



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Ambulatori e centri di riabilitazione: siglato il nuovo contratto di lavoro

Di **ETTORE MAUTONE**

Siglato a Roma il nuovo contratto collettivo nazionale di lavoro del Comparto privato sanitario e socio-sanitario.

Depositato presso il ministero del Lavoro, e validato al Cnel, il nuovo contratto riguarda una platea ampia di operatori della sanità privata.

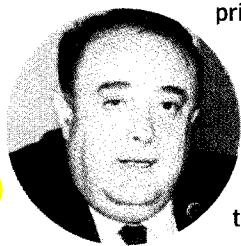
Il personale

Si va dal personale dei centri di riabilitazione ai presidi ambulatoriali di recupero funzionale, alle strutture socio-sanitarie, laboratori di analisi, centri anti-diabete, diagnostica per immagini, radioterapia, medicina nucleare, odontoiatria, emodialisi, iperbarica, cardiologia, pneumologia ed altre branche a visita e di tutte le strutture eroganti attività inerenti prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

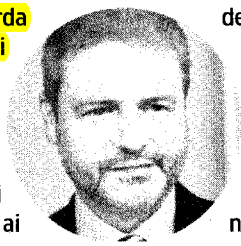
la sigla delle parti è giunta a conclusione di una serrata negoziazione durata circa sei mesi, con l'assistenza di Cinfasal per i sindacati e Confimprese Italia per la parte datoriale, le Associazioni di Categoria Aspat ed Anpric, in uno alla propria Federazione nazionale denominata Fenaspa e le sigle sindacali dei lavoratori Fesica confasal, Confsal e Confsal Fisals.

In vigore dal 1° luglio

Il nuovo contratto di lavoro decorre dal 1° luglio del 2013. "Abbiamo dotato i nostri associati - avverte **Pier Paolo Polizzi**, presidente Aspat - di un istituto normativo innovativo ed appro-



Pier Paolo Polizzi



Bruno Piza



Chiara Argenio

priato, rispondente ai requisiti mutevoli propri della realtà lavorativa del comparto della sanità privata accreditata e nel contempo abbiamo garantito, senza soluzione di continuità, la valorizzazione dei parametri acquisiti dall'esperienza del precedente contratto del 2009.

Oggi, con la nostra piattaforma contrattuale, di pertinenza di entrambe le macroaree assistenziali della specialistica ambulatoriale e della riabilitazione, siamo in grado di assicurare ai dipendenti dei nostri centri regole e protocolli di comportamento aziendale che una struttura sanitaria moderna deve necessariamente adottare per rispondere alle stringenti esigenze dell'accreditamento istituzionale".

Un fermo durato 8 anni

"Con il passare degli anni il contratto di riferimento della sanità privata, continua **Bruno Piza** presidente Anpric - che non viene rinnovato dal 2005, è diventato completamente inadeguato ed obsoleto, come se bastasse non innovare per ignorare e fermare i cambiamenti in atto nel mondo dell'assistenza sanitaria territoriale e della riabilitazione nel senso più largo del termine. Il nuovo contratto Fenaspa consente a tutto il comparto privato della sanità e del socio-sanitario italiano di garantire i livelli occupazionali nel

rispetto dei diritti costituzionali e legislativi acquisiti dai lavoratori in servizio e garantendo ai nuovi assunti stipendi mediamente più alti del 4 per cento di quelli assicurati dagli altri contratti del settore. Inoltre abbiamo dato ampio spazio alla contrattazione decentrata che è l'unico strumento in grado di adattare i contratti collettivi nazionali alle diverse legislazioni regionali che oggi governano di fatto l'assistenza sanitaria".

Appropriatezza e occhio alla spesa

"Tra le peculiari caratteristiche del nuovo contratto - conclude **Chiara Argenio** presidente federale Fenaspa - vi è l'attenzione che entrambe le parti hanno dedicato ai problemi relativi allo stato di applicazione delle principali leggi del settore ed alle modifiche derivanti dal processo di riforma del Servizio sanitario nazionale e regionale. La disciplina generale del settore e

la configurazione dei servizi ad esso afferenti, sono oggetto di profonde e significative rivisitazioni che modificano sostanzialmente gli asset erogativi della sanità privata accreditata e che pongono all'attenzione del legislatore e degli operatori dell'intero comparto la necessità di una visione unitaria dei servizi resi, attraverso un modello di organizzazione integrata e la predisposizione di reti territoriali."

La presentazione il 13 giugno

L'appuntamento con gli operatori del comparto è fissato dalla federazione e dalle associazioni nel pomeriggio di giovedì 13 giugno al Centro congressi Tempo al Centro direzionale isola E5. Per gli aderenti Aspat, ovviamente, si tratta ora di sostituire il contratto collettivo nazionale, largamente applicato in tutto il territorio regionale, sottoscritto nel maggio 2009. ●●●

Asl, atti aziendali: scaduta la proroga Scure sui primari

Di **ETTORE MAUTONE**

Atti aziendali di Asl e ospedali: è scaduto ieri il nuovo termine per la consegna, agli uffici regionali, dei nuovi organigrammi. In realtà il termine non è perentorio visto che dal ministero della Salute, a cui spetta l'ultima parola, nessuno si è fatto sentire. Ciascun direttore genera-

le ha stilato una dettagliata mappa delle unità operative semplici e, soprattutto, delle strutture complesse da lasciare in piedi.

Obiettivo è assicurare i livelli essenziali di assistenza e tagliare la spesa in un'ottica di razionalizzazione dei servizi. Sullo sfondo il parametro fissato dal ministero: un primario per ogni 17,5 posti letto su scala regionale (1,31 per i dirigenti di strutture semplici sia in ambito ospedaliero che territoriale). Parametro qui rivisitato su scala regionale in base alle esigenze del fabbisogno calcolate dalla struttura commissariale nell'ambito dell'autonomia delle scelte gestionali delle Regioni. Per i pre-



sidi ospedalieri di Asl è prevista una struttura complessa ogni 22 posti letto, per le aziende ospedaliere una struttura complessa ogni 16 posti letto, per le Aziende ospedaliere universitarie e il Pascale un primario ogni 14 posti letto.

Direttori al lavoro

Per ora, tuttavia, fanno sapere da Palazzo Santa Lucia, nemmeno uno degli atti aziendali delle 20 strutture sanitarie è giunto in Regione. Quel che è certo è che le strutture complesse verranno sensibilmente ridotte in base alle linee guida dettate dalla Regione. I primariati della Asl Napoli 1, tanto per fare un esempio, si dovranno ridurre di oltre un terzo rispetto alle attuali 190 unità. Ma sulle 60 da abolire 19 sono già vacanti in ragione del blocco del turn-over del personale che va avanti ormai da quattro anni. E anche sul fronte dello sblocco del turn-over si aspetta il via libera di Roma a 387 assunzioni. ●●●

Accreditamenti bis: attiva la piattaforma Soresa

E' attiva da alcuni giorni la piattaforma Soresa allestita per accogliere le nuove domande di accreditamento delle strutture sanitarie a dicembre escluse dal vecchio iter. Con l'entrata in vigore della finanziaria regionale un nuovo capitolo della lunga fase del provvisorio accreditamento durata 15 anni sta per essere scritto in Campania. Due le novità di cui tenere conto: la prima è la riapertura dei termini per le strutture (circa 100) che alla fine dello scorso anno sono risultate escluse - per vari profili di illegittimità (il precedente iter è stato azzerato dalla bocciatura della Corte costituzionale alla fine del 2012). La Consulta ha infatti dichiarato non conforme la legge campana (la n. 23 del 14 dicembre del 2012) che ispira l'ultimo tratto di questo lungo e tormentato percorso. Ora le suddette 100 strutture tornano in corsa grazie al decreto commissariale n. 50 che dà attuazione alla sanatoria della finanziaria regionale. Una norma scritta proprio per superare i rilievi della Consulta. Le Pmi che non avevano presentato la domanda di accreditamento nei termini previsti, o che non erano state ammesse per irregolarità o vizi formali, hanno ancora alcuni giorni di tempo per correre ai ripari. La seconda novità, molto più spinosa, emerge dalle carte dei nuclei ispettivi delle Asl e dell'ArSan sul fronte delle autorizzazioni. ●●●

Cure integrate: ecco le reti cliniche

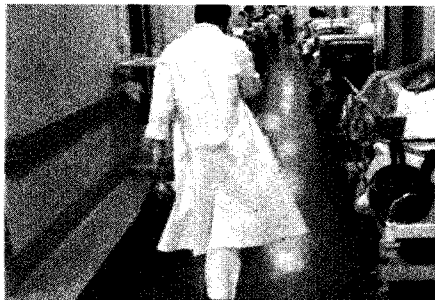
Addio ai vecchi reparti ospedalieri: oggi il malato si cura in reti cliniche. I vantaggi? Risparmio sulla spesa e una più efficace presa in carico dei pazienti che hanno l'opportunità di essere seguiti in un'efficiente staffetta tra professionisti di aziende diverse da quelle del ricovero. La logica è quella dei dipartimenti applicata in questo caso ai network funzionali tra ospedali. Uno spaccato in cui il Sud è in prima linea con oltre il 30 per cento delle reti censite. In particolare, sul totale delle 245 reti 75 sono distribuite a Sud e nelle isole, pari al 30,6 per cento delle esperienze complessive. La Campania è la regione che emerge con i contorni più sbiaditi con una sola iniziativa avviata.

I dati nazionali

La diffusione delle reti cliniche, da tempo nel vocabolario della sanità pubblica britannica (e di altri Paesi anglosassoni, come il Canada) parte lentamente in Italia nei primi anni duemila, ma è dal 2008 che il modello inizia ad espandersi, passando nelle Regioni censite da una cinquantina di esperienze alle oltre 140 dello studio al 2012. Alcune ancora solo sulla carta, ossia programmate ma non ancora avviate. Altre in fase di start-up e molte già pienamente funzionanti. Tra quelle già in attività le aree terapeutiche dove le Reti sono più diffuse sono Cardiologia (14 esperienze avviate), Oncologia (10), Neurologia (9), Malattie Rare (8), seguite poi da Emergenza-Urgenza, Centri trasfusionali e Cure palliative, che contano 7 esperienze ciascuna. In tutto le Reti cliniche effettivamente funzionanti censite da Fiaso sono 87, con una netta prevalenza nel Nord Italia.

Un modello per l'efficienza

Ma cosa sono esattamente le reti cliniche? Un servizio in cui medici, infermieri e servizi prendono in carico il malato al di là dei confini dell'azienda ospedaliera o sanitaria nel quale il paziente è materialmente ricoverato. Delle reti censite non tutte però sono già avviate, alcune sono ancora sulla carta, ossia programmate ma non partite, mentre altre sono in fase di start-up. In tutto quelle effettivamente funzionanti sono 87, di cui 22 nel Mezzogiorno. Per quanto riguarda il Sud e le isole, il Molise è la regione con più reti funzionanti (7), seguita da Abruzzo e Puglia (4 reti ciascuna già attive). Tra reti sulla carta e in parte o del tutto attive al top c'è invece la Sardegna (con 21 reti cliniche censite, di cui 2 atti-



ve e 13 in start up), seguita da Abruzzo (19), Puglia (14), Basilicata e Molise (8), Calabria e Sicilia (2). In Campania risulta, come detto, una sola struttura in fase di avvio. Tra le branche specialistiche in cui al Sud questo modello ha preso piede ci sono i settori di emergenza-urgenza, oncologia, laboratoristica e salute mentale.

Contaminazione dei saperi

Quel che è certo è che dalla contaminazione dei saperi nascono nuove specializzazioni mediche: la tendenza a lavorare in rete da parte di Asl e ospedali nasce del resto dalla sempre maggiore specializzazione che alimenta il bisogno di interscambio e connessione tra professionisti, sia per rafforzare il proprio bagaglio di competenze sia per mettere al meglio queste ultime a disposizione del malato.

Tre le tipologie di reti censite: le reti deboli dove tutto nasce e si ferma all'esigenza di collaborazione tra professionisti di aziende diverse. Ci sono poi i network clinici che sono già primi esempi di reti vere e proprie ma su pratiche o modelli organizzativi consolidati. Infine le reti forti. ...

Care-Giver Alzheimer: l'Aima forma 20 operatori

Si è conclusa nei giorni scorsi, presso la Casa Aima di Battipaglia, la prova di esami della seconda edizione del corso regionale Caregiver Alzheimer. Da oggi le famiglie e gli enti interessati possono rivolgersi all'Aima (Associazione italiana malati di Alzheimer) per conoscere gli operatori in possesso di competenze professionali ed umanistiche specifiche che si aggiungono agli altri 20 formati nella prima edizione.

“Il nostro corso Caregiver Alzheimer - avverte Caterina Musella, presidente di Aima Campania - è autorizzato dal decreto della Regione n. 216 del 22 marzo del 2011 ed è il primo del genere in Italia per la formazione di un operatore dedicato al sostegno e alla gestione di cura della malattia d'Alzheimer o per le demenze correlate che prevede il rilascio di un attestato regionale riconosciuto su tutto il territorio nazionale (articolo n. 14 della Legge 845 del 1978)”. Il caregiver Alzheimer segue un percorso formativo di 600 ore, possiede una preparazione multidisciplinare scientifica e umanistica che gli consentono di valutare, comprendere e aiutare i disagi del paziente legati alla dissoluzione della mente. Un operatore formato per gestire in maniera specifica i problemi correlati alla malattia cronica svolgendo il ruolo di riferimento principale tra il paziente e la famiglia e i servizi presenti sul territorio. Tali figure possono essere impiegate per l'assistenza domiciliare e servizi alla Persona in generale e presso alcune strutture residenziali e semiresidenziali quali Centri polifunzionali, Comunità alloggio, casa albergo. Il prossimo obiettivo dell'Aima è estendere tali profili professionali anche nelle piante organiche di Rsa e Centri diurni integrati. Per i dettagli www.aimanapoli.it. ...

RUGGI, IL TAR DÀ 60 GIORNI PER L'INTESA REGIONE-ATENE

Non si respira un bel clima all'azienda ospedaliera di Salerno: la ruggine tra ospedalieri e universitari rischia di indebolire l'impalcatura della nascente azienda ospedaliero-universitaria. Camici bianchi l'un contro l'altro armati a colpi di lettere pubbliche per denunciare presunte negligenze dell'altra parte. Tutte schermaglie sulla scia delle contrapposizioni politiche tra Regione e rettorato. Oggetto del contendere la nomina sulla controversa decisione del presidente della Regione di nomina, da parte di Caldoro, del manager dell'ospedale Ruggi di Salerno **Elvira Lenzi** anche a capo dell'ospedale universitario. A sancire una tregua ci pensa il Tar che dà i 60 giorni per trovare un'intesa pena il commissariamento da affidare direttamente alle decisioni del ministero della Salute. Con un'ordinanza cautelare, la n.308 del 2013, il Tar da un lato stigmatizza i ritardi della Regione dall'altro ribadisce che la nomina sia effettuata d'intesa tra il presidente della Regione e il rettore dell'Università di Salerno **Raimondo Pasquino**. Il Tar invita a porre in essere, con immediatezza, tutti gli adempimenti necessari per la nomina.



Raimondo Pasquino

ATENEI DI NAPOLI

Manager servizi sociali e sociosanitari

Master universitario di 12 mesi: sono trenta i posti disponibili

Al via il primo master universitario interateneo di II livello in "Management dei servizi sociali e socio Sanitari" promosso dalla Seconda Università di Napoli e dalla "Federico II" in collaborazione con la Regione Campania. Il Master dura 12 mesi e prevede un numero massimo di 30 posti disponibili. Possono parteciparvi i possessori dei seguenti titoli accademici: Biotecnologie, Chimica e tecnologia farmaceutiche, Discipline economiche e sociali, Economia, Farmacia, Giurisprudenza, Informatica, Ingegneria, Marketing, Medici-

na e chirurgia, Medicina veterinaria, Psicologia, Scienze biologiche, Scienze della comunicazione, Scienze della programmazione sanitaria, Scienze dell'amministrazione, Scienze dell'informazione, Scienze e tecnologie alimentari, Scienze economiche, statistiche e sociali, Scienze politiche, Scienze statistiche, attuariali ed economiche, Scienze statistiche, demografiche e sociali, Scienze strategiche, Statistica. I candidati dovranno sostenere una prova finale che consiste nella discussione di un "Field project". Il supera-

mento del master comporta il riconoscimento di 60 crediti formativi universitari (CFU). Il master è strutturato in 1.500 ore di attività formativa e professionalizzante.

Le domande di iscrizione dovranno essere presentate allo sportello dell'Ufficio esami di Stato e Segreteria scuole di specializzazione, sito in via Luciano Armani n. 5 - Napoli, entro e non oltre il giorno 18 giugno 2013 (se per raccomandata a/r), entro e non oltre il giorno 25 giugno 2013 (se presentate a mano presso lo Sportello).

L'ERBA VOGLIO

ROBERTO SUOZZI

**PESTICIDI E SOLVENTI
CHE CAUSANO PARKINSON**

Il rischio di contrarre il Parkinson, la "Paralisi agitante" descritta nel 1817 da James Parkinson, è molto più elevato se ci si espone ai pesticidi. Il problema perciò riguarda soprattutto agricoltori e giardinieri; in Francia viene riconosciuto come malattia professionale. In Italia la metà della frutta commercializzata presenta residui di pesticidi, così come le verdure, la pasta, l'olio e altri prodotti alimentari. *Neurology*, pubblica uno studio di ricercatori della fondazione dell'ospedale San Matteo e del Centro per la malattia del Parkinson di Milano. Lo studio mostra che l'esposizione a pesticidi e solventi dà un'alta possibilità di sviluppare il Parkinson. Chi mangia cibi ricchi di antociani (flavonoidi: frutti rossi e altri vegetali) ha un rischio minore di contrarre il Parkinson. Molto importanti per la cura del Parkinson sono alimenti come la fava che contiene L-Dopa (precursore della dopamina: farmaco importante per questa malattia). La levodopa può variare in base alla qualità di fava e al microclima.

rmsuozzi@mclink.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



RIPARTE L'OSPEDALE DEL MARE

Con la firma di Stefano Caldoro commissario ad acta per la Sanità campana, scatta il via libera della Regione al progetto definitivo per il completamento dell'ospedale del Mare. A partire dalla firma di Caldoro scatta infatti il conto alla rovescia dei 60 giorni per il via libera al progetto esecutivo. L'iter amministrativo prevede infine, entro i successivi 30 giorni, l'approvazione del progetto di completamento dell'opera (eseguita all'80 per cento dall'associazione temporanea di imprese capeggiata da Astaldi). La data certa per la riapertura del cantiere è dunque fissata al prossimo 2 settembre.

Cancro della vescica e della prostata Chirurgia preventiva, no degli urologi



Urologi e oncologi italiani pronunciano un secco no alla chirurgia preventiva. A scendere in campo è la Società italiana di urologia oncologica riunita a Firenze per il XXIII Congresso nazionale. Semaforo rosso degli specialisti allo screening genetico di massa e alla chirurgia preventiva su organi sani per evitare l'insorgenza di eventuali tumori. Dopo il clamoroso caso di Angelina Jolie e quello del manager londinese che si è fatto togliere la prostata sana per scongiurare la possibile insorgenza di un tumore, gli uro-oncologi italiani intervengono per evitare anche nel nostro paese il rischio di pericolose e inutili emulazioni. Esistono due geni il Brca1 ma soprattutto il Brca2 che, se mutati, aumenterebbero il rischio di contrarre malattie tumorali in alcuni organi, tra cui la prostata. "È vero, le ultime ricerche - afferma **Giario Conti**, presidente Siuro (Società italiana di di Urologia oncologica) - dimostrano che l'alterazione, tramite mancate riparazioni del Dna, del gene Brca 2 nel maschio aumenterebbe il rischio relativo di sviluppare il tumore di 9 volte circa rispetto alla popolazione normale. Tendenzialmente i tumori dovuti ad alterazioni genetiche sono più aggressivi, più veloci e danno più facilmente origine a metastasi". Ma per la prostata, a differenza di quello che accade per il tumore al seno e alle ovaie dove la probabilità è molto alta e dove esistono dei percorsi medici precisi, per il tumore della prostata le conoscenze non sono univoche.

Malattie e ambiente Irpinia sotto la lente Osservatorio ad hoc

Di **ETTORE MAUTONE**

Incrociare i dati delle schede di dimissione ospedaliera (Sdo) con il luogo di residenza, l'anamnesi per patologie e gli stili di vita dei pazienti. Obiettivo conoscere l'effettivo stato di salute della popolazione e indagare sul rapporto tra malattie e ambiente. Il tutto al fine di migliorare i processi di ricerca, valutare gli interventi di salute pubblica e assumere decisioni intelligenti nell'ambito delle politiche per il governo della salute.

Pascale, Crom e Provincia uniti

Non è un registro tumori ma lo supera per completezza di dati e per tecnologie informatiche utilizzate nell'analisi. Nasce in Irpinia il primo osservatorio epidemiologico della Campania. Obiettivo monitorare anomalie nella diffusione delle più comuni patologie ad elevato impatto sociale, in particolare i tumori. Il progetto coinvolge esperti dell'Istituto Tumori di Napoli, del Centro ricerche oncologiche di Mercogliano (Crom), dell'Azienda ospedaliera di Avellino e l'Agenzia regionale per la protezione dell'Ambiente.

I codici esenzione a Napoli Nord

Un esperimento simile è stato condotto nei giorni scorsi alla Asl Napoli 2 nord dove indagando sui codici di esenzione per patologie è emersa la particolare incidenza di neoplasie risultata quadruplicata negli ultimi anni in particolare nelle zone dei cosiddetti roghi tossici. "Fatti recenti di cronaca, la crisi rifiuti e l'allarme nazionale sullo stato dell'ambiente in Campania, correlati ad un aumento delle patologie neoplastiche - avverte **Peppe Castello**, direttore scientifico del Crom di Mercogliano - suggeriscono l'utilità di strumenti di indagine epidemiologica e la necessità e l'importanza di disporre di dati reali sulle cause di malattie. Da un lato ciò serve ad evitare pericolosi allarmismi, che comunque ottengono il non lusinghiero risultato di peggiorare la qualità di vita dei cittadini e dall'altro ci consente di fare luce su anomalie che si registrano in alcune aree". Il progetto è stato presentato ieri nella sa-

la Grasso di palazzo Caracciolo dal commissario straordinario della Provincia di Avellino **Raffaele Coppola**, da **Tonino Pedicini**, direttore



generale dell'Istituto Tumori di Napoli di cui il Crom è emanazione, dal direttore generale dell'Asl di Avellino **Sergio Florio** e dai dirigenti dell'Arpac. "Questa iniziativa - avverte Pedicini - nasce dal presupposto che l'ambiente e gli stili di vita vanno sempre più assumendo il ruolo di determinante fondamentale dello stato di salute della popolazione umana. Comprendere quali sono gli elementi da tenere in considerazione per valutare l'impatto di diversi fattori sullo stato di salute è un compito molto complesso. E solo tramite l'incrocio tra dati ambientali, territoriali e urbanistici, epidemiologici, della mortalità così come di altri indicatori sanitari, demografici, culturali e sociali che si può tracciare, per una determinata popolazione, una serie di scenari possibili utile a regolare e a prevedere, quando necessario, azioni di politica sanitaria che migliorino la salute della popolazione e limitino i danni derivanti da specifiche componenti ambientali". "È noto che i cancerogeni ambientali - conclude Castello - possono influire indirettamente o direttamente sulla salute. Spesso però è difficile determinare una relazione causa-effetto e gli studi epidemiologici cercano di descrivere e quantificare i danni da esposizione, sia acuta che cronica, a diverse sostanze. Più accurati sono i livelli di analisi più è significativa la relazione causale tra ambiente e patologia". Non a caso il progetto utilizzerà tecnologie informatiche per l'incrocio dei dati e la loro analisi e la loro interpretazione sulla base dei principi dei Big Data permettendo di massimizzare il potenziale informativo differenziando le fonti di informazioni sensibili ai fini della valutazione statistica grazie all'utilizzo di algoritmi molto simili a quelli utilizzati nei motori di ricerca per internet. ●●●

Le questioni della salute

Inquinamento e mortalità, parte l'osservatorio

Crom, Istituto tumori, Arpac e Azienda ospedaliera monitoreranno cittadini e territorio

Francesca des Loges

La Provincia di Avellino pioniera in Italia per lo studio e la tutela della salute dei cittadini. Presentato, ieri mattina, a Palazzo Caracciolo l'innovativo progetto di attivazione di un Osservatorio sullo stato di salute della popolazione irpina e del territorio realizzato insieme all'Istituto Tumori di Napoli - Centro Ricerche Oncologiche di Mercoledì, con l'Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati di Avellino e dell'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente.

«Conoscere, attraverso dati ufficiali e attendibili, lo stato di salute della popolazione è la base per poter migliorare la qualità della vita, la nostra provincia si appresta a diventare punto di riferimento nazionale come primo ente territoriale che indirizza una gestione oculata di spesa in questa direzione», spiega il Commissario Straordinario Raffaele Coppola in riferimento all'inserimento nel bilancio di una voce dedicata al cofinanziamento dell'iniziativa attraverso una borsa di studio che permetterà ad un ricercatore di predisporre studi specifici.

«Contare i morti dovuti al cancro e all'inquinamento non basta, sono oltre 10 anni che non si fa nulla al riguardo con dati che dormono nei cassetti, ora, entro sei mesi avremo risultati utili da cui far partire politiche mirate - interviene il Direttore del Crom Tonino Pedicini -. Ribaltiamo i dati e incrociamoli con quelli relativi all'inquinamento ambientale per trovare un nesso tra mortalità e territorio e capire se esiste una relazione tra ricoveri ospedalieri e comune di residenza ma senza creare allarmismi infondati».

Riferimento che richiama la scottante e drammatica questione dell'Isochimica di Pianodardine: «Una problematica del genere oggi non potrebbe più verificarsi - sottolinea il direttore generale dell'Azienda Ospedaliera Moscati, Giuseppe Rosato - le normative odierne in tema di prevenzione e studio dei rischi e l'attenzione maggiore da parte degli enti e dei lavoratori stessi alla qualità della vita non permettono più di incorrere nei madornali errori fatti negli anni '80. Ognuno farà la sua parte a favore della ricerca e dell'utilizzo dei dati raccolti».

La raccolta informazioni si basa su flussi informatizzati che comprendono i dati registrati da Asl, Istat, Arpac e dal Ministero dell'Economia e delle



Rosato
Il manager:
«Non ci potrà essere mai più un'altra Isochimica»

Finanze: «Nella nostra Regione il tasso di mortalità incide di più perché la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è di 5 punti inferiore rispetto a Centro Nord - incalza Pedicini al fianco del Direttore Operativo del Crom Giuseppe Castello - la causa sta nello screening effettuato in ritardo unito alla mancanza di cure disponibili per tutti».

Insomma una sfida che in breve tempo mira ad avere risultati tangibili soprattutto in tema di programmazione: «Solo unendo le forze si potranno analizzare i dati sia

per fini puramente epidemiologici che di valutazione delle azioni da compiere sul territorio - interviene Mario Ferrante Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Locale -. Insieme al Crom siamo pronti a mettere a disposizione le nostre professionalità per diventare polo di riferimento regionale».

Un lavoro di analisi che si trasformerà, quindi, in politiche d'azione territoriali: «un'iniziativa che metterà ordine sulle informazioni relative alla nostra provincia per avere dati reali e puntuali sui tumori ed evitare allarmismi diffusi» commenta il presidente dell'Ordine dei Medici di Avellino Antonio D'Avanzo. Insomma la medicina sta cambiando e si apre ad una nuova funzione sociale avvalorata anche dall'imminente aggiornamento del codice deontologico professionale in materia di qualità dell'ambiente di vita e dei luoghi di lavoro: «nella nuova versione del codice è menzionata una nuova funzione sociale del medico che - conclude D'Avanzo - non è tenuto solo a prestare il proprio apporto professionale ma anche a promuovere stili di vita idonei alla tutela della salute del cittadino».

Igiene urbana**Sanificazione, il prefetto scrive a Caldoro per sbloccare fondi e servizi**

Il Prefetto di Benevento Ennio Blasco ha presieduto un incontro con il Commissario straordinario della Provincia Cimitile, il sindaco di Benevento Pepe, nella qualità di Presidente dell'Assemblea dei sindaci, e il Direttore Generale della Asl Rossi che ne avevano fatto richiesta per esaminare congiuntamente la tematica dei servizi di sanificazione ambientale che negli ultimi tempi era stata evidenziata dai sindaci dei comuni della provincia nonché da cittadini che avevano segnalato agli enti la presenza di topi e insetti. L'approfondimento condotto ha fatto emergere il vuoto operativo

che si è determinato a seguito della disposizione del Commissario per il piano di rientro del settore sanitario della Regione Campania che, dallo scorso mese di gennaio, ha sottratto alle Asl l'esecuzione delle attività in argomento, senza tuttavia indicare vie alternative di azione per l'attuazione degli interventi di sanificazione. Conseguentemente, non risultando altri enti cui i servizi di sanificazione potessero essere affidati né previsti a tal fine fondi regionali, i servizi che, secondo la pianificazione sanitaria ordinaria, avrebbero dovuto avere avvio fin dallo stesso mese di gennaio,



Il prefetto Ennio Blasco

non sono stati eseguiti, fatte salve le azioni che i comuni hanno autonomamente avviato per assicurare attività collaterali utili, quali la pulizia delle caditoie e dei pozzi delle acque meteoriche, il ta-

glio del verde pubblico e la vigilanza sulla cura del verde privato.

Preso atto di quanto acquisito nel corso della riunione, si è stabilito che il prefetto rappresenterà al presidente della Regione Caldoro le preoccupazioni espresse da tutti gli enti intervenuti in merito alla questione, richiedendo, a tutela della salute pubblica e della salubrità dell'ambiente, urgenti idonei provvedimenti che consentano di provvedere al riguardo, al fine di evitare negative conseguenze sulla popolazione e sul territorio del Sannio.

Sanità Richieste in calo all'ospedale Rummo, approvato l'atto aziendale che prevede la rimodulazione dei servizi

Filiera oncologica e nasce la «cittadella»

Dipartimento «a percorso»
che arriva fino alla chirurgia
Appartamenti per le famiglie

Nico De Vincentiis

Il tentativo è quello di creare un vero e proprio piano regolatore dell'ospedale. E come per un Puc che si rispetti esso tiene presente innanzitutto le domande che emergono da un territorio. Per la prima volta quello sanitario è alle prese con una contrazione della domanda di servizi, come abbiamo rilevato nell'inchiesta sulle cure a cui si sottopongono i sanniti al tempo della crisi. Ma a una riduzione di richieste non possono seguire limiti da assegnare alle risposte. Che siano, inoltre, sempre più attrezzate e di qualità per garantire una certa produttività, che a sua volta attragga i giusti finanziamenti. Una successione di impegni declinata in qualche modo dal nuovo atto aziendale varato dall'ospedale Rummo. Con esso viene rimodulata l'azione dei vari dipartimenti e vengono riorganizzati alcuni servizi («Una razionalizzazione - dice il direttore generale Nicola Boccalone - che consenta di mantenere la stessa attuale impalcatura»). Il tutto in presenza del crescente calo di finanziamenti che nel 2013 sono stati di 106.404,00 euro (nel 2010 erano 129.689,00). Oggi i medici sono 284 e nel 2010 erano 312. Naturalmente le decisioni del management lasciano spazio a insoddisfazioni o entusiasmo a seconda della valorizzazione o meno dei vari settori. «Bisogna che vi sia l'impegno di tutti - avverte però il direttore generale - per garantire i giusti livelli di operatività. Per la prima volta nella storia gli ospedali chiudono invece che aprire, noi cerchiamo

di non cedere nulla di quanto abbiamo conquistato». Tra i punti centrali dell'atto aziendale il tentativo di promuovere una filosofia che potrebbe essere definita «dei percorsi».

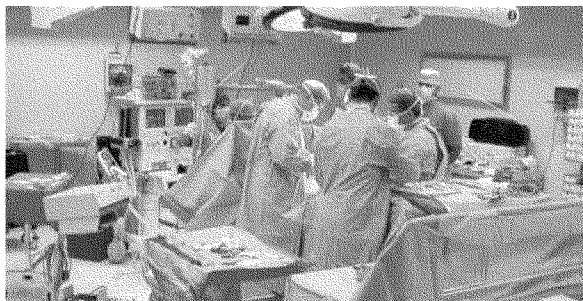
L'esempio più interessante è quello della filiera oncologica, un Dipartimento che prevede una sinergia diretta e operativa tra le varie fasi della cura. Saranno coinvolti i vertici del reparto oncologico (Bruno Danieli), l'Unità di senologia (Pasquale Zagarese), l'Anatomia patologica (Arturo De Blasio) e la Chirurgia (Cristiano Huscher). In questo complesso di interdipendenza si aggiungerà la vera novità dei prossimi mesi, la «cittadella dell'accoglienza» di cui è stato varato il progetto preliminare dopo un concorso di idee. Nascerà all'interno del padiglione Padre Pio e comprenderà nove appartamenti destinati alle famiglie dei ricoverati oncologici, sia in terapia che bisognosi di interventi chirurgici e di medie e lunghe degenze. Vi saranno anche spazi e servizi per i bambini.

Oggi, intanto, a Villa dei Papi, su iniziativa del Dipartimento di chirurgia oncologica, oltre 100 chirurghi italiani

e stranieri parteciperanno al work-shop con la visione in diretta di un intervento utilizzando una tecnica che viene eseguita per la prima volta in Italia per l'asportazione dei tumori del retto. È stata messa a punto alla Harvard University di Boston dalla dottoressa Patricia Syl-la e consiste nella asportazione del colon sigmoideo e del retto nella sua parte superiore, con il sistema della laparoscopia e attraverso l'ano, con uno speciale strumento a cannocchiale detto TEO. Introdurranno la sessione il direttore Nicola Boccalone, e i presidenti delle commissioni regionali Sanità e Bilancio, Michele Schiano di Visconti e Massimo Grimaldi.



Work shop
Intervento
innovativo
in diretta
davanti a 100
chirurghi
italiani
e stranieri



Ospedale Al Rummo approvato l'atto aziendale con la programmazione delle attività e delle nuove realizzazioni

L'Asl non paga, distretto sanitario sfrattato

Sala Consilina, i proprietari dello stabile di via Pozzillo devono ricevere diciotto canoni arretrati

► SALA CONSILINA

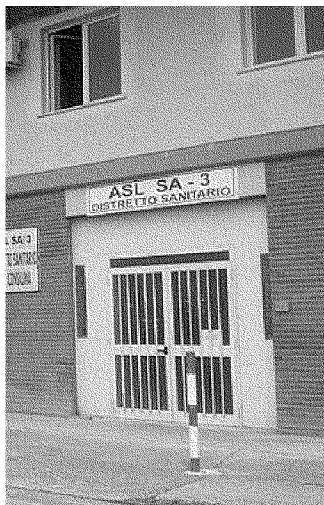
Intimato lo sfratto all'Asl per il mancato pagamento negli ultimi diciotto mesi del canone di locazione dei locali del distretto sanitario di via Pozzillo. I proprietari dell'edificio nei giorni scorsi hanno avviato la procedura ed è stata fissata l'udienza presso il tribunale di Sala Consilina per mercoledì 17 luglio. Dopo 17 anni quindi, se non si arriverà alla sanatoria della morosità l'Asl potrebbe essere costretta a lasciare la struttura che occupa dal 1997. Il credito maturato dai proprietari dell'edificio ammonta a circa centomila euro. La struttura di via Pozzillo è composta

da tre piani all'interno dei quali si trovano gli uffici ed alcuni ambulatori del distretto sanitario. Fino alla fine del 2011 i pagamenti da parte dell'Azienda sanitaria locale sono sempre stati effettuati con regolarità. Dal 1° gennaio del 2012 però i pagamenti del canone di locazione non sono stati più effettuati. Nel corso dei mesi sono state fatte diverse sollecitazioni alla dirigenza dell'Asl alle quali sono seguite soltanto rassicurazioni di natura verbale che però non si sono mai concretizzate nel pagamento dei canoni arretrati. Della vicenda si è interessata anche l'amministrazione comunale di Sala Consilina guidata dal sindaco

Gaetano **Ferrari** che da diverso tempo si sta battendo per far sì che il distretto sanitario resti a Sala Consilina.

L'amministrazione qualora l'Asl dovesse lasciare i locali in seguito allo sfratto, avrebbe già pronte delle alternative a costo zero per ospitare gli uffici del distretto sanitario. Nei giorni scorsi dopo l'ennesimo silenzio ai solleciti fatti, i proprietari dell'immobile hanno deciso di adire le vie legali per far valere i propri diritti ed ottenere quanto dovuto. «Ci sentiamo presi in giro – hanno spiegato i proprietari dell'edificio – perché fino ad ora abbiamo atteso convinti che le promesse verbali di pagamento

sarebbero state mantenute e così non è stato. Nel frattempo però abbiamo comunque pagato le tasse legate all'immobile e quelle sul reddito prodotto dallo stesso, reddito però esistente solo sulla carta visto che da diciotto mesi l'Asl non paga il canone di locazione». Il rappresentante legale dell'Asl di Salerno è stato citato a comparire avanti al Tribunale di Sala Consilina in funzione di Giudice Unico, all'udienza che si terrà il 17 luglio. Contestualmente allo sfratto è stata fatta anche istanza per l'emissione del decreto ingiuntivo per i canoni non pagati, le spese sostenute per la procedura e gli interessi maturati.

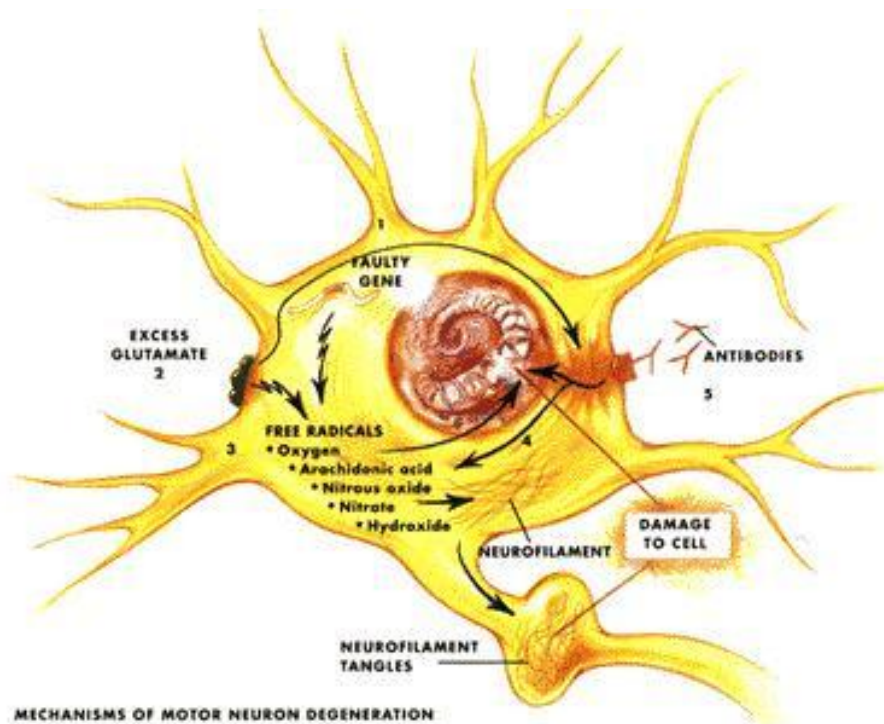


La sede del distretto sanitario



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Tumori epatici: speranze in un virus Il Pascale è capofila

Di **ETTORE MAUTONE**

Non tutti i virus sono dannosi: ovvero come utilizzare un vettore virale caricato come un missile radiocomandato capace di inseguire e annientare le cellule epatiche cancerose risparmiando i tessuti sani.

A distanza di alcuni mesi del lancio del nuovo e promettente protocollo clinico pubblicato su Nature medicine e Cancer researches l'istituto tumori Pascale (come anticipato dal Denaro) guida la sperimentazione clinica di fase 2 e 3. A darne notizia è **Francesco Izzo**, responsabile nazionale del trial clinico, al ritorno da Chicago dove ha partecipato all'ultimo convegno dell'Asco. "Il trattamento è molto promettente - avverte Izzo - efficace e con scarsi effetti collaterali, anche in pazienti ammalati di cancro epatico in fase avanzata". Il virus vaccino sebbene prodotto anche nell'uomo in larga scala non ha mai determinato epidemie. Il nuovo vaccino oncolitico e immunoterapico noto con la sigla JX-594 (o Pexa-Vec, sviluppato da Jennerex Biotherapeutics), prolunga in modo significativo la sopravvivenza nei pazienti con carcinoma epatocellulare (Hcc) avanzato. Il virus oncolitico della famiglia dei poxvirus è ingegnerizzato in modo tale da renderlo capace di replicarsi e di agire selettivamente sulle cellule tumorali.

Il trattamento con alte dosi di JX-594 si è associato a un prolungamento della sopravvivenza

globale rispetto al trattamento con basse dosi (14,1 contro 6,7 mesi). In ogni caso si ga una riduzione delle dimensioni del tumore e una riduzione del flusso sanguigno senza contare un'immunità antitumorale che riduce il flusso di sangue ai tumori. L'anti-angiogenesi (il tumore muore per asfissia) ha un ruolo nell'attività antitumorale di JX-594. Studi clinici hanno evidenziato un'interruzione della perfusione tumorale anche in punti distanti dai punti di iniezione in appena 5 giorni dopo il trattamento nei pazienti. Inoltre, non si sono visti effetti tossici sui vasi sanguigni normali.

In pratica il virus colpisce selettivamente e infetta le cellule endoteliali associate al tumore, così come le cellule tumorali, portando all'interruzione dell'apporto ematico e alla distruzione del tumore. Tre i meccanismi d'azione: la lisi delle cellule tumorali, la riduzione della perfusione ematica del tumore e la stimolazione delle risposte immunitarie. Il vaccino sfrutta specifiche caratteristiche genetiche delle cellule tumorali. Studi di fase I su JX-594 hanno evidenziato l'efficacia sistemica del prodotto e la risposta completa ottenuta su tumori voluminosi e la sopravvivenza non è risultata correlata con l'origine del tumore. I virus agiscono sulle cellule endoteliali tumorali e ipossia e necrosi nel giro di 48 ore.

**Leggi il commento
di Franco Bonaguro**



Melanoma, stop ai raggi Uv Ecco il braccialetto-test

Un braccialetto contro i danni del sole. Quando i raggi Uv diventano pericolosi cambia colore (da bianco a viola). Il dispositivo è distribuito in questi giorni nelle scuole elementari della Campania e, da fine giugno, negli stabilimenti balneari della Regione. La Fondazione melanoma vuole raggiungere in particolare i più giovani per sensibilizzarli sull'importanza delle regole salva pelle. La prevenzione è la prima arma per sconfiggere il melanoma, un tumore della pelle particolarmente aggressivo (7 mila nuove diagnosi ogni anno in Italia 700 in Campania) e 1.500 decessi. "E' dimostrato - spiega **Paolo Ascierto**, presidente della Fondazione melanoma - che ripetuti eccessi di esposizione da giovani triplicano il rischio di melanoma da adulti. Il sole è un grande amico, ma possiede anche un lato oscuro, in grado di provocare danni molto gravi. Le creme non possono fare miracoli. Non esistono solari in grado di garantire una protezione totale. Inoltre va considerato che esiste un tempo di esposizione massimo oltre il quale bisogna stare all'ombra. Intanto un cocktail di farmaci potrebbe essere la soluzione per evitare che il melanoma, una volta asportato, torni a invadere l'organismo.



Paolo Ascierto

Prevenzione nelle scuole: Lilt in campo a Scampia

Tumori e prevenzione: concluso ieri a Napoli il primo ciclo di controlli clinici di prevenzione senologica presso l'ambulatorio realizzato nell'Istituto scolastico Virgilio di Scampia a favore delle madri degli alunni. In campo la sezione partenopea della Lilt (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori). "Per il prossimo anno scolastico - avverte il preside dell'Istituto **Paolo Battimiello** - saranno programmati anche i controlli di prevenzione oncologica per la cute e i nei per i marchi". A presentare l'iniziativa **Adolfo Gallipoli D'Errico**, presidente della Lilt Napoli, **Gennarina Panico**, referente per gli interventi socio-educativi dell'Ufficio scolastico.

DISTROFIA DI ULLRICH, STUDIO TELETHON SUL COLLAGENE

Rigenerare i muscoli? E' una questione di impalcatura. Uno studio dell'Università di Padova dimostra come il collagene VI, assente nella distrofia di Ullrich, è indispensabile per una corretta rigenerazione dei muscoli danneggiati. Il lavoro pone le basi per un nuovo approccio di terapia cellulare basato sui fibroblasti. Rigenerare i muscoli danneggiati sarebbe possibile grazie a un'impalcatura molecolare a base di collagene VI. E' quanto suggerisce uno studio finanziato da Telethon e pubblicato su Nature communications dal gruppo di ricerca coordinato da **Paolo Bonaldo**, docente di Biologia cellulare all'Università di Padova. Oltre a chiarire un aspetto importante del modo con cui il muscolo si riforma dopo un danno, questo studio propone un nuovo approccio di terapia cellulare da applicare in malattie muscolari degenerative, come per esempio le distrofie. "Il collagene VI è una nostra vecchia conoscenza - spiega Bonaldo - sono infatti oltre 15 anni che, con il supporto di Telethon, studiamo questa proteina. Normalmente è responsabile dell'ancoraggio delle fibre muscolari alla loro struttura esterna di supporto, ma quando è difettosa porta allo sviluppo di due rare malattie ereditarie del muscolo". Trapiantando un numero relativamente piccolo di queste cellule nei muscoli dei topi modello della distrofia di Ullrich i ricercatori padovani sono riusciti a ripristinare una corretta impalcatura di collagene VI intorno alle fibre muscolari.

Cuore

Parigi, al congresso europeo di cardiologia interventistica, studi e dati su infarto, vascolarizzazione e ostruzione delle arterie

Gli stent medicati evoluzione bio dei salva-coronarie

GIUSEPPE DEL BELLO

S

PARIGI
tent, tecnologia in progress. Devices pensati (e realizzati) con l'unico obiettivo di restituire alle coronarie stenotiche il diametro indispensabile al passaggio del sangue. Dai primi "nudi" metallici ai successivi eluting drug (a rilascio di farmaco) fino agli attuali che spariscono a "lavoro ultimato". Ne hanno fatta di strada i minuscoli tubicini, utilizzati nell'angioplastica, procedura (Ptca) diffusa e spesso sostitutiva del by-pass. Dello stato dell'arte e del futuro si è discusso all'ultimo congresso europeo di Cardiologia interventistica "EuroPci" che si è recentemente concluso a Parigi. Gli ultimi devices (medicati, i cosiddetti Des), presentati da Boston scientific sono stati i protagonisti di alcuni studi con risultati definiti dagli specialisti "opzioni terapeutiche emergenti".

I primi dati hanno riguardato "NG Promus", studio mirato a valutare sicurezza e efficacia del Premier, stent a struttura in platino-cromo a rilascio di everolimus. L'indagine, condotta da John Ormiston del Mercy angiography hospital di Auckland in Nuova Zelanda, ha valutato la situazione a 30 giorni: «Non si è mai registrata una trombosi dello stent, mentre l'incidenza di mor-

te, infarto e rivascolarizzazione, è stata inferiore all'1%». Flessibile, ma con elevata resistenza alla compressione, il device è dotato di un sistema di rilascio migliorato, e con caratteristiche tecniche che ne facilitano l'avanzamento nella coronaria.

Il secondo studio, "Evolve", ha esaminato le caratteristiche dello stent Synergy: ha un rivestimento bioassorbibile (nella parte esterna dello stent, a contatto con l'endotelio della coronaria) che, dopo tre mesi, scompare. «Il progresso di questi stent, (il primo risale a cinque anni fa)», commenta Carlo Briguori, responsabile di Emodinamica nella clinica Mediterranea di Napoli, «permetterà di interrompere la doppia terapia antiaggregante, a distanza di dopo pochi mesi dall'impianto e senza prolungarla fino a un anno e oltre. In questo modo, diminuirà il rischio di sanguinamenti e si risparmierà sul costo dei farmaci. In futuro, gli stent saranno a scomparsa totale, ma la tecnologia dovrà risolvere alcuni problemi: quelli correlati alle caratteristiche tecniche del materiale utilizzato per produrre lo stent e, anche, ai tempi di riassorbimento che dovrebbero essere modulabili a seconda della gravità della lesione».

Tra le novità, il sistema lumen Optis (St Jude) che, utilizzando la tomografia a coerenza ottica (Oct), aiuta a decidere il protocollo terapeutico in vista dell'angioplastica. Giulio Guagliumi degli Ospedali riuniti di Bergamo, ne illustra i vantaggi: «Col suo fascio di luce la precedente tecnologia impiegava poco più di 3 secondi per visualizzare 5 cm e mezzo di vaso, adesso ne bastano due per perlustrarne 7. Se un paziente deve praticare una coronarografia e si sospettano lesioni complesse, sarà utile a programmare meglio l'intervento».

Nuova Tc a coerenza ottica col suo fascio di luce aiuta a decidere il protocollo terapeutico prima dell'angioplastica

I NUOVI MODELLI

LE VIE DI ACCESSO

L'arteria radiale

Di calibro medio-piccolo, è una via di accesso alternativa alla femorale con un percorso più lungo e meno diretto

L'arteria femorale

Di grosso calibro, è quella più usata perché permette un accesso abbastanza diretto al cuore

Arteria radiale

Arteria aorta

Cuore

Arteria femorale

INFOGRAFICA PAULA SIMONIETTI

APPLICAZIONE DELLO STENT

I nuovi cateteri sono super sottili, flessibili e facili da far scorrere anche in vasi di piccolo calibro

Stent con palloncino sgonfio

Il catetere

Tubo sottile che va inserito nell'arteria di accesso e che arriva fino al vaso da trattare

1 Catetere in sede

Ostruzione

Stent con palloncino sgonfio

Vaso sanguigno

2 Dilatazione del palloncino e dello stent

3 Stent in sede

Il catetere viene ritirato

Lo stent dilata l'ostruzione

DETTAGLI DEI NUOVI DEVICE

STENT PROMUS PREMIER

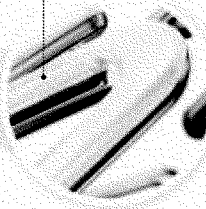
Struttura in platino-cromo a rilascio di farmaco (everolimus)



Maglia flessibile ma con elevata resistenza alla compressione

STENT SYNERGY

Rivestimento bioassorbibile a scomparsa dopo 3 mesi



VESSIX

Tecnica minimamente invasiva che prevede l'inserimento di un catetere speciale nelle arterie renali che elimina le terminazioni nervose e riduce l'ipertensione

Dove si applica

Catetere nell'arteria renale

Arteria renale

Stent in sede renale

Terminazioni nervose bruciate con energia a radiofrequenza di bassa potenza

Catetere

Stent vessix con microchip per la denervazione renale

L'IPERTENSIONE

Denervazione renale, tecnica avanzata ma è difficile scoprire i pazienti giusti

Nel mondo ne soffre un miliardo di persone, in Europa 81 milioni. Ipertensione, se falliscono i farmaci si passa alla "denervazione renale". In sperimentazione da circa cinque anni, la tecnica miniminvasiva che mette fuori gioco le terminazioni nervose delle arterie renali (coinvolte in uno dei meccanismi di regolazione della pressione arteriosa), ha avuto il via libera dell'European society of Cardiology. Il dispositi-

vo, che interviene sulle fibre del sistema simpatico, determina una riduzione del flusso sanguigno al rene, con possibile riduzione della pressione.

La tecnica prevede, dopo l'inserimento di un catetere nell'arteria renale di entrambi i lati, l'erogazione di energia che distrugge le fibre. Sconfitta l'ipertensione essenziale, quella di cui non si conosce l'origine? «Non è la soluzione definitiva», avverte Bruno Trimarco, ordi-

nario di Cardiologia alla Federico II di Napoli, «E certamente una tecnica di grandi prospettive, ma per utilizzarla è fondamentale individuare i pazienti che potrebbero avvantaggiarsene: al momento, questa definizione della patologia non è disponibile». Tra le holding produttrici dei cateteri, Boston scientific, St Jude, Medtronic e Covidien.

(g. d. b)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Crollano i ricoveri da complicanze acute, non quelli collegati alla cronicità. I dati su PlosOne e l'allarme del congresso Amd sui trattamenti inadeguati: negli over 65 farmaci che non funzionano vengono sostituiti solo dopo 2-3 anni. Rischi di crisi ipoglicemica

Diabete

Personalizzare le terapie ritardi nel cambiare cure

MARIAPAOLA SALMI

Crollano negli ultimi dieci anni i ricoveri per complicanze acute da diabete, segno che le cure e l'assistenza (integrata) sono migliorate eppure la mortalità tra i ricoverati è invariata (7,6%) anzi si registra una tendenza all'aumento dei decessi da ipoglicemia; stesso trend per i ricoveri correlati alle complicanze croniche della patologia. I dati dell'indagine condotta dal 2001 al 2010 da ricercatori dell'Istituto superiore di Sanità e del Dipartimento di scienze mediche dell'università di Torino, pubblicati giorni fa sulla rivista *Plos One*, sono in linea con l'allerta lanciato al recente congresso nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD): quasi un terzo della popolazione diabetica è curato in modo inadeguato tanto che un paziente su due sopra i 65 anni viene trattato con farmaci che non funzionano come dovrebbero e con-

Eccesso o scarsa azione di medicine prescritte e male monitorate dallo specialista

tinua ad esserlo per almeno altri due-tre anni prima che il diabetologo decida di cambiare terapia. Perché? Fattori culturali e formazione del medico, educazione del paziente. «Per molto tempo abbiamo avuto a disposizione solo tre tipi di terapie - metformina, sulfaniluree e glinidi, insulina - oggi ben nove classi terapeutiche permettono di adeguare la cura ai diversi profili dei pazienti diabetici seppure con meccanismi d'azione diversi», dice Carlo Giorda, neopresidente della Fondazione AMD, «nonostante questa disponibilità a personalizzare la terapia c'è un ritardo enorme nel cambiare farmaco quando non funziona più. Un esempio? Quando il diabetologo cambia il farmaco passando all'insulina, il valore dell'emoglobina glicata è elevato, tra 8.0 e 9.0, indice di un cattivo controllo glicemico che perdura da mesi». Questasorta di inerzia si ripercuote negativamente sul buon controllo glicemico (HbA1c attorno a 7 nei diabetici di lunga data, tra 6.0-6.5 nei giovani) e ha ricadute pesanti sul rischio cardiovascolare.

«Sebbene si sia verificato il dimezzamento dei ricoveri per complicanze acute, passati dal 14,4 al 7,1 per 1000 persone diabetiche in

NEL MONDO

Numero di malati
2011-2030

Nel 2011
**285-350
milioni**

Nel 2030
(proiezione)
**438-700
milioni**

Crescita
prevista
50%

IN ITALIA

Prevalenza
2000-2010

Nel 2000
3,2%

Nel 2010

4,9%

**2,9 milioni
di diabetici**

C'è un altro milione
che non ne è
a conoscenza

un decennio, la probabilità di essere ricoverati per un coma ipoglicemico o una disidratazione da iperglicemia persistente, è ancora alta», ribadisce Marina Maggini ricercatore all'Istituto superiore di sanità. La prima, grave complicanza acuta del diabete è l'ipoglicemia legata all'eccesso o alla scarsa azione del farmaco prescritto. Negli Stati Uniti si registra una media di 380.000 visite di emergenza per ipoglicemia all'anno, sempre negli States insuline e ipoglicemizzanti orali sono tra le quattro classi di farmaci responsabili di due terzi di tutte le ospedalizzazioni per eventi avversi da farmaci negli over 65. Uno studio di confronto Germania, Spagna e Gran Bretagna ha rilevato che i costi diretti attribuibili alle ipoglicemie oscillano tra i 1300 e i 3200 euro a episodio mentre i dati preliminari dello studio italiano HY-SBERG indicano che l'8,1% dei diabetici arruolati ha avuto uno o più episodi di ipoglicemia severa nell'ultimo anno con necessità di ricovero nel 64% dei casi. È indispensabile ridurre al minimo il rischio crisi ipoglicemica, soprattutto negli anziani fragili con problemi di insufficienza renale e nei giovani, destinati a una lunga aspettativa di vita media e ad una lunga durata della malattia diabetica in allarmante diffusione nei paesi orientali, tema centrale del sesto Italian Barometer Diabetes

DIABETE DI TIPO 2

colpisce il

90%
dei diabetici



Avviene di solito dopo i 30-40 anni

40%

dei malati ha un parente di primo grado affetto dalla stessa malattia

Forum in corso a Monte Porzio-Cattone). Tra le azioni per contrastare la "minaccia globale", l'accordo che l'Osservatorio italiano ha siglato con l'Osservatorio diabetologico colombiano, l'esportazione del modello di cura italiano del diabete e la geomedicina che affronta gli aspetti demografici, sociali, culturali ed economici dei paesi emergenti.

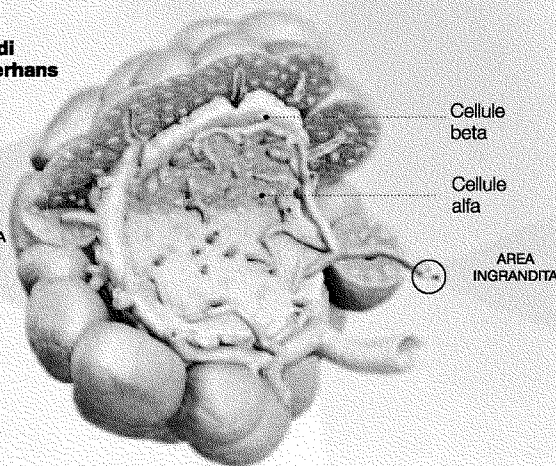
© RIPRODUZIONE RISERVATA

COME AVVIENE LA PRODUZIONE NORMALE DI INSULINA



Isola di Langerhans

AREA INGRANDITA



Cellule beta

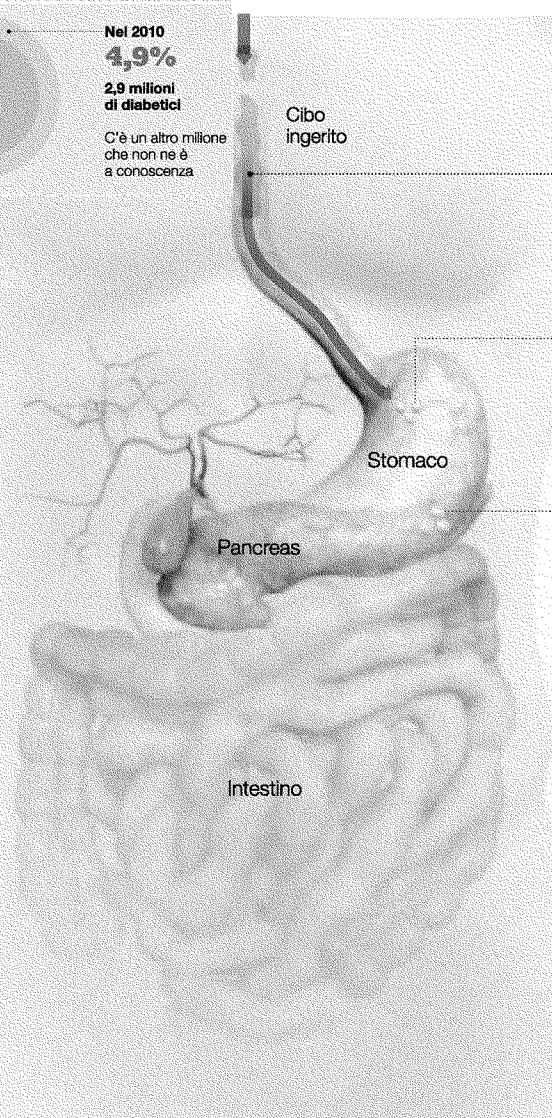
Cellule alfa

AREA INGRANDITA

1 Nel corpo e nella coda del pancreas sono presenti circa 1 milione di isole di Langerhans. Nelle isole si producono ormoni endocrini che vengono poi versati nel circolo sanguigno

Le isole costituiscono circa 1-2% della massa del pancreas

2 All'interno delle isole si trovano cellule endocrine, tra cui le cellule beta che secernono insulina e le alfa, glucagone. L'insulina riduce i livelli di glucosio nel sangue, il glucagone li aumenta





Persapeme di più

Il polmone

I NUOVI BIOLOGICI CHE ALLUNGANO LA VITA

Il cancro del polmone si conferma il "big killer" ma continua a cambiare volto. Diminuiscono anche in Italia i casi della forma "squamosa" frequente nei fumatori, ma aumentano quelli da smog (adenocarcinoma), secondo i dati diffusi all'Asco dall'Associazione Italiana di Oncologia medica (Aiom). Uno studio presentato all'Asco dimostra che un nuovo farmaco biologico, nintedanib, ha allungato la vita dei pazienti con la forma "non a piccole cellule" di 2,3 mesi rispetto a placebo più docetaxel. La sopravvivenza complessiva è salita a 12,6 mesi. «Si tratta di risultati incoraggianti - commenta Stefano Cascinu, presidente dell'Aiom - perché per la prima volta un agente biologico dimostra di dare un vantaggio anche in pazienti già trattati. È un farmaco anti-angiogenetico, che attacca cioè la vascolarizzazione del tumore, "affamandolo", ma che agisce anche su tutta l'impalcatura del tumore stesso». Presentato poi uno studio su un altro farmaco sperimentale innovativo, afatinib: i pazienti con carcinoma polmonare "non a piccole cellule" positivo per mutazioni Egfr hanno avuto una sopravvivenza libera da progressione della malattia di circa un anno rispetto ai poco meno di sei mesi dei pazienti sottoposti alla chemioterapia standard, raddoppiando inoltre la sopravvivenza libera da malattia (11 mesi contro i 5,6 mesi della terapia standard).

IL COLON

METASTASI FEGATO RIMPICCIOLITE DA NUOVO FARMACO

Una sopravvivenza prolungata a circa 2,5 anni in media dalla diagnosi. E un 30% in più di malati colpiti da metastasi al fegato guarisce perché queste si riducono al punto di essere asportabili. Sono i risultati illustrati all'Asco di Chicago ottenuti da un farmaco "intelligente", il cetuximab, associato come sempre a chemioterapia, in malati di cancro al colon gravi, con metastasi e con gene Kras non mutato.

Il cancro del colon-retto è il terzo tumore più diffuso tra gli uomini, il secondo tra le donne. In Italia si contano 300mila malati, con 45mila nuovi casi l'anno. Fattori di rischio sono l'età, la familiarità e soprattutto gli stili di vita: una dieta ricca di carne rossa e di grassi, e poi sedentarietà, obesità, fumo e alcol. «Venti anni fa si moriva dopo 6 mesi - osserva Fortunato Ciardello, Seconda Università di Napoli - Oggi con questi nuovi farmaci a bersaglio molecolare si arriva mediamente a 30 mesi». «Inoltre - spiega Carmine Pinto, dirigente di Oncologia, Sant'Orsola-Malpighi di Bologna, - il 30% dei malati, grazie alla riduzione della massa tumorale, diventano operabili, un numero quadruplicato rispetto ad altre terapie, e quindi si può sperare di arrivare alla guarigione». (a. d'a.)