



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



**La sanità**

# Corsie più vuote esodo di medici e infermieri

## Spending review, centinaia in pensione migliorano i conti ma il servizio peggiora

**Ettore Mautone**

Risanamento finanziario del Servizio sanitario nazionale e sostenibilità del pianeta salute: il riordino dei conti di Asl e ospedali è una battaglia vinta ma a costo di morti e feriti rimasti sul campo. La fotografia scattata sulla Sanità italiana dallo studio Oasi del Cergas Bocconi mostra luci e ombre dopo quattro anni di tagli su investimenti e innovazione, resezioni di personale e amputazioni di servizi. Se da un lato l'infezione del debito sembra guarita dall'altro il welfare di Asl e ospedali è esangue, ai limiti del collasso. Nelle regioni (come la Campania) sottoposte alla cura d'urto del Piano di rientro dal deficit si registrano ovunque emergenze. Le gravi carenze di personale tamponate da straordinari e precariato, tecnologie e ristrutturazioni edilizie rimaste al palo, il freno tirato al turn-over e gli investimenti al lumicino nascondono un debito sommerso che potrebbe tornare progressivamente a galla nel momento in cui sarà visibile l'obsolescenza di strutture e tecnologie. Altre nubi all'orizzonte: allo scoglio del blocco del turn-over si aggiunge il decreto del governo sul riordino della spesa pubblica. Da novembre prossimo andrà

a casa il 5-6% del personale attualmente trattenuto in servizio oltre i limiti di età. Solo per il Monaldi parliamo di 250 unità tra medici e infermieri di cui circa 10 primari. In questo scenario il male minore è nel divario di posti letto. In Campania la media è abbondantemente al di sotto di quella nazionale (3,2 per mille contro 3,7), ma molto vicina al nuovo limite imposto dal legislatore.

L'istantanea è stata presentata ieri a Napoli, all'Unione industriali, da Corrado Cuccurullo, docente di economia sanitaria della Seconda Università partenopea, e da Elena Cantù, Paolo Ricci ed Elio Borgonovi - del Cergas Bocconi. Al tavolo degli ospiti Raffaele Calabrò, consigliere per la Sanità del governatore della Campania Stefano Caldoro, Ferdinando Romano, a capo del dipartimento Salute della Regione, i sub commissari per la Sanità Mario Morlacco ed Ettore Cinque e i loro omologhi di Molise e Calabria, Nicola Rosato ed Andrea Urbani. Inutile dire che nel bilancio tra Nord e Sud è il Mezzogiorno che ne esce più malridotto nonostante conti ormai in ordine. «L'equilibrio economico è un vincolo ma non la finalità - avverte Vincenzo Viggiani, direttore dell'azienda ospedaliero-universitaria di Saler-

**Lo studio  
Il Cergas  
Bocconi:  
in calo i debiti  
ma anche  
investimenti  
personale  
e innovazione**



no - e allora poco importa se l'appropriatezza dei ricoveri è finalmente alta laddove l'aspettativa di vita è più bassa di due anni, sia per gli uomini sia per le donne». Un principio di equità da ritrovare più volte citato da Ferdinando Romano. Come dargli torto se in Campania i ticket sono i più alti d'Italia e il finanziamento pro capite è il più basso. Anche il rapporto tra medici, infermieri e posti letto è al lumicino. C'è poi la leva dell'acquisto diretto, in regime privatistico, di prestazioni farmaceutiche e sanitarie: se al Nord riequilibra la spesa pubblica, nel Sud è incagliata tra le maglie di un Pil delle famiglie che arretra inesorabilmente.

Infine il privato accreditato: ovvero prestazioni pubbliche gestite per conto del servizio sanitario nazionale. Ottavio Corigliani (vicepresidente di Confindustria sanità Campania)

e Sergio Crispino, (presidente regionale dell'Aiop), parlano del 60% delle prestazioni di ricovero erogate a fronte del 15% della spesa, con punte di eccellenza che sgombrano il campo da ogni residua diffidenza culturale.

Non tutto va male: non mancano sobrietà ed efficacia. Siamo tra i meno spendaccioni d'Europa, con un disavanzo annuale notevolmente in calo. «Luci e ombre ma in un quadro generale allarmante per il Sud - avverte Calabrò - dove il gap di performance resta rilevante e non offre più la certezza di dare tutto a tutti ma poco ad alcuni». E anche sui ticket «è giunta l'ora dell'equità declamata dal Patto per la Salute ma tradita nelle scelte politiche e impraticabile nelle regioni sottoposte al piano di rientro». Un welfare che va completamente rivisto.

**Le imprese  
«Dai privati  
il 60% delle  
prestazioni  
di ricovero  
a fronte  
del 15%  
della spesa»**

**Il dramma** In Campania sono stati cancellati i posti di 10mila addetti, compreso i medici e il personale addetto alle pulizie

# Sanità, persi 3300 dipendenti a Napoli

*Tre anni fa nelle strutture partenopee lavoravano 9500 unità, oggi 6200*

**NAPOLI (Ciro Crescen-  
tini)** - Il governo della Campania, **Stefania Caldoro** continua a fare annunci e a promettere miglioramenti del sistema sanitario regionale. Nelle ultime ore ha sbandierato ai quattro venti lo sblocco del turn-over e nuove assunzioni nelle strutture ospedaliere. Ennesima promessa per una Regione che si trova di fronte a una drammatica carenza degli organici. Mancano almeno 10mila persone (tra personale medico, infermieristico, amministrativo, ausiliare, pulizie). Negli ultimi tre anni, a causa del blocco del turn-over (sostituzione dei lavoratori andati in pensione), i dipendenti delle strutture sanitarie della provincia di Napoli, sono passati da 9500 a 6200 unità. I parametri e dei vincoli imposti dal patto di stabilità nazionale per 'rientrare dai deficit' hanno provocato il blocco delle assunzioni, la mobilità 'selvaggia' del personale tra diverse

strutture, il sovraccarico del lavoro, lo stress psicofisico per medici e infermieri, il blocco dei salari accessori e dei contratti nazionali di lavoro, la chiusura dei Pronto soccorso, la drastica riduzione di migliaia di posti-letto, l'aumento degli ammalati abbandonati sulle barelle. Molti reparti sono stati chiusi per la mancanza di medici e infermieri. Nelle strutture sanitarie partenopee servono almeno 1500 assunzioni. A Caserta, il personale si è ridotto di oltre 1500 unità. Il blocco persistente del turn-over e la recessione economica campana rischia di minare, di mettere in discussione l'erogazione dei servizi e il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Il blocco delle assunzioni alimenta il precariato e l'esternalizzazione selvaggia dei servizi. Condizioni che spesso favoriscono il lavoro non contrattualizzato e sotto

retribuito. Il ricorso a servizi esternalizzati, a cooperative esterne, a lavoro interinale, ha precluso qualsiasi possibilità di acquisire personale in pianta stabile e duratura. Ma, viceversa ha creato precariato, insicurezza ed impoverimento sociale. La giunta regionale della Campania, pur sottoposta a piano di rientro e blocchi del turn over del personale sanitario ha utilizzato, per le figure professionali mancanti (Infermieri, Fisioterapisti, ecc.) contratti stipulati con cooperative esterne, che producono beni o servizi o ha dato corso a contratti a tempo determinato. I tagli alla sanità effettuati dalla giunta Caldoro hanno prodotto effetti dirimpenti sulla gestione dell'organizzazione del lavoro della sanità regionale. La mancanza di personale, il blocco delle assunzioni hanno determinato un forte aumento degli straordinari che pesano

sulle casse delle aziende sanitarie, la riduzione del 50 per cento delle attività delle camere operatorie, il ridimensionamento degli interventi e il blocco dei ricoveri. Inevitabilmente, sono aumentati i profitti delle cliniche e delle strutture private. Situazioni preoccupanti in alcune strutture sanitarie. Aria di 'stato di crisi' all'ospedale Cardarelli. Mancano le risorse economiche e il personale medico e socio sanitario. Negli ultimi due anni nella più grande struttura sanitaria del Meridione sono andati in pensione 600 dipendenti e sono necessari almeno 700 operatori socio sanitari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## *P.a., crediti e debiti verificabili in tempo reale*

Da oggi decollano nuove funzionalità sulla piattaforma telematica della certificazione dei crediti delle pubbliche amministrazioni. I fornitori, infatti, potranno verificare online l'iter di lavorazione dei propri crediti e le p.a. potranno controllare, in tempo reale, lo stato dei propri debiti, distinti per data di scadenza e per singolo creditore. È quanto riferisce la circolare n. 21 della Ragioneria generale dello stato diffusa ieri, con cui si forniscono maggiori dettagli sulle funzionalità in materia introdotte dall'articolo 27 del decreto legge n. 66/2014. In pratica, i soggetti interessati potranno monitorare tutti i passaggi dei crediti o debiti grazie alla piattaforma per la certificazione dei crediti (Pcc) che renderà trasparente l'intero ciclo di vita dei debiti commerciali, per i quali sia stata emessa fattura a decorrere da oggi, sia in formato elettronico che cartaceo. Ai creditori, pertanto, viene offerta la possibilità di immettere sul sistema Pcc, i dati di dettaglio di ciascuna fattura (o richiesta di pagamento equivalente) emesse a far data da oggi. Da un lato, rileva la circolare, questo procedimento consentirà la rilevazione del formarsi dei debiti commerciali fin dal loro sorgere, dall'altro fornirà un valido supporto al lavoro delle p.a. per il necessario pagamento in tempi brevi. Corre l'obbligo di sottolineare che l'immissione dei dati delle fatture non costituisce un obbligo per i creditori, però la stessa costituisce indubbiamente un vantaggio. Infatti, i creditori che utilizzeranno la piattaforma Pcc, potranno verificare il puntuale assolvimento delle successive fasi del processo da parte delle p.a. debentrici. A maggior ragione, se si pensa che il sistema rileva automaticamente a segnalare alle p.a. le fatture in scadenza, mediante la rilevazione del termine previsto per il pagamento nella fattura stessa, ovvero in relazione ai termini previsti dalla direttiva n. 2000/35/Ce, relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali. Onde evitare il formarsi di debiti, le p.a. saranno tenute alla comunicazione delle fasi di lavorazione sulle fatture; a tal fine, la prima scadenza di tale adempimento deve intendersi il 15 prossimo agosto. Riveste particolare importanza la comunicazione del pagamento, così da evitare che il credito possa impropriamente essere utilizzato dal fornitore ai fini della certificazione del credito, mediante operazioni di anticipazione, cessione e compensazione.

*Antonio G. Paladino*

## **Patto della Salute, Lorenzin: “Vigilanza sui conti e ticket in base al reddito”**



01 luglio

**Partirà presto una nuova fase per la Sanità italiana.** E' ormai alle porte l'attivazione del "Patto per la Salute 2014", un testo che introduce importanti novità per le famiglie italiane. Si svolgerà, infatti, questa settimana l'incontro decisivo per la chiusura del Patto tra Governo e Regioni.

Ad annunciarlo in un'intervista rilasciata a *Il Messaggero* è il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, che spiega: «È arrivato il momento di chiudere con il ministero dell'Economia e con le Regioni. Lunedì scorso abbiamo definito l'accordo tecnico e questa settimana **ci siederemo al tavolo Stato-Regioni per l'incontro decisivo**».

Tante le novità, ma tra le principali quella relativa al controllo sulla spesa delle Regioni. «In primo luogo – spiega la Lorenzin – non saranno più i presidenti delle Regioni a fare i commissari 'ad acta'. E poi ci sarà una nuova vigilanza digitale che le aiuterà nei controlli dell'efficienza delle strutture».

Ma l'aspetto più rilevante per le famiglie è soprattutto il fatto che **dal prossimo dicembre visite mediche e farmaci avranno un costo diverso per ogni cittadino**, stabilito in base al reddito familiare. Si tratterebbe di «un meccanismo di riorganizzazione che è il primo passo per garantire la sostenibilità del servizio sanitario nei prossimi venti anni».

Il ministro tiene a sottolineare che dopo vent'anni è questa la prima volta che la Sanità entra in una fase tutta nuova: «ogni euro che risparmieremo – sostiene – sarà reinvestito in servizi ai cittadini, in ricerca, in innovazione». Ma una precisazione va fatta: **«l'invecchiamento della popolazione farà salire il costo della Sanità del 2% in 10 anni**, quindi dobbiamo risparmiare questi soldi da qualche altra parte, con la medicina preventiva, con la riorganizzazione e con la digitalizzazione».

*(Fonte: cronopolitica.it)*

## LA NOMINA

### Sara Caropreso è il neo direttore ricerca all'Arsan



**Salerno.** L'annuncio arriva tramite il social network Facebook. Per Sara Caropreso, ex direttore sanitario dell'Asl Salerno, che assunse nel marzo del 2011 dopo una esperienza quale commissario per l'ospedale unico della Valle del Sele. Attualmente è componente dello staff del presidente della Regione Campania. "Direttore "Ricerca & Innovazione " Arsan - Regione Campania. Un ruolo gratificante, un'entusiasmante e fantastica opportunità! Per coloro che credono in me lancerò il cuore oltre l'ostacolo". L'annuncio, postato su Facebook ha fatto subito il giro del web. Da qualche giorno, dunque, la dirigente è stata dunque investita dell'incarico di direttore del dipartimento Ricerca&Innovazione all'Arsan, l'agenzia regionale della sanità, guidata da Angelo Montemarano. Una nomina, quella per l'ex assessore regionale della giunta Bassolino, che ha fatto discutere.



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



## De Filippo al «Moscati» e a Sant'Angelo dei Lombardi

Il sottosegretario alla Sanità venerdì alla Città Ospedaliera e al «Criscuoli» con Florio

Prevista per venerdì la visita in Irpinia di Vito De Filippo, deputato del Pd e sottosegretario al Ministero della Salute. Sarà prima all'Azienda Ospedaliera di Avellino «San Giuseppe Moscati», alle 9,30, e successivamente presso il presidio ospedaliero «Criscuoli» di Sant'Angelo dei Lombardi alle 12,30. La visita, annunciata già da tempo dalla consigliera regionale Pd, Rosetta D'Amelio, membro della Commissione Sanità regionale, in occasione di un precedente sopralluogo a cui hanno preso entrambi parte presso la struttura ospedaliera «San Paolo» di Napoli, nasce dall'esigenza di rendere nota

la realtà ospedaliera in cui versa l'Irpinia e di porre le basi di un futuro filo diretto con il governo centrale in materia di Sanità.

Per le 10,30, inoltre, è fissato un incontro presso l'Aula Magna del «Moscati» di Contrada Amoretta, a cui prenderanno parte il direttore Giuseppe Rosato, il direttore Generale dell'Asl, Sergio Florio, la stessa Rosetta D'Amelio, una delegazione sindacale, i capi dipartimento e il sindaco di Avellino, Paolo Foti. Successivamente tappa al «Criscuoli» di Sant'Angelo dei Lombardi, presso l'Aula Magna «Don Gnocchi», con la visita dei reparti a cui prenderanno parte il direttore generale dell'Asl, i capi dipartimento, il Sindaco di Sant'Angelo, Rosanna Repole, e alcuni primi cittadini dei Comuni limitrofi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

» Il sopralluogo Caldoro e de Magistris insieme. Il sindaco cambia idea sulla struttura. Disaccordo sul Policlinico a Scampia

## «Ad agosto 2015 aprirà l'Ospedale del Mare»

NAPOLI - Da ennesimo spreco della sanità campana, l'Ospedale del Mare si candida ora ad essere uno dei poli di riferimento per tutto il Mezzogiorno. E non meraviglia che ieri il governatore Stefano Caldoro, in visita al cantiere con il sindaco, abbia sottolineato la primogenitura della battaglia che in questi ultimi anni lo ha esposto ad una pioggia di critiche e polemiche. Su questo punto, gli va riconosciuto, Caldoro non ha mai esitato. Ha sempre creduto nella possibilità di trovare nuovi fondi per completare

l'opera. E ora l'obiettivo sembra a portata di mano, c'è anche l'annuncio ufficiale: «Sarà pronto entro il 29 agosto 2015». Caldoro ha parlato di un miracolo della Regione, «l'ospedale del Mare era fermo e quando siamo arrivati - ha detto - non c'era alcuna speranza o copertura economi-



Il sopralluogo di ieri mattina al cantiere; a sinistra de Magistris, Caldoro, Esposito e Verdeoliva

### Il sindaco

«Ma non si devono impoverire gli ospedali del centro storico della città come San Gennaro e Ascalesi»

### Il governatore

«La realizzazione di questa struttura, destinata all'abbandono, è un miracolo compiuto dalla Regione»



ca». I 200 milioni mancanti li ha trovati grazie ad una riprogrammazione dei fondi per la sanità, in particolare grazie al fondo sviluppo e coesione, il vecchio Fas per intendersi. «Quella per la riapertura del cantiere - ha detto ieri - è stata la firma più difficile messa in qualità di presidente della Regione». Va anche sottolineato che il presidente della Regione ha saputo circondarsi degli uomini giusti, primo tra tutti il commissario straordinario Ciro Verdoliva. L'unico che poteva mettere ordine nel grande caos che ha rischiato di mandare a monte il progetto. Intanto, oltre alla data di consegna, ormai ufficiale, la novità di ieri è stata quella di vedere in cantiere anche de Magistris. Per il sindaco è stata la prima visita al cantiere Ospedale del Mare. All'esterno c'era già stato nel 2011, in piena campagna elettorale, per girare un video nel quale tra l'altro chiariva: «L'ospedale non si realizzerà, perché è in zona rossa a rischio vulcanico». Evidentemente convinto dalle soluzioni tecnologiche adottate per prevenire qualsiasi pericolo, anche in caso di sisma o caduta di ceneri, de Magistris ieri ha invece parlato di «un'opera fondamentale in vista della città metropolitana». Ben più coerente invece sull'esigenza, sentita allora e adesso, di non depauperare l'offerta di sanità nel cuore cittadino. Il riferimento è ovviamente al Loreto Mare, all'Ascalesi, al San Gennaro e agli Incurabili. Ospedali per i quali il sindaco ha detto di aver chiesto garanzie al presidente Caldoro. Da Ponticelli a Scampia, la visita al cantiere è stata anche l'occasione per parlare dell'ipotesi, lanciata dal governatore, di delocalizzare nelle Vele il Policlinico. Scettico de Magistris che ha detto: «Il loro abbattimento è un nostro obiettivo strategico, ma penso che su cosa realizzare al loro posto lo debbano decidere i cittadini di Scampia».

**Raffaele Nespola**

**Il sopralluogo**

# «Ospedale del Mare grande opera ma salvare le strutture del centro»

L'appello del sindaco nel corso della visita guidata con Caldoro e direttore Asl

**Marisa La Penna**

Sindaco e governatore insieme alla «visita guidata» dell'Ospedale del Mare che sarà consegnato alla città ad agosto del prossimo anno. A fare da cicerone è stato il commissario **Ciro Verdoliva**, «anima» della struttura sanitaria tra le più «fantascientifiche» d'Europa, antisismica al punto di sopportare anche un terremoto di proporzioni catastrofiche. «È un'opera fondamentale in vista della città metropolitana, ma non si deve depauperare l'offerta di sanità nel cuore della città» ha ammonito il sindaco **De Magistris** riferendosi ovviamente alla riconversione di quattro ospedali cittadini: il **Lucrezio**, l'**Ascalesi**, il **San Gennaro**, gli **Incurabili**. «Ho chiesto garanzie al presidente **Caldoro**. Non ci deve essere un abbandono del centro. Si deve lavorare affinché si realizzi una buona programmazione della sanità evitando i doppioni, ma dando un futuro certo ai quattro presidi cittadini» ha detto il sindaco.

«L'ospedale del Mare è una realtà per Napoli e apre nuove prospettive rispetto agli ospedali che saranno riconvertiti» ha precisato subito **Ernesto Esposito** direttore generale della **Asl Napoli 1**. Ed ha aggiunto: «È un'opera eccezionale che raccoglie e migliora la qualità ospedaliera cittadina offrendo maggiore sicurezza non solo agli operatori, ma soprattutto ai pazienti per i quali costituirà una garanzia rispetto alla qualità delle prestazioni che i piccoli ospedali di quartiere non



potevano più garantire». Alla presentazione dell'ospedale del Mare hanno assistito, tra gli altri, anche **Raimondo Pasquino**, presidente del consiglio comunale e l'assessore regionale ai Lavori pubblici **Edoardo Cosenza**.

La struttura sanitaria sarà dunque consegnata il 29 agosto 2015. Essa nasce come nuovo modello di ospedale ad alto contenuto tecnologico e assistenziale e rientra nel progetto legato al riassetto della rete ospedaliera e territoriale. Accoglierà la rete d'emergenza e metterà a disposizione della cittadinanza 450 posti letto più 50 low care. I lavori sono in corso con una presenza media giornaliera di 350 operai e a oggi si è provveduto alla liquidazione degli stati di avanzamento lavoro per circa 14 milioni di euro. Complessivamente, la realizzazio-

ne dell'opera costerà 365 milioni e 400 mila euro.

In merito alle perplessità più volte espresse in merito alla realizzazione di un ospedale in piena zona rossa l'assessore regionale ai Lavori pubblici **Edoardo Cosenza** ha detto che questi timori non hanno ragione d'essere. «La struttura è stata progettata per resistere a ogni tipo di terremoto ed è dotata di 327 isolatori, strumenti che non fanno avvertire all'edificio il terremoto e, inoltre, le coperture sono progettate per resistere al carico di cenere. Una costruzione che offre un servizio a circa 700 mila abitanti che vivono nelle aree limitrofe che hanno diritto a un servizio di sanità pubblica perché non sono cittadini di serie B. Le opere pubbliche vanno realizzate anche nella zona rossa. Intanto mille unità in più per il 2014 per la deroga sul blocco del turn over sono state preannunciate da **Caldoro** che ha detto: «E speriamo con il nuovo patto per la salute di averne qualche migliaio nel 2015. «Speriamo che nel 2015 chi è uscito dal rientro e ora è in avanzo, come nel nostro caso ci sia uno sblocco del turn over ordinario e si possa recuperare quello che abbiamo perso per arrivare a qualche altro migliaio di unità». **Caldoro** ha ricordato che, da punto di vista del personale nelle strutture ospedaliere «siamo sotto organico del 13%».

«Questo non porta a dei risparmi - sottolinea - perché ci sono servizi obbligatori». «Pensiamo, per esempio, agli anestesisti che sono costretti a fare anche due e tre turni di seguito - conclude - Questo non significa risparmiare, anzi, significa pagare di più».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

**La protesta**

---

**Chiude il San Gennaro, occupata la direzione**

Da oggi chiudono i tre reparti di ostetricia, maternità e casa del parto (500 nascite all'anno) dell'ospedale San Gennaro, presidio ubicato nel cuore di uno dei quartieri più popolosi di Napoli. Alla mobilitazione dei medici del presidio della Asl Napoli 1 ieri ha fatto seguito l'occupazione della direzione dell'ospedale. Una analoga mobilitazione otto anni orsono bloccò il trasferimento. «È tutto il riordino ospedaliero che va rivisto nei modi e nei tempi -

avverte Luigi Sparano, segretario provinciale di Napoli della Fimmg, principale sindacato dei medici di famiglia - così alla chiusura di unità operative ospedaliere per acuti dovrebbe corrispondere l'attivazione immediata di nuovi servizi ai pazienti cronici e delle case della salute. Se culturalmente e politicamente continua ad esserci una forte propensione a sviluppare le cure intermedie e le cure primarie i processi attuativi sono lenti».

## La protesta I cittadini della Sanità contro lo smantellamento dei reparti di Urologia, Neurologia e Maternità. Oggi sit in al Frullone Chiude il 'San Gennaro', in 100 occupano la direzione

NAPOLI (Sf) - Il sistema sanitario napoletano perde un altro pezzo. Si tratta dell'ospedale del Rione Sanità che sta per chiudere i battenti portando con sé anche i reparti, fondamentali per la popolazione, di urologia, neurologia e maternità. Per manifestare la pubblica contrarietà a tale disposizione, ieri mattina la direzione sanitaria del nosocomio è stata simbolicamente occupata e fatta oggetto di un sit-in organizzato con chiusura dei cancelli al pubblico. Circa 100 le persone che si sono ritrovate al San Gennaro per difendere il diritto alla salute, tra comitati, associazioni, sindacati, cittadini, pazienti e medici che nel corso dell'assemblea hanno deciso, data la comunità d'intenti, di costituire un unico comitato contro la



chiusura dell'ospedale del rione Sanità. Oggi sarà la volta di un nuovo sit-in al Frullone: è previsto l'incontro tra i sindacati e

la direzione generale dell'Asl Napoli 1. Giovedì sarà invece la giornata dedicata ad una più grande manifestazione che pro-

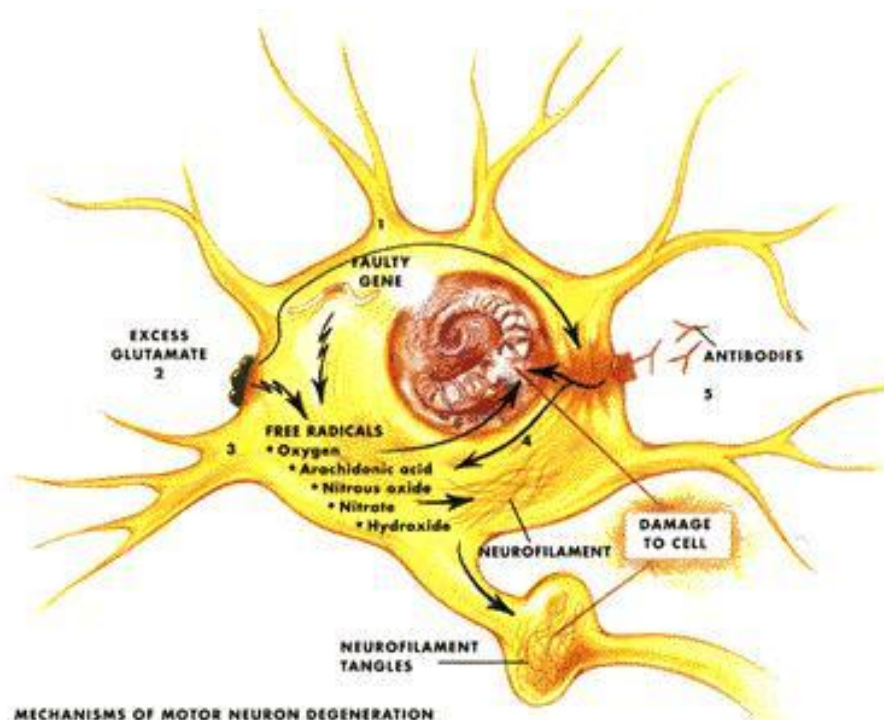
cederà sotto lo slogan della difesa del San Gennaro. All'evento che si preannuncia di mobilitazione generale, hanno dato la loro adesione anche i comitati di Materdei e del Centro storico. Cittadini sul piede di guerra, dunque, pronti ad unire le forze per difendere un presidio sanitario che rappresenta un punto di riferimento importante per il territorio e, in particolare, per il centro di Napoli. I cittadini chiedono, insomma, la tutela di un quartiere che, affatto privo di difficoltà, non intende più essere sacrificato sull'altare della convenienza e degli interessi economici. Anche perché, allo smantellamento progressivo del sistema sanitario nel centro cittadino non corrisponde, come per logica dovrebbe, l'allestimento di una 'soluzione alternativa' per le tante persone del quartiere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



**Lombalgia.** Le origini del mal di schiena possono essere molte ma vanno tutte indagate con meticolosità. È una malattia assai diffusa, invalidante e bisogna impedire che diventi cronica. I consigli degli esperti

## Curare il dolore e scoprirne la causa

MARIA PAOLA SALMI

**L**A NOSTRA colonna vertebrale non si è ancora adattata al tipo di vita che conduce l'uomo moderno. E la prova arriva dall'ultimo Global Burden of Disease che definisce il mal di schiena come un problema di salute ai primissimi posti, prima del cancro e subito dopo lo stress. Le malattie muscolo-scheletriche sono una delle principali cause di disabilità (*Lancet*): la lombalgia, al primo posto e causa più frequente di assenza dal lavoro, la cervicaglia al quarto. All'Europa spetta il primato dell'incidenza più elevata di casi.

Non è dunque un disturbo banale. Anzi. «Colpa di posture viziate, sedentarietà, età, attività fisica inappropriata, traumi, artrosi, ginocchia e alluci valghi, ernie del disco, scoliosi, artriti, osteoporosi e via dicendo - spiega Norberto Confalonieri, primario e direttore della struttura complessa di ortopedia e traumatologia degli Istituti clinici di perfezionamento (CTO) di Milano - che mettono a rischio la struttura mirabile della colonna e costringono talvolta il soggetto a rivolgersi al pronto soccorso. Capire con che tipo di mal di schiena abbiamo a che fare necessita di una diagnosi fine». Nella maggior parte di casi si tratta di forme dovute a cause meccaniche (strappi, stiramenti) che si risolvono da sole nel giro di 6-12 settimane, le altre

### Può esserci una componente reumatica e una infiammatoria. L'importanza della diagnosi

(5% circa) cronicizzano ed è dentro questo gruppo che si nascondono le forme infiammatorie (inflammatory back pain, IBP) su base artrite e autoimmunitaria come, ad esempio, l'artrite psoriasica o, peggio, la spondilite anchilosante, che esordisce prima dei 40 anni con un dolore a riposo che migliora con l'esercizio e una rigidità mattutina. È nata così un'alleanza tra paesi europei per un progetto comune con la partecipazione di ANMAR, l'Associazione malati reumatici, e il sostegno di Abbvie, che hanno presentato a Londra la campagna "Non voltargli la schiena" per ricordare che dietro un mal di schiena cronico può nascondersi una grave patologia e per offrire (su [www.nonvoltarglilaschiene.it](http://www.nonvoltarglilaschiene.it)) un questionario di autovalutazione. «Serve informazione - sottolinea Gabriella Voltan, presidente Anmar - tra i cittadini e tra i medici di base che non sempre sanno come affrontare il problema e spesso lo sottovalutano: passano 7-8 anni prima di avere una diagnosi».

Quando il dolore dura da almeno tre mesi si è autorizzati a parlare di mal di schiena cronico, purtroppo però non sempre scatta l'iter diagnosi-terapia. «Nel caso della spondilite anchilosante, o spondiloartrite, oltre alla componente infiammatoria c'è una predisposizione genetica, il 90% di

questi pazienti ha il gene HLA-B27 - spiega il professor Ignazio Olivieri, direttore della Reumatologia dell'ospedale San Carlo di Potenza - al danno erosivo che coinvolge la porzione sacro-iliaca e poi man mano tutta la colonna che si piega in avanti, si associa la proliferazione ossea che porta all'anchilos delle vertebre». L'esame RX e l'imaging qui sono indispensabili per diagnosi precoci.

In tutte le forme non infiammatorie è importante invece una rigorosa visita clinica. «Ci vuole un medico internista perché una lombalgia può simulare un problema ginecologico, pancreatico, una malattia reumatica, fino a un'aneurisma dell'aorta addominale - afferma Leonardo Punzi, direttore della Reumatologia all'università di Padova - nei giovani si può presentare la cosiddetta "sciatalgia mozza" con dolore dalla natica al ginocchio e interessamento delle articolazioni sacro-iliache; la cosa più importante è distinguere il dolore scatenato da uno sforzo o da una mossa sbagliata da quello che non passa e che si presenta a riposo». C'è un abuso di esami radiografici che dovrebbero essere riservati, dicono le linee guida, solo a casi specifici e alle forme autoinfiammatorie.

Il dolore va aggredito subito. «Nella fase acuta si inizia con gli analgesici più sicuri come il paracetamolo per passare ad antinfiammatori non steroidei e, se non basta, agli analgesici di tipo oppioide più leggeri associati a miorilassanti, l'ultima risorsa sono gli antidepressivi - dichiara Guido Valesini, direttore della Reumatologia alla Sapienza di Roma - quanto alle forme autoimmuni, i farmaci biologici costosi ma di grande efficacia da usare precocemente, colpiscono i meccanismi chiave dell'infiammazione». Utile l'ozonoterapia e la videoscopia che fa sparire le aderenze. La terapia fisica aggiusta gli squilibri posturali: ginnastica dolce (20 min. di pilates), nuoto, massaggi. Ricordare (vedi nel disegno) tutte le precauzioni del caso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

> A TAVOLA  
EUGENIO DEL TOMA



### CONSERVE E BOTULINO COME FARE

Mantenere e recuperare il gusto dei cibi tradizionali è un'ambizione lodevole che tuttavia richiede attenzioni, note alle vecchie massaie ma non sempre comprese e padroneggiate dalle giovani nipoti. La preoccupazione per i problemi dell'inquinamento o dell'eccesso di tecnologie spinge molti dilettanti a recuperare manualità artigianali di conservazione, ad esempio la preparazione delle conserve alimentari, senza l'esperienza e la necessaria meticolosità del trattamento. L'Istituto Superiore di Sanità ([www.iss.it](http://www.iss.it)), ha voluto fornire un vademecum, validato

scientificamente, sulle regole basilari di un trattamento domestico sicuro che non danneggi gli aspetti organolettici e nutrizionali dei cibi utilizzati. Il punto in questione è quello di un'adeguata bonifica, dato che la contaminazione della tossina botulinica è un pericolo sempre incombente nella preparazione casalinga delle conserve, ma senza inutili esagerazioni preventive perché le alte temperature distruggono la tossina prodotta dal "Clostridium botulinum" ma riducono anche i pregi nutrizionali dei prodotti trattati. Se il ritorno all'orto e alle preparazioni alimentari domestiche ha molti aspetti positivi è pur vero che il trattamento casalingo dei cibi resta il punto debole dell'igiene alimentare rispetto all'iter super controllato delle grandi industrie. Le tecnologie alimentari non sono una dissacrazione ma una sicurezza igienica da rispettare.

[edeltoma@gmail.com](mailto:edeltoma@gmail.com)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## OSTEOPOROSI. Ma molte donne sottovalutano il pericolo delle fratture

ALESSANDRA MARGRETH

**S**ULL'OSTEOPOROSI le donne sono informate, ma non abbastanza. Le principali società scientifiche nel campo delle malattie metaboliche dell'osso hanno recentemente presentato i dati di una ricerca sul tema. Le donne intervistate (tra i 50 e i 79 anni) dimostrano di conoscere la malattia, ma sottovalutano ancora i rischi di frattura e il loro impatto sulla salute.

Nonsi abenesoprattutto come l'osteoporosi, nella sua for-

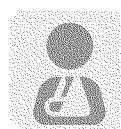
ma severa, possa diventare causa di dolore cronico per fratture. La percezione della gravità è soprattutto di chi soffre di fratture ricorrenti e nelle più anziane, mentre il pericolo viene sottovalutato dal 25% delle intervistate. Molte donne non sono consapevoli di essere a rischio. Per questo anche quest'anno si rinnova la campagna a "Stop alle Fratture". In [www.stopallefratture.it](http://www.stopallefratture.it) si trovano molte informazioni sulla patologia, la diagnosi e la cura. Sul sito è possibile eseguire il DEFRA test, per conoscere le percentuali di rischio di frattura nei successivi 10 anni. Possibile anche un consulto con uno specialista.

Spiega la dottoressa Giuseppina Resmini del board scientifico della campagna: «La carenza degli estrogeni della menopausa determina una perdita di massa ossea anticipata e maggiore rispetto agli uomini. È quindi più a rischio chi ha una menopausa precoce». È importante tenere in considerazione episodi, personali o familiari, di

fratture ricorrenti (situazione che riguarda il 31% delle donne). Sottolinea la Resmini: «La fragilità ossea è difficile da riconoscere perché in genere è asintomatica e inizia con una frattura anche in assenza di traumi. Tutte le donne che hanno riportato una frattura da fragilità sono considerate a rischio di fratturarsi ancora e vanno inserite in un programma di monitoraggio e trattamento».

La ricerca ha evidenziato anche come, in caso di frattura, 3 donne su 10 tendono a sottovalutare l'accaduto («può capitare»). Avvisa il dottor Alfredo Nardi del board scientifico della campagna: «Le fratture vertebrali sono le più comuni, ma ancora sottodiagnosticate e non trattate. E una frattura vertebrale è causa di un'altra, e così via, con un vero "effetto domino". Meglio rivolgersi a uno specialista e assumere correttamente i farmaci prescritti in grado di dimezzare, in tempi relativamente brevi, il rischio di fratture».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



### I numeri

In Italia si verificano ogni anno 80.000 fratture di femore per fragilità ossea dovute a osteoporosi. Netta la prevalenza delle donne: il 72 per cento.



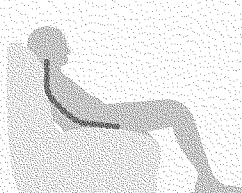
### Le cadute

Il rischio è in agguato: si devono evitare situazioni che possono favorire le cadute. Attenzione a pavimenti scivolosi, scarsa illuminazione, tappetini, scarpe scomode.

### LA PREVENZIONE

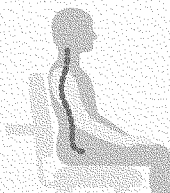
#### SCORRETTA

Scivolare con i glutei, provoca una pericolosa curvatura della colonna



#### CORRETTA

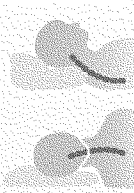
Tenere la schiena dritta, adesa alla sedia di altezza giusta, con sostegno lombare



#### SCORRETTA

La colonna cervicale perde la curvatura naturale

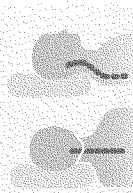
Cuscino normale



#### CORRETTA

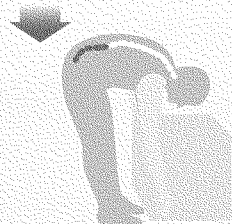
La colonna cervicale mantiene la curvatura naturale

Cuscino anatomico



#### SCORRETTA

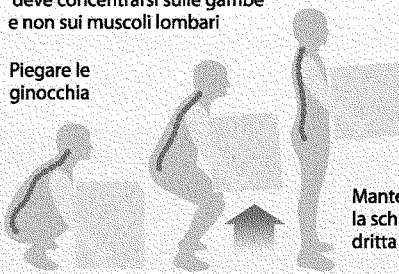
Non sollevare oggetti troppo pesanti da solo; se non si può evitare, non piegare la schiena



#### CORRETTA

Divaricare e piegare un poco le gambe, tenere il peso abbracciato. Lo sforzo deve concentrarsi sulle gambe e non sui muscoli lombari

Piegare le ginocchia

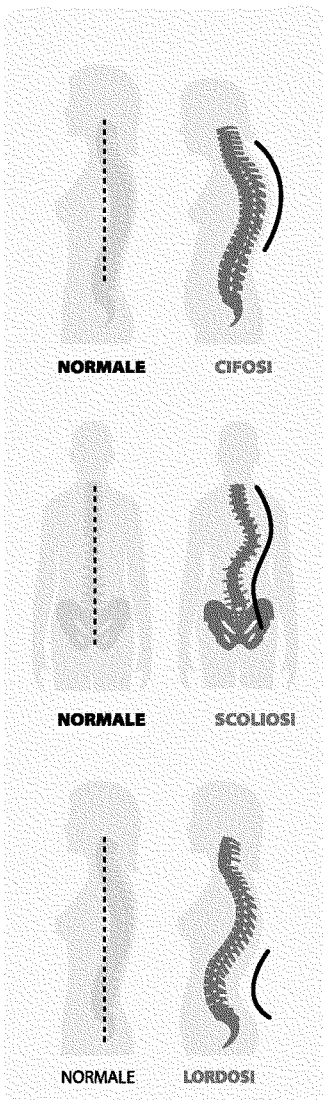


Mantenere la schiena dritta

### Principali disturbi

Tra le cause: posture viziate, problemi posturali, sedentarietà, vecchiaia, attività fisica inappropriata, traumi, artrosi, discopatie, scoliosi e osteoporosi

## PROBLEMI POSTURALI

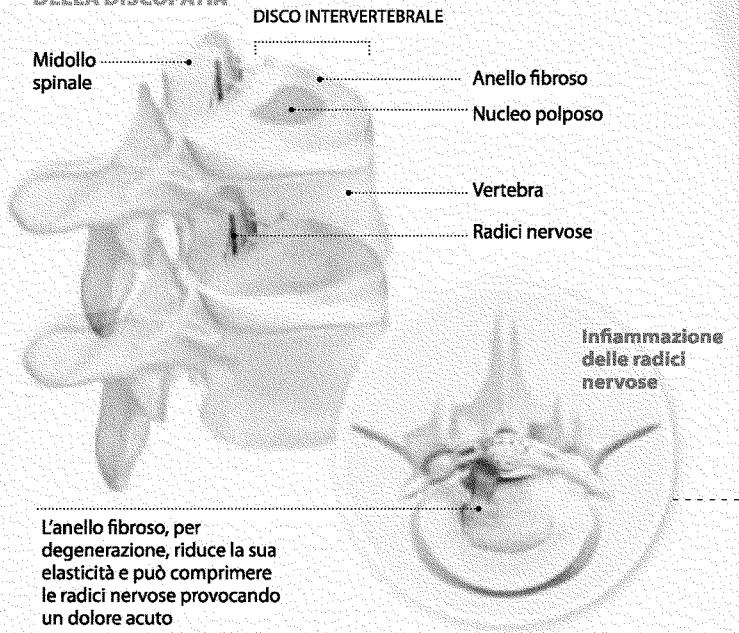


FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE

## DORSALGIA E LOMBALGIA

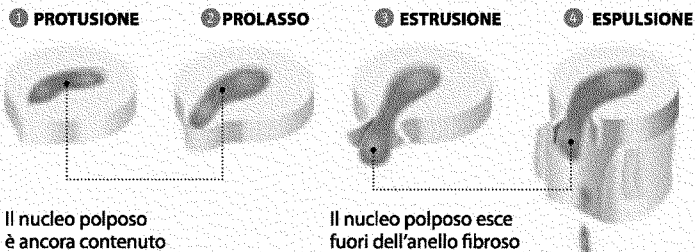
Il dolore dorsale si può sentire dalla base del collo fino all'ultima costola, non è frequente come quello cervicale e lombare. Le lomalgie croniche spesso sono causate da discopatie

### IL MECCANISMO DELLA DISCOPATIA



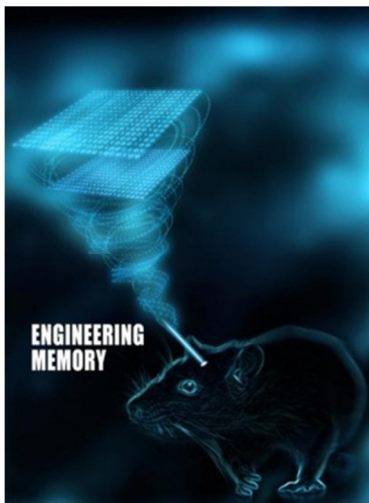
### FASI DELL'ERNIA DI DISCO

Discopatia degenerativa acuta



# Luce sull'Alzheimer, per recuperare la memoria bisogna rafforzare le sinapsi

**Agendo sulle connessioni nervose potrebbe essere possibile proteggere i ricordi minacciati dalla demenza**



Per **recuperare la memoria** persa a causa dell'**Alzheimer** potrebbe essere sufficiente **rafforzare le sinapsi**, i punti di contatto tra i neuroni che permettono all'impulso nervoso di viaggiare da una cellula all'altra. L'interessante ipotesi nasce dagli studi di un gruppo di ricercatori coordinato da Roberto Malinow, esperto dell'Università della California di San Diego. “I nostri risultati si aggiungono alle crescenti prove del fatto che il cervello crea un ricordo formando gruppi di neuroni con connessioni rafforzate – spiega Malinow – Per di più questi risultati suggeriscono che probabilmente indebolire le sinapsi disgrega i gruppi di neuroni per inattivare un ricordo”.

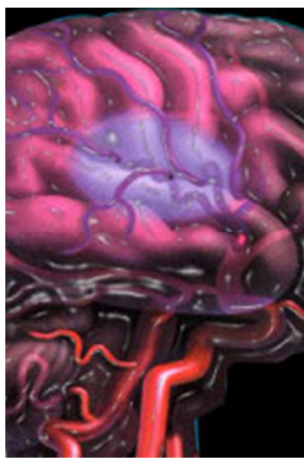
Come illustrato sulle pagine della rivista [Nature](#), Malinow e collaboratori sono arrivati a questa ipotesi sfruttando le potenzialità dell'**optogenetica**, una tecnologia basata sull'uso combinato della **genetica** e della **luce**. Dopo aver modificato geneticamente dei ratti, i ricercatori hanno fatto sì che gli animali associassero a uno stimolo la paura di ricevere una scossa elettrica alla zampa. Utilizzando un impulso luminoso per rafforzare o indebolire le connessioni nervose è stato scoperto che il ricordo del dolore può essere eliminato e ricreato agendo sulla forza delle sinapsi.

La scoperta apre la strada a nuovi possibili approcci al trattamento dell'Alzheimer perché le [molecole che si accumulano nel cervello](#) di chi è affetto da questa malattia neurodegenerativa indeboliscono le sinapsi così come fa l'impulso luminoso utilizzato da Malinow e collaboratori nei loro esperimenti. Ma non solo. Secondo Thomas Insel, direttore del National Institute of Mental Health statunitense, “al di là delle potenziali applicazioni nel caso di disturbi associati alla perdita di memoria, come la demenza, questo miglioramento nella comprensione del modo in cui funziona la memoria potrebbe fornire indicazioni su come prendere il controllo di memorie emotive fuori controllo in caso di malattie mentali, come il disturbo post-traumatico da stress”.

*(Fonte [IISole24ORE](#))*

# Cardiopatie, ictus e tumori: l'Oms stila la "top 10" delle cause di mortalità

**Al primo posto ci sono le malattie ischemiche cardiache, con 7,4 milioni di decessi**



Al primo posto le **malattie ischemiche cardiache, con 7,4 milioni di decessi**, seguite dall'**ictus, con 6,7 milioni di morti**: sono state queste, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, le due principali cause di morte nel mondo nel 2012. Al terzo posto della "**top 10**" stilata dall'Oms figurano, ex aequo, la **broncopneumopatia cronica ostruttiva** e le **infezioni delle vie aeree inferiori**, responsabili ciascuna di 3,1 milioni di decessi. Al quarto i **tumori polmonari** (insieme con quelli della trachea e dei bronchi), che hanno fatto registrare 1,6 milioni di decessi, e al quinto posto l'Hiv/Aids, con 1,5 milioni, pari merito con **diarrea e diabete**. Gli incidenti stradali, che nel corso del solo 2012 hanno fatto registrare 1,3 milioni di morti a livello mondiale, figurano al sesto posto. A chiudere la "top 10" sono le patologie ipertensive, responsabili di 1,1 milioni di decessi.

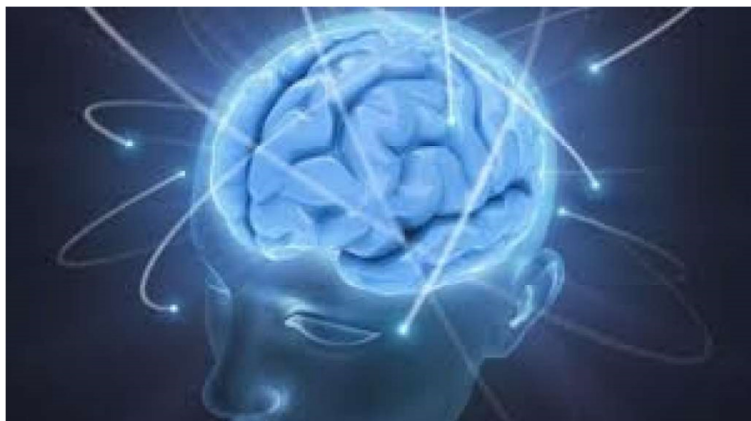
**Per dirla con le percentuali**, le malattie ischemiche cardiache rappresentano il 13,2% di tutte le morti a livello globale, l'ictus l'11,9%, la broncopneumopatia cronica ostruttiva il 5,6%, le infezioni delle basse vie aeree il 5,5%, i tumori a trachea, bronchi e polmoni il 2,9%, l'Hiv/Aids, la diarrea e il diabete mellito il 2,7% ciascuno, gli incidenti stradali il 2,2% e le patologie ipertensive il 2%. Il 48,6% rappresenta invece le morti "per altre cause".

Dal confronto con i dati raccolti nel 2000 emerge che le **malattie ischemiche cardiache, l'ictus, le infezioni delle basse vie respiratorie e la broncopneumopatia cronica ostruttiva sono stati i "big killer" nel corso del tutto l'ultimo decennio**. Il numero di morti a causa dell'infezione da Hiv è diminuito leggermente, passando da 1,7 milioni (3,2%) di decessi nel 2000 a 1,5 milioni (2,7%) nel 2012. La diarrea non figura più tra le 5 principali cause di morte, ma rimane comunque tra le prime 10 (nel corso del 2012 ha provocato il decesso di 1,5 milioni di persone).

Rispetto al 2000, poi, emerge che le **malattie croniche** - che comprendono un'ampia gamma di patologie tra cui cardiopatie, ictus, cancro, diabete e le malattie respiratorie croniche - **sono responsabili dell'aumento del numero di decessi in tutto il mondo**: i tumori polmonari (insieme con quelli della trachea e dei bronchi) hanno infatti causato 1,6 milioni (2,9%) di decessi nel 2012 rispetto ai 1,2 milioni (2,2%) del 2000, così come il diabete è stato la causa di 1,5 milioni (2,7%) di decessi nel 2012 rispetto al milione (2%) di decessi registrati nel 2000.

*(Fonte IISole24ORE)*

# Nuova tecnica non invasiva per controllare la salute del cervello



01 LUG 2014

(AGI) - Londra, 1 lug. - Sviluppata una strategia non invasiva che permette di controllare la salute del cervello. La nuova tecnica, basata sull'optogenetica, consente di monitorare l'attività cerebrale gettando luce sui neuroni grazie a proteine sensibili alla luce che possono sopprimere o accendere i segnali elettrici all'interno delle cellule. La tecnica generalmente richiede l'impianto di una fonte luminosa, come una fibra ottica, nel cervello da inviare alle cellule da controllare. Un team di ingegneri del MIT ha adesso sviluppato la prima molecola fotosensibile che consente di silenziare i neuroni in maniera non invasiva, utilizzando una fonte di luce esterna al cranio. La proteina, nota come Jaws, permette anche di intervenire su un volume di tessuto maggiore. L'approccio non invasivo potrebbe spianare la strada all'uso dell'optogenetica nei pazienti umani per trattare l'epilessia o altri disturbi neurologici, anche se sono necessari ulteriori test ed esperimenti. Lo studio è stato descritto sulla rivista 'Nature Communications'.

**(Fonte AGI)**

# Insuline: comincia una nuova era. Negli Usa si a quella "inalatoria" e in Europa via libera alla prima biosimilare

***Mentre negli Stati Uniti l'FDA dà l'ok alla first in class delle insuline inalatorie, l'Afrezza di MannKind, in Europa il CHMP dà parere positivo alla prima insulina biosimilare. L'inalatoria va usata in associazione ad un'insulina basale. La biosimilare ha la stessa sequenza del best seller di Sanofi.***

Al terzo tentativo la MannKind l'ha spuntata. La sua insulina inalatoria *short-acting* alla fine ha ricevuto il via libera dal'Fda. Un primo 'no' era arrivato nel 2011, perché la documentazione sul nuovo *inhaler* era stata ritenuta insufficiente; poi è arrivata la bocciatura del 2013, per insufficienti informazioni cliniche. Adesso le carte sembrano tutte in regola e dopo l'ok dell'*advisory board* in aprile, quando sono stati presi in considerazione ed esclusi eventuali rischi oncologici (sollevati su una precedente insulina inalatoria sperimentale, per un possibile aumento di rischio di cancro del polmone), il 27 giugno è arrivata l'approvazione definitiva per Afrezza.

Afrezza è così la *first in class* delle insuline inalatorie, una ultrarapida, indicata per gli adulti con diabete di tipo 1 e 2. E' un'associazione farmaco-*device* che consiste in cartucce di polvere di insulina inalatoria e in un piccolo inalatore, discreto e *user-friendly*. Afrezza va somministrata subito prima dei pasti e il picco di insulina si raggiunge dopo appena 12-15 minuti. Il programma di *trial* clinici ha coinvolto oltre 6.500 pazienti, confrontando Afrezza con la terapia insulinica tradizionale; gli studi hanno dimostrato una riduzione dell'emoglobina glicata, non inferiore a quella ottenuta con la terapia tradizionale, con il vantaggio però di un ridotto rischio di ipoglicemie e un minor incremento ponderale, rispetto agli analoghi rapidi. Le alterazioni della funzionalità polmonare osservate negli studi durati fino a 2 anni, sono risultate di piccola entità e reversibili alla sospensione del trattamento. Tra gli effetti collaterali osservati, irritazione alla gola e comparsa di tosse non produttiva, anche questa di grado lieve e transitoria. Durante gli studi clinici, un maggior numero di pazienti in terapia con Afrezza ha presentato episodi di chetoacidosi, rispetto a quelli in trattamento tradizionale.

L'insulina inalatoria va usata in associazione ad un'insulina basale nel tipo 1 (e nei pazienti di tipo 2 che richiedano uno schema *basal-bolus*) e non è consigliata nei fumatori, nei pazienti con tumore polmonare o a rischio di tumore. Afrezza è controindicata anche nei soggetti affetti da BPCO e asma; è consigliabile dunque sottoporre i candidati al trattamento ad una visita pneumologica con spirometria (valutazione di FEV1), prima di utilizzarla. I controlli pneumologici andrebbero poi ripetuti ad intervalli di tempo regolari, anche in assenza di sintomi, dopo 6 mesi dall'inizio del trattamento, poi annualmente. L'FDA ha richiesto di aggiungere un *boxed warning* per il possibile rischio di 'broncospasmo acuto nei pazienti affetti da malattie polmonari croniche'.

E mentre negli Usa MannKind brinda a questa approvazione storica, in Europa, lo stesso giorno (il 27 giugno), il *Committee for Medicinal Products for Human Use* (CHMP) dell'EMA ha dato parere positivo alla prima insulina biosimilare, in pratica la *long acting* glargine in versione 'generica'. Si chiama Abasria, ha la stessa sequenza aminoacidica della Lantus, *best seller* di Sanofi, ma è prodotta dall'*alliance* Eli Lilly/Boehringer Ingelheim. L'indicazione approvata dal CHMP è per il diabete di tipo 1 e 2, sia per gli adulti, che per i bambini al di sopra di due anni. Il parere definitivo dell'EMA è atteso tra un paio di mesi.

**(Fonte quotidianosanita)**

# Diabete: cellule intestinali trasformate in produttrici insulina



01 LUG 2014

(AGI) - New York, 1 lug. - "Spegnendo" un singolo gene, un team di scienziati della Columbia University e' riuscito a convertire cellule gastrointestinali in cellule produttrici di insulina, dimostrando in linea di principio che un farmaco potrebbe cambiare le cellule del tratto digestivo inducendole a produrre insulina. La ricerca, condotta da Domenico Accili della Columbia University e pubblicata su Nature Communications, potrebbe offrire l'opportunita' di sostituire le cellule morte nel diabete di tipo 1 con cellule "rieducate" a funzionare bene. Un processo piu' semplice delle altre opzioni considerate attualmente, come trapiantare nuove cellule dalle staminali adulte o embrionali. Le cellule che producono insulina possono essere realizzate in laboratorio da cellule staminali, ma generalmente non hanno tutte le funzioni naturali delle cellule beta pancreatiche. Dagli esperimenti e' emerso che le cellule intestinali dei topi trasformate in cellule produttrici di insulina posseggono invece tutti i requisiti. La tecnica e' efficace anche sulle cellule umane. Sui tessuti realizzati in laboratorio le cellule intestinali umane hanno "imparato" a produrre insulina in risposta alle circostanze fisiologiche create disattivando il gene FOXO1. Il prossimo passo sara' lo sviluppo di un farmaco che inibisca il gene nelle cellule gastrointestinali dell'uomo.

**(Fonte AGI)**

**Tubercolosi.** Summit a Roma dei 40 Paesi a bassa incidenza per arrivare all'eliminazione della malattia: Oms e Società Europea di Respirazione ci puntano in otto passi. Il piano globale 2035

# Superbatteri, multiresistenza e nuove strategie

**STRATEGIE di eliminazione della tubercolosi nei Paesi a bassa incidenza: il summit di Roma (4-5 luglio) tra 40 Stati voluto da Oms ed Ers ha un orizzonte ventennale, ma chiede impegni ora. L'Italia è in ballo: lo dimostrano i casi gravi di Tb super-resistente alle cure dei due undicenni milanesi dell'ottobre scorso (ceppi provenienti dalla Romania), quelli degli studenti di medicina di Torino o gli allarmi per immigrati, nelle carceri o tra i poliziotti dell'operazione Mare Nostrum (con confusione tra Tbc attiva e positività ai test). "Manca una Rete seria di sorveglianza", ricordano da Stop Tb Italia e dal Centro Oms del San Raffaele di Milano. I dati ufficiali sono fermi al Rapporto 2008: dall'Iss il solitario Lanfranco Fattorini si ostina a raccogliere cifre (nel 2011 sono 4453 i casi notificati). E mentre a New York dopo i tagli dei fondi del 50% (articolo su Nejm) si registra per la prima volta un aumento di casi, con spese lievitate a causa dei farmaci per la multiresistenza, Londra da anni è capitale europea della Tbc (su Lancet). Ma, se si vuole, la Tbc si può fermare.** (m. pag.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MARIO RAVIGLIONE\*

**I**N UNA storica sessione dell'Assemblea Mondiale della Salute il 19 maggio 2014, i ministri della sanità dei Paesi hanno adottato una risoluzione che li impegna ad accelerare gli sforzi e gli investimenti per la lotta globale alla tubercolosi. La risoluzione si appoggia su una nuova strategia di controllo e su alcuni obiettivi che mirano a ridurre drasticamente la Tbc entro il 2035: rispetto al 2015, mortalità ridotta del 95%, incidenza annuale ridotta del 90% e nessun malato di Tbc che soffra di "spese catastrofiche" (termine usato in economia sanitaria che significa, in pratica, «scendere sotto il livello di povertà a causa di una malattia»).

La nuova strategia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), appena approvata dopo due anni di consultazioni con governi, Ong, fondazioni, società civile e le varie agenzie che lavorano in questo campo, prevede alcuni principi generali e tre pilastri che riassumono gli interventi fondamentali.

Il primo pilastro è una guida specifica e programmatica su: diagnosi precoce; terapia; assistenza speciale al malato che è sieropositivo oppure affetto da forme di Tbc multi-resistenti ai farmaci; profilassi.

Il secondo pilastro si rivolge invece ai ministeri della Salute e altri organi di governo incitando alla pianificazione e agli investimenti; alla collaborazione con operatori non governativi che sono impegnati nell'assistenza al malato; alle politiche sanitarie quali l'accesso universale e l'obbligo della notifica, l'uso razionale dei farmaci per evitare la farmaco-resistenza e il controllo delle infezioni in ambito sanitario, e infine

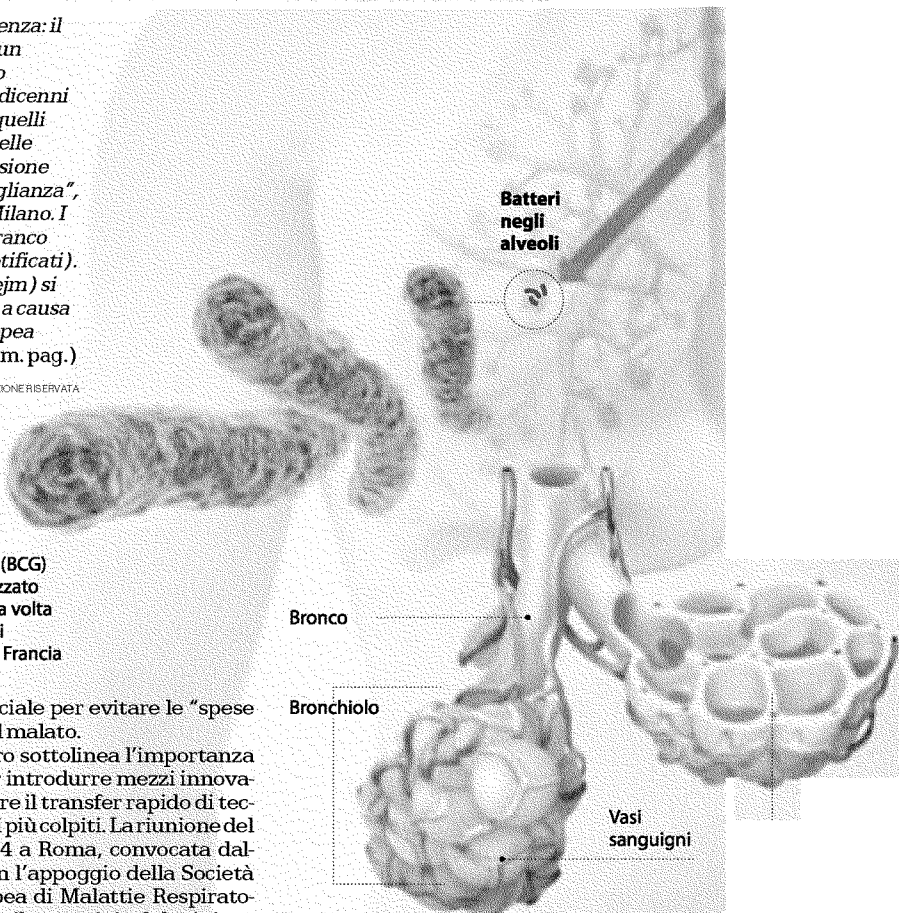
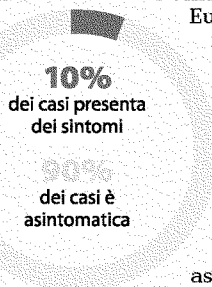
## IL BATTERIO

*Mycobacterium tuberculosis*

**Il vaccino (BCG) venne utilizzato per la prima volta sugli umani nel 1921 in Francia**

la protezione sociale per evitare le "spese catastrofiche" al malato.

Il terzo pilastro sottolinea l'importanza della ricerca per introdurre mezzi innovativi e per facilitare il transfer rapido di tecnologia nei paesi più colpiti. La riunione del 4 e 5 luglio 2014 a Roma, convocata dall'Oms con l'appoggio della Società Europea di Malattie Respiratorie e il patrocinio del ministero della Salute italiano, rappresenta l'importante tentativo di adattare la nuova strategia ai Paesi con i livelli di Tbc più bassi del pianeta (meno di 10 casi per 100.000 abitanti). Infatti, questi Paesi, tra cui l'Italia, sono quelli che possono aspirare all'eliminazione della malattia in tempi brevi. Chiaramente, trattandosi di economie avanzate e con caratteristiche ben diverse da quelle di Paesi più poveri dove la Tbc ancora uccide 1,3 milioni di persone all'anno (3500 al giorno), i Paesi come l'Italia hanno bisogno di focalizzarsi su alcuni interventi precisi, considerato che il problema Tbc è concentrato spesso in alcuni segmenti di popolazione che comprendono i marginalizzati, i meno abbienti o i meno sani. Si tratta spesso di immigrati recenti, sieropositivi, carcerati, alcolisti, minoranze nomadi, ma an-



che di diabetici, anziani e persone che utilizzano certi medicinali che possono ridurre la protezione contro la Tbc da parte del sistema immunitario. In collaborazione con esperti di molti Paesi, l'Oms ha così elaborato una approccio specifico per i Paesi in cui l'incidenza della tubercolosi è bassa derivandolo dalla nuova strategia globale. Si tratta di otto interventi prioritari che verranno discussi durante la riunione di Roma dai rappresentanti di 40 Paesi a bassa incidenza tubercolare e di seguito finalizzati per l'adozione definitiva.

Con 150.000 nuovi casi e 10.000 morti all'anno di Tbc, anche i Paesi più ricchi del pianeta hanno un dovere urgente di intervenire per salvare vite umane e prevenire la diffusione di una malattia che si può guarire con solo pochi euro. Ci vuole impegno politico e volontà di agire urgentemente.

\* *Direttore Programma Globale Tubercolosi, Oms, Ginevra*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**EMERGENZE.**

## L'anello debole nell'Est Europa il dramma degli intrattabili

GIOVANNI BATTISTA MIGLIORI\*

**O**GNI Paese ha un Nord ed un Sud: l'Unione Europea non fa eccezione. Le disparità relative a salute e condizioni socio-economiche favoriscono la tubercolosi (Tbc). Malattia mai scomparsa e troppe volte data per vinta, si diffonde quando le condizioni economiche ed igienico-sanitarie si deteriorano. Povertà e malnutrizione abbassano le difese immunitarie mentre l'affollamento abitativo favorisce il contagio. Per fortuna oggi di Tbc si guarisce quasi sempre; ci sono farmaci efficaci in "servizio" da 40 anni e, finalmente, sono all'orizzonte nuovi farmaci grazie ai quali potrà aumentare la percentuale dei casi di guarigione della forma più severa di Tbc (quella multi-resistente e oggi curabile in meno del 50% dei casi). Attraverso programmi nazionali dedicati, i sistemi sanitari hanno sviluppato specifiche strategie di controllo, un tempo verticali (ricordiamo i sanatori e i dispensari creati in tutta Europa nei primi anni del Novecento) e oggi integrate a diversi livelli al fine di incidere meno sulla spesa pubblica ed essere più efficaci. Per prevenire la Tbc occorre diagnosticare e trattare rapidamente i casi contagiosi ed evitare che le persone con le quali il paziente è solito entrare in contatto, si infettino a loro volta.

Cosa succede quando in alcuni Paesi dell'Europa Centrale o ai confini orientali della UE la

crisi economica non permette accessolibero (e gratuito) a diagnosi e trattamento? E cosa succede quando, responsabile il disagio sociale, diventa difficile seguire e supportare i pazienti per la terapia (6 mesi per le forme "normali" ed almeno 2 anni per quelle multi-resistenti)? Quando la povertà costringe al sovraffollamento, e le misure di protezione sociale non supportano economicamente pazienti e famiglie per i mesi necessari? Accade che i pazienti interrompono anzitempo la terapia e diventano gradualmente resistenti e, talvolta, intrattabili. E i farmaci di seconda linea non sono disponibili in tutti gli ospedali, anche nella ricca Europa! Troppo cari.

Ecco che il comporsi di fattori individuali ("povertà") ed organizzativi (difficile accesso, mancanza di farmaci, diagnostici rapidi, supporto a pazienti e gruppi a rischio-nomadi, alcolisti, tossicodipendenti...) obbligano sempre più pazienti al cosiddetto "turismo sanitario": spostarsi verso quei paesi che possono garantire loro una speranza di farcela. I costi morali e umani, ma anche sociali ed eco-

### Investire non solo in ricerca ma anche in servizi pubblici e protezione dei più deboli

nomici sono enormi. Come è possibile che alcuni Paesi della UE abbiano 5 casi di Tbc per 100.000 abitanti ed altri 80 o 100? La Tbc non conosce confini o barriere. La UE deve investire di più su questa patologia, soprattutto al confine orientale. E non solo in ricerca ma in sanità pubblica, formazione, infrastrutture, organizzazione, protezione sociale, lotta a povertà e disagio. Come nelle stoffette, la forza della UE è quella del suo paese più debole.

\*Segretario Gen. Società  
Europea di Medicina  
Respiratoria

© RIPRODUZIONE RISERVATA



### Milano

A ottobre 2013 in una scuola media della zona nord est, due ragazzini risultano colpiti da un ceppo di Tbc multiresistente. Sono entrambi in cura da mesi.



### Cifre

Sulla Tbc è l'Iss (Fattorini) a raccogliere i dati storici. I più recenti (2009-2011) sono arrivati solo ad aprile 2014. Si passa da 4249 casi a 4453.



### Roma

Il sindaco di Roma ha scritto un'allarmata lettera ai ministeri (Interni e Salute) per screening medici ad immigrati giunti a Roma da zone a rischio Mdr-Tbc.

### FLASH

### Omega 3

È disponibile il farmaco a base di Omega 3 equivalente, con oli estratti dal pesce. I suoi acidi grassi polinsaturi hanno effetti protettivi sul cuore. Per questo tali farmaci sono forniti gratuitamente dal Ssn nei casi di ipertrigliceridemia familiare, iperlipemia familiare combinata, e per la prevenzione secondaria entro un anno dall'infarto del miocardio. A differenza degli integratori, i farmaci hanno una concentrazione di Omega 3 superiore all'85%. «Gli Omega 3 - precisa Roberto Volpe, lipidologo e ricercatore del Cnr di Roma - riducono i trigliceridi, prevengono e riducono l'ostruzione delle arterie e prevengono le aritmie cardiache».

(al. mar.)

### Hiv

Tre milioni e mezzo di bambini portatori dell'infezione HIV nel mondo. Parecchie centinaia nel nostro paese. La diagnosi di sieropositività costringe il bambino ad assumere i farmaci a vita. In Italia è arrivata la prima terapia a misura di bambini: raltegravir, capostipite degli inibitori dell'integrasi (MSD), in compresse masticabili da 25 e 100 mg e con assorbimento ematico migliorato. Presto anche la versione granulare adatta ai neonati a partire dalla quarta settimana di vita.

(mp. s.)

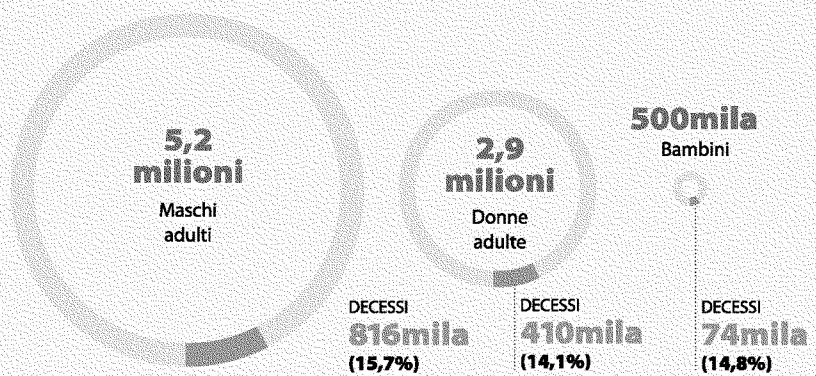
### Rare

Un nuovo patto per una ricerca etica, sostenibile e centrata sul cittadino. È quello che hanno chiesto i malati rari al convegno "Determinazione Rara" organizzato a Roma da Uniamo Fimr.

(mp. s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I CASI DI TBC TOTALE MALATI 8,6 milioni DECESSI 1,3 milioni**



**MALATI CON HIV E CON TBC-MDR\***

\* Malati multifarmaco-resistenti

HIV ASSOCIATA **1,1 milioni**



**di cui 320mila decessi**

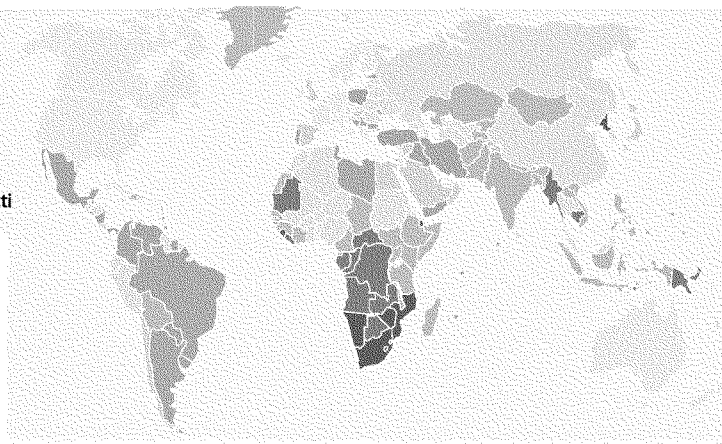
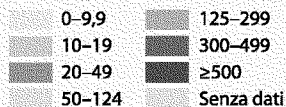
TB-MDR **450mila**



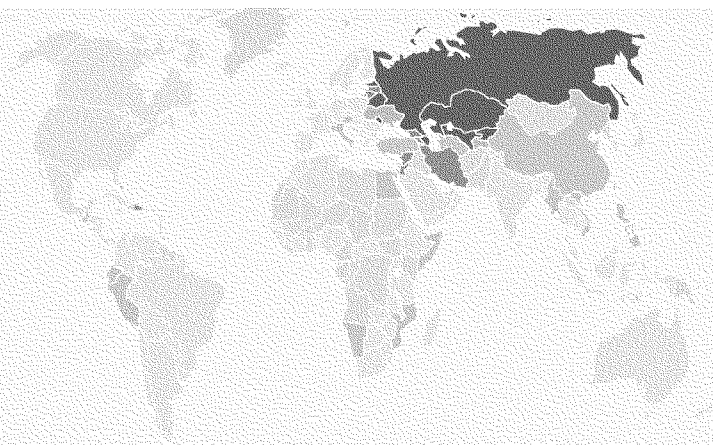
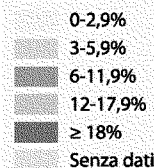
**di cui 320mila decessi**

**INCIDENZA**

Nuovi casi all'anno  
ogni 10mila abitanti



**NUOVI CASI MULTI FARMACO-RESISTENTI**



**Goccioline**  
Un singolo starnuto può rilasciare fino a 40mila goccioline

## IL CONTAGIO

Può avvenire da una persona malata, tramite saliva, starnuto o colpo di tosse

PERSONA MALATA → PERSONA SAN. (IN VIA DI INFE)

## COME COLPISCE

La TbC attacca solitamente i polmoni, ma può colpire anche altre parti del corpo (Tbc extra-polmonare)

### SINTOMI DELLA TBC POLMONARE

Febbre  
Bocca secca  
Tosse, espettorato con sangue  
Dolore al petto  
Milza ingrossata  
Perdita di peso  
Brividi e sudorazioni notturne  
Debolezza e fatica, presente anche a riposo

### TBC EXTRA-POLMONARE

**Cervello**  
Meningite  
**Linfonodi**  
Scrofolosi  
**Pleura**  
Tubercolosi pleurica  
**Sistema urogenitale**  
Tubercolosi urogenitale

**Ossa**  
Morbo di Pott

**Diffusione a molti organi**  
Tubercolosi miliare

## GLI STADI DELLA TBC

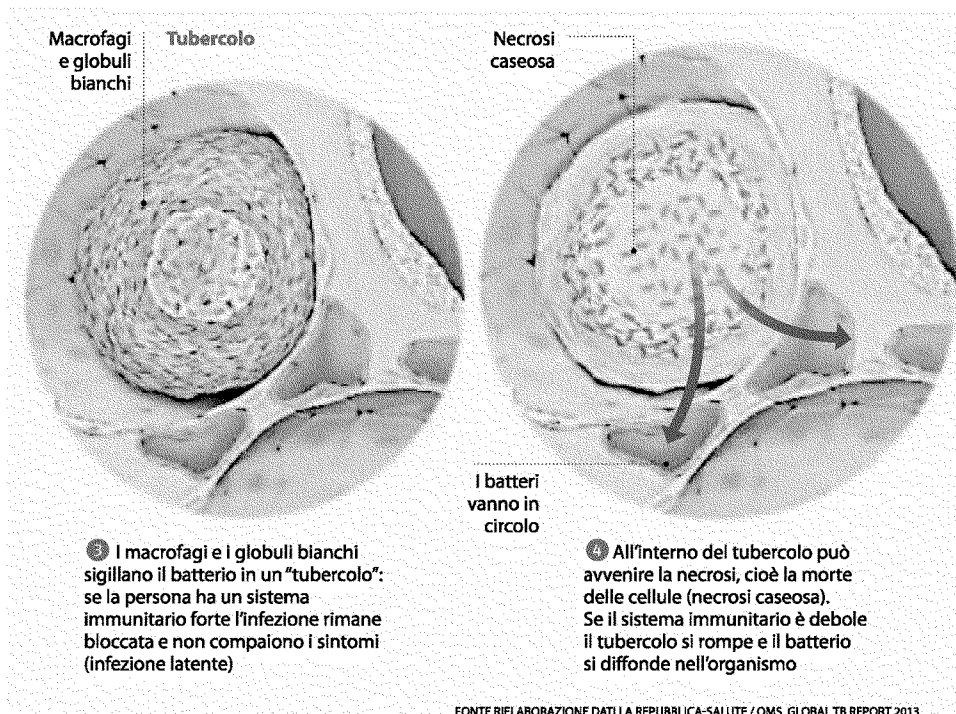
Alveolo Mycobacterium della Tbc Cellula macrofaga

Vaso sanguigno

1 I batteri della Tbc raggiungono gli alveoli polmonari dove sono attaccati dalle cellule macrofaghe del sistema immunitario

Cellule macrofaghe infettate

2 I batteri, in genere, non vengono distrutti dal sistema immunitario, si replicano all'interno delle cellule macrofaghe



INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

FONTE RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / OMS, GLOBAL TB REPORT 2013