



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





RICERCA

**Prodotta una cornea «stampata» in 3D con bio-inchiostro a base di staminali**

**U**n prototipo di cornea biotecnologica è stato ottenuto con una stampante in 3D grazie a una particolare combinazione di cellule staminali e sostanze aggreganti. L'esperimento è stato pubblicato sulla rivista scientifica «Experimental eye research» da un gruppo di studiosi dell'università di Newcastle (Regno Unito), composto da Abigail Isaacson, Stephen Swioklo e Che Connon. Si tratta peraltro, come ammettono i ricercatori, di una «prova di concetto», cioè la dimostrazione che la tecnica è possibile. Le cellule sono state prelevate dallo stroma, zona della cornea ricca di staminali, di un donatore sano e mescolate con collagene e alginato. Ne è risultato un bio-inchiostro che grazie a una stampante 3D ha prodotto in cerchi concentrici una cornea umana. Per utilizzarla per i trapianti, avvertono i ricercatori, ci vorranno «molti anni». (En.Ne.)



## Tribunale del malato

### «Ospedali senza medici» In Penisola si è al collasso

**NAPOLI** Sanità allo sfascio in Penisola sorrentina. Mancano primari, medici e infermieri. Manca tutto, praticamente. Le stesse strutture — l'ospedale "Santa Maria della Misericordia di Sorrento" e il "De Luca e Rossano" di Vico Equense — sono ridotte in condizioni pietose, è stata dismessa da tempo anche la manutenzione ordinaria. La situazione è tale che i malati hanno paura di ricoverarsi. La denuncia arriva dal Tribunale dei diritti del malato. Una situazione che non è più solo allarmante, ma vergognosa. «L. temiamo — si legge in una nota — che lo diventerà sempre di più ora che i responsabili di questo sfascio, possono agitare il vessillo dell'ospedale unico finanziato. Quanto tempo ci vorrà per fare progetti esecutivi, appalti, completamento delle opere, comprare attrezzature? E quanta gente morirà a causa di un'assistenza precaria?». Su questi temi il Tribunale dei diritti del malato di Cittadinanza Attiva indice un incontro con la stampa (giovedì 7 giugno, ore 18, sala consiliare del Comune di Sorrento. "Vogliamo far sapere a tutti i cittadini — sottolinea Giuseppe Staiano — che la loro vita vale poco o niente. Per questo invitiamo a una pubblica denuncia anche i sindaci dei Comuni di Penisola sorrentina e Costiera amalfitana».

## È la pista a cui stanno lavorando gli inquirenti. I quattro aggressori tutti denunciati L'assalto al «Pellegrini» un atto di forza della paranza dei Quartieri

**NAPOLI** Quando il 17enne Emanuele Esposito era immobile sull'asfalto e perdeva sangue in un vicolo dei Quartieri Spagnoli qualcuno ha avvisato la «paranza» di largo Baracche e senza perdere tempo, in quattro in sella a due scooter, hanno deciso di arrivare fin dentro al pronto soccorso del Vecchio Pellegrini, requisire una barella, sequestrare l'autista di un'ambulanza per costringerlo a correre a sirene spiegate sul luogo dell'incidente mortale.

Senza che ce ne fosse il reale bisogno perché sul posto erano già arrivati altri mezzi di soccorso. Ma tutto aveva un obiettivo ben preciso. Era una prova di forza, di fedeltà di un nuovo gruppo di giovanissimi dei vicoli a ridosso di via Toledo



che hanno deciso di legarsi a quelli del rione Sanità, quartiere da dove proveniva la giovane vittima, morta in uno scontro frontale con un altro scooter. I quattro giovani dell'assalto al pronto soccorso sono stati identificati e denunciati dalla polizia per sequestro di persona, interruzione di pubblico servizio, lesioni e danneggiamenti vari. Tutti e quattro sono maggiorenni e hanno cognomi «pesanti». Uno di loro è il figlio del boss della droga dei Quartieri Spagnoli e appartiene alla famiglia Masiello, molto legata agli storici boss dei Mariano, già coinvolti in storie di droga e rapine.

Altri sono invece legati ai Buccino, altro gruppo criminale della zona, affiliato ai Masiello. Quello che i quattro hanno organizzato nella notte tra sabato e domenica scorsa era, per gli investigatori, una dimostrazione di forza, ma soprattutto un messaggio da lanciare ai nuovi alleati della Sanità. Una storia orrenda dove purtroppo, pare essere «inciampato» quasi per caso, anche Emanuele, un ragazzo incensurato che non ha nulla a che vedere con la criminalità.

Ecco lo scenario sul quale sta lavorando la Procura di Napoli che poggia i primi passi sulle informative redatte da polizia municipale e commissariato Montecalvario che sta coordinando le prime fasi dell'inchiesta che si fa via via sempre più intricata. Al momento risulta difficile anche riuscire a comprendere con estrema precisione la dinamica dell'incidente e questo addolora la famiglia che ha deciso di nominare un legale per cercare accedere agli atti dell'inchiesta appena aperta e coordinata dal procuratore aggiunto Rosa Volpe.

**Fabio Postiglione**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'esperto

## «Salvi all'anno 4 mila pazienti Tagliare i tempi resta cruciale»

«Trend in aumento: il 2017 si è chiuso con quasi 4 mila donazioni in Italia. Un buon numero: dieci anni fa erano 3 mila». Giuseppe Piccolo è coordinatore dei trapianti e lavora all'interno del Nitp, il programma che mette in rete sei regioni (Lombardia, Liguria, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche e Provincia autonoma di Trento). Fa il punto della situazione tra partecipazione dei cittadini, sempre più forte, e organizzazione del personale sanitario. Sono 3 milioni le persone registrate nel sistema informativo trapianti. L'85 per cento di loro ha detto «sì» al gesto di altruismo in caso di morte. Una spinta in questa direzione arriva dalla nuova possibilità di aderire quando si rinnova la carta d'identità. «La crescita è dovuta anche alla continua attenzione degli ospedali e delle Regioni — spiega Piccolo — nell'adottare tutte le strategie possibili». In Italia la media è di circa 25 donatori «utilizzati» per milione di persone. La Lombardia rientra in questo range, con una media di 24,8 nel 2017. Due punti in più rispetto all'anno precedente, ma a confronto con le sei «sorelle» della rete Nitp è al penultimo posto. «Accanto a chi dona al momento della morte — prosegue il medico — sta crescendo l'opzione di trapianto da vivente». Sono soprattutto familiari o coniugi del malato a decidere di mettersi in gioco regalando un rene o, più raramente, una parte di fegato. «Sulla carta sarebbe possibile eseguire l'operazione con altri organi, ad esempio i polmoni. Ma nella realtà è troppo rischioso per chi dona». Ancor

più risicata la fetta dei «samaritani», coloro che fanno un gesto di solidarietà pur non avendo legami affettivi con il ricevente. «Un segno positivo: vuole dire che l'attività di donazione ha buona credibilità». Il nemico da affrontare, per medici e pazienti, è il tempo. L'anno scorso erano 1.276 i malati in lista negli ospedali lombardi per ricevere un rene a fronte di 363 trapianti da deceduti e 70 da persone in vita. L'attesa varia da ospedale a ospedale. Meno di due anni al Policlinico, 26 mesi al Niguarda fino a salire ai 32 mesi (quasi tre anni) a Brescia. «La gamba debole del sistema sta nelle strutture che devono vedere la donazione come attività di primaria importanza». Poco anche il tempo per trasferire un organo da un corpo all'altro. «Dieci, dodici ore dalla chiamata al centro trapianti di Roma per segnalare la disponibilità all'entrata in sala operatoria». In regione si sta lavorando per coinvolgere tutti gli ospedali e mettere la donazione in cima alle priorità.

**S. Bet.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



● Giuseppe Piccolo è coordinatore dei trapianti e lavora all'interno del Nitp, programma che mette in rete sei regioni italiane: Lombardia, Liguria, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche e Provincia di Trento

● Al sistema informativo trapianti sono registrate tre milioni di persone: l'85 per cento di loro ha deciso di donare in caso di morte. L'anno scorso erano 1.276 i lombardi in lista d'attesa per 433 reni trapiantati

## PREVENZIONE E SALUTE

*Mortalità ridotta anche grazie a terapie precauzionali dopo intervento chirurgico*

# Il tumore del colon-retto adesso fa meno paura

**O**gni anno in Italia ci sono circa 50 mila nuove diagnosi di tumore del colon-retto, il terzo negli uomini (preceduto da prostata e polmone) e il secondo nelle donne (dopo la mammella).

È uno dei tumori in cui gli stili di vita giocano un ruolo importante: tra i fattori di rischio, più che il consumo di carni rosse e insaccati, farine e zuccheri raffinati, figurano il sovrappeso e la ridotta attività fisica.

«Negli ultimi anni si è registrata una riduzione dell'incidenza e della mortalità. L'intervento sugli stili di vita e lo screening con la ricerca del sangue occulto fecale, da praticarsi annualmente, sono stati rilevanti per ridurre la comparsa della malattia - spiega il prof. **Stefano Cascinu**, ordinario di oncologia medica all'Università di Modena e Reggio Emilia - Questo effetto è ben rappresentato dal trend temporale sia negli uomini (in crescita fino alla metà degli anni Duemila, +2,2% nel 1999-2000 e una successiva riduzione, 6,8% l'anno dopo il 2007), che nelle donne (incremento del 2% l'anno nel periodo 1999-2006 e successivamente una diminuzione del 3,6% l'anno)».

«La mortalità si è ridotta in modo rilevante anche grazie alle terapie precauzionali dopo un intervento chirurgico. La cura adiuvante determina un aumento di possibilità di guarigione di circa il 20% dei pazienti ad alto rischio di

recidiva. Questo significa che 20 pazienti su 100 guariranno perché dopo la chirurgia hanno praticato una chemioterapia», aggiunge il prof. Cascinu, che è anche direttore del dipartimento di oncologia ed ematologia del Policlinico di Modena.

Un altro aspetto importante è la terapia della fase avanzata di quei pazienti che hanno sviluppato una malattia metastatica. Trent'anni fa l'aspettativa di vita era solo di qualche mese. Adesso la chirurgia delle metastasi del fegato, in pazienti selezionati, porta alla guarigione di circa il 20-30% degli ammalati.

«I nuovi regimi chemioterapici hanno determinato un aumento delle possibilità di sopravvivenza. I farmaci biologici hanno rappresentato una rivoluzione nel trattamento di questa malattia. Due classi di farmaci si sono affermati: la prima blocca un fattore di crescita cellulare, la seconda interferisce con la formazione di nuovi vasi sanguigni, indispensabili per la crescita tumorale - sottolinea - Questi farmaci non si escludono a vicenda ma devono essere impiegati sulla base di specifiche alterazioni molecolari e in una sequenza specifica. Noi parliamo di prima linea, seconda, terza e quarta linea. In realtà stiamo rendendo cronica una malattia acuta. Nel miglioramento dei risultati, la ricerca italiana ha giocato un ruolo molto importante. Questo nuovo approccio terapeutico messo a punto dal gruppo

di Pisa ha portato al risultato che un terzo dei pazienti pur avendo una malattia metastatica è vivo dopo cinque anni dalla diagnosi. L'altro grande risultato è l'effetto delle terapie di seconda linea o di terza linea».

In una recente analisi condotta nel nostro Paese si è osservato che la sopravvivenza è passata in poco meno di 20 anni da pochi mesi a più di 36 mesi. «Contiamo di migliorare ancora i risultati. Basti pensare all'effetto che l'immunoterapia può avere in un piccolo gruppo di questi pazienti, circa il 5%, in termini di controllo della malattia. Le conoscenze biologiche sempre più diffuse ci stanno portando a considerare il tumore del colon-retto come un insieme di tanti tumori differenti a seconda delle alterazioni molecolari presenti. Questo determina che ciascuno avrà una sua specifica terapia e siamo certi di migliorare ancora di più le possibilità di guarire o di convivere con la malattia senza che questa abbia effetti sulla qualità della vita dei pazienti», conclude il prof. Cascinu, in passato presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica. **A.P.**

—© Riproduzione riservata—

## Sclerosi multipla, premio Montalcini a scienziata napoletana

### L'ECCELLENZA

È Veronica De Rosa, ricercatrice napoletana, che ha approfondito i meccanismi immunologici alla base dello sviluppo della sclerosi multipla, ad aver ricevuto il Premio Rita Levi Montalcini 2018 assegnato ieri dall'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (Asim) e dalla Fondazione (Fism). Il suo studio, pubblicato nel 2015 su Nature Immunology dimostra che, alla base della malattia, vi è un malfunzionamento del sistema immunitario. «Comprendere un meccanismo che non funziona a livello molecolare è la chiave

per poterlo correggere. Ci stiamo avvicinando alla possibilità di riuscirci», commenta.

Autrice di 48 articoli scientifici, oggi Veronica De Rosa è leader di un gruppo di ricerca e lavora presso il Consiglio Nazionale delle Ricerche di Napoli. La carica innovativa della sua ricer-

**VERONICA DE ROSA  
HA SCOPERTO  
IL CATTIVO  
FUNZIONAMENTO  
MOLECOLARE CHE DÀ  
ORIGINE ALLA MALATTIA**

ca sta nell'aver compreso che le persone con sclerosi multipla, quando attivano una reazione immunitaria contro un agente infettivo proveniente dall'esterno, non generano correttamente le cellule T regolatorie incaricate di spegnere quella reazione. Questo studio sta ora aprendo una nuova possibilità di indagini terapeutica.

### LE CELLULE «T»

«Nel sangue periferico - spiega Veronica De Rosa - esistono alcuni precursori delle cellule T regolatorie che siamo in grado di estrarre e attivare in laboratorio per ripristinare la genesi di cellule T regolatorie correttamente funzionanti. Il passaggio finale sarà infonderli nuovamente nei pazienti in modo che tornino a produrre un'azione capace di tenere a bada le cellule infiammatorie». Il percorso è lungo, ma esistono già studi clinici analoghi che sono stati applicati in altre patologie come il diabete. «Se si riuscirà a correggere il malfunzionamento del sistema immunitario si potrà pensare di bloccare la sclerosi multipla al momento della diagnosi». Veronica De Rosa, dice il presidente Fism Alberto Battaglia, «è una dei 409 ricercatori che abbiamo finanziato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

**Undicesima edizione**

---

## Monaldi, via alla Scuola di chirurgia laparoscopica

Da lunedì 4 giugno a venerdì 8 giugno si terrà presso il complesso multimediale dell'ospedale Monaldi dei Colli l'undicesima edizione della Scuola speciale di chirurgia laparoscopica avanzata SIC diretta dal professor Francesco Corcione. Nata 11 anni fa, la Scuola ha formato più di 300 chirurghi provenienti da tutta Italia mantenendo uno standard didattico-formativo elevato. La Scuola prevede tre fasi: nella

prima parte i partecipanti si riuniscono nell'aula multimediale dell'ospedale Monaldi dove possono vedere in 3D in diretta le immagini laparoscopiche. Oltre a lezioni frontali e a messe a punto teoriche, verranno eseguiti circa 20 interventi di chirurgia mininvasiva. A questa settimana seguirà una seconda fase in cui tutti i discenti saranno indirizzati nei vari centri di riferimento per una più attiva partecipazione in

sala operatoria. Seguirà poi la terza fase che prevederà esercitazioni sia su animali che in laboratorio con simulazioni computerizzate. «Oggi - puntualizza Corcione - non è più il periodo del difficile pionierismo vissuto negli anni 90, ma ci si può formare in modo teorico-pratico seguendo standard chirurgici ed esercitandosi in appositi laboratori. Tutto questo è teso a ridurre l'errore e le sempre possibili complicanze».

# Ricerca, Napoli capitale del Mediterraneo

► Fondazione Dohrn, Regione e Comune: l'ultima firma    ► Alimentazione, farmacologia, energia termica: l'8 giugno per il primo dipartimento di Biotecnologie marine d'Europa    la giornata mondiale degli Oceani alla Stazione di Portici

## LA SCIENZA

Rosa Palomba

Una firma sul mare. L'ultima fra Regione, Comune e fondazione Dohrn. Il cuore di Napoli che batte sul Golfo, avrà presto il primo dipartimento di Biotecnologie Marine d'Europa. In queste ore infatti, gli ulteriori incontri fra il presidente dell'ente di ricerca, Roberto Danovaro, i rappresentanti di Palazzo Santa Lucia, e i delegati del sindaco De Magistris. Ultime autorizzazioni e ratifiche per dare alla città una prestigiosa e competitiva spinta culturale ed economica; alla ricerca nuovo vigore, tecnologie fra le più moderne, scienziati in campo. Solcare il Mediterraneo, «navigare» lo scoglio della biodiversità sottomarina, alla ricerca - appunto - di nuove soluzioni e inediti rimedi per la salvaguardia dell'ambiente, la prevenzione e la lotta al cancro anche attraverso la nutraceutica, il cosiddetto supercibo, alimenti arricchiti di principi nutritivi funzionali alla salute umana. A Napoli dunque un prestigioso Dipartimento scientifico in arrivo; a Portici, la Giornata degli Oceani, l'iniziativa dell'8 giugno che riguarda «i mari del mondo». Saranno infatti prelevati i campioni di acqua marina in tutto il pianeta, per valutarne lo stato di salute, carpirne e sfruttarne i segreti.

## AMMORTIZZATORI AMBIENTALI

«Gli oceani sono l'unico territo-

rio nel quale l'uomo può ancora espandersi - dice Roberto Danovaro, presidente dell'Istituto Dohrn, che partecipa alla ricerca internazionale - La crescita demografica ci impone di reperire più energia termica ed eolica: questo è possibile per esempio, sfruttando le correnti oceaniche che rappresentano un enorme serbatoio di "carburanti". Ma gli oceani sono anche in grado di fornire la metà delle proteine di cui hanno bisogno gli abitanti della Terra. E tenendo conto che il mare fornisce la metà dell'ossigeno del pianeta e assorbe altrettanta anidride carbonica, è da qui che bisogna partire: da queste enormi distese d'acqua salata, autentici ammortizzatori capaci di reggere i cambiamenti climatici e abbattere l'inquinamento».

## I «SERVIZI SEGRETI»

I mille e più «servizi segreti» che ci rende il pianeta mare, saranno dunque illustrati dall'Istituto nazionale di Biologia, Ecologia e Biotecnologie Marine della stazione Zoologica Dohrn, che alle 10 dell'8 giugno aprirà le porte del centro di Ricerche Tartarughe al Granatello di Portici. Città della Scienza, Lega Navale, Capitaneria di Porto, Guardie ambientali d'Italia e i licei Flacco e Silvestri, per singolare occasione divulgativa: «Possiamo amare solo ciò che conosciamo - conclude Danovaro - Quindi bisogna insistere con le generazioni più giovani e far comprendere loro che il mare non può subire tutti gli impatti». L'obiettivo dei ricercatori del Dohrn, «è salvaguardare soprattutto alcune specie di micro organismi marini affinché

non si estinguano prima ancora che la ricerca individui le strategie per combattere una serie di malattie anche rare.

## GLI INTERVENTI

Tre gli interventi che illustreranno le risorse e i rimedi dello scoglio marino, le aspettative della scienza. Biodiversità dell'ambiente-mare, a cura di Vincenzo Saggiomo, già direttore della stazione Dohrn: «La fondazione non ha scelto casualmente di celebrare la Giornata degli Oceani a Portici. La fascia costiera vesuviana è infatti una lente di ingrandimento sulla biodiversità ed è il posto giusto per creare un luogo permanente di discussione fra i portatori di interesse che sono i cittadini e la ricerca stessa», dice Saggiomo. Recupero di un ambiente marino devastato dall'inquinamento con procedimenti biologici: sarà Luigi Musco a illustrare come si può risanare la natura utilizzando la natura stessa. Plastiche e microplastiche che compromettono la catena alimentare e le dinamiche legate ai micro organismi, la sezione curata da Christophe Brunet. Poi, una serie di stand in cui i ricercatori della stazione Zoologica spiegheranno al pubblico i segreti mai svelati dei fondali, dove nonostante la profondità la mano «ignorante» dell'uomo ha già causato pesanti danni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## L'obiettivo



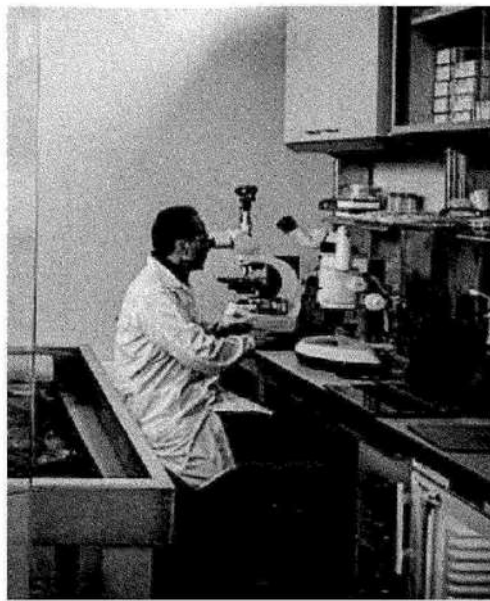
### Roberto Danovaro

Il presidente del Dohrn: salvaguardare alcune specie prima che estinguendosi impediscano alla ricerca di trovare soluzioni per combattere oltre al cancro malattie rare anche attraverso il «supercibo»



### Vincenzo Saggiomo

Già direttore del Dohrn, esperto di Oceanografia e Fondi marini, a Portici illustrerà i segreti della biodiversità marina: «La costa vesuviana lente d'ingrandimento per nuove ricerche scientifiche»



Le interviste del Mattino «Ora ridurre i tempi di pagamento a 30 giorni. Partecipate, criticità da risolvere»

## «Sanità, a rischio 2,4 miliardi»

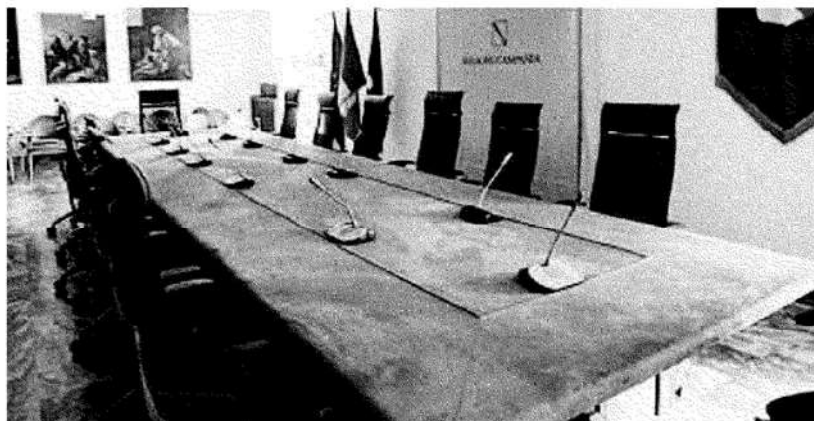
L'assessore al Bilancio, Cinque: l'effetto del federalismo fiscale porta al Nord più fondi

**Ettore Mautone**

**P**rima di lanciare l'allarme, il nuovo assessore regionale al Bilancio Ettore Cinque rassicura e ringrazia chi lo ha preceduto: «Trovo una Regione con i conti in ordine». Poi spiega: «La Campania rischia di perdere circa 2,4 miliardi per effetto del federalismo fiscale che destina più soldi al Nord».

E avverte: «Ora la sfida è ridurre i tempi di pagamento a 30 giorni e risolvere le criticità delle Partecipate».

*A pag. 35*



# «Più risorse al Nord addio a 2,4 miliardi»

► Il neoassessore al Bilancio Cinque ► La sfida: dobbiamo raggiungere «L'autonomia fiscale ci penalizza» tempi di pagamenti a trenta giorni

**Ettore Mautone**

Ettore Cinque, 49 anni, ordinario di Economia aziendale all'Ateneo Vanvitelli, è il nuovo assessore regionale al Bilancio. Cinque prende il posto di Lidia D'Alessio che ha così commentato: «Credo di aver portato avanti compiti difficili in una situazione complessa risolvendo gravi criticità amministrative e contabili. Un vero miracolo». Efficacia che lo stesso Cinque riconosce. «Trovo una Regione con i conti in ordine. Sin dal 2005, come del resto chiesto dalla legge nazionale, abbiamo raggiunto il pareggio. Mi avvantaggio del grandissimo lavoro compiuto da Lidia D'Alessio e della fiducia accordatami da De Luca».

**Professor Cinque, la sua delega è arricchita dai compiti sul finanziamento del Servizio sanitario.**

«Un nervo scoperto che aggrava quello delle disuguaglianze tra Nord e Sud».

**Riuscirà a sciogliere l'annoso nodo dei criteri di riparto?**

«C'è da superare anche lo scoglio della nuova autonomia fiscale di alcune regioni del Nord».

**Qual è lo scenario con cui fare i conti?**

«Lombardia e Veneto hanno chiesto l'attivazione dell'articolo 116 della Costituzione sul federalismo differenziato conseguito con il referendum, l'Emilia anche senza. Maggiore autonomia, maggiori funzioni e risorse, garantite da addizionale Irpef, Irap, quota di compartecipazione Iva. Il surplus è del Nord mentre il Sud ha un residuo negativo».

**E la Campania?**

«Rischia di perdere circa 2,4

miliardi oggi assicurati dalla perequazione e solidarietà, equivalente al surplus positivo della Lombardia».

**Come si fa a finanziarsi?**

«Si può solo aumentare il deficit o si sottofinanziano regioni come la Campania. La battaglia sulla sanità sarà ancora più aspra. Senza contare la storica penalizzazione sul procapite e la migrazione sanitaria».

**Usciremo dal Piano di rientro?**

«Stiamo conseguendo significativi avanzamenti».

**Resterà presidente di Sorella?**

«No, non si può. Dovrò anche chiedere l'aspettativa all'Università».

**Che bilancio trova?**

«Non ci sono sorprese. Qualche difficoltà l'abbiamo solo per il passaggio al nuovo sistema informatico, molto evoluto ma con le sue rigidità».

**Su quali trasferimenti statali conta la Regione?**

«I 10,25 miliardi del fondo sanitario assorbono il 65-70% delle risorse. Con il resto arriviamo a circa 15 miliardi. Poi ci sono i fondi europei e altre partite di giro».

**Quali i programmi?**

«Il Bilancio è un servizio stru-

mentale a tutte le altre direzioni e capitoli di spesa. È l'inizio e la fine di tutti i procedimenti».

**Quali obiettivi strategici?**

«Raggiungere tempi di pagamenti dei fornitori dettati dall'Ue a 30 giorni».

**Come siamo messi?**

«Molto bene sulla spesa corrente e impegnati a smaltire vecchie partite incagliate».

**Le politiche per il lavoro della Regione hanno copertura?**

«Il progetto sarà illustrato negli stati generali del lavoro. Si punta a reclutare forze giovani e preparate da coprire con risorse nostre per la fase di start-up. E comunque è una scelta politica non assistenzialista che ha pari spesa rispetto al reddito di cittadinanza con il vantaggio di rendere efficiente la pubblica amministrazione».

**E i fondi europei?**

«Si tratta di rendere più veloci possibile certificazioni, rendicontazioni e pagamenti».

**Che Sorella lascia?**

«In ottima salute con un innovativo piano industriale, fiore all'occhiello delle società partecipate, oggi anche a disposizione della spesa comune degli enti locali alla stregua di Consip per piccole e medie amministrazioni locali per acquisti sottosoglia (40mila euro)».

**E le altre partecipate?**

«C'è un piano di risanamento e razionalizzazione che sta dando buoni frutti e alcune criticità che stiamo affrontando».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«PRONTO A LASCIARE SORELLA E L'UNIVERSITÀ LE PARTECIPATE? RESTANO ALCUNE CRITICITÀ CHE STIAMO AFFRONTANDO»

---

## La sanità

---

### Ospedale, infermieri in arrivo a settembre

Solo a settembre entreranno in servizio i 45 infermieri all'ospedale Umberto I. Altra linfa dovrebbe arrivare, circa 160 operatori, quando le vicende governative lo consentiranno, con lo sblocco in Parlamento della norma sul turn over per la Campania. D'estate, il pronto soccorso non sarà depotenziato e, se ci saranno accorpamenti, riguarderanno servizi meno usati in estate. Lo ha assicurato il manager dell'Asl Salerno, Antonio Giordano, al termine della riunione tenuta ieri mattina a Salerno in via Nizza. Al tavolo del confronto, richiesto dal sindaco Torquato, c'era la commissione consiliare sanità, guidata dal presidente Vincenzo Stile.

ne.fe.

# Ospedale a pezzi, l'Asl assicura: presto personale e attrezzature

## SORRENTO

Ciriaco M. Viggiano

«L'ammissione a finanziamento dell'ospedale unico non rallenterà i lavori già programmati per migliorare la qualità dell'offerta sanitaria in Costiera»: ad assicurarlo è Antonietta Costantini. La direttrice generale dell'Asl Napoli 3 Sud risponde così al tribunale per i Diritti del Malato che per l'ennesima volta ha denunciato le carenze strutturali, l'insufficienza del personale e il depauperamento dell'assistenza a Sorrento e dintorni: problemi che l'associazione chiede di risolvere prima del 2022, anno in cui dovrebbe aprire il nuovo nosocomio di Sant'Agello. Tra i proble-

mi più evidenti ci sono proprio le pessime condizioni in cui versano alcuni ambienti dell'ospedale di Sorrento. A cominciare dalle facciate che cadono a pezzi e dalla Rianimazione che è ridotta a un cantiere da circa vent'anni.

### IL DISASTRO

«Nessun intervento di adeguamento sarà sospeso – rassicura Costantini – e l'iter per la realizzazione dell'ospedale unico non rallenterà i lavori alla Rianimazione né il restyling delle facciate». In programma anche altri interventi come l'adeguamento delle stanze delle unità di Medicina e Ortopedia. E sul fronte del personale? Il problema è riesplso pochi giorni fa, quando gli interventi chirurgici meno urgenti sono stati sospesi per mancanza

di anestesisti. «Il blocco delle assunzioni e del turnover del personale è stato superato soltanto da pochi mesi – aggiungono dall'Asl – A Sorrento e a Vico Equense stanno arrivando dirigenti medici, infermieri e operatori sociosanitari. Il loro numero è ancora insufficiente, ma il gap è pronto a essere colmato».

### LE ATTREZZATURE

Sono già in Costiera un nuovo tavolo operatorio, ecografi e apparecchiature laser. Le rassicurazioni fornite dall'Asl, tuttavia, non fermano la protesta del Tribunale per i diritti del malato che per il 7 giugno alle 18 ha organizzato una manifestazione pubblica nella sala consiliare del Comune di Sorrento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giovedì  
31 Maggio 2018

31/5/2018

Il Mattino

**IL**  **MATTINO.it**



Martedì 29 Maggio 2018

## **Chirurgia pediatrica robotica: a Napoli esperti mondiali**

Urologi e chirurghi pediatri provenienti da tutto il mondo si riuniranno a Napoli giovedì 31 maggio e venerdì 1 giugno in occasione del corso europeo di urologia pediatrica e del corso avanzato di chirurgia robotica pediatrica organizzato con il patrocinio della società europea di laparoscopia pediatrica (Espes), della società europea di chirurgia pediatrica (Eupsa) e della società americana di laparoscopia pediatrica (Ipeg). Il corso organizzato e diretto dal professor Ciro Esposito, primario della Chirurgia Pediatrica presso l'Università di Napoli Federico II, vedrà impegnati circa 100 chirurghi e urologi pediatri provenienti da tutta Europa, dall'Africa e dagli Stati Uniti. L'evento internazionale è diviso in due parti: una prima fase didattica che vede la presentazione di relazioni sulle tecniche robotiche e videochirurgiche urologiche eseguibili sul bambino; una seconda fase sperimentale che consiste nell'insegnamento delle medesime tecniche agli iscritti, guidandoli nella realizzazione di interventi laparoscopici urologici di varia difficoltà su modello animale.

Agli iscritti sarà rilasciato un certificato europeo abilitante per la pratica della chirurgia laparoscopica urologica pediatrica. «La peculiarità del nostro corso – afferma il professore Ciro Esposito – è consistita nell'utilizzare tali tecniche per le procedure urologiche in età pediatrica. I bambini ne hanno un immenso vantaggio, poiché quanto più piccola è l'incisione che viene fatta, tanto minore è il dolore nel post-operatorio e quindi l'uso di farmaci antidolorifici. Inoltre, con la laparoscopia è più breve la degenza in ospedale e quindi più rapida la dimissione e minori saranno i giorni di assenza dal lavoro per i genitori». Il reparto di Chirurgia Pediatrica diretto da Esposito è centro di riferimento in Italia per la Chirurgia Laparoscopica e mini-invasiva ed esegue circa 1500 interventi all'anno di cui moltissimi in chirurgia mini-invasiva.

URL : [http://www.ilmattino.it/primopiano/sanita/chirurgia\\_pediatria\\_robotica\\_federico\\_ii\\_napoli-3762873.html](http://www.ilmattino.it/primopiano/sanita/chirurgia_pediatria_robotica_federico_ii_napoli-3762873.html)

# PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

## Aaroi Emac: La Legge Gelli-Bianco aumenta la conflittualità fra medici e strutture sanitarie

[panoramasanita.it/2018/05/31/aaroi-emac-la-legge-gelli-bianco-aumenta-la-conflittualita-fra-medici-e-strutture-sanitarie/](http://panoramasanita.it/2018/05/31/aaroi-emac-la-legge-gelli-bianco-aumenta-la-conflittualita-fra-medici-e-strutture-sanitarie/)



0  
0  
0  
0  
0

***I sinistri aperti sono passati da 384 del 2016 a 603 del 2017.***

***Presentati gli ultimi dati dello Studio Aaroi Emac sul contenzioso medico-legale.***

Sono stati presentati a Sature 2018, il Meeting organizzato dall'Associazione che si è tenuto a Roma dal 24 al 26 maggio, i dati dell'ultimo studio realizzato, in collaborazione con il Broker assicurativo Aon, dall'Osservatorio Permanente Aaroi-Emac sul contenzioso sanitario.

«L'importanza del nostro Osservatorio, – ricorda Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale Aaroi-Emac – che prende in esame le situazioni relative ai sinistri che possono coinvolgere gli oltre 10.000 medici rappresentati dall'Associazione, assicurati in ambito sia civile sia penale tramite la convenzione che l'Aaroi-Emac mette a disposizione di tutti gli Iscritti sin dal 2003, è enorme, in quanto ci consente di monitorare anno per anno l'andamento dei sinistri riguardanti la stragrande maggioranza dei medici appartenenti ad una categoria di professionisti precisamente definita ed omogenea. Con il triennio passato e quello che abbiamo davanti, Aaroi-Emac disporrà di dati che non sono in possesso nemmeno delle Istituzioni di governo del Ssn per monitorare l'andamento del contenzioso, anche in relazione allo spartiacque temporale costituito della Legge Gelli-Bianco n. 24/2017». «La validazione statistica – appena avvenuta – dell'analisi dei dati definitivi relativi al triennio 2014-2016» afferma Aaroi-Emac «ne ha confermato l'interpretazione preliminare anticipata lo scorso anno, mentre un primo inquadramento dei dati riguardanti il 2017, ancora in fase di elaborazione, evidenzia un aumento vertiginoso dei sinistri aperti. Nel 2017, infatti, i sinistri aperti (che possono coinvolgere più professionisti per uno stesso evento avverso) risultano passati da 384 del 2016 a 603 nel 2017, con un incremento del 57% circa. Tale incremento, ad una prima analisi dei dati – considerato che gli eventi avversi i quali danno origine all'apertura dei sinistri conservano comunque una tendenziale riduzione della loro entità – appare soprattutto imputabile alle comunicazioni di avvio delle trattative stragiudiziali, in diretta conseguenza delle quali le strutture sanitarie, una volta chiamate in causa nel contenzioso avviato dai pazienti che si ritengono danneggiati a seguito di un accesso alle cure erogate, coinvolgono i singoli medici dipendenti nell'iter che ne conseguirà, eventualmente anche in sede giudiziale sia presso i tribunali ordinari sia presso la Corte dei Conti. Fino al 1 aprile 2017 (data di entrata in vigore della Legge Gelli-Bianco) i dati raccolti dalla Aaroi-Emac evidenziavano un progressivo calo del numero complessivo dei sinistri aperti, confermando anche nel primo trimestre 2017 una

31/5/2018

Aaroi Emac: La Legge Gelli-Bianco aumenta la conflittualità fra medici e strutture sanitarie

numero totale di assicurati, era arrivata, con un trend in calo a partire dal 2010, anno in cui aveva raggiunto circa il 6,5%, ad abbassarsi al 3,5%. Un trend positivo" prosegue l'Aaroi-Emac "che si è interrotto, in linea temporale, contestualmente all'applicazione della Legge Gelli-Bianco da parte delle amministrazioni ospedaliere, momento a partire dal quale l'aumento delle chiamate in causa, da parte delle stesse, dei singoli medici nel contenzioso ha evidenziato un risultato esattamente contrario agli obiettivi dichiarati dalla norma: una preoccupante divaricazione, in rapporto ai casi di presunta malpractice, tra la posizione delle strutture sanitarie e quella dei loro medici dipendenti. Dall'entrata in vigore della nuova Legge sulla responsabilità professionale i sinistri aperti dagli Iscritti all'Associazione, e quindi – data l'altissima prevalenza associativa delle categorie di medici che essa rappresenta – più in generale i sinistri riguardanti in primis i medici specializzati in Anestesia e Rianimazione e in misura comunque rilevante quelli operanti nei Pronto Soccorso e nell'Emergenza 118, appaiono aumentati vorticosamente, sia in sede penale, sia – in particolar modo – in sede civile". «Questo dirompente effetto negativo – spiega Vergallo – è dipeso da un'applicazione aziendale pedissequa e acritica dell'art. 13 della Legge Gelli Bianco rubricato 'Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità', che è per legge esteso anche alle 'trattative stragiudiziali' intraprese dalle strutture sanitarie a seguito della loro chiamata in causa per malpractice da parte dei pazienti o dei loro congiunti. Il fatto che la legge imponga tempi ristrettissimi per l'invio di queste comunicazioni – unito alla sanzione prevista per le strutture sanitarie in caso di omissione tardiva o incompletezza della comunicazione –, ha indotto le Amministrazioni Ospedaliere ad adottare un'applicazione indiscriminata di questa norma, coinvolgendo decine e decine di medici in ogni singolo sinistro, con situazioni kafkiane che arrivano a interessare in un unico sinistro l'intera équipe di Anestesisti Rianimatori di un ospedale. Uno tsunami di comunicazioni, l'entità dei cui effetti sull'aumento del conflitto di interessi tra gli ospedali ed i loro medici nell'ambito della responsabilità sanitaria sarà valutabile solo a partire dalla fine del 2018. I dati mostrano due aspetti di rilievo: uno, sicuramente positivo, riguarda l'andamento in riduzione del trend dei sinistri, e di rimando, evidentemente, quello degli eventi avversi, avvenuto nel triennio 2014-2016, un altro a cui occorre porre con urgenza rimedi: da Aprile 2017 siamo sommersi da parte delle Aziende di richieste di relazioni scritte su specifici casi clinici senza che i professionisti possano sapere esattamente a che cosa andranno incontro dopo averle firmate. In questa prospettiva gli esiti che la Legge Gelli-Bianco avrà sono ancora tutti da analizzare, ma i dati emergenti non sono affatto confortanti. Comunque, questo ci dà ulteriore impulso ad implementare ulteriormente l'attività di monitoraggio dei sinistri, con la conseguente attività di prevenzione del rischio clinico, e quindi degli eventi avversi, attuate con tutte le iniziative di formazione e di aggiornamento professionale di cui l'Aaroi-Emac si fa carico, le quali iniziative hanno sicuramente contribuito a determinare una costante riduzione dei sinistri nel triennio 2014-2016, e sicuramente hanno limitato, perlomeno riducendo gli eventi avversi, la pericolosa escalation del 2017 riguardante i sinistri aperti». "Relativamente al triennio 2014-2016, che ha preso in esame un database di oltre 10.500 medici, i dati definitivi confermano" spiega l'Aaroi-Emac "la maggiore incidenza di sinistri aperti al Sud, seguiti da quelli aperti al Nord e al Centro, per un totale di 870 eventi avversi e 1.382 sinistri aperti a livello nazionale. Il dato grezzo aggregato per ospedale, rapportato alla dimensione delle strutture, evidenzia inoltre che quelle maggiormente coinvolte nelle vicende giudiziarie sono le strutture di medie dimensioni (che hanno tra 120 e 500 posti letto), ma rapportando lo stesso dato in riferimento al parametro 'normalizzato' di 1.000 posti letto si evidenzia che maggiormente coinvolti sono gli ospedali di minori dimensioni, perché hanno un'incidenza maggiore sia di eventi avversi che di sinistri aperti: 7 eventi ogni 1.000 posti letto (rispetto ai 5 dei medi e ai 4 dei grandi ospedali) e 9 denunce di sinistro (contro le 8 dei medi e 5 dei grandi ospedali). Sempre ogni 1.000 posti letto,

maggiore incidenza al Sud è legata anche alla dimensione delle strutture. Mentre al Nord c'è una prevalenza di strutture medio-grandi (che hanno un'incidenza di sinistri inferiore), al Sud c'è una maggioranza di strutture piccole con meno di 120 posti letto in cui le denunce sono percentualmente più numerose". «Sulla base di queste evidenze – dichiara Franco Marinangeli, Presidente del Meeting Saqure 2018 – l'Aaroi-Emac insieme ad Aon ha già avviato un approfondimento che ha l'obiettivo di analizzare i motivi di questa tendenza. Attraverso l'analisi di altri aspetti cercheremo di capire se queste denunce sono fatte per reali motivi o se invece risentono di motivazioni meramente strumentali ad un fine risarcitorio che prescinde dall'effettivo avvenuto danno per malpractice. Sarà inoltre necessario, per poter pianificare azioni di categoria a difesa di tutti i colleghi, allargare le analisi dei dati, perché proprio questi dati evidenziano che lavorare in certi ospedali può portare più facilmente a subire una denuncia. In particolare in questo momento in cui, proprio al Sud, siamo quotidianamente sotto attacco, spesso anche fisico». Che cosa viene denunciato? "Tutte le attività" afferma l'Aaroi-Emac "di anestesia e rianimazione in sala operatoria, in terapia intensiva o in altro reparto. In sala operatoria la responsabilità è spesso di équipe: gli incidenti possono accadere al momento dell'induzione dell'anestesia, nel suo mantenimento (anche se in questa fase, gli incidenti appaiono più spesso legati globalmente all'intervento chirurgico in corso) e nel post-operatorio. Ed è proprio il post-operatorio ad essere sotto i riflettori dell'Osservatorio Aaroi-Emac, perché l'obiettivo è quello di ridurre sempre più, idealmente fino ad azzerarli, gli eventi avversi occorsi anche e soprattutto in questa fase". «Attraverso un maggiore controllo del paziente e una più efficace comunicazione di équipe – spiega Marinangeli – possiamo ottenere un risultato molto importante verso questo obiettivo». "L'analisi dell'età dei Medici coinvolti" afferma l'Aaroi "rivela come i maggiori esposti sono i professionisti più anziani e quelli più giovani, questi ultimi più spesso operativi in piccole strutture (che come abbiamo visto sono quelle più esposte a sinistri e aperture contenzioso). Quanto ai settori di esercizio professionale, invece, il maggior coinvolgimento riguarda le sale operatorie e le rianimazioni, ma negli ultimi anni cominciano ad essere coinvolti anche i medici che lavorano nell'ambito della terapia del dolore e che oggi sono esposti anche a possibili inadempienze rispetto alla legge 38/2010 (che ha normato il diritto del paziente a ricevere adeguato sollievo dal dolore)". «L'Osservatorio Permanente Aaroi-Emac sul contenzioso sanitario – conclude Marinangeli – fornisce indicazioni importanti sulle problematiche su cui indirizzare formazione e ricerca, in modo da poter attuare un progetto di Total Quality Management per l'intera categoria dei medici rappresentati dall'Aaroi-Emac sul piano sindacale, e dalla Siaarti (Società Scientifica accreditata di riferimento della categoria) sul versante scientifico, e quindi anche a tutela della sicurezza dei pazienti che affidano la propria salute alle loro cure. Abbiamo infatti la necessità di lavorare su tutte le linee di attività: anestesia, rianimazione, dolore, fine vita, emergenza ed elisoccorso. Siamo già al tavolo delle linee guida per l'elisoccorso insieme alla Siaarti, facciamo da anni corsi di simulazione in anestesia e terapia intensiva e ora abbiamo in programma di lavorare sul dolore e le terapie palliative. Inoltre durante il Meeting Saqure abbiamo lanciato l'idea di un centro di ricerca e formazione per la Sicurezza, Qualità, problematiche medico legali in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva, Terapia del Dolore, Cure di fine vita, Emergenza sanitaria».

# PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

## "Superchirurghi" grazie alla robotica. Italia prima in Europa

[panoramasanita.it/2018/05/30/superchirurghi-grazie-alla-robotica-italia-prima-in-europa/](http://panoramasanita.it/2018/05/30/superchirurghi-grazie-alla-robotica-italia-prima-in-europa/)



0  
0  
0  
0  
0

Nel 2017 sono stati circa 18mila in Italia gli interventi di chirurgia robotica, quasi 12mila in ambito urologico (soprattutto per la cura di tumore di prostata, ma anche rene e vescica), 14% in più del 2016, e con un incremento, sempre costante, dell'83% a partire dal 2006. Con questi numeri l'Italia è tra le nazioni leader in Europa in questo campo. Con l'installazione del centesimo robot Da Vinci, al policlinico di Catania, raggiunge infatti la Francia con la quale ora condivide il primo posto del podio, seguita da Germania e Regno Unito. E l'Europa, con 742 robot Da Vinci installati, si piazza al secondo posto dopo gli Stati Uniti, con 2862. Nel mondo, dopo la ginecologia, è proprio la chirurgia urologica ad essere la principale area di intervento con il robot. In Italia, invece, resta l'urologia a farla da padrona, con il 67% di interventi, seguita dalla chirurgia generale (16%), quindi dalla ginecologia (10%) e da altri settori minori (7%). In urologia i motivi di tale successo sono molti e molto semplici: la precisione del robot consente maggiore facilità di accesso alle anatomie più complesse, una impeccabile precisione demolitiva e ricostruttiva, una minore perdita di sangue, una riduzione della degenza post operatoria e una diminuzione degli effetti collaterali (disfunzione erettile ed incontinenza). A questo si aggiungono caratteristiche come la visione tridimensionale immersiva in grado di moltiplicare fino a 10 volte la normale visione dell'occhio umano. Dopo qualche anno di attesa, oggi quasi tutte le Regioni italiane sono dotate di robot in sala operatoria, ed è oramai avviato un percorso di uniformizzazione tra Nord e Sud, negli ultimi tre anni infatti la robotica al Sud sta viaggiando veloce, con centinaia di interventi ogni mese. Certamente c'è ancora da lavorare per ottimizzare i sistemi, ma le basi strutturali (scuole di specializzazione e formazione) sono state poste e stanno dando ottimi risultati. «La chirurgia robotica da Vinci – spiega Walter Artibani, Direttore dell'Uo di Urologia dell'Aou Integrata di Verona e segretario generale della Siu – è emblema della chirurgia mininvasiva. Il robot conferisce al gesto chirurgico una precisione non confrontabile con altre tecniche e permette di superare i limiti legati alla difficoltà di trattare, con la laparoscopia, patologie in sedi anatomiche difficili da raggiungere. L'urologia italiana oggi è un'eccellenza nel campo della robotica. Ormai quasi tutti i principali centri, sia al Nord che al Sud, sono dotati della strumentazione tecnica necessaria. Inoltre, la possibilità di avere una doppia postazione consente di poter effettuare, oltre a interventi precisi e nel segno della mininvasività, una eccellente formazione professionale. Perché deve essere chiaro che ogni passo avanti nella medicina e nella chirurgia, come in questo caso, deve essere a vantaggio esclusivo del paziente e della sua sicurezza». «L'intervento robotico, infatti – aggiunge Vincenzo

31/5/2018

"Superchirurghi" grazie alla robotica. Italia prima in Europa

Il di Napoli e responsabile dell'ufficio comunicazione della Siu – è più rapido e così preciso da ridurre significativamente il rischio di recidive. Grazie alla visione amplificata dell'area interessata, si asporta tutto il tessuto malato in modo molto più puntuale. Le incisioni sono più piccole e discrete, causano quindi minor sanguinamento ed un ridotto dolore post operatorio. Questa precisione garantita dall'essere 'super chirurghi' cioè con i sensi aumentati, assicura anche migliori risultati di prospettiva: maggior sopravvivenza libera da malattia in caso di tumore, ma anche esiti funzionali migliori. Basti pensare, nel caso 'classico' di tumore della prostata, alla possibilità di recuperare in modo completo e più rapido la continenza urinaria ed una buona erezione anche con interventi fortemente demolitivi. La tecnica robotica infatti, da una parte rispetta lo sfintere urinario e permette di ricostruire l'uretra evitando l'incontinenza che invece può essere un problema dei pazienti operati con metodica tradizionale. Dall'altra, sempre l'apporto del robot, consente di risparmiare i fasci nervosi che regolano l'erezione al fine di garantire migliori risultati nei pazienti con tumore della prostata e scongiurando il rischio di impotenza che, negli uomini più giovani e sottoposti a intervento tradizionale, può sfiorare il 60% nel primo anno dall'intervento». Il tumore della prostata, che conta oltre 36 mila nuovi casi ogni anno in Italia, con circa 7000 decessi, non è l'unica area urologica in cui il robot si sta rivelando efficace. «È infatti utilizzato sempre più frequentemente anche per il tumore del rene – precisa Artibani – ma entro determinati e ben precisi parametri. Ad esempio, se le dimensioni del tumore sono comprese tra i 3 e i 7 centimetri ed è possibile una resezione parziale del rene».

**«I robot da Vinci installati in Italia** – conclude Mirone – sono in continua e costante crescita, ma ancora tanto c'è da fare per colmare il divario tra aree geografiche. I sistemi da Vinci al Nord sono ben 51, il Centro dispone di 30 robot (di cui 13 solo in Toscana) e al Sud si contano 19 installazioni. Tale gap richiede di essere sanato quanto prima soprattutto per frenare il fenomeno della migrazione sanitaria che porta i malati ad abbandonare le regioni di appartenenza per vedere assicurato il proprio diritto alle migliori cure, seppur lontano da casa e con l'aggravio di costi sanitari maggiori. La robotica al Sud è partita benissimo e si trova ora in una fase di massimo sviluppo. Quest'anno, per la prima volta nella storia della robotica in Italia, lo User Meeting Da Vinci, l'evento più importante dedicato agli utilizzatori del robot da Vinci in urologia, si è svolto a Napoli. È un forte segnale per l'Italia che ha scelto Napoli come la capitale della chirurgia robotica nazionale». Sebbene negli ultimi anni sempre più strutture si siano dotate del sistema da Vinci, il potenziale di utilizzo di questa tecnologia è ancora parzialmente inesperto; basti pensare che, nei centri utilizzatori, il 90% delle prostatectomie viene eseguito roboticamente. In Italia invece, sul totale complessivo delle prostatectomie, solo il 35% degli interventi è robotico. Questo esempio, pur riferendosi ad una sola patologia, ben rappresenta quanto ancora si possa fare per estendere l'utilizzo appropriato dei sistemi robotici.

# quotidianosanita.it

Mercoledì 30 MAGGIO 2018

## Gravidanze difficili. La placenta "stressata" attiva i geni della schizofrenia

***Uno studio condotto in Usa ha evidenziato come alcune patologie della gravidanza possano "stressare" la placenta aumentando il rischio genetico di schizofrenia fino a cinque volte***

(Reuters Health) – I geni collegati al rischio di sviluppare schizofrenia si attiverebbero in caso di placenta stressata, come, per esempio, nel corso di una gravidanza complicata da preeclampsia, ridotta crescita intrauterina e nascita prematura. È quanto emerge da una ricerca pubblicata su Nature Medicine e guidata da Daniel Weinberger, del Lieber Institute for Brain Development di Baltimora, negli Usa.

### Lo studio

Il team di ricerca ha analizzato i dati di 2.885 adulti negli Usa, in Italia, Germania e Giappone, tra cui 2.038 con schizofrenia. In particolare, su un campione di 234 pazienti con schizofrenia e 267 controlli, Weinberger e colleghi hanno valutato l'interazione tra rischio genetico per la schizofrenia e una storia di complicanze nella vita intrauterina. Hanno così scoperto che l'associazione tra rischio genetico e schizofrenia era in realtà influenzata dalle complicanze nella vita intrauterina.

"La combinazione di rischio genetico e complicanze in gravidanza avrebbe aumentato di cinque volte il rischio di soffrire di schizofrenia", ha dichiarato Weinberger. "Questo perché i fattori di rischio genetico e ambiente interagiscono e l'effetto diventa più che additivo", ha sottolineato il ricercatore.

### La metodologia

Il team ha raggruppato le persone prese in considerazione sulla base del punteggio del rischio genetico per la schizofrenia noto come polygenic risk score 1 (Prs1) e ha calcolato il rapporto di rischio di sviluppare schizofrenia. Inoltre, i ricercatori hanno diviso i campioni sulla base della storia di complicanze durante la gravidanza. Hanno quindi scoperto che il rischio di soffrire di schizofrenia aumentava con l'incremento dei livelli del punteggio Prs1, ma solo nel campione che aveva avuto complicanze in gravidanza, con un rapporto di rischio (Odds Ratio – Or) di 8,36 contro 1,55 tra coloro che avevano alti livelli di Prs1 e non avevano avuto complicanze in gravidanza, entrambi rispetto a chi aveva bassi livelli di Prs1.

E per validare i risultati, il team ha replicato l'esperimento su campioni provenienti da Germania e Italia, trovando risultati simili. Infine, ulteriori approfondimenti hanno evidenziato che i geni associati alla schizofrenia erano altamente espressi nella placenta e che la loro espressione tendeva a essere regolata in modo anomalo in gravidanze complicate, suggerendo che l'interazione tra genetica e complicanze potesse essere mediata proprio dalla placenta.

### I commenti

"È noto da tempo che le nascite con complicanze sono fattori di rischio per molti disturbi comportamentali dello sviluppo, tra cui autismo, Adhd e schizofrenia – osserva Weinberger – Noi abbiamo evidenziato le prime prove su base biologica e sorprendentemente è emerso il ruolo della placenta".

Secondo John Thoppil della Texas A&M University, "molti dei problemi si manifestano con maggiore gravità se i cambiamenti si verificano nel primo trimestre di gravidanza; per questo, un trattamento prima del concepimento può essere importante".

Fonte: Nature Medicine

FORLENZA DA IL VIA ALLE PROCEDURE. L'ASSESSORE GAETA: ONDATA DI VIOLENZA CHE RIGUARDA TUTTA LA SOCIETA

## «Pronto l'acquisto di 5 ambulanze con videocamere»

**NAPOLI.** L'acquisto di cinque nuove ambulanze, la previsione di quattro ulteriori postazioni del 118 in città entro la fine del 2018, l'installazione di telecamere sulle ambulanze e la dotazione di bodycam al personale del 118 sono le misure che la direzione della Asl Napoli 1 sta avviando per contrastare il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario impegnato nelle operazioni di primo soccorso.

A riferire di questi provvedimenti e del loro evolversi burocratico, il direttore generale della Asl Napoli 1, Mario Forlenza, in occasione del flash mob all'ospedale Cardarelli del personale medico e infermieristico per dire no alla violenza dopo le

aggressioni subite da operatori del 118 e da personale in reparto. «La presenza di noi dirigenti qui - ha affermato Forlenza - è un segnale importante. Il nostro personale, e in particolare quello del 118, sta vivendo un momento di paura in cui il solo recarsi sul posto di lavoro diventa difficile. Ed è per questo motivo che ho deciso di avviare le procedure per l'acquisto di questi ulteriori mezzi».

Per quanto riguarda le telecamere a bordo e per quelle sui giubbotti del personale, Forlenza ha riferito che la proposta è stata sottoposta in sede di Comitato per l'ordine e la sicurezza e che «ha avuto l'assenso del Prefetto e del Questore motivo per cui - ha

proseguito - ho già dato mandato per verificare tutto il necessario dal punto di vista organizzativo e della tutela della privacy». L'installazione e la dotazione di telecamere, come sottolineato, «è una misura deterrente ma anche indispensabile per poter individuare i responsabili delle eventuali aggressioni perché spesso le denunce del personale medico e sanitario sono contro ignoti. Non è possibile non poter identificare gli aggressori». Un clima di violenza dilagante contro cui, secondo Forlenza, «serve un'onda democratica e che tutte le istituzioni siano compatte nel condannare simili episodi. A volte - ha evidenziato - mi sembra che il fenomeno, sintomo di un disagio

sociale, sia sottovalutato».

«Chiederò al Prefetto l'istituzione di un tavolo ad hoc perché questi episodi vanno analizzati, studiati e vanno trovate misure comuni di contrasto» ha detto l'assessore comunale alle Politiche sociali, Roberta Gaeta, intervenuta in rappresentanza del Comune di Napoli al flash mob al Cardarelli. Gaeta, nel sottolineare «la solidarietà e la vicinanza» dell'amministrazione alle vittime di quest'ondata di violenza, ha affermato che «tutti insieme dobbiamo lavorare per trovare risposte efficaci. Purtroppo - ha concluso - il tema della violenza non riguarda solo il 118 e le aziende sanitarie ma tutta la comunità locale e non solo».

## Ricciardi, le idee per il governo: «Sostenibilità Ssn a rischio. Fare scelte importanti per non creare cittadini di serie A e B»

 [sanitainformazione.it/salute/sanita-ricciardi-sostenibilita-ssn-rischio-non-creare-cittadini-serie-a-b-c/](http://sanitainformazione.it/salute/sanita-ricciardi-sostenibilita-ssn-rischio-non-creare-cittadini-serie-a-b-c/)

May 29, 2018

Salute 29 maggio 2018

Il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità sottolinea: «Puntiamo a prevenzione e diagnosi altrimenti curare bene tutti gli italiani sarà una sfida difficile da sostenere»

di Giovanni Cedrone



«Servono scelte importanti perché la **sostenibilità del nostro Sistema sanitario nazionale è molto a rischio** per l'invecchiamento della popolazione, per le tante malattie per cui soffrono gli italiani, per il costo delle terapie». Non usa mezzi termini il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità **Walter Ricciardi** che, a margine del Congresso AIOP, ragiona sulle sfide che attendono il nuovo Ministro della Sanità. **Sfide difficili, legate anche al difficile rapporto tra Stato e Regioni e sulla necessità di garantire un Ssn uniforme e di livello su tutto il territorio nazionale.** «Altrimenti – sottolinea **Ricciardi a Sanità Informazione** – si rischia di creare cittadini di serie A, di serie B o addirittura di serie C».

**Presidente Ricciardi, quali saranno le priorità che dovrà avere il prossimo Ministro della Salute?**

«Quelle che sono le priorità per un grande Paese che è **l'ultimo grande paese ad avere un servizio sanitario nazionale pubblico.** Sono sicuro perché tutte le forze politiche presenti in Parlamento sono delle sostenitrici del Sistema sanitario nazionale, quindi pubblico, gratuito per i cittadini perché finanziato con le tasse. Certo, per mantenerlo bisognerà fare una serie di scelte importanti perché la **sostenibilità del nostro sistema è molto a rischio per l'invecchiamento della popolazione, per le tante malattie per cui soffrono gli italiani, per il costo delle**

dell'organizzazione e gestione. Quindi c'è da augurarsi che il prossimo ministro, sperando che sia una persona che conosca già il mondo della Sanità, comprenda abbastanza rapidamente che il nostro Paese merita particolare attenzione».

**LEGGI ANCHE: SANITA', I CONSIGLI DELL'EX MINISTRO SIRCHIA AL NUOVO GOVERNO: «SENZA PREVENZIONE SALTA SSN. MEDICI EMARGINATI, FERMARE CONCEZIONE AZIENDALISTICA»**

**Qual è secondo lei la sfida più importante che attende la sanità del nostro Paese per il futuro?**

«È garantire ai nostri cittadini l'accesso ai servizi, sia i servizi di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione perché, se non ci si organizza tempestivamente, per curarsi sarà una vera sfida e questo soprattutto in alcune parti del Paese che già oggi soffrono molto perché sono Regioni cosiddette in piano di rientro che sono state commissariate, cioè hanno risolto i loro problemi finanziari perché di fatto oggi più o meno tutte le Regioni sono in equilibrio di bilancio ma non hanno assolutamente risolto i problemi organizzativi e gestionali. **Sono soprattutto regioni del sud.** Si tratterà veramente di lavorare insieme per cercare di far sì che il nostro Paese non abbia cittadini di serie A, di serie B o addirittura di serie C cosa che purtroppo in certi settori succede».

TAGS

Articoli correlati

[«Assunzioni e riorganizzazione degli ospedali. Così farò ripartire la sanità del Molise». L'intervista al neo-Presidente Toma](#)

«Vorremmo portare i DEA di II livello a Campobasso e di I livello nei poli ospedalieri Venafrò-Isernia e Larino-Teramo. Necessario, poi, migliorare la struttura di Agnone». Il programma sanitario del Governatore della Regione Molise Donato Toma



di Giulia Cavalcanti

[Sanità, i consigli dell'ex Ministro Garavaglia: «Mettersi sempre nei panni del paziente. Servono scelte drastiche per tutelare Ssn»](#)

L'ex titolare del dicastero di Lungotevere Ripa sottolinea l'importanza di puntare su innovazione e tagli agli sprechi. Poi aggiunge: «Fondamentali i presidi sul territorio»

di Giovanni Cedrone

[Medicina di urgenza, Petrino \(Eusem\): «Aggressioni e sovraffollamento non solo in Italia, criticità europee»](#)

«Il sistema di gestione della medicina di emergenza-urgenza inglese è il più avanzato d'Europa. L'Italia, negli ultimi anni, ha fatto passi da leone. In Spagna e Germania non è stato ancora attivato un percorso di specializzazione specifico». Roberta Petrino, presidente Eusem, l'European Society Emergency Medicine, fotografa l'Europa

di Isabella Faggiano

[Tumori ginecologici, le nuove frontiere della chirurgia mininvasiva](#)

Le novità chirurgiche mininvasive per la cura dei tumori ginecologici e dell'endometriosi.

Saranno questi i temi del Corso teorico-pratico di chirurgia laparoscopica avanzata che si terrà lunedì 28 e martedì 29 maggio nelle sale dell'ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" di Negrar.

di Redazione

AIOP, nuovo presidente è Barbara Cittadini. La video-intervista: «No alla contrapposizione pubblico-privato»

Già vicepresidente nazionale, subentra a Gabriele Pelissero. Le prime parole: «Integrare pubblico e privato per dare una risposta compiuta alla domanda di salute dei cittadini. Il nuovo Governo dovrà tornare ad investire sul SSN oppure attuare una riforma strutturale di sistema»

di Viviana Franzellitti

**Cassazione.** La legge Gelli Bianco consente la non punibilità se il professionista ha seguito le linee guida

## Il valore del medico non esclude l'imperizia

### LA MANCANZA

I giudici avevano il dovere anche di indagare se la colpa è lieve con esimente prevista dalla legge Balduzzi

Patrizia Maciocchi

■ Non si può escludere l'imperizia del medico, solo in virtù del suo noto valore clinico. La nozione, infatti, non va associata alla persona ma al singolo atto. La Cassazione (sentenza 24384) accoglie il ricorso di un medico condannato in appello per omicidio colposo in seguito alla morte di una paziente avvenuta nel corso del post operatorio. Il camice bianco era accusato di non aver diagnosticato una perforazione, che poteva essere verificata con appositi esami diagnostici e di aver scelto una linea "attendista", tratto in inganno da sintomi comuni anche ad altre patologie. I giudici di appello avevano bollato il comportamento del dottore come "imprudente"; una conclusione che impediva l'applicabilità dell'articolo 590-sexies del Codice penale, introdotto dalla legge Gelli Bianco. La norma, invocata dalla difesa, esclude la punibilità in caso di "imperizia" quando sono rispettate le linee guida o, in mancanza di queste, le

buone pratiche clinico-assistenziali. Per i giudici territoriali la conformità alle best practices nel caso specifico non c'entrava per nulla. La logica imponeva al sanitario di formulare una diagnosi alternativa e di verificarla: non facendolo aveva abdicato alla sua funzione di medico e questo non aveva nulla a che vedere con le linee guida. Di diverso avviso la Cassazione, secondo la quale i giudici di merito non avevano considerato un tema centrale ai fini dell'individuazione della condotta colposa del medico come quello dell'osservanza delle buone pratiche clinico-assistenziali. Nello specifico, in assenza di linee guida concordanti sul punto, il riferimento doveva essere ai criteri della "vigile attesa" accreditati dalla letteratura scientifica.

Né era corretto escludere l'imperizia solo sulla base del valore del medico. Per la Suprema corte di giudici hanno escluso l'imperizia, scegliendo l'imprudenza, proprio per evitare la non punibilità prevista dalla Gelli Bianco. Allo stesso modo hanno omesso di verificare il grado di colpa che, se lieve, avrebbe fatto scattare la scriminante prevista dalla legge Balduzzi per il sanitario che segue le linee guida anche in caso di imperizia, negligenza o imprudenza. La condanna viene dunque annullata con rinvio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA