



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





Come se non bastassero le carenze del settore, l'accesso alle cure è complicato anche dai tempi impiegati per incartamenti, fatture e documentazioni

Scarsa trasparenza e lungaggini burocratiche costano ai cittadini 25 giorni all'anno di coda agli sportelli

Per un certificato 210 ore di attesa

Per i pagamenti le ditte fornitrici aspettano fino a 1500 giorni dalla consegna

di **Ciro Crescentini**

NAPOLI - Il livello di burocrazia nella sanità campana è arrivato a livelli mai visti. Come se non bastassero le già corpose inefficienze e carenze del sistema sanitario regionale, a rendere l'accesso alle cure ancora più difficile ci pensano i complessi iter burocratici causa di allungamenti dei tempi delle prestazioni e, spesso, di aggravamenti per il comparto in termini economici. Analizzando il problema dal canto degli utenti, emerge che un cittadino campano perde mediamente 210 ore ogni anno (pari a 25 giorni lavorativi) per colpa della burocrazia sanitaria. Altra angolazione stesso risultato: un'azienda ospedaliera o sanitaria liquida una fattura ad un fornitore in media dopo 1300 giorni lavorativi trascorsi. E' quanto sostengono le principali associazioni degli utenti e dei consumatori. Dal quadro tratteggiato dagli addetti ai lavori, emerge una burocrazia spicciola che si caratterizza per carenze o cattiva volontà di terzi, informazioni errate su procedure o percorsi e disinformazione. Fatti che sembrerebbero attuati ad arte. Atti indotti da terzi che alimentano ritardi che spesso sfociano in conflittualità che potrebbero essere evitate. *"Certificati di malattia non rilasciati dal pronto soccorso, ospedali e presidi specialistici che non rilasciano le regolari ricette rosa del Servizio sanitario*

nazionale demandando a terzi la prescrizione, Inps e Inail i cui impiegati impegnati allo sportello non accettano certificati post ricovero o dei pronto soccorsi perchè cartacei. Sono questi le maggiori difficoltà che riscontrano gli utenti", evidenzia **Rosario Stornaiuolo**, leader della Feder-

consumatori campana. La questione non si esaurisce qui. Le liste d'attesa sono ormai insostenibili: basti pensare che ormai per effettuare un'ecografia si può arrivare anche ad aspettare un anno; per una protesi d'anca o di ginocchio siamo passati da circa otto mesi dello scorso anno ai 5-20 mesi di

attesa odierni. E chi non può aspettare si rivolge al privato: per una protesi d'anca si arriva a spendere migliaia e migliaia di euro. Per una visita specialistica i tempi diventano biblici: ottenere un appuntamento da un dermatologo entro sei mesi è un "miracolo". *"La Regione, che prima pub-*

blicava i tempi d'attesa, ora non lo fa più. Alla faccia della trasparenza", sottolinea **Roberta Coppola**, commessa. Le maggiori segnalazioni dei cittadini evidenziano le difficoltà nel raccordo tra ospedale e servizi territoriali e la mancanza di una rete efficace di presa in carico del paziente, oltre

che una sensazione generalizzata di mancanza di orientamenti. Segnalati disservizi amministrativi negli ospedali San Paolo, Loreto Mare, San Giovanni Bosco (Napoli), Rummo (Benevento): la rete dei servizi sanitari mal si ricorda. Il cittadino è il più delle volte costretto a percorrere interminabili pellegrinaggi tra i vari uffici alla ricerca di informazioni. I cittadini sono scarsamente informati su servizi o figure professionali esistenti e da attivare, procedure da compiere, tempi di attivazione. Ciò comporta un senso di incertezza e smarrimento nel malato e nei suoi familiari. Tra procedure poco trasparenti, in particolare, è segnalata la mancata indicazione dei costi per l'attivazione dell'ambulanza per il trasferimento tra strutture sanitarie. Una scarsa informazione che costringe gli utenti a provvedere in maniera autonoma, facendosi carico di spese cospicue e, spesso, indebite. La burocrazia sanitaria produce difficoltà e disagi alle imprese fornitrici. Tempi lunghissimi per il pagamento dei crediti vantati dalle imprese biomedicali. Molte aziende sono costrette ad attendere oltre 1300 giorni in media prima di vedersi saldare la fattura. Ci sono altre imprese fornitrici che aspettano anche di più, come quelle che provvedono a cerotti, bisturi, lastre, flebo ed altri dispositivi: i tempi di attesa toccano la soglia dei 1500 giorni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Fondi integrativi in campo per la prevenzione

Fuga dalla sanità

Lunghe attese e spese in crescita

Liste d'attesa lunghe e ticket troppo costosi. Sono le due note dolenti della sanità pubblica che spingono un numero sempre maggiore di italiani a rivolgersi alla sanità privata: sono 12,2 milioni i cittadini che già lo fanno perché considerano ingiusti i ticket e si aspettano liste di attesa troppo lunghe. È quanto emerge dall'ultimo rapporto Censis sul welfare integrativo. Nell'ultimo anno le liste di attesa si sono allungate: 20 giorni in più per una risonanza magnetica al ginocchio (da 45 a 65 giorni), 12 giorni in più per un'ecografia dell'addome (da 58 a 71), 10 giorni in più per una colonscopia (da 69 a 79). Una colonscopia senza biopsia nel pubblico costa mediamente 56 euro di ticket e richiede 3 mesi di attesa oppure costa 224 euro nel privato con una settimana di attesa: il costo a carico del cittadino è di 28 euro per ogni giornata in meno di attesa. La scelta del privato spesso diventa un obbligo per accorciare i tempi. Così un miliardo di euro in più in un anno uscito dalle tasche degli italiani, per un totale di 33 miliardi nel 2014 (+2% rispetto all'anno precedente); mentre la spesa per l'assistenza nelle strutture pubbliche supera i 110 miliardi di euro. Oltre 9 milioni di italiani hanno effettuato visite specialistiche nell'ultimo anno nel privato e a pagamento (2,7 milioni di questi sono persone a basso reddito): a spingerli sono le lunghe liste di attesa nelle Asl e negli ospedali. Il privato diventa per tutti, anche per le persone con redditi bassi, la condizione per accedere alle prestazioni sanitarie in tempi realistici. Il fenomeno è accentuato in maniera drammatica dalla crisi economica che da un lato ha richiesto e richiede interventi di riduzione della spesa pubblica, dall'altro ha impoverito le famiglie.

Anche le sensazioni che gli italiani hanno delle prestazioni erogate dal proprio servizio sanitario non sono incoraggianti. Per il 31,7% la sanità nella

propria regione è in peggioramento, con un balzo di 10 punti percentuali in più nel 2012 rispetto al 2009, quando a sostenere questa tesi era il 21,7% dei cittadini. I tagli alla sanità pubblica abbassano dunque la qualità delle prestazioni e generano iniquità. Per questo è prioritario trovare nuove risorse aggiuntive per impedire che meno spesa pubblica significhi più spesa privata e meno sanità per chi non può pagare. Occorre, dunque, invertire un trend che prevede nel 2015 un gap di circa 17 miliardi di euro tra le esigenze di finanziamento della sanità e le risorse disponibili nelle regioni. Pertanto occorre individuare un meccanismo che possa alleggerire la spesa sanitaria delle regioni, e un buon punto di partenza è rappresentato dall'aumento delle spese destinate al campo della prevenzione.

Proprio nell'ambito della prevenzione, il Fondo Easi, costituito pariteticamente dalle associazioni datoriali Assoced e Lait e dal sindacato dei lavoratori Ugl Terziario risulta all'avanguardia. Presso i C.E.D., gli studi professionali, le società tra professionisti, infatti, il ruolo del welfare contrattuale assume una grande rilevanza attraverso una serie di misure che rispondono coerentemente alle mutate esigenze degli assistiti, tra cui emerge quella della prevenzione. Secondo l'analisi del Censis le prestazioni più richieste riguardano proprio l'area della specialistica e della diagnostica, nell'ambito della prevenzione, oltre alle cure dentarie e ai farmaci. E se oltre il 50% delle prestazioni ritenute necessarie dagli assistiti nelle aree della specialistica e della diagnostica e delle cure dentarie è esclusa dalle attuali coperture garantite dalle varie forme sanitarie integrative, il Fondo Easi si concentra soprattutto su di esse. Si pensi per esempio all'ampia gamma di prestazioni diagnostiche e di alta specializzazione offerte dal Fondo oppure alle prestazioni di implantologia inserite

nell'ambito delle cure odontoiatriche. Benché quest'ultima voce risulti piuttosto richiesta, di fatto, secondo l'indagine Censis, in termini di prestazioni ammissibili presso i vari fondi sanitari esistenti presenta una risposta ampiamente insoddisfacente. Il Fondo Easi, invece, opera all'avanguardia in quanto oltre ad aver inserito questa voce all'interno del proprio nomenclatore, ha impostato delle regole che rendono estremamente fruibile il ricorso all'implantologia, rispondendo con efficacia alle istanze degli assistiti. La sanità integrativa rappresenta dunque un'opportunità e una risposta in grado di offrire un servizio sul territorio più equo e sostenibile. In Italia la sanità complementare è un sistema composto da centinaia di Fondi integrativi a beneficio di oltre 11 milioni di assistiti, che svolgono un ruolo ampiamente sostitutivo e colmano i vuoti dell'offerta pubblica. Se infatti sono già 11 milioni gli italiani che hanno aderito a un fondo sanitario integrativo, quasi il 70% di essi non ha mai sentito parlare di sanità integrativa.

Il 53% dei cittadini non conosce la differenza tra una polizza malattia e un Fondo sanitario integrativo e il 57% non sa che i Fondi sanitari integrativi comportano un vantaggio fiscale rispetto alle polizze malattie. Che fare dunque? Di governo in governo dopo il decreto del 2009 che ha istituito l'Anagrafe dei fondi sanitari non è stato portato a compimento il processo regolatorio che la legge impone. Occorre partire dal completamento del quadro normativo dei fondi per costruire un assetto definitivo e coerente con obiettivi di complementarità tra la sanità pubblica e la sanità privata. E i fondi sanitari integrativi, in particolare quelli di matrice contrattuale, possono rappresentare il primo punto di contatto con il servizio pubblico.



Un miliardo
È l'aumento della spesa sanitaria nel 2014 rispetto all'anno precedente, pari al 2% in più



80 per cento
È la quota di risorse complessive delle Regioni che viene spesa per la gestione della sanità



Liste d'attesa
Ecografia addome: +12 giorni (da 58 a 71 giorni), colonscopia, +10 giorni (da 69 a 79 giorni)



Privato
Nel 2014 almeno un esame specialistico per 22 milioni gli italiani, pagato per intero da 5,4 milioni

La ricerca. Liste d'attesa allungate, ticket in crescita, in alcune regioni funziona solo il privato. Ma la civiltà di un paese si misura sulle sue capacità di sostenere un servizio pubblico, equo, gratuito e solidale

Questa Sanità è da salvare

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

Salute pubblica: un miliardo di euro in più di spesa nel 2014 (+2% rispetto al 2013). Politici e dirigenti delle Regioni ne sono i responsabili: l'80 per cento del loro budget è speso per la salute, dunque piovono lì le occasioni per alimentare clientele e corruzione. Risultati? Il 63,4% degli utilizzatori intervistati si dichiara insicuro rispetto al futuro (di più, 77,1 per cento, al Sud).

La ricerca del Censis-Rbm Salute rivela dati che devono far riflettere chi governa. Ma anche chi è governato. Nell'ultimo anno si sono allungate le liste di attesa: 20 giorni in più per avere una risonanza magnetica al ginocchio (da 45 a 65 giorni), 12 giorni in più per un'ecografia dell'addome (da 58 a 71 giorni), 10 in più per una colonscopia (da 69 a 79 giorni). L'Ospedale Gasslini di Genova si gloria d'aver superato l'anno (400 giorni) d'attesa per una visita oculistica pediatrica.

I ticket aumentano: €56 e 3 mesi di attesa per una colonscopia contro €224 in privato con attesa di 7 giorni; €63 e 74 giorni di attesa per una RMN al ginocchio, (€142 e 55 giorni di in privato). Sono 22 milioni gli italiani che hanno fatto almeno un accertamento specialistico nel 2014 (radiografia, ecografia, Tac, ECG, pap-test, ecc.): 5,4 milioni hanno pagato per intero la prestazione (1,7 milioni di questi sono persone a basso reddito). Circa 4,5 milioni (di cui 2,8 a basso reddito) hanno rinunciato ad almeno una prestazione per mancanza di soldi. Pagare è necessario, anche per chi ha redditi bassi.

Puglia e Campania sono regioni in cui rivolgersi a specialisti privati è obbligatorio: 69 giorni per una visita oculistica con ticket di €42 nel pubblico contro 6 giorni di attesa nel privato con pagamento intero per €102; 58 giorni di attesa per una visita cardiologica nel pubblico e 5 giorni nel privato (costi: €42 nel pubblico e €108 nel privato), 48 giorni per una visita ortopedica nel pubblico e 5 giorni nel privato (€32 di ticket, più di €90 nel privato), 38 giorni per una visita ginecologica nel pubblico e 5 giorni nel privato (€31 di ticket e €103 in privato).

Come fu facile prevedere ("La Salute non ha prezzo?", Laterza Ed. 2001), siamo arrivati al traguardo d'una salute riservata ai ricchi e una sanità lenta e costosa, destinata agli altri. Principio anticostituzionale. Qualche mente fine che ricorra alla Corte Costituzionale, denunciando i servizi sanitari regionali, potrebbe aiutare il Governo a decretarne la fine. La civiltà di un Paese si misura sulle sue capacità di sostenere un servizio sanitario pubblico, equo, gratuito e solidale. Quanto più s'allontana tale traguardo, tanto meno civile è il Paese.

Una salute riservata ai ricchi e un sistema lento e costoso, destinato agli altri

L'Italia ha costruito un servizio sanitario pubblico molto buono. Ha perfino viziato i cittadini, facendo loro pensare di poter sprecare, concedendosi il lusso di cure termali, farmaci ed esami inutili a iosa, ma la misura è colma. Investire nell'educazione alla sobrietà sanitaria è fondamentale. Come?

La terapia era già stata identificata nella "slow medicine", nata in Italia nel 2011 come un movimento di idee per riportare i processi di cura nell'ambito dell'appropriatezza delle richieste degli esami e delle prescrizioni delle cure basata sulla relazione di ascolto, di dialogo e di condivisione delle decisioni con il malato.

Solo dopo aver eliminato le ASL regionali, però, perché ne le aziende non si costruiscono sobrietà, né ascolto, né dialogo: si fanno soldi. Cura troppo drastica? Se ne identifichi un'altra, basata su modelli regionali virtuosi, immuni da sprechi, clientele e corruzione. Ne esiste almeno uno? Si faccia avanti l'assessore virtuoso, con dati alla mano e ce ne convinca. Altrimenti taccia insieme ai colleghi e si rassegnino insieme, a consegnare alla Storia del Bel Paese risultati che potrebbero trascinare l'Italia ad un grado d'inciviltà che sconteremo dolorosamente.

Non tutti, però, e non certo gli esenti ticket, soprattutto se collettori di mazzette.

camici.pigiama@gmail.com

FLASH

La giornata

Ogni anno in Italia il sistema sanitario spende oltre 310 milioni di euro per i pannolini mentre i farmaci antiincontinenza sono a totale carico del paziente, con una spesa media annua di 550 euro.

L'incontinenza urinaria in Italia interessa circa 5 milioni di persone, giovani e anziani, uomini e donne ma non risparmia nemmeno i bambini, considerando che l'enuresi, a 7 anni, riguarda 1 bambino su 10. La sesta giornata dell'incontinenza, il 28 giugno, «questo anno - dice il presidente dall'associazione incontinenti (FINCOPP), Francesco Diomede - ha l'obiettivo di aumentare la consapevolezza delle cure, sconfiggere la cultura del "non far sapere", assicurare un adeguato livello qualitativo dei dispositivi medici elargiti dal S.S.N. E per raggiungere l'obiettivo la FINCOPP

sarà presente con gazebo in diverse piazze fornendo informazioni sui dispositivi medici, consulenza legislativa e burocratica, tutela dei diritti. Nello stesso tempo aperti anche ambulatori di 100 ospedali per visite gratuite. L'incontinenza urinaria consiste nell'emissione involontaria di urina. Può essere da sforzo (IUS) dove un colpo di tosse, una risata, sollevare una borsa della spesa causano fughe di urina, e da contrazioni involontarie che determinano improvviso bisogno di urinare. La prima forma può essere curata con la riabilitazione del piano perineale e la terapia chirurgica, la seconda con terapia medica che, a differenza degli altri paesi europei, non è dispensata da sistema sanitario. Per le prenotazioni numero Verde FINCO: 800.050415 o i Centri sul sito internet www.giornataincontinenza.com.

(aldo franco de rose)

La Rivoluzione della salute

Non ci sono eventi storici che più di quelli della Rivoluzione francese abbiano dato luogo a un così grande numero d'interpretazioni, tra loro simili o differenti od opposte... Si è scritto che «la rivoluzione compromette, o si è suoi complici o suoi avversari». Personalmente mi schiero, se non proprio tra i numerosi apologisti, certamente tra coloro che sono fermamente convinti che tutto ciò che accadde in Francia nel trentennio successivo al fatidico anno Ottantanove fu un susseguirsi di avvenimenti con origini intellettuali ben precise, in parte mediche o medico-filo-

sofiche, e con impronte durature anche nel campo della medicina e della sanità. Si trattò di avvenimenti destinati a fermentare e ribollire come buona o cattiva coscienza nella percezione e riflessione (o mancata riflessione) da parte dei posteri... Il grande disegno rivoluzionario - fondato sul trionfo *liberté, égalité, fraternité* - fu impostato e in parte realizzato... come uguaglianza o equità sociale, come fraternità o solidarietà tra diversi.

COSMACINI A PAG. 10

A rischio oblio gli ideali che hanno modificato per sempre il rapporto con il paziente

Dalla Rivoluzione alla sanità

La medicina moderna ebbe una spinta innovativa negli anni dei moti francesi

DI GIORGIO COSMACINI *

Non ci sono eventi storici che più di quelli della Rivoluzione francese abbiano dato luogo a un così grande numero d'interpretazioni, tra loro simili o differenti od opposte. Nei duecento anni trascorsi da quegli eventi, la storiografia, nella sua immensa mole al riguardo, ha determinato il formarsi, nella mentalità e nella sensibilità collettive, di immagini con larga gradazione dall'apologetica alla condanna.

Si è scritto che «la rivoluzione compromette, o si è suoi complici o suoi avversari». In questo libro la Rivoluzione francese dà una immagine di se stessa che l'autore ha cercato, compromettendosi, di vedere idonea al ritrovamento di un significato e valore medico-sanitario attraverso il suo accidentato percorso politico e il suo complesso itinerario sociale.

Personalmente mi schiero, se non proprio tra i numerosi apologisti, certamente tra coloro che sono fermamente convinti che tutto ciò che accadde in Francia nel trentennio successivo al fatidico anno Ottantanove - l'«anno grande» o «primo della libertà» - fu un susseguirsi di avvenimenti con origini intellettuali ben precise, in parte mediche o medico-filosofiche, e con impronte durature anche nel campo della medicina e della sanità. Si trattò di avvenimenti destinati a fermentare e ribollire come buona o cattiva coscienza nella percezione e riflessione (o mancata riflessione) da parte dei posteri.

Oggi la storiografia francese, attraverso il contributo di Jacques Le Goff (recentemente scomparso), si è fatta portavoce della tesi secondo cui il Medioevo è terminato solo nel Settecento: l'economia rurale fu incapace di vera crescita fino alla settecentesca rivoluzione agricola, la religione rivelata si mantenne culturalmente dominante fino alla rivoluzione dei Lumi, la monarchia rimase la forma di predominio politico fino alla Rivoluzione francese. È a partire da quest'ultima che ha avuto inizio

la modernità. Si può dimostrare che a partire dalla Rivoluzione francese, dalle sue origini culturali e dalle sue risoluzioni pratiche ebbe inizio anche la modernità della medicina.

Il grande disegno rivoluzionario - fondato sul trionfo *liberté, égalité, fraternité* - fu impostato e in parte realizzato, negli anni ruggenti della rivoluzione e del dopo-rivoluzione, come libertà dal bisogno, come uguaglianza o equità sociale, come fraternità o solidarietà tra diversi.

Pinel che nell'ospedale per alienati di Bicêtre libera i folli dalle loro catene; Fourcroy che al posto delle obsolete *facultés de médecins* fonda le *écoles de santé* produttive di un sapere fruibile da tutti i *citoyens*; l'importanza data da Cabanis agli ospedali d'insegnamento e di ricerca, luoghi della *naissance* de la clinique (certificata da Foucault) di Bichat e Laennec; l'importanza congiunta di nuove discipline fondative del sapere medico quali l'epidemiologia e la statistica; l'invenzione da parte delle armate rivoluzionarie e poi napoleoniche del «pronto soccorso», trasferito in campo civile nella «medicina d'urgenza» e nella «chirurgia d'emergenza»; l'unificazione, infine, delle figure del medico e del chirurgo, divise da secolare discordia, in quella del medico-chirurgo moderno: questi alcuni dei lasciti della rivoluzione alla medicina moderna.

Nella sesta e ultima parte del mio volume, che ho intitolato «Duecento anni dopo» facendo eco ai «Vent'anni dopo» di Alexandre Dumas, ho inteso esplorare quanto siano trascurati o trascurati, oggi in Italia, gli insegnamenti derivanti da quella fondazione metodologica, epistemologica, antropologica, al punto da poter configurare la Rivoluzione francese della medicina e della sanità come una sorta di «rivoluzione dimenticata».

Nel testo ho voluto soffermarmi sui concetti di «sanità ritardata», di «riforma contro-riformata», di «beneficialità

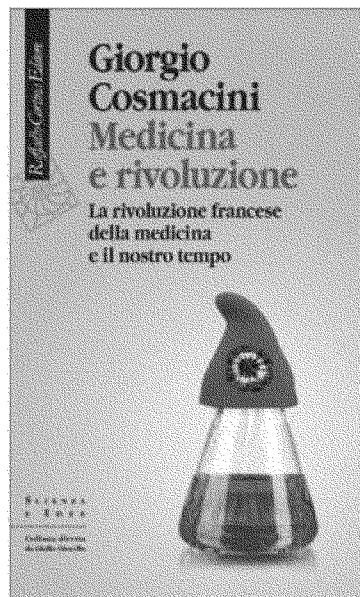
contesa», di «grande malata», con riferimenti puntuali all'inerzia politica, ai contrasti ideologici, alle pecche istituzionali. Di una "rivoluzione silenziosa" avvenuta nel nostro Paese si parla oggi a proposito della trasformazione che ha scavato in profondità nel senso comune cambiando gli atteggiamenti radicati circa la propria salute attraverso il mutato rapporto medico-paziente, la pratica del consenso informato, il problema della verità al malato e via dicendo.

Sono temi e problemi che attendono da tempo una visione medico-sanitaria veramente riformatrice, che non sia quella delle riforme parziali, o parcellari, o meramente nominali. Non può aver credito una riforma che esiti a darsi una prospettiva totalizzante, generale e radicale. Si guardi, per analogia, a ciò che avviene in altri campi, diversi da quello medico-sanitario ma con questo intrecciati: l'assetto della giustizia, l'ordinamento della scuola, l'efficienza della pubblica amministrazione, la regolamentazione dei rapporti di lavoro.

Per superare le remore o resistenze al cambiamento non valgono lunghe meditazioni, né servono passi lenti. È necessaria, invece, la ricerca di un consenso "dal basso" che in parte già c'è; ed è poi non meno necessario uno scatto politico "dall'alto" improntato a verità, serietà, rigore, intransigenza e, se occorre, irruenza, quale fu quella che nella Francia rivoluzionaria e postrivoluzionaria avviò la nascita della medicina moderna.

** storico della medicina italiana,
docente all'Università Vita-Salute
San Raffaele di Milano*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giorgio Cosmacini "Medicina e rivoluzione. La rivoluzione francese della medicina e il nostro tempo". Collana Scienza e idee, diretta da Giulio Giorello, Raffaello Cortina Editore - Milano 2015

Mense e formazione gluten free

Pronto l'Accordo Stato-Regioni che rivede i criteri per l'accesso alle risorse per mense e formazione. L'attenzione alle norme anti-corrruzione. (Servizio a pag. 6)

Pronto l'accordo che rivede i criteri per l'accesso alle risorse per mense e formazione

Celiachia, chi accede ai fondi

Aggiornato il testo fermo al 2006 - Criteri anti-corrruzione in pista

Certificazioni dai servizi Sian

Una relazione annuale da trasmettere al ministero della Salute, che certifichi il numero dei soggetti celiaci per Regione e Provincia autonoma, il numero delle mense ospedaliere, scolastiche e pubbliche che erogano pasti senza glutine, il numero dei corsi di formazione sulla celiachia rivolti agli operatori del settore alimentare. E ancora: parametri ben precisi per l'assegnazione delle risorse, che saranno erogate per il 60% in relazione al numero dei soggetti celiaci registrati dai dati forniti dalle Regioni e per il 40% sulla base del numero di mense che preparano pasti per celiaci.

Sono questi i principali criteri inseriti nello schema di accordo trasmesso dal ministero della Salute alle Regioni, che aggiorna il precedente provvedimento del Dicastero fermo al 16 marzo 2006, prima attuazione degli articoli 4 e 5 della legge 123/2005. La stessa legge assegnava 3,15 milioni per l'erogazione di pasti senza glutine nelle mense e 610mila euro all'attività formativa. Attività che d'ora in poi andrà certificata dai servizi Sian dei Dipartimenti prevenzione.

La premessa all'intero documento che aggiorna il precedente del 2006, è contenuta nell'appunto trasmesso alla ministra della Salute, Lorenzin, dalla Dg per l'Igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione. Dove si legge che i componenti del Gruppo di lavoro sulla celiachia attivo dal 31 ottobre 2014 hanno ritenuto di apportare modifiche «con riferimento anche ai principi enunciati dalla legge 190/2012, recante disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione e norme connesse». Da qui la scelta del Gruppo di lavoro di: stabilire nuovi criteri di ripartizione dei fondi sulla base degli ultimi interventi normativi in materia di tagli alla spesa pubblica e «sulla necessità di un adeguamento in base all'esperienza

maturata dei criteri premianti»; definire i ruoli delle autorità competenti coinvolte in attuazione del principio di leale collaborazione, «al fine di meglio coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere le attività di interesse comune nel modo più trasparente e corretto possibile».

Mentre la Relazione annuale - prevista già dalla legge 123 - darà il polso della situazione di un fenomeno in crescita, formazione degli operatori e certezza sui numeri (di celiaci e strutture che provvedono ai pasti) sono i due parametri inseriti nel nuovo testo, sotteso dall'esigenza di fare i conti con la «vigente disponibilità finanziaria nel bilancio dello Stato».

Nel dettaglio, cambiano le assegnazioni: come detto le risorse per la somministrazione dei pasti sono erogate per il 60% in relazione al numero dei soggetti affetti da celiachia e per il restante 40% sulla base del numero di strutture che erogano pasti per celiaci sul territorio regionale (fino a oggi il criterio è 50%-50%). Il fondo per la formazione si articola invece su 5 direttrici (a ciascuno il 20%): numero totale di corsi di formazione, totale dei partecipanti, quota inversamente proporzionale al numero di partecipanti per corso, quota sulla base del numero di ore di corso seguito da ogni partecipante, ore di pratica svolte da ogni partecipante.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ASSOCIAZIONE ITALIANA GIOVANI PARKINSONIANI

Quando il Parkinson colpisce i ragazzi: una disabilità ignorata

DI MIRNA PACCHETTI *

Quando si parla di Parkinson, nell'immaginario collettivo si pensa a una persona anziana, di circa 80 anni e tremante. Quasi nessuno, a parte chi ne è affetto o ha un familiare con questa patologia, sa che il Parkinson può colpire anche prima dei 40 anni.

Si stima che in Italia ci siano circa 300mila persone affette da Parkinson, delle quali 75mila con meno di 50 anni e 30mila con meno di 40 anni, significa che un terzo dei malati ha il Parkinson giovanile. I numeri sono piuttosto importanti, ma il dato più significativo è che le previsioni indicano il raddoppio di casi entro il 2030. Eppure nessuno ne parla.

Le persone colpite da Parkinson giovanile affermano che la sofferenza, emotiva e psicologica, è molto forte e deriva dall'impossibilità permanente di rientrare nella normalità sociale, che implica avere un lavoro (e non una pensione d'invalidità), potersi prendere cura dei figli e vivere al meglio i 30 o 40 anni che ancora hanno di fronte a sé.

Il giovane parkinsoniano subisce il peso dell'equazione perdita della salute uguale perdita dell'approvazione sociale. In tale processo la persona sofferente viene lasciata sola con il suo dolore e con il peso della delusione di non essere all'altezza delle aspettative socio-culturali che vorrebbero l'individuo sempre in forma, sano, eternamente giovane, seducente e competitivo.

Un'altra forma di inadeguatezza vissuta dalle persone che soffrono di Parkinson giovanile sta nel non riuscire a mantenere i ritmi frenetici che la società e il mondo del lavoro impongono, in quanto il malato di Parkinson s'inserisce in un flusso temporale totalmente diverso e rallentato rispetto a quello degli altri.

Molto spesso quando una persona è colpita da una patologia degenerativa come il Parkinson,

soprattutto a esordio giovanile, si sente disabile con il rischio di essere compatito, o peggio, emarginato nelle relazioni con gli altri.

Spesso la persona con Parkinson giovanile, si chiude in sé stessa ed evita contatti sociali che rischierebbero di diminuire la stima nei suoi confronti, perché i sintomi della malattia (il tremore, i movimenti involontari, il camminare incerto) vengono scambiati per comportamenti di persone ubriache, drogate, perturbate o quanto meno sospette.

Se questa malattia cronica fosse più conosciuta, sarebbe meno difficile da sopportare e da accettare, ma lo stigma sociale è forte.

Partendo da queste premesse, l'11 giugno si è tenuto il Convegno "Le Disabilità Invisibili: focus sul Parkinson giovanile", che si è focalizzato su come far uscire i giovani parkinsoniani dall'invisibilità e come togliere loro lo stigma sociale, partendo dai risultati di un'indagine commissionata a InTribe dall'associazione Aigp (Associazione Italiana giovani parkinsoniani) Onlus.

«Con questa analisi vogliamo portare all'attenzione della società cosa implica avere il Parkinson giovanile», afferma Claudia Milani, presidente di Aigp Onlus: «Al fine di stimolare un'empatia collettiva che vada a beneficio di tutti e che consenta ai giovani parkinsoniani di sentirsi capiti e quindi accettati».

La scarsa percezione e conoscenza del Parkinson giovanile, in quanto malattia cronica, porta sovente a una disattenzione da parte delle forze economiche, politiche e sociali. A causa di risorse limitate, viene data la prerogativa finanziaria a quei trattamenti efficaci a far ripristinare la funzione fisica entro un arco di tempo limitato, e quindi a favore di qualsiasi tipo di problema acuto ma non cronico.

Le scelte economiche relati-

ve ai fondi sanitari disponibili e le pratiche burocratiche distribuiscono quindi, nel tessuto sociale, iniquità nell'accesso alla cura. Il giovane parkinsoniano si trova a subire dei paradossi che limitano l'accesso a servizi sanitari che esulano dal sostegno farmacologico come, a esempio, sessioni continuative di fisioterapia, logopedia, sostegno psicologico ecc.

L'indagine svolta è stata categorizzata nell'ottica del malato, al fine di creare uno strumento diagnostico nella comprensione del dolore dei malati, un dizionario che consente una più facile lettura di come il Parkinson giovanile viene vissuto, percepito e condiviso dalle persone affette da questa patologia.

Il concetto d'invisibilità assume, in questa analisi, una triplice faccia:

1. invisibilità come incomprendimento da parte della società
2. invisibilità come omertà, scudo della famiglia attorno al malato o malato che si nasconde
3. invisibilità, agli occhi dei medici, che molto spesso non vedono la persona nascosta dietro la patologia

Il cuore dell'analisi svolta è il Cultural Iceberg, uno strumento che fotografa il processo di costruzione dell'esperienza personale dei malati di Parkinson giovanile che sono parte di un determinato ambiente socio-culturale.

Il concetto su cui si fonda questo strumento è che ciò che le persone comunicano deriva da valori culturali, credenze e convinzioni profonde. L'analisi quindi non può prescindere dai concetti di valori e di norme culturali, elementi indispensabili per determinare i comportamenti (volontari o involontari) causati dalla malattia.

Da questa analisi si evince come la cultura occidentale consideri la malattia come aspetto deviante e come tale da ripristinare, controllare e/o marginalizzare.

Le aspettative socio-culturali attribuiscono all'individuo la qualità ideale di decidere il proprio destino grazie alle capacità personali. Se, a causa di una patologia cronica, queste capacità vengono ridotte o annullate si è inadeguati: diventa quindi necessario cercare di rendere invisibile la propria malattia alla società.

In questo contesto i giovani parkinsoniani si sentono marchiati dalla malattia e, temendo che questo aspetto traspaia agli occhi degli altri, si ipermedicalizzano o giustificano costantemente i loro comportamenti anomali. Altri ancora, almeno in una fase iniziale delle relazioni, assumono atteggiamenti arroganti con una forte componente d'ira.

Nel corso dell'analisi e delle interviste è emerso come l'approccio alla malattia e la reazione emotiva dei familiari siano spesso diversi a seconda se il malato sia uomo o donna. Se l'uomo ha una maggiore possibilità di farsi carico della propria malattia e di trovare le strategie personali migliori per convivere, la donna non abbandona mai, nonostante il Parkinson, il carico della famiglia e dell'eventuale lavoro.

Molte facce della medesima malattia: dalle differenze di genere all'incomunicabilità con i medici, dalla perdita del lavoro al forte stigma sociale. La chiave di volta è racchiusa in una maggiore comprensione e accettazione del giovane parkinsoniano, come persona che ha le capacità di vivere una vita normale e appagante, come chiunque altro.

* Aigp Onlus

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL MANIFESTO DELL'IDRATAZIONE PRESENTATO A EXPO 2015

Quell'acqua che dona la salute

DI UMBERTO SOLIMENE *

L'acqua è benessere, salute, vita. Così recita l'incipit del Manifesto dell'idratazione presentato a Expo Milano da esperti di tutto il mondo, con l'obiettivo di richiamare l'attenzione di tutti i Paesi affinché la corretta idratazione venga inserita nelle priorità di tutela della salute a fianco della corretta nutrizione. È ampiamente dimostrato e risaputo che la corretta alimentazione gioca un ruolo molto importante in patologie come l'obesità, le malattie cardiovascolari, il diabete e le malattie del rene; per la prima volta, abbiamo messo nero su bianco che anche una corretta idratazione può fare la differenza. Non solo corretta alimentazione, ma anche, quindi, corretta idratazione.

Questa nuova tesi nasce dalle evidenze emerse dal Consensus Paper "Water & Health: How water protects and improves health overall", un'analisi degli studi clinici e della principale letteratura scientifica sull'idratazione realizzata dalla Femtec - Federazione mondiale del Termalismo e Climatoterapia, con il supporto tecnico del team di Medicina tradizionale e complementare dell'Organizzazione mondiale della Sanità e che abbiamo racchiuso appunto nel Manifesto dell'Idratazione, un memento a tutti i rischi per la nostra salute derivanti da un'idratazione sbagliata o inadeguata.

I documenti presentati evidenziano infatti l'im-

portanza dell'acqua su alcune funzioni dell'organismo e del ruolo dell'idratazione per la salute nei suoi vari aspetti. L'apparato urinario trae vantaggio dall'uso di acque che aumentano la diuresi, eliminano le scorie, prevengono i calcoli e svolgono azioni antiflogistiche e antinfettive. Anche l'apparato cardiovascolare trae beneficio dal trattamento con acque minerali.

L'idratazione riduce la viscosità del sangue e il rischio di trombosi, il magnesio contenuto nell'acqua favorisce il rilasciamento delle fibrocellule muscolari cardiache, il calcio, invece, stimola la contrazione delle cellule muscolari cardiache e interviene nella coagulazione del sangue riducendo i rischi di infarto.

Oltre a essere utile per l'apparato digerente, una corretta idratazione ha effetti positivi a fini di protezione dei metabolismi: la letteratura analizzata ha evidenziato come alcune acque prevengono i disordini metabolici complessi tipici dell'obesità.

L'acqua è pure indispensabile per la corretta attività del cervello perché la disidratazione riduce l'efficienza cerebrale e ostacola i processi cognitivi, è stato studiato che anche una lieve disidratazione ha effetti sul rendimento del cervello simili a quelli di due mesi di malattia di Alzheimer. È poi importante valutare il ruolo dell'idratazione nelle varie fasce di popolazione, soprattutto quelle dei bambini - per le loro attività mentali e fisiche - delle donne - gravidanza,

allattamento e menopausa sono sicuramente i periodi più critici da questo punto di vista - e degli anziani - che - come i bambini piccoli - presentano un meccanismo dello stimolo della sete alterato che li porta ad assumere meno liquidi,

tanto che la disidratazione è tra le principali cause di ricovero in pronto soccorso per questa fascia di età.

Con la convinzione che Expo 2015 rappresenti un'occasione unica per parlare di questi temi e per raggiungere un gran numero di persone, forti del supporto della letteratura scientifica, abbiamo voluto chiedere al ministero della Salute l'istituzione della Giornata nazionale dell'Idratazione, un passo importante per inserire la corretta idratazione tra i principali obiettivi di salute delle politiche internazionali future, con l'auspicio di arrivare a una Giornata mondiale. La nostra speranza è che i messaggi emersi non si esauriscano qui ma diventino un'eredità reale per il dopo Expo che possa incidere sui comportamenti futuri di tutti i cittadini.

* presidente Femtec - Federazione mondiale del termalismo e climatoterapia

**Ne beneficiano
fisico e cervello**

Cicloturismo. Una visita medica prima di cominciare, un programma di allenamento su misura e progressivo, un'alimentazione accurata, una borraccia con acqua o maltodestrine oltre le due ore. Infine, utilizzare sempre scarpe e vestiti adatti

Passione bicicletta ecco come allenarsi senza rischi

MAURIZIO PAGANELLI

WEEK end o vacanze in bicicletta, la nuova frontiera del turismo coniugata al benessere. Esistono piste ciclabili per tutti i gusti, età, difficoltà. Pedalate lungo il Po, il progetto di una dorsale cicloturistica Torino—Venezia (idea del Politecnico di Milano, dipartimento di Architettura e 80 associazioni), viaggi in bici su percorsi storici in Francia, escursioni in Olanda, Belgio, Germania. E il rilancio della Carnia, Friuli, come "paradiso per ciclismo e mountain bike". Ma come prepararsi? E serve una dieta particolare?

Carlo Guardascione, medico sportivo che ha seguito molti campioni, responsabile sanitario del team ciclistico Lampre—Merida, non ha dubbi: «Per prima cosa una visita medica funzionale e sportiva per valutare eventuali problemi cardiologici o di altro tipo. Poi una tabella di allenamento, perché non possiamo partire senza una preparazione atletica adeguata. Un week end o una settimana di cicloturismo comporta sforzi psico—fisici che vanno affrontati in modo progressivo». E così il medico sportivo segnala cyclette e spinning per 45—50 minuti due—tre volte a settimana, oppure uscite a giorni alterni una o due ore. Il minimo da considerare sono uno/tre mesi (dipende dalla vacanza) di preallenamento andando in pianura con rapporti medi per un adattamento cardiovascolare e muscolare. Né vanno sottovalutati l'abbigliamento e l'assetto, dal sellino all'altezza del manubrio. Scarpe e vestiti adatti come condizione non eludibile. «Un errore che i principianti fanno spesso è utilizzare le mutande sotto i pantaloncini con fondello da ciclista, andando incontro ad irritazioni sicure fino alle piaghe. E la vacanza è rovinata...», spiega Guardascione.

L'allenamento all'aperto dovrebbe es-

sere di 3—4 volte a settimana un mese prima della partenza, iniziando in pianura e inducendo via via i percorsi e i rapporti: il minimo, per cicloturismo non impegnativo, sono 500—700 km di allenamento, 20 ore di bici base. Fondamentale l'alimentazione. «Bisogna capire gli stili di vita di chi vuole andare in vacanza in bici: rispetto al classico panino per il pranzo dell'impiegato e il pasto italiano la sera, occorre introdurre delle variazioni. La colazione è un elemento centrale, dunque serve un introito di proteine e carboidrati funzionali a lento assorbimento. Per esempio: toast con pane tostato integrale (meglio del pane bianco), prosciutto cotto e formaggio light spalmabile. C'è tutto: quota carboidrati a lento assorbimento, quota proteica e quota grassi. Caffè, se si vuole, poco dolcificato, preferendo il fruttosio. Qualche mandorla o nocce, non salati». La moderna scienza alimentare, ci aiuta, perché ha studiato l'effetto dei nutrienti e i tempi corretti di assorbimento e metabolizzazione.

«Molto dipende dalle ore in cui si va in bicicletta - continua il medico sportivo - quanti chilometri si percorrono: frutta e barretta energetica a metà mattina. Il pasto di mezzogiorno è un monopiatto, insalata di riso e verdure, tonno mozzarella e pomodoro. Durante i giorni di sforzi meglio puntare sui glucidi, ma, come oggi sappiamo, dobbiamo preferire i carboidrati a basso indice glicemico, per non rischiare, a due ore dal pasto, l'effetto rebound, che ci porta ad essere di nuovo in carenza e ad avere fame. I carboidrati a basso indice glicemico consentono di evitare il picco di glicemia perché consentono un più efficiente stoccaggio del glicogeno, la vera "benzina" di chi fa sport».

Se l'impegno cicloturistico è di una settimana con tappe quotidiane abbastanza im-

pegnati-ve, si consiglia una colazione con fette biscottate integrali e marmellate, latte scremato e fruttosio (che ha basso indice glicemico e viene assorbito più lentamente), frutta sicuramente. Fino a due ore di tragitto

la borraccia (che va sempre portata) bastano acqua e sali; oltre le due ore, come gli atleti, si utilizzano le maltodestrine, zuccheri in polvere dal sapore neutro. In una tappa del Giro d'Italia o del Tour de France

i corridori consumano da 4 a 6 borracce da mezzo litro con maltodestrine.

In genere, quando si arriva nel primo pomeriggio, viene organizzato una specie di brunch con monopiatti con insalate di riso o pasta e frutta di stagione, biscotti secchi e té verde. La sera cena normale, evitando brasati o fritti, meglio un piatto di carboidrati, pasta o riso, per ripristinare le riserve di zuccheri (ricostruire il glicogeno muscolare).

«Oggi per esempio sappiamo che, per ricostituire il glicogeno, fonte di energia durante gli sforzi e ancor più nelle gare, è importante il pasto della sera prima, non quello fatto nelle tre ore precedenti la corsa. E abbiamo volentieri rinunciato alle "8 uova sode in gara», conclude, sorridendo, il medico ex ciclista.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I CONSIGLI.

Lo sprint parte a tavola da colazione a cena ecco come dividere i nutrienti necessari

LA COLAZIONE è il pasto più importante della giornata, e non solo per chi va in bicicletta. Un atleta consuma all'incirca 2 grammi di proteine per chilo di peso corporeo (proteine contenute nel latte ma anche, volendo, in una ricotta, un'omelette al prosciutto, della bresaola), in abbinamento a carboidrati complessi come fette di pane integrale tostato (per facilitare l'assorbimento degli amidi), o cereali integrali senza zuccheri aggiunti. Il tutto accompagnato da té verde, antiossidante per eccellenza, e fruttosio, da preferire allo zucchero bianco e al miele perché meno calorico.

A META' MATTINA. Uno spunti-



Il medico

Carlo Guardascione, ex ciclista, segue dal 1989 come medico i professionisti del ciclismo. È stato medico della Nazionale Ciclismo

no, con un frutto ed una barretta proteica (non energetica, sono diverse ed hanno funzioni diverse). Ce ne sono alcune in commercio molto valide. Alcune hanno il 35% di proteine, un apporto di carboidrati corretto e sono povere di grassi. È importante sottolineare che ad 1 g. di carboidrati e ad uno di proteine corrispondono 3 kcalorie; ad 1 g. di grassi esattamente il triplo. Quindi meglio non esagerare con i grassi.

PRANZO. Un pasto che, per necessità, deve essere leggero. Meglio preferire il "monopiatto" completo: ottima un'insalata di riso o di pasta, con proteine vegetali —le migliori in assoluto— da piselli, e proteine animali da prosciutto cotto, uovo sodo. In alternativa un pugno di riso condito con verdure e un piccolo petto di pollo o altra carne bianca.

A META' POMERIGGIO. Una merenda classica: il té delle cinque con cinque biscotti secchi, oppure uno yogurt con cereali o, ancora, della frutta di stagione. La frutta, ricordiamolo, sempre al di fuori dei pasti principali.

CENA. Senz'altro carboidrati come pasta o riso, conditi con sughi di verdure. E come secondo piatto cinque alternative da far ruotare per co-

prire la settimana intera: carni bianche (pollo, tacchino, coniglio); pesce (bianco alla griglia); carne rossa (bistecca o fegato, ricco di ferro); uova (max. due); affettati e formaggi magri (bresaola, ricotta...). Tutti accompagnati da un contorno di verdure di stagione, che non dovrebbero mai mancare sulla tavola di nessuno.

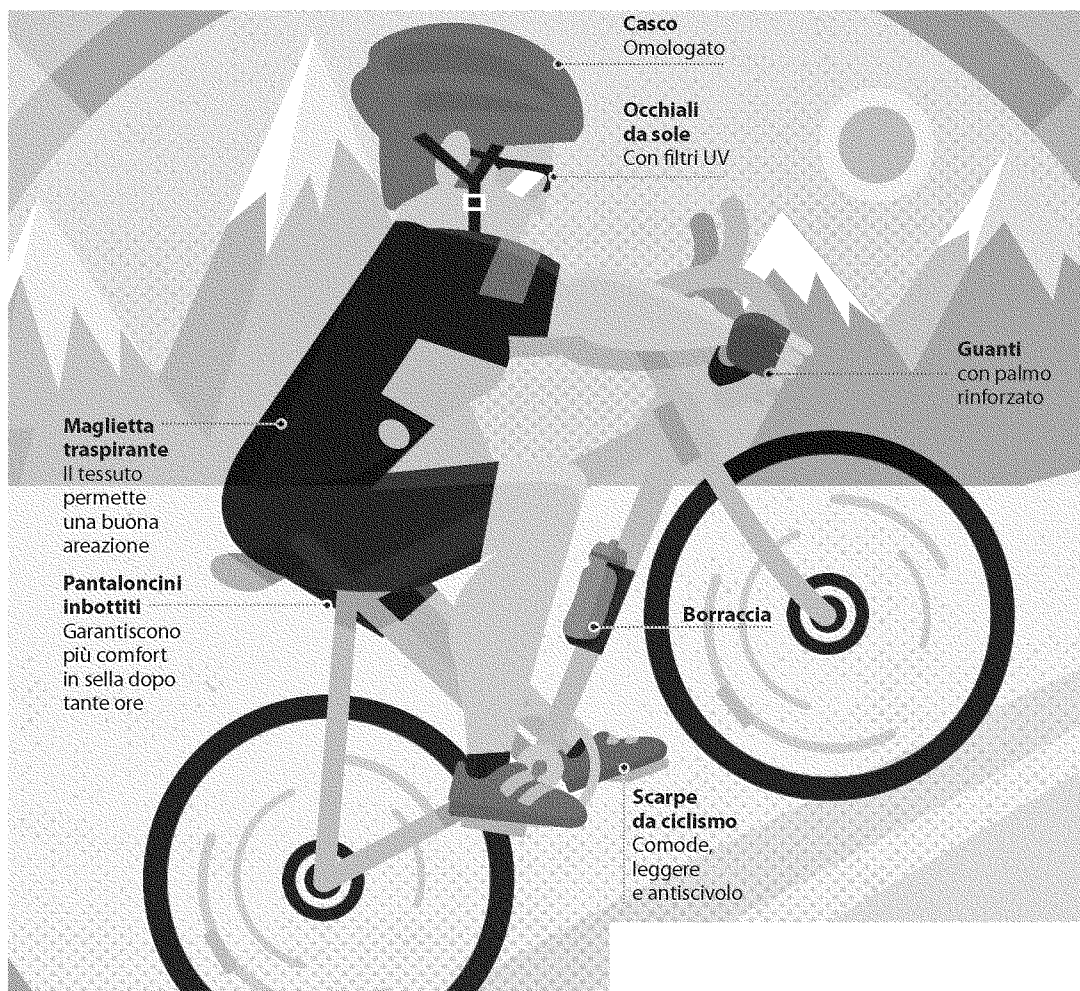
Carboidrati e proteine senza dimenticare la frutta fuori pasto

no. Se però si salta l'allenamento (o non si va in bicicletta), bisognerà rinunciare ai carboidrati, limitandoci al solo secondo piatto con contorno.

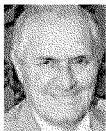
È necessario bere sempre molto, soprattutto acqua e, all'occorrenza, bevande isotoniche a fine sforzo. Infine è importante una corretta integrazione: per tutti sali minerali, se d'estate, sudando, perdiamo molti liquidi; ferro soprattutto per le donne ma anche Omega3 per controllare lo stress ossidativo; maltodestrine in caso di sforzi prolungati per mantenere stabile il livello di glicemia.

(m. p.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



> A TAVOLA
EUGENIO DEL TOMA



Un popolo di esperti di diete

La nutrizione umana è diventata un argomento da salotto ma i problemi medico-sociali innescati dal comportamento alimentare non si risolvono con le chiacchiere e si aggravano quando rasentano l'anarchia nutrizionale. Liberarsi dei pregiudizi alimentari è diventato, malgrado gli innegabili progressi scientifici, non meno arduo che sbarazzarsi dei residui tecnologici a rischio. L'alimentazione, come realtà gastronomica e come imprimatur salutistico, interessa molto gli italiani ed allora avanti con le sintesi impossibili: "vero o falso, fa bene o fa male, miti da rispettare o pregiudizi da respingere". E non si tratta neppure di rivisitazioni ma di amene contraddizioni, perché tutti si ritengono legittimati a parlare di

nutrizione. Perciò ho ascoltato con rassegnazione, seppure con cenni di diniego, la richiesta di una madre di avallare un maggior consumo di pesce per il recalcitrante figlio obeso, qualora non avessi ritenuto opportuno prescrivere un buon integratore di fosforo per lo sprint finale degli esami di scuola media. Forse non basterà neppure l'Expo2015 a convincere i genitori che la prevenzione alimentare dei figli è più necessaria delle cure tardive. Senza il contributo della scuola non si potrà arginare l'epidemia giovanile di sovrappeso e i danni che ne seguiranno. Consapevolezza e recupero dell'esercizio fisico sono i pilastri su cui basare dei programmi concreti. edeltoma@gmail.com



L'impatto

Uno studio comparativo tra bicicletta e auto (Stefan Gössling della Lund University e Andy S. Choi, università del Queensland) sui costi-benefici per il comune di Copenhagen nella costruzione di infrastrutture incorona la bicicletta. Lo studio conclude che l'auto ha un impatto negativo molto superiore rispetto alla due ruote. Calcolando i costi privati e quelli pubblici, l'impatto di una macchina è di 0,50 euro per chilometro, contro lo 0,08 della bici. Se vediamo solo i costi-benefici per la società si vede che il costo al chilometro per le auto è di 0,15 euro mentre il guadagno per ogni chilometro in bicicletta è di 0,16 euro. Conclusione di Gössling: "Gli investimenti in infrastrutture per le due ruote sono sostenibili, con un alto ritorno economico"

Le vendite

Secondo i dati Confindustria Ancma-Politecnico di Milano lo scorso anno sono state vendute in Italia quasi 1,65 milioni di biciclette (+ 6,6% tra il 2014 e il 2013), e il nostro paese continua ad esportarle (2,73 milioni di biciclette prodotte, esportati 1,77 milioni di pezzi). Corrado Capelli, presidente di Confindustria ANCMA, Associazione Nazionale Ciclo Motociclo e accessori, spinge per un incremento delle infrastrutture per allinearci ad altri Paesi europei. "Studi internazionali dimostrano che un euro investito in ciclabilità ne restituisce 4/5 alla collettività intera in meno di tre anni. Un metro di pista ciclabile può costare dai 20 ai 400 euro".



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Lotta alla corruzione, il caso

Ospedale di Caserta, monito di Cantone: punta dell'iceberg

Il presidente dell'Anac al convegno dei medici: «Una vicenda-pilota»

Lorenzo Iuliano

È diventato l'esempio di corruzione per antonomasia. Lo cita il premier Renzi, lo richiamano i magistrati e ieri ci è tornato su anche Raffaele Cantone, presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione. Il caso dell'ospedale «Sant'Anna e San Sebastiano» di Caserta, una delle rare aziende sanitarie commissariate per infiltrazioni di camorra lo scorso 24 aprile, non è affatto chiuso, anzi può fare da battistrada per il Paese. «Credo che la vicenda dell'ospedale di Caserta sia solo la punta di un iceberg», ha dichiarato Cantone, parlando alla platea di camici bianchi dell'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (Anmdo) in apertura dei lavori del quinto convegno nazionale dedicato all'analisi dell'appropriatezza nel servizio sanitario nazionale, che si chiude oggi all'hotel Excelsior di Napoli. E ha aggiunto: «L'infiltrazione della criminalità nella sanità non è soltanto un tema meridionale. Ci sono realtà a nord dove c'è un elevato livello di penetrazione». Per il magistrato «la gestione commissariale di Caserta per certi versi può rappresentare un progetto pilota per capire se ci sono gli spazi veri di bonifica. Noi stiamo facendo una ispezione sugli appalti e il livello del mancato rispetto delle regole è altissimo», ha sottolineato nella sua relazione dedicata alle misure per prevenire l'illegalità e la corruzione in sanità e nella pubblica amministrazione. Oltre un'ora di confronto tra il presidente dell'Anac, che ha determinato il commissariamento dell'ospedale ca-

sertano, da un lato e i manager della sanità dall'altro. Il peso della burocrazia («con cui però bisogna allearsi per frenare la corruzione») e i limiti della Stazione unica appaltante («non ha funzionato perché purtroppo i tempi si sono paradossalmente allungati. E troppo spesso le stesse stazioni non hanno elevato la qualità dei soggetti che dovevano occuparsi degli appalti») sono stati gli altri temi affrontati da Cantone nel corso della sessione presieduta da Giuseppe Matarazzo, vicepresidente nazionale dell'Anmdo, e da Gennaro Volpe, direttore del dipartimento regionale Assistenza primaria dell'Asl Napoli1. Il costo stimato della corruzione in sanità supera i 6 miliardi di euro all'anno e l'Italia si colloca agli ultimi posti per indice di corruzione percepita tra i Paesi dell'Ue.

E mentre si discute scoppia un nuovo allarme al «Sant'Anna e San Sebastiano», dove ieri sono scaduti i 130 contratti dei lavoratori in somministrazione utilizzati all'ospedale «e l'Agenzia per il Lavoro Tempora Spa non ha ancora ricevuto nessuna comunicazione di proroga», denuncia Angelo Iodice Magliacano della Felsa Cisl casertana. E l'assistenza si complica ancora: «Nonostante i turni programmati nei vari reparti, registriamo una completa disattenzione da parte della Direzione e dei Commissari nell'espletare un iter amministrativo che garantisca la continuità del servizio prestato da tali lavoratori. Reparti di fondamentale importanza come il Pronto Soccorso, Ostetricia, Medicina d'urgenza, Chirurgia, Ortopedia, sala operatoria, laboratori tecnici, uffici amministrativi, si troveranno ad avere ulteriori disservizi». Eppure, notano i sindacati, nella pianta organica pubblicata dall'attuale direzione, «con la presenza dei lavoratori somministrati non si garantisce il normale funzionamento dell'ospedale di Caserta. Nonostante tutto, ci si permette il lusso di non consentire continuità ad un servizio sanitario, già di per sé deficitario. Mai si era arrivati a tanto».



Commissariata L'ingresso dell'azienda ospedaliera di Caserta



L'allarme
«Livello altissimo di mancato rispetto delle regole»
Nuova polemica: scaduti 130 contratti di lavoro

I CONTROLLI SUGLI ENTI

L'INTERVENTO

Il presidente dell'Anticorruzione presente a un convegno sul servizio sanitario

TAVELLA

"Affermazioni preoccupanti, la Cgil ha chiesto chiarimenti sulle procedure. Serve intervento costante dell'Anac"

La struttura di via Tescione è commissariata: è stata sciolta dal Consiglio dei ministri per infiltrazioni camorristiche Ospedale, Cantone: irregolarità sugli appalti

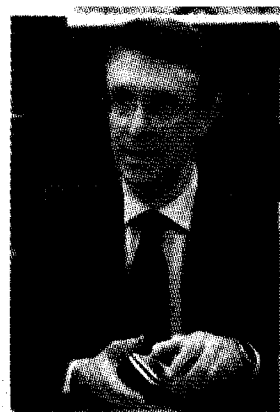
"E' solo la punta di un iceberg, livello altissimo di mancato rispetto delle regole"

CASERTA (Iolanda Chiuchiolo) - "Credo che la vicenda dell'ospedale di Caserta sia solo la punta di un iceberg". Il presidente dell'Anac, **Raffaele Cantone** (nella foto), non usa mezze misure quando parla dell'ospedale Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta commissariato per presunte infiltrazioni camorristiche nella gestione. Cantone ha aperto a Napoli i lavori del quinto convegno nazionale dedicato all'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale con una relazione dedicata alle misure di contrasto per prevenire l'illegalità e la corruzione in sanità e nella Pubblica amministrazione. Da qui il riferimento di Cantone al caso dell'ospedale di Caserta: "Questa gestione commissariale per certi versi può rappresentare un progetto pilota per capire se ci sono gli spazi veri di

Cgil regionale ha avanzato richieste di chiarimento su procedure di appalti e di affidamenti in convenzione sia sul sistema dei trasporti, sia su quello sanitario". In questo contesto Tavella fa anche riferimento alla vicenda dell'Ospedale del mare e i suoi costi: "Crediamo quindi sia necessario - conclude Tavella - creare una interlocuzione costante tra l'Autorità nazionale presieduta dal dottor Cantone ed una struttura di respiro regionale, coordinata dal prefetto di Napoli, che si ponga l'obiettivo di osservare e monitorare con attenzione, in particolare nei settori più esposti, ogni episodio di potenziale e possibile corruzione".

Risale allo scorso 23 aprile la decisione del Consiglio dei ministri di sciogliere l'azienda ospedaliera. La decisione è arrivata a distanza di un mese e mezzo dalla richiesta avanzata dal prefetto di Caserta che, all'inizio di marzo, aveva formulato al Ministro dell'Interno la proposta di scioglimento dell'organo di direzione dell'Azienda in base all'articolo 143 del Testo unico degli enti locali. Si è trattato di uno dei pochi casi non relativi a un Comune, lo stesso ministro dell'Interno **Angelino Alfano**, a conclusione della riunione del Governo, ebbe modo di dire: "E' una decisione che non vede coinvolto un Comune, come di solito accade, ma un ente del sistema sanitario. La commissione straordinaria dell'Asl si insedierà immediatamente e riporterà l'Ente alla sua normale gestione".

Dunque dopo le prime analisi su alcuni appalti e l'apertura delle inchieste l'attività dell'Anticorruzione prosegue il suo lavoro e tiene alta l'attenzione sulla struttura ospedaliera di via Tescione.



Ha relazionato sull'illegalità e la corruzione nella sanità

bonifica".

Il lavoro sta andando avanti già da mesi e ha portato a un'attenta analisi della documentazione, in particolare sulle gare per affidamento di alcuni lavori o servizi: "Noi stiamo facendo una ispezione sugli appalti e il livello del mancato rispetto delle regole è altissimo".

In merito è intervenuto anche il segretario generale della Cgil Campania, **Franco Tavella**: "Le affermazioni del presidente Anac, dottor Raffaele Cantone, sono preoccupanti e dovrebbero impegnare il complesso del sistema dei controlli nazionale, oltre che regionale". Sottolinea Tavella che da tempo il sindacato ha evidenziato la preoccupazione della Cgil regionale su quanto accade in Campania. "La stessa

Nocera Inferiore Il personale in agitazione anche al presidio di Pagani Violenze e tagli in ospedale, occupata la direzione sanitaria

Nello Ferrigno

NOCERA INFERIORE. Reparti privi di un'organizzazione tale da assicurare qualità nelle prestazioni erogate. Personale costretto ad effettuare turni di lavoro massacranti. Difficoltà operative e gestionali. Fino ad arrivare ai casi limite con violenze quasi giornaliere nel "front office" che è il pronto soccorso, divisione di frontiera dell'ospedale. Sono alcune delle motivazioni che hanno spinto ieri mattina la Cisl Funzione Pubblica ad occupare la direzione sanitaria dell'Umberto I a Nocera Inferiore ed a proclamare lo stato di agitazione del personale in servizio sia nel plesso nocerino che in quello di Pagani.

All'esterno della struttura sanitaria i rappresentanti sindacali hanno allestito un ga-

zebo per informare gli utenti sul perché della protesta. Sotto accusa il direttore sanitario Maurizio D'Ambrosio che, secondo il segretario provinciale della Cisl Funzione Pubblica, Pietro Antonacchio, ha rivisto la spesa «chiudendo servizi essenziali come il laboratorio di analisi a Pagani e riducendo le quote di salario accessorio con decurtazioni illegittime ed arbitrarie». «Il tutto si inquadra in uno scenario di assenza di organizzazione e riordino delle strutture e dei servizi sanitari». Il rappresentante sindacale parla di una situazione difficile e pericolosa che si riflette sulla qualità delle prestazioni erogate ai cittadini e che si ripercuote anche sui rapporti tra utenti ed operatori sanitari. «Ed il risultato - ri-



Protesta

Bandiere Cisl all'Umberto I, un gazebo per spiegare agli utenti le ragioni dell'agitazione

lancia - sono i continui episodi di intolleranza che si registrano in ospedale con ricorso alla violenza». «Al plesso di Nocera/Pagani - ha sottolineato Antonacchio - si è raggiunta una situazione non più tollerabile. Speriamo che il direttore generale Squillante intervenga per ripristinare

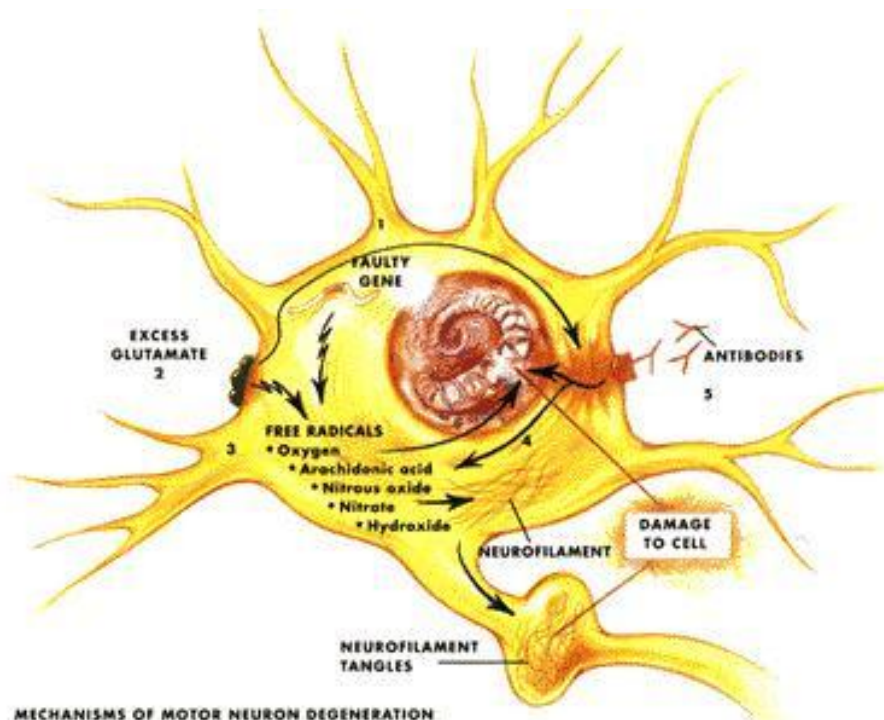
sane e corrette relazioni sindacali perché i processi di riordino e riorganizzazione dei servizi senza la partecipazione responsabile del sindacato, oltre ad essere vani, rischiano di arrecare ulteriori danni ai cittadini».

Per il laboratorio di analisi il direttore sanitario D'Ambrosio parla di difficoltà cicliche dovute a carenza di personale che saranno presto risolte. Tra l'altro il laboratorio di Pagani è chiuso solo il pomeriggio ed il lavoro viene supplito da quello di Nocera. Discorso più complesso per il salario accessorio, cioè lo straordinario. Dall'Asl fanno sapere che si è fatto tanto per riordinare la spesa ed evitare sprechi ed ora si sciopera per rimettere in gioco vecchie logiche.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Prevenzione. La precisione, per l'individuazione di alcune anomalie genetiche, ha sorpassato quella dei controlli tradizionali. Si fa alla decima settimana di gravidanza. La rivoluzione partita dalla Toscana

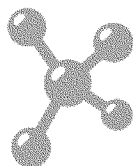
Test del sangue manda in soffitta l'amniocentesi

ELENA DUSI

Un test del sangue può evitare fino all'80% di amniocentesi. Alcuni frammenti genetici del feto entrano in circolazione anche nel sangue della madre. E qui possono essere studiati, con tecnologie ormai affidabili in vendita da pochi anni e che oggi cominciano a sollevare l'interesse anche dei sistemi sanitari pubblici. Rispetto alle tradizionali analisi del liquido amniotico e dei villi coriali, i test del sangue riescono per ora a identificare un numero ridotto di anomalie genetiche. Ma la loro precisione, almeno per la sindrome di Down, ha sorpassato quella dei test tradizionali ed è destinata ad aumentare anche per le altre malattie. Non è escluso che un giorno il tanto temuto ago nella pancia non diventi un racconto da nonne.

La presenza del Dna del bambino nel plasma della madre fu scoperta nel 1997 da Dennis Lo, uno scienziato di Hong Kong. Ma per sfruttare quell'osservazione ci sono volute le potenti tecnologie di oggi, capaci di sequenziare grandi volumi di Dna a costi e tempi ridotti. Il test è nel mercato Usa dal 2011, oggi è acquistabile in un centinaio di paesi a costi che raggiungono i 1.500 euro. L'Olanda è stata la prima a offrirlo gratis tramite il sistema sanitario nazionale. La Gran Bretagna si appresta a farlo, dopo aver presentato all'European Society of Human Genetics di Glasgow risultati che dimostrano una riduzione dell'80% delle amniocentesi. Il costo dello screening genetico verrebbe ripagato dal risparmio in analisi del liquido amniotico. Senza contare il rischio di aborto pari a zero.

In Italia i test del sangue si stanno diffondendo rapidamente. Possono essere effettuati intorno alla decima settimana di gravidanza e la Toscana, con il Careggi, è stata la prima regione a offrirlo in regime di sanità pubblica, ma a 347 euro. «Abbiamo iniziato a proporre il test all'inizio di quest'anno — spiega Francesca Torricelli, direttrice del servizio di diagnostica genetica a Careggi — dopo aver reclutato 2.400 donne in gravidanza. L'analisi del Dna fetale nel plasma della madre è accompagnata



La scoperta

Gli enzimi che tagliano e cuciono il Dna, alla base della rivoluzione biotecnologica, sono frutto della ricerca pura

da una consulenza genetica, in cui spieghiamo quali malattie si riescono a osservare e con quanta precisione. Dall'anno prossimo le madri più a rischio potrebbero essere sottoposte al test gratuitamente».

A Roma l'università di Tor Vergata ha appena lanciato uno spin off (Bioscience Genomics) incaricato di sviluppare la tecnologia, ottenendo un investimento di 5 milioni di euro da parte del colosso cinese Bgi, la più grande azienda del mondo impegnata nella genetica. Il test, che costa tra i 350 e i 700 euro, oltre che a Roma verrà offerto dall'autunno anche al San Raffaele di Milano. «Questo esame - avvertono i ricercatori - si basa su algoritmi che diventano più precisi man mano che i test effettuati aumentano. Per questo i collegamenti fra i vari centri portano risultati positivi a tutti. I cinesi della Bgi hanno anche dati enormi, mentre a Tor Vergata è stata scoperta tramite il test del sangue materno una particolare distrofia del bambino».

La maggior parte dei centri privati spedisce i campioni di plasma nei grandi laboratori cinesi o statunitensi, che dispongono di algoritmi abbastanza raffinati. La difficoltà del test sta infatti nel riuscire a calcolare la frazione del

E si preparano Tor Vergata (Roma) e San Raffaele (Milano)

Dna circolante che appartiene al bimbo. «Normalmente è del 10% circa - spiega Massimo Candiani, primario di ginecologia e ostetricia al San Raffaele di Milano - la sindrome di Down, o trisomia 21, è dovuta alla presenza di tre copie del cromosoma 21. In questo caso dunque i frammenti del 21 saranno aumentati del 50%. E così anche per le altre trisomie maggiori. La ricerca sta cercando di estendere questa analisi anche a malattie più rare, ma queste applicazioni hanno ancora validità troppo bassa e costi troppo alti per essere usate su larga scala».

Quando il test del sangue scopre un'anomalia, alla madre viene sempre offerta una amniocentesi o villocentesi. «Sono test di screening - avvertono i ricercatori - non diagnostici. La loro utilità sta nell'evitare amniocentesi inutili nel momento in cui escludono il rischio di una malattia».

GRIPRODUZIONE RISERVATA

La prostata

Quando il tumore della prostata risulta aggressivo si localizza principalmente alle ossa, anche dopo l'asportazione della prostata, causando dolore. Da poco queste forme avanzate di tumore possono essere combattute con il radiofarmaco 223 (Xofigo*), il primo ad azione specifica che non induce danni al midollo osseo e aumenta la sopravvivenza globale del 30%, anche nelle persone già sottoposte a chemioterapia. Una vera innovazione tanto che l'AIFA lo ha inserito in fascia H, a totale carico del sistema sanitario. La terapia consiste nell'iniezione endovenosa del radionuclide una volta ogni 28 giorni, per 6 mesi. Il radiofarmaco si inserisce nel metabolismo più attivo dell'osso, legandosi alle metastasi ossee, che vengono poi distrutte. Trattandosi di radiazioni alfa, con raggio d'azione ristretto, si ottiene la distruzione delle sole cellule tumorali e non di quelle del midollo, che potrà continuare la sua funzione. Il risultato immediato è la remissione del dolore, l'abbassamento della fosfatasi alcalina e del PSA, ma anche un aumento della sopravvivenza. «Per la prima settimana - dice Maria Luisa De Rimini, presidente del congresso dei medici nucleari, svoltosi a Rimini - bisogna evitare di abbracciare i neonati, utilizzare gli stessi asciugamani dei familiari per pericolo di inquinamento di feci o urine, mentre si possono avere rapporti sessuali, evitando la procreazione», che però nel prostaticomizzato non è più possibile per l'assenza dell'eiaculazione. (aldo franco de rose)

Il progetto. Per 8.000

malattie genetiche messi a punto test con un altissimo livello di precisione

Quanti progressi guardando il cuore delle cellule

GIUSEPPE NOVELLI*

Il progetto genoma (HGP) ci aveva abituato all'idea che, completato, i benefici per l'umanità sarebbero stati enormi. Letto il Dna umano avremmo compreso le basi biologiche della malattia e quindi trovato subito la cura. Sono passati circa 15 anni ma l'aspettativa di vita di un diabetico o di un infartuato ne sono risultate influenzate poco o nulla.

La ragione di ciò sta nelle aspettative errate indotte nell'opinione pubblica. Il progetto genoma è stato l'evoluzione tecnologica dell'anatomia che nell'800 cercava di diagnosticare una malattia sezionando e osservando organi e apparati. Difficilmente avreb-

be prodotto una rivoluzione. I grandi benefici per l'umanità invece sono iniziati ad arrivare negli ultimi 50 anni, con l'attenzione spostata ai tessuti, alle cellule e a quello che vi succede dentro, ovvero la biochimica, e infine alle molecole di Dna (ultimi 30 anni). Per tante malattie si è identificato il gene mutato e la proteina alterata che produce; per altre è stata ricostruita una bozza di patogenesi molecolare (ad es. emoglobinopatie, distrofia muscolare di Duchenne, emofilia); Per circa 8.000 malattie genetiche sono stati messi a punto test con una precisione mai ottenuta nelle analisi chimico-cliniche e aperto la strada quella che oggi è chiamata Medicina di Precisione.

La medicina di precisione si

basa sulla identità genetica individuale e quindi sulle esigenze del singolo individuo o del gruppo etnico cui appartiene. Non solo potranno essere identificati tutti i geni-malattia o di suscettibilità del soggetto in esame, ma sarà possibile attribuire a ciascuna sequenza genica uno "score" o impatto di rischio genomico. La conoscenza del rischio genomico permetterà di intervenire in modo più appropriato e mirato con positivi effetti sulla razionalizzazione dei sistemi sanitari e sulla loro efficienza. Uno dei primi campi applicativi della medicina di precisione è rappresentato dal monitoraggio delle gravidanze a rischio, con metodi innovativi. (vedi articolo a sinistra n.d.r.)

Nei prossimi anni nuove opportunità per terapie in utero

Nei prossimi anni le tecnologie permetteranno l'analisi contemporanea di molti geni-malattia, forniranno esami completi sulla salute del feto e nuove opportunità per la terapia in utero. Queste conoscenze dovranno essere accompagnate da una crescita culturale e tecnologica che eviti errori di valutazione e scelte di cui potremmo, in un futuro più o meno prossimo, pentirci.

* Rettore Università Tor Vergata, Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA



1997

L'anno in cui ad Hong Kong fu individuato il Dna del nascituro nel sangue della madre. Da quella scoperta il test di oggi



Velocità

Essenziali, per lo sviluppo del test, le nuove tecniche che analizzano il Dna con tempi e costi sempre inferiori



10 per cento

Nel sangue materno, è la quota di Dna appartenente al nascituro rispetto a quello della madre



Trisomia

Indica tre cromosomi invece dei due normali. La più comune: trisomia della coppia 21 o sindrome di Down

L'AMNIOCENTESI

È un prelievo di liquido amniotico per diagnosticare anomalie cromosomiche

COME SI ESEGUE

1 Sotto controllo ecografico, l'operatore sceglierà il punto più idoneo per l'inserimento dell'ago

QUANTO DURA
15-20 minuti



QUANDO SI EFFETTUA
15^a-16^a settimana

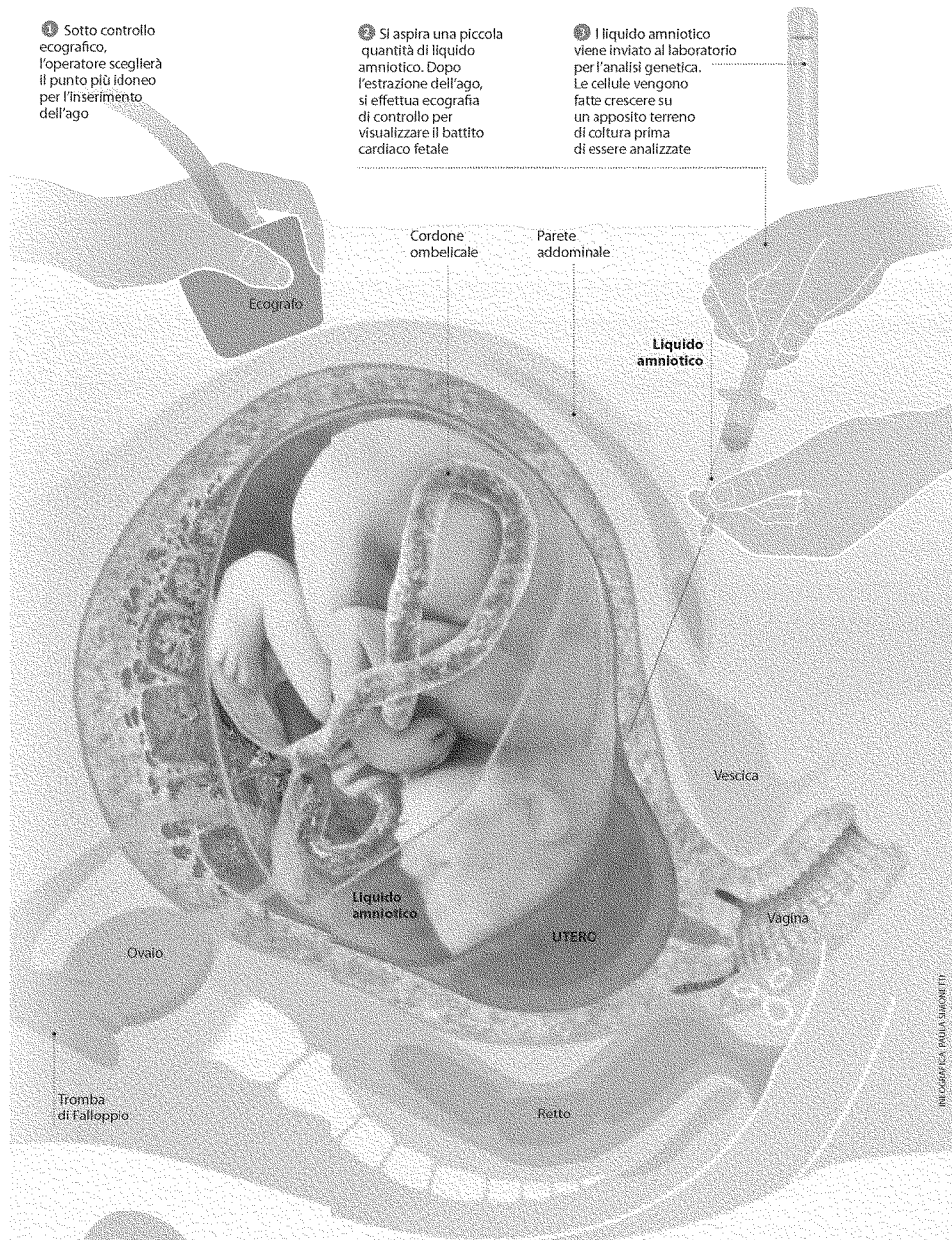


A CHI SI CONSIGLIA
Donne over 35 o a rischio di anomalie cromosomiche

RISCHIO DI ABORTO
0,3-1%

2 Si aspira una piccola quantità di liquido amniotico. Dopo l'estrazione dell'ago, si effettua ecografia di controllo per visualizzare il battito cardiaco fetale

3 Il liquido amniotico viene inviato al laboratorio per l'analisi genetica. Le cellule vengono fatte crescere su un apposito terreno di coltura prima di essere analizzate



IL NUOVO TEST

Affidabilità 92-98%

