



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Stampa | Stampa senza immagine | Chiudi

SALUTE

Sanità, liste d'attesa in Campania:«La mammografia? Tra 230 giorni»

Oltre 8 mesi per un elettrocardiogramma. Il consigliere Coscioni: «Stiamo lavorando ad una riorganizzazione della medicina generale e della medicina territoriale»

Angelo Agrippa

NAPOLI - Non bastano neanche le smorfie di sdegno del presidente della Regione, Vincenzo De Luca, per descrivere la gravissima situazione delle liste d'attesa che, con i loro tempi biblici, impediscono un'assistenza sanitaria adeguata a chi ne ha bisogno. Eppure, quella che De Luca definisce la sua «rivoluzione», che «eliminerà padrini politici per restituire dignità professionale agli operatori e civiltà di trattamento agli utenti», dovrà fare i conti con la voragine di migliaia di dipendenti mancanti all'appello e con fondi di riparto che continuano ad essere erogati alle regioni seguendo parametri del tutto inadeguati, tanto che la Campania, per essere la più giovane d'Italia, subisce pesanti penalizzazioni rispetto a Lombardia e Veneto che, invece, fanno registrare una popolazione più anziana. Ma nessun motivo può diventare alibi al cospetto di una visita cardiologica che all'Asl di Avellino richiede un'attesa di 145 giorni; di una risonanza magnetica o di una colonscopia che all'Asl Napoli 1 viene eseguita in 104 giorni; di una ecografia all'addome che all'ospedale Moscati di Avellino impone un'attesa di 282 giorni; di un elettrocardiogramma che richiede 260 giorni o una mammografia che al Rummo di Benevento esige 230 giorni di attesa; di una cistoscopia urologica che all'ospedale di Caserta viene praticata non prima di 190 giorni. Insomma, dati che raccontano, come drammaticamente commenta il governatore, «una sanità da paese sud sahariano». Intanto, sono mesi che si attende la nomina del nuovo commissario per il piano di rientro dal debito sanitario in Campania e, secondo quanto circola, potrebbe slittare ancora di una settimana.

«Credo sia sbagliato — precisa il consigliere per la sanità di De Luca, il cardiocirurgo Enrico Coscioni — buttare la croce addosso agli ospedali campani. Rispetto agli anni passati abbiamo perso 15 mila dipendenti e molte strutture non sono in grado di fornire assistenza con la giusta puntualità; mentre dall'altra parte la rete territoriale non è adeguatamente preparata. Stiamo lavorando ad una riorganizzazione della medicina generale e della medicina territoriale che non può che passare attraverso un sistema di informatizzazione puntuale. Insomma, la prima cosa da sapere è cosa occorre ad un dato territorio: è servito da centri diagnostici? Esistono presidi di assistenza dedicata? Inoltre — conclude Coscioni — dinanzi al processo di invecchiamento della popolazione è necessario attrezzarsi per potenziare la deospedalizzazione: puntare su strutture intermedie, non per forza sugli ospedali». Un aspetto, quest'ultimo, condiviso anche dal parlamentare di Ncd Raffaele Calabrò, ex consigliere per la sanità di Stefano Caldoro, per il quale, tuttavia, è da difendere il lieve miglioramento registrato per i Lea, i livelli essenziali di assistenza.

«Il miglioramento c'è stato — ribatte Calabrò — sebbene la Campania resti penultima. Ma anche questo dato andrebbe comparato con le altre regioni che, in termini tendenziali, hanno perso molto di più, pur mantenendo posizioni migliori. Al di là di questo, sarebbe opportuno ricorrere alle cure ospedaliere solo in casi particolari e di emergenza. Per fare delle analisi o un esame non bisogna affollare il pronto soccorso». Tutto questo se i tetti di spesa non fossero esauriti a giugno, se le strutture accreditate fossero regolarmente controllate ed efficienti, se gli ambulatori delle Asl non diventassero, come spesso sono, rifugio per medici-impiegati. Insomma, se la Campania fosse — come auspica De Luca — una regione a testa alta. A cominciare proprio dalla sanità.

Sanità, per tutti i dipendenti assicurazione obbligatoria

Rivisto e corretto l'art. 8 della legge sulla responsabilità professionale in campo sanitario. Nei giorni scorsi, infatti, in commissione affari sociali alla camera sono stati approvati gli emendamenti del relatore Federico Gelli (Pd) in materia di obbligo assicurativo e di azione diretta del soggetto danneggiato nei confronti della compagnia assicuratrice. Via libera, quindi, all'obbligatorietà, per tutti i dipendenti delle strutture sanitarie, di una copertura assicurativa. Tale misura viene allargata anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina e nasce anche al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa da parte delle strutture nei confronti dei loro dipendenti. Invece, in materia di trasparenza, le aziende del Ssn dovranno chiarire, mediante pubblicazione online, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa. Inoltre il Mise insieme al ministro della salute, definirà con apposito decreto i criteri e le modalità di vigilanza e controllo che l'Ivass sarà tenuto a effettuare sulle compagnie assicuratrici che intendano contrarre polizze con le strutture. Per quanto riguarda il soggetto eventualmente danneggiato, invece, le nuove disposizioni gli permetteranno di agire direttamente nei confronti dell'assicurazione entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata la polizza. L'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'impresa assicurativa è soggetta al termine di prescrizione pari a quello dell'azione verso l'azienda sanitaria, la struttura o l'ente assicurato. Da parte del relatore, poi, è arrivato l'annuncio di un nuovo emendamento (il 10.50), interamente sostitutivo dell'articolo 10, che disciplina la nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria.

Pasquale Quaranta

Le aziende sanitarie stanno chiedendo alle ex guardie mediche di riconsegnare un'indennità non dovuta, ma la decisione ha sollevato diverse polemiche

Asl, caso dei doppi pagamenti Scoppia la guerra delle diffide

■ MANUELA GALLETTA

La procura della Corte dei Conti indaga sul pagamento, in favore delle (ex) guardie mediche, di un'indennità in realtà soppressa e le Asl campane finite sotto accusa per aver liquidato indebitamente gli emolumenti corrono ai ripari per evitare di dover corrispondere di tasca proprio i soldi spesi senza ragione: le (ex) guardie mediche che hanno percepito l'indennità dal 2004 sino all'anno scorso si sono visti recapitare una lettera con la quale si chiede la restituzione della cifra ottenuta.

Qualcuno ha pagato, ma alcuni si sono opposti innescando così una guerra a colpi di carta bollata. Una guerra che passa attraverso le diffide.

A rendere incandescente gli animi è stata la scelta delle Asl di rimediare all'errore commesso: l'Asl Napoli 1, la Napoli 2 (che aveva già sospeso i pagamenti qualche anno fa) e la Napoli 3 hanno già recuperato parte della somma. La Napoli 3, ad esempio, ha incassato l'indennità di continuità assistenziale pagata alle (ex) guardie giurate nell'anno 2013, anno in cui a versare l'emolumento non sono state più

le Asl ma la Regione in base ad un nuovo accordo collettivo del lavoro. Questa soluzione è la sola possibile per evitare un 'processo' dinanzi alla Corte dei Conti. Per evitare alle persone finite sotto accusa di dover pagare personalmente il danno all'erario da 10 milioni di euro rilevato complessivamente dalla magistratura inquirente. Allo stato i riflettori della procura presso la Corte dei Conti si sono accessi su 7 dirigenti regionali (per il periodo che va dal 2013 al 2014) e 43 funzionari e dirigenti delle Asl campane (che hanno firmato l'accordo che ha consentito la corresponsione dell'indennità ormai soppressa e che hanno liquidato la somma non più dovuta). A scorrere l'elenco dei nomi delle persone interessate dalle indagini, c'è tuttavia anche il nome di qualche funzionario che non ha però partecipato ad alcuna delle fasi 'cruciali' che hanno portato alla corresponsione dell'emolumento: è il caso di Gennaro Esposito, dal 2011 responsabile del personale convenzionato per l'Asl Napoli 3. Da quando ha assunto l'incarico l'Asl Napoli 3 ha sospeso l'erogazione dell'indennità di continuità assistenziale, che era stata inglobata da quella omnicomprensiva. E in prima persona si è attivato per il recupero delle somme. Grazie a lui l'Asl Napoli 3 è andata all'incasso dei soldi 'spesi' dalla Regione (che ha delegato l'Asl per il recupero) per l'anno 2013. Possibile, dunque, che l'inserimento del suo nome sia frutto di un mero errore. Ad ogni modo nelle prossime settimane la procura presso la Corte dei Conti e la Finanza contatteranno le Asl 'incolpite' per fare un primo screening sulle somme recuperate e rimodulare così l'entità del danno.

La guardia di finanza indaga su presunti danni erariali in merito all'indennità assistenziale riservata ai medici

Inchiesta sull'Asl, 7 dirigenti invitati a colloquio

Sono stati 'convocati' dal sostituto procuratore della Corte dei Conti Marco Catalano

NAPOLI (mar.maf. e ti.pa.)

- Sette dirigenti dell'Asl sono stati invitati a colloquio dal sostituto procuratore regionale della Corte dei Conti **Marco Catalano** nell'ambito dell'inchiesta sull'illegittima erogazione di denaro per continuità assistenziale. Un 'errore' che avrebbe provocato, secondo la procura, un danno patrimoniale di 399.156,56 euro per la Regione Campania-Asl di Caserta. Coinvolte anche altre Aziende sanitarie locali per un eventuale danno patrimoniale che si aggirerebbe sui 10 milioni di euro.

Nello specifico il sostituto procuratore ha comunicato alle persone che presso la procura regionale è in corso una istruttoria di responsabilità amministrativa, per la vicenda relativa all'esborso, da parte dell'azienda sanitaria locale, di denaro per indennità assistenziali.

Il sostituto procuratore ha invitato a dedurre i responsabili dell'Asl affinché provvedano ad essere sentiti o a depositare proprie deduzioni, con eventuale documentazione.

L'inchiesta ha visto impegnata la guardia di finanza per l'esistenza di un possibile danno erariale alle casse dell'Asl, a seguito della corresponsione di somma per indennità assistenziale. Si tratta del trattamento economico previsto dall'accordo integrativo regionale della Medicina generale del 2003, con specifico riferimento ad un'indennità di 0,88 euro all'ora, corrisposta ai medici di continuità assistenziale.

Nell'inchiesta figurano i nomi dei funzionari regionali dell'Asl **Aurelio Bouchè** di Portici, **Mario Vasco** di Mari-glianella, **Ferdinando Romano** di Ronciglione (in provincia di Viterbo), **Mario Morlacco** di Lucera (provincia di Foggia), nella qualità di Sub Commissario ad acta per il piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, **Albino D'Ascoli** di Salerno, coordi-



natore del Piano sanitario regionale e dirigente del settore Programmazione, **Antonio Postiglione** di Ischia, dirigente di staff "Funzioni di supporto tecnico-amministrativo alla Direzione Generale" del Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali e dirigente ad interim del Personale del Servizio sanitario regionale, **Maria Giovanna Fiume** di Pozzuoli, già dirigente a contratto dell'Azienda regionale sanitaria della Regione Campania).

Oltre a questi 7 dirigenti regionali sono stati invitati a dedurre anche altri funzionari delle Asl di Napoli 1, Napoli 2 e 3, Benevento, Avellino e Salerno. Nello specifico per l'Asl Napoli 1 sono stati invitati **Francesco La Rocca**, **Gennaro Volpe**, **Mattia Izzo** e **Antonio Ercole Rossi**; per l'Asl Napoli 2 e 3 **Giuseppe Insogna** di Frattaminore, **Ciro Marino** di Napoli, **Raffaele Attanasio** di Caivano, **Tosca Cristiano** di Gaeta, **Antonietta Niro** di Moncalieri, **Stefano Visani** di Grumo Nevano, **Pietro Iasevoli** di Pomigliano d'Arco, **Antonietta Siciliano** di

Napoli, **Aniello Ferrara** di Palma Campania, **Giovanni Lauro** di Pomigliano d'Arco, **Carlo Esposito** di Pomigliano d'Arco, **Michele Massimo Lauri** di Acerra, **Giuseppe Esposito** di Pomigliano d'Arco; per l'Asl di Avellino **Salvatore Festa**, **Rossana Formato** e **Lucia Giannattasio**; per l'Asl di Benevento **Antonio Bottillo** di Montesarchio; per l'Asl di Salerno **Raffaele Ferraioli** di Sant'Egidio del Monte Albino, **Giovanni Russo** di Nocera Superiore, **Alberto D'Anna** di Salerno, **Rocco Salvati** di Mercato San Severino, **Valentina Barile** di Atripalda, **Pietro Teo** di Napoli, **Raffaele Ateniese** di Salerno, **Federico Pagano** di Salerno, **Ferdinando Memoli** di Salerno, **Angelo Spera** di San Cipriano Piacentino, **Giuseppe Testa** di Latina, **Eugenio**



Scorpio di Salerno, **Claudio Furcolo** di Salerno, **Lorenzo Grippo** di Santa Marina, **Fernando De Angelis** di Mercato San Severino, **Francesco De Simone** di Salerno, **Maurizio Bortoletti** di Milano, **Antonio Squillante** di Angri, **Annamaria Farano** di Cava de' Tirreni, **Maria Anna Fiocco** di Salerno e **Francesco Avitabile**. Le persone destinatarie dell'invito a dedurre non sono accusate di reati né indagate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Orlandi: nel 2016
la certificazione
dei redditi si sdoppia
Per i dati extra
tempo fino al 31 luglio*

Giovanni Parente » pagina 43

Dichiarazioni 2016. Orlandi in audizione

Certificazione unica con doppio invio

Giovanni Parente

ROMA

Restyling delle dichiarazioni dei redditi 2016 con debutto soft. La direttrice delle Entrate, Rossella Orlandi, apre alle richieste avanzate da associazioni di categoria e professionisti sulla nuova **certificazione unica**, che dal prossimo anno dovrebbe anticipare una serie di informazioni finora trasmesse con il **modello 770**. Un progetto che, come ha ammesso la numero dell'Agenzia durante l'audizione di ieri in commissione di vigilanza sull'Anagrafe tributaria, richiede nel primo anno di applicazione tanto agli intermediari quanto ai sostituti d'imposta «uno sforzo legato alla necessità di adeguare gli applicativi attualmente in uso: sforzo che determinerà, comunque, una razionalizzazione dell'adempimento». Come sottolineato, tra gli altri, dal Consiglio nazionale dei dottori commercialisti (Cndcec) sempre in un'audi-

zione parlamentare e da Rete imprese Italia con una serie di osservazioni inviate alle Entrate, anticipare troppi dati subito alla certificazione unica per snellire il modello 770 avrebbe rischiato di trasformare un intento di semplificazione in una complicazione visto ormai lo scarso tempo per adeguarsi. Da qui l'apertura arrivata dalla Orlandi secondo la quale appare «condivisibile» che nel primo anno di applicazione «l'obbligo di trasmissione entro la data del 7 marzo delle nuove certificazioni uniche sia limitato a quelle contenenti dati utili per la predisposizione della dichiarazione precompilata, con differimento alla data di presentazione del modello 770 (il 31 luglio) del termine di trasmissione delle restanti certificazioni uniche». Una certificazione unica che, di fatto, diventerebbe a due tempi per spianare la strada a un modello 770 semplificato che, secondo le intenzioni del *restyling*, si ridurrebbe

solo all'invio dei prospetti.

Sui tempi, invece, del **730**, la Orlandi ha sottolineato tutte le criticità connesse a un eventuale rinvio del termine del 7 luglio in quanto «potrebbe avere riflessi sui tempi di erogazione ai cittadini dei rimborsi fiscali effettuati mediante i sostituti d'imposta, che oggi sono ordinariamente corrisposti con le retribuzioni di luglio (per i lavoratori dipendenti) e con le pensioni di agosto o settembre (per i pensionati)». Continua, invece, il lavoro per implementare la dichiarazione precompilata: nel 2016 arriveranno **spese mediche, spese universitarie, spese funebri e la prima rata dei lavori di ristrutturazione e risparmio energetico**. «Con l'inserimento nel 730 delle spese detraibili più frequenti, come ad esempio quelle sanitarie, la dichiarazione precompilata - sottolinea il presidente della commissione di vigilanza, Giacomo Antonio Portas - diventa ancora più completa e crescerà

il numero delle dichiarazioni accettate dai cittadini senza modifiche o integrazioni».

La direttrice ha risposto anche alle criticità sollevate dai soggetti interessati alla trasmissione delle spese sanitarie, in particolare le rappresentanze del mondo medico. Sulla duplicazione degli adempimenti, la Orlandi ha ricordato che il Ddl di Stabilità prevede l'esclusione da **spesometro** per i dati trasmessi al Sistema tessera sanitaria. Sulle modalità di trasmissione, invece, l'adempimento potrà «essere effettuato sia direttamente sia mediante intermediari, debitamente autorizzati». La Orlandi ha tranquillizzato anche sulla questione dei **familiari a carico**: il collegamento delle informazioni avverrà sulla base dei dati trasmessi con le certificazioni uniche e «pertanto non si ravvisa nessun profilo di responsabilità dei medici in ordine al corretto trattamento dei dati trasmessi».

IL MODELLO 730

Stop al rinvio della scadenza per non rallentare i rimborsi
Tra le informazioni in arrivo nella precompilata
spese funebri e universitarie

NESSUNA NOMINA CHI DECIDE SULLA SANITÀ

di **Antonio De Falco**

Cittadini ed operatori della sanità campana pagano a caro prezzo, sulla loro pelle e con le proprie tasche, la situazione di dissesto che viene da lontano ed attraversa gli schieramenti. Vogliamo che il decisionista Renzi decida di nominare il commissario ad acta per la sanità, visto che il decisionista De Luca non può decidere da solo nulla in merito, in quanto la nuova norma nazionale disgiunge le funzioni di presidente della giunta da quella di commissario ad acta. Da ormai sei mesi questa decisione è sospesa e nessuno ne dà una spiegazione, si assiste solo ad uno sterile esercizio del gioco del toto-commissario, ma nessuno spiega quale è il motivo di questo ritardo, quali problemi nasconda o in quali trattative rientri. Eppure i problemi sono tanti, accumulati nel tempo ed irrisolti. La programmazione sanitaria è al palo, visto che il piano ospedaliero ha superato i 5 anni di vita e non ancora cammina sulle sue gambe perché mancano ancora gli strumenti di riorganizzazione per le aziende sanitarie (gli atti aziendali), ed a cinque anni dalla nascita è già vecchio perché ci sono (finalmente) linee di indirizzo nazionali con standard ospedalieri da rispettare. Ma anche prima non godeva di buona salute, visti i dissesti creati in alcuni ambiti quali il materno-infantile. Eppure quella della programmazione sanitaria, sempre altalenate, mai certa e mai pienamente realizzata, è una delle stesse cause del debito e dei disservizi. I nuovi elenchi dei direttori generali non sono ancora

definiti e così non si possono nominare e si continua nella assurdità del commissariamento diffuso che paralizza ulteriormente la nostra sanità, magari con commissari che non hanno requisiti né vecchi né nuovi per dirigere un'azienda e forse ne avevano neppure l'ambizione. Ci sta per cadere addosso, a giorni, la tegola dell'adeguamento alle regole europee sull'orario di lavoro, senza che né a livello nazionale né a livello regionale si sia ancora fatto nulla, nonostante il fatto che la mancata riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera ed il mancato potenziamento di quella territoriale, unito al disastro sugli organici del blocco del turnover, renderà ancor più insostenibile l'organizzazione del lavoro e comporterà riduzione dell'assistenza e concentrazione di tutte le energie organizzative nell'emergenza, con ulteriore riduzione delle attività di prevenzione e cura ordinarie. E poi l'ospedale del Mare. Siamo arrivati addirittura a sentir proporre sulla stampa, su queste colonne, da altri sindacati, di affidare la gestione ai privati, comprese le assunzioni: un grande jobs act sanitario. In barba ai diritti e garanzie di pubbliche selezioni. Nuovo precariato e assunzioni interinali? Saremmo alla resa delle istituzioni pubbliche. Una provocazione come, benevolmente, la interpreta il presidente dell'Ordine dei Medici. Certo, ma in passato per la maternità più produttiva della Asl Napoli 1 (Annunziata) e l'unica a superare il tetto dei mille parti, la sostanziale chiusura si verificò con un notevole contributo, ovviamente involontario, al processo di privatizzazione dei punti nascita.

Segretario regionale Confederazione medici ospedalieri

22° ORIENTAGIOVANI DI CONFINDUSTRIA

Le aziende cercano tecnici e laureati

Serena Uccello > pagina 13

22° Orientagiovani. In Italia solo duemila i diplomati dell'istruzione tecnica superiore

Le imprese alla ricerca di tecnici e laureati

Squinzi: abbiamo bisogno di un nuovo progetto Paese

Serena Uccello
MILANO

■ All'appello mancano circa 100mila tecnici. Giovani formati in particolare sulle nuove tecnologie che le aziende cercano senza esito. Questo nonostante negli ultimi anni il canale della formazione tecnica-tecnologica sia stato potenziato grazie allo sviluppo dell'istruzione tecnica superiore. Un canale sostitutivo dell'università che nasce dalla sinergia di aziende ed istruzione e che ha come obiettivo quello di formare figure professionali intermedie, tecnici cioè altamente specializzati che sempre di più costituiscono il cuore della capacità innovativa delle imprese stesse. Oggi - è stato questo il tema al centro del ventiduesimo Orientagiovani di Confindustria che si è svolto ieri a Milano - i giovani che conseguono questa specializzazione sono circa duemila, pochissimi se consideriamo la Germania, paese al cui modello facciamo riferimento e soprattutto pochissimi se si considera che passa dall'implementazione di questo genere di competenze la crescita del Paese.

«Da tempo - ha spiegato il presidente di Confindustria, Giorgio Squinzi - sto insistendo sulla necessità assoluta di ritornare a una visione industriale per l'economia del paese. Un'industria moderna fondata sulla conoscenza e sulla sua trasformazione in valore economico».

Puntare sui giovani vuol dire dunque da un lato dare gambe alla crescita, dall'altra risarcire una sorta di debito morale perché, ha proseguito Squinzi, finora per i giovani «abbiamo fatto troppo poco come Paese e il doloroso segno di questo arretramento è una diaspora dei migliori e dei più competitivi, che lasciano un paese avaro, che non sa trattenerli. Parliamo di persone, di cervelli, di capitale sociale, l'unico di cui dispone una nazione come la nostra povera di materie prime».

Un progetto che sta dentro un progetto più grande, una sfida più impegnativa, ovvero «un nuovo Progetto Paese. Non grandi fughe in avanti, ma programmi, concreti e misurabili, in un arco di tempo realistico, con quella creatività che ci fa riconoscere e apprezzare nel mondo, che può rigenerare l'esistente e costruire nuovo futuro». Così appellandosi alle migliaia di studenti presenti nell'Auditorium del Teatro Strehler il numero uno degli industriali li ha invitati a raccogliere il testimone: «Tutti noi di Confindustria saremo con voi, in prima fila a sostenere il vostro impegno e ad ascoltare la vostra voce, fortemente convinti che l'alleanza di coloro che hanno volontà di impegnarsi, che mettono a frutto le loro intelligenze per essere una nuova categoria di innovatori tra gli innovatori sarà lo straordinario

motore di crescita civile, sociale ed economica dell'Italia».

L'Italia secondo paese manifatturiero d'Europa, dopo la Germania, può diventare la Silicon Valley di questo Europa se solo riuscisse a potenziare la sua vocazione al medium hi tech. «È in atto una rivoluzione - ha continuato il presidente di Assolombarda Gian Felice Rocca - e i giovani, con la naturale propensione alla tecnologia e alla comunicazione digitale, che sono loro proprie, diventeranno indispensabili per le imprese».

E se oggi di tecnici ne servono 100mila nel prossimo decennio il fabbisogno potrebbe lievitare a 900mila. «Il modo di fare impresa, di produrre, sta infatti cambiando. Nei prossimi anni il nostro sistema manifatturiero dovrà, infatti, affrontare la sfida della quarta rivoluzione industriale, la cosiddetta Industry 4.0, ossia la totale automazione e interconnessione delle produzioni. È la "smart factory", cioè la fabbrica intelligente caratterizzata da digitale e grande autonomia delle persone che vi lavorano. Le figure professionali più rilevanti saranno riconducibili a tre filoni: il trattamento e l'analisi delle informazioni (big data, business intelligence); la progettazione di applicazioni associate ai nuovi media e ai social network; l'automazione dei processi produttivi e logistici».

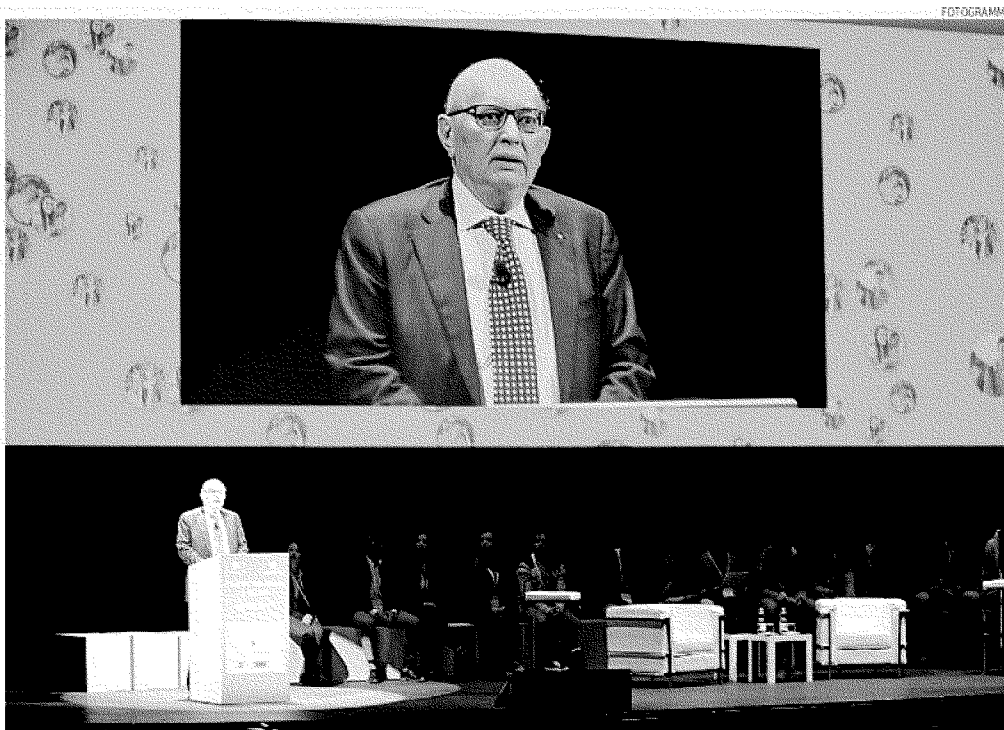
Dunque se l'obiettivo è questo l'Its diventano centrali come centrale diventa l'alternanza scuola-lavoro obbligatoria con l'entrata in vigore della Buona Scuola. «È la più importante innovazione della riforma

scolastica che cambia in profondità il nostro approccio al mondo del lavoro - ha spiegato Ivanhoe Lo Bello, vicepresidente per l'Education di Confindustria -. Finora prima si studiava poi si lavorava. Con l'alternanza invece si riconosce, finalmente, al lavoro e soprattutto all'impresa il loro ruolo educativo. È una vera rivoluzione che ci mette al passo con i sistemi europei, penso in particolare al modello tedesco. In Germania la disoccupazione giovanile è al 7%, da noi al 42%, questo dato non di-

pende solo dal contesto economico ma anche da un sistema scolastico prevalentemente radicato sullo studio».

LE OPINIONI

Rocca: giovani indispensabili alla rivoluzione tecnologica che è in atto nell'industria
Lo Bello: ci stiamo mettendo al passo con l'Europa



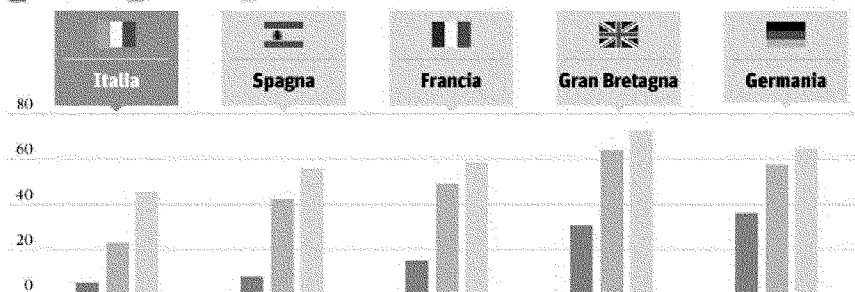
Orientagiovani. L'intervento del presidente di Confindustria, Giorgio Squinzi, ieri al Teatro Strehler di Milano

I giovani e il lavoro

GLI STUDENTI LAVORATORI

Studenti che lavorano, in percentuale del totale studenti per classe di età

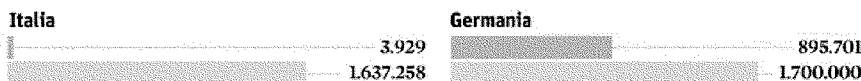
■ 15-24 anni ■ 25-29 anni ■ 30-34 anni



IL CONFRONTO CON LA GERMANIA

Studenti iscritti a.a. 2014/2015

■ Istituti tecnici scientifici ■ Università



Fonte: elaborazioni CSC su dati Eurostat; De Statis, Anagrafe degli Studenti, Banca dati Indire

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 19 NOVEMBRE 2015

Anteprima. Commissione Affari Sociali approva Ddl sulla responsabilità professionale. Ecco le nuove norme punto per punto. Il testo

Con l'approvazione degli articoli 9 e 10 riformulati dal relatore, la XII commissione della Camera ha oggi concluso i suoi lavori sul provvedimento. Gelli: "Con questo testo puntiamo ad aumentare le tutele dei professionisti prevedendo, al contempo, nuovi meccanismi a garanzia del diritto al risarcimento da parte dei cittadini danneggiati da un errore sanitario". Ora il testo passa alle altre Commissioni competenti per i pareri. [IL TESTO](#)

Con il via libera ai nuovi articoli 9 e 10 riformulati dal relatore, **Federico Gelli (Pd)**, la commissione Affari Sociali della Camera ha approvato il disegno di legge sulla responsabilità professionale. Il testo passerà ora all'esame delle altre commissioni per i pareri di competenza prima di approdare in Aula. Molti i cambiamenti apportati in questi mesi rispetto al testo base adottato dalla XII commissione lo scorso agosto. Possiamo dire che il provvedimento è stato quasi interamente riformulato dal relatore.

"Si tratta di un provvedimento atteso ormai da troppi da anni da parte degli operatori della sanità - ha spiegato a *Quotidiano Sanità* Gelli -. L'assenza di un chiaro inquadramento legislativo su questa materia toglie serenità a medici e professionisti e soprattutto ha come ricaduta l'enorme costo della medicina difensiva che pesa sul nostro sistema salute per 14 miliardi di euro l'anno, risorse che potrebbero essere impiegate per migliorare la sanità pubblica. Per questo motivo sono stato impegnato per mesi insieme ai colleghi della Commissione, per redigere un testo specifico e organico che, in un'ottica di sistema, dia alla questione risposte chiare ed esaustive sulle orme della legislazione europea di riferimento. L'obiettivo di questo disegno di legge è quello di aumentare le tutele dei professionisti prevedendo, al contempo, nuovi meccanismi a garanzia del diritto al risarcimento da parte dei cittadini danneggiati da un errore sanitario".

"Il testo è stato approvato a larga maggioranza e ha visto il sostegno anche di alcune forze politiche dell'opposizione. Un chiaro segnale dell'importanza del provvedimento che segna un cambiamento epocale per il tema della responsabilità professionale. Sono molto felice della conclusione dei lavori che hanno visto impegnarsi senza sosta tutti i componenti della Commissione - ha concluso Gelli -. Spero che possa approdare in Aula nel più breve tempo possibile dopo il parere favorevole delle altre commissioni".

Ma vediamo nel dettaglio il contenuto del provvedimento.

L'articolo 1 definisce la **sicurezza delle cure in sanità** come "una parte costitutiva del diritto alla salute perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività".

L'articolo 2 regola l'attività di **gestione del rischio sanitario**, prevedendo che tutte le strutture attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio (risk management).

L'articolo 3 spiega che le funzioni di **Garante per il diritto alla salute** verranno affidate al **difensore civico**. Il difensore civico, a livello regionale, diventerà il centro dell'interlocuzione con il paziente che potrà qui richiedere gratuitamente assistenza in tutti quei casi in cui ritenga di essere stato danneggiato. Inoltre, in ogni regione, verrà istituito un **Centro per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente** che sarà incaricato di raccogliere i dati regionali sul contenzioso e sugli errori sanitari per poi trasmetterli all'organismo di riferimento nazionale (Osservatorio nazionale sicurezza in sanità).

L'**articolo 4** prevede che l'**Osservatorio nazionale sicurezza in sanità**, che verrà istituito presso l'Agenda nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge, si occuperà di acquisire dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente richiamati nell'articolo 3, i dati regionali relativi agli errori sanitari e all'onere finanziario del contenzioso, individuando apposite linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario, oltre che per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario. Per la predisposizione di queste linee di indirizzo l'Osservatorio dovrà avvalersi dell'aiuto delle società scientifiche. Viene previsto, inoltre, che il ministro della Salute dovrà trasmettere annualmente al Parlamento una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

L'**articolo 5** introduce nuove **misure per la trasparenza dei dati**. Le strutture sanitarie saranno tenute a fornire ai pazienti la documentazione clinica da loro richiesta entro trenta giorni. Inoltre, sul sito internet delle strutture dovranno essere pubblicati tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.

L'**articolo 6** modifica il **Codice Penale** introducendo il 590-ter. l'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose, solo in caso di colpa grave o dolo. La colpa grave viene però esclusa quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, vengono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali. Nel mentre, in attesa che queste linee guida vengano emanate da società scientifiche riconosciute con apposito decreto dal Ministero della Salute, è stata inserita una norma transitoria che, per evitare vuoti normativi, prevede l'applicazione della legge Balduzzi.

L'**articolo 7**, in tema di **responsabilità civile**, prevede ancora il 'doppio binario': contrattuale a carico delle strutture sanitarie, pubbliche e private, ed extracontrattuale per l'esercente la professione sanitaria che svolge la propria attività nell'ambito di una struttura sanitaria pubblica o privata o in rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale. Ricordiamo che quest'ultima misura comporta l'inverione dell'onere della prova a carico del paziente e la riduzione della prescrizione da 10 a 5 anni. Due le principali novità: la responsabilità contrattuale delle strutture viene allargata anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime intramurario nonché attraverso la telemedicina, e l'esclusione dalla responsabilità extracontrattuale per i libero professionisti.

L'**articolo 7-bis** istituisce il **tentativo obbligatorio di conciliazione** ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile. Prima dell'avvio di qualunque procedimento, si dovrà esperire, attraverso l'azione tecnico-preventiva affidata al perito, tutti i tentativi possibili. Si prevede che la partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo sia obbligatoria per tutte le parti, comprese le compagnie assicuratrici.

L'**articolo 7-ter** disciplina l'**azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti dell'esercente la professione sanitaria**. Quest'ultima potrà essere esercitata solo in caso di dolo e colpa grave. La struttura sanitaria avrà l'obbligo di dare comunicazione all'esercente la professione sanitaria dell'instaurazione del giudizio risarcitorio mediante notifica nell'atto di citazione. L'omissione o la incompletezza di questa comunicazione preclude l'ammissibilità del giudizio di rivalsa. Infine, l'azione di rivalsa potrà avvenire nella misura massima di un quinto della retribuzione e, il medico, per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione pronunciata nel giudizio di rivalsa, non potrà vedersi assegnare incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti, né potrà partecipare a pubblici concorsi per incarichi superiori.

L'**articolo 8** prevede l'**obbligo per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private di essere provviste di una copertura assicurativa**, e si **ribadisce l'obbligatorietà dell'assicurazione per tutti i liberi professionisti**. Tale misura viene estesa anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina. L'obbligo assicurativo per tutti gli esercenti la professione sanitaria viene previsto anche al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa da parte delle strutture nei confronti dei loro dipendenti. Quanto alla **trasparenza**, le aziende saranno obbligate a pubblicare sul loro sito internet la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative, oltre a tutte le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa. Viene poi previsto un apposito decreto del Ministero della Sviluppo economico, di concerto con il Ministero della Salute, che avrà il compito di definire i criteri e le modalità di vigilanza e controllo che l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (Ivass) sarà tenuto ad effettuare sulle compagnie assicuratrici che intendano contrarre polizze con le strutture e con gli esercenti la professione sanitaria.

L'**articolo 8-bis** prevede la possibilità di un'**azione diretta del soggetto danneggiato nei confronti della compagnia assicuratrice**. Quest'azione sarà soggetta al termine di prescrizione pari a quello dell'azione

verso l'azienda sanitaria, la struttura o l'ente assicurato.

L'**articolo 9** istituisce un **Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria**. Nel testo si spiega che il Fondo dovrà essere costituito presso la Concessionaria servizi assicurativi pubblici S.p.A. (Consap), per risarcire i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei casi in cui: a) il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti stipulati dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria; b) la struttura sanitaria ovvero l'esercente la professione sanitaria risultano assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta o vi venga posta successivamente. Le imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria saranno tenute a versare annualmente alla Consap un contributo da determinarsi in una percentuale del premio incassato per ciascun contratto relativo alle predette assicurazioni. La misura del contributo sarà determinata e aggiornata con cadenza annuale, con regolamento del Ministro dello sviluppo economico, da adottare entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza Stato Regioni.

Infine, l'**articolo 10** disciplina la **nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria**. Nel nuovo testo si spiega che, nei procedimenti civili e penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria implicanti la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico legale e a uno specialista nella disciplina oggetto del giudizio. A tal fine, negli albi dei consulenti e dei periti dovranno essere indicate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina, l'esperienza da loro maturata, il numero degli incarichi conferiti e quelli revocati. Infine, si spiega che gli albi dei periti dovranno essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire un'idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche di area sanitaria, anche coinvolgendo società scientifiche.

Giovanni Rodriquez

quotidianosanita.it

Giovedì 19 NOVEMBRE 2015

Stabilità. Governo pone fiducia. Arriva il maxiemendamento, riceverà le modifiche della Commissione Bilancio. Novità su farmaci innovativi, aderenza terapeutica in farmacia e Fondo genomi. Per i nuovi Lea ci sarà il parere del Parlamento

L'ha annunciato il ministro Boschi alle 21.30. Ieri gli emendamenti della Bilancio. Il più rilevante è quello che svincola dal calcolo del tetto della spesa farmaceutica territoriale i 500 milioni del fondo per i medicinali innovativi. Ma poi c'è anche il nuovo ruolo delle farmacie nel controllo dell'aderenza terapeutica e si ristabilisce un ruolo del Parlamento nella definizione dei Livelli essenziali di assistenza. [TUTTI GLI EMENDAMENTI APPROVATI.](#)

Sarà ancora una volta fiducia. L'annuncio alle 21.30 dal ministro per i Rapporti con il Parlamento **Maria Elena Boschi**: "Signor Presidente, onorevoli senatori, a nome del Governo, autorizzata dal Consiglio dei ministri, pongo la questione di fiducia sull'approvazione dell'emendamento, che mi accingo a presentare, interamente sostitutivo degli articoli del disegno di legge n. 2111, recante le modifiche approvate dalla Commissione". A quel punto il Presidente **Grasso** ha trasmesso il maxiemendamento alla Commissione bilancio e ha convocato la Conferenza dei Capigruppo, che ha organizzato la discussione. Domani mattina la seduta avrà inizio alle ore 9. La chiama per il voto avrà luogo intorno alle ore 12 e dopo la presentazione e l'esame della Nota di variazioni, sarà votato il ddl di bilancio nel complesso.

Ieri sera era invece conclusa la sessione della Commissione Bilancio dalla quale sono arrivati diversi emendamenti che saranno presi nel maxiemendamento governativo. Diverse le modifiche riguardanti la sanità che vanno dallo svincolo del fondo dei farmaci innovativi dal tetto della spesa farmaceutica territoriale, alla revisione dell'uso dei medicinali in farmacia finalizzato, in via sperimentale, a garantire l'aderenza farmacologica alle terapie per i pazienti affetti da asma. Istituito, inoltre, un Fondo genomi Italia per la realizzazione di un piano nazionale di implementazione medico-sanitaria delle conoscenze e delle tecnologie genomiche.

Questi gli emendamenti con l'ok della Bilancio.

ARTICOLO 16 (Giovani eccellenze nella Pubblica Amministrazione)

Emendamento 16.2100 delle relatrici

Comma 8. Le amministrazioni potranno procedere, per gli anni 2016, 2017 e 2018, al fine di garantire **continuità nell'attuazione dell'attività di ricerca**, possono continuare ad avvalersi del personale con contratto di collaborazione continuata e continuativa in essere alla data del 31 dicembre 2015, con l'attivazione di contratti a tempo determinato a valere sulle risorse disponibili.

ARTICOLO 17 (Università)

Emendamento 17.2000 delle relatrici

Comma 1. Al fine di sostenere l'accesso dei giovani alla ricerca, il fondo per il **finanziamento ordinario delle Università statali** è incrementato di 47 milioni di euro per l'anno 2016, di 50,5 milioni di euro a decorrere dal

2017, per l'assunzione di ricercatori.

Comma 5-bis. Al fine di sostenere l'**accesso dei giovani alle università**, e in particolare dei giovani provenienti dalle famiglie meno abbienti, il Fondo integrativo per la concessione di borse di studio è incrementato di 5 mln di euro annui a decorrere dal 2016.

ARTICOLO 19 (Opzione donna, invecchiamento attivo e no tax area pensionati)

Emendamento 19.2000 delle relatrici

Comma 6-bis. Per prevenire patologie che possono condurre a invalidità, o per impedirne l'aggravamento, **Inps e Inail potranno riconoscere ai propri assistiti che beneficiano delle cure termali l'accesso alle prestazioni economiche accessorie** previste dalla legge 323/2000.

ARTICOLO 25 (Non autosufficienze e adozioni internazionali)

Emendamento 25.2000 delle relatrici

Comma 1-bis. Autorizzata la spesa di 1 mln di euro per il 2016 in favore dell'**Ente nazionale per la protezione e l'assistenza dei sordi**.

Emendamento 25.6000 delle relatrici

Comma 2-bis. A decorrere dal 2016, al fine di favorire la realizzazione di progetti di **integrazione dei disabili mentali attraverso lo sport**, una quota pari a 500mila euro è attribuita al programma internazionale di allenamento sportivo e competizioni atletiche per le persone, ragazzi e adulti, con disabilità intellettiva, "Special Olympics Italia".

Emendamento 25.7000 delle relatrici

Comma 2-bis. Il comma 2-bis dell'articolo 2 della legge n. 57/2013 (Milleproroghe) è sostituito con il seguente: per lo svolgimento della **sperimentazione clinica di fase II basata sul trapianto di cellule staminali cerebrali umane in pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica**, il Comitato interministeriale per la programmazione economica vincola, per un importo fino a 1 mln di euro per l'anno 2017 e fino a 2 milioni di euro per l'anno 2018, una quota del Fondo sanitario nazionale.

Emendamento 25.200 delle relatrici

Comma 5-bis. La concessione di un contributo annuo dello Stato all'**Unione italiana ciechi**, il contributo è erogato per l'85% agli enti di formazione destinatari, nonché per la restante parte, all'Associazione nazionale privi di vista ed ipovedenti onlus, per le esigenze del Centro Autonomia e mobilità e dell'annessa scuola cani-guida per ciechi e al Polo tattile multimediale della stamperia regionale braille onlus di Catania.

ARTICOLO 32 (Aggiornamento livelli essenziali di assistenza e livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per l'anno 2016)

Emendamento 32.2000 delle relatrici

Comma 14-bis. I 500 milioni per ciascuno degli anni 2015 e 2016, che la stabilità dello scorso anno ha stanziato per il **Fondo per l'acquisto dei farmaci innovativi** (compresi quelli per l'epatite C), concorreranno al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica territoriale solo per l'eventuale eccedenza di spesa oltre i 500 milioni previsti per ciascun anno. Il Ministero della Salute, sentita l'Aifa, dovrà predisporre ogni anno un Programma strategico volto a definire le priorità di intervento, le condizioni di accesso ai trattamenti, i parametri di rimborsabilità sulla base di risultati clinici significativi, il numero dei pazienti potenzialmente trattabili e le relative previsioni di spesa, le condizioni d'acquisto, gli schemi di prezzo condizionati al risultato e gli indicatori di performance degli stessi, gli strumenti a garanzia e trasparenza di tutte le procedure, le modalità di monitoraggio e valutazione degli interventi in tutto il territorio nazionale.

Emendamento 32.100 De Biasi (Pd)

La revisione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza viene realizzato previo **parere delle commissioni parlamentari competenti**.

Emendamento 32.12 D'Ambrosio Lettieri (CoR)

Il Ministro della Salute, entro il 31 dicembre di ogni anno, presenta una **relazione al parlamento sullo stato di attuazione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza**.

ARTICOLO 32 BIS (Revisione dell'uso dei medicinali)

Emendamento 32.0.2000 delle relatrici questi

Nello stato di previsione del Ministero della Salute è istituito il Fondo di 1 milione di euro per finanziare la prima applicazione **da parte delle farmacie del servizio di revisione dell'uso dei medicinali, finalizzato, in via sperimentale, ad assicurare l'aderenza farmacologica alle terapie con conseguente riduzione dei costi per le spese sanitarie relative ai pazienti affetti da Asma**. Il Fondo è assegnato alle Regioni in proporzione alla popolazione residente ed è destinato in via esclusiva e diretta a finanziare la remunerazione del servizio reso al farmacista.

Istituzione Fondo nazionale genomi Italia

Al fine di dotare il Paese di un'infrastruttura dedicata ad un progetto nazionale di genomica applicata alla sanità pubblica, volto alla realizzazione di un piano nazionale di implementazione medico sanitarie delle conoscenze e tecnologie genomiche con particolare riguardo al sequenziamento, analisi e valorizzazione scientifica delle sequenze genomiche della popolazione italiana, è istituito presso il Ministero della Salute, un fondo di 5 mln di euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018.

Gli atti e i provvedimenti concernenti l'utilizzo del Fondo, la progettazione e la gestione del "Progetto genomi Italia", sono adottati da una commissione denominata "Commissione nazionale genomi Italia" istituita con decreto del Ministero della Salute. La commissione, di durata triennale, individua entro 90 giorni dalla pubblicazione della presente legge, il o i soggetti, pubblici o privati, che si impegnano a cofinanziare il progetto nella misura non inferiore alle risorse destinate annualmente dallo Stato.

Giovanni Rodriquez

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 19 NOVEMBRE 2015

Benessere, stili di vita, Ssn e molto altro. Parte domani il III Forum Salute di Federanziani.

Messina: “Un momento di confronto per migliorare le cure e ribadire l’importanza della terza età”

Fino a domenica al Palacongressi di Rimini. Previsti numerosi incontri e dibattiti tra istituzioni, pazienti, società scientifiche, medici, farmacisti, con l’obiettivo di migliorare il nostro sistema di cure ribadire il valore e il contributo che questa fetta di popolazione dà e può dare al sistema paese. A presentarci l’evento il presidente di Senior Italia Federanziani. [IL PROGRAMMA DEL III FORUM SALUTE](#)

Prende domani il via al Palacongressi di Rimini il III Forum Salute di Senior Italia Federanziani che si concluderà domenica 22 novembre. Convegni, dibattiti, aree espositive, check up gratuiti, incontri istituzionali e molto altro ancora. Ma per lanciare la kermesse abbiamo intervistato il presidente **Roberto Messina** che ci ha prannunciato alcune delle novità che saranno presentate e gli obiettivi dell’evento.

Presidente, domani prende il via la III edizione del Forum Salute. Quali saranno i temi al centro della tre giorni di Rimini?

Come ormai ogni anno il nostro evento sarà un’occasione importante per affrontare a 360 gradi i temi della salute, del benessere, dei corretti stili di vita. Ma non solo, all’interno dell’area congressuale sarà poi possibile fare dei check-up medici gratuiti, ottenere consulenze. Ci sarà anche una Gallery espositiva con offerta di prodotti e servizi e tanto altro ancora. Insomma, un momento d’incontro finalizzato ad accrescere le conoscenze delle persone anziane del sistema salute e al contempo ribadire il valore e il contributo che questa fetta di popolazione dà e può dare al sistema paese.

E ci può anticipare qualche novità che verrà presentata?

Senza entrare troppo nello specifico posso dire che presenteremo degli strumenti per fornire un potenziamento dell’informazione per la popolazione senior. Il tutto, voglio ricordare, nell’ottica di Senior Italia Federanziani di rafforzare digitalizzazione e alfabetizzazione degli anziani. Un percorso che abbiamo già avviato in questi ultimi anni. E poi presenteremo anche il nostro progetto per la creazione di una società di mutuo soccorso. Un progetto di cui vado molto orgoglioso e su cui siamo impegnati da tempo e che può portare benefici a tutto il sistema: dai cittadini al Ssn, fino alle università. Ma non mi faccia andare oltre.

Durante la kermesse ci sarà anche spazio per il dibattito politico.

In questi anni ho notato che da parte della politica c’è stata una crescente presa di coscienza delle problematiche della popolazione anziana ma anche del contributo che essa può dare. È chiaro, la strada è ancora lunga ma l’attenzione dimostrata, testimoniata anche dalla presenze Istituzionali previste ci fa ben sperare. Nella tre giorni avremo momenti confronto con Regioni e Governo, con l’Europa, fino ad arrivare al clou di domenica con la nostra assemblea nazionale in cui faremo il punto e tireremo le somme di fronte ai nostri 7mila delegati.

Qual è quindi lo spirito con cui si appresta ad affrontare il Forum.

Guardi, ogni anno rimango esterrefatto dall’impegno che migliaia di nostri volontari mettono per organizzare

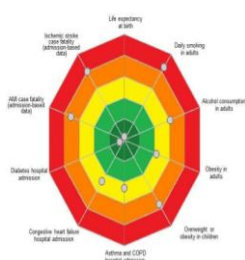
tutta la manifestazione. Ecco perché a prescindere dagli esiti sono già soddisfatto e desidero per questo ringraziarli perché dimostrano con i fatti la forza propulsiva e propositiva della nostra Federazione.

PANORAMA DELLA SANITÀ

La valutazione dei sistemi sanitari diventa internazionale, il Laboratorio Mes fa centro all'Ocse

19/11/2015 in News 0

How Spain compares with other OECD countries on selected indicators of health status, risk factors to health and quality of care (2013 or nearest year)



Il metodo del “bersaglio” progettato dal Laboratorio di Management e Sanità (MeS), Istituto di Management, della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, e già in uso nella maggior parte delle regioni italiane, è stato adottato per la prima volta a livello internazionale, dall’Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (Ocse) e utilizzato per valutare le performance dei sistemi sanitari adottati da 11 Paesi, in tutto il mondo, dal Giappone al Cile. È quanto riferisce una nota dell’Istituto di Management, della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa che precisa “Nel caso specifico della performance francese, quest’ultima ha già ottenuto significative attenzioni da parte del mondo dell’informazione, come dimostra l’interesse [dell’edizione francese dell’Huffington Post](#). Sul [report Health at Glance](#), che presenta i risultati a confronto dei sistemi sanitari, Austria, Cile, Canada, Finlandia, Francia, Giappone, Messico, Norvegia, Spagna, Gran Bretagna e Stati Uniti sono i paesi che hanno aderito alla proposta del gruppo di ricerca Ocse, coadiuvato dal gruppo di ricerca del Laboratorio MeS della Sant’Anna di Pisa. Tale proposta prevedeva di utilizzare il “bersaglio” per rappresentare la valutazione della performance del proprio sistema sanitario. L’adozione di questo metodo” prosegue l’Istituto agevola la scelta di decisioni pubbliche evidence-based, offrendo un supporto chiaro e immediato al “decisore politico”, trasmettendo allo stesso tempo l’informazione anche al grande pubblico. Il “bersaglio” infatti è uno strumento che, nelle sue essenzialità e semplicità, restituisce evidenza immediata delle performance di un sistema sanitario, mettendo in luce i punti di forza e di debolezza delle dimensioni in esame, permettendo la comparazione dei risultati in un’ottica di benchmarking. Interpretare i risultati sul “bersaglio” appare un’operazione immediata, essi sono posizionati su cinque fasce di valutazione: le performance migliori sono rappresentate in prossimità del centro del “bersaglio”, nella fascia verde, mentre – man mano che decresce la performance – i risultati appaiono più distanti dal centro. Lo studio è stato reso possibile grazie alla collaborazione tra il Laboratorio MeS e il gruppo di ricerca dell’Ocse”. «Questa collaborazione – commenta Sabina Nuti, responsabile del Laboratorio MeS – è stata un’ottima opportunità di crescita e di apprendimento per tutto il Laboratorio MeS. Rendere disponibile ad altri paesi la nostra esperienza maturata in partnership con la Regione Toscana e dopo condivisa da altre regioni italiane è un traguardo significativo del nostro percorso».



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Ariano Irpino

Giubileo della Cardiologia due giorni di convegno

Maria Elena Grasso

ARIANO IRPINO. Si celebra il «Giubileo della Cardiologia». A 25 anni dall'avvio dell'Unità Operativa Complessa Utic di Cardiologia presso il nosocomio ariane- se, l'Asl di Avellino organizza, per oggi e domani, presso l'Hotel Incontro un convegno scientifico, con l'intento di dimostrare la grande competitività e produttività della struttura ariane- se, guidata dal professore Gen- naro Bellizzi.

L'evento è patrocinato dall'Amministrazione Pro- vinciale di Avellino, dal Co- mune di Ariano, in collabo- razione con l'Associazione Amici del Cuore, e l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Avellino. Saranno presen- ti tra le più brillanti ed auto- revoli professionalità nazio- nali ed internazionali in am- bito cardiologico.

La «due giorni» sarà caratte- rizzata da tre lezioni magi- strali tenute dai professori Pasquale Filardi, della Facol- tà di Medicina Clinica Medi- ca della Università Federico II di Napoli, Roberto Di Bar- toloмео, direttore della Car- diologia Università di Bolo- gna ed estensore delle Linee Guida Nazionali sulle Sin- dromi aortiche acute e Gian- franco Sinagra, direttore del- la Cardiologia della Universi- tà di Trieste. Porgeranno i sa- luti il Commissario Straordi- nario dell'Asl, Mario Ferran-



Protagonisti. Nella foto Bellizzi, Ferrante e Savino

te, il Direttore dell'Ospedale di Ariano, Oto Savino, il Sin- daco e Presidente dell'Am- ministrazione Provinciale, Domenico Gambacorta, il Vescovo di Ariano Irpino-La- cedonia, Monsignor Sergio Melillo, il Presidente dell'Or- dine Provinciale dei Medici, Antonio D'Avanzo. Aprirà i lavori il primario di cardiolo- gia di Ariano, Gennaro Bel- lizzi.

Per l'occasione il Commissa- rio Ferrante dovrebbe fare importanti annunci relativi al potenziamento dell'ospe- dale S. Ottone Frangipane. Oltre all'arrivo di due prima- ri, in chirurgia e ortopedia, e di nuovi infermieri, è previ- sto il potenziamento del pronto soccorso con la crea- zione di nuovi posti letto per l'osservazione breve e l'istal- lazione di una Tac di ultima generazione. Ma ci sarebbe di più: anche qualche buo- na notizia che interessa car- diologia, nefrologia, la cura della tiroide e la riorganizza- zione degli ambulatori per ri- durre le liste di attesa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità

Terapia del dolore, esperti a confronto

Gli incontri organizzati dall'ospedale Rummo Si chiude il 4 dicembre

Luella De Ciampis

Organizzati dall'Ospedale Rummo di Benevento una serie di corsi sulla gestione, sulla diagnosi e sulla terapia del dolore neuropatico. È infatti cominciato ieri e si concluderà nella giornata di oggi un focus teorico pratico, relativo alle patologie osteoarticolari, come l'artrosi e l'artrite reumatoide, mentre il 4 dicembre si svolgerà il corso, che coniugherà sempre teoria e pratica, dal titolo «la gestione del dolore neuropatico; diagnosi e terapia». Le attività formative, rivolte soprattutto ai medici che abbiano già trattato la terapia del dolore, utilizzando tecniche antalgiche mini invasive, sono proposte dalla fondazione Isal - Benevento in collaborazione con il Rummo e saranno espletate presso i locali dell'Unità Operativa di terapia del dolore. Nato nel 1993, primo in Europa, l'istituto di ricerca e formazione in scienze algologiche Isal, presieduto dal professore William Raffaeli, è specializzato nella formazione di professionisti alla pratica della terapia del dolore.

Trovare risposte sempre più valide al dolore neuropatico è una priorità su cui la medicina tradizionale ha cominciato a mostrare grande interesse soprattutto negli ultimi an-

ni, in quanto il dolore neuropatico è un dolore anomalo, dovuto a un danno oppure a una lesione, causati da un trauma o da un processo infiammatorio, dei nervi periferici, delle radici nervose, del midollo spinale e delle strutture ancora superiori, fino alla corteccia. Nella maggior parte dei casi, il dolore neuropatico non risponde agli analgesici tradizionali. Se si pensa infatti al comunissimo Herpes Zoster, meglio conosciuto come «fuoco di Sant'Antonio», che procura dolori insopportabili e incoercibili a carico dei gangli nervosi su cui si innesta, ci si rende conto di quanto sia urgente e necessaria una terapia del dolore mirata ed efficace che allevi, in tempi brevi, le sofferenze del paziente.

Dolore spontaneo e improvviso di tipo bruciante e lancinante, formicolii, riduzione o perdita della sensibilità della zona interessata dalle terminazioni nervose, sono i sintomi più comuni del dolore neuropatico, che fino a un certo punto sono stati trattati con farmaci abbastanza importanti a cui oggi si sono aggiunte le tecniche di neuromodulazione elettrica, le procedure neurolesive e le tecniche mini invasive, quali l'ozonoterapia che consiste nell'infiltrazione, mediante aghi sottilissimi, di una miscela di ossigeno e ozono nelle masse muscolari paravertebrali e le infiltrazioni epidurali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SANITA

Corsa per salvare il Maresca

■ Incontro tra **Ciro Borriello** e il neo commissario straordinario: pronto il piano anti-chiusura
Al via le trattative tra il Comune e l'Asl Napoli 3 Sud anche la riapertura del parco Loffredo

Torre del Greco. La corsa per salvare l'ospedale Agostino Maresca e le trattative per riaprire il parco Loffredo, il polmone verde antistante il complesso Bottazzi. Sono stati i principali temi del faccia a faccia - organizzato all'interno della sede dell'Asl Napoli 3 Sud di via Guglielmo Marconi - tra il nuovo commissario straordinario Antonella Costantini e il sindaco **Ciro Borriello**: «Si è trattato di un momento proficuo e costruttivo che dimostra la concretezza e la voglia di operatività del nuovo commissario straordinario dell'Asl Napoli 3 Sud - afferma il primo cittadino -. Abbiamo, infatti, immediatamente affrontato gli argomenti che ritenevamo più urgenti e di stringente interesse per la collettività».

In cima alla lista delle priorità ovviamente, la questione relativa all'ospedale Agostino Maresca: «Con la dottoressa Antonella Costantini - prosegue il leader locale del centrodestra - abbiamo concordato sull'importanza strategia del nosocomio di via Montedoro e sulla necessità di compiere ogni azione utile per salvaguardarlo e potenziarlo. In questa ottica, il nuovo commissario straordinario si è reso disponibile a partecipare, a stretto giro, a un incontro dei sindaci dell'Asl Napoli 3 Sud: incontro a cui ci auguriamo possa intervenire il delegato per la Sanità della Regione Campania, **Enrico Coscioni**». Così, concluso l'incontro, **Ciro Borriello** ha dato mandato al suo capo di gabinetto **Alessandra Tabernacolo** di avviare



L'INCUBO CHIUSURA PER LA STRUTTURA SANITARIA

A partire dal 2010 c'è il rischio chiusura per l'ospedale Maresca

i contatti per conoscere una data utile sia per **Enrico Coscioni** sia per **Antonella Costantini**. Ma, durante il summit, non si è parlato solo della struttura sanitaria: nel corso del lungo incontro - approfittando della presenza dell'assessore al verde pubblico, **Romina Stilo** - si è tornato a discutere della necessità di riaprire il parco Loffredo, chiuso dal giorno in cui l'area è stata riconsegnata all'Asl Napoli 3 Sud per decisione del precedente commissario straordinario **Salvatore Panaro**: «Su tale tema - prosegue il sindaco - abbiamo trovato massima disponibilità della dottoressa **Antonietta Costantini** che si è detta pronta a trovare una rapida soluzione che porti a riconsegnare il polmone verde ai cittadini

di Torre del Greco. In tale ottica si è parlato anche dell'area verde adiacente il parco, in cui l'amministrazione comunale vorrebbe realizzare un luogo di ritrovo in particolare per bambini e anziani».

Il nuovo commissario straordinario dell'Asl Napoli 3 Sud ha poi accettato l'invito a partecipare a un convegno in programma il prossimo 26 novembre sul tema della violenza di genere. «Questo primo incontro - conclude **Ciro Borriello** - mi ha lasciato estremamente soddisfatto, specie per lo spirito di collaborazione trovato con il nuovo commissario straordinario, collaborazione che ci auguriamo possa andare avanti a lungo nell'ottica di una massima sinergia tra le nostre istituzioni».

GRAGNANO

Ospedale, non c'è il dietrofront

■ L'Asl non riesce a garantire la presenza di un medico nel presidio di primo soccorso. Ritorna lo spettro della chiusura notturna. Slitta ancora la decisione definitiva sul caso

DANIELE DI MARTINO
GRAGNANO

Non c'è il dietrofront sul primo soccorso, resta lo spettro della chiusura notturna del presidio dell'ospedale di Gragnano. Almeno questo è il sentore dopo la riunione tra direzione sanitaria e vertici delle varie unità operative in questione. L'emergenza personale impone, al momento, questa scelta. Anche perché il mantenimento del presidio di primo soccorso dell'ospedale di Gragnano era dovuto alla presenza di medici del 118. In questa fase non è però possibile prorogare tali disposizioni, nel senso che gli operatori dovranno essere dislocati in altri presidi e quindi lasciando sguarnito quello gragnanese.

La soluzione al momento non c'è e si fa pressante la protesta dei sindacati. In particolare la Cgil che ha sollevato il caso della chiusura del primo soccorso a Gragnano, promuovendo anche un incontro con i sindaci del territorio. In effetti l'ospedale è in una posizione strategica per consentire a tutto il comprensorio di raggiungere facilmente un presidio ospedaliero, evitando di approdare a Castellammare. Cittadine come Sant'Antonio Abate, Santa Maria la Carità, ma soprattutto Casola, Lettere e Pimonte.

I sindacati avevano poi chiesto di essere presenti all'ultimo vertice in direzione sanitaria, non è stato possibile perché si trattava di una



L'OSPEDALE

Il primo soccorso serve un'utenza di 120mila abitanti

discussione prettamente tecnica, volta a individuare eventuali soluzioni per mantenere in vita il primo soccorso di Gragnano. Al momento, però, non c'è una via d'uscita. E difficilmente si ritornerà come prima, anche se non tutte le porte sono chiuse. La direzione sanitaria dell'ospedale San Leonardo ha rinviato a data da destinarsi ulteriori incontri per approfondire l'organizzazione del presidio di Gragnano. Il principale problema è proprio l'emergenza personale che riguarda soprattutto il San Leonardo e il pronto soccorso. Infatti alcuni infermieri sono stati trasferiti da

Gragnano a Castellammare, dove comunque bisognerebbe recarsi per le emergenze.

Diverso il discorso per i reparti che effettuano visite specialistiche. Per questi l'Asl ha invece previsto un'apertura straordinaria nei week end e di sera, in modo da servire anche un'utenza di lavoratori, evitando di ricorrere a continui permessi. In questo modo le liste d'attesa dovrebbero avere tempi molto ristretti. Resta invece l'amaro in bocca per la chiusura notturna del primo soccorso, l'unico presidio per le piccole emergenze in un territorio di 120mila abitanti.

Angri

Manca l'ok dell'Asl il 118 resta senza sede

Roberta Salzano

ANGRI. Operatori del 118 ancora senza sede. Il 10 novembre il Comune ha concesso ai volontari e alla guardia medica - collocata nei pressi degli uffici dei servizi sociali - il comodato d'uso gratuito delle aule dell'ex scuola elementare a fondo Rosa Rosa, con l'obiettivo di creare un polo socio-sanitario. Manca però il via libera dell'Asl Sa1, che dovrà elaborare un proprio atto di indirizzo e poi stipulare il contratto con l'ente di piazza Crocifisso. Passaggi indispensabili per consentire ai volontari l'utilizzo della nuova sede, a ridosso del distretto sanitario 61.

L'odissea per gli operatori è cominciata il 20 ottobre scorso; dopo l'ondata di allagamenti che hanno interessato il distretto di via dei Goti, non ancora risolti dalla Gori che per questo è stata diffidata dal Comune. I volontari sono stati trasferiti temporaneamente in una sala del centro diurno per anziani, in via Cristoforo Colombo. E poi nel giro di una settimana, a causa di una convivenza complicata dall'assenza di spazi adeguati, al piano terra dello storico maniero.

Nella sala a fianco della pinacoteca sono state sistemate brandine, armadi e un frigo per i medicinali mentre nell'atrio del monumento sono state parcheggiate due ambulanze. Una soluzione tampone in attesa, che l'Asl individuasse una sede adeguata. Due le soluzioni prospettate dalla dirigente Gra-

zia Gentile; il piano terra dell'ex distretto sanitario di via Salvatore Di Giacomo o in alternativa l'ospedale di Scafati. Ipotesi quest'ultima, che ha spinto i volontari del 118 ad avviare un pressing serrato sull'amministrazione comunale e sul sindaco Cosimo Ferraioli, che ha portato al trasloco all'interno del castello Doria, trasformato in un presidio di emergenza. Ma dopo un mese nulla è cambiato. Anzi per l'organizzazione di una manifestazione promossa dalla Confesercenti, le ambulanze sono state trasferite in piena area pedonale. Con il risultato che la piazza, che dovrebbe essere accessibile solo ai pedoni, viene utilizzata come parcheggio per veicoli o ancora peggio adibita al carico e allo scarico delle merci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'emergenza

In attesa del nuovo polo i volontari ospitati al castello Doria

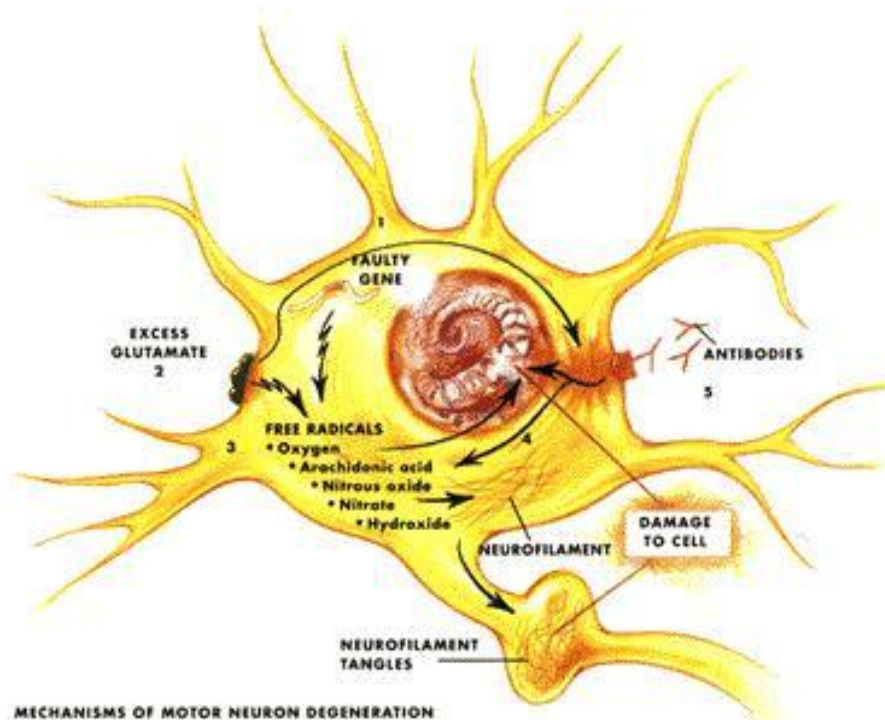


Emergenza Ambulanze del 118 nel Castello Doria



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

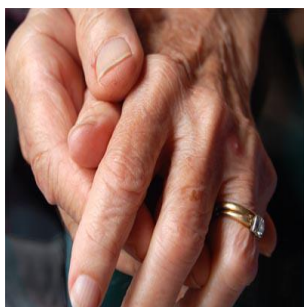
Medicina News



PANORAMA DELLA SANITÀ

Malattia di Parkinson, patologia spesso trascurata e senza una cura definitiva

18/11/2015 in News 0



Il Parkinson è la seconda patologia neurodegenerativa per prevalenza (dopo l'Alzheimer), e in Italia colpisce circa 250.000 persone, numero destinato a raddoppiare nei prossimi 15 anni. In un incontro al Senato, i massimi esperti nazionali hanno delineato una strategia per migliorare l'assistenza ai pazienti, promuovendo l'informazione e la ricerca sulla patologia e favorendo l'integrazione tra i diversi snodi del SSN.

Sono tre, ad oggi, i principali fattori critici nella gestione della malattia di Parkinson, patologia neurodegenerativa dal forte impatto sociale, che ha pesanti ripercussioni sulla vita di migliaia di famiglie: non se ne parla abbastanza, non esiste ancora una cura definitiva, e la maggior parte delle Regioni italiane non ha sviluppato uno specifico percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA). Il Parkinson, seconda malattia degenerativa per prevalenza, dopo l'Alzheimer, colpisce in Italia circa 250.000 persone, numero destinato a raddoppiare nei prossimi 15 anni dal momento che ogni anno si registrano circa 6.000 nuovi casi, con un'incidenza da 1,5 a 2 volte maggiore negli uomini rispetto alle donne. Nonostante il Parkinson venga spesso etichettato erroneamente come malattia della terza età, una persona su cinque ha meno di 50 anni al momento della comparsa dei sintomi iniziali. Il campanello d'allarme della malattia sono la fatica nel camminare, i disordini del movimento e la perdita dell'equilibrio, a volte i tremori. Tutto ciò dà luogo a pesanti ripercussioni sulla qualità di vita di migliaia di famiglie, soprattutto perché non esiste ancora una cura definitiva della malattia, né sono state individuate soddisfacenti strategie preventive. Per il Parkinson, infatti, esistono solo cure sintomatiche, in quanto i farmaci ad oggi disponibili agiscono unicamente sui primi segnali della malattia e sui disturbi che essi comportano. A fronte di questa situazione si rileva anche una certa impreparazione del sistema sanitario nella presa in carico dei pazienti affetti dal morbo: sono infatti pochissimi in Italia i centri di cura specializzati, e solo alcune Regioni hanno definito un apposito Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA). Di questi aspetti, dei costi diretti e indiretti della patologia per il Servizio Sanitario Nazionale, dei programmi delle Istituzioni per la presa in carico dei pazienti sul territorio e del ruolo delle associazioni dei pazienti, si è discusso nel corso del convegno di questa mattina "La gestione della malattia di Parkinson in Italia", organizzato da Aboutpharma and Medical Devices con il contributo incondizionato di

Zambon. Alfredo Berardelli, presidente dell'Accademia Limpe-Dismov e professore ordinario di Neurologia alla Sapienza di Roma ha fornito indicazioni precise sullo stato dell'arte nella cura della malattia e sulle speranze che si possono riporre nella ricerca: «La ricerca neurologica in Italia è di primissimo livello, con strutture d'avanguardia, assolutamente competitive rispetto a quelle presenti in Europa e negli Stati Uniti. L'obiettivo degli studi in corso è quello di trovare una terapia che agisca sul meccanismo fisiopatologico che dà luogo alla malattia di Parkinson. Al momento risulta essenziale – conclude Berardelli – che la diagnosi venga effettuata da un neurologo, l'unico professionista che può seguire il paziente durante tutte le fasi di progressione della malattia, per consigliare il trattamento più idoneo e garantirgli sempre una buona qualità di vita». «Nelle prime fasi della malattia, oggi si riesce a intervenire con farmaci che potenziano la produzione di dopamina da parte del cervello e riescono a migliorare la sintomatologia motoria– afferma a sua volta Giovanni Abbruzzese, Ordinario di Medicina Fisica e Riabilitativa, DINOGMI Università degli Studi di Genova -. Nel momento in cui le manifestazioni della patologia diventano più serie, si fa ricorso a terapie complesse, di tipo neurochirurgico, con impianto di stimolatori all'interno del cervello, o di tipo infusione, con impianto di infusori nell'intestino. Rimedi per lo più sintomatici, che inoltre non possono essere usati nella totalità dei pazienti. Un aiuto importante può venire invece dalla riabilitazione, che non deve essere un'alternativa alla terapia farmacologica, ma un'integrazione alla stessa. Una speranza arriva anche dalla ricerca, che sta iniziando a individuare biomarcatori in grado di rilevare la patologia prima dei suoi esordi sintomatici, e sta identificando anche nuove cure, probabilmente capaci di rallentare, o addirittura bloccare definitivamente la progressione della malattia». Americo Cicchetti, Direttore dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (Altems), ha illustrato i risultati di uno studio, condotto dall'Altems per quantificare la spesa che SSN, malati di Parkinson e famiglie e Società sostengono per la malattia: «Sia per quanto concerne le spese del SSN sia per quelle dei malati, le cifre sono più alte nelle Regioni del Centro, rispetto a quelle del Nord e del Sud. Il costo annuale per paziente affetto da malattia di Parkinson varia fra 3.500 e 4.800 euro per il SSN, fra 1.500 e 2.700 euro per i malati e fra 10.000 e 17.000 euro per la Società. Riportando questi dati al numero di persone con malattia di Parkinson presenti in Italia, è stato calcolato che il carico totale per il SSN, relativo a questa patologia, sia compreso fra 1.1 e 1.3 miliardi di euro e quello per la Società fra 2.2 e 2.9 miliardi di euro. Sebbene le risorse messe in campo dal SSN per questa malattia siano considerevoli, esiste ancora un ampio margine di manovra per l'ottimizzazione, che potrebbe passare anzitutto per la chiara definizione di PDTA che migliorino la continuità dell'assistenza e garantiscano una migliore gestione del paziente».

NUMERI

1,5 mld

I COSTI

Il costo delle infezioni causate dall'antibioticoresistenza in Europa in un anno



390.000

LE VITTIME IN EUROPA

i morti all'anno nel 2050 attribuibili ai batteri resistenti agli antibiotici

1987

LA SCOPERTA

L'anno in cui è stato scoperto l'ultimo antibiotico: la daptomicina

I batteri invincibili “Resistono anche ai superantibiotici”

Identificati in Cina, si sono già diffusi nei paesi vicini
Gli esperti: “Contro di loro siamo del tutto impotenti”

ELENA DUSI

ROMA. L'incubo di un medico è trovarsi di fronte a un'infezione che non risponde agli antibiotici. Finora, nei casi estremi, si poteva usare un vecchio farmaco chiamato colistina. Ora in Cina sono stati trovati batteri resistenti anche a quest'ultima risorsa. La loro presenza è diffusa sia negli allevamenti di animali che fra gli uomini e si sta moltiplicando a un ritmo allarmante. Dalla Cina è già passata a Laos e Malesia. «Saremo costretti a dire a un numero crescente di pazienti: mi dispiace, per la sua infezione non c'è nulla da fare» ammettono in un commento su *The Lancet Infectious Diseases* David Paterson e Patrick Harris, due microbiologi dell'università di Brisbane.

Nell'ultimo numero della rivista medica britannica un gruppo di ricercatori cinesi riferisce

infatti di aver trovato quantità tutt'altro che trascurabili di batteri invulnerabili, appartenenti ad almeno tre specie diverse e responsabili di infezioni che vanno da polmonite, dissenteria, infezioni del sangue e delle vie urinarie fino alla meningite.

Lo scudo che conferisce a questi batteri la resistenza all'antibiotico colistina è un gene chiamato Mcr-1. Il meccanismo che permette a questo gene di diffondersi a una velocità molto su-

Sono responsabili di diversi tipi di infezione tra cui la dissenteria e la polmonite

periore al normale e di saltare da una specie di batteri all'altra si chiama “trasmissione orizzontale” o “trasmissione plasmidi-

ca”. Quando Mcr-1 si trova in un cromosoma può trasmettersi solo di padre in figlio. Quando invece riesce a inserirsi in un plasmide, cioè in un frammento molto mobile di Dna, ha la possibilità di trasferirsi in tutti i batteri vicini, anche appartenenti a specie diverse. «Possiamo paragonare i plasmidi alle app dei telefonini. In un baleno conferiscono agli apparecchi delle caratteristiche che prima non avevano» spiega Giuseppe Cornaglia, direttore della Microbiologia all'Azienda ospedaliera universitaria di Verona e presidente del Gruppo di studio sulla resistenza agli antibiotici della Società europea di microbiologia clinica (Escmid).

La “app” che rende i batteri invulnerabili ai farmaci (il gene Mcr-1) è stata individuata per caso nel 2011, durante un controllo di routine in un allevamento intensivo di maiali in Cina (la colistina usata in veterinaria).

IPUNITI

IL GENE INCRIMINATO

Un gene che si chiama Mcr-1 rende i batteri resistenti all'antibiotico colistina, usato quando nessun altro antibiotico funziona

IL SALTO DI SPECIE

Il gene riesce a saltare da una specie di batteri all'altra: finora è stato trovato in tre tipi di agenti infettivi

LA DIFFUSIONE IN ASIA

Il gene Mcr-1 è stato scoperto in Cina, in vari allevamenti intensivi e in alcuni pazienti ospedalieri. Da lì si è diffuso in Laos e Malesia

GLI ALLEVAMENTI

Il fatto che la colistina sia molto usata negli allevamenti ha messo sotto accusa l'uso di antibiotici negli animali



Pechino — «che ha imparato la lezione della Sars e ora prende molto sul serio questi allarmi» commenta Cornaglia — ha subito avviato una campagna di test sugli animali da allevamento e sui pazienti d'ospedale. I risultati sono stati allarmanti. Il gene Mcr-1 nel batterio *Escherichia coli* (dissenterie, infezioni delle vie urinarie, meningiti, polmoniti) è risultato presente nel 15% dei campioni esaminati di carne macellata di pollo e maiale, nel 21% degli animali da allevamento e in 16 pazienti ricoverati per infezione nella Cina del sud-est.

Il gene che fa da scudo agli antibiotici è stato trovato anche in altre due specie di batteri: *Klebsiella pneumoniae* (polmoniti, infezioni delle vie urinarie) e *Pseudomonas aeruginosa* (infezioni polmonari, della pelle, delle vie urinarie).

«In Italia abbiamo una situazione molto critica per quanto riguarda la resistenza agli antibiotici» spiega Annalisa Pantosti, dirigente di ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità. «Quando nessun altro farmaco funziona, valutiamo l'uso della colistina, che è però un antibiotico piutto-

sto tossico e difficile da usare». Casi di batteri resistenti alla colistina sono stati registrati anche in Italia, ma senza quella "tra-

Lo scudo che li rende invulnerabili è un gene che si moltiplica rapidamente e si diffonde da una specie all'altra

smissione plasmidica" che rende la diffusione di Mcr-1 così micidiale. «Di fronte ai casi di resistenza cerchiamo di usare vari

mix di antibiotici. Ma sempre più spesso purtroppo dobbiamo arrenderci» ammette Cornaglia. Il rischio, dopo la scoperta di Mcr-1, è che prendano piede nel mondo ceppi di batteri pan-resistenti, cioè invulnerabili a qualunque tipo di antibiotico. In Europa si stima che i microrganismi insensibili ai farmaci uccidano 25mila persone all'anno, soprattutto pazienti sottoposti a ricoveri lunghi e travagliati. Ma secondo una stima della *Review of Antimicrobial Resistance* questa cifra potrebbe arrivare a 390mila nel 2050.