



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



i **f**ocus del Mattino

Radioterapia ecco la mappa del disagio

Policlinico, solo una macchina in funzione
A Salerno Sos per i concorsi del personale
e nel Sannio nuovi apparecchi dopo 12 anni

Maria Pirro

Calvario radioterapia. C'è una mappa dei disagi ogni anno vissuti da oltre 14 mila ammalati di cancro in tutta la Campania. L'hanno tracciata i primari dei principali reparti che sono stati ascoltati dalla commissione sanità del Consiglio regionale. Il verbale dell'audizione permette di ricostruire cosa accade giorno per giorno e di spiegare perché la situazione è drammatica non solo all'istituto tumori di Napoli Pascale, dove il primario Paolo Muto ha convocato i pazienti, da poco iscritti in lista d'attesa, per dire loro che non può seguirli. Costretti a emigrare al Nord, adulti e bambini. Il quadro: dal Policlinico di Napoli, dove è in funzione una sola macchina, a Benevento, dove l'apparecchiatura verrà sostituita dopo 12 anni. Sos personale a Salerno.

In Consiglio ordine del giorno sulle cure radioterapiche
La richiesta: «Servono risorse per le terapie salvavita»

Sanità in Campania «Subito il commissario»

CARLA GUARNIERI

Un ordine del giorno sulle "Cure radioterapiche e diabetiche in Campania", finalizzato ad impegnare il Presidente della Giunta regionale a farsi carico, nei confronti del commissario per la sanità della Regione Campania, che sarà nominato dal Governo, ad individuare, nell'immediato, le risorse necessarie per consentire il prosieguo regolare delle attività radioterapiche e di quelle a favore dei pazienti diabetici a tutto il 31 dicembre 2015 e, far fronte, almeno nell'immediato, alla problematica dello sfioramento dei tetti di spesa. A proporlo il consigliere di Fdi-Alleanza Nazionale, Alberico Gambino.

«Abbiamo invitato il Presidente della Giunta a sviluppare e mettere in atto tutte le iniziative possibili, in attesa della nomina del Commissario ad Acta che tarda a essere effettuata dal Governo Nazionale, tese a provvedere ad un maggiore stanziamento di risorse per le terapie salvavita, ad un potenziamento della quantità di centri di radioterapia presenti e delle risorse strumentali già in dotazione a quelli esistenti», ha spiegato Gambino, soddisfatto per l'approvazione in aula. «Inoltre è stato chiesto di destinare uno dei cinque acceleratori lineari già acquistati al Polo Oncologico della città di Pagani in modo da dotare la struttura d'eccellenza anche di un centro radioterapico all'avanguardia». Il Presidente della Commissione sanità in Regione, Lello Topo del Pd, ha sottolineato la necessità di garantire adeguate professionalità per l'utilizzo ottimale delle nuove apparecchiature. «In merito al commissario», ha poi aggiunto, «ci troviamo di fronte ad

un vuoto paradossale che io stesso fatico a comprendere. Ma posso assicurare che dal Presidente De Luca sono arrivate sollecitazioni, in tal senso, al premier Renzi». Un tasto dolente questo, su cui non è mancato l'intervento del capo dell'opposizione in Consiglio, Stefano Caldoro che ha rivolto: «un appello al Presidente del Consiglio regionale e al Presidente della Commissione sanità affinché ci sia una presa d'atto sulla questione sanità, sulle prestazioni sanitarie non più erogate ai cittadini per carenza di budget». «E' necessario che il Governo nazionale venga sollecitato per la nomina del commissario, non c'è il governo del settore, è un problema politico molto grave», ha incalzato l'ex governatore, «si rischia l'immobilismo a danno dei cittadini. La struttura commissariale, che con noi era molto attiva, oggi è bloccata. Firmavamo un decreto a settimana per garantire il funzionamento della macchina ed adesso, sono 4 mesi, tutto è bloccato». E sui tetti di spesa: «Premesso che il nostro lavoro ha garantito di trovare un quadro generale completamente diverso (passando dal deficit all'avanzo di cassa) è necessario trovare soluzioni. Un problema che parte da lontano ma ogni volta noi abbiamo trovato, nelle more della legislazione nazionale, soluzioni per garantire risorse e prestazioni. Oggi non si fa neanche questo e si creano danni enormi»

FDI-AN

«La giunta deve intervenire e stanziare fondi per le cure salvavita»

PD

«Senza commissario è tutto fermo. Una situazione che faticiamo a comprendere»

FI

«Si rischia immobilismo a danno di tutti i cittadini campani. Bisogna nominare il commissario»

EMERGENZA

Fondi per le cure radioterapiche e problema dei tetti di spesa. Sono i due punti approvati in Consiglio



IL CASO Il segretario generale del sindacato: «Subito un commissario alla Sanità in Campania» **Pascale, Rea (Uil): «Liste d'attesa vergognose»**

NAPOLI. «Le liste d'attesa chilometriche al Pascale? Sono un caso vergognoso. La sanità in Campania necessita di un Commissario urgentemente».

Ne è convinta Anna Rea, segretario regionale della Uil, che prosegue: «In una delle

Regioni con il più alto tasso di tumori è assurdo che i malati oncologici debbano aspettare mesi, rivolgersi ai privati o addirittura trasferirsi in altre regioni

per avere la radioterapia». «Quello che sta succedendo all'Istituto Pascale di Napoli - incalza Anna Rea - è vergognoso».

«Non ci sono scuse -

aggiunge -, non ci sono risparmi o spending review che tengano. I pazienti hanno il

«Assurdo che i malati debbano aspettare mesi o andare dai privati per la radioterapia»

diritto di curarsi e di tutelare la propria salute e quella dei propri cari».

«Il direttore del Pascale - tuona la leader della Uil - non è un semplice



burocrate, ma ha un ruolo ben preciso e deve avere il coraggio di prendere delle

decisioni responsabili, perché la salute dei cittadini viene prima di tutto».

«Il Presidente della Regione Vincenzo De Luca - riprende, poi, la sindacalista, reduce da un incontro col governatore mercoledì - si è mostrato ben disponibile alle nostre richieste e siamo sicuri che si impegnerà realmente sia sui tetti di spesa che sul "caso" Pascale e sulla sanità in generale».

«Al Governo, invece - conclude Rea -, diciamo forte che la sanità in Campania necessita in tempi brevissimi di un commissario».



IL RISANAMENTO CHE HA DEVASTATO IL COMPARTO

L'Agenas si è espressa positivamente sullo stato delle finanze del settore, ma gli ospedali sono allo stremo tra liste d'attesa lunghissime e barelle nei corridoi

Domani De Luca a Roma con gli altri presidenti: senza sblocco del turn over servizi scadenti e costi alle stelle

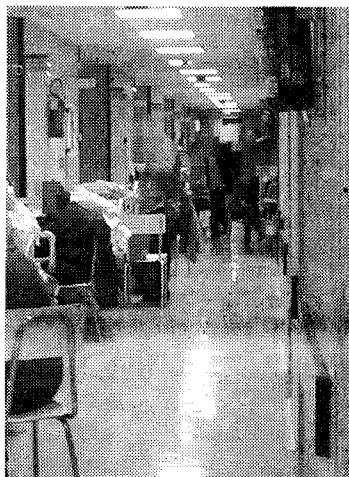
Sanità allo sfascio, rinascita più lontana

Blando il pressing sul governo di Renzi, i pazienti continuano i pellegrinaggi verso il Nord

di Giuseppe Palmieri

NAPOLI - La rinascita della sanità campana è cominciata decisamente col piede sbagliato. **Vincenzo De Luca** non è ancora andato in pressing, come ci si poteva aspettare, sul governo di **Matteo Renzi**. Ci riproverà, si spera. Annunci, ma finora poche soluzioni. In cinque mesi dall'insediamento la tanto sbandierata rivoluzione non si intravede all'orizzonte. Si terrà domani a Roma un incontro tra i presidenti delle Regioni e i rappresentanti del governo per discutere dello stato del servizio sanitario su tutto il territorio nazionale. Un appuntamento che cade appena dopo che l'Agenas nazionale dei servizi sanitari (Agenas) si è espressa positivamente sullo stato delle finanze della sanità in Campania. Un brodino caldo. Gli ospedali sono in ginocchio. Ma tant'è. Un dato comunque accolto favorevolmente dal centrodestra, che ha sottolineato i meriti della gestione amministrativa di **Stefano Caldoro**.

Una gestione che ha provocato, però, danni incalcolabili per l'utenza, con tagli orizzontali che hanno generato un vero e proprio collasso della rete sanitaria in Campania. Sì, c'è stato un parziale risanamento dei conti. Ma nulla di più. Una situazione che giustificherebbe, come minimo, un'azio-



Neppure il consigliere di fiducia **Coscioni** ha ancora assunto una posizione dura

ne decisa da parte del governatore De Luca, finalizzata a ottenere lo sblocco del turnover del personale. Al momento, come è tristemente noto, anche per la cura

delle patologie più gravi le liste di attesa per i pazienti sono lunghissime e impongono mesi di preavviso. Cosa che, nei casi più gravi, può costare la vita. Una situazione inaccettabile per un Paese che si dice civile. Chi se lo può permettere, inoltre, è costretto a rivolgersi alle strutture fuori regione, sopportando tutti i costi accessori. Per la Regione Campania, questo si traduce in spese aggiuntive per i rimborsi delle prestazioni in trasferta. Al momento, però, l'amministrazione regionale non sembra intenzionata ad alzare le barricate. Almeno fino ad oggi. E non è la strada giusta, visto che Renzi continua a prendere tempo. Manca ancora, nonostante gli annunci, la nomina del commissario per la Sanità. Inaccettabile per una Regione che vuole provare a ripartire. Il consigliere di fiducia del governatore, il salernitano **Enrico Coscioni**, non ha ancora preso una posizione dura al riguardo. Qualcosa dovrà cambiare se la giunta De Luca vorrà davvero far cambiare passo alla sanità campana.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bruno Zuccarelli: «Inaccettabili i ritardi del governo»

L'ira dei medici: «Sanità, subito il commissario»

NAPOLI Vista da un qualsiasi cittadino che abbia bisogno di cure, la Campania è una regione al palo. Moltissime eccellenze si perdono a causa di un blocco del turnover applicato al di là di qualsiasi logica di razionalizzazione e ogni anno si sprecono centinaia di migliaia di euro per la migrazione sanitaria. «Non siamo mai stati così in basso, e in una situazione del genere — dice Bruno Zuccarelli, segretario regionale dell'Anaa Assomed — il Governo si rifiuta di nominare in tempi rapidi un commissario. Solo in Italia può esistere una politica che lasci senza commissario una Regione commissariata. Verrebbe da ridere, se questo non fosse un dramma per migliaia di persone che ogni

giorno lottano per mendicare cure che spetterebbero di diritto». È evidente che le preoccupazioni di Zuccarelli, che conosce bene la sanità campana essendo stato anche presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli, sono legate anche alle lunghe liste d'attesa alle quali non vengono sottratti neppure i malati oncologici.

Ma i tempi sono dilatati all'inverosimile anche per interventi di chirurgia generale o per esami fondamentali quali la colonscopia, per la quale nel pubblico si può arrivare ad aspettare anche mesi. Senza mezzi termini il segretario regionale dell'Anaa Assomed si chiede «per quanto ancora ci costringeranno a starcene in ginocchio, quanto tempo

dovrà passare perché la Campania possa veder realizzata questa nomina».

E, in effetti, quella della nomina del commissario sta diventando l'ennesima questione irrisolta. Non si comprende come sia possibile che ormai da mesi con la Regione ci si continui a confrontare su questo tema senza mai arrivare alla parola fine. «Come sindacalista — dice Zuccarelli — lo trovo inaccettabile per le condizioni di lavoro alle quali ormai tutti i medici sono costretti, tra straordinari massacranti e carichi che mortificano la professione e il rapporto stesso tra medico e paziente». Ma il segretario regionale dell'Anaa Assomed si dice preoccupato anche come potenziale utente. E dice: «Da

buon napoletano faccio le corna e spero di aver bisogno il più tardi possibile, perché so che nel caso dovrei aspettare settimane o mesi per un intervento o un esame diagnostico. Qualcuno sta giocando sulla pelle dei campani in nome di equilibri politici che nulla hanno a che vedere con la salute dei cittadini».

Raffaele Nespoli



Polemico Bruno Zuccarelli, segretario generale dell'«Anaa Assomed»

«Campania, sanità al palo»: appello dei medici al governo



«Mai così in basso; sul tema della sanità la Campania è al palo. Lo è per il semplice fatto che il Governo non ha voluto nominare in tempi rapidi un commissario. Solo in Italia può esistere una politica che lasci senza commissario una Regione commissariata. Verrebbe da ridere, se questo non fosse un dramma per migliaia di persone che ogni giorno lottano per mendicare cure che spetterebbero di diritto».

E' una critica estremamente dura quella mossa al Governo da Bruno Zuccarelli, segretario regionale dell'Anaa Assomed (sindacato dei medici dirigenti).

«Mi chiedo – prosegue Zuccarelli – per quanto ancora ci costringeranno a starcene in ginocchio, quanto tempo dovrà passare perché la Campania possa veder realizzata questa nomina. Come sindacalista lo trovo inaccettabile per le condizioni di lavoro alle quali ormai tutti i medici sono costretti, tra straordinari massacranti e carichi che mortificano la Professione e il rapporto stesso tra medico e paziente; come potenziale “utente” di questa Sanità da buon napoletano faccio le corna e spero di aver bisogno il più tardi possibile, perché so che nel caso dovrei aspettare settimane o mesi per un intervento o un esame diagnostico».

Zuccarelli sottolinea come i cittadini campani abbiamo diritto ad una linea di condotta chiara, scevra da ragionamenti clientelari o da calcoli politici. «Non riesco a capire – dice – come sia possibile che Roma non abbia trovato il tempo di procedere su questa nomina. E' una nomina complessa, certo. Ma qui non parliamo di settimane, parliamo di mesi. Tre sono le possibili ipotesi: o non c'è stata la volontà, o manca in tutta Italia una persona di spessore tale da poter ricoprire questo ruolo, o più semplicemente è un “gioco” di equilibri politici. Un gioco che però viene fatto sulla salute dei cittadini campani. E' facile puntare il dito contro la Campania e dire “sei una regione canaglia”, ancor più facile far passare lo stereotipo del cittadino, del medico e dell'impiegato che non ha voglia di lavorare e che vuole solo produrre sprechi per poter trovare un tornaconto personale. Io invece lascio aperta una domanda: chi è qui che sta giocando e chi ci guadagna? La Campania no di certo».

Sabato 31 Ottobre 2015

LASANITÀ PENALIZZATA

MAURIZIO BIFULCO

TRE, quattro al massimo, sono le ore che separano un soggetto colpito da ischemia cerebrale dalla comparsa di varie forme di invalidità o, nei casi più estremi, dalla morte. Un tempo interminabile, ma che, talvolta, può risultare insufficiente per avere accesso al trattamento "salva-vita" con farmaci trombolitici di ultima generazione. A contribuire ad un esito infausto, non solo ritardi nell'identificazione dei sintomi e nel raggiungimento della più vicina struttura ospedaliera ma, spesso la mancan-

“

ICTUS

Nella nostra regione
e in generale nel
meridione le Unità
di urgenza ictus
sono insufficienti
rispetto al nord

”

za di personale specializzato in servizio, capace di offrire una moderna assistenza neurologica, e, soprattutto, mancanza di Unità Urgenza Ictus. La ribattezzata "Stroke Unit", al pari della terapia intensiva coronarica, costituisce, infatti, una delicata e complessa unità di cura stazionaria del servizio neurologico: un team integrato di medici, infermieri e tecnici della riabilitazione specializzati esclusivamente nel trattamento di malattie cerebrovascolari acute, pronto ad intervenire su pazienti con ictus cerebrale sia ischemico che emorragico e, ad effettuare monitoraggio continuo, nelle ore successive, dei parametri vitali e a trattare la malattia e le sue complicanze. Stando alla letteratura scientifica,

un intervento tempestivo che ripristini la vascolarizzazione cerebrale e più in generale l'assistenza del paziente con ictus in strutture specializzate risulta infatti determinante per la riduzione della mortalità e della invalidità. Unità funzionanti ed efficienti, a fronte dei 200 mila nuovi casi che si registrano ogni anno in Italia, operano in diverse zone del territorio nazionale, ma ancora non hanno una diffusione capillare e decisamente sono troppo poche nel Meridione. E così, da quello che ci risulta, mentre in Lombardia ci sono 33 centri, con 8 solo a Milano, 15 in Toscana e 5 nel Lazio, in Campania, dove vi è una incidenza di circa 12.000 nuovi ictus all'anno, ci sono solo tre centri di riferimento: uno a Benevento, un secondo a Caserta ed un terzo in corso di organizzazione a Salerno ma, soprattutto, nessuna traccia a Napoli e provincia.

Quindi il paziente con ictus ha un destino diverso da noi in Campania.

Le unità anti-ictus sono 175 Ne servirebbero il doppio

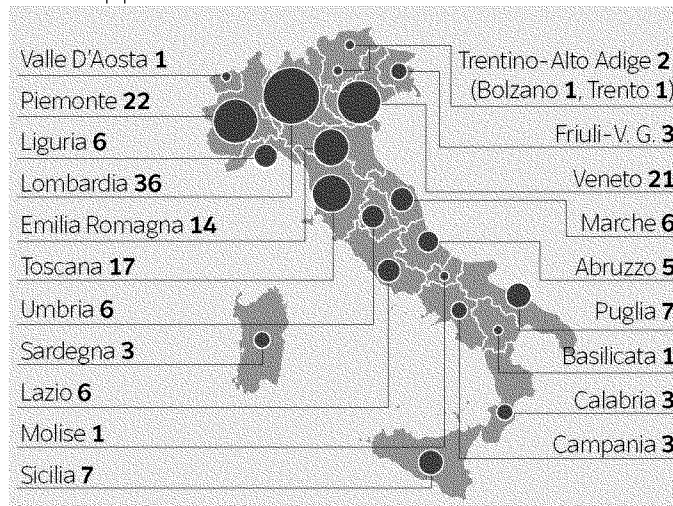
Lo stabilisce l'ultimo Regolamento sugli standard ospedalieri

Obiettivi

Ogni 200 mila abitanti un polo di primo livello e per ogni milione uno di alta specializzazione

Ricevere nelle prime ore dopo l'evento le cure necessarie in centri specializzati può salvare la vita a chi è colpito da ictus e ridurre le conseguenze invalidanti di questa malattia che colpisce ogni anno circa 200 mila italiani, come è stato ribadito durante la Giornata mondiale contro l'ictus cerebrale del 29 ottobre. Eppure, spiega Danilo Toni, responsabile dell'Unità di trattamento neurovascolare all'ospedale Umberto I di Roma, «solo il 35% dei pazienti per cui è indicata la trombolisi intravenosa - terapia farmacologica in grado di

La mappa delle Stroke Unit in Italia*



*Altre cinque unità non ancora registrate (aggiornato a novembre 2014)

CdS

Le cifre

Si tratta di un problema che in Italia colpisce ogni anno centinaia di migliaia di persone

sciogliere il coagulo che impedisce al sangue di arrivare al cervello - la riceve, e meno del 10% di chi ne avrebbe bisogno viene trattato con la trombectomia meccanica (asportazione del trombo mediante

strumenti inseriti nell'arteria occlusa». Sono, queste, terapie praticate nelle «unità ictus» o Stroke Unit. In Italia ce ne sono 175 (5 non ancora registrate; si veda l'infografica), ma ne occorrerebbero il doppio e le carenze si registrano soprattutto al Centro e al Sud: ci sono solo 3 stroke unit in Campania (nessuna a Napoli), in Calabria e Sardegna, e 6 nel Lazio (tutte a Roma). «Il nuovo Regolamento sugli standard ospedalieri in vigore da giugno fissa per la prima volta i criteri organizzativi cui devono uniformarsi le Regioni - afferma Domenico Inzitari, direttore della Stroke Unit dell'ospedale Careggi di Firenze. - Le nuove norme prevedono ogni 200 mila abitanti un centro ictus di primo livello dove possa essere eseguita la trombolisi intravenosa e per ogni milione di abitanti, un centro in cui si faccia anche la trombectomia meccanica».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fibrillazione

Un fattore di rischio importante da intercettare

Minaccia cuore e cervello, eppure non è curata in modo adeguato. «Di fibrillazione atriale, la forma più comune di aritmia, soffre un milione di italiani - dice Filippo Crea, direttore Dipartimento di scienze cardiovascolari del Policlinico Gemelli di Roma - Chi ne è affetto vede quadruplicare il rischio di ictus tromboembolico: è quindi fondamentale "intercettare" presto i pazienti con questa patologia, che a volte nemmeno sanno di soffrirne,

per garantire le cure più appropriate». «L'ictus in chi ha fibrillazione atriale - aggiunge Danilo Toni, responsabile Unità di trattamento neurovascolare, Policlinico Umberto I di Roma - tende a essere più grave: l'embolo che parte dal cuore chiude arterie di calibro maggiore con un danno ischemico a porzioni più estese di cervello. Ma solo la metà dei pazienti per cui è indicata la terapia anticoagulante è in cura e di questi solo il 50% correttamente».

M.G.F.

E i malati chiedono maggiori risorse per la riabilitazione

«**C**irca cinque milioni di italiani, se fossero colpiti da ictus, non potrebbero accedere in tempo utile alle stroke unit – denuncia la neurologa Antonia Nucera, presidente di ALICe (Associazione per la lotta all'ictus cerebrale) Emilia Romagna e membro della World Stroke Organization –. Di fatto, si nega a questi cittadini il diritto a ricevere le cure migliori, poiché terapie come la trombolisi vanno somministrate entro 4 ore e mezza dall'esordio dei sintomi». «La rete assistenziale per l'ictus secondo il modello "Hub and Spoke" (cioè *mozzo e raggi*, che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri, la cui attività è però fortemente integrata con quella degli ospedali periferici, ndr) è già una realtà in molte Regioni, con ospedali collegati tra loro per assicurare la migliore assistenza ai malati, in altre stenta a decollare». E, come nel caso delle Stroke Unit, i più penalizzati sono ancora i pazienti che risiedono in alcune regioni del Centro e del Sud.

Altra nota dolente, la riabilitazione: una volta superata la fase acuta, i pazienti sono dimessi dall'ospedale ma devono continuare a recuperare le funzioni perse, dal movimento ai disturbi del linguaggio e della memoria. «L'ictus è la prima causa di disabilità e la seconda di demenza nel mondo occidentale – sottolinea Nucera –. Il percorso di riabilitazione, però, è spesso frammentato e varia da Regione a Regione. Laddove i malati in attesa sono tanti e i centri di riabilitazione pochi, i malati vengono assistiti a domicilio, con costi che gravano anche sulla famiglia. Se poi il congiunto ha una disabilità grave, richiede assistenza continua e spesso i familiari devono rinunciare al lavoro».

Si stima che la spesa media per un paziente con disabilità grave, a carico della famiglia, sia di 30 mila euro l'anno, senza contare i costi a carico del Servizio sanitario, circa 3,5 miliardi di euro l'anno. Motivo in più per puntare sulla prevenzione. E, anche quest'anno, ALICe ha promosso una campagna di screening su pressione arteriosa e fibrillazione atriale con controlli gratuiti nelle farmacie che hanno aderito all'iniziativa.

M.G.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Colpa sanitaria al restyling Cambiano i profili penali

Regole definite in tema di colpa sanitaria, sia per quanto riguarda l'esercente la professione sanitaria sia per quanto riguarda le strutture. Sono, infatti, stati presentati gli emendamenti del relatore al testo sulla responsabilità professionale in campo sanitario al vaglio della commissione affari sociali della camera. Il primo, inerente all'art. 6, attiene i profili penali. Vengono introdotte regole più chiare ma anche più restrittive in caso di colpa sanitaria. Infatti, diversamente dal decreto Balduzzi, la proposta di modifica presentata dal relatore Federico Gelli (Pd) stabilisce che nel caso in cui l'esercente la professione sanitaria provochi, attraverso imperizia, la morte o delle lesioni alla persona assistita automaticamente risponderà dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose nei casi, naturalmente, di colpa grave.

Quest'ultima, però, viene esclusa quando vengono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida che verranno emanate da società scientifiche riconosciute con apposito decreto dal ministero della salute. Il secondo emendamento del relatore, invece, attiene l'art. 7 del testo, relativo alla responsabilità civile. E le novità introdotte fanno riferimento alla responsabilità contrattuale delle strutture che, in particolare, viene ampliata anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime intramurario nonché attraverso la telemedicina. A sorpresa, inoltre, rimane l'esclusione dalla responsabilità extracontrattuale per i liberi professionisti creando così una grave disparità tra il pubblico e il privato. Nonostante ieri il relatore abbia svelato le carte, non è stato ancora concluso il dibattito sulle proposte di modifica in quanto ai membri della commissione affari sociali è stata data la possibilità di presentare nuove proposte di modifica. Tutto rimandato, quindi, alla prossima settimana, anche se all'orizzonte si staglia la concreta possibilità che le controproposte siano fortemente orientate a eliminare il doppio binario di responsabilità nel quale vengono ricomprese anche le strutture libero-professionali.

Pasquale Quaranta

—© Riproduzione riservata—■



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Pazienti oncologici, sbloccati i fondi

Caserta, garantita la continuità delle cure. Via libera dall'Anac al cantiere del Policlinico

CASERTA Buone notizie per i pazienti oncologici di Terra di Lavoro che ai primi di settembre si erano visti sospendere le prestazioni in regime di convenzione a causa del raggiungimento dei tetti di spesa. L'Asl di Caserta ha ottenuto infatti che la struttura subcommissariale per l'attuazione del piano di rientro e la direzione generale per la tutela della salute della Regione destinassero un fondo - tra quelli accantonati, relativi all'1% del budget assegnato alle aziende sanitarie - per assicurare la continuità delle cure diagnostiche agli ammalati di tumore del territorio. Il percorso oncologico garantirà ai pazienti con diagnosi certa di patologia oncologica (codice di esenzione 048) la possibilità di effettuare gli esami di Tac e risonanza magnetica in corso di stadiazione-monitoraggio, per la radioterapia e la chemioterapia. I pazienti non potranno accedere direttamente ai centri accreditati: per l'autorizzazione, dovranno recarsi presso il distretto sanitario di residenza con apposita ricetta del medico curante che attesti la necessità di effettuare la Tac o la risonanza. Ottenuta la necessaria autorizzazione potranno recarsi con la sola tessera sanitaria (senza ricetta) presso uno delle strutture private accreditate che hanno aderito al progetto.

Anche gli ospedali pubblici sono impegnati in questo percorso, garantendo sia liste di attesa separate che sedute specifiche dedicate a tali pazienti: il lunedì presso il presidio ospedaliero di Marcianise; il

Topo (Pd)

● «La pratica dell'assistenza sanitaria a "tempo determinato" dei cittadini campani è un'esperienza che cancelleremo»: lo dice il presidente della commissione Sanità Raffaele Topo

martedì presso quello di Maddaloni; e, per due giorni al mese, in quello di Sessa Aurunca. Soddisfazione è stata espressa dal consigliere regionale del Pd Gennaro Oliviero, che nelle scorse settimane si era attivato per la convocazione di un tavolo istituzionale che favorisse una soluzione al problema: «In Terra di Lavoro - afferma - sono a rischio i livelli essenziali di assistenza. Perché pubblico e privato si dividono equamente l'offerta sanitaria, con all'incirca il 50 per cento ciascuno; ma le risorse loro destinate sono ben al di sotto del-

Il budget
In Terra di lavoro è sotto di 200 milioni

le percentuali minime previste dal ministero, visto che il budget assegnato a Caserta è sotto-stimato di circa 200 milioni di euro. Per cui, se le strutture private non possono più erogare prestazioni convenzionate a causa del prematuro esaurimento del budget, a rimanere penalizzato è il diritto alla salute garantito dalla Costituzione, visto che gli ospedali non riescono a far fronte alle domande effettive per tutta una serie di croniche carenze».

E intanto arriva anche un'altra buona notizia: dopo il via libera dell'Autorità anticorruzione e il voto favorevole del cda della Sun, ripartirà presto il cantiere del Policlinico. Sarà realizzato nei tre blocchi destinati a didattica, ricerca e assistenza, senza variazioni di spesa rispetto all'accordo di programma originale. Tempi previsti per il completamento dell'opera, altri tre anni dalla data di riavvio dei lavori. In una nota il rettore Giuseppe Paolisso ha ringraziato l'Anac «il cui contributo è stato determinante per ridurre al minimo i tempi per riavviare il cantiere».

Pietro Falco

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per i trattamenti obbligatori



Proposta dal Municipio l'istituzione di un registro dei trattamenti

Assistenza sanitaria carente, accordo tra Comune e Asl

NAPOLI (gp) - La situazione dell'assistenza sanitaria a Napoli è drammatica. La Regione non riesce ancora a dare la svolta ad un settore allo stremo e il Comune sul tema ha competenze soltanto parziali. Ma qualcosa si prova a fare. L'Ente ha promosso l'istituzione di un tavolo interistituzionale per la sottoscrizione e l'attuazione di un protocollo di procedure di intervento riguardanti l'effettuazione di Aso e Tso al fine di dare "un'interpretazione univoca ed applicazione operativa alle fonti normative nazionali in merito agli Accertamenti ed ai Trattamenti Sanitari

Obbligatori, tenendo in considerazione procedure consolidate sul campo ed orientamenti espressi da Autorità nazio-

"Necessario dare interpretazione univoca a questi accertamenti"

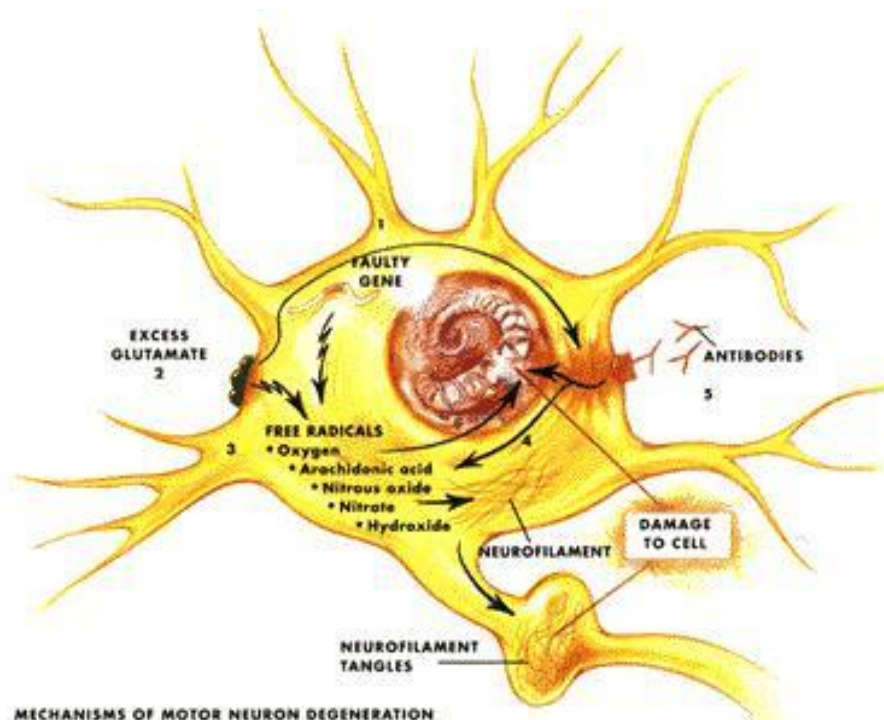
nali e locali, nonché la realizzazione di un percorso formativo per gli operatori che tenga conto delle diverse prospettive". E' nata così anche l'idea di istituire un vero e proprio registro dei trattamenti sanitari obbligatori.

© RIPRODUZIONE
RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Lo studio su «Science»

Quei «buchi» tra i neuroni che il cervello riempie di ricordi

Al microscopio

Le proteine e gli zuccheri fanno spazio alle nuove informazioni

di **Edoardo Boncinelli**

Per quanto possa sembrare strano, noi non conosciamo ancora quasi niente su dove e come sono conservati i nostri ricordi, che costituiscono per noi un patrimonio inestimabile. Sappiamo che prima si fissano per breve tempo in un organo chiamato ippocampo, dove durano per secondi o minuti. Una parte di quelli si fissano poi per sempre o quasi, e costituiscono il tesoro delle nostre conoscenze. È di questo secondo tipo di ricordi, detti a lungo termine, che non conosciamo la sede e il meccanismo di immagazzinamento, anche se tutti siamo convinti che ciò avvenga nella nostra corteccia cerebrale e consista essenzialmente nell'allacciamento di nuovi contatti, detti «sinapsi» fra una specifica cellula nervosa, neurone, e tutte le altre. Ma come si formano questi nuovi contatti nervosi? Forse cominciamo a capirlo. La rivista *Science* pubblica una notizia estremamente interessante, ripresa da una comunicazione al Congresso Mondiale di Neuroscienze in corso negli Stati Uniti. I neuroni sono normalmente circondati da una fitta rete di molecole, prevalentemente proteine e zuccheri, che fu già notata alla fine dell'Ottocento dal nostro Camillo Golgi, ma di cui ignoravamo assolutamente la funzione, al punto di ritenerla un fenomeno irrilevante. Ebbene, si osserva oggi che intorno a una cellula nervosa che sta fissando un ricordo si viene a creare una

sorta di buco in questa fitta rete. Il neurone che sta per immagazzinare un ricordo, attraverso la formazione di nuovi contatti, si viene a trovare relativamente libero dalla rete di proteine e zuccheri che lo circondava fino a un attimo prima, e che continua a circondare tutti gli altri neuroni! La notizia appare clamorosa per l'importanza dell'argomento e per l'abbondanza delle indicazioni sperimentali, seppure indirette, che appaiono sostenerla. Intanto la rete di proteine e zuccheri che circonda i neuroni, detta Pnn, che sta per *perineneuronal network*, è piuttosto stabile, 180 minuti in media, che rappresenta un'eternità per un topo, l'animale nel quale sono condotti gli esperimenti in oggetto, mentre per esempio le proteine che si trovano all'interno dei singoli neuroni vengono sostituite ogni poche ore. L'evidenza più diretta viene dalle osservazioni microscopiche: intorno al neurone che si presume stia per immagazzinare un ricordo a lungo termine si osserva una temporanea rarefazione della rete Pnn, un vero e proprio buco. Se si impedisce la formazione di un buco, si pregiudica l'apprendimento del ricordo in oggetto, mentre se si distrugge un buco già formato, si cancella il corrispondente ricordo, per esempio negativo. Alterazioni della rete si osservano in alcuni pazienti schizofrenici. La formazione dei buchi è rallentata nei problemi di apprendimento e esaltata nella creazione di ricordi allucinatori indotti dall'uso di certe droghe. Se tutto questo verrà confermato, si tratterà di un enorme avanzamento della conoscenza e di un indubitabile aiuto nel trattamento dei problemi della memoria, tanto ridotta che esasperata. © RIPRODUZIONE RISERVATA

La ricerca**Napoli durante la giornata mondiale del diabete si presenta il progetto PEDerPAN per i bambini****Patrizia Marino**

Il diabete è purtroppo diventata la malattia del secolo soprattutto in Campania, che detiene il triste primato dell'obesità, soprattutto tra i bambini, che mangiano in maniera sconsiderata troppe merendine troppi zuccheri raffinati, senza fare alcuna attività fisica. Ha costi altissimi per la Sanità. In Campania si stimano 380 mila pazienti con diabete tipo 2 ed oltre 1500 bambini e ragazzi con diabete tipo 1. Si suppone però che almeno altri 100mila non sanno di essere diabetici. La preoccupazione attualmente è l'aumento della patologia tra i giovani. Esistono vari tipi di diabete. Il tipo 2 è la forma più frequente e si manifesta dopo i 40 anni in persone in sovrappeso ed obese. Si cura solitamente con una dieta alimentare sana ed equilibrata consigliata da uno specialista che sarà in grado di valutare ogni singolo caso, esercizio fisico indispensabile per ridurre il peso in eccesso. Il diabete tipo 1 è invece una reazione immunologica che distrugge le cellule del pancreas che producono insulina. In questi casi è necessaria la terapia con l'insulina. E poi c'è un altro tipo di diabete che riguarda le donne in stato interessante: il diabete gestazionale che è una forma di diabete che sovente compare al secondo mese di gravidanza e scompare dopo il parto. Il diabete mellito è una malattia cronica dovuta all'alterazione della produzione o della funzione di un ormone pancreatico, l'insulina, che ha la funzione di ridurre la quantità di glucosio presente nel sangue. Svartati sono i trattamenti



Pancreas artificiale in anteprima mondiale

terapeutici. A Napoli durante la giornata mondiale del diabete che si terrà il 14/15 novembre verrà presentato il progetto PEDerPAN o un pancreas artificiale. Primo esperimento a livello mondiale sui bambini dai 5 ai 9 anni per fronteggiare l'emergenza diabete. In occasione di questa giornata Laura Perrone responsabile dell'Unità complessa pediatrica della seconda Università di

Napoli e Dario Iafusco, professore associato dello stesso centro, presenteranno questo progetto, già sperimentato in altri centri italiani. Il PEDerPAN si compone di un microinfusore sottocutaneo e di un sensore che misura continuamente i livelli di glucosio nel tessuto sottocutaneo che correlano con la glicemia. Il sensore ed il microinfusore dialogano tra loro attraverso uno smartphone nel quale è presente

un complesso algoritmo matematico in grado di aumentare e ridurre la quantità di insulina infusa a secondo dei livelli di glucosio. Durante il soggiorno i dati dei bambini saranno inviati a distanza e saranno visualizzati su di un sito internet. I grafici glicemici potranno essere seguiti non solo sui computer dei ricercatori. Ma anche sui cellulari dei genitori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Una App per diagnosticare e valutare il melanoma

NAPOLI. Un software in grado di diagnosticare il melanoma, nato da una difficile esperienza personale di malattia. A progettare lo strumento medico sono stati Antonio Pietrosanto, Ordinario di misure elettroniche nell'università di Salerno, e Gabriella Fabbrocini, dermatologa della Federico II. Un lavoro iniziato 12 anni fa, quando al professor Pietrosanto fu diagnosticato un tumore della pelle: «In quella occasione - racconta

- scoprii che la diagnosi del melanoma era sostanzialmente affidata all'esperienza del dermatologo e alle immagini del dermatoscopio. Parlai con Gabriella Fabbrocini, le proposi di lavorare insieme e dare vita ad un progetto di ricerca che portasse alla realizzazione di un software capace di supportare il dermatologo nella diagnosi». Dodici anni dopo quell'intuizione si è trasformata nell'App i3D. Due le versioni: una da scarica-

re su Pc e da usare con l'immagine del dermatoscopio; l'altra da usare tramite cellulare (sia Android che Ios). In questo caso, il dermatologo carica l'immagine su un server ad hoc ed elabora le foto per avere un punteggio per il caso in esame. La valutazione arriva sulla base di una check list basata su 7 parametri. Un punteggio al di sopra di 3 comporta ad una diagnosi di melanoma. L'aspetto più interessante è che il software



non si limita a suggerire al dermatologo una diagnosi, ma gli fornisce anche tutti gli strumenti per valutare la conclusione.

Dodici anni di ricerche e sperimentazioni il software diagnostico diventa uno spin-off

Antonio Pietrosanto: «Un valido supporto»

NAPOLI «Il concetto attorno al quale ruota quest'applicazione è offrire ai dermatologi uno strumento tecnologico affidabile, che possa essere di supporto nella diagnosi del melanoma. Facile a dirsi, molto meno a farsi. Noi ci abbiamo messo 12 anni per arrivare ai risultati di oggi, ma devo dire che ne è valsa la pena». A parlare è il professore di misure elettroniche dell'Università di Salerno Antonio Pietrosanto; anima, assieme alla professoressa Gabriella Fabbrocini dell'incredibile App i3D. Come del resto è inusuale il modo nel quale i due professori hanno deciso di dar vita a questa collaborazione. «Conobbi la professoressa Fabbrocini - spiega Pietrosanto - dopo una sospetta diagnosi di melanoma, poi confermata. I dermatologi usano il dermatoscopio per la diagnosi del melanoma, io mi occupavo già di elaborazione di immagini... il resto è storia». I due professori decisero di unire le forze per vedere se fosse possibile sviluppare un software che implementasse le possibilità di fare diagnosi. La risposta definitiva è arrivata dopo 12 anni di lavoro sinergico dei due gruppi di ricerca. E il risultato è un sistema accurato e sicuro. «Arrivati a questo punto -



Antonio Pietrosanto,
professore di misure
elettroniche
dell'Università di Salerno

continua il professor Pietrosanto - abbiamo deciso di realizzare una Sturt Up che potesse trasformare i risultati di ricerca in un prodotto. Grazie ad un bando di Invitalia nel 2014 abbiamo fondato Ippocratica Imaging, che ora sta per essere trasformata in uno spin-off accademico».

Due le versioni di questa applicazione, una da scaricare su Pc e da usare con l'immagine del dermatoscopio; l'altra da usare tramite cellulare (sia Android che Ios). In questo caso, il dermatologo carica l'immagine su un server ad hoc che grazie ad un motore di ricerca inferenziale (capace quindi di partire da un'informazione per produrne un'altra) elabora le foto e produce alla fine un punteggio per il caso in esame. La valutazione arriva sulla base di

una check list basata su 7 parametri. Un punteggio al di sopra di 3 comporta ad una diagnosi di melanoma. L'aspetto più interessante è che il software non si limita a suggerire al dermatologo una diagnosi, ma gli fornisce anche tutti gli strumenti per valutare quella conclusione ed eventualmente convalidarla. Questo significa offrire competenze in più ai dermatologi che non sono esperti di melanoma e un valido sostegno per quanti invece sono specialisti di questa malattia.

Un dolore fra le pieghe della pelle

L'idrosadenite colpisce quasi un milione di persone in Italia, soprattutto donne. Spesso però ci vogliono anni prima che venga riconosciuta e curata

I sintomi e i segni in genere fanno la loro comparsa fra i 20 e i 30 anni, di preferenza nelle donne (in circa tre quarti dei casi). E non di rado ci possono volere anche anni perché siano ricondotti alla loro reale causa, una patologia, molto dolorosa e invalidante, l'*idrosadenite suppurativa* (in sigla HS, dal latino *Hidradenitis Suppurativa*), che interessa tra 600 mila e un milione di persone in Italia, ma che è poco conosciuta anche dai medici e i cui numeri potrebbero essere sottostimati.

«L'idrosadenite è molto dolorosa – spiega Giampiero Girolomoni, presidente della Società Italiana di Dermatologia (SIDeMaST) e Direttore del reparto di Dermatologia all'Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona —. Si tratta di una malattia cronica infiammatoria della pelle, caratterizzata da pustole, fistole, noduli o ascessi, che tipicamente si manifestano nelle pieghe del nostro corpo, ovvero soprattutto a livello dell'inguine, delle

ascelle, della regione perianale, di quella genitale e di quella infra-mammaria».

Queste lesioni sono dovute a un'occlusione del follicolo pilifero, che risulta dilatato e va poi incontro a rottura, con rilascio di sostanze simili a pus nei tessuti circostanti e conseguenti, successive, infezioni batteriche.

In seguito, si possono poi formare noduli profondi e ascessi, che, se non trattati correttamente, finiscono per pro-

Confusione

La patologia viene scambiata molte volte per un'infezione ricorrente

Psicologia

È una condizione che può avere un forte impatto sulla vita di relazione

durre fistole. «Purtroppo, essendo la malattia poco nota ai medici, accade assai di frequente che il paziente vada al Pronto Soccorso e, dopo un'incisione praticata per far spurgare le "ferite", venga inviato a casa», racconta il professor Girolomoni. «Trattandosi però di una patologia cronica, il problema è destinata a ripresentarsi, e le persone finiscono così per andare incontro per anni, al reiterarsi di questa dolorosa procedura».

Non di rado, poi, l'idrosadenite suppurativa viene scambiata per un'infezione oppure considerata come una sorta di "acne inversa" e trattata con antibiotici o medicinali inadeguati, che non arrecano alcun beneficio.

«Per i pazienti è un vero dramma, con un contraccolpo psicologico pesantissimo – sottolinea Giusi Pintori, paziente, presidente e fondatrice dell'Associazione Inversa Onlus —. La malattia arriva quando sei giovane e ti colpisce nelle zone intime, attacca la

sfera sessuale, proprio negli anni centrali della fertilità. Quando gli ascessi si gonfiano e spurgano emanano poi una sostanza maleodorante che crea enorme imbarazzo. Vedi tanti dottori, cambi cure, ma non migliori mai. Ti vergogni e soffri, perché le continue incisioni procurano grande afflizione. Inevitabilmente tutto questo ti porta a isolarti e deprimerti».

Per tutti questi motivi, come hanno spiegato gli esperti e le associazioni di malati, in occasione del congresso dell'Accademia Europea di Dermatologia, da poco conclusosi a Copenaghen, le priorità sono due: da un lato, fare in modo che i diversi specialisti (soprattutto medici di base, dermatologi, ginecologi, urologi e chirurghi) imparino a riconoscere la malattia in modo che i malati non debbano sopportare mesi o anni di gravi disagi prima di arrivare alla diagnosi; dall'altro, aiutare anche chi ne soffre a riconoscere i sintomi e non chiudersi in un imbarazzato silenzio.

«In generale – concludono gli specialisti – quando si soffre per più di sei mesi di lesioni cutanee in queste aree tipiche è bene sospettare che si tratti di questo disturbo e rivolgersi a un dermatologo per iniziare tempestivamente le cure adeguate».

Vera Martinella
© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'iniziativa

Un'associazione per sensibilizzare sulla malattia

L'idrosadenite suppurativa è una patologia poco frequente, ma di certo sottostimata e poco nota anche agli specialisti. «In Italia – spiega Giusi Pintori, paziente e fondatrice dell'Associazione Inversa Onlus – non è neppure classificata ufficialmente nei registri ospedalieri, tanto che per chi viene ricoverato si utilizzano altre indicazioni, tipo fistole o cisti sebacee. Non essendo catalogata in modo istituzionale, poi, non è neppure riconosciuta dall'Inps, per cui non si possono ottenere permessi lavorativi o fare richiesta d'invalidità per i casi più gravi». Nel novembre 2010 è nata così Inversa Onlus (www.inversaonlus.it), la prima associazione di pazienti con HS nel nostro Paese. Tre sono obiettivi principali: dare supporto informativo e psicologico; sollecitare la comunità scientifica alla ricerca; diffondere la conoscenza della patologia nella società e fra i medici.

V. M.

Cause ancora da scoprire Ma è favorita di sicuro da fumo e sovrappeso

Sulle cause dell'idrosadenite si sa ancora relativamente poco.

«Quello che per adesso è chiaro – spiega Giuseppe Micali, direttore della Clinica Dermatologica dell'Università di Catania – è che si tratta di una patologia infiammatoria, più frequente in persone obese o fumatrici. In circa il 40 per cento dei pazienti è familiare, per cui si sospetta un'implicazione genetica. Sappiamo poi che c'è una componente ormonale: è infatti più frequente nelle donne, quasi inesistente prima della pubertà e tende a diminuire dopo i 50 anni. Inoltre alcune alterazioni ormonali o lo stress emotivo possono causare riacutizzazioni o peggioramenti».

Superate le molte difficoltà a raggiungere una diagnosi, esistono oggi terapie efficaci che vengono prescritte in base alla gravità della patologia.

Nei casi più lievi (con poche lesioni isolate e senza dolore) o moderati (pustole ricorrenti in sedi multiple e dolore) si procede con antibiotici per bocca o topici, da applicare sulle zone interessate, oppure con medicinali appartenenti alla famiglia dei retinoidi.

«Se non funzionano e la malattia progredisce o si ripresenta – continua Micali – si può ricorrere a farmaci biologici già utilizzati nella cura di patologie autoimmuni, come infliximab per via endovenosa o adalimumab per via sottocutanea. In generale, poi, ai pazienti va consigliato di smettere di fumare e, se necessario, anche di

perdere peso». In un terzo dei malati l'idrosadenite si manifesta in modo grave, con lesioni ampie, che finiscono per unirsi fra loro e creare fistole o ascessi.

A questo punto è necessario ricorrere a incisioni chirurgiche e drenaggi, che però, oltre a dover essere effettuati periodicamente, sono dolorosi.

«Nei casi più gravi o avanzati bisogna effettuare asportazioni ampie delle zone interessate, che comprendano le ghiandole sudoripare e successivi trapianti di pelle. Si tratta di interventi che, sebbene risolutivi nella maggior parte dei casi, sono complessi e dispendiosi sia da un punto di vista economico che di tempo» conclude l'esperto.

Infine è fondamentale che ai pazienti venga offerto un sostegno psicologico.

«Questa patologia ha un forte impatto negativo sulla qualità della vita (fisico, mentale, professionale e privato) anche nella forma lieve» sottolinea Vincenzo Bettoli, responsabile dell'ambulatorio Acne e Idrosadenite dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara. «Anche in considerazione del fatto che le prime manifestazioni arrivano attorno ai 20 anni, e che per lunghissimi periodi la malattia non viene riconosciuta né curata, è facile capire che le conseguenze possono essere talvolta davvero devastanti da questo punto di vista. È quindi importante poterne parlare e ricevere aiuto».

V. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Che cos'è

L'idrosadenite suppurativa è una malattia che provoca noduli, ascessi e fistole a livello di ascelle, inguine, solco sottomammario e piega interglutea



Forma lieve

Una o poche lesioni, isolate e senza cicatrici né fistole



Forma moderata

Lesioni ricorrenti in diverse zone, con cicatrici e fistole



Forma grave

Lesioni diffuse, con fistole comunicanti

20-30 anni

il periodo della vita in cui insorge più spesso



1/4 Il rapporto fra uomini e donne colpiti



1/3 Le persone che ne soffrono che hanno già avuto un caso in famiglia

Corriere della Sera



L'esperto risponde

alle domande sulle malattie della pelle all'indirizzo Internet <http://forum.corriere.it/dermatologia>