



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



ITALIANI MALATI

«Cure anche all'estero
col Servizio sanitario»

Sono uno studente di medicina di 25 anni, attualmente in Belgio per motivi di studio. Durante la mia attività clinica ho incontrato e visitato, con la mia supervisor, una signora italiana in gravidanza col sospetto di una grave patologia fetale. Un dettaglio ha attirato la mia attenzione: le mani del marito. Consumate e ancora sporche erano quelle di un uomo che lavora manualmente, forse di un operaio. Mi hanno colpito, perché sono la dimostrazione del valore del nostro Sistema sanitario che permette (e finanzia) il viaggio di una famiglia in un ospedale tecnicamente all'avanguardia per la patologia rara. Credo che a 40 anni dall'inizio del Ssn dobbiamo riconquistare il valore di questo mezzo di equità sociale.

Enrico Corno

Nola La proposta dei lavoratori di sospendere il servizio permetterebbe di limitare i problemi per la carenza di personale

Ospedale, il reparto intensivo a rischio chiusura

In arrivo dal presidio di Pollena Trocchia 4 infermieri e un medico

NOLA (Antonio D'Ascoli) – Chiusura del reparto Obi, Osservazione breve intensiva, del Pronto soccorso. E' questa la proposta formulata dall'assemblea dei lavoratori a cui hanno partecipato anche i rappresentanti delle sigle sindacali di Cgil e Uil, svoltasi ieri mattina con il dirigente della Medicina d'urgenza, **Felice Avella**, ed il responsabile del Pronto soccorso, **Andrea Manzi**.

Una soluzione paventata a causa dei numerosi problemi che ormai da mesi hanno messo in ginocchio il nosocomio bruniano e che nell'ultimo periodo sono divenuti cronici.

La settimana che si avvia alla conclusione può definirsi una delle più difficili. Diversi operatori, in particolare personale infermieristico e ausiliari, sono stati assenti per motivi di salute mandando in tilt l'intero sistema. Assenze che sono state per lo più provocate dall'eccessivo stress conseguenza dell'enorme carico di lavoro, con doppi turni e orari prolungati divenuti sempre più frequenti a causa della carenza di organico.

In molti casi, si è stati costretti a trasferire personale da altri reparti per contenere le "falle" al Pronto soccorso, aprendone, inevitabilmente, delle altre nei settori in cui tali unità sono state sottratte.

Se la coperta è troppo corta, allora non resta che ridurre, seppur a malincuore, i servizi limitandoli a quelli che possono effettivamente erogati. Di qui, la richiesta di chiusura del reparto Obi del Pronto soccorso, già partito e gestito con enorme difficoltà, che dovrebbe garantire un modo razionale di gestire gli accessi attraverso un'osservazione breve del paziente, prima di deci-

Il Pronto soccorso

conta 600mila accessi

all'anno e copre l'utenza

del Napoletano e di Avellino

dere in quale reparto assegnarlo o se dimmetterlo.

Il problema di fondo è quello di un personale che è nettamente insufficiente nel numero rispetto alle esigenze di un ospedale, come quello di Nola, che conta circa 600mila accessi all'anno con una posizione strategica, essendo l'unico presidio sull'asse Napoli - Avellino.

Il vulnus sistemico che non può essere più sopperito dalla grande disponibilità degli operatori che con abnegazione si sono sottoposti, in tutti questi mesi, ad un ritmo a dir poco massacrante. Ma ormai il limite è stato ampiamente oltrepassato e visto che interventi concreti dall'azienda sanitaria non sembrano arrivare, l'unica strada possibile è quella di una razionalizzazione dei servizi. Anche l'annunciato arrivo di quattro unità di infermieri e di un medico dal presidio di Pollena Trocchia appare poco più che un palliativo che non incide sui contorni del problema generale. Stante così la situazione, già si profila una situazione di grande criticità per la prossima estate vista l'oggettiva difficoltà nel programmare le ferie. A tutto questo va aggiunto come diversi reparti non siano pienamente funzionanti a causa degli interventi di adeguamento ancora in corso. Del piano di ampliamento della struttura, invece, se ne sono perse completamente le tracce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'analisi**SFORZO ATTESO E NECESSARIO
ORA MIGLIORARE IL «PUBBLICO»****Ettore Mautone**

Tetti di spesa per Case di cura, budget per ambulatori specialistici, volumi di prestazioni annui da programmare per centri di riabilitazione e gabinetti diagnostici: la Regione Campania finalmente colma un vuoto di programmazione che risaleva all'epoca dell'ex commissario Bruno Zuccatelli, in auge a partire dalla seconda consiliatura Bassolino, e poi affrontato, con alterna efficacia, da Mario Morlacco, sub commissario che affiancava Stefano Caldoro. Il presidente della Regione Vincenzo De Luca, dunque, dopo una melina che si trascinava dallo scorso Natale, prende il toro per le corna e - a distanza di nove mesi dall'assunzione dell'incarico di commissario governativo - finalmente mette ordine. Una svolta attesa da anni, che per la prima volta configura su base biennale la programmazione e che introduce il criterio dirimente, da sempre reclamato a gran voce dai principali attori, della preventiva stima dei fabbisogni annui. Ma De Luca e il suo staff comettono anche qualche errore: riguardo ad alcune scelte tecniche adottate ad esempio. Ma soprattutto sul piano delle relazioni con le controparti. Parliamo delle associazioni imprenditoriali avvertite (ma non tutte), con una nota di sintesi diramata un giorno prima della ufficia-

lizzazione del piano da tradurre in decreto. Eppure, con tutti i distinguo del caso, parliamo di un comparto che assorbe circa il 20% della torta annua della spesa sanitaria regionale assicurando oltre il 50% delle prestazioni. Marginali, nella partita della programmazione, anche i sindacati che rappresentano i lavoratori della sanità privata accreditata. Medici e camici bianchi su cui ricadono le scelte di programmazione adottate.

Ma andiamo con ordine e diciamolo chiaro: correggere la rotta del programmazione finora andata avanti a spanne, è doveroso. Lo stesso vale per i controlli annunciati da De Luca: finalmente affidati al progressivo consolidamento delle performance della piattaforma informatica Saniarp. Ovvero al numero medio di prestazioni ambulatoriali diagnostiche, radiologiche e di laboratorio che ciascun cittadino effettua ogni anno in base agli indicatori nazionali. E da desumere anche dalla spesa farmaceutica a testimoniare uno stato di malattia. Ma tale valutazione, al netto di speculazioni o magari imbrogli, non può prescindere da una analisi reale dei bisogni di salute della popolazione. E dunque da verificare nel merito, in ciascuna Asl, ai tavoli di monitoraggio allestiti periodicamente e previsti dalle norme, per controllare il flusso della spesa.

> Segue a pag. 33**Ettore Mautone**

Trascurare questo aspetto potrebbe far rientrare dalla finestra quel contenzioso su cui lo stesso De Luca ha detto di voler svoltare anche per liberare ingenti somme bloccate nelle casse di palazzo Santa Lucia come fondo rischi.

Né si può prescindere dal dato che l'erogazione finale è sempre il frutto di una filiera di decisioni e prescrizioni che vede coinvolti specialisti e medici di fonte pubblica. Qui De Luca fa una scelta precisa: annuncia che potenziando la rete delle strutture ospedaliere e distrettuali, mira a una contrazione della domanda di salute, da parte dei cittadini, nel privato accreditato. Bene, ma la via maestra da seguire sarebbe quella di potenziare prima le reti pubbliche e poi ridurre il peso delle altre. Senza contare le contraddizioni presenti sul fronte del riordino dei laboratori, il cui accorpamento, per conseguire economie di scala e migliore qualità tecnologica e operativa, ha subito l'ennesimo rimando. Anche l'aumento di budget per le Case di cura (calcolato per circa 35 milioni di euro e da attribuire soprattutto alle prestazioni di alta specialità), sebbene sia concepito per contrastare la migrazione sanitaria non tiene conto delle difficoltà ordinarie di quei pochi che hanno accettato la sfida di dedicarsi alle attività meno lucrative. Come il pronto soccorso. Ospedali accreditati che già fanno parte della rete infarto e che negli ultimi anni pur avendo raddoppiato le prestazioni di emergenza, assunto personale e investito in tecnologie, sono ora costretti a fare i conti con il dimezzamento della quota assorbita da tali funzioni se questa supera il budget attribuito negli ultimi due anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il convegno



Rete oncologica
meeting
al Pascale

La rete oncologica campana per valorizzare eccellenza e innovazione. È questo il tema affrontato nella sessione di lavoro organizzata da Motore sanità e programmata il 17 maggio all'Istituto Tumori Pascale. I vertici del dipartimento salute della Regione con il manager del Pascale Attilio Bianchi, insieme ai principali primari di Oncologia della regione Capania tratteranno il punto sul neonato Piano oncologico regionale. Fari puntati oltre che sui percorsi diagnostico terapeutici dei quattro principali tumori che affliggono la popolazione

10/5/2018

Napoli, Lo Smi dice no alle sperimentazioni contro l'assistenza H24 e allo smantellamento di un servizio

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Napoli, Lo Smi dice no alle sperimentazioni contro l'assistenza H24 e allo smantellamento di un servizio

panoramasanita.it/2018/05/10/napoli-lo-smi-dice-no-alle-sperimentazioni-contro-l-assistenza-h24-e-allo-smantellamento-di-un-servizio/



0
0
0
0
0

Ferma opposizione al modello di assistenza territoriale h 16, così il responsabile Regionale Smi Emergenza territoriale Gennaro Bassano e il Segretario Aziendale Napoli 1, Ernesto Esposito: «La legge Balduzzi art.1 bis – spiegano – stabilisce che l'attività assistenziale venga erogata per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana. Il servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica) è espressamente previsto a garantire l'attività assistenziale nel modello h 24 sette giorni su sette; pertanto una eventuale programmazione, parziale (anche se sperimentale), da parte delle ASL che preveda l'eventuale chiusura delle sedi territoriali di Continuità assistenziale a Napoli tra le ore 24 e le 8 del mattino, sarebbe illegittimo e un chiaro aggravio di prestazioni improprie per il servizio di emergenza territoriale 118 della Napoli Centro già in deficit di personale». «Sarebbe – denunciano – un taglio grave ai servizi, incomprensibile e inaccettabile. Non esistono nella Asl Napoli 1 Centro particolari condizioni di rischio per il personale nelle sedi di continuità assistenziale in quanto tutte e dieci le postazioni sono dotate di personale vigilantes h 24 e in alcuni presidi anche di guardie giurate armate. Non esistono particolari problematiche strutturali relative alle sedi visto che tutte le postazioni di guardia medica sono ubicate nei distretti territoriali principali, accanto agli uffici dei direttori responsabili) e condividono tutti gli ambienti con le attività stessee diurne dei distretti: in alcuni casi, addirittura, le stesse stanze sono utilizzate di giorno da altri medici». «Lo Smi – concludono – ha già incaricato i propri uffici legali per seguire direttamente il piano di riordino delle cure primarie nella Asl Napoli 1 centro e per verificare la correttezza di tutti gli atti amministrativi posti in essere, al fine di accertare eventuali procedimenti non corretti e rispettosi delle normative vigenti. Tuttavia siamo ancora in attesa di poter visionare nonostante i solleciti effettuati anche tramite i legali dello Smi il piano proposto dalla Asl e la sua articolazione. E qualora non vengano rispettati i diritti dei medici di continuità assistenziale e convenzionati di emergenza territoriale operanti nella Asl Napoli 1 centro chiederemo un incontro urgente con il Prefetto di Napoli».

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Miur: firmato il nuovo Regolamento per l'esame di abilitazione alla professione di medico-chirurgo

panoramasanita.it/2018/05/10/miur-universita-firmato-il-nuovo-regolamento-per-lesame-di-abilitazione-alla-professione-di-medico-chirurgo/



0
0
0
0
0

La Ministra Valeria Fedeli ha firmato il nuovo Regolamento per l'esame di abilitazione alla professione di medico-chirurgo.

Procedura semplificata con tirocinio durante gli studi.

Nuove regole per l'abilitazione alla professione medica. Si riducono i tempi per l'ammissione all'esame di Stato – e quindi complessivamente dell'iter formativo dei futuri medici – con il tirocinio professionalizzante effettuato durante il percorso di studi e non dopo la laurea. E cambia la tipologia dei quiz che saranno somministrati, con il passaggio dall'utilizzo delle domande presenti nell'attuale archivio ai quesiti tratti dall'esperienza del cosiddetto progress test, più efficaci per valutare le conoscenze delle candidate e dei candidati. La Ministra Valeria Fedeli ha firmato il nuovo Regolamento recante gli esami di Stato di abilitazione della professione di medico-chirurgo, molto atteso sia dal mondo accademico, in particolare da parte delle studentesse e degli studenti delle facoltà di Medicina e Chirurgia, ma anche dalla Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici. "Il Regolamento, firmato dopo un iter che ha coinvolto CUN, CNSU, Ministero della Salute, CRUI e Conferenza dei Presidenti dei corsi di laurea in medicina, oltre che l'Ordine professionale, tiene conto" spiega il Miur "delle osservazioni del Consiglio di Stato contenute nel parere emesso il 22 marzo 2018 e del riscontro fornito l'8 maggio 2018 dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per gli Affari Giuridici e Legislativi. Novità principale, l'inserimento del tirocinio trimestrale obbligatorio all'interno dei sei anni del corso di studi in Medicina e Chirurgia. Fino ad ora il tirocinio trimestrale valido per l'idoneità all'esame di Stato poteva essere effettuato solo dopo aver conseguito la laurea. Tale tirocinio non potrà comunque essere espletato prima del quinto anno di corso e potrà essere effettuato solo in seguito al superamento di tutti gli esami fondamentali previsti nei primi quattro anni del corso di studi. Una scelta che nasce dalla volontà di uniformare il percorso italiano di formazione e abilitazione professionale dei medici a quello della maggior parte dei Paesi europei. La prova d'esame" aggiunge il Miur "consisterà in 200 quesiti a risposta multipla, ma con il nuovo Regolamento sono stati ridotti a 50 quelli relativi alla parte "pre-clinica" della formazione del medico e sono stati portati a 150 quelli riguardanti la formazione "clinica", e quindi volti a valutare la capacità dei candidati nell'applicare le conoscenze biomediche, cliniche, deontologiche ed etiche alla pratica medica. La prova includerà anche una serie di domande riguardanti i problemi clinici afferenti alle aree della medicina e della chirurgia e relative

10/5/2018

Miur: firmato il nuovo Regolamento per l'esame di abilitazione alla professione di medico-chirurgo

medicina avranno ancora due anni di tempo, dall'entrata in vigore del Regolamento, per effettuare comunque il tirocinio dopo il conseguimento della laurea. La prima sessione dell'esame di Stato di abilitazione professionale con le nuove modalità previste dal Regolamento" fa sapere il Miur "si svolgerà a luglio 2019".

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Fabbisogni di personale. Pubblicate le linee guida per le Pa

panoramasanita.it/2018/05/10/fabbisogni-di-personale-pubblicate-le-linee-guida-per-le-pa/



0
0
0
0
0

“La programmazione dell’attività dell’azienda, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria, anche derivante da vincoli nazionali e regionali, costituiscono atti prodromici e alla base del piano triennale dei fabbisogni delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale”.

Superamento delle piante organiche e piani triennali per l’individuazione delle nuove competenze, in coerenza con il nuovo modello di performance, da parte delle amministrazioni pubbliche: questi i punti più rilevanti delle **Linee guida rivolte alla Pa** predisposte dalla ministra Madia, dal ministro dell’Economia Padoan e dalla ministra alla salute Lorenzin. “I nuovi piani triennali” spiega una nota del ministero della Semplificazione e della Pubblica Amministrazione “intendono coniugare l’impiego ottimale delle risorse pubbliche e gli obiettivi di performance delle amministrazioni in un’ottica di efficienza, economicità e qualità dei servizi per i cittadini. Il concetto di fabbisogno supera il criterio statico della pianta organica e implica un’analisi quantitativa e qualitativa delle necessità delle amministrazioni, puntando sulle professionalità emergenti e più innovative, in ragione dell’evoluzione tecnologica e organizzativa”. Relativamente alla Sanità nel [documento](#) si legge: “I predetti piani triennali dei fabbisogni di personale (Ptfp) devono essere compatibili con la cornice finanziaria per il Ssn e devono essere redatti nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale”.

“La definizione del piano dei fabbisogni deve fondarsi” affermano le linee guida “su una complessiva analisi concreta dei compiti istituzionali delle Aziende in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente e professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi, e deve essere compatibile con l’equilibrio economico-patrimoniale dell’azienda, nonché rispettare gli obiettivi previsti dalla normativa vigente.

La determinazione del fabbisogno deve tenere conto dei seguenti elementi:

- Articolazione dei professionisti per ruolo, categorie e profilo;
- Esigenze delle singole unità operative: l’analisi delle modalità operative e di erogazione del servizio permette di determinare il fabbisogno complessivo dell’ente;
- Tempi di attuazione dei documenti proammattori: il fabbisogno deve essere declinato in

10/5/2018

Fabbisogni di personale. Pubblicate le linee guida per le Pa

regionali e aziendali;

- Distinzione tra attività continuative e, dunque, da soddisfare con contratti di lavoro a tempo indeterminato e attività, invece, connesse ad esigenze di carattere esclusivamente temporaneo o eccezionale;
- Modalità con le quali si intende far fronte al fabbisogno di personale a tempo indeterminato e determinato;
- Ricorso alle prestazioni aggiuntive a vario titolo
- Personale Universitario in assistenza
- Specialisti Ambulatoriali
- Contratti Libero Professionali
- Convenzioni con altre aziende del SSN

Il fabbisogno deve essere espresso in unità di personale a tempo pieno equivalente (FTE). La mancata adozione del piano triennale dei fabbisogni o la mancata comunicazione dello stesso al sistema informativo di cui all'articolo 60 del d.lgs. 165/2001, entro 30 giorni dall'adozione definitiva, comportano per le Aziende ed Enti del SSN il divieto di effettuare assunzioni ordinarie, ma non incide su quelle straordinarie per le quali sono previste norme speciali, vale a dire quelle stabilite dall'art. 1, comma 542, 543 e 544 della legge 208/2015".

quotidianosanita.it

Giovedì 10 MAGGIO 2018

Osteoporosi: documento di indirizzo su diagnosi, terapia, assistenza e prevenzione per interventi omogenei in tutte le Regioni

E' approdato in Stato Regioni il documento di indirizzo "Una strategia di intervento per l'osteoporosi". Obiettivo è definire un approccio sistematico complessivo che consenta il raccordo e il coordinamento programmatico degli interventi di prevenzione, diagnosi precoce e cura dell'osteoporosi e delle sue complicanze, con priorità e obiettivi strategici in un'ottica di integrazione e valorizzazione delle singole competenze e professionalità. [IL DOCUMENTO.](#)

L'osteoporosi è diffusa in tutte le Regioni, anche per effetto del progressivo invecchiamento della popolazione e incide profondamente sullo stato di salute e di benessere delle persone affette perché provoca gravi complicanze come le fratture, che peggiorano la qualità di vita e spesso ne riducono la durata.

Per questo è approdato in Stato Regioni il documento di indirizzo concernente "Una strategia di intervento per l'osteoporosi", elaborato dal Tavolo di lavoro sulla prevenzione dell'osteoporosi e delle fratture da fragilità presso il ministero della Salute. Obiettivo è definire un approccio sistematico complessivo che consenta il raccordo e il coordinamento programmatico degli interventi di prevenzione, diagnosi precoce e cura dell'osteoporosi e delle sue complicanze, definendo priorità e obiettivi strategici da perseguire a breve, medio e lungo termine, in un'ottica di integrazione e valorizzazione delle singole competenze e professionalità.

Pur essendo notevolmente migliorate le possibilità di diagnosi precoce e terapia, la mancanza di un disegno strategico generato ha fatto in modo che gli interventi a oggi adottati per affrontare la patologia siano stati prevalentemente settoriali e frammentari, privi del raccordo tra prevenzione, diagnosi, cura e gestione delle complicanze nell'ambito delle cure primarie e delle diverse branche specialistiche coinvolte, ognuna per gli aspetti di competenza.

Attualmente la risposta al problema è inadeguata per diversi motivi, tra cui:

- assenza di una strategia generale;
- carenza di dati epidemiologici;
- insufficiente formazione e scarsa sensibilizzazione degli operatori sanitari sull'importanza della prevenzione fin dalle prime fasi della vita, secondo un approccio "life course";
- frammentarietà degli interventi di prevenzione e mancanza del necessario coordinamento programmatico tra le eterogenee figure professionali, le strutture e i servizi coinvolti;
- assenza di protocolli di diagnosi e cura, integrati e condivisi.

Il documento formula una proposta di percorso operativo per l'osteoporosi e le fratture da fragilità, da realizzarsi in base ai modelli organizzativi di ciascuna Regione, tenendo conto delle conoscenze, competenze e risorse a disposizione, per favorire la standardizzazione dell'offerta di salute e ridurre le differenze territoriali.

10/5/2018 Osteoporosi: documento di indirizzo su diagnosi, terapia, assistenza e prevenzione per interventi omogenei in tutte le Regioni

medicina generale;

- promuovere un miglior collegamento tra ospedale e territorio, tramite la costituzione di reti assistenziali integrate che favoriscano un approccio personalizzato e interdisciplinare;
- migliorare l'aderenza del paziente alla terapia;
- migliorare l'identificazione e la gestione appropriata della prima frattura da fragilità, adottando un modello di gestione del paziente condiviso e multidisciplinare;
- promuovere informazione e comunicazione corretta alla popolazione generale, finalizzata a diffondere e migliorare le conoscenze sui corretti stili di vita e sulla malattia.

I risultati dello studio ESOP (Epidemiological Study On the Prevalence of Osteoporosis) del 2001, condotto su 16.000 pazienti (donne tra i 40 e i 79 anni e uomini tra i 60 e i 79 anni) in 83 centri specialistici su tutto il territorio nazionale, ha fatto emergere un dato di prevalenza di osteoporosi del 22,8% nelle donne di 40-79 anni, e di quasi il 50% per le donne di età superiore ai 70 anni. Le fratture osteoporotiche oltre i 50 anni di età colpiscono un uomo su cinque e una donna su tre. Si stima che il rischio di frattura osteoporotica nel corso della vita negli uomini di età superiore ai 50 anni arrivi fino al 27% e sia superiore al rischio di sviluppare il cancro alla prostata, che è dell'11,3 per cento.

I dati sono coerenti con l'indagine Istat "La salute e il ricorso ai servizi sanitari, anno 2013". Alla domanda "E' affetto o è stato affetto in passato da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata?", il 25,1% degli italiani ultrasessantacinquenni ha dichiarato di aver ricevuto una diagnosi di osteoporosi. Le percentuali sono più alte in Sardegna (32,8%), Campania (31,3%) e Sicilia (30,1%), più basse in Trentino Alto Adige (16,6%), Valle d'Aosta (18%) e Friuli Venezia Giulia (18,9%).

Considerando le donne tra 45-79 anni la percentuale è del 19,5%, mentre considerando solo le donne ultra 70enni si arriva al 43%. L'analisi delle serie storiche dei dati raccolti dall'indagine Istat "Aspetti della vita quotidiana" tra il 2001 e il 2016 conferma che le donne sono più colpite degli uomini dall'osteoporosi con un rapporto che nella popolazione generale è di circa 7:1 e che la prevalenza dell'osteoporosi presenta un trend in crescita, in particolare nelle donne.

Uno studio pubblicato nel 2013, inoltre, riporta una prevalenza di osteoporosi del 33,67% in una coorte di 995 donne italiane in post-menopausa (45-92 anni) reclutate con metodo casuale tra la popolazione generale.

La formazione delle tutte le figure professionali coinvolte rappresenta un nodo centrale in un percorso efficace ed efficiente. E' quindi fondamentale che, dalla formazione universitaria ai successivi percorsi accreditati, gli operatori sanitari acquisiscano competenze specifiche sull'osteoporosi per l'ambito più generale della prevenzione primaria e della promozione della salute, e per la diagnosi precoce e il trattamento dei pazienti.

E' necessario rilevare i bisogni formativi del personale (sanitario e non sanitario) anche in relazione al tema della gestione integrata e al lavoro di team.

Gli interventi formativi devono prevedere un coordinamento regionale di progettazione, pianificazione e valutazione delle iniziative attivate ed una procedura "a cascata".

Gli obiettivi principali da garantire per gli operatori sanitari comprendono il miglioramento delle conoscenze:

- a) sulla fisiopatologia dell'osteoporosi;
- b) sulla promozione della salute e sulla gestione dei fattori di rischio;
- c) sugli interventi per l'identificazione precoce delle persone a rischio;
- d) sull'appropriatezza delle terapie e sui modelli di gestione e di assistenza.

L'apprendimento continuo degli operatori va favorito anche attuando processi strutturati e periodici di audit, ai diversi livelli assistenziali, su aspetti sia clinici che organizzativi.

quotidianosanita.it

Giovedì 10 MAGGIO 2018

Lotta alla povertà: intesa in Conferenza Unificata, 297 milioni destinati a Regioni e ad Enti locali

Il Fondo Povertà stanziava circa 300 milioni nel 2018, che salgono a 470 milioni dal 2020 e per gli anni successivi. Tra queste risorse si distinguono 20 milioni l'anno in favore delle persone in povertà estrema e senza dimora, da utilizzare secondo l'approccio del cosiddetto housing first, un modello strategico integrato di intervento dei servizi sociali che indica la casa come prima soluzione ai problemi di chi vive in strada. [IL DOCUMENTO.](#)

Via libera dalla Conferenza Unificata al decreto di riparto delle risorse per la realizzazione del Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà.

Primo strumento programmatico per l'utilizzo della quota dei servizi del Fondo povertà, il Piano fissa obiettivi comuni da garantire su tutto il territorio nazionale e rappresenta il documento chiave per l'attuazione del Rei come livello essenziale delle prestazioni.

Soddisfazione del ministro del Lavoro e delle politiche sociali, Giuliano Poletti: "L'intesa raggiunta oggi, esito di una condivisione di intenti e di una positiva collaborazione con la Conferenza delle Regioni e con l'Associazione dei Comuni per le quali voglio ringraziare i rispettivi presidenti Bonaccini e De Caro, rappresenta un traguardo importantissimo e assicura al Rei le gambe per camminare. Dopo l'approvazione da parte delle Rete della protezione e dell'inclusione sociale e il via libera di oggi, il Governo può emanare il decreto (Lavoro-Economia) che consente di trasferire ai territori le risorse per rafforzare i servizi di accompagnamento delle persone in condizione di povertà nei percorsi di attivazione e di inclusione sociale".

Il Fondo Povertà stanziava circa 300 milioni nel 2018, che salgono a 470 milioni dal 2020 e per gli anni successivi. Tra queste risorse si distinguono 20 milioni l'anno in favore delle persone in povertà estrema e senza dimora, da utilizzare secondo l'approccio del cosiddetto housing first, un modello strategico integrato di intervento dei servizi sociali che indica la casa come prima soluzione ai problemi di chi vive in strada.

Sono stanziati anche 5 milioni l'anno per finanziare interventi innovativi indirizzati ai neo maggiorenni che vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria. Di natura sperimentale, questo tipo di intervento ha l'obiettivo di prevenire le condizioni di povertà e fornire ai ragazzi in condizioni di fragilità strumenti utili a completare il percorso di crescita verso l'autonomia.

"Diamo il via libera - ha spiegato il presidente della Conferenza delle Regioni, Stefano Bonaccini - al provvedimento che da un lato definisce le risorse per un triennio, dall'altro fa partire il primo Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, prevedendo 297 milioni per il 2018, 347 nel 2019 e 470 nel 2020. Oggi abbiamo dato l'intesa alla suddivisione delle risorse solo per il 2018. Si deve dare atto del lavoro portato avanti con continuità, anche in queste ultime settimane, dal ministro Poletti e dalle Regioni. Un impegno essenziale per rendere concreta quella scelta di solidarietà e umanità che è il Reddito di inclusione. Le somme stanziare - ha aggiunto Bonaccini - serviranno in gran parte al finanziamento dei servizi per l'accesso al Reddito di inclusione (Rei) con l'obiettivo di identificare sul territorio i bisogni veri dei nuclei familiari e per individuare i sostegni necessari per i progetti personalizzati".

11 MAGGIO 2010

10/5/2018

Lotta alla povertà: intesa in Conferenza Unificata, 297 milioni destinati a Regioni e ad Enti locali

Regioni*	Somme assegnate agli ambiti territoriali di ciascuna regione destinate al finanziamento dei servizi per l'accesso al ReI, per la valutazione multidimensionale finalizzata ad indentificare i bisogni del nucleo familiare e per i sostegni da individuare nel progetto personalizzato del ReI	Regioni al netto dei comuni capoluogo di città metropolitane, di cui alla sez. a)	Somme riservate al finanziamento di interventi, in via sperimentale, in favore di coloro che, al compimento della maggiore età, vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria
Abruzzo	6.147.200,00	374.000,00	100.000,00
Basilicata	2.828.800,00	100.000,00	50.000,00
Calabria	12.811.200,00	362.400,00	150.000,00
Campania	45.886.400,00	578.400,00	400.000,00
Emilia Romagna	12.566.400,00	1.181.600,00	400.000,00
Friuli Venezia Giulia	3.563.200,00	403.000,00	100.000,00
Lazio	24.534.400,00	300.000,00	400.000,00
Liguria	5.331.200,00	100.000,00	300.000,00
Lombardia	31.715.200,00	1.500.600,00	600.000,00
Marche	5.576.800,00	333.400,00	150.000,00
Molise	1.414.400,00	100.000,00	50.000,00
Piemonte	16.401.600,00	462.400,00	450.000,00
Puglia	23.419.200,00	662.600,00	400.000,00
Sardegna	8.540.800,00	403.000,00	150.000,00
Sicilia	42.676.800,00	636.400,00	450.000,00
Toscana	11.723.200,00	775.600,00	350.000,00
Umbria	3.209.600,00	100.000,00	100.000,00
Valle d'Aosta	408.000,00	100.000,00	50.000,00
Veneto	13.246.400,00	1.326.600,00	350.000,00
Totale	272.600,00	10.000.000,00	5.000.000,00

* Occorre considerare che insistono sul settore anche le somme assegnate al complesso degli ambiti territoriali della Regione a valere su PON inclusioni riferibili al 2018, oltre 160 milioni

Somme assegnate per interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora

Sez. a)

Comuni capoluogo delle città metropolitane con più di 1.000 senza dimora	Risorse parte fissa**	Persone senza dimora (valori assoluti)***	Quota di riparto parte variabile	Risorse parte variabile	Risorse assegnate
Bologna	300.000,00	1.032	3,4%	258.400,00	558.400,00
Firenze	300.000,00	1.992	6,6%	501.600,00	801.600,00
Genova	300.000,00	1.125	3,7%	281.200,00	581.200,00
Milano	300.000,00	12.004	40,0%	3.040.000,00	3.340.000,00
Napoli	300.000,00	1.559	5,2%	395.200,00	695.200,00
Palermo	300.000,00	2.887	9,6%	729.600,00	1.029.600,00
Roma	300.000,00	7.709	25,7%	1.953.200,00	2.253.200,00
Torino	300.000,00	1.729	5,8%	440.800,00	740.800,00
Totale	2.400.000,00	30.037	100,0%	7.600.000,00	10.000.000,00

Sez. b)

Regioni (al netto dei comuni capoluogo delle città metropolitane)	Risorse parte fissa**	Persone senza dimora (valori assoluti)***	Quota di riparto parte variabile	Risorse parte variabile	Risorse assegnate
Abruzzo	200.000,00	584	3,0%	174.000,00	374.000,00
Basilicata	100.000,00	-	-	-	100.000,00
Calabria	200.000,00	529	2,8%	162.400,00	362.400,00
Campania*	300.000,00	922	4,8%	278.400,00	578.400,00
Emilia Romagna*	300.000,00	2.921	15,2%	881.600,00	1.181.600,00
Friuli Venezia Giulia	200.000,00	662	3,5%	203.000,00	403.000,00
Lazio*	300.000,00	-	-	-	300.000,00
Liguria*	100.000,00	-	-	-	100.000,00
Lombardia*	300.000,00	3.999	20,7%	1.200.600,00	1.500.600,00
Marche	200.000,00	440	2,3%	133.400,00	333.400,00
Molise	100.000,00	-	-	-	100.000,00
Piemonte*	300.000,00	530	2,8%	162.400,00	462.400,00
Puglia	300.000,00	1.870	9,7%	562.600,00	862.600,00
Sardegna	200.000,00	664	3,5%	203.000,00	403.000,00
Sicilia*	300.000,00	1.110	5,8%	336.400,00	636.400,00
Toscana*	300.000,00	1.567	8,2%	475.600,00	775.600,00
Umbria	100.000,00	-	-	-	100.000,00
Valle D'Aosta	100.000,00	-	-	-	100.000,00
Veneto	300.000,00	3.388	17,7%	1.026.600,00	1.326.600,00
Totale	4.200.000,00	19.186	100,0%	5.800.000,00	10.000.000,00

quotidianosanita.it

Giovedì 10 MAGGIO 2018

Ictus. Integrare la terapia con acido folico riduce rischio di oltre il 70%

L'integrazione con acido folico sembra ridurre del 73% il rischio di primo ictus nei pazienti ipertesi con bassi livelli di piastrine nel sangue e con elevati livelli di omocisteina. A evidenziarlo un'analisi dei dati provenienti dal Chinese Stroke Primary Prevention Trial, pubblicata dal Journal of the American College of Cardiology. La ricerca è stata guidata da Xiangyi Kong

(Reuters Health) - Nella sperimentazione clinica, l'integrazione di acido folico ha ridotto del 21%, in media, il rischio di ictus tra le persone che non ne avevano mai sofferto prima, tra gli adulti ipertesi, presumibilmente abbassando i livelli di omocisteina. Questo primo dato ha portato i ricercatori a fare un'analisi dei sottogruppi, andando a vedere in particolare l'associazione tra livelli basali bassi di piastrine e alti di omocisteina.

Lo studio

Xiangyi Kong e colleghi hanno così analizzato i dati di oltre 10mila partecipanti ipertesi di età compresa tra 45 e 75 anni al Chinese Stroke Primary Prevention Trial, che non avevano mai avuto ictus o altre malattie cardiovascolari. Di questi, 5.408 hanno assunto ogni giorno una compressa contenente enalapril e a 0,8 mg di acido folico e 5.381 hanno assunto solo enalapril. In un periodo di *follow-up* di oltre 4,2 anni, si sono verificati 371 ictus, di cui 210 tra coloro che assumevano enalapril da solo e 161 nel gruppo che assumeva anche acido folico. Il sottogruppo con bassi livelli di piastrine e omocisteina alta iniziali mostrava il rischio più alto di ictus durante il follow-up, e questo rischio è stato ridotto del 73% con l'acido folico. Di contro, l'acido folico non ha avuto effetti sui pazienti con alti livelli di conta piastrinica e bassi livelli di omocisteina.

I commenti

Se confermati, "questi risultati potrebbero avere enormi implicazioni cliniche, dato il crescente tasso di ictus negli stati in via di sviluppo, inclusa la Cina", sottolineano i ricercatori. L'identificazione dei pazienti con "una combinazione di livelli bassi di conta piastrinica e alta omocisteina, entrambi facili da valutare, potrebbe aiutare a rivelare le persone ad alto rischio di ictus e che trarrebbero particolare beneficio dal trattamento con acido folico, una terapia semplice, sicura e poco costosa".

Fonte: Journal of the American College of Cardiology

Reuters Staff

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Asl 1, lo scandalo degli straordinari negli ospedali

La Finanza acquisisce la documentazione in 8 strutture sanitarie. La Corte dei conti valuta gli sprechi di soldi

GIUSEPPE DEL BELLO
ALESSIO GEMMA

Asl Napoli 1, il lavoro "straordinario" finisce nel mirino della Corte dei conti. La Guardia di finanza è andata a prendersi tutta la documentazione negli otto ospedali napoletani, chiedendo ai dirigenti delle strutture di fornire le carte relative alle ore in più distribuite ai dipendenti dei servizi sanitari e amministrativi. In particolare, in riferimento al triennio 2014-2016.

Si tratta del primo step dell'indagine che, coordinata dal vice-procuratore generale Saverio Galasso, è nata dalla "segnalazione di diverse irregolarità riguardanti l'elargizione dello straordinario presso i presidi ospedalieri". Gli accertamenti, delegati al Nucleo polizia economico-finanziaria del gruppo Tutela spesa pubblica, partono dalle norme che limitano le spese delle regio-

ni in piano di rientro dal debito sanitario. Proprio la situazione della Campania. A cominciare dal blocco del turn over che non consente di fare nuove assunzioni per sostituire il personale andato in pensione. Il sistema costringe così a tirare la cinghia con un sovraccarico di lavoro per i dipendenti rimasti in servizio. Quando però la situazione diventa insostenibile si cerca l'escamotage.

Enon resta altro da fare che ricorrere all'orario in surplus, lo straordinario appunto. Una deroga che viene concessa a inizio

All'esame della Procura contabile gli anni da 2014 al 2016.

Accertamenti dopo l'allarme dell'ex direzione generale

to alle singole strutture.

Procedure per sopperire alle carenze di organico, purché vengano però rispettati alcuni paletti e quando realmente non ci sia altra strada da percorrere in tema di organizzazione.

Ed è proprio questo il meccanismo che la Procura contabile sta ricostruendo per valutare eventuali ipotesi di danno erariale. Basta dare un'occhiata alla documentazione richiesta dalle Fiamme Gialle ai dirigenti dei singoli ospedali: richieste di acquisizione che sono andate avanti per giorni nell'ultimo mese. Dalla "dotazione organica" dei tre anni sotto esame al "numero di dipendenti che hanno lavorato in straordinario", ai dati sullo sfioramento del budget e fino "agli eventuali accordi sindacali sulle indennità accessorie".

Tutto questo deve essere corredato da un "prospetto" con i dati dei dipendenti, cioè ruolo e ore straordinarie pagate. Ma soprattutto la Procura vuole verificare se sia stata adottata la "riorganizzazione del personale avanzata alla direzione generale anche alla luce di una nota del 9 luglio 2014" emanata dall'ex manager Ernesto Esposito. Cosa diceva quel documento? Prima di tutto allertava i vertici amministrativi e sanitari che per l'anno 2014 il budget era in esaurimento per la stessa fine di luglio.

Nello specifico l'ex direttore generale si riferiva allo "sfioramento che ne conseguirà, di notevolissima entità" tanto da po-

stualmente ad "adottare ogni possibile iniziativa finalizzata al contenimento dei consumi individuando soluzioni finalizzate a ridurre le spese relative al personale" per "scongiorare ogni responsabilità contabile, diretta e personale".

Quel che l'indagine vuole chiarire oggi è se le proposte arrivate poi ai vertici della Asl - come risulta a *Repubblica* - siano state

davvero adottate. Tradotto: sono stati sperimentati nuovi "modelli organizzativi" dai manager dell'Asl - in particolare sul numero di addetti da impiegare nelle ore di punta, quelle mattutine e pomeridiane, rispetto ai notturni - in modo da ridurre così lo straordinario? In caso contrario ci sarebbe la prova di un comportamento negligente, a sua volta responsabile dello spreco di ri-

sorse. Resta il fatto che l'anno successivo, a giugno 2015 alcuni direttori dell'Asl scrissero che "nel prendere visione del budget attribuito, evidenziamo che gli importi assegnati sullo storico e non in precedenza contrattati, risultano insufficienti per garantire la gestione dei presidi e il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza".

GIUSEPPE DEL BELLO E ALESSIO GEMMA

«Siamo pronti a diventare hub per il pronto soccorso del Cto»

«I pazienti non sono più trasportati all'ospedale più vicino
Ma in quelli più attrezzati ad intervenire con immediatezza»

DI **MIMMO SICA**

NAPOLI. Il primo maggio scorso è entrata ufficialmente in funzione "la rete tempo dipendente per l'infarto del miocardio", realizzata dall'Università Federico II e dall'Aorn Cardarelli. È coordinata dal professore Giovanni Esposito, coadiuvato dal dottore **Ciro Mauro** (nella foto), direttore di Struttura complessa di Cardiologia con Utic e Coordinatore del Dipartimento Emergenza e Accettazione del Cardarelli.

Dottore Mauro che cosa è la Rete?

«La Rete fa parte di quel moderno aspetto terapeutico che comprende anche altre patologie come l'ictus e i traumi. Quella per l'infarto nasce come progetto della Regione Campania qualche anno fa. È diventata operativa grazie alla collaborazione del consigliere alla sanità professore **Coscioni** e del capodipartimento della Regione, **Nino Postiglione** che ha redatto il provvedimento normativo».

Può entrare nel dettaglio?

«Il paziente con un sospetto infarto, grazie alla Rete, non dovrà più essere trasportato all'ospede-

dale più vicino, magari non preparato a gestire l'emergenza e costretto a un nuovo trasferimento, ma in quelli attrezzati ad intervenire, e cioè gli Hub di I livello, quelli dotati di Utic ed emodinamica interventistica».

Quali sono?

«Cardarelli, Mediterranea, Villa Dei Fiori di Acerra, Loreto Mare, Policlinico "Federico II" e Monaldi (Università "Vanvitelli" e Cardiologia ospedaliera). Successivamente saranno aggregati ulteriori Hub».

tistica, ma dalla valutazione dei dati di viabilità della zona collinare, quotidianamente intasata dal traffico, sono emerse le prime criticità».

Cioè?

«Mi riferisco a un paziente che si ricovera al pronto soccorso Cto, dell'Azienda dei Colli, e deve essere trasferito al Monaldi, sua hub di riferimento secondo il provvedimento regionale. La strada da fare è generalmente trafficatissima mentre esistono lungo il percorso due Hub, il Cardarelli e la Federico II».

Il medico dell'ambulanza non

può a sua discrezione e nell'interesse del paziente ricoverarlo in una delle due hub citate?

«No perché deve attenersi alle linee guida contenute nel decreto regionale».

Che cosa suggerisce?

«Che il Monaldi si riconverta in un'attività "elettiva", vista anche la sua tradizione cardiologica, e che al pronto soccorso del Cto sia lasciata la libera scelta di portare il paziente alla Hub più vicina. In tal senso auspico un intervento politico perché vengano quanto prima apportate le necessarie modifiche alla rete».

Quale è l'ospedale che ha come hub il Cardarelli?

«L'ospedale San Paolo con il quale si lavora benissimo perché, in termini di minutaggio di percorrenza, il paziente arriva prestissimo in quanto l'ambulanza, via Tangenziale, arriva praticamente fuori la sala operatoria».

Ma il Cardarelli sarebbe disponibile a diventare hub anche per il pronto soccorso del Cto?

«Senza alcun dubbio e mi risulta

GIORNATA AIRC

LOTTA AL CANCRO: UN ALTRO ENZIMA NEL MIRINO

A differenza di altre forme tumorali femminili, quella che colpisce l'ovaio è ancora sfuggente e pericolosa. Ma la situazione potrebbe cambiare, grazie anche agli studi sostenuti dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc) e, in particolare, al lavoro svolto all'Istituto europeo di oncologia. Spiega Ugo Cavallo, responsabile dell'Unità di ricerca di oncologia ginecologica dell'Ieo: «Ciò che volevamo, innanzitutto, era avere una fotografia di queste neoplasie dal punto di vista del loro corredo di proteine: quali siano specifiche e quali no e, soprattutto, in che cosa l'insieme delle proteine attivate - chiamato fosfoproteoma - dif-



ferisca da quello delle proteine dei tessuti della sede di origine sani: oltre all'ovaio, anche le tube di Falloppio, da dove nasce una parte dei carcinomi ovarici».

Dall'analisi dettagliata e comparata delle proteine dei tessuti sani e malati donati dalle pazienti i ricercatori hanno delineato (e descritto in un lavoro pubblicato su *Cell Reports*) le differenze, e identificato una serie di target per potenziali terapie su



SOPRA, L'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE E LA LOCANDINA DELLA GIORNATA DELL'AZALEA IL 13 MAGGIO, IN CUI L'AIRC RACCOGLERÀ FONDI NELLE PIAZZE ITALIANE (WWW.AIRC.IT)

cui ora si inizia a lavorare. Tra questi, uno in particolare ha destato l'interesse di Cavallo, che spiega: «Una delle proteine su cui ci stiamo concentrando è un enzima chiamato CDK7: test effettuati per ora in vitro con un inibitore specifico hanno dato risultati incoraggianti e adesso abbiamo intenzione di iniziare i test in modelli sperimentali più avanzati».

La CDK7 appartiene a una grande famiglia in cui ci sono altri membri, come la 4 e la 6, già bersaglio di farmaci antitumorali, sia sperimentali che approvati negli ultimi anni per il cancro al seno, fatto che conferma che la via della CDK è considerata molto promettente.

(agnese codignola)

DAI BATTERI INVINCIBILI CI SALVERÀ L'ORNITORINCO

di Giuliano Aluffi

Corpo da lontra, becco d'anatra, coda da castoro, dita palmate: è il più strano dei mammiferi. Ma il suo latte contiene una **superproteina**. Che sconfigge i microbi resistenti agli antibiotici

Nella lotta contro i superbatteri potremmo in futuro avere uno strano alleato: l'ornitorinco. Nel latte di questo mammifero australiano dall'aspetto così bizzarro - lungo 35-40 centimetri, becco d'anatra, dita palmate, corpo peloso da lontra e coda da castoro - è stata trovata una proteina dotata di sorprendenti proprietà antibatteriche. Una scoperta arrivata al momento giusto. Solo qualche mese fa Vytenis Andriukaitis, commissario Ue per la salute, ha infatti ammonito che entro il 2050 la resistenza agli antimicrobici potrebbe uccidere una persona ogni tre secondi e sorpassare il cancro come causa di morte. Potrebbe quindi rivelarsi preziosissimo un animale che mette in crisi le categorie zoologiche. E non si tratta solo dell'aspetto "composito": pur essendo un mammifero l'ornitorinco depone uova.

Non stupisce quindi lo scetticismo

mostrato dagli studiosi europei quando, nel 1799, il British Museum ricevette dall'Australia il primo esemplare di ornitorinco impagliato: «Di tutti i mammiferi conosciuti è quello dalla forma più straordinaria: ha un becco d'anatra attaccato alla testa di un quadrupede. A prima vista fa pensare a un inganno realizzato artificialmente» scrisse l'esperto di storia naturale del museo, George Shaw, nel saggio *The Naturalist's Miscellany*. Shaw diede all'animale il nome *Platypus anatinus* (anatra dai piedi piatti). Ma nel 1803 un anatomista tedesco, Johann Blumenbach, in possesso di una seconda pelle arrivata dall'Australia, volle ridescrivere la bestiola e la rinominò *Ornithorhynchus paradoxus* (paradosso con il becco d'uccello). I due nomi poi vennero mischiati - e non poteva finire diversamente



+
A DESTRA, DUE IMMAGINI DI ORNITORINCO (ADULTO E PICCOLO). SOTTO, LA BIOLOGA JANET NEWMAN E LA STRUTTURA DELLA M.P. LA PROTEINA DEL LATTE DEL MAMMIFERO AUSTRALIANO, RIBATTEZZATA SHIRLEY TEMPLE PER I RICCIOLI



per un animale dalle forme così ibride - in *Ornithorhynchus anatinus*, che è ancor oggi il nome della specie. Che però restò oggetto di dubbi altri vent'anni. Nel 1823 il medico Robert Knox sosteneva ancora che, siccome gli esemplari impagliati avevano attraversato l'Oceano Indiano, si poteva sospettare uno scherzo ordito da marinai orientali cucendo insieme parti di animali diversi. Del resto era già accaduto con le "sirene", prodotte da giapponesi e cinesi cucendo insieme la metà superiore di una scimmia con quella inferiore di un pesce e vendute a caro prezzo ai creduloni occidentali.

Oggi però non guardiamo più all'ornitorinco con sospetto, ma con speranza, come ci spiega Janet Newman, biologa molecolare della Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation australiana, che sta cercando di far luce sui misteri salvifici del latte di questo animale. «Nella lotta ai batteri, sempre più resistenti agli antibiotici tradizionali, servono soluzioni diverse da tutte quelle che abbiamo sperimentato finora. Una potrebbe essere proprio la proteina antibatterica del latte di ornitorinco, che finora nessuno aveva osservato» spiega la scienziata. «Sapevamo solo che si trattava del sistema con cui l'evoluzione aveva ovviato a un problema serio: la mancanza, in questa specie, di quella portentosa protezione antimicrobica che è il capezzolo. La mamma ornitorinco secerne il latte attraverso dei pori

che ha sul ventre e li questo resta esposto ai microbi prima che i piccoli possano succhiarlo. Se il latte non avesse molecole che ne impediscono la contaminazione, ormai l'ornitorinco si sarebbe estinto».

La mamma ornitorinco secerne il latte attraverso dei pori che ha sul ventre e li questo resta esposto ai microbi prima che i piccoli possano succhiarlo. Se il latte non avesse molecole che ne impediscono la contaminazione, ormai l'ornitorinco si sarebbe estinto».

Per capire le proprietà strutturali del-



DANIEL WAKELIN/ANIT/GETTY IMAGES

la proteina antibatterica, chiamata Mlp (Monotreme Lactation Protein), gli scienziati hanno dovuto superare qualche difficoltà: «È così piccola che potevamo osservarla solo con una "luce" a lunghezza d'onda di 0,1 nanometri e a quelle lunghezze ci sono solo i raggi X. Ma per poter usare i raggi X la proteina doveva essere nella sua forma cristallizzata, che in natura non esiste: abbiamo dovuto ricostruirla in laboratorio, modellandola usando le parti del genoma dell'ornitorinco che la caratterizzano. Siamo andati per tentativi e, ironizzando, dicevamo tra noi che un animale così strano poteva produrre solo proteine strane».

Ma che la Mlp fosse davvero strana si è capito davvero quando un altro gruppo di esperti ha dovuto capitolare: «Esiste un progetto scientifico chiamato Casp, gestito da biologi computazionali, che a



DANIEL WAKELIN/ANIT/GETTY IMAGES

partire dalle sequenze di amminoacidi delle proteine è in grado di predire la loro struttura in 3D. Abbiamo chiesto il loro aiuto, ma si sono arresi subito perché la sequenza della proteina era qualcosa che non avevano mai visto prima» osserva Newman. «Alla fine però siamo riusciti a ricostruirla: è formata da strutture simili a boccoli e riccioli. Per questo l'abbiamo ribattezzata "proteina Shirley Temple"».

Nei test di laboratorio le sue capacità

antibatteriche sono risultate evidenti. «Abbiamo visto che è molto efficace contro due dei batteri multiresistenti che l'Oms ha inserito l'anno scorso nella lista di quelli da combattere con alta priorità: lo *Staphylococcus aureus*, resistente agli antibiotici meticillina e vancomicina, e l'*Enterococcus faecalis*, resistente alla vancomicina». Il vantaggio della Mlp è che aggredisce i microbi su un nuovo fronte: «Gli antibiotici che abbiamo oggi attaccano i ribosomi dei batteri, interrompendo la loro produzione di proteine e quindi impedendo loro di vivere. La Mlp invece si lega alla loro superficie esterna» spiega Newman. «Per i batteri potrebbe essere più difficile sviluppare resistenza a molecole che, per ucciderli, non hanno bisogno di penetrare al loro interno. Ma questo si vedrà col progredire della ricerca». ■