



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Il rapporto di «Cittadinanzattiva»: molti rinunciano a curarsi

## Stato canaglia, malati di tumore costretti a pagarsi le terapie

■ ■ ■ SIMONA PLETTO

■ ■ ■ Un cittadino su quattro attende più di un mese per ottenere un materasso, un cuscino antidecubito, o un letto articolato, cioè quello che si usa negli ospedali; poco meno quelli che aspettano più di trenta giorni per traverse e pannoloni. E ancora: più di uno su tre deve aspettare almeno quaranta giorni per ottenere un sollevatore o una carrozzina, e uno su dieci per i farmaci indispensabili. Dentro le mura di casa l'assistenza sanitaria fatica a raggiungere i livelli standard imposti, e continua a far sentire soli i pazienti e i loro familiari, in balia di un servizio carente, sotto il profilo della quantità e della qualità.

### A DOMICILIO

Non solo per l'assistenza sanitaria territoriale, ma anche per quella domiciliare, dove un cittadino su dieci è costretto a mettere mano al portafoglio per pagarsi farmaci, pannoloni, fisioterapia e badanti, per una spesa mensile di circa mille euro al mese.

Il desolante quadro prende forma dalla lettura dell'ultimo rapporto 2017 "Pit salute" di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, e dalla recente campagna informativa dal titolo "La sanità non è uguale per tutti". Il nostro sistema sanitario, secondo il report, produce ancora molti ritardi e diffomità e crea forti disu-

guaglianze. In Italia un over 65 su due soffre di una malattia cronica grave, eppure l'assistenza domiciliare è un miraggio quasi ovunque. Riguardo le differenze geografiche, la situazione è peggiore al Sud con 50,3% malati cronici, mentre al Nord Est la media scende al 38,4%.

Tra le patologie gravi ci sono: tumore maligno, Alzheimer, diabete, bronchite cronica, infarto, angina pectoris, ictus, cirrosi epatica, demenze senili, parkinsonismo, insufficienza renale, etc. La macchina del supporto domiciliare, come dicevamo, viaggia ancora a singhiozzo.

Per attivare le cure di un fisioterapista passano non meno di dieci giorni. Manca un piano informativo, e due pazienti su cinque vivono il troppo frequente cambio di operatori sanitari che si recano a domicilio, con un certo disagio. Nel 2017 il 65% ha dichiarato di avere rinunciato almeno ad una visita specialistica perché troppo costosa. Oggi sono circa cinque milioni gli italiani che soffrono di incontinenza per diversi motivi. Fra questi, c'è chi non riesce ad avere dalle Asl un numero sufficiente o un modello adatto di pannoloni. In molti lamentano la scarsità dei prodotti, nonostante il servizio sanitario spenda in media 190 milioni di euro ogni anno in pannoloni. Almeno il 50% ha difficoltà a ritirare i voluminosi pacchi in farmacia, altri segnalano il numero esiguo assegnato e i tempi di consegna troppo lunghi (per rego-

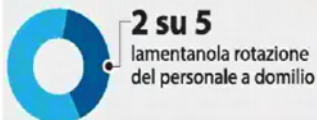
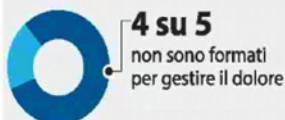
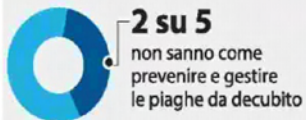
la entro 5 giorni dall'autorizzazione alla fornitura da parte delle Asl, spesso non rispettata). Le disuguaglianze riguardano anche il sistema di assistenza ai disabili. La metà dei 540mila gravi under 65 vive senza un aiuto pubblico. Significa che le ingenti spese necessarie al benessere e alla sopravvivenza della persona - dalla fisioterapia al supporto psicologico - spettano interamente alle famiglie. Che non sempre possono permetterselo. E sono costrette a indebitarsi. E la situazione potrebbe peggiorare: secondo una proiezione del Censis il numero di disabili è destinato ad aumentare, parallelamente all'invecchiamento della popolazione. Sempre in tema di differenze i tempi di attesa dei mezzi di soccorso sono molto diversi tra Nord e Sud.

### TEMPI D'ATTESA

Le punte minime si registrano in Liguria (13 minuti). Alcune regioni, invece, fanno registrare intervalli di attesa fuori dalla norma: è il caso in della Sardegna (23 minuti), ma soprattutto della Basilicata (27 minuti). Sul fronte della mobilità sanitaria, quando cioè la persona è costretta a spostarsi per avere cure adeguate, la situazione peggiore resta al Sud. In Calabria, per esempio, si sono spesi in un anno trecento milioni per curare pazienti fuori regione, per mancanza di strutture.

## I NUMERI

### Assistenza domiciliare: i problemi dei cittadini



P&G/L

### Attese dei mezzi di soccorso

#### Punte minime

Liguria	<b>13 minuti</b>
Lombardia	<b>14 minuti</b>
Lazio	<b>15 minuti</b>



#### Punte massime

Sardegna	<b>23 minuti</b>
Calabria e Molise	<b>22 minuti</b>
Basilicata	<b>27 minuti</b>

### Servizi sul territorio: le difficoltà regionali

#### Rsa

Veneto	Piemonte	Toscana
<b>789</b>	<b>605</b>	<b>319</b>



meno di 32 nelle altre regioni

#### Centri diurni

<b>Salute mentale</b> (media 29,8 per regione)	Molise <b>3</b>	Toscana <b>69</b>
---	--------------------	----------------------

<b>Alzheimer</b> (media 22,7 per regione)	Molise <b>1</b>	Veneto <b>109</b>
--	--------------------	----------------------

<b>Autismo</b> (assenti nel 40% delle regioni)	Puglia e Umbria <b>6</b>	Veneto <b>309</b>
---	-----------------------------	----------------------

Monitoraggio dei Servizi sul territorio - Cittadinanzattiva, 2017

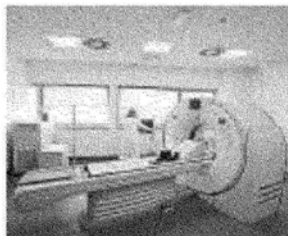
## Diagnostica, il deserto della Costiera

### La denuncia

Per sei Comuni, 82mila abitanti e milioni di turisti non esistono centri clinici convenzionati

**Ciriaco M. Viggiano**

PIANO DI SORRENTO. Un anziano residente in penisola sorrentina deve sottoporsi a un esame della Tac. Per farlo in tempi rapidi e senza sborsare cifre astronomiche però, è costretto a rivolgersi alle strutture dell'area stabiese o del Vesuviano. Da decenni infatti, in Costiera manca un centro diagnostico accreditato dove i pazienti possano essere visitati pagando soltanto il ticket e senza dover attendere i tempi biblici che caratterizzano la sanità pubblica. Una carenza inaccettabile per un territorio che comprende sei Comuni e 82mila residenti ai quali si aggiungono ogni anno milioni di turisti: «Quelli della penisola sorrentina sono cittadini di serie B -



attacca Giuseppe Staiano, presidente della sezione locale del Tribunale per i diritti del malato - Sono anni che denunciavamo questa vergogna, ma le istituzioni non sembrano interessarsene».

Il problema riguarda soprattutto gli anziani e i residenti sulle colline o nelle zone periferiche della Costiera. Per queste persone infatti, anche sottoporsi a una semplice radiografia diventa un dramma. Se scelgono di rivolgersi a strutture sanitarie pubbliche, devono fare i conti con lunghe liste d'attesa. Se decidono di andare in un centro diagnostico convenzionato per accorciare i tem-

pi e pagare solo il ticket, devono raggiungere Castellammare, Pompei oppure Anghi. Già, perché in tutta la penisola sorrentina c'è una sola struttura privata che da anni attende di essere accreditata: si tratta del centro Pane di Piano di Sorrento. Qui esami come Tac, radiografie, risonanze magnetiche ed ecografie vengono pagati come prestazioni private. Ma i titolari non esitano a praticare sconti ai pazienti in evidenti difficoltà economiche.

E per i turisti che necessitano di un esame, c'è un accordo che consente loro di essere accompagnati al centro e di tornare poi in albergo pagando una tariffa calmierata. E questo perché nonostante ripetute richieste e solleciti, la struttura non è riuscita ancora a ottenere la convenzione col servizio sanitario: «Prima che come imprenditori - spiegano i vertici del centro Pane - ragioniamo da medici con un cuore e una sensibilità. La mancanza di un centro diagnostico convenzionato in penisola è grave e va sanato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Capri Dopo la relazione choc degli ispettori

# Emergenza Capilupi il manager assicura: presto le soluzioni

La lettera: «Rimuoveremo le gravi carenze igieniche. Più personale e apparecchi»

Anna Maria Boniello

CAPRI. Il direttore generale dell'Asl Na 1 Centro rassicura i sindaci dell'isola in merito all'ispezione della scorsa settimana che ha fatto emergere una serie di carenze all'interno del presidio ospedaliero Capilupi. In una lunghissima nota il manager Mario Forlenza si è rivolto anche ai cittadini di Capri ed Anacapri, annunciando che saranno adottate tutte le misure necessarie per rimuovere le gravi carenze scoperte e accertare le eventuali responsabilità di dirigenti e personale. Riguardo la richiesta dei sindaci di «avere poteri specifici di direzione e sorveglianza del Capilupi», Forlenza ribadisce che la proposta «è meritevole di giusta ed equilibrata valutazione, nei limiti però del rispetto delle funzioni istituzionali che la vigente normativa di legge assegna ai sindaci e alle Asl».

Forlenza precisa che i fatti non risultano accertati per cui darà mandato di procedere a un'azione legale nei confronti di ignoti, in quanto ritiene che le notizie diffuse ledano l'immagine dell'Asl, del Capilupi e dell'isola di Capri. Resta però il fatto che il verbale dettagliato, redatto dagli ispettori inviati al Capilupi dallo stesso direttore generale, elenca tutte le criticità di cui sono gli stessi cittadini, utenti ed amministratori a lamentarsi. Tanto che negli ultimi tempi, per far fronte alle problematiche emerse, si sono avuti una serie di in-

contri tra i vertici dell'Asl, gli amministratori dei due comuni ed i componenti del Comitato «Salviamo il Capilupi». In linea con la nuova linea di collaborazione, il direttore dell'Asl ribadisce: «Posso affermare che tutte le iniziative assunte per garantire la salute dei cittadini capresi e dei non residenti sono state oggetto di preventiva informazione e/o condivisione con i sindaci di Capri e Anacapri o di utile e proficua convergenza d'intenti, come nel caso dell'utilizzo del campo di calcio San Costanzo di Capri per i trasferimenti notturni con Elisoccorso 118 per pazienti in codice rosso».

In riferimento, poi all'intervento degli ispettori sanitari, Forlenza precisa che «l'impegno immediato che mi sento di assumere è quello di rimuovere le gravi carenze igienico-sanitarie, ma anche quello, soprattutto, di garantire che si proceda a dare seguito agli impegni assunti, perché solo in tal modo si può dare un segnale concreto di fattiva collaborazione istituzionale finalizzata a garantire il diritto alla salute dei cittadini capresi e dei turisti».

In conclusione Forlenza, per assicurare amministratori ed utenza, elenca una serie di servizi di cui sarà dotato a breve il Capilupi: «Sono stati recepiti gli offering relativi agli ambulatori di cardiologia e ortopedia le cui liste d'attesa; a integrazione del personale già presente è stato predisposto un turno mattina/pomeriggio di operatori per tutti i sabato e domenica del mese di aprile; saranno acquistati un ecocardiografo e un elettrocardiografo interpretativo, e infine sarà messo in atto un protocollo per la riattivazione delle attività chirurgiche».

**L'impegno**  
Forlenza  
risponde  
anche  
ai sindaci:  
collaboriamo  
nel rispetto  
dei ruoli



**Degrado**  
L'ospedale  
Capilupi di  
Capri soffre  
di notevoli  
carenze,  
segnalate in  
un dossier  
consegnato  
a Forlenza  
dagli  
ispettori  
dell'Asl

Ospedale Umberto I

## Sospetta meningite Degente trasferita e profilassi avviata



**Nocera Inferiore.** Sospetto caso di meningite all'ospedale Umberto I. Una degente è stato ricoverato nella notte tra domenica e ieri in neurologia, per poi essere trasferita al Cotugno di Napoli per un sospetto caso di meningite su cui si procede con degli accertamenti. Intanto sono state avviate tutte le procedure previste dal protocollo dall'Asl di Salerno. La donna, residente nell'Agro, si è presentato presso il pronto soccorso del locale nosocomio con febbre alta e forti mal di testa accompagnati da sensi di nausea. E' stata visitata dai medici e successivamente è stata trasferita presso l'ospedale napoletano per le malattie infettive. Fino a ieri sera non è stata resa nota la diagnosi ma all'ospedale Umberto I di Nocera Inferiore sospettano che la donna sia stata colpita da una forma di meningite. Appena due settimane fa, una 83enne fu ricoverata all'Umberto I perchè affetta da un'infezione batterica da meningococco. E come ieri la direzione sanitaria del nosocomio aveva attivato la procedura di profilassi prevista in questi casi per le persone che hanno avuto contatti con il paziente affetto dalla patologia infettiva.

10/4/2018

Formazione medica, Anaaio Giovani: Una nuova laurea abilitante piuttosto che un nuovo esame di Stato

# PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

## Formazione medica, Anaaio Giovani: Una nuova laurea abilitante piuttosto che un nuovo esame di Stato

[panoramasanita.it/2018/04/09/formazione-medica-anaao-giovani-una-nuova-laurea-abilitante-piuttosto-che-un-nuovo-esame-di-stato/](http://panoramasanita.it/2018/04/09/formazione-medica-anaao-giovani-una-nuova-laurea-abilitante-piuttosto-che-un-nuovo-esame-di-stato/)



0  
0  
0  
0  
0

“La riorganizzazione del percorso post laurea in medicina e chirurgia è tornata nella attualità della politica con una proposta di riforma dell’esame di stato che mira alla riduzione dei tempi di attesa del giovane medico tra laurea ed abilitazione. Il miglioramento per l’“efficacia selettiva” dell’esame di Stato proposto dal Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca, criticato comunque dal Consiglio di Stato, prevede, infatti, una nuova tipologia di esame, unica e non più divisa in due parti, attraverso un test “multiple choice” elaborato a livello centrale ed anticipa, il tirocinio pratico-valutativo nel periodo precedente alla laurea per aumentare la componente clinico-pratica della formazione del medico”. È quanto afferma Anaaio Giovani che ritiene, però, “che la riduzione dei tempi per conseguire l’abilitazione per i neo-medici laureati nel nostro Paese non possa essere garantito unicamente dall’aumento delle sessioni di esame o dal mutamento dell’esame stesso. Un tale condivisibile obiettivo è conseguibile solo imitando le altre realtà europee, nelle quali la laurea in Medicina è di per sé abilitante, consentendo ai neo-medici di entrare subito nel mondo del lavoro o di accedere alla formazione post laurea. L’esame di laurea abilitante ridurrebbe senza dubbio i ‘tempi morti’ che oggi esistono dopo l’esame di laurea, che possono raggiungere anche l’anno. L’effettiva acquisizione delle capacità e idoneità pratiche, oltre che teoriche, da parte di chi si appresta ad esercitare la professione medica, dovrebbe essere valutata con serie e rigorose attività professionalizzanti nell’ambito del percorso ante-laurea, in modo da garantire una reale e completa formazione al futuro medico insieme con capacità pratiche ottimali, come prerogativa aggiuntiva. Sembra anche doveroso sottolineare come il numero chiuso per l’accesso alla facoltà di Medicina debba essere preservato anche al fine di garantire un’adeguata organizzazione dei tirocini pratici, nei quali venga assegnato un tutor per piccoli gruppi di studenti, migliorando la qualità della formazione pratica e garantendo una sorveglianza continua dell’acquisizione delle nozioni pratiche professionalizzanti”. Anaaio Giovani invita anche la Fnomceo “ad adoperarsi in favore della laurea abilitante, che è stato un suo obiettivo per molti anni, piuttosto che contentarsi di modifiche dell’esame di abilitazione per evitare che l’Italia rimanga rispetto alle altre realtà europee, sul piedistallo dell’inadeguatezza organizzativa e formativa. Al di là della laurea abilitante, tuttavia, occorre assicurare una riscrittura del percorso di formazione del

10/4/2018

Formazione medica, Anaaio Giovani: Una nuova laurea abilitante piuttosto che un nuovo esame di Stato

propri contratti di formazione a tempo determinato che favorirebbero l'acquisizione anche dei diritti professionali e previdenziali oggi non riconosciuti. In tale percorso le Regioni hanno il dovere di intervenire come coattori, non limitandosi ad assecondare i desiderata dei Rettori. Crediamo, infine" conclude Anaaio Giovani, "che la soluzione delle problematiche dei medici in formazione debba passare obbligatoriamente attraverso la creazione di un tavolo tecnico, eventualmente permanente, sulle criticità della formazione medica pre e post-lauream, al fine di garantire una visione globale dei problemi per creare insieme un sistema formativo più efficiente ed al passo con l'Europa".

# quotidiano**sanità**.it

Lunedì 09 APRILE 2018

## Specializzandi: la Corte d'Appello stabilisce il risarcimento per i mancati compensi legati al ritardo di applicazione delle norme Ue

***I medici, iscritti alla specializzazione tra il 1981 e il 1990, non avevano ricevuto compensi, ma la Corte di Appello di Napoli (sentenza 4245/2017) lo ha deliberato "per inadempimento dello Stato per omessa o tardiva trasposizione" delle direttive comunitarie". [LA SENTENZA.](#)***

Agli specializzandi tra il 1983 e il 1999 spetta il risarcimento per non essere stati pagati a causa del ritardo nel recepimento delle direttive Ue che hanno previsto, entro il 31 dicembre 1982 la remunerazione per l'attività svolta durante la Scuola.

**A deciderlo è stata la Corte di Appello di Napoli (sentenza 4245/2017), ribaltando la decisione del Tribunale che aveva negato l'indennizzo**

**ai medici, iscritti alla specializzazione tra il 1981 e il 1990, non avevano ricevuto compensi e il Tribunale aveva respinta la richiesta di pagamento delle somme da parte dell'Università di Napoli, Miur e Mef richieste come corrispettivo o risarcimento per la violazione nell'attuazione del direttive comunitarie 75/363/Cee e 82/76/Cee che prevedevano entro fine 1982 l'adozione dei compensi.**

La Corte di Appello sottolinea che la richiesta dei medici è di risarcimento danni "per inadempimento dello Stato per omessa o tardiva trasposizione" delle direttive comunitarie. Un risarcimento che spetta ai medici iscritti alla specializzazione dal 1° gennaio 1983 al 1990/91 che si prescrive nel termine di dieci anni perché l'obbligazione è "riconducibile all'area della responsabilità contrattuale". Secondo la Corte il termine decorre dal 27 ottobre 1999, giorno in cui è entrata in vigore la legge 370/1999, che ha attuato le direttive comunitarie.

**Secondo la Corte d'Appello poi non tocca ai medici ricorrenti provare di non aver percepito altre remunerazioni o borse di studio nel periodo in questione, né che il corso frequentato fosse esclusivo e a tempo pieno. Spetta invece allo Stato dimostrare che il medico semmai abbia avuto un compenso mentre frequentava il corso e comunque il suo importo può incidere solo sulla somma dovuta.**

**Per quanto riguarda gli importi, la Corte giudica equi i 13 milioni di lire che l'articolo 11 della legge 370/1999 aveva stabilito per la borsa di studio agli specializzandi iscritti ai corsi dall'anno accademico 1990/91 e in base a questo riconosce ai ricorrenti somme comprese tra 26mila e 33mila euro.**

Per quattro di loro, i cui ricorsi erano relativi al periodo precedente al 1° gennaio 1983, i giudici avevano sospeso il giudizio in attesa della decisione della Corte di giustizia dell'Unione europea, a cui si erano rivolte le Sezioni unite della Cassazione. Decisione arrivata il 24 gennaio 2018 con un'interpretazione favorevole ai medici: secondo la Corte europea "qualsiasi formazione a tempo pieno o a tempo ridotto come medico specialista iniziata nel corso dell'anno 1982 e proseguita fino all'anno 1990 deve essere oggetto di una remunerazione adeguata".

**"Deve in primo luogo rilevarsi - si legge nella sentenza - che i medici appellanti hanno documentato sin dal primo grado con apposite certificazioni rilasciate dall'università frequentata, l'iscrizione, negli anni in questione, alle scuole di specializzazione (con il conseguimento del relativo diploma).**

.... L'obbligo di retribuire i periodi di formazione relativi alle specializzazioni mediche, prescritto dall'art. 2, n. 1,

10/4/2018 Specializzandi: la Corte d'Appello stabilisce il risarcimento per i mancati compensi legati al ritardo di applicazione delle norme Ue può ritenersi sussistente il diritto derivante dalla violazione dell'obbligo statale di trasposizione della direttiva medesima non senza tenere presente quanto ribadito dalle citate pronunce della Corte di Giustizia Ue secondo cui "il giudice nazionale è tenuto, tuttavia, quando applica disposizioni di diritto nazionale precedenti o successive ad una direttiva, ad interpretarle, quanto più possibile, alla luce della lettera e dello scopo della direttiva stessa".

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 09 APRILE 2018

## Dieta e artrite reumatoide. Connubio curciale per prevenzione (e trattamento). Intervista a Maurizio Cutulo (Univ. Genova)

*A Genova, dal 12 al 14 aprile, si parlerà di reumatologia con una attenzione particolare agli effetti della dieta e del clima sulle malattie reumatiche. Ad anticipare in quest'intervista le tematiche che verranno trattate è Maurizio Cutolo, Chairman del Congresso Mediterraneo di Reumatologia, giunto alla XVII edizione.*  
[IL PROGRAMMA](#)

La maggioranza delle malattie reumatiche croniche, quali l'artrite reumatoide (AR), sono caratterizzate da un'intensa risposta infiammatoria, che coinvolge diversi mediatori pro-infiammatori e l'alterazione di processi immuno-regolatori, in individui geneticamente predisposti, esposti a fattori scatenanti ambientali ed endogeni, inclusi i componenti della dieta giornaliera. Il ruolo importante che la dieta svolge sulla salute umana, sia in generale sia più specificamente in condizioni croniche come l'artrite, è stato oggetto di molte controversie, con un impatto diretto sui i pazienti, che sono coloro che richiedono più attivamente e i "consumatori" di queste informazioni cruciali.

Ne parliamo con **Maurizio Cutolo**, Direttore Laboratori di Ricerca, Divisione di Reumatologia e Scuola di Specializzazione in Reumatologia, Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche (DiMI), Università di Genova, Policlinico Ospedale IRCCS San Martino Genova, Chairman del Congresso Mediterraneo di Reumatologia giunto alla XVII edizione, che si svolgerà a Genova il prossimo 12-14 aprile.

### **Quale potere esercita l'alimentazione nel contrastare i percorsi infiammatori e i sintomi della malattia e prevenirne le complicanze?**

Le culture occidentali potrebbero essere viste come il più grande nemico delle condizioni infiammatorie croniche come l'AR, per le quali l'aumento del consumo di carboidrati raffinati, oli vegetali ricchi di acidi grassi omega-6 e il ridotto consumo di acidi grassi omega-3 a catena lunga (tipo pesce) o diete ad alto contenuto di cloruro di sodio rappresentano "la perfetta tempesta nutrizionale".

La supplementazione con vitamina D è una pratica più accettata, con un importante controllo della risposta immunitaria innata e adattativa, in particolare a seguito del crescente riconoscimento che l'insufficienza/carenza di vitamina D è una frequente osservazione in corso di malattie reumatiche croniche.

È interessante notare che il semplice cacao (cioccolata) è ora oggetto di crescente interesse a causa delle sue proprietà antiossidanti, che sono principalmente attribuite al contenuto di flavonoidi come l'epicatechina, la catechina e le pro-cianidine. Inoltre, i peperoncini piccanti (capsaicina) svolgono ruoli anti-infiammatori aumentando il numero di importanti cellule come i macrofagi anti-infiammatori (M2), modulando la risposta neuro-immune e diminuendo il dolore neurogenico (effetto locale).

### **E a proposito delle bevande?**

Il moderato uso di vino, quindi circa 300 ml al giorno, (meglio se vino rosso in quanto ricco di sostanze antiossidanti, contro "l'arrugginimento" delle cellule), si è dimostrato in grado di ridurre il rischio di artrite. Luce verde anche per l'uso del tè e del caffè in quantità sempre moderata.

Al contrario luce rossa per le bevande gasate e zuccherate artificialmente (specie fruttosio) capaci di generare una reazione infiammatoria intestinale e favorire la progressione dell'artrite reumatoide. Tale collegamento è stato recentemente dimostrato in uno [studio su 200.000 soggetti](#) caratterizzati per un significativo aumento del

[170.000 soggetti](#). Coloro i quali nel tempo avrebbero sviluppato per esempio una AR erano significativamente minori rispetto a quelli che avevano fatto uso di diete meno "sane e protettive" di quella mediterranea.

Le vie principali di sviluppo delle malattie reumatiche croniche sono caratterizzate da un'intensa risposta infiammatoria, che coinvolge diversi mediatori pro-infiammatori e alterati processi immuno-regolatori, in individui geneticamente predisposti esposti a fattori ambientali ed endogeni. La ricerca su quest'ultimo si è tradizionalmente focalizzata su fattori scatenanti la malattia, come agenti microbici/virali, fumo di sigarette, ormoni e stress cronico, ma con meno attenzione ai fattori nutrizionali che influenzano la progressione e gli esiti della malattia, probabilmente anche attraverso meccanismi epigenetici.

L'impatto è stato evidente anche per i medici e per gli operatori sanitari che oggi si trovano spesso a dover rispondere a domande impegnative dei pazienti relative alla dieta e al suo impatto sulla malattia, alimentate da rilevanti "storie" sui social media e una maggiore riflessione sulle esperienze personali.

A parte l'AR stessa, dove c'è una nota predisposizione all'obesità centrale (tronco), i legami con comorbidità quali ipertensione, alterati livelli glicemici, sindrome metabolica (SM) e aterosclerosi, tutti fattori che aumentano il rischio di malattie cardiovascolari che richiedono ulteriore attenzione al soggetto.

Tuttavia, la natura immuno-infiammatoria dell'AR da un lato e dall'altro il maggiore riconoscimento del ruolo della dieta e dei nutrienti nell'insorgenza e nella progressione della malattia e delle comorbidità associate, finalmente ha recentemente avvicinato questi mondi paralleli.

#### **Perché l'alimentazione non dovrebbe essere trascurata in corso di artrite?**

Facciamo un passo indietro. Perché l'infiammazione conta davvero nell'artrite da una prospettiva nutrizionale e viceversa, perché l'alimentazione è materia d'interesse da una prospettiva infiammatoria? Anche se non è una domanda semplice a cui rispondere, è noto che qualsiasi processo infiammatorio in corso, comporta effetti avversi sulla composizione corporea, tra cui in particolare la riduzione della massa muscolare e l'aumento della massa del tessuto adiposo. Il termine "cachessia reumatoide" è usato per descrivere questi effetti, che sebbene siano raramente evidenti, poiché la perdita di massa magra viene controbilanciata dal mantenimento o dall'aumento della massa adiposa, sono associati a prognosi sfavorevole.

Una preoccupazione crescente però è che i reumatologi affrontino lo stato nutrizionale o la composizione corporea nelle cliniche reumatologiche. Prove aneddotiche suggeriscono che questi importanti aspetti sono in effetti scarsamente affrontati e persino trascurati, il che rappresenta un rischio continuo che la cachessia reumatoide che non venga diagnosticata o trattata oppure che vengano prescritte diete inadeguate.

D'altra parte, la crescente idea che i componenti naturali della dieta possano influenzare i percorsi infiammatori che causano le patologie e quindi costituire obiettivi farmaco-terapeutici, ha incoraggiato molte persone con malattie reumatologiche muscolo-scheletriche a cercare modi alternativi di gestirle.

Ad esempio, è stato dimostrato che i probiotici riducono la citochina pro-infiammatoria interleuchina (IL)-6 in corso di AR, sebbene il modo in cui questo si traduca in effetti clinicamente evidenti non sia chiaro, sottolineando la necessità di sperimentazioni di alta qualità per indagare su questi collegamenti e dimostrare o confutare gli effetti sulla malattia clinicamente evidente.

Come altro esempio, le nano-polveri di ginseng rosso (NRG) utilizzato insieme al metotrexate nei topi artritici ha ridotto significativamente alcune citochine tra cui TNF- $\alpha$ , IL-6 e IL-1 $\beta$  oltre che i livelli di IgM e IgG1 e ha suggerito l'efficacia del ginseng rosso almeno nella prevenzione dell'AR di tipo II indotta da collagene nei topi. Tali osservazioni su specifici nutrienti, inoltre, determinano lo sviluppo di domande sul valore dell'integrazione in corso di malattie infiammatorie croniche come l'AR.

Sebbene le origini della nostra comprensione della dieta e della malattia risalgano ai tempi paleontologici, sembra esserci un "risveglio" in merito a questi temi nei tempi moderni. Nonostante ciò, la nutrizione e l'impatto sulle patologie muscolo-scheletriche croniche, inclusa l'AR, rimane un argomento scarsamente insegnato, sia durante i corsi di medicina che durante la formazione in reumatologia.

Si potrebbe dire che affrontare la nutrizione nei nostri pazienti non è il "lavoro" di un reumatologo, ma piuttosto di un nutrizionista o di un dietologo. Mentre questo è in parte vero, i reumatologi sono quelli che si trovano faccia a faccia con i pazienti e le famiglie e il contatto con un nutrizionista potrebbe non essere sempre facilmente e prontamente disponibile o possibile. Pertanto sosteniamo che almeno alcune conoscenze di base in materia siano necessarie.

La questione diventa ancora più complessa in presenza di comorbidità come diabete, ipercolesterolemia, ipertensione, osteoporosi, ecc., dove ad esempio l'assunzione di zucchero, grassi e sale sono particolarmente rilevanti, così come la quantità di esercizio fisico, che sembra essere routinariamente malamente affrontato nelle cliniche. Per ulteriore esempio, prevediamo che una dieta che limita l'apporto di sodio (sale da cucina) sia apprezzata da molte persone (sia professionisti della salute che laici) sia complessivamente benefica, ma quanti in realtà sanno che farlo in realtà può ridurre in modo importante la risposta infiammatoria in corso di artrite?

Di fatto, come confermato da studi clinici recenti, l'elevata quantità del sale di cloruro di sodio (sale da cucina), attiva i macrofagi pro-infiammatori (M1) e le cellule Th17 e diminuisce le cellule T regolatorie, tutti i giocatori cruciali nella patogenesi dell'artrite.

D'altro canto, fatto molto importante ed interessante, comuni patologie psichiatriche come la depressione e l'ansia costituiscono altre importanti comorbidità in corso di artrite che non solo possono essere una conseguenza della malattia, ma possono anche influenzare i risultati del trattamento e il raggiungimento della remissione. Una patologia psichiatrica può influire sull'aderenza al trattamento ma anche sullo stile di vita e sullo stato nutrizionale, con esiti dannosi.

A questo proposito, si ritiene che gli integratori contenenti aminoacidi siano utili, poiché sono convertiti in neurotrasmettitori che a loro volta alleviano la depressione e altri problemi di salute mentale. Queste osservazioni mettono ulteriormente in luce il valore della personalizzazione dei regimi alimentari e il valore della correzione dello stile di vita e le loro rispettive comorbidità nei pazienti con AR.

#### **In corso di terapia farmacologica, come cambia l'alimentazione?**

Concentrandosi sulla farmacoterapia dell'artrite come l'artrite reumatoide, non si possono ignorare gli effetti collaterali dei farmaci modificanti l'attività di malattia, incluso il farmaco di ancoraggio nell'AR, il metotrexate che causa una sorta di "malnutrizione iatrogena", sia che ciò sia dovuto a nausea, stomatite, mal di stomaco, diarrea o altro. Per alcuni di questi farmaci, gli effetti collaterali gastrointestinali possono essere particolarmente importanti con conseguenze sullo stato nutrizionale e, quindi, indirettamente, sull'esito della malattia. Inoltre, all'uso diffuso e non ottimizzato dei glucocorticoidi possono essere "imputati" l'aumento di peso/BMI, l'osteoporosi secondaria, il diabete, l'ipertensione.

L'ulteriore interazione tra alcune di queste condizioni, ad es. un elevato indice di massa corporea con il diabete o l'ipertensione, aggiunge un ulteriore danno al carico di malattia in corso di AR. C'è una forte evidenza in questa direzione per quanto riguarda gli effetti epigenetici (effetti sui geni del soggetto) durante la gravidanza, che l'aderenza alla dieta mediterranea durante lo sviluppo fetale costituisca un fattore chiave per la protezione dalla sindrome metabolica (SM). Il nostro gruppo sta lavorando in tale senso.

Inoltre, i trattamenti rivoluzionari per l'AR, come gli inibitori del TNF (TNFi) sono stati ormai per quasi tutto il ventunesimo secolo una pratica standard e nonostante il loro impressionante potenziale di ridurre o addirittura arrestare la sovra-espressione di citochine pro-infiammatorie, non sono efficaci da soli per esempio nell'aumento della massa muscolare e, di fatto, aumentano la massa grassa. Quindi, la "cachessia reumatoide" prima menzionata rimane spesso "silenziosa" e mal diagnosticata/trattata.

Infine, l'obesità, un problema di salute globale, rappresenta una comorbidità importante e sempre più frequente anche all'insorgenza dell'AR e sembra essere un determinante chiave della resistenza all'insulina, ancor più che le citochine pro-infiammatorie circolanti. Considerando tutto ciò detto finora, il tema dell'alimentazione e dello stile di vita nelle artriti croniche e in particolare il potere dell'alimentazione nel contrastare l'infiammazione ed i sintomi di malattia o gli effetti collaterali del trattamento e la prevenzione delle complicanze, merita certamente più attenzione. I farmaci stessi, infatti possono gravemente determinare stati di malnutrizione e di malassorbimento che andrebbero maggiormente messi in luce.

Questo ci porta a sottolineare ulteriormente e concludere che la nutrizione non solo conta, ma soprattutto in corso di malattie infiammatorie reumatiche croniche svolge un ruolo nella progressione della malattia e sul suo esito. Lavorare a stretto contatto in un team multidisciplinare con nutrizionisti/dietologi sarebbe certamente ottimale, ma non sempre è possibile. Pertanto, è sufficiente valutare le abitudini alimentari e identificare eventuali segnali di "allarme" e al contempo fornire almeno alcune informazioni dietetiche di base sotto forma di videodisplic dedicati sui siti Web delle società nazionali o di volantini, per informare i pazienti sugli aspetti nutrizionali chiave delle patologie, fornendo così dei mezzi per affrontare meglio questi problemi. La società Europea di reumatologia (EULAR) si sta muovendo in questa direzione per l'educazione del personale sanitario e dei pazienti.



### Tac e linee guida

Carlo Tedeschi (foto), cardiologo, e radiologo nella Asl Na 1, è tra i 9 italiani componente della commissione presieduta da Gianluca Pontone. Insieme a 28 cardiologi europei, Tedeschi contribuirà a stendere le linee guida per la Tac del cuore. L'esame, tra le più recenti novità di imaging cardiaco individua i pazienti che non hanno stenosi coronariche e possono evitare la coronarografia.

# Iperensione, questo nemico “Un progetto per combatterla”

GIUSEPPE DEL BELLO

Iperensione, malattia insidiosa e fuori controllo. È rischiosa la pressione alta che spesso non dà sintomi e che pure potrebbe contare su farmaci idonei a tenerla sotto controllo. «È una di quelle patologie diffuse che avrebbe bisogno di assistenza continua – premette Bruno Trimarco, ordinario di Medicina interna alla Federico II e ideatore di Campania Salute, progetto avviato vent'anni fa – proprio perché ancora non sono state individuate le cause. E i farmaci disponibili possono controllare i sintomi ma non debellarla definitivamente».

L'iniziativa, in pratica un monitoraggio continuo per contrastare l'ipertensione arteriosa, ha messo in campo l'ateneo federiciano, varie strutture ospedaliere della Campania e circa 200 medici di famiglia chiamati a condividere una cartella informatizzata. «Creata per gli ipertesi – spiega il docente – è accessibile a tutti gli operatori sanitari coinvolti nella gestione clinica che così possono leggere e aggiungere». Sono oltre 15 mila i soggetti affetti da ipertensione seguiti dal medico di famiglia con la consulenza (programmata o in emergenza) degli specialisti di ambulatori ospedalieri e del centro universitario per lunghi periodi. Anche oltre i vent'anni. «Le terapie dovrebbero essere assunte in maniera continuativa – spiega Trimarco – ma

pur troppo i pazienti spesso sospendono il trattamento pochi mesi dopo la diagnosi. È evidente che per aver successo contro queste patologie sono necessarie due cose. Da una parte, un'intensa attività di ricerca volta a chiarire cause e meccanismi responsabili della progressione della malattia, dall'altra contemporaneamente, un'organizzazione assistenziale che consenta di mantenere i pazienti costantemente in terapia».

La collaborazione tra più soggetti istituzionali ha già dato i suoi frutti: in terapia continuativa risulta più dell'80 per cento dei pazienti seguiti, portando la Campania al primo posto in Italia di ipertesi che grazie al protocollo antipertensivo raggiungono valori pressori normali.

Ma quali sono questi valori? «Devono essere inferiori a 140 su 80 millimetri di mercurio – risponde l'accademico – Tenendoli a bada si riducono gli accessi in pronto soccorso, i ricoveri d'urgenza e quelli per scompenso cardiaco. Ma soprattutto, si evitano eventi cardiovascolari quali infarto del miocardio e ictus cerebrale». D'altronde, avere a disposizione un gran numero di dati clinici e strumentali ha consentito alla ricerca di progredire sempre più speditamente nella conoscenza della patologia ipertensiva.

«Ad esempio, si è riusciti a chiarire che il danno d'organo dei pazienti ipertesi non è dovuto soltanto all'effetto meccanico della

pressione sulla parete dei vasi e del cuore – ragiona il professore – ma anche a meccanismi ormonali tipici della malattia. Meccanismi che rimangono attivi anche quando i valori pressori vengono controllati». E c'è un altro risultato raggiunto con successo: interrompere la progressione della malattia ipertensiva e prevenire le complicanze legate a tale patologia. Ma gli scienziati non si accontentano dei successi ottenuti, sapendo che i traguardi da superare non si esauriscono mai. La sfida attuale per gli specialisti coinvolti mira ad affrontare l'insufficienza cardiaca. «È una condizione che deriva principalmente dall'ipertensione arteriosa non adeguatamente controllata – conclude Trimarco – Anche questa patologia non prevede una terapia risolutiva ma solo trattamenti in grado di attenuarne i sintomi per cui è fondamentale la diagnosi precoce e una cura personalizzata secondo i canoni di quella che oggi viene definita la medicina di precisione. Che vuol dire analizzare in maniera approfondita i singoli casi individuandone le cause per avviare una terapia in grado di risolverle o, almeno, di ridurne l'effetto».

**Il prof. Bruno Trimarco (Federico II) ha varato l'iniziativa “Campania Salute” che coinvolge 200 medici di famiglia**



## Misurare a tutti calcio e vitamina D

Scoperto il meccanismo che genera  
la malattia. Ma le terapie sono ancora carenti

colloquio con **ANTONIO DEL PUENTE**

**S**ubdola, invasiva, e sempre più studiata. Osteoporosi, la patologia che mette fuori gioco le ossa, rivela i segreti del suo codice. «Si chiamano Rank-ligando, Sclerostina e DKK-1 – premette Antonio Del Puente, responsabile dell'ambulatorio di Osteoporosi dell'università Federico II di Napoli – sono le citochine, particolari molecole che fanno dialogare i gruppi cellulari preposti al governo del ricambio del tessuto osseo. Mantenendolo in salute».

### **È questa la novità scientifica?**

«Non le citochine in senso stretto, ma la comprensione dei dettagli delle loro funzioni».

### **Cosa accade se l'equilibrio di queste funzioni si altera?**

«Che si genera uno scompenso che, a sua volta, conduce all'osteoporosi. E quindi alla ridotta robustezza dell'osso responsabile dell'aumento delle fratture, spontanee o causate da traumi minimi. L'interpretazione di queste funzioni ha importanti ricadute su terapia e uso dei nuovi farmaci. Ma c'è un'altra novità».

### **Quale?**

«La scoperta del rapporto tra l'osteoporosi e quelle malattie molto diffuse che contribuiscono ad alterare l'equilibrio. Oggi diabete, artrite reumatoide, farmaci per il tumore del seno, bronchite cronica, Parkinson, disabilità motorie e altre condizioni sono riconosciute come gravi fattori di rischio. E, purché in presenza di massa ossea ridotta, consentono la rimborsabilità dei farmaci per l'osteopo-

rosi».

### **È un impatto sociale elevato?**

«Sì, e non solo tra le donne in menopausa, ma anche tra gli uomini. Un'indagine coordinata da John Kanis e pubblicata su *Osteoporosis International*, ha rivelato che in Europa riceve un trattamento adeguato poco più della metà (57%) delle persone ad alto rischio di fratture, mentre in Italia si arriva al 59%».

### **Il danno è evidente.**

«Certo, basta pensare che dopo una frattura pochi pazienti lasciano l'ospedale con una terapia appropriata. E questo si registra anche dopo una frattura di femore: solo il 7,3% dei fratturati viene curato con farmaci antiassorbitivi (limitano la perdita di massa ossea), e solo il 2% riceve il trattamento ideale».

### **Qual è il trattamento ideale?**

«L'approccio corretto prevede anche la valutazione della vitamina D nel sangue e dell'introito di calcio con l'alimentazione, che se non sono sufficienti vanno supplementati».

### **Quali fattori alla base del gap?**

«Molti. Dal timore dei rari effetti collaterali, alla difficoltà nell'interagire tra specialisti per un necessario confronto».

### **Tema che scotta.**

«È urgente affrontare il mancato intervento terapeutico nei pazienti ad alto rischio di frattura (femorale o vertebrale). Sono condizioni gravi che comportano elevatissimi costi sociali e familiari».

– g.d.b.

REPRODUZIONE RISERVATA

## Esami e controlli: quanto costa leggere il nostro Dna

di DAVIDE MICHIELIN

**I**l sequenziamento dell'intero genoma di un paziente è uno strumento potente, capace di facilitare diagnosi, individuare varianti genetiche sfavorevoli e predire il rischio di sviluppare alcune malattie. Ma implica la moltiplicazione di esami di conferma che spesso seguono l'interpretazione dell'analisi genomica. Per cercare di quantificare l'ammontare dei costi che seguono il sequenziamento, i ricercatori del Brigham and Women's Hospital di Boston e della Harvard Medical School hanno condotto uno studio, i cui risultati sono stati pubblicati su *Genetics in Medicine*. I ricercatori hanno coinvolto duecento volontari, per metà affetti da cardiomiopatie e per metà presumibilmente sani. Di metà dei pazienti di entrambi i gruppi è stato sequenziato il genoma. I ricercatori hanno poi monitorato le spese sanitarie sostenute nei sei mesi successivi alla consegna dei risultati. I cardiopatici che non hanno sequenziato il genoma hanno speso in media 10.838 dollari, quelli a cui è stato letto il Dna 8.492 dollari. I sani a cui è stato sequenziato il genoma ne hanno spesi in media 3.566, gli altri 3.175. Sono gli stessi ricercatori a sottolineare come sei mesi siano un periodo troppo breve per osservare il pieno impatto del sequenziamento sulla bilancia dei costi e benefici per la salute. Robert Green, direttore del dipartimento di genetica del Brigham and Women's, annota però che «già così l'indagine fornisce indicazioni utili per comprendere le implicazioni economiche a breve termine dell'integrazione della genomica nell'assistenza clinica». Senza però dimenticare che l'ostacolo principale alla sua diffusione è tuttora il costo del sequenziamento e dell'interpretazione dei risultati, stimati in circa 5 mila dollari per paziente.

**L'ORDINE INFERMIERI E L'ACOI** Chiesto un tavolo di confronto in Regione per adottare misure intransigenti

## Aggressione al Pellegrini, allarmi ignorati

**NAPOLI.** «L'ennesima brutale aggressione al personale sanitario è andata in scena al pronto soccorso dell'Ospedale dei Pellegrini. Un infermiere è vivo per miracolo. La diagnosi è di trauma cranico. Solo per un miracolo si è scongiurato il peggio. Nel frattempo le istituzioni, da noi più volte sollecitate, che dovrebbero garantire la sicurezza sui posti di lavoro e il diritto alla salute, risultano ancora una volta colpevolmente assenti». Così, **Ciro Carbone**, presidente dell'Ordine degli infermieri di Napoli, dopo l'ultimo episodio di violenza verificatosi nel pronto soccorso del Pellegrini dove un trentottenne, straniero e tossicodipendente, una volta ripresosi da un'overdose, si è scagliato contro medici e infermieri ferendone cinque. «Al collega infermiere, l'Ordine professionale tutto esprime piena solidarietà. Ma, osserva Carbone, è tempo di dare risposte risolutive ad un fenomeno, quello delle aggressioni nei presidi sanitari, ormai diventate all'ordine del giorno. Purtroppo dobbiamo registrare con amarezza

che i nostri allarmi, le nostre sollecitazioni e le nostre proposte alle istituzioni per contrastare la violenza negli ospedali giacciono sui tavoli delle istituzioni. Nei prossimi giorni torneremo a sollecitare un intervento urgente presso la Regione, Campania con tutti i soggetti interessati per varare provvedimenti urgenti e operativi contro la drammatica assenza di sicurezza negli ospedali ed in tutti i luoghi di lavoro della sanità, in particolare nell'area dell'emergenza sanitaria ospedaliera e territoriale».

Solidarietà arriva anche dall'Acoti, Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani: «Gli ospedali e addirittura le sale operatorie sono diventate delle trincee, medici, chirurghi e personale ospedaliero dei bersagli da colpire. Nella sola giornata di domenica ci sono state altre due violente aggressioni a Napoli e Palermo, una addirittura appena fuori la sala operatoria. Esprimo a nome di tutta la categoria la massima solidarietà, in particolare alla collega donna afferrata alla gola. Le aggressioni ai danni dei chirurghi

umentano di anno in anno per numero e per pericolosità» ha dichiarato **Pierluigi Marini**, presidente dell'Acoti. «Cos'altro deve accadere - si domanda - perchè si prendano provvedimenti per garantire la sicurezza dei chirurghi negli ospedali? I chirurghi hanno l'obbligo di dare informazioni relative all'intervento ai pazienti ed ai loro familiari, anche quando queste sono drammatiche per chi le dà e soprattutto per chi le riceve, ma non si può certamente tollerare che ciò si trasformi in un ulteriore rischio professionale. Tra il problema del contenzioso medico-legale e l'aumento della violenza fisica, rischiamo, in tempi brevi - conclude - di non avere più chirurghi italiani».