ascalesi e Incuroabili, con il relativo personale, non confluiscono più nell'Ospedale del mare e il fatto che il San Gennaro, comunque destinato alla riconver-

sione, abbia attualmente attivi in corsia solo 300 camici bianchi (110 infermieri, 79 medici e 26 Oss, di elevata età media e con numerosi esoneri dalle attività di pronto soccorso), pone l'evidente difficoltà di ricollocare il personale della Asl nel presidio di Barra. Tra l'altro i nuovi turni di lavoro, in vigore da novembre, hanno determinato la carenza di circa 250 operatori sociosanitari (Oss) al San Giovanni Bo-

sco, Loreto Mare, Pellegrini e San Paolo e di decine di anestesisti. Da qui il grave rallentamento delle attività chirurgiche (non urgenti) oggi limitate a una sola seduta a settimana assorbendo in un mese il lavoro precedentemente espletato in sette giorni.

Allo stato attuale la Asl Napoli 1 può contare sullo sblocco del turn-over di 80 unità autorizzate nel 2015 cui si aggiungono altre 229 assunzioni nel 2016 e ulteriori 348 figure ancora da reclutare: anche a volerle attribuire tutte all'Ospedale del mare e a metterle insieme alle 200 previste in mobilità dal San Gennaro servirebbero assunzioni per almeno 600 profili. È

ovvio che in tale situazione ci si muove in base alle priorità definite dall'organo regionale.

Dopo l'accensione dei motori, un anno fa, alla vigilia delle elezioni regionali, l'Ospedale del Mare per prendere il largo dovrà aspettare ancora mesi. L'avanti adagio è stato finora scandito dal funzionamento, a scartamento ridotto, di 15 ambulatori, gli unici attivi nelle sole ore mattutine, a turno, dal lunedì al venerdì. Un'offerta assistenziale minima, affidata a un manipolo di medici e poche unità infermieristiche, impiegati a ore, dalla Asl Napoli 1, su base volontaristica. Un esempio su tutti, l'Oncologia: «L'Asl cittadina - avverte Roberto D'Angelo, segretario provinciale della Cisl medici - può contare su un solo specialista del San Gennaro che finora assicurava alcune ore il martedì pomeriggio. Servizio naufragato sull'impossibilità di prescrivere, a fronte dell'assenza di una farmacia ospedaliera e di forniture dedicate. Il presidente De Luca finora non ha avuto alcun aiuto dal governo sul personale ma se assumerà la stessa concretezza impressa per risolvere il problema barelle al Cardarelli avrà i medici dalla sua parte».

Intanto tra gruppi di lavoro e commissioni tecniche (almeno tre quelle attive in seno all'Asl Napoli 1), l'accelerata è segnata proprio dal presidente

De Luca: Il governatore nei giorni scorsi, ha firmato il decreto 113 con cui da un lato proroga al 31 dicembre il mandato in scadenza (il 30 giugno 2016) del commissario dell'Ospedale del Mare Ciro Verdoliva e dall'altro amplia i compiti dell'ingegnere, capoufficio tecnico del Cardarelli. Il primo, tra i nuovi compiti affidati a Verdoliva (una sorta di commissariamento per la start-up), è ottenere il semaforo verde alle autorizzazioni all'esercizio delle attività sanitarie (fognature, accatastamento, agibilità, prevenzione incendi ecc.) da concludere entro dicembre. Sempre a Verdoliva spetterà condurre in porto la gara per un asilo nido aziendale (0-36 mesi). L'obiettivo è pubblicare il bando entro ottobre. In cantiere, entro dicembre, ci dovrà essere anche una fermata della Circumvesuviana sulla tratta Napoli-Ottaviano-Sarno tra le stazioni di Vesuvio-De Meis e Cercola al servizio del complesso ospedaliero. Verdoliva, infine, dovrà affiancare l'Asl nei procedimenti tecnico-amministrativi finalizzati ad attivare il complesso ospedaliero per step (escluso il reclutamento del personale), ferme restando la responsabilità per le procedure di gara e

la relativa aggiudicazioni, che restano in capo allo stesso Verdoliva, alla Soresa e al commissario della Asl Pizzuti.

Le buone notizie arrivano sulla parte edilizia dell'opera: il collaudo statico dell'intero complesso ospedaliero si è concluso con il deposito al Genio

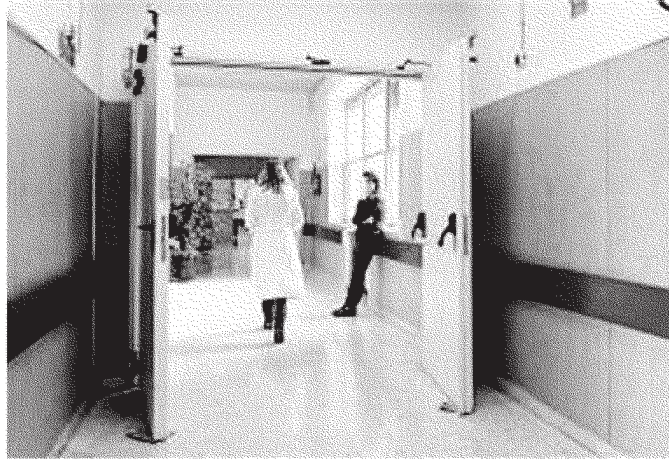
Civile il 22 marzo, il 30 aprile scorso l'intero ospedale è stato accatastato mentre l'11 maggio è stato firmato il certificato formale di ultimazione dei lavori. Per la parte impiantistica e tecnologica il collau-

do delle apparecchiature ha raggiunto la percentuale di avanzamento del 65% e si prevede di concluderle entro giugno. Il 30 maggio è invece in programma la richiesta agli uffici comunali dell'agibilità del complesso mentre a metà giugno dovrebbe arrivare il primo certificato di prevenzione incendi. Da questa data in poi si potrà procedere alle richieste, al Comune e alla Asl, dell'autorizzazione all'esercizio almeno parziale delle attività sanitarie. Dunque entro l'estate si potrebbe partire con i servizi di Radioterapia e Dialisi (già annunciati da De Luca) e successivamente con la Radiologia.

Il condizionale è d'obbligo, il nodo più stretto resta quello del personale: il 6 maggio è partita la richiesta del commissario della Asl Pizzuti alla Regione per procedere ai concorsi. Cruciale, per definire il fabbisogno finale, sarà la dotazione complessiva di posti letto attribuiti alla Asl in base al Piano ospedaliero. Una delle possibili strade sarà attingere alle graduatorie di cui al primo decreto commissariale per lo sblocco del turn-over (n. 29 del 2015) destinato a reclutare camici bianchi per i presidi aziendali, l'altra conduce alle procedure di mobilità, anche queste già autorizzate e in fase di esecuzione per circa 150 unità di cui si attende di conoscere i profili.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Asl Napoli 1 può contare sullo sblocco del turn-over di ottanta unità autorizzate



Strategia
Rinnovato l'incarico a Verdoliva ed ampliati i suoi compiti. Entro ottobre il bando-asilo

I tempi
Il presidente De Luca spinge sull'acceleratore. Intanto la struttura ha appena avuto il collaudo statico

Lavorio
«Malpractice»
summit di esperti



«Riflessioni sulla nuova responsabilità professionale sanitaria» è il tema di un convegno che si terrà domani pomeriggio, presso l'Aula magna del Centro Congressi della Federico II, in via Partenope. Interverranno Federico Gelli, relatore del disegno di legge sulla responsabilità professionale del personale sanitario, Antonio Coviello, docente di Marketing delle Assicurazioni all'Università Suor Orsola Benincasa, Antonio Lepre, consigliere di Corte di Appello, Giuseppe Lucantonio, procuratore aggiunto, Francesco Ripa di Meana, presidente Fiaso, Silvestro Scotti, presidente Ordine Medici-Chirurghi e Odontoiatri, Raffaele Topo, presidente della Commissione regionale Sanità e Sicurezza sociale, Joseph Polimeni, commissario per la Sanità Regione Campania, Fulvio Bonavittola, vice presidente giunta regionale, Raffaele Calabro della Commissione affari sociali della Camera dei deputati. Modera il giornalista Carlo Gambalunga.

I lavori L'opera è sostanzialmente completa ma occorre «reclutare» per avviare l'attività

Le date
Entro dicembre bisognerà ottenere i permessi che ancora mancano



Colpa medica, cifre choc «Cardarelli da record»

Il fenomeno

Aumentano le denunce
e le richieste di risarcimento
Nel 2014 richieste per 21 milioni

Il decreto, approvato dalla Camera a fine gennaio, è all'esame della commissione sanità del Senato. E potrebbe diventare legge già la prossima estate. Parliamo della norma sulla responsabilità professionale dei medici, la cui entrata in vigore dovrebbe dare il via ad una vera e propria svolta epocale per la sanità, come sostiene l'autore, l'onorevole Federico Gelli. In sintesi massima: la legge, colmando una lacuna legislativa, ridurrebbe il ricorso alla medicina difensiva e quindi darebbe la possibilità, al servizio sanitario nazionale, di risparmiare ingenti risorse da destinare alla tutela della salute dei cittadini.

Intanto, però, le denunce per malpractice, ovvero di colpa medica, aumentano in maniera esponenziale. I dati verranno resi noti questo pomeriggio nel corso di un summit nazionale che si terrà a Napoli con i protagonisti della materia: dall'estensore del decreto, ad alti magistrati, assicuratori, rappresentanti di categoria di medici e infermieri, avvocati, dirigenti ospedalieri.

Si partirà dai dati del Cardarelli. Anticipa Antonio Coviello, do-



cente di marketing assicurativo all'università Suor Orsola Benincasa e ricercatore del Cnr: «Nel 2014, al Cardarelli, si sono registrati 155 sinistri per un importo di circa 21 milioni. Nei primi 5 mesi del 2015 sin sono registrati 44 sinistri per un importo di circa 10 milioni. Vale a dire una media di oltre venti milioni all'anno di sinistri, soltanto al Cardarelli».

Quindi passa alle cifre nazionali. «Nel periodo 2004-2013 nella sanità pubblica sono stati denunciati 41.628 sinistri, con una media di oltre 4mila all'anno. La maggioranza riguarda il coinvolgimento dei medici (mediamente 17 su 100 quelli coinvolti), per i posti letto (10 su 100), per gli infermieri (7 su 100), per i dipendenti (3 su 100), per i ricoveri (2,6 su 100)».

Risarcimenti

All'ospedale Cardarelli si registra una media di oltre venti milioni all'anno di sinistri. Le denunce sono in aumento

Il costo sinistri per le strutture sanitarie è, mediamente, pari a 107 euro per ricovero. Ma il costo varia a seconda dell'area geografica e della tipologia di struttura sanitaria: al Nord tale costo per sinistro è quantificato in 100 euro per ricovero, al Centro 140 euro, al Sud 60 euro. E la Campania è perfettamente allineata al trend dell'Italia Meridionale.

Il costo medio dei sinistri varia anche a seconda della specializzazione della struttura sanitaria. Spiega ancora Coviello: «Si va dai 95 euro per le strutture di primo livello, agli 80 euro di secondo livello, ai 100 per gli ospedali universitari, ai 205 euro per le cliniche ortopediche».

E passiamo alle assicurazioni, i cui costi sono aumentati notevolmente. In Campania i medici di famiglia, per esempio, segnalano un'impennata, del 30 per cento in due anni, dei costi delle assicurazioni per effetto dei risarcimenti record che hanno portato ad alzare i massimali della loro categoria. Qualche altro esempio: un ginecologo paga dagli 8 mila ai 12 mila euro all'anno, un chirurgo plastico anche ventimila euro. Di questo e di altro ancora si parlerà oggi al convegno che si svolgerà al Centro Congressi della Federico II, in via Partenope.

m.i.p.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Loreto-Capilupi, subito il summit

Una riunione operativa per definire in che modo il Loreto Mare - ospedale in continua emergenza per la presenza massiccia di barelle, per la sistematica rottura delle attrezzature diagnostiche, per la carenza di personale - potrà «soccorrere» il Capilupi di Capri.

Il summit verrà organizzato per la prossima settimana nella struttura ospedaliera dell'isola verde. Vi parteciperanno il direttore sanitario del Loreto Mare, Michele Ferrara - che da ieri ha avuto l'incarico di dirigere anche la struttura sanitaria caprese - l'ex direttore del Capilupi, Nunzio Quinto (che è anche vertice sanitario degli Incurabili) e il direttore amministrativo del Loreto Mare, Elisabetta Iacona.

La decisione dell'«accorpamento funzionale» del Capilupi

all'ospedale di via Marina porta la firma del commissario straordinario dell'Asl Napoli 1 centro, Renato Pizzuti. È chiaro che è stato scelto il Loreto Mare per una questione logistica: l'ospedale sorge in prossimità del porto e in questo modo i collegamenti in emergenza possono essere più rapidi.

Ma come può, un ospedale già in sofferenza come il Loreto Mare, che conta un numero incongruo di personale medico, infermieristico e socio-sanitario, aiutare il Capilupi quando è in emergenza? E come si trova il posto per un paziente complesso proveniente dall'ospedale di Capri, se il Loreto Mare è sempre pieno come un uovo con barelle un po' ovunque? Di questo dovranno discutere i vertici del Loreto Mare quando si recheranno nella strut-

tura caprese per organizzare il piano che metta in pratica l'accorpamento funzionale disposto dal commissario straordinario della Asl Napoli 1 centro da cui dipendono i due ospedali.

La decisione, è stato spiegato in una nota di Palazzo Santa Lucia, è stata adottata «a causa delle gravi carenze di organico del Capilupi e delle difficoltà incontrate nell'organizzazione dei turni di servizio nel presidio ospedaliero isolano e per migliorare l'efficienza e l'assistenza all'utenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'accorpamento

Nei prossimi giorni riunione per definire l'applicazione del nuovo dispositivo

L'annuncio

De Luca: al Cardarelli nuovo blitz a sorpresa

Il governatore in tv:
«Non dirò quando
io sono malizioso»

Giovanna Di Giorgio

Una visita «non annunciata» a fine mese e poi altre visite, «sempre senza annunciarle, perché sono malizioso». Vincenzo De Luca si veste da «sceriffo» anche nella vesti da governatore. Il blitz che ha in mente è diretto, manco a dirlo, all'ospedale Cardarelli.

«Credo che la situazione sia quasi a regime - afferma nel corso dell'appuntamento del venerdì su Lira tv - Andremo però a verificare a fine mese perché abbiamo dato un mese di tempo per risolvere il problema. Ma andremo anche dopo, sempre senza preavviso. Sono malizioso». Il presidente della giunta regionale, però, non nasconde la sua soddisfazione: «Abbiamo dato già oggi dignità a un ospedale, il Cardarelli, che è un patrimonio dell'Italia: il più grande ospedale del Sud, un luogo nel quale esistono professionalità mediche straordinarie e che in questo modo sapremo rispettare e valorizzare ancora di più».

De Luca non risparmia stilette ai suoi predecessori, senza mai fare nomi: «Un po' alla volta stiamo riprendendo in mano la situazione dell'organizzazione sanitaria, essendo dovuti partire da sottozero - rimarca - Sottozero, non zero». E, con le espressioni ironiche che ne caratterizzano il personaggio, il governatore continua nella sua analisi: «Sto scoprendo nell'apparato regionale cose che gridano vendetta. Abbiamo come responsabile del



controllo finanziario della sanità un veterinario, come responsabile degli accrediti della Regione Campania una persona che per problemi personali è molto spesso assente. Ma come si fa?», sbotta. E passa a elogiare il suo operato: «Un lavoro gigantesco. Aspettiamo - dice - che i commissari di governo approvino il piano ospedaliero regionale e poi, presidio per presidio, ospedale per ospedale, faremo di questo sistema sanitario il più avanzato d'Italia. Elimineremo le liste d'attesa infinite e la mobilità passiva».

De Luca non risparmia critiche aspre al sistema della mobilità passiva: «Abbiamo una legge che consente la mobilità attiva in Lombardia ma non in Campania. Si può tollerare una vergogna del genere?», tuona. E rilancia: «Questo è un modo per tenere nel degrado e nella soggezione in eterno tante realtà meridionali a vantaggio di gruppi di interesse del Nord. È una battaglia che dovremo fare, senza sbagliare i toni come capita qualche volta - il riferimento neppure tanto velato è al sindaco De Magistris - a qualche amministratore di Napoli».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Salute / 2

Nuovi farmaci anticoagulanti, medici a confronto

Verificare, a tre anni dal loro ingresso nella pratica clinica quotidiana, quali sono stati i principali risultati derivati dall'utilizzo dei nuovi anticoagulanti orali, in particolare in quei pazienti che presentano un quadro clinico difficile, con una sovrapposizione di più patologie concomitanti. Questo l'obiettivo dell'incontro «Terapia tromboembolica: attualità e prospettive» in programma oggi presso il Palazzo del Genio di Cerreto Sannita, che riunisce alcuni tra gli esponenti più autorevoli e rappresentativi delle specialità di cardiologia, neurologia e gerontologia (Roma, Bari e Napoli). «Nell'incontro di Cerreto si parte dalle condizioni patologiche più importanti come il tromboembolismo venoso, l'embolia polmonare e la trombosi addominale, per introdurre la casistica di pazienti particolari "fragili", quali quelli oncologici o con insufficienza renale. Categorie per le quali vi sono particolari benefici grazie alla terapia con i nuovi anticoagulanti orali» dichiara il dottor Gerardo Casucci, presidente e responsabile scientifico dell'evento.

«Nel corso dei lavori - aggiunge - verranno illustrate anche le altre ricadute positive del meccanismo d'azione di questi farmaci che, oltre all'effetto anticoagulante, grazie all'interferenza sulle reazioni infiammatorie possono contrastare lo sviluppo di altre condizioni patologiche a carico del sistema cardiovascolare. Sono state, infatti, raccolte numerose evidenze di un rallentamento dell'aterosclerosi, e di una superiore tutela della funzionalità dell'endotelio vasale (la superficie interna dei vasi) così come di un significativo contrasto dei fenomeni di degenerazione del tessuto cardiaco (fenomeni di fibrosi) a loro volta responsabili dello sviluppo delle aritmie».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA SCHEDA

Professioni mediche sempre più a rischio



**Le polizze non è più un paracadute al 100%
Nei contratti vanno chiariti tempi e ambiti di copertura**

L'attività sanitaria è certamente diventata un'attività pericolosa: non solo e non tanto perché molto spesso ha a che fare con la vita o la morte di un paziente (con le conseguenti successive ricadute sulla sfera familiare di quest'ultimo), ma anche per ciò che concerne il rischio per un medico di essere chiamato in causa da un paziente insoddisfatto al fine di ottenere un risarcimento di presunti (o talvolta concreti) danni alla sua persona, ovvero implicato in un ben più gravoso procedimento penale.

La polizza di assicurazione, che in un tempo passato costituiva un vero e proprio paracadute per il sanitario coinvolto poiché essa lo teneva indenne da qualsivoglia rimostranza economica da parte del paziente, oggi si è notevol-

mente modificata: ciò è dipeso, da una parte, dal modificato regime temporale con il quale la garanzia entra in funzione, dall'altra poiché la giurisprudenza ha continuamente cambiato la ripartizione del "peso" sociale dell'eventuale causazione di un danno nei confronti del paziente, aggravando la posizione processuale del sanitario.

La polizza, dunque, non assicura una protezione al 100% i medici, gli infermieri e gli operatori sanitari.

In generale è essenziale, affinché la copertura possa essere realmente efficace, che la garanzia offerta e sottoscritta dalle parti copra il più possibile in modo aderente l'attività professionale svolta dall'assicurato e, di conseguenza, l'ambito esatto nel quale costui potrebbe essere chiamato a rispondere per il risarcimento

quotidianosanita.it

Venerdì 13 MAGGIO 2016

Ddl Lorenzin. Stanziale (FiteLab): "Istituzioni ministeriali ci convochino per discutere il futuro della professione"

L'evoluzione tecnologica ha portato una crescente complessità interpretativa che richiede una costante e adeguata formazione che differisce completamente da quella del Tecnico di Laboratorio Biomedico. Abbiamo la necessità di avviare una profonda modifica dell'organizzazione del lavoro che sia funzionale all'evoluzione scientifica e tecnologica e al nuovo pensiero culturale delle professioni.

Molti colleghi ci scrivono per sapere a che punto è lo stato dell'arte relativo al Ddl 1324 (ddl Lorenzin) che ha per oggetto l'ordinamento delle professioni sanitarie e come cambierebbe lo scenario nel settore sanitario il passaggio dei Biologi a professione sanitaria. Nell'affrontare il tema dei "requisiti di professionalità" richiesti dalle norme vigenti e dei correlati aspetti giuridici, la nostra Federazione ha ritenuto necessario revisionare un documento quadro sull'evoluzione delle competenze dei TSLB e fare riferimento ad un sistema che prevede un approccio sistemico che preveda modelli organizzativi dove convivano professionalità diverse e si gestiscono tecnologie sempre più avanzate.

La complessità, per non trasformarsi in caos, necessita di un sistema di governance che rappresenta un approccio coerente che risponda a nuovi e più appropriati requisiti sia per le strutture pubbliche che private, in grado di dare risposte coerenti ai bisogni clinici dei cittadini, sia in regime di ricovero che ambulatoriale. Nello scrivere queste riflessioni si è tenuto conto che il passaggio del biologo sotto l'egida del Ministero della Salute non modifica in alcun modo i rapporti tra i professionisti nei laboratori.

In questo quadro, diventa necessario un riflessione culturale e politico – sanitaria lontana dallo specifico di nostro interesse. Tale necessità non deve né spaventare, né essere, all'opposto estremo, strumentalmente sottaciuta, al contrario essa rappresenta, a nostro avviso, un vero e proprio "segno dei tempi" degno d'essere evidenziato ed interpretato.

E' proprio questa prospettiva che ci spinge a domandarci di quale Tecnico di Laboratorio Biomedico ha bisogno oggi il sistema salute? Questo quesito è quindi lo start up per rispondere al mutamento di paradigma che un professionista sanitario moderno deve affrontare. Un mutamento difficile che deve mirare ad acquisire le competenze necessarie al raggiungimento di una autonomia professionale, decisionale e operativa adeguata.

Al riguardo il disegno di Legge 1324/14 all' art 4 evidenzia il riconoscimento del Biologo tra le professioni sanitarie che l'opportuno riferimento alla Legge 396/67, esclude completamente dall'esercizio di attività sanitarie il laureato biologo triennale, peraltro con distinti indirizzi, successivamente istituiti.

Chiarito l'aspetto normativo e l'affermazione del MIUR "l'equipollenza o l'equiparazione ha sempre riguardato titoli universitari dello stesso livello; si è sempre esclusa, pertanto, l'interpretazione in base alla quale un titolo di livello superiore possa essere ritenuto assorbente rispetto ad altro titolo di livello inferiore". ed inoltre "non può sostituirsi una laurea in biologia né di primo né di secondo livello al titolo specifico ai fini dell'esercizio della professione di tecnico di laboratorio biomedico. Il laureato triennale in Scienze biologiche può accedere all'esame di Stato per l'abilitazione alla professione di Biologo Junior

mentre con le lauree specialistiche o magistrali così come con il Diploma di laurea del vecchio ordinamento, è consentita, previo superamento dell'esame di Stato, l'iscrizione all'Albo dei biologi" la nostra attenzione è rivolta al terreno operativo perché alle preoccupanti infiltrazioni della logica di mercato nel sistema sanitario vanno fatte alcune considerazioni legate alla sicurezza del sistema stesso.

L'evoluzione tecnologica ha portato una crescente complessità interpretativa che richiede una costante e adeguata formazione che differisce completamente da quella del Tecnico di Laboratorio Biomedico.

A tal proposito, riteniamo dare spazio e forza alle potenzialità delle competenze ad innovare modelli organizzativi e processi di lavoro e invitiamo le istituzioni ministeriali a convocarci al più presto insieme a Medici e Biologi per discutere del nostro futuro professionale. Abbiamo la necessità di avviare una profonda modifica dell'organizzazione del lavoro che sia funzionale all'evoluzione scientifica e tecnologica e al nuovo pensiero culturale delle professioni.

Al nostro ultimo Congresso tenutosi a Maratea (PZ) abbiamo affrontato temi come il valore economico e la possibilità di erogare la miglior cura possibile, nell'ambito delle risorse a disposizione. La sintesi nel rapporto tra costi, appropriatezza e competenze è ora un aspetto prioritario nella scelte delle tecnologie e nella valutazione dei vari outcomes sanitari come avviene nel caso di strumentazioni e test diagnostici.

Alla luce di contesti sempre più complessi diventa importante affrontare questi temi unitariamente, in virtù dell'integrazione delle attività delle diverse professioni sanitarie coinvolte nel rispetto delle professionalità e del lavoro di gruppo.

Saverio Stanziale
Vice Presidente FITeLaB



NAPOLI

Cerca nel sito



METEO



Home

Cronaca

Sport

Foto

Ristoranti

Annunci Locali

Cambia Edizione

Video

Ospedale del Mare manca il personale e il poliambulatorio rischia già la chiusura



Ospedale del mare

Stop ad Oncologia, funzionano a scartamento ridotto le altre branche, come gastroenterologia

di GIUSEPPE DEL BELLO

13 maggio 2016

Aperto neanche un anno fa, a un mese dalle elezioni è già in bilico. Non solo l'annunciata attivazione dell'Ospedale del Mare è tutt'ora nel limbo, ma anche il poliambulatorio si sta confermando un bluff. Dei venti ambulatori attivi, uno ha già bloccato l'attività. E altri starebbero per seguire la stessa sorte. È quello di Oncologia che finora (solo il martedì pomeriggio), si reggeva grazie a uno specialista del San Gennaro. "Tropo impegnato - spiegano dalla Asl Napoli 1 - non poteva essere su due fronti".

Ma a scartamento ridotto funzionano anche gli ambulatori di Gastroenterologia, dove prestano servizio medici del Loreto mare, Ascalesi e Presidio sanitario intermedio di Ponticelli, e di Cardiologia che conta cinque camici bianchi. Costretti a far la spola da un ospedale all'altro. Non va meglio la Radiologia.

Proprio il servizio che entro fine del mese (secondo gli annunci del presidente della Regione Vincenzo De Luca) dovrebbe aprire la Radioterapia per i pazienti oncologici, è stata costretta a ridurre l'attività. Più che ridurre: quasi azzerata, visto che da cinque giorni a settimana si è passati a uno. Il drastico calo di ore che tra poco costringerà il direttore sanitario del Poliambulatorio a eliminare l'orario pomeridiano è come sempre conseguenza della carenza di personale. In questo caso, oltre alla penuria di medici, è venuto meno il personale parasanitario.

E così, mentre un anno fa c'erano cinque infermieri e un coordinatore, al

momento il servizio è assicurato solo da due unità, oltre che dal dirigente. Del piccolo nucleo, tre furono rispediti nei poli di provenienza dopo neanche un mese. Ufficialmente sostituiti, ma solo per un breve periodo. Intanto, i pazienti - in media, 400 al mese - continuano a prenotarsi.

E la lista ha un tempo medio di attesa che può arrivare fino a quattro mesi prima della visita. Il mercoledì è l'unico giorno in cui si lavora a pieno ritmo con 7 ambulatori attivi, mentre il venerdì si raggiunge il fondo: un solo ambulatorio per tre ore. Tutto questo, spiega un funzionario (in rigoroso anonimato per non incorrere in sanzioni), in una situazione ormai fuori controllo: "I rifiuti, quelli normali, non hanno un loro punto di stoccaggio. Di fatto, vengono riversati nei cassonetti dei palazzi. Manca l'approvvigionamento dei farmaci, il funzionario del Cup per le prenotazioni è a un soffio dalla pensione, e ad agosto il servizio non sarà più presidiato. E infine il trasporto pubblico che continua a non esserci. Praticamente un'isola che nessuno può raggiungere se non gli abitanti dei quartieri limitrofi".

"La politica dello stop and go è squalificante", commenta Bruno Zuccarelli, segretario Anaa regionale. "Un ospedale destinato all'emergenza non si può svilire solo in attività ambulatoriale. Sono convinto che il decisionismo del governatore si concretizzerà incalzando il commissario. E ora aspettiamo lo sblocco del turn over". Si fa sentire anche la Cgil. Dice Rosario Cerullo, coordinatore per la Napoli 1: "Finora solo soldi sperperati per il mostro a sette teste. L'Ospedale del Mare è equiparato al Cardarelli: infruttosa, e inutile presa in giro è l'apertura degli ambulatori. Infine, il personale: dev'essere giovane, formato e possedere una forte competenza di area. L'Asl non può mandare unità dai presidi da riconvertire: persone ormai logorate dal lavoro e dagli anni".

L'ospedale di Capri accorpato con il Loreto Mare di Napoli

Disposto l'accorpamento funzionale. Nel capoluogo sarà concentrata l'assistenza per i casi più complessi

DI GIUSEPPE CATUOGNO

CAPRI. Capilupi e Loreto Mare, c'è l'integrazione. Il commissario straordinario dell'Azienda sanitaria Napoli 1 Renato Pizzuti ha disposto, con una comunicazione inviata nella giornata di ieri, l'accorpamento funzionale dell'ospedale Capilupi di Capri all'ospedale Loreto Mare di Napoli.

Direttore sanitario del Capilupi sarà il dottor Michele Ferrara, mentre direttore amministrativo sarà la dottoressa Elisabetta Iacona.

Entrambi già ricoprono lo stesso incarico al Loreto Mare. Le funzioni di direzione sanitaria e direzione amministrativa dei due presidi saranno dunque integrate e accorpate.

Nello stesso tempo sarà integrata anche l'attività dei reparti dei due ospedali e verranno attribuite le nuove funzioni agli operatori.

Nella nota inviata ai vertici aziendali e ospedalieri, Pizzuti ha comunicato che, a causa delle gravi carenze di organico del Capilupi e delle difficoltà incontrate nell'organizzazione dei turni di servizio nel presidio ospedaliero isolano e per migliorare l'efficienza e l'assistenza all'utenza, si è reso necessario avviare un profondo processo di riorganizzazione tenendo conto che in zone particolarmente disagiate è possibile prevedere l'integrazione tra strutture per garantire la sicurezza delle prestazioni e il mantenimento delle competenze professionali.

Il commissario straordinario dell'Asl Napoli 1 ha quindi proceduto all'integrazione di tutte le attività che si svolgono al Capilupi con il Loreto Mare in cui sarà concentrata l'assistenza per casi di maggiore complessità.

Una strada «antisenso» nella **terapia genica**

In sperimentazione (ancora in fase preliminare) un innovativo approccio per il trattamento di gravi malattie neuromuscolari, come la Sma

Strutture in vitro

I ricercatori stanno creando «organoidi» per avere modelli di studio più realistici

Sta succedendo, ora, in laboratori e cliniche all'avanguardia, in Italia e nel mondo. Senza clamore, lontano dai riflettori ma con risultati documentati e verificabili che arrivano da una ricerca clinica rigorosa.

Non più casi in cui “sembra” che il paziente migliori o trattamenti miracolosi non meglio specificati, ma dati che arrivano da sperimentazioni cliniche di terapie passate al vaglio in innumerevoli laboratori prima di approdare all'uomo: per malattie neuromuscolari come l'atrofia muscolare spinale (Sma) si iniziano finalmente a raccogliere i frutti di decenni di lavoro ed è di poche settimane fa la pubblicazione su *Neurology* dell'uso degli *oligonucleotidi antisenso* come possibile cura per la Sma di tipo 2 e 3 (si veda box).

Gli autori, un gruppo di ricercatori della Columbia University di New York, hanno trattato 28 bimbi dai 2 ai 14 anni per capire se l'approccio fosse sicuro e ben tollerato, scoprendo che questo tipo di terapia genica è in grado di migliorare parametri clinici quantificabili: nella scala della funzionalità motoria usata per valutare questi pazienti, l'oligonucleotide antisenso ad alte dosi ha migliorato il punteggio di 3,1-5,8 punti. Un risultato tangibile e promettente: non si può considerare una vera cura, trattandosi di dati sperimentali, ma è una buona base per proseguire su questa strada e l'Italia, con il Centro Dino Ferrari dell'Università degli Studi di Milano, che ha sede alla Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, sta contribuendo in modo significativo a individuare terapie genetiche efficaci per le malattie neuromuscolari. Spiega Giacomo Comi, docente di neurologia dell'Università di Milano e vicedirettore del Centro Dino Ferrari: «Dopo tanti anni in cui ogni nuova scoperta di geni implicati in queste patologie sembrava preludere a una cura risolutiva che poi non arrivava mai, finalmente iniziano a essere testati in clinica potenziali “farmaci” cui stiamo lavorando da tempo, nel nostro Paese e altrove. Gli oligonucleotidi antisenso, per esempio, sono uno degli approcci possibili: nella Sma, il gene *Smn-1* non è funzionante ma accanto ha un gene simile, *Smn-2*,

su cui è possibile intervenire grazie agli oligonucleotidi per avere un'espressione corretta della proteina e riuscire così a curare, o almeno migliorare, la malattia. Lo stesso approccio si sta tentando sulla Sma di tipo 1 ed è verosimile che possa dare buoni risultati anche in altre malattie in cui si può ipotizzare un effetto positivo modulando l'espressione di alcuni geni. È il caso, per esempio, della sclerosi laterale amiotrofica in cui ci sia una mutazione del gene *Sod-1*, perché ridurre l'espressione della variante genetica difettosa potrebbe, se non altro, diminuire la gravità delle manifestazioni della patologia».

Un altro tipo di terapia genica approdato in clinica è l'uso di virus *adeno-associati di tipo 9* che possano sostituire il gene “sbagliato” con uno che funzioni correttamente: è tuttora in corso la prima sperimentazione su 15 bambini con Sma, guidata da Jerry Mendell e Brian Kasper del *Nationwide Children's Hospital* di Columbus, in Ohio. «I virus adeno-associati di tipo 9 sono vettori che non provocano tossicità nell'uomo e hanno una buona efficacia soprattutto nelle prime fasi di vita: sono perciò promettenti per la terapia genica “classica”, in cui si tenta di curare il paziente dandogli il gene mancante, o difettoso, alla base della patologia — spiega Comi —. Nei nostri laboratori stiamo sviluppando un'analogia terapia genica per l'atrofia muscolare spinale con *distress* respiratorio di tipo 1 (*Smrd1*), al momento ancora in fase preclinica. Grazie a queste ricerche possiamo dare un messaggio di speranza ai malati, fondato su solide basi scientifiche: serviranno ancora molte verifiche prima che gli enti regolatori diano l'autorizzazione al commercio delle terapie geniche, bisognerà accertarne i benefici e valutarne gli effetti collaterali, ma non si tratta più di ipotesi allo studio soltanto in modelli sperimentali. Tutta la conoscenza accumulata in anni di studi sta tornando ai pazienti sotto

Cuore al sicuro quando si fa sport

Dopo i recenti episodi di morte cardiaca improvvisa sui campi di calcio in Romania e ad Empoli, le regole da seguire per non correre rischi. Anche nell'attività amatoriale

Le cause

In circa l'80% dei casi l'evento è dovuto a una cardiopatia ischemica

Lo screening

Elettrocardiogramma e visita obbligatorie. E ora si punta anche a test genetici

La sopravvivenza

Con rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione precoci può raddoppiare

La morte cardiaca improvvisa (o arresto cardiaco) continua a mietere vittime tra chi pratica sport sia a livello agonistico, sia amatoriale. Gli ultimi episodi — il 6, l'8 e il 9 maggio scorso —, hanno riguardato tre calciatori: Patrick Ekeng, Bernardo Ribeiro (entrambi di 26 anni) e l'italiano Samuele Cianci (21 anni). Ekeng e Cianci sono andati in arresto cardiaco durante una gara di campionato, rispettivamente in Romania e ad Empoli. Ribeiro (ex del Catania) disputava una partita amatoriale in Brasile.

In Italia, dati raccolti negli ultimi nove anni dalla Fondazione Giorgio Castelli onlus, nata nel 1994 con l'obiettivo di diffondere la cultura e promuovere l'organizzazione della rianimazione cardiopolmonare, parlano di più di mille morti cardiache improvvise, in oltre il 70% dei casi tra gli sportivi amatoriali.

«La morte improvvisa nei giovani — spiega Claudio Tondo, responsabile dell'Aritmologia del Centro Cardiologico Monzino di Milano — è quell'evento drammatico che si manifesta con un'aritmia repentina, una fibrillazione ventricolare che porta all'arresto cardiaco e a una perdita di conoscenza quasi immediata (si veda grafico, ndr)». Proprio nell'ospedale milanese è stata lanciata la

sfida per capire come prevenire questi episodi, intercettando i casi a rischio e, riconoscendoli, intervenire.

Con questo obiettivo è stato creato il nuovo "Monzino Sport", un centro avanzato di cardiologia dello sport che, riunendo le competenze e le tecnologie d'avanguardia già presenti nell'ospedale, punta a diventare un nuovo polo di riferimento nazionale per gli sportivi professionisti e per tutti coloro che intraprendono o svolgono attività sportiva a livello amatoriale. Il centro nasce per seguire in modo iper-specializzato chi ha già avuto episodi di aritmia o arresto cardiaco, ma non solo: «Il nostro intento — spiega Cesare Fiorentini, direttore Sviluppo Area Clinica — è anche definire i parametri di screening cardiaco per chi pratica attività sportiva a livello amatoriale e capire, per esempio, in quali condizioni è sufficiente sottoporsi a esami di base, come l'elettrocardiogramma, e quando invece si debba ricorrere a controlli diagnostici più specifici, come la risonanza magnetica nucleare». Responsabile del nuovo centro è Claudio Tondo, affiancato, in ambito aritmologico, da Stefania Riva e Antonio Dello Russo.

La struttura si avvarrà della collaborazione di Paolo Zeppilli, direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina dello

Sport dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, e sarà collegato al Policlinico Universitario Gemelli per la soluzione discussa e condivisa degli eventi clinici e per la formazione dei giovani medici che si occuperanno del centro, selezionati nell'ambito del Monzino.

L'esperienza del centro cardiologico milanese in fatto di sport è di tutto rispetto: dal 2010 al 2015 sono stati studiati 228 atleti (età media 31 anni), di cui il 32% pratica calcio agonistico, il 16% ciclismo e il 12% atletica. «Nel 78% dei casi questi giovani avevano un cuore sano e sono ritornati a praticare lo sport a livello agonistico, mentre nel 22% dei casi è stata riscontrata una patologia tale da non renderli idonei alla pratica dell'attività sportiva agonistica», spiega Tondo.

«Nel nostro campione di studio abbiamo trovato malattie del ritmo talora gravi — aggiunge —: nel 44% dei casi, infatti, si tratta di aritmie ventricolari (tachicardie ventricolari o extrasistolia), aggravate nel 10% dei soggetti dalla presenza di displasia aritmogena del ventricolo destro, e nel 5% da una miocardite. Nel 28% dei casi sono aritmie atriali meno gravi, quali la tachicardia parossistica sopraventricolare o l'extrasistolia atriale. Infine nel

18% dei soggetti si tratta di fibrillazione atriale e, tra questi, il 75% è tornato alla pratica dell'attività sportiva agonistica dopo un intervento di ablazione transcateretere».

Sono anomalie impossibili da identificare in vita?

Secondo Pozzilli la risposta è no. In Italia, molto è stato fatto anche nel campo della prevenzione con l'introduzione nel 1982 della visita medico sportiva obbligatoria (per legge) per l'attività agonistica.

Molto però resta ancora da fare. «Lo sport fa bene — puntualizza Pozzilli —. Fa male quando abbiamo un problema cardiaco che non viene riconosciuto. La sfida del futuro sarà quella di imparare a riconoscere precocemente cardiopatie silenziose o poco sintomatiche con minima alterazione dell'elettrocardiogramma, perché quelle con alterazioni importanti a questo esame siamo già in grado di rilevarle».

«A volte l'elettrocardiogramma non basta — aggiunge lo specialista—. Anche se il tracciato risulta normale, dobbiamo sempre riflettere e andare a osservare le coronarie con l'ecocardiogramma. E poi adesso c'è l'indagine genetica, che sta assumendo importanza decisiva, sia nella diagnosi precoce, sia nell'inquadramento dei casi più difficili».

Ruggiero Corcella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Decreto Balduzzi Obbligo di dotarsi dei salvavita Verso una revisione

Dopo lo slittamento di sei mesi dell'obbligo per le società sportive dilettantistiche di dotarsi di defibrillatori, da gennaio a luglio 2016, il decreto Balduzzi va incontro ad un ulteriore «ritocco» come si vociferava negli ambienti sportivi. La conferma arriva da Maurizio Casasco, presidente della Federazione Medico Sportiva Italiana, intervenuto all'inaugurazione del nuovo centro Monzino Sport. «In Commissione ministeriale si sta studiando come intervenire e

integrare il decreto per alcune specifiche discipline sportive — spiega Casasco, che in Commissione rappresenta il Coni —. Bisogna considerare le condizioni oggettive in cui vengono svolti alcuni sport. Nella vela, come nel canottaggio o nel ciclismo, ad esempio, è difficile portarsi dietro un defibrillatore. Quindi gli esperti stanno valutando se, e come, sia possibile ovviare alla situazione».

R.Co.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ARRESTO CARDIACO O MORTE CARDIACA IMPROVISA

● Che cos'è
Il decesso che avviene per cause cardiache, con improvvisa perdita di coscienza entro 1 ora dall'insorgenza dei sintomi (o anche in loro assenza)

● Perché si verifica
Per un problema del sistema elettrico del cuore: a causa di un'aritmia, il cuore batte a un ritmo così elevato da cominciare a vibrare (fibrillazione ventricolare), cessando così di pompare il sangue al corpo e al cervello. In assenza di un intervento immediato (defibrillazione, rianimazione cardiopolmonare) può portare al decesso nell'arco di pochi minuti

50-80%
Gli arresti cardiaci provocati da fibrillazione ventricolare

Tracciato di fibrillazione ventricolare

80-90%
Malattie coronariche

5%
Malattie infiammatorie, infiltrative o delle valvole

5-15%
Altre

400 mila
Le persone colpite da arresto cardiaco in Europa ogni anno, di cui

70 mila
in Italia

- Il sistema di conduzione elettrica del cuore crea e conduce un impulso elettrico dagli atri ai ventricoli, provocando la contrazione necessaria a pompare il sangue in tutto l'organismo
- È costituito dal nodo senoatriale (1), un gruppo di cellule da cui parte l'impulso, dal nodo atrioventricolare (2), che rallenta la conduzione elettrica per far contrarre atri e ventricoli in sequenza, e dal fascio di His (3), che diffonde l'impulso ai ventricoli
- Il rallentamento nel nodo atrio-ventricolare è indispensabile per permettere la contrazione degli atri un attimo prima di quella dei ventricoli, in modo da migliorare l'efficienza della pompa
- Qualsiasi interferenza su questo delicato sistema elettrico può provocare conseguenze sull'efficienza del cuore

Corcella della Sera / Micro Tagliente

Gli studi internazionali

Ma il «modello italiano» è messo in discussione

Lo screening preventivo obbligatorio per i giovani che vogliono praticare attività sportiva agonistica, conosciuto nel mondo scientifico come il *modello italiano*, è di nuovo in discussione. Sulle pagine del *British Medical Journal*, ricercatori del Belgian Health Care Knowledge Centre di Bruxelles hanno effettuato una revisione dettagliata della letteratura sui danni e i benefici dei programmi di screening per prevenire l'arresto cardiaco negli atleti non professionisti tra i 18 e i 34 anni. La conclusione? Non ci sarebbero conferme basate su prove solide che lo screening cardiologico di massa sui giovani atleti possa salvare delle vite. Gli autori rammentano che l'unico elemento a sostegno in questo senso nasce da uno studio italiano: quello condotto in Veneto dal 1979 al 2004, tra gli altri, dal professor Domenico Corrado dell'università di Padova, base scientifica appunto del modello in questione. E in un editoriale di commento allo studio belga, Christopher Semsarian dell'Università di Sydney insiste sulla necessità di studi ulteriori.

R.Co.

© RIPRODUZIONE RISERVATA