



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



L'incremento maggiore nel Mezzogiorno: in molti rinunciano alle cure Ticket troppo cari, ci rimette sempre il Sud

Marco Esposito

I ticket sanitari sono troppo cari e non poche persone non si curano più. Effetto del rincaro dei ticket (più 33% nel 2013 rispetto al 2010) e della crisi economica. Lo sottolinea la Corte dei Conti nell'ultimo «Rapporto sul consolidamento della finanza pubblica» e lo aveva messo in rilievo l'Istat nel suo Rapporto annuale 2014 evidenziando come l'11% degli italiani ormai rinunci a prestazioni sanitarie o all'acquisto dei farmaci, pur avendone bisogno. Quota che sale al 15% nel Mezzogiorno. Per i ticket su prestazioni sanitarie o per i farmaci gli italiani spendono quasi 3 miliardi all'anno, 50 euro a testa.

Quanto pesano i ticket sanitari

(C) Il Mattino S.p.A. | ID: 00191397 | IP: 93.42.56.240

	2010 Milioni di euro	2011 Milioni di euro	2012 Milioni di euro	2013 Milioni di euro	Variazione % del 2013 rispetto al 2010	Euro procapite in base alla popolaz.	Indicatore ricchezza regionale (con Italia =100)	Euro procapite corretti in base alla ricchezza
Piemonte	172,4	199,4	228,8	219,3	27,2	49,1	109	45,0
V. d'Aosta	6,5	7,1	7,2	6,9	6,2	54,0	136	39,7
Lombardia	381,0	444,5	485,4	490,2	28,7	50,6	129	39,2
Trentino A.A.	41,5	44,9	47,1	47,3	14,0	47,3	130	36,5
Veneto	230,9	260,3	319,1	319,2	39,2	66,0	115	57,4
Friuli V.G.	46,0	54,3	63,8	62,5	35,9	50,0	113	44,2
Liguria	59,7	73,2	88,8	85,8	43,7	51,6	105	49,1
Emilia R.	173,3	203,1	222,5	229,2	32,3	51,8	122	42,5
Toscana	147,9	169,2	211,0	228,2	54,3	60,6	108	56,1
Umbria	31,1	37,2	47,2	46,7	50,2	51,6	92	56,1
Marche	54,8	67,4	73,5	70,7	29,0	45,2	102	44,3
Lazio	239,8	268,7	287,6	281,0	17,2	50,9	113	45,0
Abruzzo	54,4	67,5	70,4	71,8	32,0	54,2	84	64,5
Molise	12,4	14,1	14,9	14,2	14,5	44,6	78	57,2
Campania	151,6	229,8	235,0	238,0	57,0	43,0	64	67,2
Puglia	103,1	170,0	182,6	179,3	73,9	45,2	67	67,5
Basilicata	15,4	21,0	26,5	26,1	69,5	45,3	71	63,8
Calabria	67,3	73,1	75,4	75,9	12,8	39,1	65	60,2
Sicilia	189,7	215,8	213,9	211,9	11,7	43,3	66	65,6
Sardegna	43,5	50,9	53,4	53,4	22,8	32,7	77	42,5
Italia	2.222,3	2.671,5	2.954,1	2.957,6	33,1	49,8	100	49,8

Fonte: elaborazioni del Mattino su dati Corte dei Conti e Istat

centimetri

La Corte dei Conti

Ticket sanitari rincarati scatta la rinuncia alle cure

Dal 2010 al 2013 +33%. Peso maggiore nel Mezzogiorno**Marco Esposito**

L'aumento della spesa per i ticket sanitari - lo ha sottolineato ieri l'Ansa - è stato di oltre 700 milioni tra il 2010 e il 2013 con una crescita del 33% (e non del 25% come la stessa agenzia di stampa ha riportato per una svista). Le regioni nelle quali l'incremento è stato più marcato sono state Puglia, Basilicata e Campania. Ciò nonostante, nel Mezzogiorno il costo procapite dei ticket risulta più basso della media nazionale. La Corte dei Conti segnala d'accentuazione delle differenze di carattere ormai strutturale negli importi medi pro capite delle compartecipazioni complessive, tra le regioni del Nord, del Centro, tutte superiori ai 50 euro pro capite (ad eccezione delle Marche e del Trentino) con punte superiori ai 60 euro in Veneto e Toscana e quelle del Sud di poco superiori ai 40 euro.

Le tabelle pubblicate nel rapporto, in effetti, dicono questo e rischiano di alimentare l'ennesima polemica tra il Nord che paga e il Mezzogiorno che contribuisce meno. Ma è giusto confrontare la spesa sostenuta con il numero di abitanti? Non è più

I territori
Gli aumenti più marcati registrati in Puglia, Basilicata e nella Campania

corretto confrontarla con la ricchezza? Del resto è la stessa Corte dei Conti a evidenziare che «il solo riferimento ai risultati economici non può in ogni caso consentire di valutare in che misura lo sforzo richiesto attraverso un crescente ricorso a sistemi di compartecipazione si sia tradotto (come mette in rilievo un recente lavoro dell'Agenas) in una diminuzione delle prestazioni richieste a ragione della crisi economica». E la crisi economica morde di più nel Mezzogiorno.

Ecco perché Il Mattino ha rielaborato le cifre della Corte dei Conti per valutare il peso dei ticket pro capite regione per regione tenendo conto del contesto economico, come si dovrebbe fare del resto per ogni tassa: la pressione fiscale non si misura forse in rapporto al Pil? E la Costituzione

non prevede forse che «tutti sono tenuti a concorrere alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva»?

I risultati visibili in tabella nell'ultima colonna, quella con gli istogrammi verdi, sono eloquenti: le regioni dove il peso dei ticket in rapporto alla disponibilità economica è più elevato sono Puglia, Campania e Sicilia, tutte oltre i 60 euro, con Lombardia, Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige sotto i 40 euro. Quindi il principio costituzionale di una partecipazione alle spese progressiva al crescere del reddito (articolo 53) non è rispettato. Con l'aggravante che per i sistemi sanitari del Mezzogiorno la maggiore pressione contributiva sugli assistiti si traduce in un gettito minore rispetto alla media nazionale.

La Corte dei Conti - pur non evidenziando il maggiore peso dei ticket sulle famiglie meridionali - indica alcune soluzioni per evitare il fenomeno della rinuncia alle cure necessarie, che comunque è più marcato al Sud. La proposta è di «prevedere una tariffa per alcune prestazioni, attraverso un riferimento determinante alla "condizione economica" del nucleo familiare». In altre parole, secondo i magistrati contabili, dovrebbe aumentare il numero di prestazioni per le quali si paga un ticket, con un tetto oltre il quale tutte le prestazioni diventano gratuite. L'obiettivo è di mantenere l'invarianza di gettito non solo per l'insieme del sistema sanitario ma anche per le singole regioni. Il ricavo dei nuovi ticket dovrebbe essere utilizzato per ridurre la compartecipazione alla spesa per le fasce deboli, in modo da contrastare appunto il fenomeno di rinuncia alla cura e alla prevenzione sanitaria. In ogni caso i ticket, sottolinea la Corte dei Conti, non dovrebbero mai essere talmente cari da spingere gli ammalati verso il ricorso alle strutture o ai prodotti del sistema privato.

L'obiettivo, insomma, è «garantire una maggiore equità sociale e, in particolare, una maggiore tutela delle fasce di popolazione caratterizzate da un reddito modesto in relazione alla numerosità dei componenti del nucleo familiare».

Ma dove scatterebbero i nuovi o i maggiori ticket? Il tema è in discussione nel Patto per la salute. Nel mirino ci sono il ricovero diurno e ordinario, il pronto soccorso ospedaliero, dispositivi come i plantari e poi gli alimenti per celiaci, i prodotti diabetici, pannolini e ossigeno domiciliare. Si ipotizza anche l'abolizione della quota fissa a ricetta (ingenero 10 euro), sostituita però da una compartecipazione legata «al totale delle tariffe delle prestazioni per ricetta, ma con una revisione dei criteri di accorpamento delle prestazioni per ricetta, con rideterminazione del tetto massimo di compartecipazione e importi differenziati per situazione economica e per età dell'assistito e, nel caso di esenzione per patologia, una regressione della percentuale di partecipazione su specifiche prestazioni o tetti massimi della compartecipazione annuale differenziati per situazione economica». Decisioni che andranno prese entro giugno. Ma sin d'ora sembra di capire che, prima di andare dal medico, si dovrà passare dal commercialista.

Proposta
Nuovi servizi a pagamento per finanziare detrazioni per i poveri

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il costo dei codici bianchi per il Pronto soccorso è il più alto d'Italia con 50 euro, singole prestazioni anche a 70 euro

Salasso sanità, in Campania i ticket più cari

Nel 2013 i residenti hanno speso 150 euro a testa, per un totale di 4,5 miliardi

di **Ciro Crescentini**

NAPOLI - La sanità costa tanto ai cittadini campani. E non solo. Gli italiani nel 2013 hanno pagato più di 2,9 miliardi di euro di ticket sanitari per farmaci, diagnostica, specialistica, pronto soccorso. Il 25% in più (ovvero 700 milioni di euro) rispetto al 2010 quando i cittadini spesero 2,2 miliardi. I dati emergono dai rapporti e studi sulla finanza pubblica promossi dalla Corte dei conti negli anni 2012 e 2014. I tagli e gli aumenti hanno prodotto effetti negativi anche nella nostra regione. Bisognerà aspettare qualche altro mese per vedere se la cura che ha portato al pareggio di bilancio, attraverso l'eliminazione di posti letto, presidi sanitari e reparti in tutta la nostra regione, ma soprattutto aumentando la spesa, sarà stata efficace nel risultato finale. Le associazioni dei consumatori (come Altro Consumo e Assoconsum) e organizzazioni sindacali di base hanno evidenziato i numeri del 'salasso sanitario' nella nostra regione. Nel 2013, i cittadini campani hanno speso 150 euro a testa di ticket per farmaci, analisi, visite e pronto soccorso, con una spesa totale di 4,5 miliardi. Quest'anno, poi, sono arrivati i nuovi ticket e la spesa per la 'compartecipazione dei cittadini' è stata incrementata ancora. Una spesa che arriverà a 6,6 miliardi entro il 2014. Il ticket massimo, proprio in Campania, è arrivato a sfiorare le punte più alte, fino a raggiungere i 70 euro per alcune prestazioni. E' di 50 euro, il più caro d'Italia, il ticket sui codici bianchi in pronto soccorso. In farmacia, si paga 1,50 euro sulla confezione acquistata e 2 euro sulla ricetta. Dal 2013, il ticket per le prestazioni specialistiche costa in media 99 euro ad ogni cittadino non esente (54% della popolazione) nei casi non urgenti. Uno scenario drammatico che colpisce soprattutto i ceti popolari.

Sarebbe necessario un confronto tra il governo nazionale e il governo regionale per rimodulare tutta la partita della compartecipazione alla spesa e delle esenzioni. Nel 2013 la compartecipazione alla spesa (ticket) per analisi ed esami di radiologia in Campania è passata ufficialmente da 46,15 a 56,15 euro.

Ben al di sopra, dunque, in molti casi, al costo stesso della singola prestazione. Se prima un'ecografia costava al cittadino 36 euro come tetto massimo e il resto era a carico della mutua, oggi l'esame è lievitato oltre i 56 euro, tutti a carico del paziente. Resta immutato il regime per gli esenti per reddito o patologia. Se prima il ticket sulla specialistica era solo parzialmente a carico del paziente, oggi, l'intero costo delle prestazioni ricade sulle tasche del contribuente. Un gravissimo e ulteriore aggravio di spesa per i cittadini campani. Tra gli altri aumenti per le ricette per la specialistica si segnalano le prescrizioni per esami di laboratorio e per prestazioni diagnostiche di radiologia che per i non esenti sono gravate da un aumento di 10 euro che, aggiunto al precedente aumento deciso nel 2012, raggiunge i 56 euro.

Persone anziane, disabili, invalide si sono ritrovate, insieme a tutti gli altri, a pagare il ticket per l'assistenza farmaceutica, termale, specialistica ma anche per il pronto soccorso ospedaliero.

E' una situazione paradossale poiché non è accompagnata da una reale riforma strutturale del welfare e della sanità campana. Andrebbe rivisto il sistema di pagamento del ticket sanitario per tutelare i più deboli, in primis quei cittadini che non possono pagare. I cittadini campani si vedono costretti a lesinare sui beni primari e dover scegliere tra salute, pagamento delle utenze, dei mutui, assicurazione auto, Imu, Tarsu e chi più ne ha più ne metta. Quando il cittadino è costretto a fare scelte del genere vuol dire che chi governa, chi amministra dovrebbe riflettere e porsi molti interrogativi.

Il rapporto della Corte dei conti

Visite specialistiche ed esami, ticket più cari del 25%

Il ministro del Lavoro, Poletti: nessun cambio dell'età pensionabile, né innalzandola né abbassandola

ROMA — Le cifre — scomposte anno per anno — non sono nuove, ma il confronto su base triennale, elaborato dalla Corte dei conti, quello sì, colpisce. Nel 2013 — evidenziano i giudici contabili nei loro Rapporti della finanza pubblica — gli italiani hanno pagato più di 2,9 miliardi di ticket sanitari per farmaci, diagnostica, specialistica e pronto soccorso, cioè il 25% in più, pari a circa 700 milioni di euro, rispetto al 2010, quando avevano speso 2,2

miliardi. Da qui la decisione del governo di rivedere assieme alle Regioni lo schema in vigore per la compartecipazione della spesa sanitaria nel nuovo Patto per la Salute che dovrebbe essere presentato a fine giugno. Allo studio dei tavoli tecnici — ricorda l'Ansa approfondendo i dati della Corte dei conti — ci sono novità su indicatori reddituali, tetti di spesa e criteri di esenzioni. L'obiettivo è quello di ottenere un meccanismo con più

equità e più attenzione ai nuclei familiari colpiti dalla crisi. Passando ad un altro settore colpito dalla crisi, in misura anche maggiore — mercato del lavoro e previdenza — il ministro del Lavoro, Giuliano Poletti, ieri ha ribadito che il governo Renzi «non ha in previsione di cambiare l'età pensionabile, né innalzandola né abbassandola. Tutto resta com'è». Bisogna ora lavorare — ha aggiunto Poletti intervenendo a Napoli al convegno organizzato da *Repubblica* — «per trovare delle vie di equità, partendo da quelle persone che sono fuori dal mercato del lavoro e con gli ammortizzatori non arrivano alla pensione». Non c'è dunque solo l'emergenza giovani. Il ministro pensa «a chi ha 60 anni e perde il

lavoro a tre anni dalla pensione, con la possibilità di usufruire solo di due anni di ammortizzatori e nessuna occasione di trovare un'altra occupazione». A questi, che sono una sorta di «esodati» di fatto, «dobbiamo dare una risposta». Poletti ha quindi ricordato gli elementi della legge delega

2,9

miliardi di euro la spesa sostenuta dalle famiglie per far fronte ai ticket sanitari introdotti dalle normative nazionali e regionali

presentata in Parlamento che «trasforma radicalmente tutti gli elementi del mercato del lavoro, degli ammortizzatori sociali, della strumentazione per le politiche attive del lavoro». Insomma «altro che antipasto, io dico che questo è il piatto» ha quindi affermato il ministro riferendosi al presidente di Confindustria, Giorgio Napolitano,

700

milioni di euro il rincaro della spesa sanitaria rispetto al 2010. Un assegno maggiorato sotto la lente del governo che intende ridiscuterlo con le Regioni

che sabato aveva definito il provvedimento del governo «un antipasto», a cui dovrebbe seguire una riforma più ampia. Tornando a parlare della legge delega, Poletti ha infine indicato il timing dell'approvazione parlamentare e quello dell'entrata in vigore delle misure previste: «Siamo convinti di poterla realizzare in tempi rapidi: entro fine luglio il Senato concluderà i suoi lavori e quindi a inizio settembre potremo andare alla Camera per chiedere e ottenere l'approvazione definitiva della delega a cui seguiranno i decreti attuativi». Decreti che i tecnici del ministero del Lavoro stanno già preparando.

R. R.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La salute

Svolta in Campania per i malati oncologici

La Regione riorganizza
l'assistenza, Caldoro:
recuperati antichi ritardi

Gerardo Ausiello

Cambia l'assistenza oncologica in Campania attraverso il potenziamento dei posti letto e la creazione di hospice, l'istituzione del registro tumori e la rimodulazione degli screening. Spiega Ferdinando Romano, capo dipartimento della Salute della Regione: «La tutela dei cittadini nei confronti del rischio tumore era scarsa e i malati oncologici terminali non ricevevano nessuna assistenza appropriata. Oggi è organizzata, per la prima volta, l'assistenza territoriale 24 ore su 24». E il governatore Stefano Caldoro aggiunge: «Un altro risultato storico. Recuperiamo antichi ritardi e consegniamo ai campani un sistema più efficiente».

La sanità

(C) Il Mattino S.p.A. | ID: 00191387 | IP: 93.42.0.213

Malati terminali, sì all'assistenza negli «hospice»

La Regione: riorganizzata la rete oncologica. Sarà riconvertito anche il «Gesù e Maria»

Cento posti letto di hospice e un'assistenza territoriale 24 ore su 24. Così la Regione riorganizza la rete oncologica, che in Campania era praticamente inesistente. C'è ancora tanto lavoro da fare ma si tratta di un primo, significativo passo. Gli interventi messi in campo riguardano il sistema di tutela e sostegno ai malati oncologici terminali. Fino ad oggi l'unica risposta offerta dal servizio sanitario regionale era di fatto il ricovero in strutture ospedaliere: una soluzione meno appropriata e più costosa.

Con il piano di razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale, varato nel 2010, la giunta Caldoro aveva assicurato che si sarebbe mossa in questa direzione. Dopo quattro anni i posti letto di hospice sono, appunto, circa un centinaio: 32 in provincia di Salerno, 35 nel Casertano, 22 in Irpinia, 12 in provincia di Napoli. Ancora pochi, soprattutto quelli all'ombra del Vesuvio a fronte della densità di popolazione, tant'è che restano da attivarne, in tutta la Campania, ulteriori 25 nel 2014 e altri 37 nel 2015. Nel capoluogo partenopeo, in particolare, sarà riconvertito in hospice l'ex ospedale Gesù e Maria, insieme con altri due presidi. Accanto a ciò, la Regione ha lavorato al rafforzamento della rete territoriale per la presa in carico domiciliare dei pazienti oncologici e al potenziamento della rete di terapia del dolore per i malati terminali. Dopo un lungo e tortuoso iter è stato inoltre istituito il registro tumori per tutto il territorio che ha permesso di aggiungere ai registri delle Asl Napoli 3 Sud e Salerno anche quelli di Caserta, Napoli 1, Napoli 2 Nord, Avellino e Benevento. Di recente è stato completato l'iter per il registro dei tumori infantili.

Per far fronte, poi, alla necessità di incrementare la prevenzione, specie nelle aree a rischio come i comuni della Terra dei fuochi, è in corso la riorganizzazione delle modalità di erogazione dello screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon, al fine di garantire la piena copertura della popolazione target. Fra gli interventi di riqualificazione dell'as-



Prevenzione
Revisione screening per Terra dei fuochi
Caldoro: recuperiamo antichi ritardi

Caldoro: «Recuperiamo antichi ritardi e consegniamo ai campani un sistema più efficiente. Fatti e ancora fatti, per noi contano questi» aggiunge l'ex ministro socialista rispondendo indirettamente alle polemiche che hanno accompagnato la nomina di Angelo Montemarano a direttore generale dell'Arasan, l'Agenzia regionale per la sanità. E Ferdinando Romano, capodipartimento della Salute, rilancia: «La tutela dei cittadini nei confronti del rischio tumore era scarsa e i malati oncologici terminali non ricevevano nessuna assistenza appropriata. I ricoveri ospedalieri erano molto sopra la media nazionale e molti di questi inappropriati, mentre gli ospedali erano largamente inefficienti. Oggi è organizzata, per la prima volta, l'assistenza territoriale 24 ore su 24 - assicura a tal proposito Romano - Così come disponeva il decreto Balduzzi. Tutto questo grazie alla nostra azione che si unisce alla professionalità di chi opera nel settore».

ger.aus.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La riorganizzazione

**Hospice oncologici,
attivati in regione
101 posti letto
E 4 nuovi Registri**

NAPOLI — La Regione ha riorganizzato la rete oncologica. Una necessità dopo aver riscontrato che i ricoveri ospedalieri erano molto sopra la media nazionale e molti di questi inappropriati; inoltre, gli ospedali erano largamente inefficienti. Oggi, invece, è organizzata, per la prima volta, un'assistenza territoriale 24 ore su 24. Così come disponeva il decreto Balduzzi.

Ecco come cambia l'assistenza oncologica, secondo i dati resi noti da Palazzo Santa Lucia. Attivazione di posti letto di hospice: 32 in provincia di Salerno; 35 in provincia di Caserta; 12 in provincia di Napoli; 22 in provincia di Avellino; da attivare ulteriori 25 posti letto nel 2014 e 37 nel 2015. Inoltre, si attiveranno nuovi "Registri dei tumori", a quelli già presenti nella Asl di Napoli 3 Sud e Salerno si aggiungeranno quelli di Caserta, Napoli 1, Napoli 2 Nord, Avellino, Benevento. «Un altro risultato storico. Recuperiamo antichi ritardi e consegniamo ai campani un sistema più efficiente — ha affermato il governatore Stefano Caldoro — . Fatti e ancora fatti, per noi contano questi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità

Il capo dipartimento della salute,
Romano, annuncia i nuovi servizi
Caldoro: "Un altro risultato storico"

Regione, parte la rete oncologica

In Irpinia istituiti 22 posti letto, partono i registri dei tumori infantili e di tutta la popolazione

In Campania parte la rete oncologica. La conferma giunge dal presidente della Regione, Stefano Caldoro che parla di un risultato storico. In provincia di Avellino sono stati previsti 22 posti letto di hospice, 12 in provincia di Napoli, 32 in provincia di Salerno e 35 in provincia di Caserta. Fino a dicembre saranno istituiti altri 25 posti e 37 nel 2015. Il provvedimento adottato dalla giunta regionale prevede il rafforzamento della rete territoriale per la presa in carico domiciliare dei pazienti oncologici e potenziamento della rete di terapia del dolore per quelli terminali. Finalmente viene istituito il registro dei tumori infantili e di quelli che riguardano tutta la popolazione campana. Ai registri presentati dalle Aziende sanitarie locali di Napoli 3 sud e Salerno si aggiungeranno quelli di Avellino, Benevento, Caserta, Napoli uno e Napoli due nord.

Una conquista per l'Irpinia, considerata la battaglia fatta anche dalla Provincia che ha lavorato per giungere al risultato. La rete oncologica riguarda anche la riorganizzazione ed applicazione delle modalità di erogazione dello screening per i tumori della mammella, della cervice e del colon al

fine di garantire la piena copertura della popolazione. Tra gli obiettivi la riduzione del tasso di ospedalizzazione, della degenza preoperatoria e l'incremento dell'assistenza domiciliare. Si va verso la riorganizzazione dell'assistenza primaria: dopo dieci anni è stato approvato l'accordo integrativo regionale con i medici di medicina generale che consentirà di dare attuazione a quanto previsto dal decreto legge n. 158 del 2012, il "famoso" decreto Balduzzi convertito con la legge n. 189 del 2012. "Recuperiamo antichi ritardi e consegniamo ai campani un sistema più efficiente - afferma il presidente Caldoro - fatti e ancora fatti, per noi contano questi.

"La tutela dei cittadini nei confronti del rischio di tumore era scarsa e i malati oncologici terminali non ricevevano nessuna assistenza appropriata - osserva Ferdinando Romano, capo del di-

partimento della salute della regione Campania - i ricoveri ospedalieri erano molto sopra la me-

dia nazionale e molti di questi inappropriati mentre gli ospedali erano largamente inefficienti. Oggi è organizzata, per la prima volta, l'assistenza territoriale 24 ore su 24 - continua Romano - così come disponeva il decreto Balduzzi. Tutto questo grazie alla nostra azione - conclude - che si unisce alla professionalità di chi opera nel settore". In provincia di Avellino restano i tagli, spesso orizzontali, che hanno determinato una forte condizione di disagio e resta da capire i posti letto assegnati in quali strutture saranno istituiti: un ruolo fondamentale sarà svolto dall'azienda ospedaliera Moscati di Avellino che rappresenta una eccellenza per l'Italia meridionale, ma qualche posto sarà distribuito anche nei plessi di Ariano Irpino, di Solofra e di Sant'Angelo dei Lombardi.



Medici in una corsia di ospedale

Oncologia Sarebbe un utile supporto per almeno un terzo dei pazienti

Ai malati serve anche sostegno psicologico

Terapie

Cure più efficaci contro il cancro se si è in grado di superare paura e tristezza

Trecento i Servizi esistenti, la maggior parte è al Nord

Almeno un malato di cancro su tre ha bisogno di un sostegno psicologico, il numero di quanti lo chiedono è in crescita, ma ancora troppo pochi lo ottengono. E sebbene in Italia la situazione sia migliorata rispetto ad alcuni anni fa, è ancora evidente una marcata disomogeneità dei servizi di psiconcologia sul territorio nazionale. La maggior parte dei 300 servizi presenti nel nostro Paese, infatti, è nel Nord Italia (il 56 per cento).

A scattare la fotografia di questa situazione è l'ultimo Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato nei giorni scorsi dalla Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (Favo), che contiene il resoconto del più recente censimento della Società italiana di psiconcologia (Sipo).

Secondo il Rapporto, circa la metà dei servizi di psiconcologia risulta attiva in strutture non pubbliche e nella stragrande maggioranza dei casi (71,3 per cento) non si tratta di unità dedicate, che assicurino una continuità assistenziale, ma il lavoro viene svolto da gruppi o da singole figure professionali all'in-

terno di reparti di oncologia medica, ematologia, radioterapia o alle dipendenze di direzioni sanitarie.

A questi problemi va aggiunta la scarsità di risorse economiche, la mancanza di spazi adeguati e la precarietà della figura dello psiconcologo, sia in termini di lavoro, precario appunto, sia di profilo professionale.

«Di fatto, rispetto al primo censimento effettuato nel 2005 in Italia da Sipo e Favo, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, la situazione è in parte migliorata, con un incremento delle attività psiconcologiche e dei relativi servizi. Ma la realtà resta assai disforme e certamente non in linea con gli obiettivi da raggiungere — dice Anna Costantini, presidente Sipo e responsabile del servizio di Psiconcologia dell'Ospedale Sant'Andrea-Sapienza-Università di Roma —. In particolare, dalle ultime rilevazioni è emerso che ben il 62 per cento del personale che opera in psiconcologia è precario; che un terzo degli operatori è costituito da specializzandi in tirocinio e frequentatori volontari, mentre un ulteriore terzo è formato da personale a contratto (con borse di

studio o contratti a progetto specifico). Inoltre, nella maggior parte dei casi (57%) questo tipo di assistenza al malato ricade su una singola figura professionale, piuttosto che fare capo a un'équipe di lavoro».

Vera Martinella

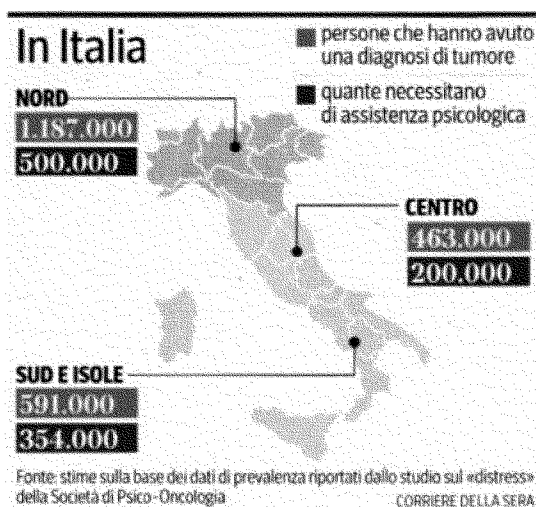
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il «distress»

Chi si sente disarmato contro il tumore

Con il termine «distress» si è concordi oggi nel definire: «un'esperienza emozionale spiacevole, multifattoriale, psicologica, sociale o spirituale,

che può interferire negativamente con la capacità di affrontare il cancro, i suoi sintomi fisici, il suo trattamento». Inoltre, il distress «si estende lungo un continuum, che va da normali sentimenti di vulnerabilità, tristezza e paura, a problemi che possono diventare disabilitanti, come depressione, ansia, panico, isolamento sociale, crisi esistenziale e spirituale».



Il progetto dell'Ail «Io e la mia storia»

In occasione della Giornata contro leucemie, linfomi e mieloma (il 21 giugno) giovedì 19 giugno sarà attivo un numero verde Ail (Associazione italiana contro le leucemie, i linfomi e il mieloma) 800.22.65.24, al quale otto ematologi risponderanno sulla malattia e sui centri di cura. Sempre Ail, con la Scuola Holden di scrittura creativa di Torino, lancia «Io e la mia storia», progetto di espressione artistica per pazienti onco-ematologici over 60 (www.ail.it/ioelamiastoria).

Pensa la salute

di Riccardo Renzi

I dottori e il buon uso dell'informatica

Finalmente i dottori utilizzano Internet. Bene, purché non lo impieghino per fare le diagnosi

Non sembrerebbe, almeno a giudicare dagli sbuffi degli addetti all'accettazione degli ospedali e dalle imprecazioni dei medici di famiglia, quando devono inviare i certificati online. Ma, a quanto pare, la nostra sanità è una delle più informatizzate d'Europa. Secondo un rapporto della Ue siamo indietro in tutto: uso di Internet, diffusione della banda larga, competenze digitali, e-commerce, e-government (scarsa l'informatizzazione della pubblica amministrazione).

Ma nel campo della sanità siamo sopra la media europea, in quasi tutti parametri, comprese le connessioni veloci degli ospedali e l'accesso alle cartelle cliniche dei pazienti. Non che sia tutto perfetto: c'è ancora molto da fare, soprattutto nella medicina del territorio. Ma anche gli altri hanno i loro problemi: i migliori in

sanità, da questo punto di vista, restano i danesi, i norvegesi e gli spagnoli. Dunque i nostri medici hanno imparato a usare il computer. Bene, purché lo usino per gli scopi organizzativi di cui si è detto e non per fare diagnosi o decidere le cure. Uno studio pubblicato su una rivista specialistica americana ha analizzato le voci mediche di Wikipedia riguardanti 10 problemi di salute e ha trovato errori in 9 casi su 10. Wikipedia ha ribattuto che il campione dello studio è troppo piccolo. In ogni caso, preferiamo che i medici si affidino di più alle proprie competenze e, casomai, alle riviste scientifiche.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



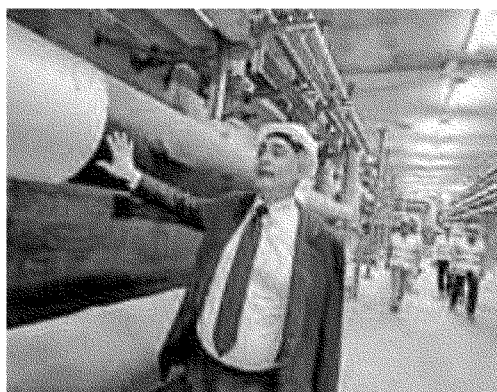
Aprirà ad agosto 2015 ed è stato realizzato con criteri antisismici

Ospedale del Mare, l'ultima sfida: pronto tra un anno

Marisa La Penna

L'Ospedale del Mare, atteso da oltre 10 anni e realizzato con criteri antisismici, aprirà tra poco più di un anno. Quartiere Ponticelli, nel cantiere 350 operai al lavoro. L'ingegnere Ciro Verdoliva, commissario ad acta, incaricato di «gestire» la realizzazione dell'opera spiega: «I lavori procedono secondo tabella di marcia. Dopo

una lunga pausa, non certo dipesa da noi, possiamo confermare che per agosto 2015 la struttura sarà pronta per essere operativa». Il più è fatto. Al settimo livello, per esempio, le camere di degenza sono bell'e pronte. Mancano solo le suppellettili. Pronte anche pista d'atterraggio dell'elicottero d'emergenza, sede amministrativa, infrastrutture, il ponte che collega i vari lotti e il parcheggio.



La sanità, il cantiere

L'Ospedale del Mare a prova di «zona rossa»

Grandi numeri e alta ingegneria: il terremoto non fa paura

Marisa La Penna

«Ingegnere, un ospedale in piena zona rossa. E se arriva la scossa?».

«Guardi, se arriva un terremoto, anche di sesto-settimo grado della scala Richter, i degenti manco se ne accorgono. Mentre i chirurghi, in camera operatoria, continueranno a lavorare senza nessun problema. E se il Vesuvio erutta e cadono lapilli, il terrazzo di copertura ne sopporterà il peso senza alcun danno».

Ore 15. Ponticelli. Nel cantiere dell'«Ospedale del Mare», arroventato dal sole cocente, 350 operai lavorano a pieno ritmo. Guardati a vista dall'ingegnere **Ciro Verdoliva**, commissario ad acta, incaricato di «gestire» la realizzazione di un'opera destinata a diventare il fiore all'occhiello della sanità italiana.

La domanda sulla zona rossa il commissario se l'aspettava. Per questo parla a raffica, come a voler finalmente tranquillizzare tutti e a raffreddare le polemiche di questi anni. Anche un terremoto catalogato come catastrofico, dice, non scalfirebbe la struttura, attesa da tutti da

oltre 10 anni e la cui costruzione è alle battute finali. «Entro la prossima estate l'ospedale del Mare sarà pronto: i lavori procedono secondo tabella di marcia. Dopo una lunga pausa,

che non è certo dipesa da noi, possiamo confermare che per agosto 2015 la struttura sarà pronta per essere operativa». E, a conferma delle sue parole, il viaggio nel cantiere dimostra che il più è fatto. Al settimo livello, per esempio, le camere di degenza sono bell'e pronte. Mancano soltanto le suppellettili. E sembrano le stanze di cliniche svizzere per

comfort e attrezzature ultramoderne. Ed è pronta per esempio, la pista di atterraggio dell'elicottero d'emergenza. E la sede amministrativa, le infrastrutture, il ponte che collega i vari lotti, il parcheggio. «L'Ospedale del Mare» tiene a precisare Verdoliva - è nato come modello innovativo di edilizia sanitaria, con riferimento al «nuovo modello di ospedale» ad alto contenuto tecnologico e assistenziale, elaborato dall'architetto **Renzo Piano** su incarico del Servizio Studi e Documentazione del Ministero della Sanità».

La realizzazione dell'ospedale - che tante polemiche ha scatenato negli anni - lo ricordiamo, è finalizzata alla ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera regionale e cittadina, con la dismissione e riconversione di **Ascalesi**, **Incurabili**, **San Gennaro**, **Loreto Mare**. Sarà «azienda ospedaliera di rilievo nazionale» e assorbirà parte del personale medico e paramedico dei quattro nosocomi. «Ad oggi si è provveduto alla liquidazione degli statuti di avanzamento lavoro per circa 14 milioni di euro ed il cronoprogramma relativo al completamento del complesso ospedaliero del tipo «chiavi in mano» è pienamente rispettato in relazione alla data di fine lavori fissata per il 29 agosto 2015» precisa Verdoliva.

E passiamo a ciò che maggiormente preme ai cittadini e a chi dovrà lavorare in quell'ospedale: il rischio sismico. Verdoliva entra nei dettagli: «L'edificio è caratterizzato da strutture tali da sopportare sollecitazioni, sia sismiche che vulcaniche. La copertura, per esempio può sopportare il sovraccarico per l'eventuale accumulo di materiale vulcanico».

«L'isolamento sismico è alla base delle moderne strategie di protezione dagli effetti dei terremoti.

Consiste nella installazione tra la struttura e la sua fondazione di speciali dispositivi di isolamento. Nel nostro caso consentono uno spostamento della struttura su ogni direzione di circa 25 centimetri. Essi sono 327 distribuiti su una superficie di 14 mila metri quadrati» dice il commissario. Si tratta, in parole povere, di 327 «ammortizzatori» che difendono l'ospedale da attacchi sismici. «E per dimostrare concretamente la funzionalità si è eseguita una prova imprimendo una sollecitazione di 900 tonnellate».

Quattro i colori predominanti: arancione, verde, lilla e azzurro. Spiega il direttore dei lavori, architetto **Antonio Bruno**: «Il colore assume un ruolo determinante nell'orientamento all'interno dell'ospedale: facilita il riconoscimento dei luoghi e stimola la memoria. Coordinando adeguatamente la segnaletica ed il cromatismo si otterrà che i colori diversi connoteranno e caratterizzeranno i diversi piani ed i diversi reparti. Il numero di colori che si possono utilizzare per un efficace sistema di codifica è molto limitato, si è scelto pertanto di lavorare con quattro colori chiaramente riconoscibili su un fondo di base neutro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda**327 isolatori
antisismici
e 500 letti**

L'ospedale del Mare avrà 450 posti di degenza più 50 posti low care, vale a dire ricovero a bassa assistenza. Avrà, tra l'altro, un centro di livello di emergenza cardiologica (dotato di Utic ed Emodinamica Interventistica), un centro di 2° livello «ictus cerebrale acuto con stroke unit e con reparti di Neurologia, Neuroradiologia e Neurochirurgia. Uno «Stone Center» per il trattamento della calcolosi renouretale, con litotripsia extracorporea e lasertrissia. Un «Centro Trauma» di alta specializzazione di riferimento per tutto l'ambito regionale (dotato di un reparto di Unità Spinale Unipolare). E un dipartimento emergenza con Trauma Center. L'edificio principale dell'Ospedale del Mare è costruito su un'impronta di circa 14 mila mq è posizionato su 327 isolatori, e da considerarsi una delle strutture isolate più rilevanti al mondo ed è la più grande in Europa.

I costi

**Già liquidati
14 mila euro
L'ingegnere
Verdoliva:
crono
programma
rispettato**

Salerno Nominato Spinelli, su Fb inneggiò contro il 25 aprile

I conti non tornano più E il manager dell'Asl commissaria gli ospedali Dopo Eboli è il caso di Nocera Inferiore

SALERNO — L'ospedale Umberto I di Nocera Inferiore diventa «osservato speciale»: a causa di straordinari ritenuti anomali ed elevati il manager dell'Asl Salerno, Antonio Squillante, invia, nel secondo plesso più grande del Salernitano, un commissario, anzi un osservatore, come lo stesso manager lo definisce, per cercare di raddrizzare una barca che da tempo presenta falle. E per l'arduo compito il dg ha scelto Pietro Spinelli, direttore della struttura complessa di gastroenterologia al «San Luca» di Vallo della Lucania, già commissario a Battipaglia, Oliveto Citra, Roccadaspide ed Eboli, dove ha affiancato tutti i direttori sanitari. Oltre che per l'attività di controllo, Spinelli è noto anche per aver scritto un

discusso post su Facebook a commento della ricorrenza del 25 aprile usando parole considerate «neofasciste»: immediate le richieste di dimissioni e licenziamento in tronco. Ma, evidentemente, tutto questo passa in secondo piano. «Ci siamo accorti - dice Squillante - che il trimestre di inizio anno relativo alla spesa degli straordinari è decisamente elevato. Spinelli svolgerà un lavoro autonomo teso alla verifica dei conti del personale e alla razionalizzazione dell'impiego delle risorse umane. Non parlerei di commissariamento: lo definirei piuttosto un osservatore, una persona di fiducia chiamato ad un compito importante».

Dunque, per il direttore sanitario Maurizio D'Ambrosio al mo-



»
**Spinelli è un
osservatore,
verifica i conti**

**Antonio Squillante
manager Asl**

mento nessuna rimozione, né trasferimento. È scattato l'affiancamento. Gli straordinari, infatti, restano il tallone d'Achille in un ospedale dove l'anno scorso, ad agosto, si registrano 21mila ore in più: turni firmati per presa visione dagli stessi vertici. E tra lavoro extra, carabinieri in corsia, otorini pronti a dimettersi in massa, carenza di personale, la situazione si è fatta esplosiva e la presenza di Spinelli la dice lunga. Non solo in termini di conti. Così come accade in altri quattro ospedali, dalle storie diverse. Il caso più noto è di fatto Eboli dove il direttore sanitario Mario Minervini fu sospeso per delibere ospedaliere ritenute non chiare. Terminata la «pena», ad inizio settimana, non ha ancora riavuto

il suo ruolo ricoperto da Rocco Calabrese che è a scavalco anche a Battipaglia, altro plesso commissariato. Come Oliveto Citra dove il responsabile sanitario Umberto Di Filippo, anch'egli sospeso, è ritornato alla guida del nosocomio, con un affiancamento. Idem per Adriano De Vita a Roccadaspide che può contare su un «tutor». Ospedali commissariati e militarizzati. Da una parte il controllo voluto dal management attraverso commissari ritenuti dai sindacati «abusivi» visto che tale figura non è contemplata. Dall'altra, plessi visitati sempre più spesso dai carabinieri: solo nell'ultima settimana i Nas sono stati a Nocera e a Vallo.

Rosa Coppola

© RIPRODUZIONE RISERVATA



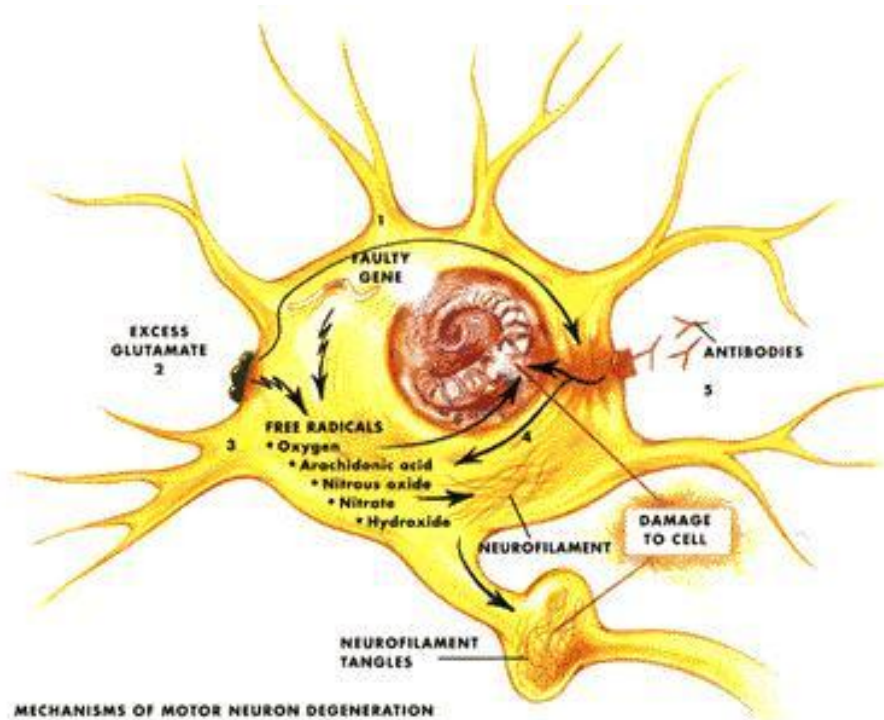
Umberto I

È l'ospedale
di Nocera
Inferiore,
il secondo
per grandezza
nel Salernitano



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Ricrescita muscolare scoperto l'interruttore



Vincenzo Di Marzo, direttore dell'Istituto di chimica del Cnr di Pozzuoli, autore della scoperta

NUOVE SPERANZE speranze per la cura delle patologie degenerative grazie allo studio condotto dai ricercatori dell'Istituto di chimica biomolecolare del Cnr di Pozzuoli.

La ricerca, i cui risultati sono stati pubblicati sulla prestigiosa rivista scientifica *Proceedings of the National Academy of Sciences (Pnas)*, ha identificato la funzione di un recettore degli endocannabinoidi nel processo di formazione del muscolo scheletrico. Questa scoperta apre nuove vie di sviluppo per il trattamento di importanti patologie degenerative per le quali non sono attualmente disponibili trattamenti farmacologici risolutivi. La distrofia muscolare, o più precisamente le distrofie sono un gruppo di atologie caratterizzate da disordini cellulari di origine genetica e dall'alterazione nei meccanismi che controllano la rigenerazione dei tessuti muscolari o ne provocano un danno progressivo.

Rigenerazione dei tessuti

“La ricerca ha identificato il ruolo del recettore dei cannabinoidi di tipo 1 (Cb1) nel processo di differenziamento delle cellule muscolari scheletriche umane e animali”, spiega **Vincenzo Di Marzo**, direttore dell'Icb-Cnr di Pozzuoli. “Poiché - continua - alcune patologie muscolari sono determinate dalla progressiva degenerazione o dall'alterazione del processo di rigenerazione

dei tessuti, la possibilità di controllare farmacologicamente o geneticamente la funzione del recettore Cb1 apre la strada a nuove strategie terapeutiche per il trattamento di patologie che incidono sulla rigenerazione e sullo sviluppo delle cellule muscolari, per le quali purtroppo non sono attualmente disponibili trattamenti farmacologici mirati. Basti pensare all'implicazione di tale opportunità nel rallentamento del decorso delle distrofie muscolari”.

Team internazionale

Lo studio è stato condotto in collaborazione tra il gruppo dell'Istituto Cnr con gruppi di ricerca dell'Università del Molise, del Karolinska Institutet di Stoccolma, e dell'Università di Debrecen in Ungheria. Dalle ricerche condotte dal team del Cnr è inoltre emerso che sono diversi gli attivatori di tale recettore, sia endogeni, cioè prodotti dall'organismo, che sintetizzati in laboratorio, che inibiscono l'espansione e il differenziamento dei mioblasti, le cellule precursori del muscolo scheletrico, in miotubi, i componenti elementari delle fibre muscolari.

“Al contrario, alcuni bloccanti del recettore Cb1 esercitano l'effetto opposto, cioè stimolano tale differenziamento. L'effetto del Cb1 è esercitato attraverso l'inibizione della funzione di altre proteine chiave per lo sviluppo muscolare, note come canali del potassio”.

Salute

Mi spieghi dottore Che cos'è la **sindrome metabolica?****Lo specialista****Una condizione
rischiosa
legata al grasso
viscerale**

Le alterazioni metaboliche aumentano le possibilità di avere un infarto o un ictus, ma anche di sviluppare diabete
di ANTONELLA SPARVOLI

Se avete tendenza a mettere su «pancetta», state allerta: basta la contemporanea presenza di almeno altre due alterazioni metaboliche, come pressione alta o colesterolo oltre i limiti desiderabili, per incorrere nella *sindrome metabolica*, condizione che aumenta le possibilità di infarto, ictus, diabete e non solo. **Quali sono le alterazioni più rischiose?** «Diminuzione del colesterolo Hdl («buono»), livelli superiori (anche di pochissimo) di trigliceridi nel sangue, ipertensione, ridotta tolleranza ai carboidrati con aumento della glicemia a

digiuno: se almeno due di questi fattori si associano a un giro vita superiore a 94 cm negli uomini e a 80 nelle donne si può parlare di *sindrome metabolica* — spiega Franco Pazzucconi, farmacologo clinico del Centro universitario per le dislipidemie dell'Ospedale Niguarda di Milano —. Questa condizione non è ancora perfettamente definita, tanto che nel tempo ha cambiato più volte nome: prima *sindrome X*, poi *insulino-resistenza*, poi *plurimetabolica* e ora *sindrome metabolica*».

A che cosa è dovuta la *sindrome metabolica*?

«Le cause non sono ancora chiare, ma è probabile che tutto parta dal tessuto adiposo *viscerale*. Il grasso viscerale è quello che si situa tra le anse intestinali,

circonda il cuore e, soprattutto negli anziani, si insinua tra le fibre muscolari. Diversamente da quello sottocutaneo, non è inerte. Le cellule che lo compongono, gli adipociti, rilasciano sostanze dette *adipochine* che verosimilmente danno il là a uno stato infiammatorio e dismetabolico capace di favorire alterazioni di trigliceridi e colesterolo, aumento della pressione sanguigna e insulino-resistenza. Il che significa che quando mangiamo, e quindi provochiamo rilascio di insulina nel sangue, le nostre cellule non sono capaci di utilizzare questo ormone per consumare gli zuccheri in eccesso».

Quali sono le sue conseguenze?

«Una persona con *sindrome metabolica* ha, rispetto alla popolazione normale, un rischio doppio di eventi cardiovascolari e cinque volte maggiore di diabete. Ciò è, pare, più vero per le donne che per gli uomini. Non solo: abbiamo il sospetto (non ancora le prove) che le aumentate possibilità di avere problemi cardiovascolari siano superiori alla somma dei singoli fattori di rischio».

Come si può rimediare?

«La *sindrome metabolica* si combatte innanzitutto con lo stile di vita: fare movimento, ridurre il peso corporeo, seguire una dieta equilibrata ricca di frutta e verdura e povera di grassi, nonché evitare di fumare e non abusare dell'alcol. Si tratta della strategia più efficace, ma non sempre così facile da mettere in atto. Purtroppo non disponiamo di terapie capaci di agire sul tessuto adiposo e bloccare la catena di eventi determinata dal rilascio delle *adipochine*, con tutte le conseguenze connesse.

Se con gli interventi sullo stile di vita non si ottengono i risultati sperati, non resta che agire sui singoli fattori con farmaci appositi, per abbassare la pressione, normalizzare il colesterolo, ridurre i trigliceridi, contrastare la resistenza all'insulina».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La **sindrome metabolica** è caratterizzata dalla presenza di alcuni fattori di rischio. Questi, nel loro insieme, danno luogo a una complessa situazione che aumenta le possibilità di problemi cardiovascolari. La probabilità di sviluppare la sindrome metabolica aumenta con l'età, colpendo soprattutto i soggetti sopra i 60-70 anni, anche se non è infrequente nei più giovani, probabilmente a causa della maggiore diffusione dell'obesità infantile.

Si può parlare di sindrome metabolica quando la presenza di un giro vita superiore ai 94 cm negli uomini e a 80 cm nelle donne si accompagna ad almeno altri 2 fattori di rischio metabolici.

Livelli di trigliceridi
superiori o uguali
a 150 mg/dl

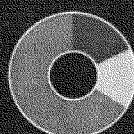
Colesterolo Hdl (buono)
inferiore a 50 mg/dl
negli uomini
e a 40 mg/dl
nelle donne

Pressione arteriosa
superiore
o uguale
a 130/85 mmHg

Glicemia a digiuno
superiore
o uguale
a 100 mg/dl

I SINTOMI

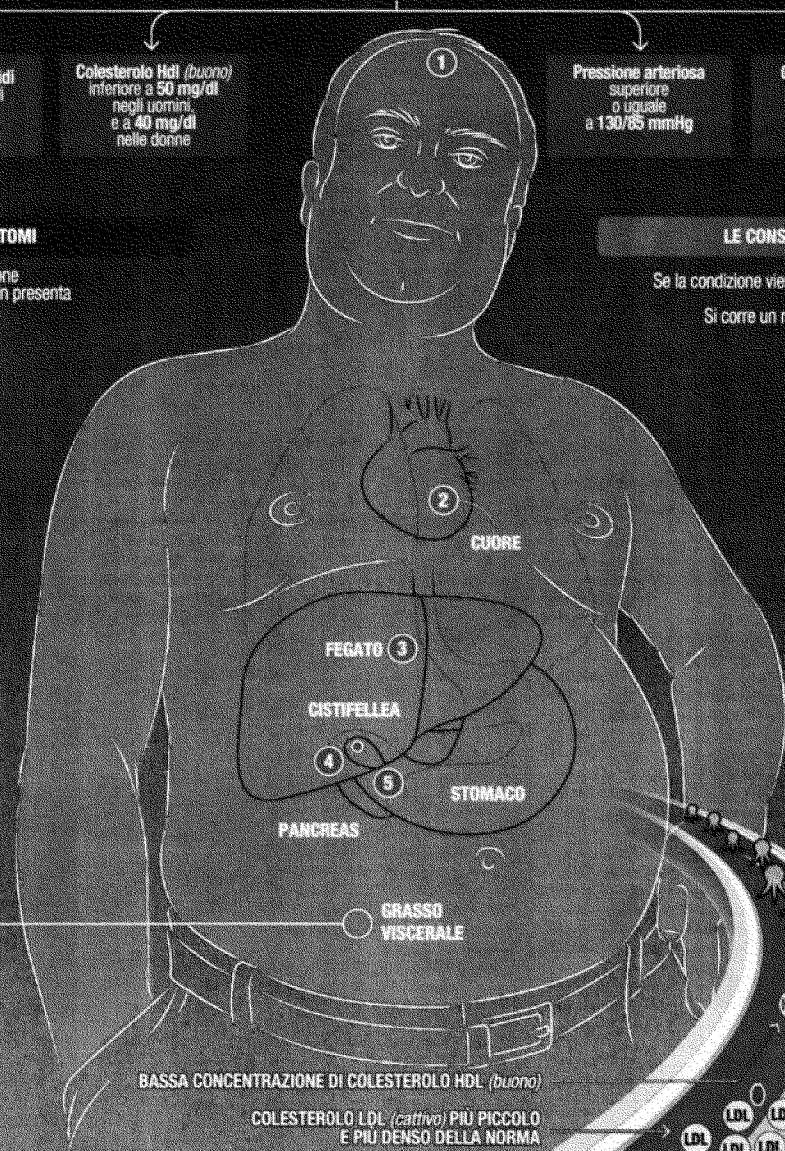
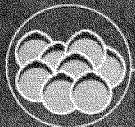
La maggior parte delle persone con sindrome metabolica non presenta particolari sintomi.



18-34 %

La diffusione della sindrome metabolica nella popolazione

ADIPOCITI
(cellule del tessuto adiposo)



BASSA CONCENTRAZIONE DI COLESTEROLO HDL (buono)

COLESTEROLO LDL (cattivo) PIÙ PICCOLO E PIÙ DENSO DELLA NORMA

LE CONSEGUENZE

Se la condizione viene trascurata le conseguenze possono essere gravi. Si corre un rischio maggiore di sviluppare:

- ICTUS ①
- INFARTO ②
- FEGATO GRASSO ③
- CALCOLI BILIARI ④
- DIABETE ⑤

LIVELLI ELEVATI DI TRIGLICERIDI NEL SANGUE

LIVELLI ELEVATI DI GLUCOSIO A DIGIUNO

LIVELLI ELEVATI DI GLUCOSIO A DIGIUNO

IPERTENSIONE ARTERIOSA

TENDENZA ALLA FORMAZIONE DI TROMBI (indotta dallo stato infiammatorio)

ATEROSCLEROSI

LE CAUSE

Non sono ancora del tutto chiari i meccanismi alla base della sindrome metabolica. Una delle ipotesi più accreditate è che tutto parta dall'accumulo di **grasso viscerale** e dalla conseguente **insulino-resistenza** (l'insulina, l'ormone prodotto dal pancreas che controlla nel nostro organismo gli zuccheri, non agisce in maniera soddisfacente).

- ① Gli adipociti rilasciano **acidi grassi liberi**, **adipochine** (come l'adiponectina e la resistina) e **citochine** (come il Tnf-alfa e l'interleuchina 6), che possono creare uno **stato infiammatorio** con diverse ricadute sull'organismo.
- ② Lo stato infiammatorio può favorire l'**insulino-resistenza** che comporta l'incapacità delle cellule periferiche di rispondere a questo ormone, aumentando così il **rischio di diabete**.
- ③ Si possono avere anche ricadute sulle **capacità coagulative del sangue** (formazione di trombi), **ipertensione** e alterazioni del quadro lipidico che favoriscono l'**aterosclerosi**.

LE CURE

La terapia si basa sulla correzione di tutte le manifestazioni che accompagnano la sindrome metabolica e che si basano sullo sviluppo dell'insulino-resistenza. Ciò significa combattere con farmaci mirati la pressione alta, il colesterolo e i trigliceridi elevati nonché la glicemia alterata.

La chiave per avere successo è però l'intervento sullo stile di vita, come:



Dieta appropriata
(la dieta mediterranea con pochi grassi e molta frutta e verdura è l'ideale)



Perdita di peso



Regolare attività fisica



Abolizione del fumo

campagne di sensibilizzazione

Rivoluzione culturale contro il rischio fumo

FRANCESCA BOTTENGHI

«È difficile cambiare la mentalità dei fumatori. Spesso non si rendono conto di quanto facciano male le sigarette. Allora, spetta a noi ricercatori mostrarne gli effetti». A dichiararlo è Claudia Sticozzi, 32 anni, che ha ricevuto per la seconda volta una borsa di studio della Fondazione Veronesi. La biologa lavora all'Università di Ferrara nel laboratorio di Fisiologia cellulare diretto dal professor Giuseppe Valacchi. «Studiamo gli effetti del fumo passivo sulle cellule polmonari», dice. «Sulla superficie delle loro membrane c'è una proteina-recettore, chiamata SRB1, che sembra coinvolta nell'assimilazione degli antiossidanti, ossia di quei composti che ci consigliano di assumere per prevenire i danni causati dalle sigarette. Il nostro obiettivo è capire se dopo l'esposizione al fumo il recettore cambia e non è più in grado di assorbire ciò che dovrebbe proteggerci, ad esempio la vitamina E».

La lotta alle sigarette deve quindi partire dalla consapevolezza dei rischi del fumo, un'abitudine per oltre 11 milioni di italiani, causa di almeno 25 malattie e 18 tipi di tumore. Dello stesso parere è la Fondazione Veronesi, che ha ideato "No Smoking Be Happy", un progetto di comunicazione che si articola in diverse attività per prevenire l'iniziazione al fumo, favorire l'orientamento ai servizi per smettere, educare alla tutela della salute, rivolte soprattutto ai più giovani: laboratori interattivi, campagne nelle scuole, incontri di sensibilizzazione e due mostre. La prima, dal 2008 al 2011, offriva un percorso per osservare, sentire, annusare e toccare la nocività della sigaretta. Anche quella multimediale, ideata nel 2013 e approdata a Torino il mese scorso, racconta con materiali scientifici i danni del tabacco. L'attenzione ai giovanissimi si spiega con l'indagine di AstraRicerche tra gli studenti delle superiori milanesi e piemontesi: i fumatori tra i 14 e i 19 anni sono più del 30% e il 50% di questi afferma di non voler smettere.



“Il progetto No Smoking Be Happy si rivolge ai giovani. I fumatori tra i 14 e i 19 anni sono più del 30% e la metà non intende smettere”

© RIPRODUZIONE RISERVATA

la salute vien mangiando

Dieta, uno scudo contro le malattie

Con il suo orto alla Casa Bianca e la campagna salutista "Let's Move", Michelle Obama ne ha fatto un punto d'onore: mangiare sano migliora la qualità della vita. E aiuta a tenere lontani sovrappeso e obesità, in aumento in tutto il mondo, soprattutto tra donne e bambini. Secondo uno studio della rivista scientifica *Lancet*, nel mondo una persona su tre è troppo grassa, tanto che l'obesità è una delle sfide principali per la salute globale. Sfida che la Fondazione Veronesi ha raccolto fin dalla nascita, con l'impegno per la sensibilizzazione a una sana alimentazione e la ricerca nel campo della nutrizione. Almeno un terzo dei tumori - e molte altre malattie - potrebbero infatti essere evitati facendo ogni giorno le scelte giuste a tavola. Anche seguendo i più recenti sviluppi della ricerca come la nutrigenomica. «Si tratta della disciplina che studia gli effetti dei diversi nutrienti sul Dna», spiega la ricercatrice della Fondazione Valentina Calvenzani. «Abbiamo scoperto per esempio che la progressione di alcune neoplasie potrebbe essere ritardata dalle antocianine». Ovvero polifenoli dall'altissimo potere antiossidante che si trovano in certi tipi di frutta e verdura. «Tutti quelli dalla colorazione rosso-blu: melanzane, lamponi, barbabietole... Il consiglio è di inserirli nella dieta in grandi quantità», conferma la biologa e nutrizionista Elena Dogliotti, impegnata in vari progetti della Fondazione focalizzati su un sano stile di vita alimentare. Da seguire a casa, ma anche in ufficio: «Stiamo lavorando a un'idea di distributori con frullati di frutta fresca, yogurt, prodotti integrali, tè verde e anche caffè con miscele selezionate».

Scelte salutari, ma non per questo punitive e tristi. «Non tutti sanno per esempio che il gelato fa bene, a patto che sia artigianale», continua Dogliotti, «perché la lavorazione mantiene intatte vitamine e polifenoli». Oppure la frutta secca, ricca degli acidi grassi buoni Omega 3 anti-colesterolo, e un vero toccasana. Non solo per il corpo: comprando le speciali "Noci della ricerca" nei vari punti vendita selezionati (la lista completa su www.fondazioneveronesi.it) si contribuisce infatti a finanziare la ricerca nel campo della nutrigenomica, facendo del bene a noi e a alla scienza.

(e.m.)



«Alcune neoplasie potrebbero essere ritardate dalle antocianine, antiossidanti molto potenti contenuti in frutta e verdura di colore rosso-blu»

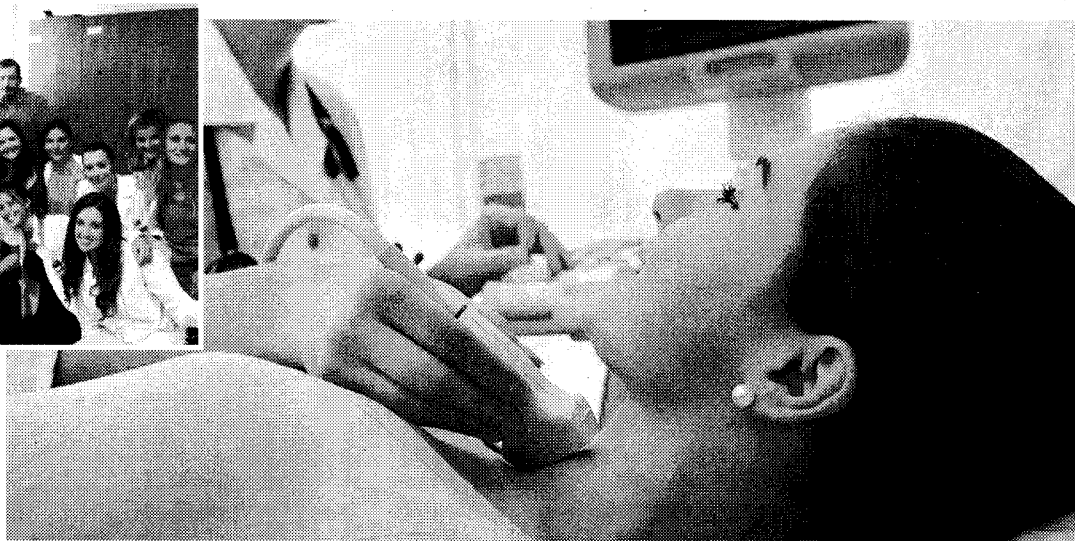
LA CURA ha tante facce e spesso le parole non sono meno importanti della chimica. Anche per questo i medici (a volte) lasciano la parola ai pazienti, si mettono in gioco per creare degli spazi di incontro al di fuori della routine dettata dagli stringenti ritmi sanitari, spazi per dare e ricevere consigli, per condividere esperienze e rassicurazioni.

“E niente è più prezioso per pazienti che sono in fase di cura – spiega **Giovanni Lupoli**, docente di Endocrinologia alla Federico II – del confronto con pazienti che hanno superato brillantemente una patologia importante ma per l’apunto non invincibile come un tumore”. È da questa consapevolezza che nascono gli incontri dell’Aiat (Associazione italiana ammalati di tumore tiroideo), quella di dare “all’ammalato di la possibilità di parlare la sua lingua e di sentire la sua malattia come un’esperienza comune e assolutamente superabile” continua Lupoli, anima della sezione napoletana dell’Aiat, promotrice giovedì scorso al Secondo Polid clinico di “Tiroide operata”. Format rigorosamente informale: a una serie di relazioni brevi su vari aspetti della malattia e delle varie strategie terapeutiche segue il momento clou dell’interazione tra pazienti e medici.

Verso la guarigione completa

Il carcinoma della tiroide è il più comune tumore endocrino e rappresenta circa l’1,9 per cento delle neoplasie maligne totali (è il quinto tumore per frequenza nella fascia di età compresa tra seconda e quarta decade di vita) con una maggiore prevalenza nelle donne. “Si tratta di una malattia che negli ultimi anni ha presentato un significativo aumento della frequenza. Ciò in parte si spiega – osserva Lupoli – come conseguenza dell’affinamento delle tecniche diagnostiche (ecografia ed agoaspirato tiroideo che permettono di fare diagnosi più precoci) e dall’altra come effetto dalla maggior esposizione della

Il male non fa (più) paura Tiroide, Napoli fa scuola

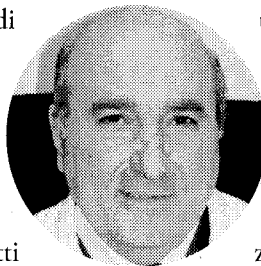


Nel riquadro l’equipe dell’Area funzionale di Diagnostica e Terapia di Patologia Endocrina guidata da Giovanni Lupoli

Giovanni Lupoli, medico umanista

PRIMARIO per l’Area Funzionale di Diagnostica, Terapia e Day-Hospital di Patologia Endocrina alla Federico II di Napoli, **Giovanni Lupoli** (nella foto) è dal 2005 Direttore della Scuola di Specializzazione di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo.

Ha partecipato a numerosi progetti di ricerca e screening delle patologie tiroidee e del metabolismo calcio-fosforo con numerose collaborazioni scientifiche con Istituti



universitari nazionali ed internazionali. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche di interesse endocrinologico su riviste internazionali e membro di numerose associazioni e società scientifiche endocrinologiche nazionali ed internazionali.

Collabora da anni con l’Aiat (Associazione italiana ammalati di tumore tiroideo) promuovendo incontri con i pazienti e le loro famiglie per affrontare in modo informale i vari aspetti della malattia e del suo decorso.

popolazione a fattori che favoriscono lo sviluppo di questi tumori”. In ogni caso, questo il dato importante, se diagnosticati precocemente tali carcinomi hanno una prognosi favorevole con guarigione completa.

Stop ai viaggi della speranza

Alla tiroidectomia generalmente segue la radioiodioterapia, che sfrutta la proprietà della cellula tiroidea a captare lo iodio. Una terapia che oggi può essere svolta benissimo anche a Napoli, che può contare su due laboratori specializzati al Pascale e al Se-

condo Policlinico. “Non sono più giustificabili costosi e umilianti viaggi della speranza in altre Regioni. Le liste di attesa sono ridotte e abbiamo una organizzazione tale da soddisfare tutte le esigenze dei pazienti”.

Solo l’equipe dell’Area Funzionale di Diagnostica, Terapia e Day-Hospital di Patologia Endocrina, guidata da Lupoli segue attualmente più di duemila pazienti con carcinoma tiroideo. I pazienti seguiti dal gruppo possono effettuare visita endocrinologica, prelievo per i dosaggi di laboratorio ed eventuali test genetici,

ecografia ed agoaspirato tiroideo, eventuale scintigrafia tiroidea e consulenza chirurgica. Fanno parte dell’equipe i medici **Francesco Fonderico**, **Gelsy Lupoli**, **Annalisa Panico** e **Maria Rita Poggiano**, oltre alla sempre preziosa attività dei dottorandi e del personale infermieristico. ***

(254, continua)

