



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Le nomine

Asl, arrivano i commissari tempi lunghi per i manager

La Regione indica sei nuovi dirigenti: tutte scelte interne

Paolo Mainiero

Prima Patrizia Caputo al Cardarelli, poi Loredana Cici al Pascale. Tocca adesso ad altri sei commissari straordinari, indicati dalla giunta in attesa che si definiscano le procedure per la nomina dei direttori generali delle Asl e delle aziende ospedaliere. Procedure complesse, legate sia a leggi nazionali che a normative regionali. La scelta della giunta è caduta sugli attuali direttori sanitari in carica. Questi i sei commissari: Salvatore Panaro alla Asl Napoli 2 Sud, Agnese Iovino alla Asl Napoli 3 Nord, Gaetano Danzi alla Asl Caserta, Antonio Ventucci alla Asl Benevento, Vittorio Ferrante alla Asl Avellino, Giampiero Maria Berruti all'azienda ospedaliera Rummo di Benevento.

Il mandato dei direttori generali delle sei aziende era scaduto il 26 settembre scorso e la giunta aveva affidato la guida ai direttori sanitari. Ad impedire la nomina dei nuovi manager è stato un complesso intreccio di norme nazionali e regionali. Si parte dalla cosiddetta legge Balduzzi, dal nome dell'ex ministro della Salute, che nel 2012 introdusse per la scelta dei direttori generali nuovi criteri ispirati al principio della trasparenza. Un modo, in sostanza, per tenere fuori quanto più possibile la politica dalla sanità. Assecondando le indicazioni della Balduzzi la Regione avviò le procedure per la composizione di un elenco degli idonei. I manager sarebbero poi stati scelti da una commissione di esperti

attraverso una rosa di cinque nomi (con questi criteri si arrivò alla nomina dell'ex assessore regionale Angelo Montemarano alla direzione dell'Arsan). Ma ad agosto dello scorso anno, in seguito all'approvazione di nuove norme nazionali (tra cui quella che vieta la nomina dei pensionati, norma che oggi escluderebbe Montemarano) il consiglio regionale introdusse in Finanziaria ulteriori modifiche con lo scopo di accrescere il livello di trasparenza. Fu stabilito, in particolare, che le commissioni di valuta-

zione sarebbero state composte da cinque componenti: un dirigente dell'Agenzia nazionale per la sanità, un dirigente dell'Avvocatura regionale, il capo dipartimento Salute della Regione, due esperti designati dalla Conferenza dei rettori delle università. Inoltre fu prevista l'adozione di un disciplinare che fissasse criteri di selezione



dei direttori generali, disciplinare che la giunta ha adottato ad ottobre. Questo nuovo percorso si è a un certo punto intrecciato con la scadenza, il 26 settembre scorso, del mandato dei direttori generali in carica. Per un primo

periodo, la giunta prorogò gli incarichi dei manager. Successivamente, le funzioni furono assunte dai direttori sanitari. Fino alla decisione, pochi giorni fa, di nominare i commissari per trenta giorni e «comunque - si legge nelle delibere - sino alla nomina del direttore generale».

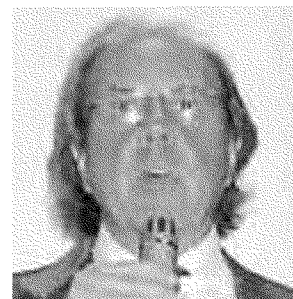
La Regione conta di chiudere entro quei trenta giorni. «Le commissioni stanno lavorando a pieno ritmo, si sta procedendo con notevole frequenza. Contiamo di chiudere in tempi brevi, andiamo avanti a tappe forzate», fa sapere il capo dipartimento della Salute Ferdinando Romano. Certo, la procedura è un po' farraginoso perché richiede tempi lunghi per la valutazione dei curricula e per la scelta dei cinque nomi che dovranno comporre la rosa finale. Del resto, la nomina dei direttori delle Asl e delle aziende ospedaliere è sempre stata accompagnata da mille polemiche. Tra le più clamorose si ricordano le nomine del dicembre 2005, quando la giunta Bassolino nella riunione di fine anno lottizzò le Asl provocando la rabbiosa reazione dell'assessore socialista Marco Di Lello che per protesta si dimise.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La nomina /1 Agnese Iovino alla Asl Napoli Nord

Agnese Iovino, 52 anni, è il nuovo commissario della Asl Napoli 2 Nord. È stata direttore sanitario dell'ospedale San Giovanni di Dio di Frattamaggiore e responsabile del distretto 44. Alla Napoli 2 Nord era direttore sanitario.



La nomina /2 Gaetano Danzi alla Asl Caserta

Gaetano Danzi, 58 anni, è nato ad Aversa. Laureato in Medicina e Chirurgia, docente universitario, vanta una lunga esperienza professionale e amministrativa nella Asl Caserta della quale era direttore sanitario.



La nomina /3 Vittorio Ferrante alla Asl Avellino

Mario Nicola Vittorio Ferrante, 55 anni, è avellinese di Lugosano. Già direttore sanitario della Asl Avellino, fu nominato direttore generale facente funzioni alla scadenza del mandato di Sergio Florio. Oggi è il commissario dell'azienda.



L'assessore D'Angelo: fondi insufficienti per l'assistenza

Si è insediato l'Osservatorio regionale per la disabilità, ma l'assessore alle Politiche sociali Bianca D'Angelo: «Non è pensabile continuare a sacrificare quella parte della nostra società già duramente colpita». D'Angelo spiega: «Le problematiche dei disabili e delle loro famiglie sono al centro della nostra azione. Lo conferma la realizzazione dell'Osservatorio regionale per la disabilità». C'è allarme, però, in assessorato «per quelle che sono le decisioni politiche finanziarie a livello nazionale che, a partire dal 2016, taglieranno il fondo per la non autosufficienza, portando a 250 milioni di euro gli attuali 400». «Le problematiche dei disabili e delle loro famiglie sono al centro della nostra azione - conclude l'assessore regionale Bianca D'Angelo - . È impossibile dare risposte adeguate ai cittadini con questo ulteriore taglio e non è pensabile continuare a sacrificare quella parte della nostra società già duramente colpita».



L'allarme della Corte dei Conti: senza investimenti potrebbero non essere più garantiti i livelli essenziali specie al Sud. Aumenta la spesa per i ticket dei farmaci. Nuove agevolazioni per celiachia e fecondazione eterologa

«Assistenza a rischio»

LA RELAZIONE

Senza investimenti in Sanità, soprattutto nell'ambito dell'assistenza domiciliare e territoriale e in quello dell'ammodernamento tecnologico e infrastrutturale, l'attuale assetto dei Lea, ovvero dei Livelli essenziali di assistenza, potrebbe essere a rischio, specie nelle regioni del Sud. A lanciare l'allarme, a pochi giorni dalla presentazione proprio dei nuovi Livelli essenziali di assistenza annunciata dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin e sul quale sono al lavoro anche le Regioni, è la Corte dei Conti, nella Relazione sulla gestione finanziaria degli enti territoriali 2013. Che sottolinea anche come, nello stesso tempo, sia aumentata del 66,6% in cinque anni la spesa degli italiani per i ticket sui farmaci: nel 2013 infatti sono stati versati 1.413 milioni di euro, pari all'1% della spesa sanitaria nazionale, a fronte di un incremento del numero di ricette del 6,3%, con una media pro capite di circa 24 euro.

IL DEFICIT

Dopo i tagli lineari su alcune importanti voci di bilancio (farmaceutica, personale, acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati), che hanno portato a un costante e progressivo riassorbimento dei deficit e a una contrazione complessiva della spesa sanitaria pari al 2,8% dal 2010 al 2013 (riduzione pari a 3.176 milioni) - avverte la Corte - ma altri risparmi, ottenibili aumentando l'efficienza, se non reinvestiti in ambiti come ad l'assistenza territoriale e domiciliare o nella tecnologia «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». In queste, infatti, peserà ancora di più lo stop all'acquisto di nuovi macchinari, come il blocco al turn over o l'assistenza a persone, soprattutto anziane,



con basse disponibilità economiche.

«Potrebbero emergere nel medio periodo, deficit assistenziali - scrive la Corte dei Conti - più marcati nelle Regioni meridionali, dove sono relativamente più frequenti tali carenze. Ad esempio, il divario esistente tra Regioni centro settentrionali e meridionali è accentuato dalla flessione generale degli investimenti pubblici nel triennio 2011-13 (che, in percentuale al Pil, decrescono dal 2,7% al 2,3%)». Per ridurre la sperequazione tra Nord e Sud secondo la Corte, occorre programmare «nuove risorse per un nuovo piano nazionale di investimenti», un tema già affrontato nel nuovo patto della salute siglato il 10 luglio scorso e che prevede sugli investimenti e l'ammodernamento tecnologico che il governo si impegni ad assicurare alle Regioni, «nell'ambito del complessivo finanziamento allocato sul comparto degli interventi infrastrutturali», adeguate risorse finanziarie.

2,8%
la contrazione della
spesa sanitaria dal 2010
pari a 3.176 milioni

66,6%
l'aumento della spesa
per i ticket sui farmaci
negli ultimi cinque anni

LE NOVITÀ

Nella lista delle prestazioni erogate dal servizio sanitario, pronte a giorni come annunciato dal ministro Lorenzin, dovrebbero entrare i trattamenti per la fecondazione eterologa, ma anche le indagini cliniche per la diagnosi della celiachia, le cure per l'endometriosi, una malattia che solo in Italia colpisce oltre tre milioni di donne e le agevolazioni per i malati di Bpco, ovvero la Broncopneumopatia cronica ostruttiva. Dalla relazione arriva inoltre anche il suggerimento di operare un processo di revisione della spesa sanitaria «più selettivo e reinvestire risorse nei servizi sanitari più carenti, traendole dai settori dove vi sono inefficienze da recuperare, come nell'ambito degli acquisti di beni e servizi non effettuati mediante ricorso a centrali regionali d'appalto o a specifiche convenzioni, dell'inappropriatezza prescrittiva e delle prestazioni rese in ambito ospedaliero».

Ester Maria Lorido

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SANITÀ • La Corte dei Conti: l'austerità mette a rischio i livelli minimi di assistenza («Lea»)

Sanità agli sgoccioli per tagli

Il «rigore» pagato dai ticket dei pazienti (+66% dal 2009) e dal blocco del personale

Insieme alla scuola, la sanità ha finanziato l'austerità in Italia dal 2009 a oggi. È quanto emerge dal lungo capitolo dedicato dalla Corte dei Conti alla sanità nell'ambito della relazione sulla gestione finanziaria degli enti territoriali per il 2013. I risparmi ottenuti dai pesanti tagli imposti alla sanità dovrebbero essere investiti nell'assistenza territoriale e domiciliare e nell'ammodernamento tecnologico e infrastrutturale. In caso contrario scatterebbe l'allarme rosso per i livelli essenziali di assistenza (Lea). A lungo andare, emergerebbero deficit assistenziali, soprattutto al Sud.

I tagli hanno fatto certamente fatto sballare i conti ma, dice la magistratura contabile, nella sanità si è risparmiato addirittura più del preventivato dai governi dell'austerità Berlusconi-Monti-Letta-Renzi. La spesa per il servizio sanitario nazionale, nel triennio 2011-2013, «è risultata essere, a consuntivo, pari a 111.094, 109.611 e 109.254 milioni, dunque inferiore di ben 4 miliardi di euro (per il 2012) e di circa 3 miliardi (per il 2013) rispetto alle stime contenute nella Legge di Stabilità 2013. È stato registrato un decremento nominale del 2,8% rispetto al 2010, pari a 3,1 miliardi di euro.

Nel 2013, al netto degli altri ticket sulla diagnostica e le prestazio-

ni specialistiche, i cittadini hanno versato 1.436 milioni, pari all'1,3% della spesa sanitaria corrente complessiva, con una media di circa 24 euro a testa. Nel quadriennio esaminato dalla corte, è stato registrato un aumento del numero di ricette del 6,3%, e un boom del 66,6% dei ticket e compartecipazione. L'obiettivo di diminuire la spesa farmaceutica ospedaliera, e quella per beni e servizi, è stato mancato. In altre parole, i tagli alla sanità sono stati pagati, in gran parte, dai cittadini stessi. A questo è servito l'aumento dei ticket che, insieme al blocco del turn-over del personale, finanzia ciò che lo Stato nega. Senza dimenticare l'aumento stellare delle addizionali Irpef e Irap, fondamentali per far quadrare i conti alle Asl e agli ospedali.

Lo zelo dei custodi dell'austerità ha moltiplicato l'accanimento dei loro colleghi delle Regioni. «L'effetto combinato delle decisioni deliberate dal parlamento nazionale e delle manovre correttive attuate dalle Regioni sia in piano di rientro che non - spiega la Corte dei Conti - hanno generato riduzioni di spesa nettamente superiori di finanziamento decise con la *spending review*». L'ansia di essere più austeri dei loro mandanti ha spinto gli enti locali a ridurre, in quattro anni, di circa il 68% la quota di spesa per la sanità pubblica non coperta dal finanziamento al quale concorre lo Stato.

Il bilancio di un quadriennio ha rivelato dunque una delle contraddizioni dell'austerità. Considerando anche la situazione delle Regioni in avanzo, il sistema sanitario a livello nazionale «mostra un disa-

vanzo di 1.890 milioni» a causa delle manovre che hanno praticato «tagli lineari» sulle principali voci di spesa, come i consumi intermedi, la spesa farmaceutica, le spese per il personale, l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati.

Questo disavanzo rischia di non essere reinvestito nella sanità. Nell'ingegneria opaca dell'austerità i fondi possono essere dirottati altrove.

Nasce da qui l'allarme sui «Lea» lanciato dalla Corte dei conti. La politica dei tagli aumenta, nei fatti, uno dei problemi storici della sanità italiana: il divario assistenziale tra Nord e Sud. Quest'ultimo viene strangolato sia dai piani di rientro sia dalla nuova normativa sull'armonizzazione contabile. L'indicazione dei giudici contabili è di «perquisire» tale situazione attraverso una programmazione centrale delle nuove risorse all'interno di un nuovo piano nazionale degli investimenti.

Il processo di revisione della spesa sanitaria «dovrà essere più selettivo e reinvestire risorse nei servizi sanitari relativamente più carenti». Per la corte queste risorse vanno prese dai settori come l'acquisto di beni e servizi non effettuati attraverso le centrali regionali d'appalto o con convenzioni della Consip. Si devono invece basare su «processi molecolari di riorganizzazione» condotti dalle singole Asl. Le regioni dovranno effettuare una più attenta riprogrammazione dei fabbisogni, mentre il governo dovrebbe potenziare il piano di medicina preventiva indicato dal piano nazionale delle riforme presentato nel Def 2014.

ro. ci.

La sanità, il summit

Ospedali-Policlinico patto tra i manager per i trasferimenti

Insedata in Regione la cabina di regia per salvare il Cardarelli dal collasso

Marisa La Penna

La cabina di regia è pronta. Ancora qualche giorno, poi i 113 posti letto di policlinico e ospedale dei Colli saranno pronti per decongestionare il Cardarelli, ormai tramortito dalle barelle.

Ieri mattina il summit in Regione si è concluso con l'impegno preso davanti a Caldoro di far rispettare il decreto per salvare l'ospedale più grande del Mezzogiorno dal collasso.

«È stata nominata la commissione che verifica sull'applicazione del decreto» spiega il direttore generale dell'azienda dei Colli, Antonio Giordano che ha partecipato, insieme al manager del policlinico della Federico II, Giovanni Persico all'incontro in Regione.

Il dg Giordano ha, quindi, aggiunto: «Bisogna far prevalere l'interesse maggiore che è quello dell'accoglienza e la cura dei pazienti. Abbiamo individuato, durante l'incontro in Regione, membri della commissione si riuniscono già nei prossimi giorni per mettere a punto i meccanismi operativi per il monitoraggio e la verifica del contributo che l'azienda che riunisce Monaldi-Cotugno e la struttura universitaria offriranno al Cardarelli».

All'incontro di ieri mattina a Palazzo Santa Lucia hanno partecipato, oltre a Caldoro, Giordano



L'impegno Vertice con Caldoro
Posti letto individuati anche al Policlinico federiciano

e Persico, il commissario straordinario del Cardarelli, Patrizia Caputo, e funzionari e commissari della Regione che si occupano di sanità.

Il decreto firmato da Caldoro il 15 gennaio scorso, o ricordiamo, ipotizza anche sanzioni severe. In particolare: una quota del 20 per cento della retribuzione dei direttori generali delle aziende è 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.

«Ben venga il decreto della regione che coinvolge altri presidi collinari nell'accoglienza per fermare il disagio derivante dalla degenza in barella»

ha commentato, in una polemica nota, Franco Verde, responsabile provinciale dell'Anao-Assomed, il sindacato dei medici ospedalieri. Ed ha aggiunto: «Fin dal 1998, di fronte al fenomeno barelle abbiamo visto protocolli d'intesa letteralmente dissolti tra burocratismi, resistenze interessi particolari, monitoraggio scadente e volontà meramente formale degli amministratori. Stavolta il decreto contiene caveat molto rigidi a partire da un monitoraggio costante. Staremo a vedere».

«Riteniamo comunque - conclude la nota - che il rafforzamento in risorse umane nelle aree di emergenza, l'attivazione delle Unità opera-

tiva complessa per cure primarie. L'attivazione della Adi - assistenza domiciliare integrata - e finalmente l'attivazione della rete dell'emergenza porteranno modifiche strutturali all'organizzazione ospedaliera e territoriale se veramente perseguite. Infine una domanda. Sono pienamente utilizzati i posti convenzionati per le lunghe degenze che consentirebbe un allentamento sui presidi ospedalieri? Forse anche per questo settore occorrerebbe un decreto commissariale di ferro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La denuncia
«Personale sotto stress è protesta»



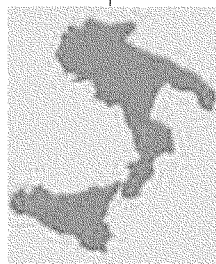
«Pronto soccorso ko!!! Vi fareste curare da medici e infermieri stressati?» È il titolo del volantino della Cgil Fp affisso al Cardarelli e negli altri ospedali per annunciare la protesta contro i tagli alla sanità che hanno colpito il personale sanitario per effetto dell'estrema riduzione del turn-over, 23.500 operatori in meno in totale negli ultimi 4 anni nel Paese. L'agitazione sindacale è in programma venerdì prossimo con iniziative annunciate in tutta Italia.



Sanità choc: chi risparmia è punito

Nando Santonastaso

Il rigore dei tagli alla spesa pubblica ha prodotto un paradosso, per quanto in larga misura annunciato. A parità di risparmi, imposti dalla spending review e dalle manovre finanziarie succedutesi negli ultimi tre anni, ha finito per allargare il divario tra chi poteva contare (al Nord) su un sistema non penalizzato dalla riduzione dei trasferimenti dallo Stato (e in ogni caso più solido sul piano



economico), e chi (al Sud) ha dovuto raschiare il fondo del barile per rispettare i target, non potendo contare sulle compensazioni del federalismo fiscale e su una più ragionevole attenzione dello Stato agli sforzi di risanamento.

Sanità choc: chi risparmia è punito

Nando Santonastaso

La conseguenza, a parte errori e ritardi delle amministrazioni locali, è che non tutti i cittadini di questo Paese possono essere orgogliosi di avere contribuito con le proprie tasche a migliorare - almeno in parte - i bilanci di Regioni ed enti locali: per quelli del Mezzogiorno questo «sacrificio» è diventato un boomerang perché parallelamente alla spending review è andata in scena la riduzione dei servizi e della qualità degli stessi, per non accennare all'aumento della pressione fiscale, spinta alle massime aliquote possibili per fare cassa. Il paradosso emerge a chiare lettere spulciando i dati e le valutazioni della Corte dei Conti nella recentissima relazione tecnica sulla finanza locale. Sia per le spese non sanitarie sia per quelle legate direttamente all'assistenza, i tagli lineari hanno sicuramente garantito il raggiungimento degli obiettivi prefissati ma, ahinoi, rischiano di essere diventati quasi inutili perché non accompagnati da misure altrettanto necessarie sul piano degli investimenti e più in generale sulla disponibilità di nuove risorse. In altre parole, chi ha dovuto tagliare non ha potuto riutilizzare i risparmi, dovendo fare i conti con una gestione già minata dall'esiguità dei fondi e dal disinteresse dello Stato centrale. Morale: l'indebitamen-

to è diminuito ma, paradossalmente appunto, rischia comunque di risalire perché certe spese - trasporti, scuola, sanità - non si possono negare oltre un certo limite. E chi non ha risorse, come accade alla stragrande maggioranza delle amministrazioni locali del Meridione, non può che essere condannato al debito, considerato che per raggiungere gli auspicati livelli di efficienza e trasparenza di gestione occorreranno anni, piaccia o no.

Il ragionamento vale soprattutto per la sanità dove è impossibile non riconoscere i buoni risultati prodotti dall'opera di risanamento in alcune aree, Campania in testa (è la Regione tra quelle commissariate che ha fatto di più). La Corte dei Conti scrive testualmente che «il divario attualmente esistente tra Regioni centro settentrionali e meridionali, negli investimenti sanitari per l'ammodernamento del patrimonio tecnologico e infrastrutturale», è accentuato «dalla flessione generale degli investimenti pubblici nel triennio 2011/13 (che, in percentuale al Pil, decrescono dal 2,7% al 2,3%), e reso più stringente sia dai processi di riequilibrio contabile in corso nelle Regioni del centro sud». E ancora: tale situazione «può essere perequata solo se verranno programmate, centralmente, nuove risorse per un nuovo Piano nazionale di investimenti». Cosa vuol dire? Che

la logica del rigore e dei risparmi, dopo anni di eccessi e di sprechi, rappresenta solo una parte del problema. E che fermarsi ad essa vuol dire incancrenire il divario, rinunciando a migliorare i servizi di assistenza e alla competitività del settore specie là dove la buona amministrazione ha dimostrato di poter recuperare il terreno e la credibilità perduti.

Non a caso la stessa magistratura contabile suggerisce che per rendere efficace il processo di revisione della spesa sanitaria, e quindi per non compromettere il principio di equità nell'erogazione dei Lea, occorrerà selezionare la spesa stessa e «reinvestirla nei settori più carenti». A cominciare dagli acquisti di «beni e servizi che non vengono ancora effettuati mediante ricorso a centrali regionali d'appalto o a specifiche convenzioni con la Consip, la società che svolge servizi di consulenza, assistenza e supporto nell'ambito di acquisti di beni e servizi nella Pubblica Amministrazione». Ma anche da maggiori controlli sulle «prestazioni rese in ambito ospedaliero». Basteranno? Forse no se non ritorna l'unica arma di distruzione di massa del debito: gli investimenti. Al Sud in sei anni sono crollati complessivamente del 40%: basta questo dato a imporre la correzione di rotta. E subito.

CONSIGLIO DEI MINISTRI

Sanità regionale,
anticipati 140 milioni

ROMA. La verifica compiuta nell'ambito del Piano di rientro dai disavanzi dal deficit sanitario della Regione ha rilevato che sussistono le condizioni per procedere all'erogazione di risorse a titolo di anticipazione sulle spettanze residue per il finanziamento del Servizio sanitario per il 2011. Ferma restando poi la facoltà di recupero delle somme prevista dalla normativa vigente, il Consiglio ha autorizzato, su proposta del ministro dell'Economia e delle Finanze, Pietro Carlo Padoan, l'erogazione dell'anticipo di 140 milioni di euro a favore della Regione.

LA CORTE DEI CONTI

“Sanità a rischio senza nuovi investimenti”

PAOLO RUSSO
ROMA

La sanità è in deficit, non solo finanziario ma anche assistenziale. Tant'è che «senza investimenti diventa problematico garantire ancora i Lea, i Livelli essenziali di assistenza». A lanciare l'allarme è la Corte dei Conti nella sua «Relazione sulla gestione finanziaria 2013 degli enti territoriali». Tra il 2010 e il 2013, rimarcano i magistrati contabili, la spending review ha tagliato il 2,8% della spesa sanitaria, in discesa per 3,1 miliardi di euro. Risparmi ottenuti soprattutto alle voci «personale» e farmaceutica territoriale, nonostante i ticket sui medicinali siano cresciuti di un roboante 66% negli ultimi 4 anni. Resta complicato mantenere entro il tetto programmato la spesa per i farmaci ospedalieri, specie i più innovativi che nel 2014 pare abbiano «sfornato» di un miliardo.

Il rischio che la Relazione lascia trasparire è che l'esigenza di bilanciare i conti possa rinviare o limitare l'ingresso dei nuovi medicinali «salvavita» che l'industria è pronta a sfornare in gran numero. Bene invece i conti delle regioni nei piani di rientro anche se con addizionali Irpef e Irap anziché con la lotta agli sprechi. Tra le regioni con i conti in ordine: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche. «Sorvegliate speciali» Liguria e Basilicata. Ma è sul fronte dell'assistenza che il default rischia di diventare generalizzato. Soprattutto se i 4 miliardi di tagli imposti dalla legge di stabilità dovessero scaricarsi in larga parte sul Fondo sanitario.

RAPPORTO 2013

Consulenze da 226 mln

Calo del 10%, ma il Ssn assorbe un terzo della spesa

Con 226 milioni la sanità continua a detenere il primato della spesa per le consulenze esterne (il 30% del totale). Lo rileva il rapporto 2013 spedito al Parlamento dal ministro della Pubblica amministrazione, Marianna Madia, che registra comunque un taglio del budget del 10 per cento.

DIFFIDENTI A PAG. 6-7

RAPPORTO P.A./Nel 2013 spesi 226 milioni (30% del totale) per i contratti esterni

Consulenze, primato alle Asl

Ma la spending review avanza inesorabile: il budget è tagliato del 10%

Testa a testa tra Lombardia e Lazio nella corsa agli incarichi

Il budget degli incarichi conferiti a pubblici dipendenti, consulenti e collaboratori esterni è in continua riduzione ma di certo non resta a secco continuando ad alimentare vere e proprie oasi nel deserto creato dalla spending review.

Così, secondo la relazione spedita al Parlamento dal ministro Madia, la "bolletta" della pubblica amministrazione per le consulenze esterne nel 2013 è stata di 737,8 milioni, il 10,6% in meno del 2012 con una riduzione della spesa di 88 milioni. Mentre gli incarichi ai dipendenti sono costati 206,7 milioni (-10,1%, in calo di 23,5 milioni). In tutti i comparti si è registrata una tendenza alla riduzione dei compensi per incarichi a partire dalla sanità (-19,21%), seguita dalla scuola (-16,52%) e, infine, dalle Regioni (-15,26%).

Per la prima volta, secondo la relazione sul 2013 inviata al Parlamento dal ministro della Pubblica amministrazione, Marianna Madia, il conto è sceso sotto la soglia del miliardo di euro, a 944,5 milioni, con un risparmio sul 2012 di 112 milioni e addirittura 712 milioni rispetto al 2011 quando la spesa viaggiava fuori controllo a 1,65 miliardi.

Secondo il rapporto, dunque, nonostante l'incremento dei dipendenti pubblici cui sono stati conferiti incarichi (+15,19%), il totale dei compensi erogati

è diminuito ulteriormente del 10% circa, confermando la tendenza già evidenziata nel 2012 (-36,14%).

In media, sono stati liquidati 1.273,38 euro per dipendente (a fronte di 1.358,57 euro e 1.466,72 euro liquidati rispettivamente nel 2012 e nel 2011, con una variazione sostanziale del -6,27%, rispetto allo scorso anno, cui va aggiunta una ulteriore variazione del -7,37% rispetto al 2011) e 3.844,50 euro per consulente o collaboratore esterno (a fronte di 3.981,35 euro e 4.565,42 euro liquidati rispettivamente nel 2012 e nel 2011, con una variazione del -3,44% rispetto al 2012, cui va aggiunta una ulteriore variazione del -12,79% rispetto al 2011).

Una cospicua parte (30,68%) di tutti i compensi destinati al pagamento di consulenti e collaboratori esterni sono stati liquidati dalle amministrazioni appartenenti alla sanità (oltre 226 milioni di euro) che hanno erogato, altresì, in favore dei dipendenti compensi per oltre 42 milioni di euro (20,32% del totale).

Le rilevazioni del rapporto-Madia hanno coinvolto circa 10mila amministrazioni per quanto concerne gli incarichi conferiti a dipendenti e quasi 18mila per gli incarichi conferiti a consulenti e collaboratori esterni per un totale di 600mila incarichi conferiti a più di 300mila addetti.

Nel 2013, oltre due terzi delle 10.257 amministrazioni che hanno inviato comunicazioni in formato telematico, hanno comunicato di aver conferito incarichi esclusivamente ai dipendenti, contro le 2.864 amministrazioni (27,92%) che non ne hanno conferito alcuno.

Anche in questo caso spicca il dato della sanità: ben il 97,01% delle ammini-

strazioni ha ottemperato all'obbligo di comunicare la presenza di incarichi conferiti a dipendenti. Di contro, le amministrazioni incluse nella classe residuale «altri enti» hanno inviato per lo più comunicazioni di mancato conferimento di incarichi nell'anno ai dipendenti (76,42%), in linea con il trend già rilevato negli scorsi anni.

Confrontando le categorie dei soggetti ai quali sono stati conferiti incarichi da parte delle amministrazioni pubbliche nel corso del 2013, il rapporto rileva che il totale dei consulenti e collaboratori esterni è pari a 152.911, mentre quello relativo ai dipendenti pubblici è di poco superiore arrivando a quota 159.428. Con un evidente sbilanciamento: nella categoria altri enti, ricerca e università i consulenti sono di più dei dipendenti mentre nelle amministrazioni sanità, scuola e ministeri i dipendenti sono in numero superiore rispetto al personale esterno. Così dietro alla scuola che riserva incarichi a circa il 30% del proprio personale, la sanità chiude al secondo posto la classifica con il 24% degli incarichi ai propri dipendenti. Medaglia di bronzo alle Regioni e alle autonomie locali con il 19% circa.

Per quanto riguarda la sanità, si conferma la tendenza, già evidenziata negli anni scorsi, a conferire un numero di incarichi in misura quasi uguale ai dirigenti o equiparati (53%) e al personale non appartenente a tale qualifica (47%).

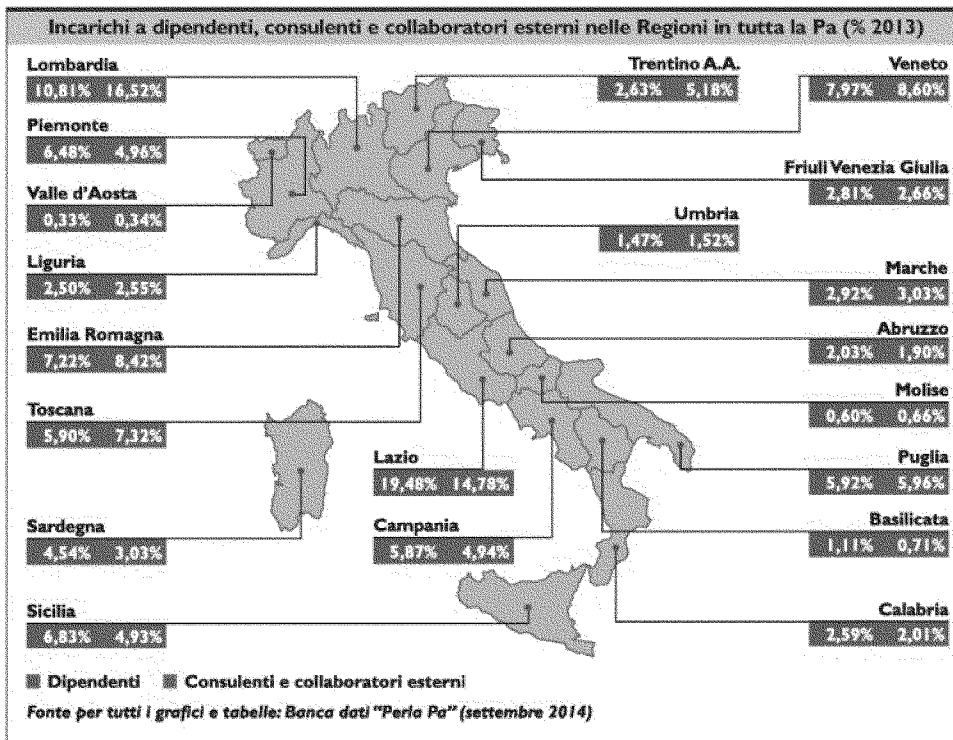
La maggiore concentrazione di dipendenti incaricati è collocata nel Lazio (19,48%), Lombardia (10,81%), Veneto (7,97%), Emilia Romagna (7,22%), Sicilia (6,83%), Piemonte (6,48%), Puglia (5,92%) e Campania (5,87%).

Di contro, le amministrazioni localizzate in Abruzzo e Umbria, come negli anni precedenti, hanno registrato un basso numero di dipendenti ai quali sono stati conferiti incarichi, mentre la Basilicata, il Molise e la Valle d'Aosta hanno registrato percentuali di dipendenti ai quali sono stati conferiti incarichi rispettivamente dell'1,11%, dello 0,60% e dello 0,33 per cento.

Per quanto riguarda il personale esterno si conferma il dato rilevato negli anni precedenti, ossia che la maggior parte dei consulenti e collaboratori esterni ha ricevuto l'incarico da amministrazioni localizzate in Lombardia (16,52% del totale del personale incaricato); seguono quelle localizzate nel Lazio (14,78%), in Veneto (8,60%), in Emilia-Romagna (8,42%) e in Toscana (7,32%). Per quanto concerne le altre Regioni, si distinguono, per rilevanza nel numero di incarichi attribuiti, le amministrazioni della Puglia (5,96%), del Trentino-Alto Adige (5,18%), del Piemonte (4,96%), della Campania (4,94%) e della Sicilia (4,93%). Le amministrazioni localizzate in Abruzzo (1,90%) e Umbria (1,52%) hanno registrato il numero più basso di consulenti e collaboratori esterni.

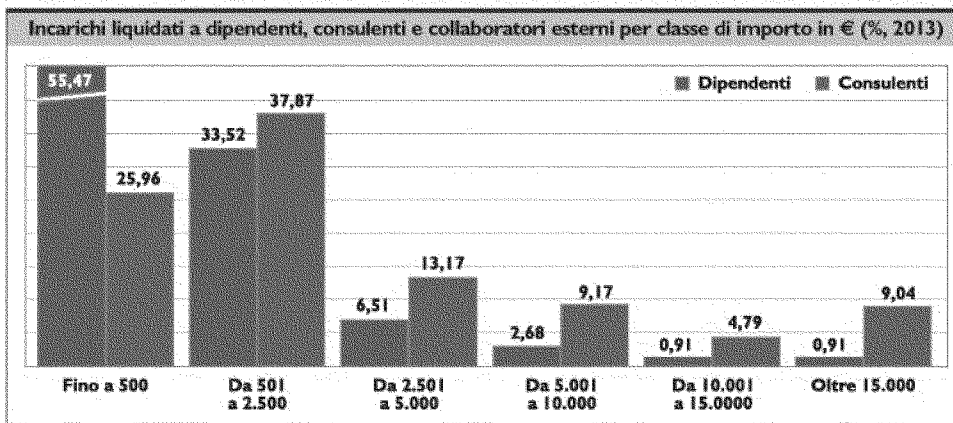
Ernesto Diffidenti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Compensi liquidati a dipendenti e a consulenti e collaboratori esterni (val. ass. e %, anno 2013)

Tipologie istituzionali	Compensi liquidati a dipendenti		Compensi liquidati a consulenti e collaboratori esterni	
	Valore assoluto	Valore %	Valore assoluto	Valore %
Ministeri, Pcm, Agenzie fiscali	24.229.692,90	11,72	38.140.988,83	5,17
Ricerca	3.174.958,60	1,54	22.111.054,10	3,00
Regioni, autonomie locali	46.925.476,66	22,69	222.615.186,35	30,17
Scuola	45.076.730,17	21,80	70.307.690,18	9,53
Sanità	42.006.189,56	20,32	226.397.838,28	30,68
Università	39.503.996,33	19,11	95.943.732,82	13,00
Altri enti	5.853.577,93	2,83	62.362.955,99	8,45
Totale	206.770.622,14	100,00	737.879.446,55	100,00



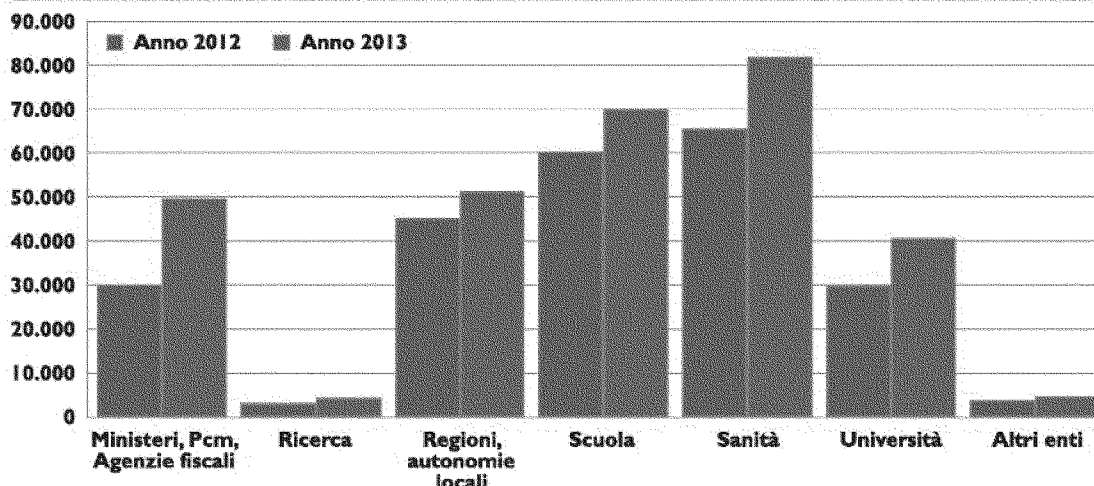
I compensi dei consulenti e			
Tipologie istituzionali			
	Fino a 500	Da 501 a 2.500	
Dipendenti			
• Ministeri, Pcm, Agenzie fiscali	23,82%	7,95%	
• Ricerca	0,43%	0,92%	
• Regioni, autonomie locali	17,15%	18,41%	
• Scuola	25,63%	34,08%	
• Sanità	24,00%	24,86%	
• Università	8,01%	12,97%	
• Altri enti	0,96%	0,80%	
Totale	55,47%	33,52%	
Consulenti			
• Ministeri, Pcm, Agenzie fiscali	4,02%	3,67%	
• Ricerca	2,10%	0,99%	
• Regioni, autonomie locali	26,61%	29,70%	
• Scuola	33,04%	35,83%	
• Sanità	8,76%	6,18%	
• Università	21,78%	20,80%	
• Altri enti	3,70%	2,83%	
Totale	25,96%	37,87%	

collaboratori esterni (2013)					
	Classi di importo in euro				Numero incarichi liquidati
	Da 2.501 a 5.000	Da 5.001 a 10.000	Da 10.001 a 15.000	Oltre 15.000	
	8,39%	9,23%	10,52%	13,34%	27.424
	1,82%	1,61%	2,44%	2,76%	1.227
	26,08%	30,37%	31,14%	25,88%	30.388
	24,32%	16,45%	12,69%	9,64%	45.252
	16,55%	15,65%	17,64%	17,18%	38.096
	21,50%	24,62%	22,86%	25,20%	18.331
	1,33%	2,07%	2,71%	6,00%	1.661
	6,51%	2,68%	0,91%	0,91%	162.379
	4,53%	5,89%	8,36%	5,23%	8.530
	1,64%	2,35%	3,09%	5,00%	3.747
	38,06%	38,66%	30,80%	28,85%	59.106
	19,03%	8,86%	8,10%	1,80%	49.936
	12,79%	23,49%	32,71%	38,01%	25.823
	20,46%	16,33%	11,75%	11,60%	37.106
	3,49%	4,42%	5,19%	9,50%	7.683
	13,17%	9,17%	4,79%	9,04%	191.931

Dati dipendenti pubblici (biennio 2012-2013)

	Anno 2012	Anno 2013	Variazione %
Numero dipendenti cui sono stati conferiti incarichi	138.407	159.428	15,19
Numero dipendenti ai quali sono stati liquidati incarichi	99.985	93.515	-6,47
Numero incarichi conferiti	262.336	328.513	25,23
Numero incarichi liquidati	169.352	162.379	-4,12
Ammontare complessivo dei compensi erogati (euro)	230.076.843,93	206.770.622,14	-10,13
Numero medio di incarichi conferiti per soggetto	1,90	2,06	8,71
Numero medio di incarichi liquidati per soggetto	1,69	1,74	2,52
Compenso medio per incarico (euro)	1.358,57	1.273,38	-6,27

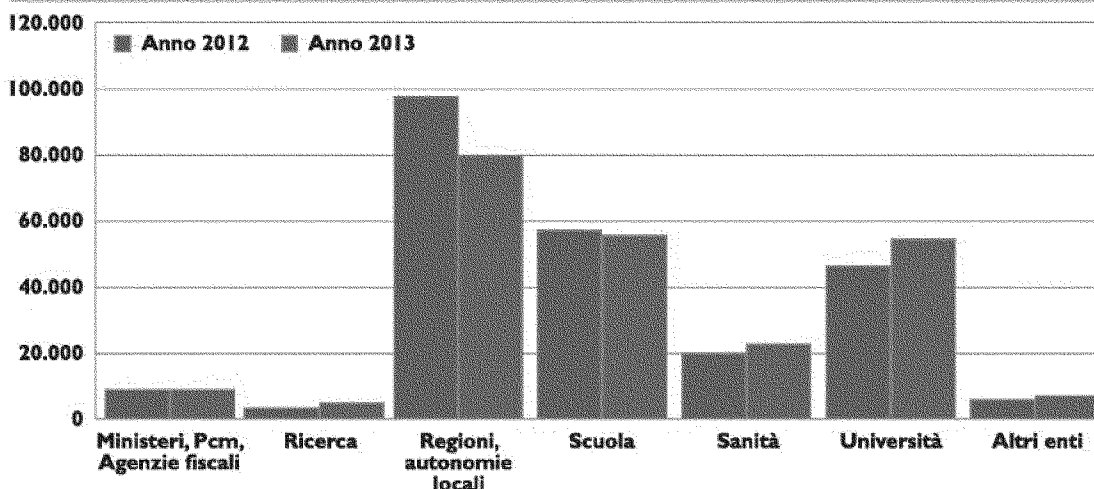
Numero di incarichi conferiti per tipologie istituzionali

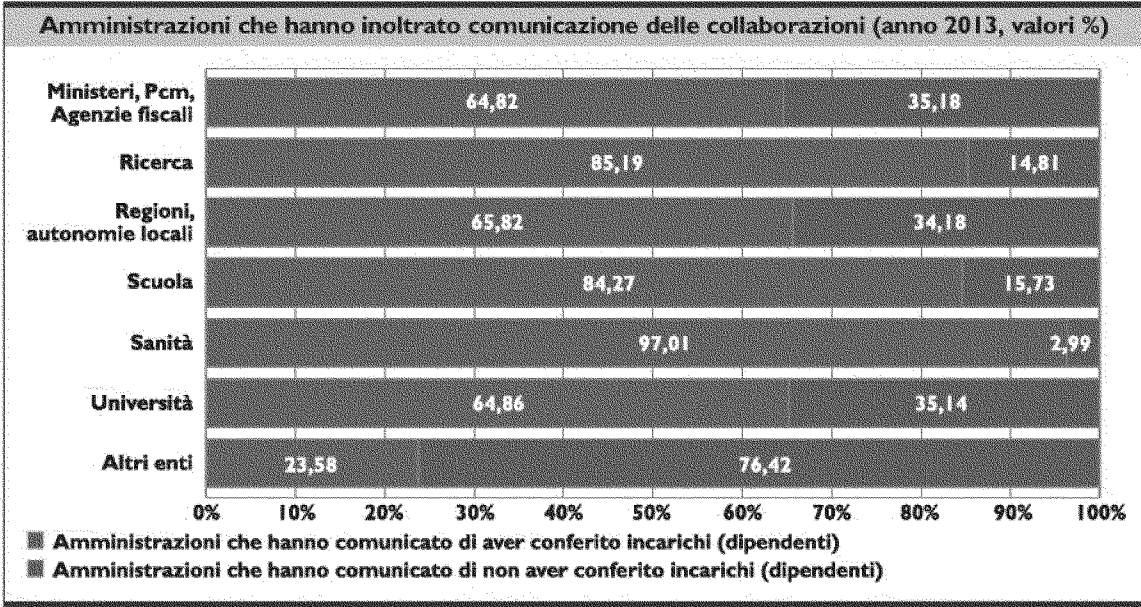


Dati consulenti e collaboratori esterni (biennio 2012-2013)

	Anno 2012	Anno 2013	Variazione %
N. consulenti e collaboratori cui sono stati conferiti incarichi	156.931	152.911	-2,56
N. consulenti e collaboratori ai quali sono stati liquidati incarichi	126.630	117.985	-6,83
Numero incarichi conferiti	273.994	266.771	-2,64
Numero incarichi liquidati	207.372	191.931	-7,45
Ammontare complessivo dei compensi erogati (euro)	825.620.327,00	737.879.446,55	-10,63
Numero medio di incarichi conferiti per soggetto	1,75	1,74	-0,08
Numero medio di incarichi liquidati per soggetto	1,64	1,63	-0,66
Compenso medio per incarico (euro)	3.981,35	3.844,50	-3,44

Numero di incarichi conferiti per tipologie istituzionali





*La concorrenza
che fa tremare*

Più farmacie, semplificazioni sull'accREDITAMENTO e farmaci di fascia C in parafarmacia. Sono le novità contenute nella bozza del Ddl Concorrenza e che faranno probabilmente «tremare» i polsi a più di qualcuno.

A PAG. 11

DDL CONCORRENZA ALLO STUDIO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

Liberalizzazioni in cantiere per la sanità

In cantiere nuove possibili liberalizzazioni nel campo dei farmaci, delle farmacie e dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie e sociosanitarie. Si tratta di disposizioni tutte ancora «in fieri» nella bozza del Ddl Concorrenza a cui stanno lavorando i tecnici del ministero dello Sviluppo economico. Novità che faranno probabilmente «tremare» i polsi a più di qualcuno.

Dalle autorizzazioni per le nuove strutture sanitarie e sociosanitarie alla razionalizzazione degli accREDITAMENTI, da un'accelerazione sui farmaci generici a maglie più larghe per l'apertura delle farmacie. Un pacchetto di disposizioni contenute nel Capo IX della bozza.

Si parte dalle autorizzazioni per le strutture sanitarie e sociosanitarie non convenzionate con il Ssn. Le alternative sul tavolo sono due: da un lato l'abrogazione del comma 3 dell'articolo 8-ter del Dlgs n. 502 del 30 dicembre 1992, che prevede l'acquisizione da parte del Comune della verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione in rapporto al fabbisogno di servizi sanitari. Dall'altro una riscrittura dello stesso comma che attribuisce al solo Comune la competenza sull'autorizzazione abolendo l'obbligo di verifica da parte della Regione.

Sempre sul fronte strutture, è prevista una razionalizzazione delle procedure di accREDITAMENTO che introduce l'obbligo per le Regioni, previa verifica dell'adeguatezza del numero di operatori rispetto agli obiettivi del Piano sanitario regionale, di indire almeno ogni due anni una selezione per l'accREDITAMENTO istituzionale di strutture private operanti da almeno due anni. L'obbligo scatta in caso di mancato o parziale raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza.

Per incrementare la concorrenza nella distribuzione farmaceutica, si allentano con decisione i paletti sull'apertura di nuove farmacie. Ci so-

no due ipotesi: la prima, indicata dall'Antitrust, che prevede di trasformare il numero massimo (una ogni 3.300 abitanti) in numero minimo, ossia «almeno una ogni 3.300 abitanti». In alternativa la bozza prevede un abbassamento ulteriore della soglia di popolazione richiesta per l'apertura delle farmacie, da 3.300 a 1.500 abitanti. In questo secondo caso il numero dei punti vendita potrebbe anche raddoppiare.

Per le parafarmacie è prevista la possibilità di vendere i farmaci di fascia C, ossia quelli considerati non essenziali a totale carico del cittadino (con o senza ricetta). Un'opzione «b» prevede invece la possibilità per le parafarmacie di vendere solo i generici di fascia C.

Infine un'ultima novità riguarda gli «open data»: «Le regioni assicureranno la massima trasparenza dei dati di bilancio e di performance delle strutture sanitarie accREDITATE - si legge nella bozza - anche mediante la pubblicazione sul proprio sito internet di rapporti periodici che illustrino le attività mediche svolte e il livello di qualità del servizio erogato, con particolare riferimento ai volumi di attività clinica, ai tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni, nonché alle competenze del personale medico, garantendo ai cittadini la massima fruizione dei relativi risultati informativi».

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

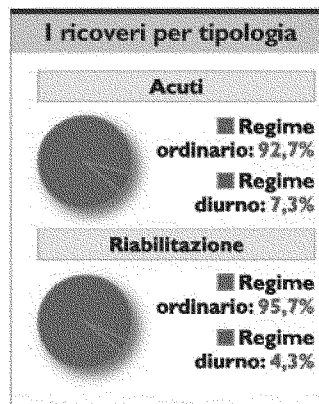
RAPPORTO SULL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA: ECCO I DATI DEL PRIMO SEMESTRE 2014

Ricoveri in calo e mobilità regionale in crescita

Ricoveri in calo, mobilità stazionaria o, peggio, in crescita. A tracciare il quadro, limitato al primo semestre 2014, è il Rapporto sull'attività ospedaliera relativo al primo semestre 2014 ed elaborato dalla Dg Programmazione sanitaria del ministero sulla base dei dati Sdo inseriti nel Nsis. Rispetto alla prima metà del 2013, si osserva un generale calo (che andrebbe depurato di un eventuale fattore stagionalità) del volume di attività: il numero di dimissioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza passa da 4.782.288 a 4.352.458 unità (-9%); il volume di giornate passa da 31.092.743 a 29.237.850 (-6% circa).

Il tasso di ospedalizzazione in acuzie si riduce da 107 a 98,5 dimissioni per 1.000 abitanti in regime ordinario e da 37 a 29,6 dimissioni in regime diurno per 1.000 abitanti. Il tasso per acuti si riduce da 144 a 128 dimissioni per 1.000 abitanti. Permane la variabilità regionale e aumenta la mobilità: quella a livello nazionale per acuti in regime ordinario e in regime diurno è pari, rispettivamente, al 7,6% (era 7,4% nel primo semestre 2013 e si è attestata a 7,6% nell'intero anno) e all'8,7% (era 7,9% nel primo semestre 2013, poi stabilizzato a 8% nell'intero anno). Complessivamente in Italia, poco meno di 8 ricoveri per 1.000 abitanti (attività per acuti in regime ordinario) avvengono fuori Regione, con un'ampia variabilità: la quota più alta di ricoveri ordinari fuori Regione è in Molise, Basilicata, Valle d'Aosta e Calabria, mentre la quota più bassa, sempre in regime ordinario, in Lombardia, P.a. di Bolzano, Veneto, Friuli e Toscana. Nel complesso la remunerazione si attesta a circa 12,6 miliardi per l'attività per acuti (di cui 11,55 mld in regime ordinario e 1,04 mld in diurno), a poco più di 1 mld di euro per l'attività di riabilitazione (di cui circa 35 mln per il regime diurno) e a circa 223,3 mln per la lungodegenza, per un totale di circa 13,8 mld (www.24oresanita.com).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il quadro di sintesi

	2013	2014		2013	2014
Totale dimissioni osp.	4.967.275	4.530.964	Degenza media per riabilitazione in regime ordinario	25,40	26,00
Totale gg erogate	31.666.623	29.792.287	Degenza media in lungodegenza	27,90	28,00
Rapporto tra giornate in Dh e in Ro	0,10	0,08	Peso medio	1,15	1,15
Degenza media per acuti in regime ord.	6,70	6,80			



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Ambulanze bloccate, barelle nei corridoi e pazienti in piedi: caos e ritardi al Loreto Mare

Sanità, inferno al pronto soccorso

Personale in costante affanno, utenti nello sconforto: "Ore di attesa anche per una radiografia"

di Giuseppe Letizia

NAPOLI - Ore 11 e 30: un uomo della Croce Rossa corre nel pronto soccorso: "Ci sono cinque ambulanze bloccate qui, si può fare qualcosa?". Ore 12 e 15: un infermiere urla ai portantini di un'autolettiga "state tranquilli, tre ambulanze sono state liberate, ne restano solo due". Ore 12 e 30: un paramedico sbotta "ho un politraumatizzato della strada, ma non ci sono posti, lo

corsi sanitari: ritardi, code alle accettazioni, caos. Ieri siamo andati a vedere cosa succede in uno dei principali nosocomi cittadini: siamo entrati nel pronto soccorso in orario di punta per toccare con mano le difficoltà di medici e infermieri napoletani. Un particolare balza subito agli occhi: uno dei portantini ha non meno di settant'anni. Basso, leggermente curvo, indossa un cappello di lana grigio e la casacca della Croce Rossa: entra len-

graфия aspetto da tre ore - serra le mascelle - sono entrato in pronto soccorso alle 9 e 30. Ci rimpallano da un reparto all'altro. Non sappiamo più a chi rivolgerci. Noi abitiamo vicino al San Giovanni Bosco e ora ci troviamo impantanati qui per fare una lastra". Dopo una breve pausa: "Credo sia un problema di molti ospedali. Noi paghiamo le tasse, non mi sembra giusto". **Giacomo Piccolo** ha 70 anni ed è del quartiere San Lorenzo: "Questa mattina ho accompagnato mio fratello qui per una radiografia. Il vero problema sono le barelle, sono tutte occupate e i posti letto mancano. Senza contare che i medici devono fare la spola da un reparto all'altro e spesso non si trovano sul posto, bisogna andarli a chiamare. Ecco perché si perde molto tempo. Lo so bene, perché ho lavorato per venti anni all'ospedale Ascalesi".

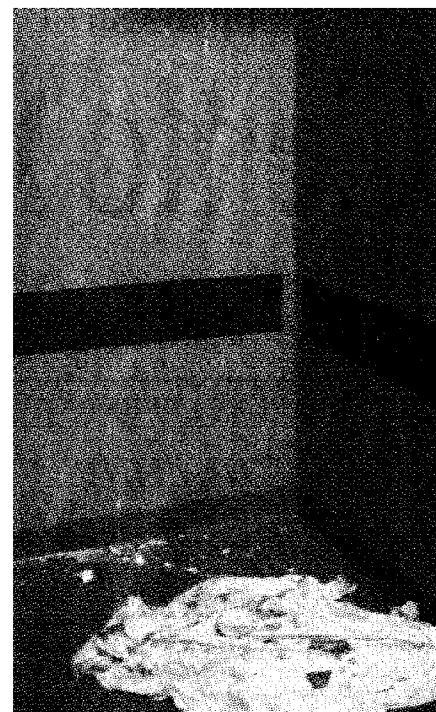
Fabrizio D'Ambrosio, 50 anni, abita nel centro storico: "Io sono stato più fortunato - abbozza un leggero sorriso - dall'accettazione alla radiografia sono trascorsi 50 minuti, mi sembra un tempo ragionevole. Questa mattina (ieri per chi legge, ndr) c'è stato solo un problema di registrazione all'accettazione, perché i terminali erano fuori uso, con un rallentamento di qualche minuto". Dopo un'ora: "Mi hanno fatto la radiografia per il dolore al piede, perché ero caduto. Hanno trovato una frattura. Ma non mi hanno potuto ingessare. Dicono che in pronto soccorso non c'è la sala gessi. Esiste solo al Cardarelli. Ora devo tornare tra sei giorni con la prescrizione del medico". Sbuffa pure lui.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



posso sistemare qui in pronto soccorso?". Il Loreto Mare da dieci giorni è una trincea. Il personale sanitario combatte come può e con i mezzi a disposizione per fronteggiare un surplus di utenti da primo fronte bellico. La sala di attesa all'ingresso non ha più posti a sedere: i familiari dei pazienti attendono anche in cortile. Siamo in piena emergenza posti letto: le barelle delle ambulanze vengono trattenute in pronto soccorso e le autolettighe non possono ripartire. Con disagi enormi per l'intero sistema dei soc-

tamente in una sala per ritirare una barella di un'ambulanza. Si fa fatica ad immaginarlo sgattaiolare per soccorrere un ragazzo. Nella sala di attesa con le pareti color porpora ci sono cinque persone. Tre sono su sedie a rotelle e attendono per la radiografia. Non sanno che uno dei macchinari per le 'lastre' si è rotto alle tre della notte. **Andrea Speciale** ha 28 anni e abita nel quartiere San Carlo Arena. E' seduto in un angolo della saletta. L'aria spazientita. Sbuffa più volte, guardando l'orologio. "Per una radio-



San Giovanni e Loreto: continuano i disagi, piove anche nei reparti

L'emergenza

Infiltrazioni e secchi d'acqua in corridoio e in direzione ancora barelle in sala operatoria

Piove. Fuori e dentro all'ospedale San Giovanni Bosco. Dopo le infiltrazioni di acqua piovana nelle camere operatorie che ospitano - ormai già da una decina di giorni - pazienti di rianimazione, la pioggia è penetrata, sin dalle prime ore di ieri, nella direzione sanitaria, in quella amministrativa, nel corridoio che porta al blocco operatorio, in Oculistica e in alcuni ambulatori. Emergenza simile anche al Loreto Mare, dove, denuncia il personale, è piovuto in alcuni locali.

E così, per far fronte all'ennesima, incredibile, emergenza, il personale è stato costretto a sistemare secchi di plastica in corrispondenza del goc-

ciolio d'acqua piovana che veniva giù dal soffitto. Non solo. Sono state dispiegate lenzuola sul pavimento per assorbire la pioggia e evitare in tal modo che scivolassero pazienti, familiari, infermieri, medici. Insomma, scene da terzo mondo.

Nessun commento da parte del direttore sanitario, Luigi De Paola che ha ricordato di non poter rilasciare dichiarazioni per un ordine ben preciso emesso diversi anni fa dalla direzione asl di appartenenza.

L'altro giorno, come si ricorderà, l'allarme era scattato nelle camere operatorie dove sono ospitati alcuni pazienti intubati di rianimazione. La asl, informata di quanto stava accadendo, aveva immediatamente disposto che gli operai della ditta appaltata per i lavori, intervenissero per riparare il terrazzo dove si erano verificate le infiltrazioni. Il direttore generale della Asl Napoli 1 Centro, Ernesto Esposito, aveva spiegato che le in-

filtrazioni erano la conseguenza di danni prodotti durante una manifestazione inscenata la scorsa estate sul terrazzo dai dipendenti di una ditta di pulizie.

Ora, dunque, gli operai dovranno mettere mano ad altre aree del terrazzo di copertura per «chiudere le falle» che si sono aperte e che favoriscono infiltrazioni di acqua. Nel frattempo non è cessato l'allarme barelle. Il numero di lettighe di emergenza è sempre molto alto e il pronto soccorso continua ad essere assediato da richieste di soccorso da parte di pazienti, essenzialmente anziani affetti da patologie bronchiali o legate a complicanze dell'influenza, anche a causa della mancata vaccinazione.

L'allarme barelle coinvolge ancora tutti i pronto soccorso cittadini. Dal Cardarelli al Loreto Mare, dal Pellegrini al San Paolo, gli ospedali sono tutti strapieni.

«Lo stato di caos e la condizione organizzativa e assistenziale in cui versa il pronto soccorso del Cardarelli ha raggiunto livelli da record» ha denunciato, in una nota, la Fials Cardarelli. Il sindacato parla di «una mancanza di funzionalità e di organizzazione sta 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 le responsabilità non solo al governo regionale, ma anche «alla gestione e organizzazione dell'area dell'emergenza».

Il sindacato ha sollecitato 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».

m. l. p.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Allarme Il San Giovanni Bosco; sopra i locali invasi dalla pioggia

Asl Na 3 Sud, Panaro commissario straordinario

L'incarico di 30 giorni «per dare continuità al processo di potenziamento dei servizi sanitari»

CASTELLAMMARE DI STABIA. La Regione Campania con la delibera di Giunta numero 13 del 16 gennaio 2015 ha nominato il dottor Salvatore Panaro commissario straordinario dell'Asl Napoli 3 Sud. L'incarico è per 30 giorni e, comunque, sino alla nomina del nuovo direttore generale. Panaro, già direttore amministrativo aziendale e direttore generale facente funzioni, ha detto che intende

«dare continuità al processo di potenziamento dei servizi sanitari e socio-sanitari offerti, nel pieno rispetto del programma di rientro dal deficit imposto dalla Regione. Questo anche attraverso l'enfatizzazione delle aree della managerialità e, più in generale, puntando sullo straordinario patrimonio di risorse professionali ed umane di cui l'azienda dispone».



● Salvatore Panaro

Castellammare I pazienti del San Leonardo costretti a fare i turni per potersi misurare la febbre

Un solo termometro al pronto soccorso, la segnalazione alla direzione sanitaria

CASTELLAMMARE DI STABIA (Annarita Esposito) - Un solo termometro a disposizione di medici e pazienti del pronto soccorso. Non c'è pace al pronto soccorso dell'ospedale San Leonardo dove proseguono le emergenze. Appena la scorsa settimana sindacati e camici bianchi segnalano ai vertici dell'Asl Na 3 sud lo stato di emergenza in cui sono costretti a lavorare gli operatori sanitari. Ieri invece è emersa un'altra vicenda, a dir poco paradossale. Nonostante il picco influenzale infatti, al San Leonardo mancano i termometri. C'è infatti soltanto un misuratore digitale con il quale ci si deve "arrangiare" per verificare il proprio stato di salute, passandolo di persona in persona. Ma non è tutto. Secondo la segnalazione fatta dai pazienti, infatti, il termometro sarebbe anche difettoso. Non suona e bisogna contare i classici cinque minuti di attesa, proprio come si faceva una volta

con quelli a mercurio. Una situazione insomma di grande precarietà. Ci sarebbe infatti da sorridere, se l'emergenza non interessasse decine di migliaia di persone ricadenti nella giurisdizione dell'ospedale stabiese. Il San Leonardo infatti serve una vasta utenza che comprende, oltre alla città di Castellammare, tutti i comuni dei Lattari. *"L'altra sera mi sono sentita male e sono stata portata al pronto soccorso - spiega una giovane donna - e davvero non sapevo se piangere o ridere quando la dottoressa mi ha detto che dovevo aspettare il termometro e il mio turno per capire se il mio malessere era legato alla febbre o a qualcos'altro. Il medico si è scusato con me e poi rivolgendosi all'infermiere lamentava l'assenza del materiale di ordinaria amministrazione per lavorare a contatto con il pubblico".* E' emergenza continua dunque al San Leonardo. Carenza di strut-



ture e di personale, disagi al pronto soccorso e un senso d'incertezza che pone seri interrogativi sul futuro della sanità stabiese. E' il quadro che emerge dopo le ultime proteste. Nei giorni sono cresciuti anche i casi di pazienti costretti ad aspettare sulle sedie (o addirittura all'impiedi, a causa dell'assenza di barelle) il loro turno per essere visitati al pronto soccorso. La protesta tocca in maniera particolare il personale

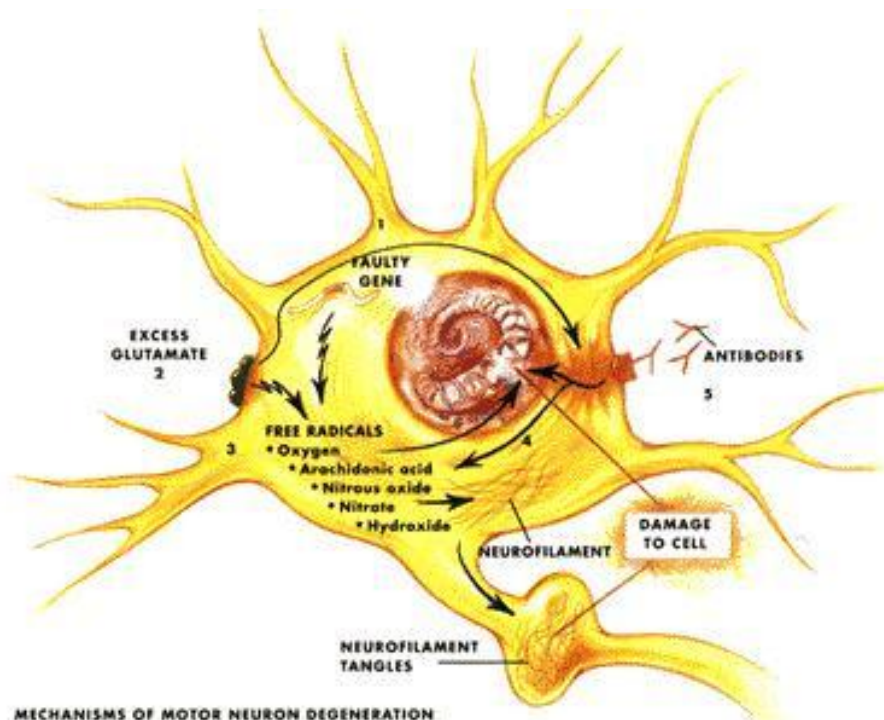
infermieristico del pronto soccorso: in questo caso i turni composti da cinque unità devono far fronte a una media di 250 - 300 accessi giornalieri, statisticamente registrati in questo periodo di picco influenzale. Non si è fatta attendere la replica dell'Asl. *"Ci troviamo dinanzi ad un'emergenza cronica - fanno sapere dalla direzione sanitaria - aggravata ancor di più dal virus influenzale che, in questo periodo, rende ancora più difficile il lavoro al pronto soccorso. Abbiamo perso un terzo dei nostri dipendenti (molti dei quali andati in pensione), ma il piano di rientro previsto dalla Regione non ci permette di fare nuove assunzioni. Ci rendiamo conto che la situazione, in un reparto attivo h24 come il pronto soccorso, sia estremamente delicata, ma paghiamo lo scotto di un'emergenza che sta colpendo l'intero sistema sanitario campano".*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



“Tra proteine e neuroni come creerà la prima mappa del Parkinson”

NICLA PANCIERA

Le vette del sapere biologico diventano sempre più impervie tanti sono i quesiti ancora senza risposta e la mole di dati genera più domande che risposte. Ecco perché per arrivare in cima - indagando le malattie e trovando nuove terapie - è necessario uscire dai tracciati consueti e guardare i problemi in modo diverso. La comprensione dei meccanismi biologici, così dinamici e contraddittori, richiede inedite forme di collaborazione con altre discipline, già abituate a gestire la complessità. Ne è convinto Rudi Balling, direttore del Luxembourg Centre for Systems Biomedicine, che, in una lezione all'Università di Milano Bicocca, ha illustrato la sua visione del futuro della ricerca biomedica.

La non linearità

Che si tratti di analisi matematico-computazionali, biomolecolari o cliniche (ma anche sociologiche o filosofiche) i principi sono sempre gli stessi: quelli logici che consentono di creare connessioni e trovare relazioni di causa-effetto. Ma, a differenza dei sistemi complessi artificiali, quelli naturali hanno una caratteristica: la non linearità. È quella che fa sì che un input anche piccolo si amplifichi a tal punto da dare origine a vaste conseguenze. Sono numerosi i sistemi in cui si manifestano queste «transizioni critiche», trasformazioni in cui le condizioni tra due stati cambiano in

modo estremo e repentino. In natura accade regolarmente: per esempio con l'avvio di un'era glaciale, ma anche con le catastrofi finanziarie. «Accanirsi sui dati che descrivono la situazione precedente e non trovare traccia di segnali premonitori può anche fare paura - spiega Balling -. Eppure gli indizi, vale a dire i “punti critici”, non sono sempre imprevedibili».

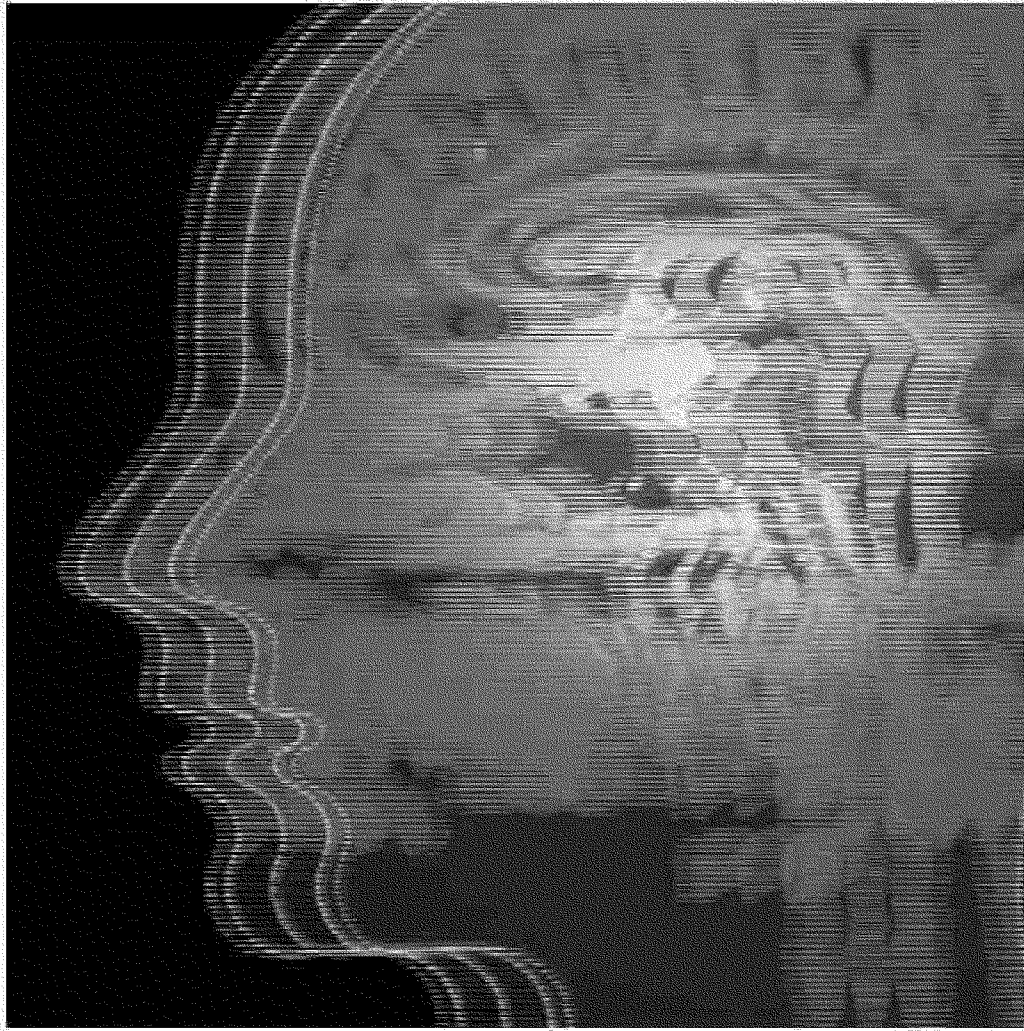
Temperature ambientali che cambiano e mutazioni geniche coinvolte in una patologia sembrano concetti distanti. E tuttavia «la biomedicina deve prendere spunto dagli studi ecologici e ambientali, come quelli di Marten Schaffer dell'Università di Wageningen, nei Paesi Bassi, le cui analisi matematiche hanno dimostrato la prevedibilità dei “punti di non ritorno” nelle dinamiche ambientali, anche in un'apparente mancanza di segnali premonitori». Il trasferimento di concetti da una disciplina all'altra è la chiave - secondo Balling -: un caso è l'applicazione di questi metodi allo studio di una linea cellulare di neuroblastoma chiamata «sushi cell» per lo studio del Parkinson.

«Tramite il silenziamento o la sovraespressione di uno o più geni perturbiamo i modelli di colture cellulari neurali e

analizziamo i processi fisiologici e patologici in atto. Con un percorso automatizzato di analisi estraiamo quindi i dati di una vasta gamma di funzionalità che caratterizzano i meccanismi cellulari e molecolari, oggi ancora sconosciuti, creando una “mappa” del Parkinson. Ho scelto le malattie neurodegenerative, perché oggi una neonata su due arriverà a 100 anni». L'obiettivo - dice lo studioso - «è facilitare l'iter diagnostico e fornire al paziente una previsione sulla progressione della malattia, indicando quanto lontano si trova dal punto di transizione». È la prova che, osservando un sistema biologico, non ci si può più limitare all'analisi delle componenti, «ma dobbiamo capire il modo in cui queste interagiscono. Bisogna controllare il sistema: è ciò che ci consente poi di interrogarlo».

I saperi «omici»

L'unione di modelli matematici e strumenti di «machine learning», integrati con le scienze «omiche» - come genomica e proteomica - e con le conoscenze biologiche «standard» diventerà, così, il cuore della nuova medicina, la «medicina dei sistemi». L'obiettivo - conclude Balling - è «integrare le diverse discipline e trasformare, quindi, il modo in cui noi esperti, ciascuno del proprio ambito, con interessi e motivazioni differenti, lavoriamo insieme. Questa è la cosiddetta “ingegneria sociale”: diventerà determinante nel prossimo futuro, quando il mondo dovrà diventare un enorme e unico laboratorio. Virtuale e interdisciplinare».



LIBRARY/CORBIS

Il Parkinson è la sfida di Rudi Balling, direttore del Luxembourg Centre for Systems Biomedicine

Repentina accelerazione del battito cardiaco:
è la tachicardia e ne soffriva anche Beethoven

Quel cuore che batte più veloce della musica

LA MALATTIA

Un'emozione, uno sforzo e sentiamo il cuore in gola: più di cento battiti al minuto. È la tachicardia, una malattia cardiaca che rientra nel fenomeno più grande delle aritmie.

Un recente studio delle università del Michigan e di Washington pubblicato sulla rivista " Perspectives in Biology and Medicine", si è addentrato su un aspetto molto suggestivo della malattia. Ludwig van Beethoven era affetto da aritmie cardiache e i ritmi di alcune parti delle sue opere sarebbero state condizionate proprio dai ritmi del suo cuore. Il gruppo di studio, formato da un cardiologo, uno storico della medicina e da un musicologo, ha analizzato alcune composizioni del grande maestro tedesco arrivando alla conclusione che gli inaspettati cambiamenti di ritmo e nelle

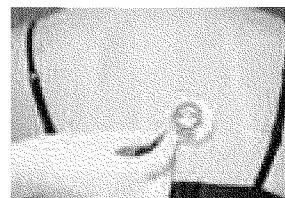
chiavi della musica di Beethoven «sembrano corrispondere a modelli asimmetrici di un'aritmia».

LE OPERE

La malattia più conosciuta di Beethoven era la sordità mentre il compositore cercava invece di nascondere un'aritmia cardiaca che faceva battere il suo cuore molto veloce (tachicardia) o molto lentamente (bradicardia, in qualche caso sotto i 50 battiti al minuto). Lo studio americano ha cercato di mettere in relazione il muscolo cardiaco del compositore e la sua musica che seguiva letteralmente il cuore. Un esempio? Il quinto movimento del quartetto per archi numero 13 in si bemolle maggiore denominato "Cavatina", oppure l'Opus 130. Nel mezzo del quartetto, la chiave cambia improvvisamente in do bemolle maggiore, portando a un ritmo squilibrato che evoca forte emozione, come una mancanza di re-

Le regole

Niente panico



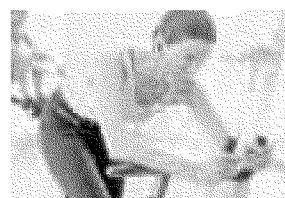
► Quando arriva la tachicardia cercare di stare tranquilli: il rischio è che il battito aumenti ancora di più

Bere acqua

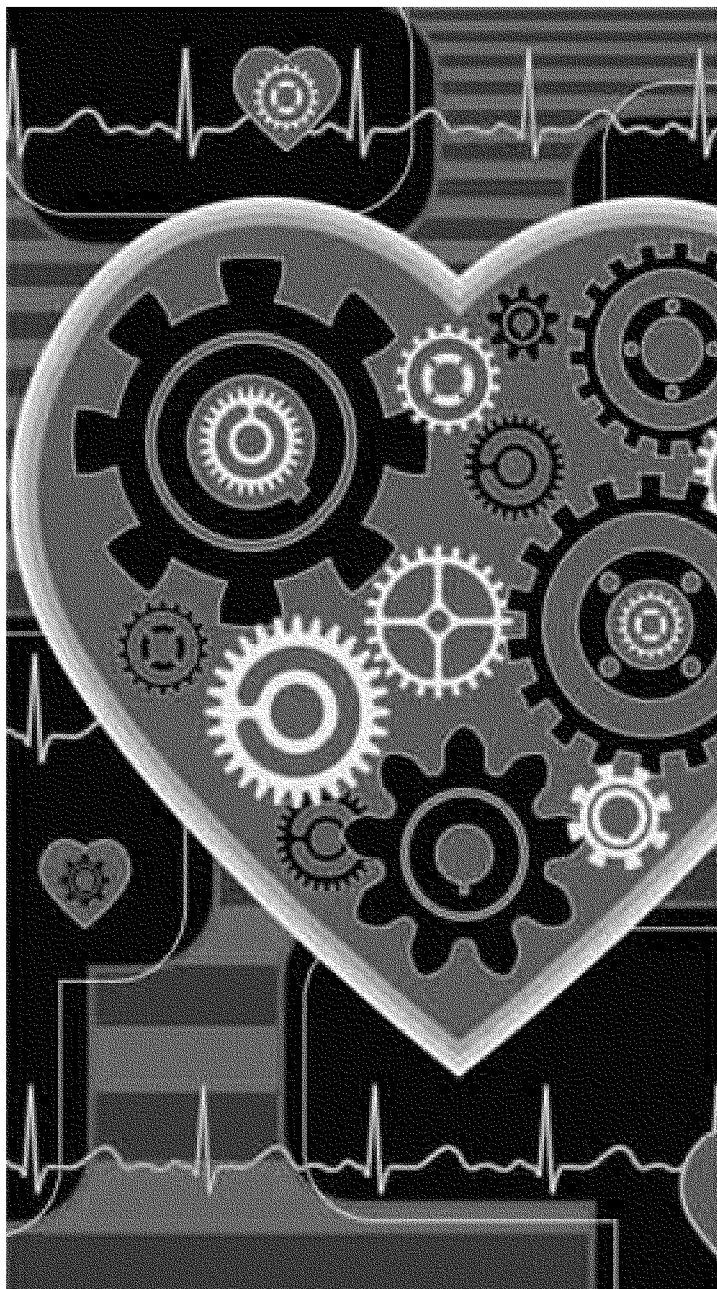


► Se il battito accelera bere un bicchiere d'acqua e, per almeno dieci minuti, fare respiri lenti, lunghi e profondi

Controlli giusti



► Per calcolare la frequenza sotto sforzo non fidarsi dei sensori sulle maniglie di cyclette o tapis, usare l'orologio



spiro». Forse provocata da un'improvvisa tachicardia. «Nei casi di tachiaritmia più importanti - spiega il professore Massimo Santini, direttore del Centro di ricerca per le aritmie della Regione Lazio, presidente del Cuore di Roma onlus - il paziente definisce quel momento

«FARMACI AD HOC PER ARITMIE IMPROVVISE O BRUCIATURE CON ELETTROBISTURI»

Massimo Santini
Centro ricerca aritmie Lazio

come un farfallio, una sensazione all'interno del torace. Queste sensazioni possono modificare il comportamento in chi non ha sensibilità all'esterno, come i sordi, alterando il senso di armonia o disarmonia».

GLI INTERVENTI

L'aritmia cardiaca è una irregolarità del battito: tra un colpo e l'altro c'è un intervallo regolare quando viene meno c'è una aritmia. «Tachicardico è colui che ha un battito oltre i 100 e bradicardico chi sta sotto i 60 - aggiunge Santini - ma non significa che il soggetto sia malato, come per gli atleti molto allenati che hanno un cuore rallentato. Diverso è il discorso se l'accelerazione è improvvisa così come è repentino il ritorno al battito normale. In questi casi si interviene con i farmaci o con la bruciatura con l'elettrobisturi della zona anomala del cuore, dalla nascita, dove si forma il corto circuito elettrico. Per la bradicardia patologica si interviene impiantando il pace maker per ridurre quei sintomi come la stanchezza e nei casi più gravi, lo svenimento». In Italia c'è circa un milione di persone affette da aritmia cardiaca. Un fenomeno che si verifica soprattutto con l'aumento dell'età. «Le extrasistoli dopo i 65 anni sono come i capelli bianchi - chiosa Santini - nulla di grave fin quando il fenomeno non è molto frequente».

Marco Giovannelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Trattamenti

**Una nuova
terapia
anti-tumore
all'ovaio**

In Italia si contano circa 87 mila casi all'anno di tumori maligni femminili. Ad aumentare quelli al polmone e al seno, soprattutto tra le under40. La più difficile da identificare è la neoplasia all'ovaio. Una malattia sottovalutata: 8 donne su 10 non la conoscono e una su tre lo confonde col tumore dell'utero, secondo un'indagine di "Acto onlus-Alleanza contro il tumore ovarico". Oggi la nuova frontiera di cura è rappresentata dalle terapie a bersaglio molecolare. Sta emergendo una classe di agenti terapeutici (Parp inibitori) che bloccano l'enzima coinvolto in vari processi cellulari, tra cui la resistenza dei tumori alla chemioterapia. A questa classe di farmaci fa parte Olaparib, al quale la Commissione europea ha appena concesso l'autorizzazione all'immissione in commercio «Le donne con una mutazione Brca sono particolarmente a rischio di sviluppare questa malattia, erano estremamente necessarie opzioni terapeutiche con nuove modalità di azione - spiega Nicoletta Colombo, direttore della Ginecologia oncologica all'Istituto europeo di oncologia di Milano - Lo sviluppo di un trattamento mirato come questo è un ottimo esempio di ricerca pionieristica tradotta in una terapia, che ha il potenziale di trasformare la vita delle pazienti».

A.Cap.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ONCOLOGIA/ Le terapie integrate e personalizzate per sconfiggere i «big killers»

Tumori, integrare per guarire

Farmacogenomica e nutrizione, così si stimola il sistema immunitario

La terapia del cancro si sta evolvendo, soprattutto la consapevolezza del valore aggiunto delle terapie integrate. Di questo si è discusso durante il sesto congresso Artoi (Associazione Ricerca terapie oncologiche integrate) che si è svolto a Roma qualche settimana fa.

Un focus speciale dell'incontro internazionale è stato dedicato ai tre big killer per i pazienti, i tumori alla mammella, al colon e al polmone.

Il tumore della mammella ha una prognosi che nel tempo è andata migliorando. Purtroppo, però, i nuovi casi di neoplasia sono in aumento.

Terapie personalizzate. Non possiamo considerare questo dato solo come risultato di una migliore tecnica diagnostica, ma ciò è anche frutto di un'influenza negativa da parte dell'ambiente sul nostro organismo. Il trattamento integrato parte proprio da una vera prevenzione e protezione con atteggiamenti alimentari e stili di vita da cambiare. Nel caso di patologia neoplastica, il nostro approccio è diretto alla persona: perché la prima cosa da fare è la personalizzazione della terapia. La strategia comprende: farmacogenomica per scegliere la chemioterapia adeguata; uso di sostanze naturali per aumentare la risposta della chemioterapia; sostanze naturali per lo stimolo del sistema immunitario; nutrigenomica per utilizzare l'alimentazione come aiuto alla chemioterapia; sostanze naturali per la prevenzione vera.

Prevenire. Il tumore polmonare rappresenta da vari decenni l'esempio più tipico di neoplasia passibile di prevenzione. La possibilità di prevenzione è legata all'evidenza del fumo di sigaretta come fattore di rischio determinante e, se pure in minor misura, all'inalazione di inquinanti, in parte ambientali e in parte da esposizione professionale. La dimostrazione dell'efficacia della prevenzione sta nella curva di incidenza della neoplasia degli ultimi decenni, che mostra una tendenza al decre-

mento per il sesso maschile a fronte tuttora di un aumento nel sesso femminile. La spiegazione è ancora appunto l'esposizione al fumo.

Oltre alla modificazione delle abitudini di vita a questo riguardo, la ricerca va indagando quali altri fattori preventivi possano esistere. Oltre a quelli comunemente citati come adiuvanti immunitari nella logica di pensiero Pnei (esercizio costante, gestione dello stress, quindi tecniche di rilassamento e di equilibrio mente-corpo), un ruolo importante è rappresentato dai costituenti dietetici. Anche in questo campo, oltre a quelli classici (ridotto consumo di zucchero, di carne rossa, di latticini e grassi animali in genere; uso basilare nella dieta di cereali, frutta e verdura stagionale), la letteratura offre una serie di studi sull'integrazione con costituenti aggiuntivi: citiamo i carotenoidi, il selenio, sostanze a effetto antiossidante e immunoadiuvante come la curcuma, la papaya, il tè verde, gli antociani, il resveratrolo e altri.

Integrare. Un altro capitolo importante è quello della possibilità di terapie integrate in presenza di malattia durante terapia medica. In questa situazione, tradizionalmente considerata a cattiva prognosi, l'integrazione terapia medica-radioterapia-chirurgia ha creato di per sé un aumento delle risposte terapeutiche e delle possibilità di lunga sopravvivenza. Nella fase terapeutica la letteratura complementare individua alcune sostanze in grado di ridurre gli effetti tossici e quindi di contribuire a una miglior qualità di vita e perfino a una maggior praticabilità della chemioterapia. Tra quelle maggiormente studiate possiamo citare il *Viscum album*, i funghi come *Shitake* e *Maitake*.

Vanno aggiunte, infine, come interventi terapeutici potenzialmente utili in fase di terapia medica o radioterapica alcune terapie non farmacologiche: citiamo tra le varie l'agopuntura, l'ipertermia, le terapie artistiche, lo yoga, il thai chi, l'euritmia, la meditazione, il sostegno psicologico

e spirituale in generale. Nel tumore polmonare, dunque, come in altri tipi di neoplasia, si pone come sostegno al paziente far sì che il periodo di terapia sia il più possibile un tempo vivibile, in cui elaborare senso e motivazioni al cambiamento.

Nutrire. Anche per il paziente affetto da neoplasia al colon lo stato nutrizionale influenza il decorso clinico e la prognosi del tumore. La malnutrizione si associa, infatti, a ridotta qualità di vita, maggiore incidenza di reazioni avverse legate alla terapia, ridotta risposta alla terapia da parte del tumore, ridotta sopravvivenza.

L'approccio del medico dovrebbe essere orientato al ripristino della capacità, avvalendosi di strumenti diagnostici come la farmacogenomica per lo studio della compatibilità ai chemioterapici, la nutrigenomica come guida nutrizionale, sia durante la malattia che come prevenzione delle recidive. La terapia integrata con principi attivi fitoterapici anti tumorali durante la malattia e la terapia. La chemio prevenzione sempre con fitoterapia specifica durante il follow up e probabilmente per tutta la vita. Nei pazienti malnutriti sono più frequenti l'interruzione, temporanea o definitiva, dei cicli di chemioterapia, e l'insorgenza di tossicità dose-correlata più severa.

Massimo Bonucci
presidente Artoi

Walter Legnani

spec. oncologia medica - Clinica
Madonnina - Membro Sima, Milano

Giuseppe Di Fedè

direttore scientifico e sanitario -
Istituto di Medicina biologica, Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Diecimila passi al giorno: è la regola per il cuore in salute

FITNESS

STEFANO MASSARELLI

C'è una nuova regola: quella dei 10 mila passi. Tutto nasce dall'importanza di un «motore» che regola lo stato di salute: è il sistema di vene e valvole della parte bassa del corpo che fa sì che il sangue faccia ritorno al cuore senza ricadere verso il basso, come vorrebbe la gravità.

Dolori e affaticamenti

Sono lì le basi del corretto funzionamento dell'intero sistema cardiovascolare ed è lì che si manifestano, già nei giovani, alcuni disturbi che prendono la forma di dolori, pruriti, affaticamenti, pesantezza e capillari rotti.

La familiarità e il sesso hanno un ruolo (le donne sono tendenzialmente più soggette degli uomini a questi disturbi), ma perlopiù i problemi vascolari periferici sono da ricondurre a due nemici: l'inattività fisica e la cattiva alimentazione. «L'inattività porta al sovrappeso e all'obesità. Il passo successivo è l'insulino-resistenza, che conduce al diabete di tipo 2 e ai rischi di infarto», ammonisce Paul Fadel, docente di farmacologia medica e fisiologia all'Università del Missouri, tra gli autori di uno studio che dimostra quanto sia importan-

te il movimento per la salute vascolare negli individui di qualsiasi età e, soprattutto, quanto sia

dannosa la sedentarietà protratta anche per brevi periodi.

Ecco perché - secondo l'Oms - la quota di movimento indispensabile per mantenersi in salute è pari a 10 mila passi al giorno, vale a dire circa 7 km. Nella ricerca apparsa su «Medicine and Science in Sports and Exercise» Fadel e il suo gruppo hanno studiato cosa avviene quando si passa da un livello ottimale di movimento quotidiano - 10 mila passi, appunto - a una «dose» insufficiente, pari a meno di 5 mila passi (quelli che, in genere, sono percorsi anche dai più sedentari). Dall'analisi è emerso che diminuire per soli cinque giorni la quota di movimento è sufficiente a intaccare la funzionalità del rivestimento interno dei vasi sanguigni degli arti inferiori. Un fenomeno da non sottovalutare, che diversi studi hanno direttamente collegato a un maggior rischio di ipertensione e morte cardiovascolare.

Dallo studio è tuttavia emerso anche un aspetto positivo: «Le conseguenze negative possono essere invertite», sottolinea Fadel. Dopo aver ristabilito la quota ottimale di movimento per alcuni giorni, si è osservato nei soggetti un netto miglioramento della funzionalità vascolare, fino al ritorno ai livelli ottimali. Un'evidenza che lascia ipotizzare che non sia mai troppo tardi per cominciare a muoversi. «Il mi-

glior trattamento è diventare più attivi».

Secondo aspetto: la salute vascolare risente dello stile alimentare e può essere favorita dall'inserimento nella dieta di particolari alimenti che hanno un effetto rigenerativo sui vasi, come il cioccolato fondente, l'olio d'oliva e il succo di mirtillo. A questo specifico ambito di studio si è dedicato il cardiologo e ricercatore svizzero Andreas Flammer dell'Ospedale Universitario di Zurigo, che è stato insignito di recente del premio alla ricerca 2014 dalla Fondazione svizzera di cardiologia. Motivo: aver tratto una serie di interessanti conclusioni sull'efficacia di questi tre alimenti, già noti ai cardiologi per l'elevato contenuto di flavonoidi.

Cioccolato e non solo

Nel caso del cioccolato fondente, per esempio, Flammer ha dimostrato che questa sostanza esercita un'azione favorevole sul cuore e può migliorare la funzionalità dei vasi sanguigni con pareti interne danneggiate. L'effetto, inoltre, è ancora più sorprendente nei pazienti con insufficienza cardiaca, in cui il consumo giornaliero di una piccola quantità di cioccolato può realmente portare benefici alla funzionalità cardiovascolare. Un risultato simile lo esercitano sia l'olio di oliva sia il succo di mirtillo: entrambi hanno fatto rilevare un netto miglioramento della funzionalità del sistema vascolare nei soggetti che includevano questi alimenti in modo stabile nella loro dieta.

Attenzione, però, a non «aggrapparsi» a questi ingredienti per compensare le proprie abbuffate, ammoniscono i ri-

cercatori. Meglio inserirli in una sana dieta mediterranea, che per natura include già una buona dose di nutrienti utili alla circolazione.

Paul
Fadel
Fisiologo

RUOLO: È PROFESSORE
DI FARMACOLOGIA MEDICA
E FISILOGIA ALL'UNIVERSITÀ
DEL MISSOURI (USA)

