



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Finanza locale, il paradosso

Sud, spesa ridotta ma investimenti e servizi a picco

Corte dei Conti: per garantire i risparmi tagliato il già magro budget per i cittadini

Nando Santonastaso

L'altra faccia dei tagli alla spesa di Regioni ed enti territoriali suona come un paradosso, in parte annunciato. Perché il giro di vite sulla finanza locale, imposto dagli ultimi tre governi per contenere se non eliminare del tutto gli sprechi, ha si centrato gli obiettivi di risparmio ma ha finito per penalizzare - ecco il paradosso - il Mezzogiorno. Sull'area territoriale che aveva già pagato un prezzo durissimo alla riduzione dei trasferimenti dallo Stato, per di più negli anni più pesanti della crisi economica (la tabella sulla spesa in conto capitale pubblicata a fianco lo dimostra in maniera inequivocabile) si è scaricata infatti anche la «stretta» di risparmi massicci. Con la conseguenza che nelle regioni più deboli è aumentata la riduzione delle risorse destinate ai servizi essenziali di cui il capitolo asili nido è solo uno dei casi più clamorosi.

Lo spiega la Corte dei conti nella relazione della sezione centrale di controllo, pubblicata di recente e resa nota ieri. Che i tagli siano stati tutt'altro che indolori - anche se non esaurienti di un certo modo di intendere la spesa pubblica, vedi alla voce clientele e corruzione - lo dicono queste cifre: le Province hanno risparmiato 2,9 miliardi, i Comuni 8,4 miliardi, le Regioni meno ma questo non vuol dire - spiegano i magistrati contabili - che il loro indebitamento (con oneri a esclusivo carico delle Regioni stesse) sia

diminuito. Anzi, è passato dai 46 miliardi del 2012 ai 52,7 miliardi del 2013. Colpa anche del fatto, spiega la Corte, che non è cambiata la tendenza da parte delle giunte di presentare ai Consigli bilanci previsionali con valori, cioè, volutamente lontani da quelli effettivamente gestiti. E c'è di più: il «mostro» contabile dei debiti fuori bilancio - che ha contribuito a portare a 129 il numero dei Comuni a rischio dissesto, un terzo dei quali nel Sud - continua a dominare imperterrito la scena. Siamo a oltre 9 miliardi e quel che preoccupa è che ormai il fenomeno «va assumendo carattere strutturale per la rilevanza degli importi e il numero di enti coinvolti», si legge nella relazione contabile.

Ma torniamo al Sud. Date un'occhiata a questi numeri: a livello di spesa corrente non sanitaria, il Nord spende per ciascun abitante 2.283 euro (al di sotto della media nazionale che è fissata in 2.391 euro) che è più della spesa del Sud, fanalino di coda con 2.251 (improponibile il paragone con le Regioni a statuto speciale: siamo a 3.791 euro pro capite). Di per sé una variazione di qualche decina di euro potrebbe non fare notizia, ma in pratica non è così. Perché se il Nord può mantenere quel livello di spesa è perché ha subito negli anni un minore trasferimento di risorse e ha potuto persino garantire ai suoi cittadini la restituzione di una parte delle tasse pagate. Chi invece era già in condizioni di finanza precaria, e sicu-

mente anche per proprie responsabilità, non ha avuto altra scelta che impennare la pressione fiscale ai massimi consentiti, con tutto ciò che ne è derivato. Peccato che il corrispondente calo degli investimenti pubblici, con livelli superiori al 40%, abbia finito per mortificare ulteriormente i cittadini di queste aree. Che oggi - a proposito di paradossi - possono dire di avere contribuito al risanamento dei bilanci di Comuni e Regioni (almeno in parte) ma di avere visto ben poco di nuovo alla voce «efficienza e qualità dei servizi pubblici».

Altro nodo, il Patto interno. C'entra e non poco nelle ambasciate delle amministrazioni del Sud (sempre al netto, va comunque sottolineato, di errori, ritardi, clientele ecc. ecc.). Perché l'obbligo per la spesa in conto capitale di assoggettarsi ai vincoli del Patto, «ha pregiudicato - scrive la Corte dei Conti - la possibilità di portare a compimento la programmazione in corso di attuazione». Che significa? Che al Sud per rispettare i tetti imposti dalla spending review si è finito per penalizzare ulteriormente la spesa per investimenti, l'unica capace di rilanciare l'asfittica economia locale. Altre fonti di gettito, come la vendita degli immobili di proprietà pubblica, hanno dato infatti nel Mezzogiorno risultati assai modesti (anche perché qui la quota di patrimonio dismettibile è limitata, ovvero la metà esatta del Nord, pari a poco meno del 23%).

Per avere un'idea di ciò che questa situazione produce, basterà dare un'occhiata a ciò che capita nel settore delle imprese produttive (in questo caso i dati sono dell'ultimo rapporto Confindustria-Srm ma appaiono più che mai sovrapponibili all'analisi della Corte dei Conti). Le imprese manifatturiere meridionali hanno perso l'1,8% del fatturato rispetto all'anno precedente contro il meno 0,1% del Nord. Inoltre il ridotto «giro d'affari» «ha determinato un calo nella redditività delle aziende: il cosiddetto Rai (Return on investment) delle manifatturiere del Sud, che nel 2007 era pari al 4,9%», è crollato riducendosi nel 2013 all'1,6%, «ben più del Centro Nord». E ancora: «Flussi di cassa sempre più esigui determinano un maggiore ricorso all'indebitamento, finanziario e commerciale, da parte delle imprese: tra il 2007 e il 2013 i valori iscritti a debito sono aumentati complessivamente del 13,8%».

Naturalmente non è andata così per tutte: le imprese più grandi e capaci di esportare hanno registrato performance non negative nel-

lo stesso periodo. I problemi maggiori li hanno subito le pmi che hanno pagato sulla loro pelle il calo della domanda interna (le imprese in perdita nel Mezzogiorno sono ormai un terzo del totale). Ovviamente anche nella valutazione dei dati sulla finanza locale il peso dell'indebitamento del Paese incide parecchio. Così come il livello di bassa crescita. Il fatto è che su quest'ultimo punto lo scenario che si apre per il Mezzogiorno - in assenza di interventi del governo radicali e continui - è a dir poco deprimente con un -1,5% annunciato a fine 2014 e un -0,8% per quest'anno. Finora il Sud l'hanno tenuto in vita i fondi comunitari, come la tabella documenta: ma pensare che possano sopperire ancora agli investimenti pubblici è un'utopia. Un'autentica utopia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le quote
Il Nord destina a ogni suo abitante 32 euro in più del Meridione

Letta
«Il Sud? È uscito di scena»



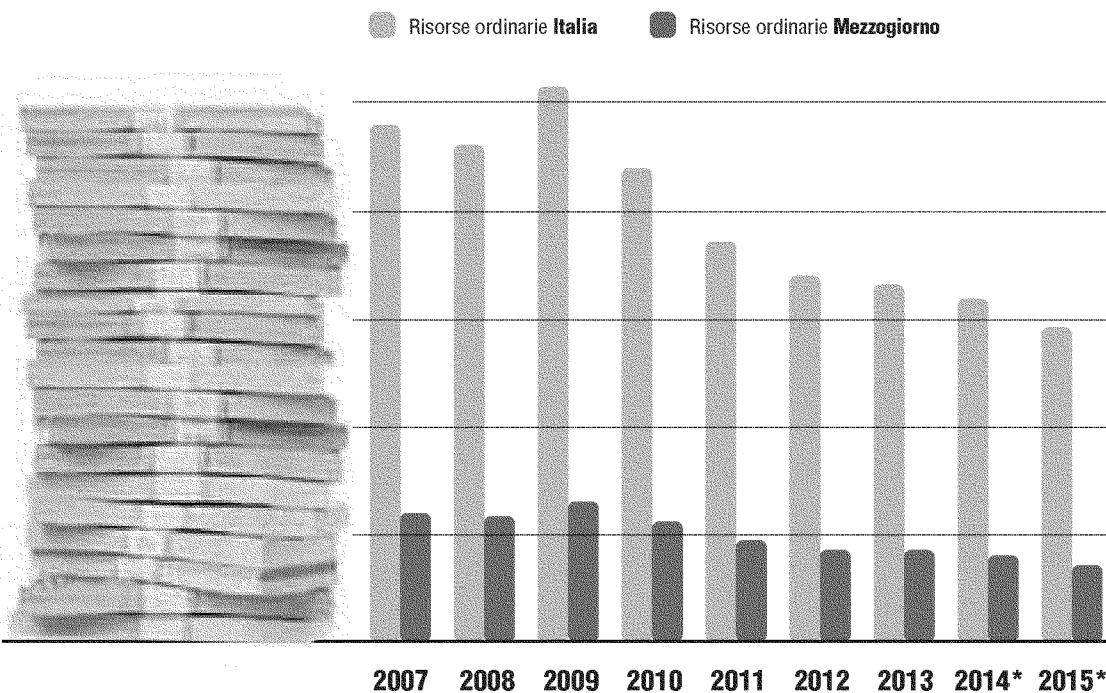
«Turismo e beni culturali coniugati col Mezzogiorno sono l'unica miscela in grado di debellare la criminalità, laddove esiste». Ad affermarlo è Enrico Letta, ieri ad Ercolano per partecipare a un convegno sull'ex sindaco Francesco Scognamiglio, a 10 anni dalla scomparsa. L'ex premier sottolinea anche come «la parola Sud sia totalmente uscita di scena. Talvolta - afferma - ho la sensazione di sentir dire a proposito di Sud non ci sta più niente fare. È un atteggiamento al quale dobbiamo ribellarci», dice.

Spese in conto capitale: il Sud perde

Italia	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*
Risorse ordinarie	48	46,4	51,5	44	37,2	34	33,2	31,9	29,3
Risorse Comunitarie fondi strutturali	4,5	3,8	3,1	2,5	3,2	4,9	5,4	5,6	7,0
Risorse cofinanziamento nazionale	4,5	4	3,1	2,6	3,3	5,1	5,6	5,9	7,3
Risorse aree sottoutilizzate	5,9	5,2	5,6	5,4	4,8	4,9	4,9	4,8	4,8
Tot. spesa in c/capitale	62,9	59,4	63,3	54,4	48,6	48,9	48,9	48,1	48,4

Mezzogiorno

Risorse ordinarie: componente base	12,1	11,8	13,2	11,3	9,6	8,7	8,5	8,2	7,5
Componente perequativa	-2,2	-2,3	0,6	-0,1	-2,6	-2,0	0,0	0,0	-1,0
Risorse comunitarie fondi strutturali	3,7	3,3	2,4	1,7	2,4	4	4,4	4,6	5,6
Risorse cofinanziamento nazionale	3,4	3,1	2,0	1,5	2,2	3,9	4,2	4,5	5,4
Risorse aree sottoutilizzate	5	4,4	4,2	4,1	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6
Totale spese in c/capitale	22	20,3	22,4	18,4	15,1	18,3	20,8	20,8	21,2



Fonte: Elaborazione DPS su fonti varie * Previsioni

centimetri

L'accordo sui direttori generali è lontano: gestione straordinaria per le Asl di Caserta, Avellino, Benevento, Napoli 2 e Napoli 3

Sanità, niente intesa: nominati 6 commissari

Battaglia tra Sommesse, De Mita, Caldoro e le troppe anime di Forza Italia sull'indicazione dei manager

di Maria Bertone

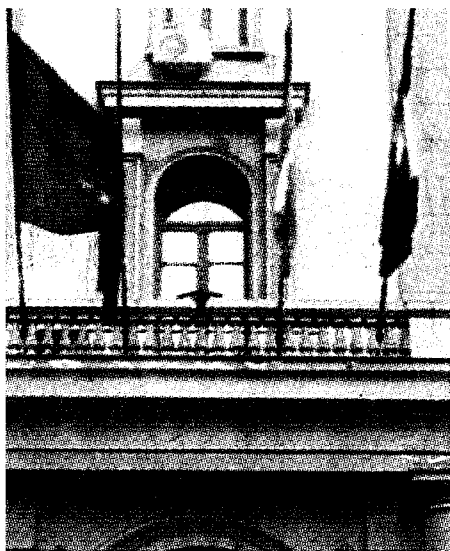
NAPOLI - La battaglia sulle nomine della Sanità è talmente nel vivo... da non poter essere chiusa. Gli attori in campo sono così tanti, ognuno con una richiesta precisa, che il governatore **Stefano Caldoro**, cui spetta la firma dei decreti, ha scelto di usare la sua tattica preferita: temporeggiare. Nominando sei commissari 'a tempo' invece che i direttori generali di Asl e ospedali. Il facente funzioni dell'Asl di Caserta, **Gaetano Danzi**, subentrato a **Paolo Menduni**, è stato riconfermato con la nuova qualifica; ugualmente è accaduto all'Asl di Benevento, nelle mani di **Gelsomino Antonio Vertucci**. Il commissario dell'Asl Napoli 2 Nord è la dottoressa **Agnese Iovino**, di Napoli 3 **Salvatore Panaro**, dell'azienda sanitaria di Avellino **Mario Nicola Vittorio Ferrante**. Anche per l'ospedale 'Rummo' di Benevento Caldoro ha nominato un reggente: si tratta del dottor **Giampiero Maria Berruti**. Per tutti la motivazione è la stessa: "garantire, oltre alla gestione dell'Azienda e l'erogazione delle prestazioni

sanitarie e dei Livelli Essenziali di Assistenza, la piena, tempestiva ed efficace attuazione delle misure urgenti disposte dal Governo e il conseguimento degli obiettivi del Piano di Rientro, fino al passaggio alla gestione ordinaria con la nomina del Direttore Generale". Poi l'escamotage: la nomina 'vale' "per trenta giorni con decorrenza dalla data di notifica del presente provvedimento e, comunque, sino alla nomina del Direttore Generale": che potrebbe arrivare ben oltre un mese. Il tempo di mettere tutti d'accordo. I nomi dei manager vanno scelti dalla long list già approvata mesi fa dalla Regione. Ma le candidature e le richieste della politica si sprecano. A Caserta, per esempio, si vocifera di una "new entry" legata al deputato di Forza Italia **Carlo Sarro**. Ma sull'identikit è buio pesto, anche perché c'è ancora in ballo, parallelamente, la questione delle nomine al Consorzio Asi, dove Sarro vorrebbe piazzare o l'avvocato aversano **Marco Carleo** o il dottor **Pasquale Vitale**, capo della segreteria generale amministrativa della Regione Campania ed ex funzionario del ministe-

ro delle Attività produttive. Per quanto riguarda l'Asl Napoli 3 si profila un "ballottaggio" tra il dg uscente **Maurizio D'Amora** (in orbita **Pasquale Sommesse**) e l'ex preside della facoltà di Farmacia di Napoli (e presidente dell'Ordine dei farmacisti di Avellino) **Ettore Novellino** (in quota Fi con **Paolo Russo**), con terzo incomodo il senatore **Antonio Milo** che spingerebbe per inserire uno dei suoi. All'Asl Napoli 2 l'ex dg **Giuseppe Ferraro** dovrebbe lasciare libero il campo per anzianità di servizio (ormai ha più di 70 anni) e si profila un cambio

della guardia con **Rocco Granata** (che è in orbita **De Mita**), attuale direttore generale Aor Cardarelli. Per l'Asl di Avellino, infine, Ferrante, già direttore sanitario, in scadenza a gennaio (era stato nominato a fine novembre commissario per un periodo di sessanta giorni) si è visto rinnovare l'incarico proprio ieri e potrebbe addirittura spuntarla come dg. Ma prima bisogna attendere le indicazioni dei forzisti irpini **Sergio Nappi** e **Antonia Ruggiero**: accetteranno o faranno la guerra?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Stop alle Regioni, sì a dieci macro-aree»: asse Caldoro-Maroni

Il progetto

Il governatore della Campania a Milano: gli enti vanno sciolti
D'accordo il collega leghista

Gerardo Ausiello

Uniti nella sfida di superare le attuali Regioni, divisi solo sul metodo da adottare per farlo: Stefano Caldoro punta sul dialogo con l'esecutivo, Roberto Maroni è pronto, se necessario, anche allo strappo istituzionale. Sono i primi passi di un accordo politico Nord-Sud quelli percorsi ieri a Milano dai governatori campano e lombardo alla presenza dei vertici di Forza Italia (tra gli altri, Giovanni Toti e Mariastella Gelmini). Il punto di partenza è lo stesso: «Le Regioni, così come sono, non hanno futuro, sono al capolinea». Cosa fare, allora? Caldoro non ha dubbi: «Vanno sciolte per lasciare il posto a macro-aree». Un progetto che vede d'accordo Maroni, ma a patto che si tutelino le funzioni: «In molti settori le Regioni sono più efficienti dello Stato», è il ragionamento del presidente lombardo.

Che si discuta, dunque. A partire da una proposta concreta: «Si costituiscono macro-aree di almeno 10 milioni di abitanti». Si darebbe vita, in questo modo, a un processo dal basso: «Non immaginiamo un rigido schema calato dall'alto, con nuovi enti già individuati dallo Stato - sottolinea l'ex ministro socialista - bensì un percorso di aggregazione graduale e condiviso in cui siano le stesse Regioni a trovare la sintesi, d'accordo con lo Stato». Così, chiarisce Caldoro, si potrebbero vincere anche le resistenze del governo, che non vuole meccanismi lunghi e farraginosi perché rallenterebbero

l'iter di riforma costituzionale: «Basterà modificare l'articolo 132 della nostra Carta. Poi si procederà con leggi ordinarie». Quanto ai poteri, l'idea è di lasciare alle macro-aree la scelta se mantenere o delegare determinate funzioni. Di sicuro, avverte Maroni, «va contrastato il disegno del governo, che vuole indebolire le Regioni per riportare tutto al centro». E allora, dice l'ex ministro dell'Interno, ben vengano anche «proposte come questa».

Da mesi il presidente della giunta campana insiste sulla necessità di disegnare un nuovo regionalismo. La proposta di Caldoro è stata pure formalizzata in una serie di emendamenti presentati dai parlamentari campani (in primis il deputato di Fi Paolo Russo). Ma qualcosa, negli ultimi tempi, si sta muovendo anche nel resto del Paese. Ecco che all'iniziativa della Campania ne sono seguite altre. C'è la proposta di legge depositata dal deputato Roberto Morassut, che punta a dimezzare il numero delle Regioni. Un testo sottoscritto, tra gli altri, dal deputato Dario Parrini, segretario del Pd toscano, la regione del premier Matteo Renzi. Proprio dalla Lombardia è arrivata invece l'idea (del presidente dell'assemblea Raffaele Cattaneo) di dar vita a una serie di accorpamenti per giungere a un totale di 9 Regioni. In favore di una riforma si sono espressi inoltre diversi governatori, da Nicola Zingaretti (Lazio) a Enrico Rossi (Toscana) fino a Sergio Chiamparino (Piemonte). Tante ipotesi, ma con un filo conduttore: individuare una soluzione che consenta di dare nuovo slancio ai territori e agli enti che dovranno rappresentarli. Dalle Regioni all'Expo: a febbraio Maroni sarà a Napoli per preparare la kermesse sul fronte della dieta mediterranea, che ha sede nel Cilento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'incontro Roberto Maroni e Stefano Caldoro ieri in conferenza stampa

La proposta
Formalizzata in una serie di emendamenti già presentati molti presidenti si sono espressi a favore

L'analisi. L'esame della gestione finanziaria del 2013

Corte conti: tagli sproporzionati sugli enti locali

I risultati previsti dalle varie **spending review** che si sono abbattute su Regioni ed enti locali nel 2008-2013 sono stati raggiunti, ma a un prezzo elevato che si può sintetizzare così: meno servizi, più tasse per compensare in parte le riduzioni dei fondi, crollo degli investimenti e aumento della febbre dei bilanci, segnalata da termometri precisi come l'impennata delle anticipazioni di cassa, cioè dei prestiti chiesti allo Stato per superare i buchi di liquidità.

A dirlo è la **Corte dei conti**, che nella relazione diffusa ieri sulla situazione finanziaria degli enti territoriali (delibera 29/2014) individua uno squilibrio nelle manovre di finanza pubblica: agli enti territoriali, secondo i magistrati contabili, è stato chiesto «uno sforzo di risanamento non proporzionato all'entità delle loro risorse», in base a scelte andate «a vantaggio degli altri comparti che compongono il conto economico consolidato delle amministrazioni pubbliche»,

cioè il documento che l'Italia porta all'esame di Bruxelles. Tradotto: troppi tagli agli enti territoriali e troppa grazia ai ministeri.

Questa scelta, figlia del diverso peso che i vari comparti pubblici hanno quando si decidono le manovre, non è stata indolore. Il problema è serio per i conti, ma grave per le sue ricadute concrete perché colpisce con più forza gli anelli più deboli del sistema, prima di tutto le aree del Sud. Senza «un adeguato concorso finanziario dello Stato» e un «più deciso sostegno alle politiche redistributive e di intervento compensativo», i ritardi del Sud «non potranno che aggravarsi» e gli ostacoli alla ripresa «saranno più difficilmente contrastabili».

Gli effetti collaterali delle manovre riguardano però tutti gli enti territoriali. Nei Comuni, per esempio, il «convulso legiferare in materia di entrate tributarie» ha moltiplicato i problemi di cassa e le richieste di anticipazioni di tesoreria (+35%), prestiti che devono essere restituiti allo

Stato. Mentre le Province hanno prodotto una «severa riduzione di spesa», ma si sono viste azzerare le risorse statali (ora gli enti devono riversare soldi allo Stato per rispettare gli obiettivi delle manovre).

La Corte sembra chiedere un cambio di marcia prima di tutto per la sanità, in cui la spesa italiana è inferiore a quella di Francia e Germania di circa l'1,5% del Pil (2.481 dollari a testa contro i 3.691 della Germania).

Solo nei prossimi giorni si saprà e quanto la nuova ondata di spending review chiesta alle Regioni (4 miliardi, 5,7 contando anche le ricadute 2015 delle vecchie norme) colpirà la sanità, ma basta dare uno sguardo al passato recente per capire che almeno in termini finanziari l'idea di «salvaguardare» la salute dai tagli è una promessa buona per i dibattiti ma meno per la realtà. Sul punto la relazione diffusa ieri offre un dato chiaro: la sanità rappresenta tra il 15 e il 16% della spesa corrente pubblica, ma nel 2013 ha as-

sorbito il 30% dei tagli. Risultato: a fine 2013 la sanità è «costata» 109,25 miliardi di spesa corrente, cioè tre miliardi in meno delle previsioni scritte nella legge di stabilità di quell'anno. Più delle scelte centrali, a determinare questi numeri sono state le decisioni delle Regioni, che hanno ridotto in tre anni del 68% (da 7 a 2,2 miliardi) la quota di uscite non coperte dallo Stato.

G.Tr.

I numeri

+35%

I «prestiti» dallo Stato
È l'aumento delle anticipazioni di tesoreria registrato nei bilanci degli enti locali per compensare i problemi di cassa determinati anche dal «convulso legiferare in materia fiscale»

30%

La quota della sanità
È la parte di tagli assorbita dalla sanità, che però rappresenta meno del 16% della spesa corrente pubblica

LA SALUTE

La spesa per la sanità rappresenta il 15-16% di quella corrente ma ha assorbito il 30% dei tagli

Lunedì 19 GENNAIO 2015

Corte dei conti: "Senza investimenti diventa problematico mantenere i Lea". Dal 2010 spesa in calo di 3mld. Boom ticket farmaci +66%

Tra il 2010 e il 2013 con la spending review tagliato il 2,8% della spesa. Riduzione grazie a farmaceutica convenzionata (anche per l'aumento dei ticket) e costo personale (blocco turn over soprattutto). Nessuna riduzione da spesa per beni e servizi e continua a sfiorare la farmaceutica ospedaliera. La Corte: "Più assistenza territoriale e infrastrutture dove ci sono meno servizi". [IL CAPITOLO SANITA'](#)

Una discesa di 3,1 mld tra il 2010 e il 2013 della spesa sanitaria pari al -2,8%. Un risultato gran parte ottenuto attraverso la contrazione della spesa per il personale e della farmaceutica convenzionata, anche se si segnala come i ticket sui medicinali siano cresciuti del 66% negli ultimi 4 anni. Permangono invece "difficoltà" nel contenere la spesa farmaceutica ospedaliera nonostante il 'tetto'. E non si contrae nemmeno la spesa per beni e servizi. Bene invece i conti le Regioni in Piano di rientro che riducono i disavanzi, anche se le coperture richieste ai cittadini in molte Regioni (con addizionali Irpef e Irap alle stelle) continuano ad essere essenziali per far quadrare i conti di Asl e ospedali.

Questo e non solo è quanto emerge dall'analisi dell'ampio capitolo che la Corte dei conti dedica alla Sanità nella sua 'Relazione sulla gestione finanziaria per l'esercizio 2013 degli enti territoriali'. Ma la Corte oltre a fotografare e analizzare la situazione indica le aree su cui intervenire (vedi approfondimento), ma soprattutto mette in guardia sui rischi futuri. "Ulteriori risparmi – si legge – , ottenibili da incrementi di efficienza, se non reinvestiti prevalentemente nei settori dove più carente è l'offerta di servizi sanitari, come, ad esempio, nell'assistenza territoriale e domiciliare oppure nell'ammmodernamento tecnologico e infrastrutturale, potrebbero **rendere problematico il mantenimento dell'attuale assetto dei LEA**, facendo emergere, nel medio periodo, deficit assistenziali, più marcati nelle Regioni meridionali, dove sono relativamente più frequenti tali carenze". Ma andiamo per ordine e partiamo dalla spesa.

Per quanto riguarda la spesa finale la Corte evidenzia "i consistenti effetti di riduzione della spesa che le manovre correttive dei saldi di finanza pubblica, adottate nello scorso triennio, hanno prodotto a carico del Ssn e delle spese per altre prestazioni di servizi: nel 2013, infatti, **la spesa complessiva per consumi finali attribuibile al Servizio sanitario nazionale è stata pari a 109,6 mld, con un decremento nominale del 2,8%** rispetto al 2010 pari a 3,1 mld".

La spending review e la sanità. "Esiti non sempre coerenti con aspettative". Nella relazione della Corte si effettua anche un focus sulle misure di razionalizzazione della spesa sanitaria adottate negli anni 2012/2013 su farmaceutica, consumi intermedi, acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati. Ma gli **"esiti non sempre sono stati coerenti con le aspettative pronosticate**: esaminando, infatti, la dinamica delle variazioni percentuali delle principali voci di spesa, si osserva che le misure hanno avuto massima efficacia per quanto riguarda la **spesa farmaceutica**, che diminuisce, nel biennio 2012/13, rispettivamente del 7,3% e del 3%". Ma la Corte segnala anche come il "contenimento della spesa farmaceutica convenzionata sta passando anche attraverso misure di compartecipazione finanziaria di consistente significatività, la cui eventuale espansione potrebbe comportare profili di problematicità". Nel 2013 gli assistiti hanno versato al SSN, al "netto" degli altri ticket sulla diagnostica e le prestazioni specialistiche, 1.436 milioni, pari all'1,3% della spesa sanitaria corrente complessiva, con una media pro capite di circa 24 euro (di cui 9 per ticket sulle ricette). Da notare che nel periodo 2009/2013, a fronte di un incremento del numero di ricette del 6,3%, gli importi versati dai cittadini per ticket e compartecipazione al prezzo di riferimento sono aumentati del 66,6%".

Altra spesa in calo è quella relativa ai **redditi da lavoro dipendente** (-1,5% nel 2012 e -1,1% nel 2013) anche se l'effetto "è riconducibile alle manovre finanziarie approvate precedentemente alla "spending review", con le leggi che, a partire dal 2005, hanno bloccato il turn- over nelle Regioni in Piano di rientro.

I "consumi intermedi, a fronte di riduzioni di spesa programmate dal dl 95/12 per la fornitura **beni e servizi** (ad eccezione della spesa farmaceutica) pari, nel biennio 2012/13, rispettivamente al 5% e al 10% del valore dei contratti in essere, sono cresciuti, nel 2012, del 2,4%, mentre nel 2013 hanno fatto registrare una variazione sensibilmente più ridotta, pari allo 0,3%".

Per ciò che riguarda "gli **acquisti di prestazioni da operatori privati** accreditati, malgrado le riduzioni di spesa disposte dal d.l. n. 95/12 (rispetto al 2011, -0,5% e 1% nel biennio 2012/13), hanno avuto un andamento in linea con le attese per

l'anno 2012 (-0,5%) e un aumento dell'1,4% nel 2013".

In ogni caso la Corte evidenzia come "il sistema sanitario nel suo complesso, malgrado persistenti criticità dei Servizi sanitari regionali in alcune Regioni sottoposte a piano di rientro, sta riassorbendo i disavanzi pregressi grazie agli efficaci meccanismi di monitoraggio. Il disavanzo gestionale delle Regioni, prima delle coperture, nel 2013 è stato di 1 mld di euro. Nel 2012 era stato di 2,4 mld di euro e nel 2011 di 1,7 mld. Da evidenziare come la Regione Lazio con disavanzo di 669 mln (coperti con 880 mln di tasse) gioca un ruolo quantomeno 'decisivo'.

La Relazione segnala poi come è in **riduzione anche la massa debitoria degli enti del SSN** specie per la parte relativa ai debiti commerciali, con una diminuzione di oltre 9,5 miliardi nel triennio 2011-2013 (importo che non ricomprende quello delle Regioni Toscana e Calabria, di cui non sono disponibili i dati del 2013).

Lunedì 19 GENNAIO 2015

Le raccomandazioni della Corte: “Centrali d’acquisto, prevenzione e assistenza territoriale”

Nella sua Relazione la Corte dei conti oltre a mettere in luce i numeri e aggregarli evidenzia anche qual è la strada da seguire per sostenere il Ssn. Dalla centralizzazione degli acquisti per beni e servizi alla dematerializzazione fino allo sviluppo dell’assistenza territoriale, fino allo sviluppo di politiche per la prevenzione.

“Il processo di revisione della spesa sanitaria – si legge nel documento - iniziato con i Piani di rientro delle regioni con Sistemi sanitari in deficit strutturale a partire dal 2006 e proseguito con il DI 95/2012, per essere efficace senza compromettere il principio di equità nell’erogazione dei LEA, **dovrà essere più selettivo e reinvestire risorse nei servizi sanitari relativamente più carenti**, traendole dai settori dove vi sono ancora margini di inefficienze da recuperare, come nel caso degli acquisti di beni e servizi non effettuati mediante ricorso a centrali regionali d’appalto o a specifiche convenzioni CONSIP, dell’inappropriatezza prescrittiva e delle prestazioni rese in ambito ospedaliero (da monitorare con più estesi controlli sugli operatori accreditati, pubblici e privati), e basarsi anche su processi “molecolari” di riorganizzazione dei percorsi terapeutici condotti a livello di singole Unità assistenziali”.

Accanto a misure ad impatto “immediato” sui livelli di spesa, per la Corte anche il **“potenziamento dei programmi di medicina preventiva** (uno degli obiettivi indicati per il Servizio sanitario nazionale dal Piano nazionale delle riforme presentato con il DEF 2014), è uno strumento capace, sul medio-lungo periodo, migliorando le condizioni generali di salute della popolazione, di generare minore spesa sanitaria e maggiore appropriatezza nell’uso delle risorse.

Le Regioni, inoltre, dovranno effettuare una più attenta e puntuale **programmazione annuale dei fabbisogni assistenziali emergenti** nei rispettivi territori, al fine di adeguare l’offerta di servizi ai nuovi bisogni sanitari, prodotti anche dal peso crescente delle malattie degenerative conseguente all’invecchiamento progressivo della popolazione, oppure dalle nuove, e relativamente più costose, classi di farmaci “biologici” ad alto contenuto tecnologico, in grado di trattare più efficacemente e selettivamente diverse categorie di patologie tumorali”.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



La Sanità

Asl, per Ferrante una proroga di trenta giorni

È stata ufficializzata la proroga di Mario Ferrante alla guida dell'Asl di Avellino. Il direttore generale facente funzioni diventa commissario straordinario per altri 30 giorni «e, comunque, sino alla nomina del direttore generale», recita la delibera di giunta regionale. Con molta probabilità, dunque, il mandato di Ferrante proseguirà anche oltre, vista la necessità di rivedere le procedure di selezione avviate lo scorso settembre con il decreto del presidente di Palazzo Santa Lucia, Stefano Caldoro. Sull'iter pesano alcune criticità legate alla definizione delle cinque dalle quali attingere per il nome del futuro manager. Potrebbero crearsi sovrapposizioni di nomi, con il rischio di uno o più candidati presenti nelle diverse rose di aspiranti per ogni azienda sanitaria. Di qui, la decisione di proseguire a scaglioni per ognuna delle realtà che attendono di vedere indicata la figura apicale. Il provvedimento, oltre all'Asl di Avellino, riguarda quella del Sannio, Napoli 2, Napoli 3 e l'Azienda ospedaliera «Rummo» di Benevento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Avvicendamenti • Sono stati interpellati per la notifica delle delibere con cui sono stati designati commissari straordinari

Nomine sanità Ventucci e Berruti convocati a Napoli

• **Anna Liberatore**

Napoli, centro direzionale, isola C3, decimo piano. Lì, in quegli uffici della Regione Campania che ospitano il dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali, sono stati convocati ieri Mino Ventucci e Giampiero Maria Berruti per avere la consegna della deliberazione che li ha nominati commissari straordinari, rispettivamente, di Asl e azienda ospedaliera Rummo. Lo avevamo anticipato nell'edizione di sabato scorso, i due direttori generali facenti funzione resteranno al timone per altri 30 giorni o, almeno, fino alla nomina del prossimo general manager per "garantire, oltre alla gestione dell'azienda e l'erogazione delle prestazioni sanitarie e dei livelli essenziali di assistenza, la piena, tempestiva ed efficace attuazione delle misure urgenti disposte dal Governo e il conseguimento degli obiettivi del piano di rientro". Una sorta di continuità per consentire la prosecuzione delle disposizioni contenute nei decreti del commissario ad acta per consentire l'attuazione delle misure previste dal piano di rientro della Regione Campania sottoposta al commissariamento per il buco in

sanità.

Stessa proroga è stata consegnata a Salvatore Panaro dell'Asl Napoli3 Sud, Agnese Iovino dell'Asl Napoli 2 Nord, a Mario Nicola Vittorio Ferrante dell'Asl Avellino e a Gaetano Danzi dell'Asl Caserta. Ed era stata conferita agli inizi di gennaio a Loredana Cici, direttore pro tempore dell'Istituto Pascale di Napoli.

I trenta giorni decorrono da ieri, giorno di pubblicazione delle delibere sul Bollettino ufficiale della Regione Campania e di notifica dei provvedimenti. Tutto lascia presupporre, dunque, che entro il 16 febbraio Caldoro nominerà i nuovi direttori generali delle aziende sanitarie. Anche perché le commissioni tecniche che sceglieranno, per ogni Asl e ospedale scoperto, si riuniranno nei prossimi giorni e pare abbiano già le idee chiare circa i curricula presentati dai candidati.

I direttori pro tempore/commissari straordinari avranno solo poteri di ordinaria amministrazione e riceveranno compenso pari a quello del direttore generale.

I direttori generali facenti funzione resteranno al timone di Asl e Rummo per trenta giorni o comunque fino alla scelta del nuovo manager

*Le commissioni tecniche dovrebbero dare i nomi della cinquina entro la fine della settimana
Poi toccherà a Caldoro*



Mino Ventucci

Giampiero Maria Berruti

La sanità, il piano

Sprint anti-barelle c'è la cabina di regia

In aiuto del Cardarelli manager riuniti oggi in Regione
Trasferimenti al Policlinico e nell'azienda dei Colli

Marisa La Penna

Summit in Regione, questa mattina, con i direttori generali di policlinico federiciano e Ospedali dei Colli per organizzare l'«aiuto» da offrire ai pronto soccorso assediati dalle barelle. Antonio Giordano, manager dell'azienda Monaldi-Cotugno e Giovanni Persico, dg della struttura universitaria, saranno dal governatore Caldoro e dai suoi collaboratori per un incontro operativo nel corso del quale verrà messo a punto il piano che prevede un contributo di centotredici posti letto da mettere a disposizione del Cardarelli.

Un provvedimento, quello firmato da Caldoro lo scorso 15 gennaio, che ipotizza anche sanzioni severe. In particolare che una quota del 20 per cento della retribuzione dei direttori generali delle aziende sia legata al raggiungimento di un obiettivo che il decreto fissa in un tasso di utilizzo dei posti letto a disposizione non inferiore all'80 per cento.

Anticipazioni sul piano i manager non ne danno. Spiega Antonio Giordano: «Al momento sappiamo soltanto quello che è scritto nel decreto. Se ci sono novità le conosceremo domani».

Quello che si sa è che i 113 posti letto (46 all'azienda dei Colli e 67 al Policlinico) dovranno essere riservati in via esclusiva per il trasferimento dei pazienti soccorsi al Cardarelli e non potranno essere occupati per i ricoveri ordinari. Un prossimo decreto, inoltre, chiamerà a un maggiore impegno i medici di base che dovranno essere reperibili per 16 ore su 24 così da disincentivare il ricorso al Pronto soccorso.

Per venerdì, invece, sempre con Caldoro, altro summit con i leader dell'Ordine dei Medici. Un incontro voluto dal neoeletto presidente Silvestro Scotti che, nei giorni scorsi, aveva redarguito i colleghi per mettere fine alle «guerre» tra i camici bianchi.

Ieri mattina Silvestro Scotti ha incontrato gli altri presidenti provinciali della Campania - Bruno Ravera (Salerno), Maria Erminia Bottiglieri (Caserta), Antonio D'Avanzo (Avellino) e Giovanni D'Avanzo (Benevento) - per analizzare l'emergenza attuale e impostare una nuova strategia di "governo" unitario per quel che riguarda la politica sanitaria campana.

«L'obiettivo - ha detto Scotti - è quello di costituire una sorta di federazione regionale degli Ordini che possa muoversi in maniera unitaria sui temi più caldi. Per questo motivo abbiamo già stabilito un calendario di incontri bimestrale e comunque la creazione di una rete di comunicazione che favorisca le azioni comuni».

Diversi gli argomenti trattati nel corso della mattina: da quello del sistema emergenza-urgenza, in particolare la necessità di favorire lo sviluppo di modelli di integrazione tra ospedale e territorio, alle difficoltà causate dal blocco del turnover, sino all'esigenza di promuovere articolate campagne di screening nel quadro di una politica sanitaria che faccia della prevenzione uno dei principali obiettivi da perseguire.

Ma ritorniamo all'emergenza barelle. Ieri gli operai lavoravano sul terrazzo del San Giovanni Bosco per rimediare alle infiltrazioni che avevano portato acqua piovana nelle sale operatorie trasforma-

te, già da una decina di giorni, in vere e proprie rianimazioni con pazienti intubati e monitorati a causa della mancanza di posti letto anche nel reparto di emergenza.

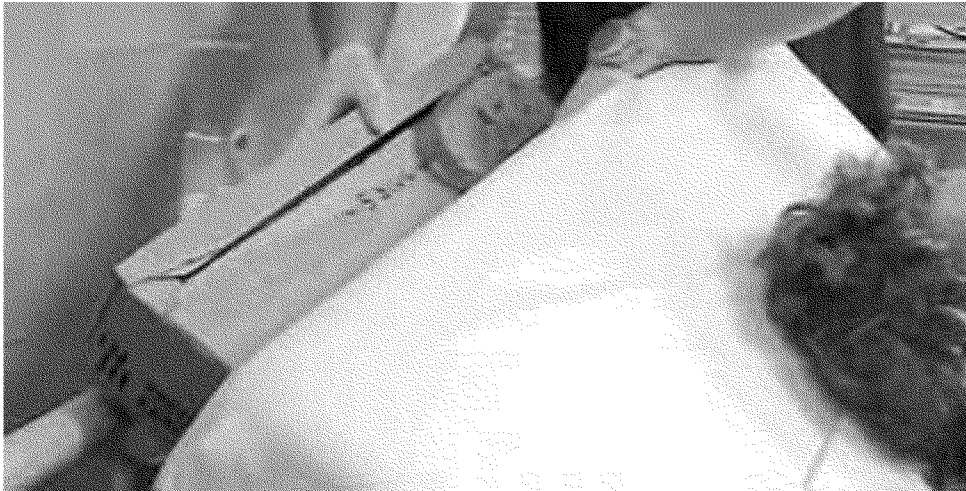
Domani mattina, intanto, sempre davanti al Palazzo della Regione, in via Santa Lucia manifestazione di protesta dei disabili contro tagli posti nei semiconvitti previsti

per decreto a partire dal primo febbraio 2015. Una situazione drammatica che riguarda tutta la regione e soprattutto la provincia di Napoli.

Intanto i rappresentanti delle strutture private accreditate (cliniche private, case di cura) sono sul piede di guerra per la riduzione di prestazioni e quindi dei rimborsi. Le strutture vantano un credito di oltre duecento milioni di euro.

Nei giorni scorsi l'Aiop, l'associazione ospedalità privata presieduta da Sergio Crispino, ha proclamato lo stato di crisi. Una decisione che apre scenari di licenziamenti e cassa integrazione per i lavoratori che potrebbero essere dichiarati in esubero. Ieri pomeriggio, presso la sede dell'Aiop, riunione fiume con i sindacati rappresentati da Giosuè Di Maro, Ileana Remini, Franco Reale, Luigi D'Emilio, Rainerio Misuraca.

Altri nodi
Assistenza ai disabili: domani la protesta davanti a Palazzo Santa Lucia

La sanità Al San Paolo cartoni usati come schienali**Barelle al Cardarelli, parte la cabina di regia****Marisa La Penna**

Piano aiuti contro l'emergenza barelle. Oggi summit in Regione da Caldoro con i dg di Policlinico federiciano e Ospedali dei Colli per offrire supporto con 113 posti letto al pronto soccorso del Cardarelli assediato da ricoveri in lettighe. E intanto al San Paolo acatole di cartone, polistirolo e lenzuola usate per far «funzionare» i posti letto dei degenti nel reparto di medicina d'urgenza.



Corsa alle pulizie fai-da-te scatole usate come schienale

Il caso

Al Loreto medici e infermieri rimettono in ordine la sala parto E al San Paolo letti fuori uso

Melina Chiapparino

Scatole di cartone, polistirolo e lenzuola usate per far «funzionare» i posti letto dei degenti. Sembra impossibile e, a dire il vero, ciò che si vede nel reparto di medicina d'urgenza dell'ospedale San Paolo, rasenta il surreale: pur di rendere utilizzabili le postazioni letto oramai rotte, gli infermieri sono costretti a rimedi di fortuna, diventati ormai routine per necessità.

Più della metà dei letti al primo piano dell'edificio risulta inutilizzabile, ovvero le dotazioni meccaniche sono fuori uso: non si riesce più a regolare gli schienali così come non è possibile, attraverso le manopole esterne, inclinare il materasso. Questo senza contare il degrado delle sbarre metalliche rotte e arrugginite. Lo stesso problema si verifica nei posti letto del pronto soccorso e dell'osservazione breve. Ma «nel reparto di medicina d'urgenza, su un totale di sedici postazioni sono nove i letti sui quali i pazienti sono costretti alla posizione supina senza la possibilità di alzare lo schienale ma non si tratta solo di comodità - spiega Lello Pa-

vone, del sindacato Nursing Up-Lo schienale è funzionale soprattutto per una questione di salute, considerando che la maggior parte dei degenti deve effettuare ventilazioni per la respirazione che necessitano di una posizione seduta».

Per limitare i disagi degli ammalati e far funzionare in qualche modo gli schienali, gli infermieri hanno escogitato soluzioni di fantasia per «riabilitare» i letti che hanno soltanto tre anni di vita, ma durante questo periodo non sono mai stati sottoposti a manutenzione. Come? «Vengono inserite scatole di cartone, come quelle dove viene trasportato il cibo che arriva in ospedale, polistirolo e lenzuola vengono sistemati al di sotto degli schienali per fare in modo che si

Soluzioni

Scatole di cartone utilizzate come schienale dei letti nel presidio ospedaliero San Paolo a Fuorigrotta



raggiunga la giusta inclinazione a vantaggio del paziente - chiariscono Enzo Tafuto della Cisl e Carmine Ferruzzi della Uil- Ma questa operazione comporta l'utilizzo di un numero maggiore di personale sanitario, perdita di tempo e stress per chi lavora senza dimenticare che il disagio principale è per il paziente». Le soluzioni di fortuna a volte hanno vita breve, altre invece consentono agli ammalati di sentirsi quasi in un letto funzionante ma certo è che la situazione è grave e destinata a peggiorare, nonostante il personale sanitario si sia specializzato nei rimedi fai da te. «Nel reparto ci sono varie problematiche, come quella che dovuta al fatto che il personale sanitario ha un solo bagno senza distinzione di genere. Ma ciò che ci preme in questo momento è la questione dei lettini conclude Pavone - chiediamo postazioni nuove, si tratta di una spesa minima per salvaguardare dignità di pazienti e lavoratori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le lettighe

Il decreto regionale

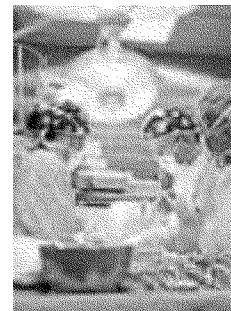
In totale 113 posti letto al Policlinico della Federico II e nella azienda dei Colli utili per trasferire i pazienti in barella dal Cardarelli



I semiconvitti

La manifestazione

Sit-in dei disabili domattina davanti a Palazzo Santa Lucia contro i tagli di 1530 posti nei semi convitti disposti per decreto



Le cliniche

L'agitazione

Rappresentanti delle strutture private sul piede di guerra per la riduzione di prestazioni e quindi dei rimborsi

LO SCANDALO La denuncia dei sindacati: nessun controllo sui tempi di degenza, dossier alla Procura e agli ispettori dell'Asl

Cardarelli, barelle anche fuori dai reparti

NAPOLI. È ancora caos al Cardarelli per il boom di ricoveri. In alcuni reparti non entrano più neanche le barelle, tant'è che gli ammalati sono stati piazzati anche sui ballatoi. A denunciarlo sono i sindacati. I Cobas hanno inviato un dettagliato dossier sulla situazione tra sabato e domenica.

In Medicina d'urgenza i pazienti oltre ad essere ospitati nell'atrio del reparto (come accade quasi ogni giorno) sono stati posti anche fuori dal reparto, nel corridoio del piano, entrambi i luoghi non sono deputati in alcun modo all'assistenza (poiché al di fuori del reparto).

L'Osservazione breve 1 (struttura posta nei locali adiacenti al Pronto soccorso) doveva ospitare solo 10 pazienti monitorizzati. Nella realtà i pazienti ricoverati sono almeno 3 volte il numero previsto. In questo reparto i pazienti sono ovunque in stanze senza alcun segnalatore acustico, nei corridoi, ovunque senza alcun modo per tenerli sotto controllo almeno visivamente.

Secondo quanto denunciano i Cobas la struttura, nata come sub-intensiva come tale è programmata e non regge l'utilizzo che se ne sta facendo. «Sindacati interessati a gonfiare l'appalto di lavoro interinale per infermieri hanno accettato di risolvere il problema aggiungendo personale interinale nell'Obi 1 - scrivono i Cobas - Ma qualche infermiere in più da sollievo agli altri ma non risolve il problema».

Ma non finisce qui, sempre secondo quanto denunciano i sindacati, «i trasferimenti ad altri reparti interni all'ospedale vengono eseguiti sino ad una certa ora perché vi è un autoparco che viene gestito non basandosi sulle necessità dell'ospedale (i pazienti vengono trasferiti nei reparti degli altri padiglioni con le ambulanze)». Non vi è alcun controllo sui tempi di degenza dei pazienti ricoverati nei due reparti, altre volte abbiamo segnalato che in medicina d'urgenza tolta la massa enorme di barellati ricoverati nel-



● I reparti esplodono di barelle al Cardarelli

le camere vi sono persone che hanno tempi di degenza non da struttura dell'emergenza», affermano i Cobas.

L'«Osservazione breve 2» è posta in luogo dell'ospedale distante dal Pronto soccorso mentre nel Dea al piano 0 (il piano superiore al Pronto Soccorso) vi sono locali inutilizzati od adibiti persino a Day-Hospital o spogliatoi (un assurdo in una struttura dell'emergenza).

I Cobas hanno denunciato tutto alla Procura e agli ispettori dell'Asl Napoli 1 Centro.

«Lo stato di caos e la condizione organizzativa e assistenziale in cui versa il pronto soccorso del Cardarelli ha raggiunto livelli da record», denuncia la Fials Cardarelli rispetto alla situazione di emergenza che si registra nell'ospedale partenopeo da alcune settimane. Il sindacato denuncia una mancanza di «funzionalità e di organizzazione che - affermano in una nota - stanno trascinando alla deriva valori primari quali la dignità, il lavoro e il livello

di sussistenza dei lavoratori». Uno «sfascio» per cui l'organizzazione sindacale imputa la responsabilità non solo al governo regionale, ma anche «alla gestione e organizzazione dell'area del pronto soccorso e dell'osservazione breve». Cattiva gestione che - riferisce il sindacato - ha portato «all'istituzione di un doppio Obi all'interno del pronto soccorso con pazienti già trasferiti presso l'osservazione breve ma - aggiungono - trattenuti al pronto soccorso per mancanza di posti ufficiali e in assenza di spazi per accoglierli». Il sindacato punta il dito contro «chi ha assunto la responsabilità della struttura», denunciando che «si persevera in un'organizzazione approssimativa e improvvisata». Il sindacato pertanto chiede un incontro «urgentissimo» con il commissario straordinario del Cardarelli con l'obiettivo di «adottare tutte le misure necessarie a fronteggiare una situazione insostenibile e pericolosa che espone i lavoratori alla giusta rabbia dei pazienti».

Vigilanza, Cantone bacchetta l'Asl Na 3 e manda gli atti dell'appalto in Procura

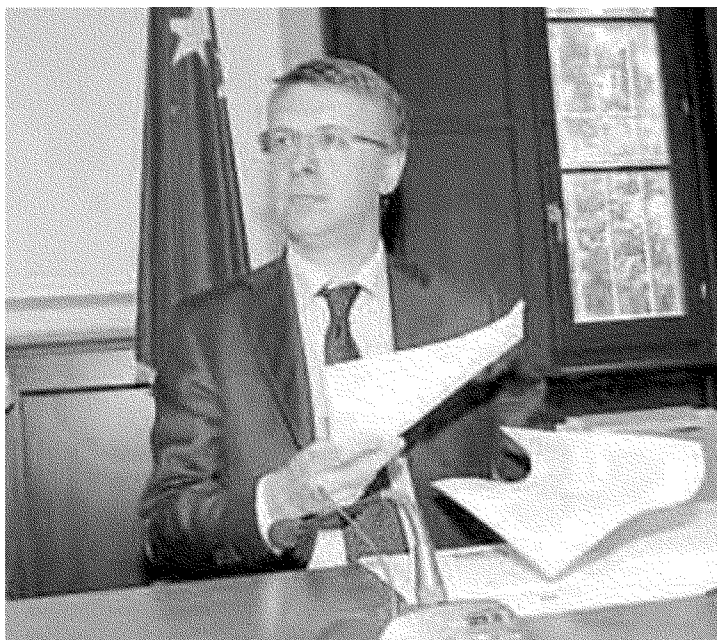
Il caso

L'autorità anticorruzione sul contratto ai fratelli Buglione
La gara giudicata irregolare

Adolfo Pappalardo

Una gara irregolare secondo l'Anticorruzione perché «nonostante i fatti intervenuti l'Asl Napoli 3 ha sostanzialmente violato i principi che caratterizzano la corretta gestione della cosa pubblica». In sintesi è la bocciatura, pesantissima, della delibera firmata dal giudice Raffaele Cantone che, in sei pagine, non solo demolisce come l'azienda sanitaria ha assegnato ad agosto l'appalto di vigilanza non armata (19 milioni di euro per 5 anni alla Services group di Avellino) ma anche come, dal 2006 al 2014, abbia rinnovato, senza gara, sempre alla stessa società un lavoro al costo annuo di 2,2 milioni di euro. Oral' Authority ha spedito i suoi atti alla Procura di Torre Annunziata per verificare eventuali ipotesi di reato e l'Asl ha 30 giorni per adeguarsi.

Un passo indietro. Il 19 settembre il Mattino racconta l'incredibile storia (vicenda sollevata poi in Consiglio regionale dal democrat Antonio Marciano) di una gara da 20 milioni di euro vinta senza che l'azienda presentasse il certificato antimafia. «Documenti chiesti ma mai arrivati nonostante le sollecitazioni fatte personalmente alla Prefettura di Avellino. Sono stato costretto a procedere all'affidamento. Temporaneo: poi se arrivano motivi ostativi provvederemo», si giustifica il direttore generale dell'Asl Maurizio D'Amora. Ed in effetti le richieste alla Prefettura (la società ha la sede legale a Mercogliano) sono state fatte: il 20 febbra-



Il magistrato Raffaele Cantone alla guida dell'autorità anticorruzione

io (nota protocollo 1083), il primo aprile (nota protocollo 2076) e il 5 maggio (nota protocollo 2653). Niente. Eppure in quegli stessi giorni la società finisce in un'inchiesta della procura irpina. Vengono arrestati l'ex prefetto di Avellino Ennio Blasco e i fratelli Carlo e Carmine Buglione. L'accusa dei pm, ora ferma al rinvio a giudizio, è che il prefetto (nel frattempo andato in pensione) avrebbe accettato una serie di regali per favorire gli imprenditori. Come? I fratelli Buglione, patron della società Service Group, non avrebbero mai potuto ottenere il certificato antimafia, in quanto la Dda si stava interessando di loro. Come accerta la procura, l'ex prefetto avrebbe ritardato di rispondere e quindi di rilasciare tale certificato, consentendo alle ditte dei Buglione di continuare, per circa due anni, il loro business nonostante non possedessero il requisi-

to necessario. Fatti accaduti tra il 2009 e il 2011 quando Blasco era prefetto ad Avellino. Vicenda opaca su cui ha acceso i riflettori, già a febbraio, l'Authority dopo una denuncia del sindacato Cisl perché alcuni dipendenti non avevano percepito alcune mensilità. E l'Asl avrebbe dovuto sostituirsi all'impresa per saldare i lavoratori. Mai fatto. L'authority scava, chiede documenti, e inizia fare luce su tutta la vicenda. E scopre come il servizio inizialmente appaltato alla società irpina nel 2006 dalla Asl «in violazione del codice - si legge nella delibera firmata l'antiviglianza di Natale - ha proseguito in regime di proroga dell'affidamento del servizio, senza trasmettere alcun atto riferito alle motivazioni del prolungamento, dal 2009 al 7 ottobre 2014». Quando entra in servizio sempre la stessa società. La gara è stata bandita nel 2013 e, sempre l'Authority, boccia anche tutta la procedura. Per buste che potrebbero state manomesse.

«Le 4 offerte - è scritto sempre nella delibera - sono state protocollate dopo l'ultimo orario di scadenza fissato nel bando. Su ogni busta è stato scritto a mano pervenuta entro le 12 (termine perentorio) ed in altro spazio l'orario oscilla tra le 13.13 e le 13.18». Fuori orario, quindi. E scritto sempre a mano. Ma le buste risultano anche inviate a Torre del Greco quando il bando prevedeva il protocollo a Castellammare: «Una procedura di gara con alti margini di possibile violazione della segretezza del contenuto delle offerte. Inoltre le sedute per lo svolgimento della gara si sono svolte a Pomigliano d'Arco». Troppi passaggi, troppe mani, per una gara delicata del valore di 20 milioni di euro («Un ingiustificato spostamento dei plichi»). Infine, notano gli uffici di Cantone: «La gara è assegnata nonostante uno dei proprietari, il 7 ottobre giorno dell'aggiudicazione definitiva, sia ancora agli arresti per corruzione». Una bocciatura pesantissima ma non la rescissione del contratto perché non è tra i poteri dell'Authority. Lo impone però di fatto all'azienda sanitaria che ha 30 giorni di tempo.

”

I costi

Servizio in affidamento per cinque anni per una spesa totale di 19 milioni

”

Le offerte

Tutte protocollate dopo la scadenza dell'orario fissato nel bando

Torre Annunziata La delibera siglata dal pm Cantone inviata alla procura: presunte irregolarità sull'affidamento del servizio di vigilanza negli ospedali

Asl Na3, rilievi su un appalto da 20 milioni

Il magistrato accreditato per la successione alla Presidenza della Repubblica

di **Giancarlo Tommasone**

TORRE ANNUNZIATA - Presunte irregolarità nell'affidamento del servizio di vigilanza non armata all'interno degli ospedali che si trovano nell'ambito coperto dall'Asl Na3 Sud. C'è in ballo un appalto da 20 milioni, che sarà passibile di dispositivi di blocco, qualora i sospetti della magistratura venissero accertati. Un documento prodotto dall'Autorità nazionale anticorruzione e che porta la firma del magistrato **Raffaele Cantone** è stato inviato alla Procura di Torre Annunziata. Il pm, contattato telefonicamente, ha confermato l'attività svolta, aggiungendo anche: "Al momento non posso affermare altro". La delibera porta la data del 9 dicembre del 2014, ma soltanto lo scorso giovedì è stata spedita agli uffici dell'Asl e a quelli della Regione Campania. Si tratta di rilievi effettuati dalla magistratura inquirente che vogliono far luce su un appalto contestato dai sindacati: è quello che assegna alla Service Group il servizio di vigilanza non armata negli ospedali dell'Asl Napoli 3. La cifra è importante, il servizio ha la durata di cinque anni e sfiora i venti milioni di euro. Il bando è partito, ma nel frattempo, la magistratura, considerando anche la richiesta dei sindacati, ha effettuato dei rilievi, producendo un dossier inviato alla

Asl Na3 Sud e alla Regione. Naturalmente la documentazione è arrivata anche in procura a Torre Annunziata. Il documento dell'Autorità nazionale anticorruzione siglato dal pm antimafia Raffaele Cantone, riporta testuale anche che dall'istruttoria sono emersi quattro rilievi di presunte irregolarità. Tra essi due hanno bisogno di maggiori approfondimenti e riguardano la violazione del limite della proroga oltre i 180 giorni alla Service Group e l'aver "gestito non correttamente le offerte dei concorrenti presentate, con riferimento alla segretezza dei

plichi e per aver svolto le procedure di gara in difformità ai principi riportati all'art 2 del Codice degli Appalti pubblici con particolare riferimento a quello di pubblicità". Sarebbe stata inoltre riscontrata la sussistenza di elementi "altamente sintomatici che non consentono di considerare la condotta della Asl Na3 Sud conforme ai principi di cui all'art. 2 del Codice dei contratti pubblici e dei principi di legalità, imparzialità e buon andamento dell'articolo 97 della Costituzione, per aver affidato con aggiudicazione definitiva l'appalto alla Società

Services Group srl, nonostante gli accertamenti del Ministero del Lavoro sull'impresa e della Procura sui proprietari della società". Il pm Cantone, grazie al lavoro svolto contro la corruzione e l'illegalità si accredita sempre con maggiore peso (soprattutto davanti alla Nazione) per la successione alla Presidenza della Repubblica dopo l'addio di **Napolitano** e il dietrofront di **Draghi** e **Muti**. Questi hanno tenuto a sottolineare che ognuno deve ricoprire il ruolo per cui è portato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

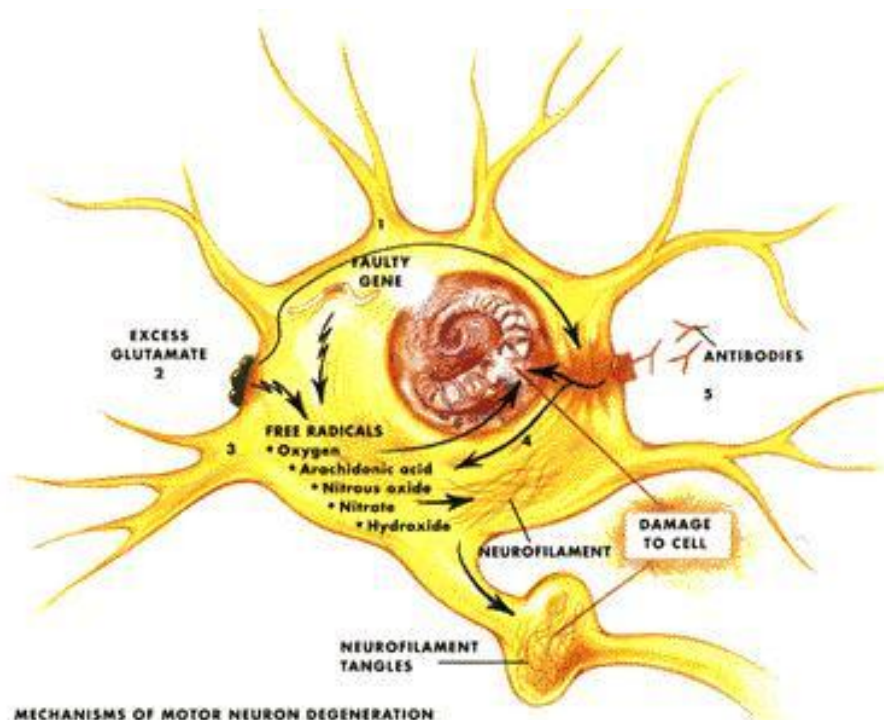


Raffaele Cantone



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Oncologia. Riflessioni dopo la ricerca su "sfortuna" e cancro. Secondo lo studio le staminali (che replicano di più) sono più esposte a mutazioni che portano in modo casuale alla malattia

Ma è la prevenzione il nostro vero amuleto

ADRIANA ALBINI*

SI STIMA che in Italia siano diagnosticati 1000 tumori al giorno. Secondo il sito dell'Airc, l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro, i decessi dovuti a tumori maligni in Italia sono stati quasi 173.000 nell'anno 2013 (98.000 fra gli uomini e 75.000 fra le donne) ponendo il cancro tra le prime tre cause di mortalità.

Di alcuni tumori conosciamo i fattori eziologici, ovvero le cause. Quello che complica il quadro è che un tumore non è dovuto, salvo in rarissimi casi, a un solo evento, ma risulta dall'accumulo nel tempo di mutazioni a carico del DNA, il nostro materiale genetico. Trattandosi dunque di un fattore "statistico" il rischio di tumore è tanto più alto quanto più il DNA si "espone" alla mutazione e questo avviene solo quando la cellula replica e il DNA dà luogo a un filamento copia destinato alla cellula figlia. È in questo momento che può avvenire il danno.

La recente pubblicazione dello scienziato americano Bert Vogelstein, assieme al matematico Christian Tomasetti, verte su questo tema. L'ipotesi è che le staminali dei nostri tessuti siano quelle che replicano di più e che quindi siano più esposte a mutazioni successive nel DNA e possano dar luogo a un tumore in modo "stocastico" (casuale), come il numero che esce dal lancio dei dadi. L'assunto è che se lanciamo più volte due dadi è più facile che esca un dodici ovvero, tradotto

Ogni giorno diagnosticati in Italia mille tumori
Il "fattore" statistico

in oncologia, due mutazioni oncogene in una cellula.

Ma quante sono le staminali in un tessuto e quante volte si divideranno nel corso di una vita? È necessaria un'approssimazione perché nessuno sa come mettersi a contare quante sono le staminali e quante volte una cellula, mettiamo delle ossa lunghe, si divide nel tempo. Estrapolando questi dati un po' empirici, nel modo più matematico e ragionevole possibile gli scienziati della John Hopkins hanno provato a correlare il numero di divisioni delle cellule staminali

postulate con l'incidenza dei tumori diagnosticati nell'organo di riferimento, ad esempio: osteosarcomi per le ossa. Camminando un po' sul filo del trapezio, il risultato del grafico pubblicato da Vogelstein ha comunque un senso biologico: più divisioni cellulari avvengono, e più il rischio di tumori sarà alto, infatti i tumori sono anche una funzione dell'età (un prezzo che paghiamo alla longevità?). Fin qui tutto (quasi) bene, perché appunto i calcoli sono relativi a conoscenze imprecise. Ma su questi dati gli autori propongono diverse conclusioni già assai dibattute. Secondo i ricercatori statunitensi, l'insorgenza per un certo numero di tumori tra quelli da loro studiati, è dovuta solo al numero di volte che la cellula si replica, il puro lancio dei dadi, e quindi, di conseguenza: non possiamo farci niente, le nostre staminali esistono, si dividono per funzioni fisiologiche, se siamo "sfortunati" qualcuna nel corso del processo replicativo subirà una mutazione del DNA, poi ne accadrà un'altra, fino a far sviluppare un tumore, in modo del tutto casuale. Ma è così?

Almeno un terzo dei tumori sono prevenibili, e sono quelli di cui si conoscono le cause. Con i passi da gigante che stiamo facendo, questo numero di tumori prevenibili è destinato a crescere. Proprio per questo la ricerca sul cancro sta focalizzando molti dei suoi sforzi non solo sulle cure ma su tutto ciò che riguarda la possibilità di evitare l'insorgenza e/o la progressione di un tumore.

I fattori di rischio noti, che impattano l'incidenza della maggior parte delle neoplasie sono: fumo di tabacco, alcol, cattiva alimentazione, sovrappeso e obesità, radiazioni UV, cancerogeni chimici, amianto, alcuni virus e batteri, geni ereditari di suscettibilità, status ormonale per mammella e prostata, l'età, il genere e infine situazioni patologiche dei tessuti, quali l'infiammazione cronica. L'ereditarietà si può conoscere per tempo con la consulenza genetica, età e sesso sono determinati, tutti gli altri fattori sono evitabili. La sfortuna, anzi diciamo il caso, fa parte della nostra vita, ma può essere limitata da ognuno di noi agendo sull'ambiente e impegnandosi nella propria lotta preventiva al cancro.

Il bersaglio dei tumori sono le cellule in replicazione, le staminali dei tessuti. Secondo Tomasetti e Vogelstein, se queste cellule replicassero in tessuti "tutela-

ti", con pochi cancerogeni, senza infiammazione, coi radicali liberi sotto controllo, insomma in un corpo sano che mangia bene, fa attività ed evita situazioni di rischio, anche i tumori da "sfortuna" potrebbero diminuire. Una fortuna saperlo!

*Dir. Infrastr. Ricerca-Statistica, Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ginocchio. Ora c'è un software che assiste il chirurgo per le valutazioni: individua dove fissare e quanto tendere il nuovo crociato. Quasi a zero gli errori

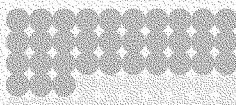
Il computer che ripara il legamento

LESIONI SULLA NEVE

Arti superiori
5,8%

Arti inferiori
94,2%

DEGLI ARTI INFERIORI



Distorsioni del ginocchio
32,8%

Contusioni
27,4%

Fratture
15,7%

Altri
7,4%

Lussazioni
8,7%

Ferite
8%

FONTE RSALUTE

FABILODISPOTO*

RICOSTRUIRE il legamento (anche chiamato ligamento) crociato anteriore del ginocchio in chirurgia computer-assistita con rischio di errore umano quasi zero. Ora c'è un software dedicato, che individua nel ginocchio e nella tibia dove fissare il neo-legamento. Inoltre, il programma calcola la giusta tensione da dare al nuovo crociato e valuta a fine intervento la stabilità ottenuta del ginocchio. Il chirurgo si può basare su dati numerici oggettivi, molto più affidabili della sensazione manuale e dell'occhio anche di un operatore esperto. Una conquista a totale beneficio di quel 10-20% di pazienti, secondo alcune autorevoli statistiche americane, che andrebbero incontro a fallimento dopo l'intervento classico.

Rimane delicata la realizzazione dei due tunnel ossei nei quali si fissa il nuovo legamento trapiantato. Un lavoro sinora fatto con puntatori meccanici guidati dalla mano del chirurgo e una fresa. Si tratta di creare l'alloggiamento del legamento in modo che la sua tensione risulti ottimale (posizione isometrica), durante tutto l'arco di movimento di flessione e di estensione del ginocchio, come normalmente avviene in una articolazione sana camminando, correndo e facendo sport. Se dopo l'intervento il legamento risulta troppo lento o troppo teso o urta o sfrega

Per la ricostruzione meglio usare una parte di tendine presa dallo stesso paziente

contro l'osso del femore, il fallimento meccanico dell'intervento è certo e si dovrà prevedere un nuovo intervento, che come scritto sopra, avviene nel 20% di tutti gli operati. Si comprende così l'importanza di un software che continuamente informi il chirurgo sulla correttezza delle manovre che sta compiendo, un feed-back simile a quello ottenuto dalla check-list in trottasui voli aerei. Da quando è stata adottata, i disastri da errore umano sono drasticamente diminuiti.

La ricostruzione del legamento anteriore del ginocchio può essere eseguita con tre diversi tipi di tessuto. Il più utilizzato è il legamento biologico autologo, ricavato da parte di tendini del paziente. È il trapianto più sicuro: essendo tessuto vitale e del paziente stesso, il neo legamento si integra prima, e non può generare reazioni avverse o trasmettere virus.

Talvolta tuttavia, si preferisce impiantare un tendine di banca, prelevato da cadavere, congelato, devitalizzato e sterilizzato con raggi gamma. La procedura ha un rischio teorico così basso di trasmettere virus, (un caso ogni tre milioni di trapianti), da risultare, nei fatti, sicura. Attecchimento e integrazione sono più lenti essendo tessuto non vitale, un impalcatura di collagene che viene pian piano riabilitata dalle cellule dell'ospite e che deve sviluppare una nuova rete capillare di circolazione del sangue per sopravvivere. Il grande vantaggio del trapianto da banca è l'assenza di invasività chirurgica sul ginocchio infortunato, causata dal prelievo e sacrificio dei tendini necessari alla sostituzione del crociato.

Infine il legamento artificiale: riservato agli sportivi over 55 o ai campioni di livello elevatissimo infortunati a ridosso di un appuntamento sportivo di vitale importanza per la loro carriera agonistica, insomma, una

soluzione temporanea. Il legamento artificiale benché realizzato con materiali ad altissima resistenza, dopo alcuni milioni di cicli è destinato al cedimento.

**Specialista in Ortopedia e Traumatologia, Specialista in Medicina dello Sport, Roma*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

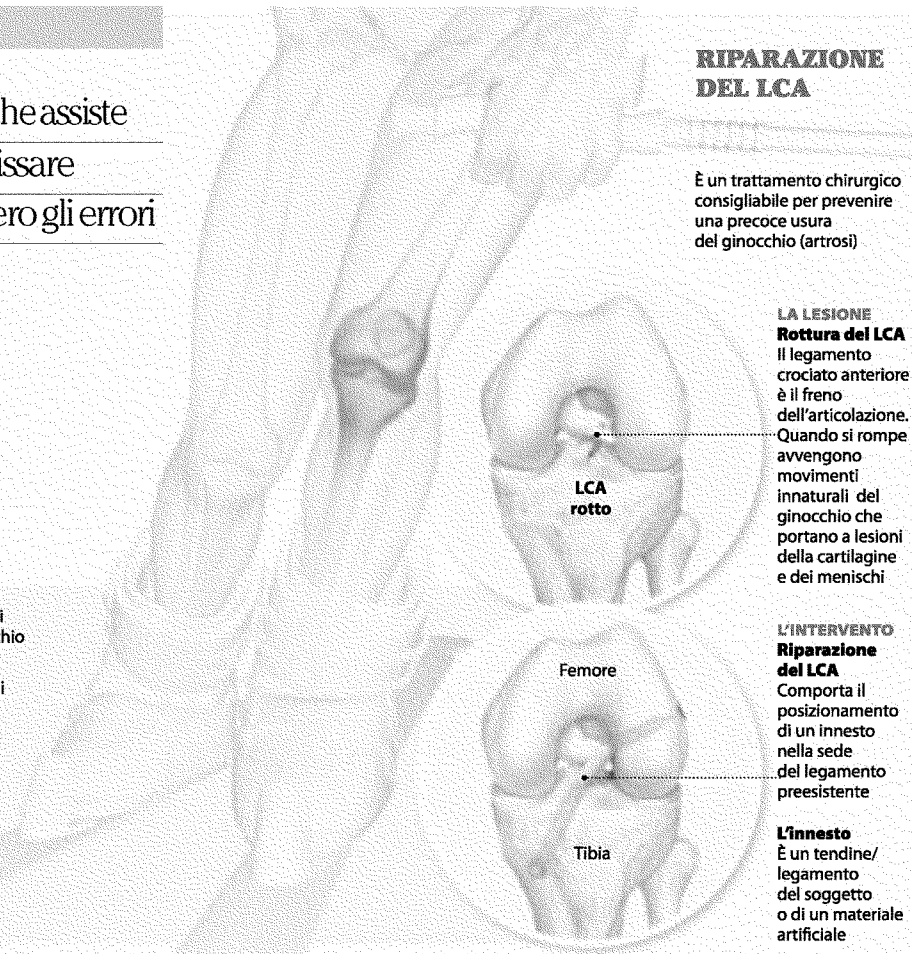
RIPARAZIONE DEL LCA

È un trattamento chirurgico consigliabile per prevenire una precoce usura del ginocchio (artrosi)

LA LESIONE
Rottura del LCA
Il legamento crociato anteriore è il freno dell'articolazione. Quando si rompe avvengono movimenti innaturali del ginocchio che portano a lesioni della cartilagine e dei menischi

L'INTERVENTO
Riparazione del LCA
Comporta il posizionamento di un innesto nella sede del legamento preesistente

L'innesto
È un tendine/legamento del soggetto o di un materiale artificiale



INFORMAGRAFICA PAUL & SIMONETTI

L'ORIGINE DEI TUMORI

DA MUTAZIONI CASUALI FAVORITE DALL'AMBIENTE



La sfortuna più altri fattori dello stile di vita aumentano il rischio di tumori



Esposizione a raggi UV

Testa e collo
• Carcinoma basocellulare



Papilloma virus

Carcinoma di testa e collo da HPV-16



Radiazioni

• Carcinoma follicolare della tiroide



Tabacco

Sistema respiratorio
• Carcinoma del polmone



HCV

Fegato
• Carcinoma epatocellulare da epatite C



Alimentazione ricca di carne rossa/alcol

Intestino
• Adenocarcinoma di colon-retto



Genomica

• Cancro colorettale ereditario non poliposico (Sindrome di Lynch)



Genomica

• Poliposi adenomatosa familiare del colon-retto

DA MUTAZIONI CASUALI (SFORTUNA)

Testa e collo
• Osteosarcoma
• Glioblastoma
• Medulloblastoma

• Carcinoma di testa e collo

• Carcinoma midollare della tiroide

• Carcinoma dell'esofago

Sistema respiratorio
• Carcinoma al polmone (non fumatori)

Braccia
• Osteosarcoma

Fegato/pancreas
• Carcinoma epatocellulare
• Carcinoma del dotto pancreatico e delle isole pancreatiche

Tumore della cistifellea

Intestino
• Adenocarcinoma del duodeno e dell'intestino tenue

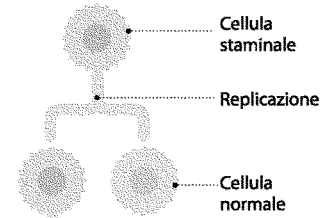
Pelle
• Melanoma

Palvi
• Osteosarcoma del bacino

Gonadi
• Neoplasia a cellule germinali del testicolo o dell'ovaio

Gambe
• Osteosarcoma alle ossa e/o articolazioni delle gambe

Midollo osseo
• Leucemia linfatica cronica
• Leucemia mieloide acuta



L'IPOTESI

Le staminali replicano di più e sono più esposte a mutazioni genetiche favorendo più spesso la incidenza di tumori di modo "casuale"

INTERROMPERE IL CICLO VIZIOSO

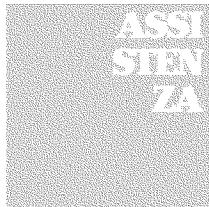
- Non fumare
- Fare attività fisica
- Alimentazione sana
- Controlli, screening e diagnosi precoce
- Lotta a virus/batteri
- Chemioprevenzione
- Terapia del cancro



SFORTUNA E PREVENZIONE

Questi tipi di tumori sono frutto della sfortuna e **non prevenibili**. È indispensabile la diagnosi precoce



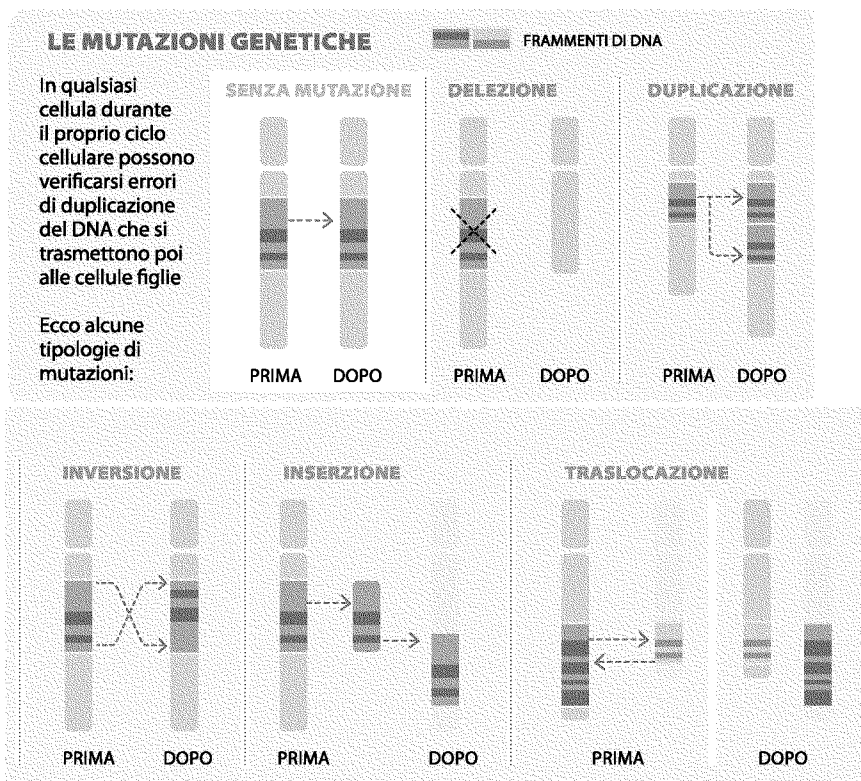


Seno Ieo

Lo stile di vita è importante ma anche una eventuale diagnosi precoce e la tempistica lo è. L'Istituto Europeo Oncologico (IEO) di Milano ha lanciato da tempo il "Programma di Senologia", una sorta di dipartimento costituito dall'insieme delle unità e delle divisioni medico-oncologiche che lavorano insieme per ottimizzare i processi di diagnosi, terapia e ricerca di base e clinica nello specifico della mammella. «A un anno dalla partenza di questa diversa strutturazione delle varie competenze medico-scientifiche, siamo nel pieno della fase operativa – afferma Alberto Luini, co-direttore del Programma Senologia – tutte le figure che ruotano attorno alla donna con un problema al seno sono in presa diretta tra loro attraverso discussioni e incontri multidisciplinari sui casi che a loro volta vengono divisi per categoria ossia, tumori in situ, tumori in donne ad alto rischio genetico, tumori in donne anziane o giovani e così via. Il Programma rientra nel progetto delle breast unit». I tempi, dall'ingresso in Istituto, al sospetto, all'accertamento di diagnosi e alla scelta terapeutica, sono brevissimi, 6-7 giorni, l'esecuzione di un test genetico può richiedere 48 ore in più. Tra gli obiettivi del Programma di Senologia:

semplificare il percorso diagnostico-terapeutico e favorire l'accesso delle donne con neoplasia mammaria all'interno di studi clinici. In più l'e-book "Senonlosai", di cui il dottor Luini è co-autore (scaricabile con meno di 1 euro).
(mp.salmi)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Chemioterapia, un progetto contro la caduta dei capelli

Un «casco» da utilizzare durante la terapia farmacologica per raffreddare il cuoio capelluto

La caduta dei capelli causata dalla chemioterapia - un dramma soprattutto per molte donne che vivono la difficile esperienza del tumore - può essere ridotta o, in alcuni casi, evitata grazie ad alcune apparecchiature che sfruttano i benefici del raffreddamento controllato del cuoio capelluto durante l'infusione dei farmaci anti cancro. L'Unità operativa di Oncologia dell'ospedale Fatebenefratelli di Benevento è impegnata attivamente nella raccolta di fondi destinati ad acquisire questa tecnologia, una sorta di "casco", da utilizzare per i pazienti. Per sostenere questo progetto è possibile fare una donazione. Come sottolineano all'ospedale «la verità è che la perdita dei capelli rappresenta

forse uno dei più grandi problemi che i malati di tumore devono affrontare perchè perdere i capelli può contribuire a far perdere la stima di se stessi e può compromettere le relazioni con le persone e il mondo che ci circonda». «Combattere contro il cancro - si evidenzia - significa pertanto combattere anche contro la caduta dei capelli».

L'«umanizzazione» nelle strutture di oncologia è importante quanto la chemioterapia. Sulla base di questa considerazione, espressa dal dottor Antonio Febbraro, dirigente dell'Unità operativa di Oncologia del Fatebenefratelli di Benevento, si sta portando avanti nel nosocomio il progetto per l'installazione del casco in grado di ridurre o eliminare la caduta dei capelli: "Grazie alla tecnologia - afferma l'oncologo - si può dare, specie dal punto di vista psicologico, un forte sostegno delle donne malate di tumore».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidianos^{sanità}.it

Lunedì 19 GENNAIO 2015

E se il cervello insegnasse al nostro corpo a bruciare più calorie?

Una ricerca australiana rivela i meccanismi attraverso i quali il grasso bianco può essere trasformato in grasso bruno ed essere così indotto a 'bruciare', cioè a disperdere calorie. Una scoperta che apre la strada a nuovi possibili trattamenti contro l'obesità, che consentirebbero di 'risvegliare' il metabolismo impigrito, facilitando così il calo ponderale

Un intrigante studio pubblicato su [Cell](#), annuncia la scoperta di due nuovi ormoni che potrebbero essere l'uovo di Colombo per bruciare più calorie e quindi perdere peso più facilmente.

Questi risultati gettano nuova luce su come il cervello intervenga nel regolare il metabolismo del tessuto adiposo e potrebbero aprire la strada a nuove strategie per prevenire l'obesità e perdere peso. Una di queste potrebbe consistere nella trasformazione del grasso bianco in grasso bruno, molto più attivo metabolicamente.

La scoperta della Monash University consiste nell'individuazione di un meccanismo molecolare derivante dall'azione congiunta della leptina (un ormone prodotto dal tessuto adiposo, che tra le altre cose sopprime l'appetito) e dell'insulina (l'ormone più importante nel controllo del metabolismo glucidico, rilasciato dal pancreas in risposta all'aumento dei livelli di glicemia post-prandiali). Questi due ormoni agirebbero in maniera sinergica a livello di un gruppo di neuroni ipotalamici che, attraverso impulsi nervosi, promuovono il consumo delle riserve di grasso periferico, facendo bruciare, e dunque disperdere, calorie.

“Questi ormoni – spiega **Tony Tiganis**, Dipartimento di Biochimica e Biologia Molecolare della Monash University (Australia) e primo autore dello studio – danno al cervello la misura esatta dei depositi di grasso del corpo”. La leptina, prodotta proprio dal tessuto adiposo, segnala al cervello il livello delle riserve di grasso del corpo; più rappresentati sono i depositi di adipe, maggiori sono i livelli ematici di leptina. “L'insulina – prosegue Tiganis – in un certo senso ‘predice’ al cervello quali saranno le riserve future di grasso, visto che aumenta nel sangue in risposta all'innalzamento dei valori di glicemia, dopo un pasto”.

Le riserve di grasso sono immagazzinate all'interno degli adipociti, cellule-deposito specializzate, particolarmente rappresentate nella forma di ‘grasso bianco’, nell'adulto. In alcune regioni particolari però, qual le spalle e il collo, esiste un altro tipo di tessuto adiposo, detto ‘bruno’, che svolge una funzione diversa: anziché immagazzinare le riserve di energia sotto forma di grasso, queste cellule possono essere indotte a ‘bruciarle’.

La scoperta dei ricercatori della Monash è che l'azione combinata di leptina e insulina si va a concentrare sui neuroni produttori di proopiomelanocortina (POMC) a livello dell'ipotalamo, che così stimolati, inviano in periferia, attraverso il sistema nervoso, dei segnali che finiscono col promuovere la conversione del grasso bianco in grasso bruno; questo porta a bruciare il grasso in eccesso.

Questo processo è regolato, a livello di questi neuroni, da particolari enzimi, le fosfatasi PTP1B e TCPTP, che sono in grado di inibire l'azione di leptina e insulina sui neuroni POMC. Quando i livelli di fosfatasi si riducono, leptina e insulina esercitano la loro azione ‘snellente’ sui neuroni POMC, che promuovono in periferia la conversione di grasso bianco in bruno, che viene quindi ‘consumato’, ‘bruciato’.

Nelle persone obese, questo meccanismo fisiologico, si inceppa. In particolare, all'interno del grasso bianco, esistono molti adipociti ‘beige’, che bruciano il grasso e dissipano energia, ma il loro numero è nettamente diminuito nei soggetti obesi.

Secondo i ricercatori della Monash, stimolando lo sviluppo degli adipociti ‘beige’, cioè l'imbrunimento del grasso bianco, si potrebbe aumentare il dispendio energetico dell'organismo e questo aiuterebbe le persone obese, rendendo in discesa la strada per perdere peso.

L'idea sarebbe dunque quella di mettere a punto un farmaco in grado di stimolare la conversione da grasso bianco a bruno. Più facile a dirsi che a farsi però al momento attuale, ammoniscono i ricercatori, anche se la strada, almeno dal punto di vista concettuale, sembra essere quella giusta.

Maria Rita Montebelli

Alimentazione. Recenti ricerche indicano che il corpo sfrutta il carico di Omega 3 e altri grassi insaturi per le loro capacità antiossidanti e anti-aterosclerosi. L'eccesso si trasforma in calorie. Dose giusta: 20 grammi al dì

Noci, mandorle & C. ora salva-cuore "riabilitati"

PIERLUIGI ROSSI*

SONO BUONI, fanno bene e in quantità modiche non fanno ingrassare. Trascurati, oggi valorizzati, sono i semi di alcune piante. Da sempre confusi con uvetta o fichi secchi nel termine molto popolare "frutta secca", noci, mandorle e compagnia hanno valori nutrizionali ben diversi e più preziosi. Ecco un elenco dei semi più diffusi e disponibili: pinolo, lino, chia, nocciola, noce, pistacchio, canapa, girasole, zucca, mandorla, sesamo, cartamo, cotone, papavero, arachide (tostata ma non salata), psillio, amaranto, quinoa, tamarindo, anguria.

Non sono frutti, ma semi e oggi hanno la loro carta di identità nutrizionale. Inseriti in un'unica voce alimentare di "semi oleosi", cioè semi vegetali in grado di produrre olio, hanno un valore nutrizionale superiore al loro olio.

Le molecole della salute contenute nei semi oleosi sono:

Proteine con alto valore biologico, ricche di un aminoacido, l'arginina, essenziale per il funzionamento dell'endotelio vascolare (controllo pressione arteriosa, prevenzione aterosclerosi, efficace microcircolo e nutrizione cellulare) con benefici particolari sugli apparati nervoso e genitale.

Lipidi di tipo polinsaturo con interessanti dosi di omega 3, EPA e DHA, omega 6 ad azione antisclerotica.

Minerali, in particolare il magnesio e lo zinco.

Vitamine sia idrosolubili che liposolubili, in particolare A, E, K, in piccola parte la D.

Carboidrati in piccole quantità.

duzione di energia, ma finisce assorbita nella costituzione della struttura vitale di cellule, organi e tessuti.

I loro lipidi per lo più insaturi sono usati per generare le membrane cellulari. La buona dose di omega invece contribuisce a ridurre il tasso di colesterolo totale, soprattutto a carico dalla frazione LDL ("cattivo"), alzando invece l'HDL, protettivo delle arterie. I semi oleosi possono contribuire alla giusta dose giornaliera di omega 3 nelle persone che non gradiscono il pesce.

Per quanto detto sopra, non c'è corrispondenza tra il valore delle calorie dei semi, descritto nelle tabelle, e l'energia chimica (non termica) effettiva generata (sotto forma di ATP) nel corpo umano dai nutrienti dei semi.

Da sempre nella dieta mediterranea, oggi i semi sono studiati e riabilitati dalla scienza dell'alimentazione, che mira allo studio delle loro molecole alimentari e del loro effetto sulla salute e longevità del corpo umano. Sempre più numerosi sono gli studi e ricerche scientifiche sul valore nutrizionale e preventivo dei semi come quelle pubblicate di recente sul *New England of Medicine* e su *Plos One*.

Saggia e sana la scelta di mangiare ogni giorno una porzione di 20 grammi dei semi più graditi direttamente, oppure con altri alimenti come verdure, yogurt, sotto forma di crema Budwig (vedi articolo a fianco) invece di assumere integratori chimici, artificiali, così tanto di moda.

Ciascun seme ha la sua carta di identità nutrizionale.

I semi di girasole sono i più ricchi in proteine e in aminoacidi essenziali. Meglio mangiare il seme del girasole che assumere il suo olio.

I pinoli sono un concentrato di aminoacidi ramificati (valina, leucina ed isoleucina) molto indicati a chi fa attività sportiva ed agonistica.

Le mandorle sono indicate per l'igiene e benessere intestinale, per migliorare il tono dell'umore grazie ai suoi acidi grassi insaturi, fenilalanina e triptofano.

Le noci sono indicate a chi ha patologie vascolari, a chi ha il colesterolo e trigliceridi nel sangue elevati.

Per una migliore funzionalità intestinale sono consigliati i semi di chia per la ricchezza

in fibra idrosolubile.

Le arachidi non salate per ottenere un stato di maggiore relax, in particolare alla sera, dopo cena.

I semi oleosi sono anche importanti fonti di vitamina E (antiossidante) e di vitamine del gruppo B: in particolare, ricordiamo la B6 fondamentale per il sistema nervoso e la digestione, la B1, che assicura la salute del cuore, la B3 che contribuisce a ridurre i livelli di colesterolo nel sangue.

I semi ci assicurano anche buone quantità di magnesio, minerale attivo nei processi del metabolismo che generano energia. Contengono anche altri minerali essenziali come zinco, selenio, potassio e calcio, manganese, rame. I semi oleosi svolgono un'azione primaria anti-aterosclerosi e anti-trombosi.

La dose consigliata è di 20 grammi di semi al giorno, al netto degli scarti (guscio).

* *Medico Specialista Scienza della Alimentazione*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Componenti essenziali per la ricostruzione delle membrane cellulari

Fibra idrosolubile abbondante.

Modulatori genetici, molecole capaci di agire sul Dna.

Sconsigliare nella dieta i semi oleosi perché iper-calorici e riduttivo: la gran parte delle loro molecole alimentari non partecipa alla pro-

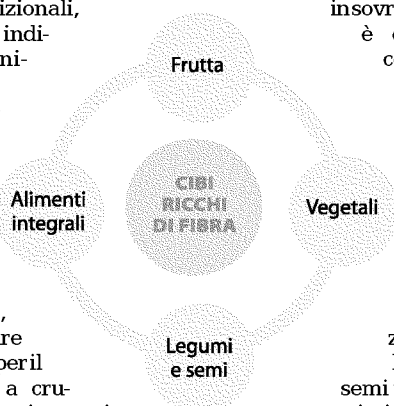
A TAVOLA.

I pregi dei semi oleosi a colazione o fine pasto da soli e nelle insalate Ma attenti alla quantità

I SEMI oleosi prendono il nome dalla loro capacità di produrre olio. I due migliori per la cottura, oltre all'extra vergine di oliva, sono l'olio di vinacciolo (uva) e di arachidi, per il loro elevato punto di fumo. Olio di lino, di noci, di mandorle invece hanno interessanti proprietà nutrizionali, con precise indicazioni cliniche.

Chi ha problemi cardiaci e vascolari, dislipidemie, ipertensione arteriosa, disturbi intestinali, può preparare un "suo" olio per il condimento a crudo, composto in parti uguali: metà extravergine e l'altra metà olio di semi di lino spremuto a freddo o olio di noci. Il sapore è amaro per la presenza di polifenoli protettivi; questo olio è ricco in acidi grassi omega-9 e omega-3 utili per la protezione delle membrane delle cellule car-

diache. Tenere questo olio nel frigorifero e non utilizzarlo per la cottura. Contiene pure ubiquinone, molecola alimentare che, con il passare degli anni, il cuore richiede in dosi crescenti per contrarsi. Gli omega-3 proteggono anche dallo stato di infiammazione cronica presente in chi è in sovrappeso, oppure è obeso; inoltre contrastano sia il processo di sviluppo dell'aterosclerosi che quello di aggregazione delle piastrine, abbassando il rischio di formazione di trombi. Ma tutti questi semi possono essere mangiati da soli, tal quali, o abbinati in piatti, di verdure crude o cotte, di un solo tipo o misti. La dose consigliata, meglio ripetere, è 20-25 grammi (senza il guscio) al giorno. Ideali nella colazione del mattino, soprattutto noci, mandorle e nocciole. Tutti, comunque, si prestano ottima-



mente ad arricchire le nostre insalate ed altri tipi di pietanze, sia a pranzo che a cena.

Alcuni esempi di piccoli consumi con cui raggiungere i 20-25 grammi al dì: un cucchiaino di semi di girasole e una o due nocciole già presenti nel muesli, due o tre noci come snack a metà mattina o pomeriggio, sesamo in alcuni tipi di pane, pinoli per cucinare e semi di zucca, mandorle, pistacchi, arachidi (ma



ATP
Sta per adenosin trifosfato, molecola che conserva l'energia

Una ricetta per rendere gradevoli quelle sostanze amarognole con maggior potere antiossidante

senza sale!).

Infine, una ricetta per stemperare l'amaro degli oli di lino e noci inserendoli nella crema Budwig. Come si prepara: in una scodella versare tre cucchiaini di yogurt e 2 cucchiaini di olio di lino spremuto a freddo. Sbattere il composto con una forchetta fino a ottenere un impasto cremoso. Aggiungere succo di limone e mescolare ancora. Separatamente, macinare fino a ridurli in polvere 2 cucchiaini di cereale integrale preferito (riso, avena, farro, miglio, grano saraceno, kamut, orzo...). Aggiungere 2 cucchiaini di semi oleosi: noci o mandorle o pinoli o pistacchi o nocciole o sesamo..., quindi unire all'impasto di yogurt ed olio di lino e mescolare delicatamente. Schiacciare bene con una forchetta una piccola banana matura e aggiungere gli altri ingredienti.

(pg. rossi)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Arginina
È l'aminoacido da cui l'organismo ricava il principale vasodilatatore



Spremitura
Il metodo a freddo conserva le proprietà antiossidanti dei grassi insaturi

> A TAVOLA
EUGENIO DEL TOMA



PIÙ PASSI E MENO DIETE...

Almeno quindici anni fa, quando l'eccesso di peso e l'obesità non erano ancora un'epidemia del mondo civilizzato, ho iniziato un mio libro di divulgazione con la frase: "L'uomo si sta

ammalando di sedentarietà". L'affanno del vivere nelle grandi metropoli, tra ingorghi del traffico e troppe ore di lavoro sedentario e di tv, senza un adeguato coinvolgimento muscolare, si sta dimostrando dannoso. Recriminavo su questa realtà dopo aver letto l'articolo di un autorevole studioso dell'evoluzione umana (Prof. Leonard

W. su *Physiology & Behavior*) imperniato sul ruolo della riduzione della spesa energetica legata al poco o insufficiente movimento fisico. Finalmente, la riduzione dell'attività fisica e non la dieta viene indicata come primo punto sul quale intervenire per contrastare sovrappeso e obesità a livello individuale e di popolazione. Leonard parla di circa 12,4 miglia percorse

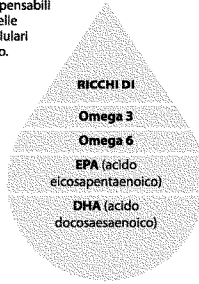
dall'uomo primitivo contro le 2,4 miglia dei pochi che si avventurano oggi in qualche passeggiata. Eppure riconoscendo che in alcuni strati della popolazione i consumi alimentari dovrebbero essere più equilibrati (eccesso di grassi, di zuccheri ma anche di proteine) conclude che senza un'adeguata promozione dell'attività fisica è inutile qualsiasi

politica di controllo del peso mediante le diete. Dunque, non era sbagliato ma solo prematuro il titolo di un mio libro *La dieta si fa contando i passi, meno diete più movimento*.
edeltoma@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GLI ACIDI GRASSI POLINSATURI (PUFA)

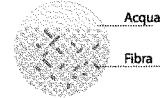
Sostanze indispensabili per la salute delle membrane cellulari di tutto il corpo. Gli oli vegetali tendono ad avere più acidi grassi insaturi rispetto ai grassi animali



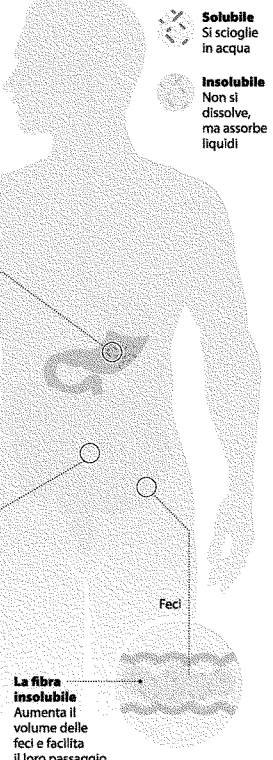
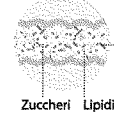
IL RUOLO DELLA FIBRA ALIMENTARE

La fibra comprende le parti di alimenti vegetali che non vengono digeriti o assorbiti; passano quasi intatte attraverso l'apparato digerente

La fibra solubile
Si mescola con il cibo parzialmente digerito nello stomaco



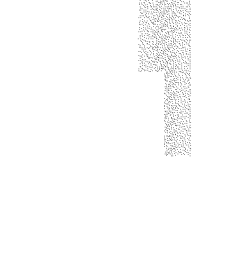
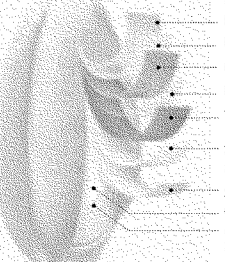
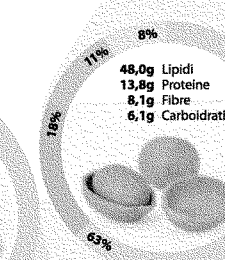
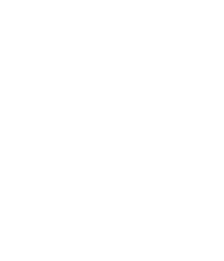
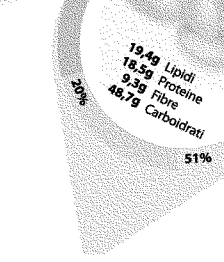
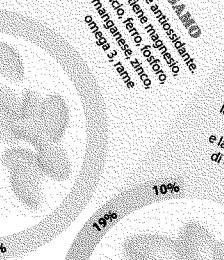
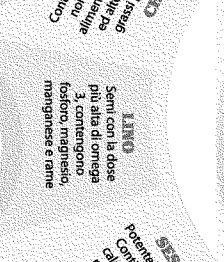
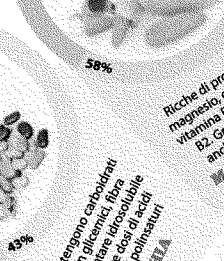
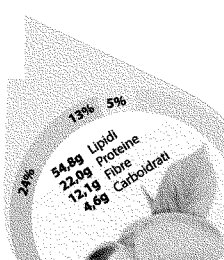
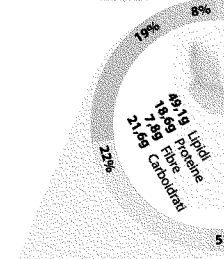
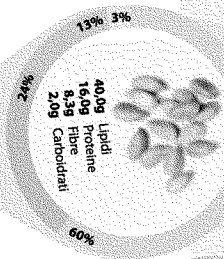
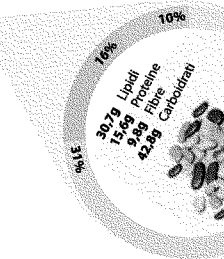
Nell'intestino tenue, la fibra solubile intrappola zuccheri, colesterolo e grassi e rallenta il loro assorbimento. Così riduce il colesterolo e aumenta la sazietà



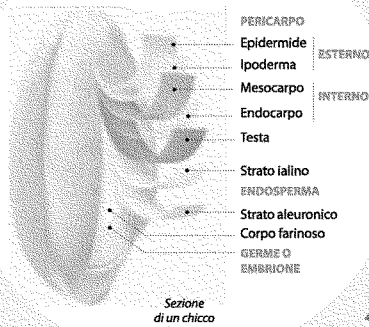
La fibra insolubile
Aumenta il volume delle feci e facilita il loro passaggio nell'intestino

LE PROPRIETÀ NUTRIZIONALI

Lipidi Proteine Fibre Carboidrati



ANATOMIA DEL SEME



NOCCIOLE
Fonte di vitamine B1, A, C ed E e di fitosteroli, utili per la prevenzione delle malattie cardiovascolari

PINOLI
Ricchi di proteine e di arginina, aminoacido molto utile per l'attività neuronale

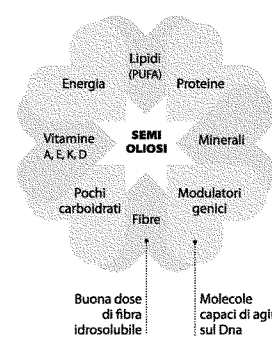
ARACHIDI
Fonte di proteine, aminoacidi, fibre, vitamine E, A, B3 e minerali come magnesio e manganese

NOCI
Hanno alto contenuto di omega 3. Dose consigliata: 2-3 noci al giorno

PISTACCHI
Oligo antiossidanti e alcalinizzanti con notevoli quantità di vitamina B6 e rame

GIRASOLE
Meglio il seme che l'olio. Buone dosi di vitamine B1 e B6, omega 3 e 6, fosforo e manganese, rame

PICCOLI MA POTENTI



I TOP FIVE ANTIOSSIDANTI

L'unità ORAC (Oxygen Radical Absorbance Capacity) misura il potere antiossidante per 100 g alimento

- 1 NOCI 15544
- 2 NOCCIOLE 9046
- 3 PISTACCHI 7675
- 4 SESAMO 7408
- 5 ZUCCA 6588

TOP 5 OMEGA 3

- 1 NOCI
- 2 PINOLI
- 3 ARACHIDE
- 4 SESAMO
- 5 LINO

TOP 5 MAGNESIO

- 1 GIRASOLE
- 2 SESAMO
- 3 LINO
- 4 MANDORLE
- 5 PINOLI

FONTE: RSALUTE / NATIONAL FIBER COUNCIL