



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Tetti di spesa 2013 No dei convenzionati

Sanità privata accreditata contro i nuovi tetti di spesa della Regione Campania. La rivolta delle associazioni di categoria parte da Salerno. In prima fila l'Aias, l'Aiop riabilitazione, Anisap, Anpric, Aris, Aspat, Confapi Sanità, Confindustria Sanità Federlab, Foai Campania. Dito puntato sugli ultimi decreti commissariali che, se attuati a Salerno, è scritto in una nota - comporteranno una drastica riduzione di prestazioni riabilitative e assistenziali con grave ricaduta soprattutto sulla salute e qualità della vita degli anziani dei bambini e degli adolescenti. L'azione commissariale, peraltro in contrasto con le raccomandazioni ministeriali e la stessa programmazione regionale, oltre a non garantire il diritto dei cittadini a fruire dei livelli essenziali assistenziali determinerà una crisi irreversibile di tutto il comparto.

"Nella nostra provincia - dicono le associazione

dei pazienti - i familiari che vorranno assicurare l'assistenza ai propri cari dovranno farsi carico di una spesa di oltre 2 mila euro l'anno mentre i presidi, i centri di riabilitazione e le Residenze sanitarie assistite dovranno mettere in mobilità o licenziare circa 500 operatori esperti e formati. Esiziale, per le Pmi del settore, il combinato disposto dell'incremento delle tariffe e del taglio delle risorse. Tanto da mettere a rischio l'erogazione delle prestazioni ai cittadini con disabilità, la continuità assistenziale e il mantenimento dei livelli occupazionali delle strutture. Discorso a parte meritano i criteri dei pagamenti delle prestazioni erogate che la regione e l'Asl intendono adottare.

Qui c'è da considerare la proposta dell'Aspat insieme a Fenasp (la Federazione nazionale sanità privata accreditata). Ossia prorogare da giugno del 2011 al 31 dicembre

del 2012 il ripiano in fieri del debito pregresso e provvedere, tramite il riparto del fondo alle Asl, ad allineare i pagamenti delle Asl rimaste indietro (Na1, Na 3 e Bn scontano circa 6 mesi di ritardo). Poi, per i crediti pregressi, grazie al differimento del termine di copertura dei vecchi debiti delle Asl, saldare la fase di azzeramento del vecchio debito ai pagamenti della spesa corrente velocizzando e semplificando le procedure. "A vantaggio delle imprese - spiega Pier Paolo Polizzi presidente dell'Aspat - ci sarebbe l'abolizione della certificazione come già praticato dalla Asl di Salerno evitando il costo dell'8 per cento trattenuto dalla banche per le cessioni".



Salerno, economia sanitaria Ai raggi X il governo delle Asl

Di **ETTORE MAUTONE**

Appropriatezza delle prestazioni, tetti di spesa, programmazione delle attività sanitarie, percorsi diagnostico terapeutici e analisi della domanda di salute per programmare l'offerta. Fari puntati sui temi di economia sanitaria nelle sessioni del convegno organizzato dall'Aspat a Salerno ed inserito nell'ambito del quarto Congresso nazionale di traumatologia e riabilitazione sportiva, evento scientifico patrocinato dal Gruppo Forte di Salerno. Esperti di economia sanitaria al capezzale della Sanità malata. Un appuntamento da rendere fisso - secondo **Antonio Gambardella**, vicepresidente Aspat e principale motore organizzativo delle assise. Riflettori accesi sugli scenari di sostenibilità del servizio sanitario e sull'innovazione tecnologica ed organizzativa in sanità. La parola chiave è appropriatezza delle prestazioni. Ne parlano **Angelo Tattoli** dell'Università della Cattolica di Roma e **Paola Adinolfi** dell'Università di Salerno, entrambi esperti di economia sanitari che ne discutono con Guida, dell'Asl Salerno. Attesissima dai tanti imprenditori ed operatori del settore intervenuti la tavola rotonda moderata dal presidente dell'Aspat **Pier Paolo Polizzi** che dopo

aver letto una lettera dell'ex manager della Asl **Maurizio Bartoletti** alimentato il dibattito evidenziando le palesi criticità che sono emerse dopo gli ultimi decreti emanati dalla struttura commissariale.

"Entro la fine dell'anno dovranno necessariamente quadrare i conti della sanità regionale - ha detto il presidente della V Commissione Sanità **Schiano di Visconti** - e bisognerà aiutare le aziende sanitarie più in crisi. E' evidente che ci sono delle carenze di posti letto e di personale. Stiamo lavorando in tal senso cercando tra l'altro di

sbloccare il blocco del turnover". Schiano Ed ipotizza la fine del commissariamento per l'inizio del 2014 a pareggio di bilancio raggiunto. Per quanto riguarda i tagli delle prestazioni effettuati con gli ultimi decreti dal Commissario ad Acta **Mario Moriaccio**, Schiano si è detto convinto che ci saranno delle modifiche nei territori più penalizzati come l'Asl di Salerno. Dal suo canto il direttore generale dell'Asl Salerno **Antonio Squillante** ha espresso amarezza ed il suo senso di impotenza di fronte ai tagli dei decreti estivi: "Purtroppo noi abbiamo le assegnazioni e su queste dobbiamo procedere alla ripartizione a livello territoriale" ha affermato il manager dell'asl, il problema esiste, ne abbiamo coscienza, tra l'altro noi avevamo avuto delle precise indicazioni da parte della Regione di approvare la settimana scorsa una delibera di riparto. Ci siamo però fermati viste le

difficoltà e le necessità di un confronto aperto a tutto campo con tutti i soggetti che ci offrono servizi che considero dei nostri partners e non contro parte, anche alla luce dell'accreditamento definitivo, giunto oramai alla fine del suo processo di valutazione nell'asl che dirigo". Novità anche sul fronte pagamenti: "la nuova procedura telematica è finalmente partita e i pagamenti futuri saranno ancora più regolari e puntuali. I debiti pregressi sono incagliati nelle procedure esecutive. L'economia sanitaria è lo strumento tecnico per affrontare i grandi nodi della sanità regionale - spiega **Antonio Gambardella** coordinatore regionale dell'Aspat e motore organizzativo del convegno salernitano - le Università che hanno aderito a questa iniziativa hanno un ruolo fondante nel tracciare le strade da seguire per venire fuori dal tunnel. Stiamo pensando a un appuntamento annuale in cui tracciare il punto del cammino fatto da collegare magari al Physiomind". ●●●



Antonio Squillante



Antonio Gambardella

La sanità

Centri privati in ginocchio «Siamo al collasso»

Simona Paolillo

«La Regione Campania uscirà dal commissariamento entro il 31 dicembre 2013»: parola del presidente della quinta commissione permanente regionale per la sanità e la sicurezza sociale, Michele Schiano di Visconti. Durante il congresso nazionale di fisioterapia organizzato dal gruppo Forte sono emerse tutte le criticità del sistema sanitario regionale. La carenza dei posti letto, la gravità dei recenti fatti di cronaca avvenuti in più nosocomi del Salernitano, i problemi derivanti dal debito pregresso e la spada di Damocle della pignorabilità dei beni. «Per il 31 dicembre dovranno quadrare i conti - dice Schiano - dobbiamo proiettarci verso aziende sanitarie più virtuose. Dopo il commissariamento dobbiamo fare il nostro e quindi riprogrammare e riorganizzare la sanità campana». Per quanto riguarda la carenza dei posti letto e del personale e il blocco del turnover, Schiano è lapidario: «Lo sappiamo che ci sono delle carenze e le abbiamo presentate sei mesi fa al ministero». Per quanto riguarda la gestione dell'Asl, invece, il presidente della commissione regionale promuove sia Bortoletti che Squillante. Il colonnello, in particolare, ha scritto agli organizzatori del congresso rimarcando il suo «successo» alla guida dell'Asl di via Nizza. Bortoletti ha ricordato «il rapido risanamento di un'azienda che perdeva 700 mila euro al giorno e che ho lasciato con un pareggio di bilancio, un'azienda che aveva un debito di 65 milioni e

che è arrivata a registrare un avanzo di 26 milioni». La chiosa è per il suo successore Squillante: «Lo invidio perché è potuto partire da un buon punto di partenza». Il direttore generale dell'Asl, dal canto suo, preferisce non commentare e si limita ad aggiungere: «Sono dispiaciuto che il colonnello non sia venuto, avremmo potuto ragionare insieme su diverse cose».

Il dibattito poi si è concentrato sui gravosi problemi dei centri di riabilitazione, case residenziali, laboratori di analisi e centri di cardiologia. Un intero comparto che rischia di andare in tilt per i tagli di palazzo Santa Lucia. Antonio Gambardella, segretario regionale di Aspat, lancia l'allarme: «La Regione ha stanziato 10 milioni in meno per la macroarea riabilitazione. Siamo al collasso, non firmeremo i contratti di struttura con l'Asl».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Commissione Schiano guida la commissione sanità in Regione

Il caso

Botta e risposta a distanza tra Bortoletti e Squillante sul risanamento dell'Asl

Gli utenti rischiano di dover pagare per la riabilitazione

Allarme dei centri privati: in esaurimento il budget di spesa
Schiano: «A fine anno la Sanità non sarà più commissariata»

«Entro il 31 dicembre confiamo di uscire dal commissariamento della sanità in Campania». Ne è convinto il consigliere regionale Mario Schiano di Visconti, presidente della commissione Sanità, ospite ieri della prima giornata del congresso sulla riabilitazione, in corso fino ad oggi al Grand Hotel Salerno, organizzato dal Gruppo Forte. Ma quella che dovrebbe suonare come una buona notizia si scontra con la quotidianità, tutt'altro che rosea. A giorni, infatti, una nuova tegola potrebbe abbattersi per l'utenza salernitana, in particolare quella del settore della riabilitazione. A lanciare l'allarme, proprio durante il congresso, è Antonio Gambardella dell'Aspat Campania che ha anche annunciato, per la prossima settimana, una conferenza stampa congiunta con le altre sigle di categoria. Anche quest'anno la ripartizione dei fondi penalizza il settore con il rischio, già manifestato in passato, di esaurire anzitempo i budget di spesa. La conseguenza è il passaggio alle prestazioni a pagamento. Una preoccupazione che viene girata immediatamente a Schiano. «Il nostro obiettivo - dice - è quello di garantire le prestazioni agli utenti ma, al contempo, abbiamo anche la necessità di mantenere un equilibrio economico e finanziario. È il risultato di questo sforzo è che siamo riusciti a rientrare dal patto di stabilità».

Ma appare evidente che questo non basta a risolvere tutti i problemi. Ad aggravare la situazione è anche la recente sentenza che ha sbloccato l'impignorabilità dei debiti nei confronti delle Asl. «La decisione della

Corte non ci favorisce - ammette Schiano - ma siamo pronti a mettere in campo politiche virtuose che ci consentano di superare anche questo scoglio. Ma il Governo centrale ci deve aiutare». Come? Ad esempio con lo sblocco del turn over. «Attualmente - spendiamo un'enormità per pagare gli straordinari al personale per garantire i livelli essenziali di assistenza. Eppure - fa notare - con gli stessi soldi si potrebbero fare delle nuove assunzioni».

Della riabilitazione parla, nel corso del suo intervento, anche il manager dell'Asl, Antonio Squillante. «Abbiamo assegnato le risorse a disposizione in favore dei centri, seguendo le indicazioni che ci erano arrivate

dalla Regione. L'obiettivo - precisa - resta il raggiungimento dell'equilibrio finanziario». Squillante punta il dito contro gli sprechi che si manifestano nella sanità, sia pubblica che privata, e ribadisce la necessità di ridimensionare l'ospedale di Agropoli.

Mattia A. Carpinelli

CONFERENZA RISERVATA

Da lunedì si prevede un taglio del 15% sui servizi sul territorio

Sanità, a rischio l'assistenza "Al fianco delle aziende"

La denuncia del diggi Squillante: "Sistema troppo stringente"

Da lunedì psi aprirà un nuovo capitolo di sofferenza per la sanità in provincia di Salerno: a rischio le prestazioni per la riabilitazione e l'assistenza sul territorio.

A causa delle misure stringenti che riducono la capacità di spesa dell'Asl, non sarà possibile coprire tutte le esigenze del territorio. Per le imprese che agiscono per conto dell'azienda di via Nizza da lunedì inizierà il periodo nero. La riduzione si stima intorno al 15%, taglio che colpirà l'assistenza sanitaria nel Salernitano.

"Purtroppo noi abbiamo le assegnazioni e su queste dobbiamo procedere alla ripartizione a livello territoriale", spiega il manager

**Il manager apre:
"Considero come
partner chi
effettua i servizi"**

dell'Asl, Antonio Squillante, a margine dell'incontro tenutosi al Grando Hotel per il quarto congresso di Traumatologia e riabilitazione sportiva organizzato dal Gruppo Forte. "Il problema esiste, ne abbiamo coscienza, tra l'altro noi avevamo avuto delle precise indicazioni da parte della Regione di approvare la settimana scorsa una delibera di riparto, però viste le difficoltà e le necessità di un confronto aperto a tutto campo, perché tutti i soggetti che offrono i servizi li considero nostri partner e non delle controparti. Oggi purtroppo parliamo di possibilità di spesa e di capacità finanziaria del sistema nazionale e regionale che sono poi le misure minime che devono essere messe in campo perché dietro a queste aziende ci sono delle persone che hanno bisogno che debbono essere assistiti e quindi l'elemento di assistenza è preminente rispetto anche a questioni finanziarie. Bisogna trovare la giusta sintesi. Non è semplice. Gli imprenditori mi troveranno al loro fianco per quelle che sono le possibilità, ma non contro la Regione, ma contro un sistema di riparto che è troppo stringente". E dal presidente della quinta commissione sanità del consiglio regionale, Michele Schiano di Visconti, è arrivato il messaggio che entro dicembre, se non ottobre se si approva il patto della Salute, il commissariamento della Campania potrebbe terminare: "Abbiamo raggiunto il pareggio di bilancio, ci sono le condizioni per la fine del regime

commissariale". Il presidente è anche intervenuto sull'emergenza dei posti letto: "Dobbiamo lottare per una migliore razionalizzazione, la Campania è penalizzata". Intanto, 16 settembre, il Centro Sisaf promuove un nuovo spazio terapeutico destinato esclusivamente ai soggetti affetti da Alzheimer, promosso dal Consorzio La Rada in collaborazione con l'Associazione "Amici del Cuore" ed il Comune di Salerno. Il progetto è stato illustrato ieri pomeriggio nella sede di via La Carnale, a Torrone.

Il percorso terapeutico è destinato ad 8 pazienti che, assistiti da operatori socio-sanitari e da un'equipe specializzata guidata dal Dott. Pietro Siano, svolgeranno attività di recupero della memoria. Gli incontri si svolgeranno di lunedì, mercoledì e venerdì dalle 9 alle 13, a fronte di una spesa minima, con una particolare attenzione alla situazione familiare ed alla reintegrazione sociale.

Luca Marrazzo
Maria Cristina Folino

© RIPRODUZIONE RISERVATA
@Metropolis_Web

Un decreto riscrive la tempistica dell'obbligo a carico dei medici

Salute, dati da reinviare *I dati sanitari trasmessi entro il 31 marzo*

DI DANIELE CIRIOLI

Resettate le regole sull'obbligo per i medici di fabbrica di inviare i dati sanitari rilevanti per la sicurezza. L'operatività del nuovo obbligo, già scattata l'anno scorso con prima scadenza (dati anno 2012) al 30 giugno 2013, viene fatta slittare a quest'anno con conseguente nuova prima scadenza al 31 marzo 2014 (dati anno 2013). Lo prevede il decreto 6 agosto dei ministri della salute e del lavoro pubblicato in *G.U.* n. 212/2013, che modifica il decreto 9 luglio 2012 con la disciplina del nuovo adempimento previsto dal T.u. sicurezza del lavoro (art. 40 del dlgs n. 81/2008).

L'adempimento, a carico dei medici competenti o di fabbrica, è divenuto operativo dall'anno 2012 a seguito della pubblicazione in *G.U.* del citato decreto 9 luglio 2012, il quale ha disciplinato anche la cartella sanitaria e di rischio (allegato 3A) e ha previsto il modello da utilizzare per la trasmissione dei

dati sanitari, ossia l'allegato 3B. Il decreto inoltre aveva previsto un periodo transitorio di 12 mesi, terminato il 25 agosto 2013, durante il quale è rimasta sospesa la sanzione a carico dei medici inadempienti alla trasmissione dei dati del 2012 entro il termine più lungo fissato al 30 giugno 2013 (sanzione da 1.000 a 4 mila euro).

Secondo il ministero guidato da Beatrice Lorenzin gli invii degli allegati 3B effettuati dai medici al 4 settembre attraverso la piattaforma Inail sono stati pari a 228.129, mentre i medici che li hanno effettuati solamente 3.513. Dunque nonostante la scadenza più lunga (30 giugno anziché 31 marzo 2013) non è andata bene la sperimentazione del nuovo obbligo. Per le associazioni dei medici competenti tutto è dipeso dalle difficoltà di accesso e utilizzo

della piattaforma predisposta allo scopo dall'Inail, divenuta operativa solo dal 1° giugno: ciò avrebbe ostacolato se non impedito il regolare rispetto

del termine. Per queste ragioni il ministero della salute ha deciso di concedere ai medici un ulteriore periodo di tempo per adempiere al

nuovo obbligo. Il nuovo decreto, in vigore dall'11 settembre, stabilisce infatti che il primo invio dei dati tramite l'allegato 3B deve avvenire entro la scadenza del primo trimestre dell'anno successivo a quello nel quale c'è stata la costituzione della piattaforma da parte dell'Inail; e stabilisce che per i successivi appuntamenti annuali le singole scadenze si fissano sempre alla fine del primo trimestre dell'anno seguente. Poiché la costituzione della piattaforma Inail è avvenuta il 1° giugno la scadenza del pri-

mo appuntamento si fissa al 31 marzo 2014 per i dati dell'anno 2013. In tal modo, peraltro, c'è la decadenza (essendo di fatto abrogato) del primo obbligo di adempimento relativamente ai dati dell'anno 2012, con conseguente non sanzionabilità dei medici inadempienti (si ricorda, tuttavia, che l'invio dei dati resta comunque possibile fino al 30 settembre).

Il decreto, infine, prevede la possibilità che con successivi provvedimenti possano essere apportate modifiche agli allegati 3B e 3A e anche alle modalità di trasmissione. Relativamente ai contenuti, le associazioni dei medici evidenziano che, nell'ultima riunione tecnica presso il ministero della salute che c'è stata il 5 settembre, le società scientifiche hanno sostenuto che i dati raccolti non si prestano all'utilizzo ai fini epidemiologici e che esiste un rischio di un uso improprio ai fini di vigilanza. Due ragioni in più che, evidentemente, hanno spinto i ministeri a resettare le previgenti norme.

—© Riproduzione riservata—



Beatrice Lorenzin

Salute. L'affondo di Confindustria

«Basta tagli alla cieca per la sanità pubblica»

Roberto Turno
ROMA

■ Basta con le «manutenzioni precarie» e i tagli alla cieca alle imprese. Per rendere stabile e sostenibile la sanità pubblica, rilancia Confindustria, serve una nuova stagione aperta a «una logica industriale incentrata sulla qualità delle prestazioni e dei servizi». E allora avanti coi fondi integrativi, con dosi massicce di tecnologia e investimenti infrastrutturali, rivedendo la rete ospedaliera ed eliminando i posti letto inutili e improduttivi.

Da una parte una netta discontinuità col presente, dall'altra la necessità di spalancare le porte al futuro che ci riserva un welfare completamente diverso da quello che abbiamo sempre conosciuto. È attraverso questi due passaggi chiave che Confindustria propone a Governo e Parlamento di rivedere la governance del sistema sanitario italiano. Lo ha spiegato ieri Marcella Panucci, dg di viale dell'Astronomia, ascoltata dalle commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera nell'ambito di un vasto ciclo di audizioni che ha come punto focale la sostenibilità del Ssn all'interno degli obiettivi di finanza pubblica.

«Il Ssn - ha chiarito Panucci - è una delle principali conquiste sociali del nostro Paese e questo diritto non va in alcun modo toccato». Ma di qui a salvare l'esistente, ce ne passa. Tra addizionali Irap e Irpef insopportabili per le imprese (e i cittadini), ritardati pagamenti ai fornitori, una spesa privata praticamente tutta cash che vale 40 miliardi (10 dei quali sommersi), sperequazioni tra una regione e l'altra, intramoenia dei medici pubblici, servizi spesso scadenti dal Lazio in giù. Difendere l'esistente, insomma, non è più possibile: or-

mai «l'universalità e l'equità del Ssn sono da anni a rischio».

Ecco allora le scelte di policy proposte da Confindustria. A partire dalla sfida dell'efficienza, superando le criticità delle infrastrutture e scommettendo forte (e davvero) sulle tecnologie. Con la scommessa tutta da vincere dell'Ict, la digitalizzazione dei servizi, la revisione della rete ospedaliera col superamento dei piccoli presidi sanitari. «La riqualificazione della spesa - ha detto Panucci - passa attraverso un disegno strategico di reingegnerizzazione del sistema e richiede una visione industriale del settore», rimuovendo gli sprechi e puntando su costi standard e procurement pubblico.

L'AUDIZIONE

Marcella Panucci
alla Camera: serve
una logica industriale
incentrata sulla qualità
di prestazioni e servizi

C'è poi il passaggio chiave del finanziamento. Dove il peso della spesa privata potrebbe essere favorevolmente spostato verso i fondi integrativi a partire da quelli di categoria. Di qui la proposta: «La progressiva introduzione di meccanismi di finanziamento privati intermediati (assicurazioni, casse mutue ecc) che permetterebbero di tutelare la sostenibilità e l'equità del sistema, è essenziale per il suo equilibrio sociale e finanziario». Un futuro in cui il sistema pubblico manterrebbe il controllo sulla qualità degli strumenti e delle prestazioni, senza però più occuparsi della gestione. Ma anche «limitando a tutti i costi le interferenze della politica».

L'ASSENZA DELLA POLITICA ACCOMUNA TUTTI I SUD

MARIO CENTORRINO

Nella storia della “questione meridionale” c’è un capitolo, ormai ricordato solo dagli addetti ai lavori, dedicato a una lettura del Mezzogiorno definito “a macchia di leopardo”. Con la sottolineatura delle diverse caratteristiche socio-economiche di alcune sue regioni e aree. L’ipotesi di lavoro era quella di sollecitare “mille idee” in grado di cogliere specificità di problemi, di non sovrapporre automaticamente regioni come la Campania alla Sicilia, di individuare e tenere ben distanti, negli interventi di politica economica, poli di crisi e poli di crescita. Ovviamente ci fu una sorta di gara a premio per l’individuazione di elementi comunque qualificanti. La criminalità in primo luogo, poi la disoccupazione. Altri fattori come il familismo amorale e, ben più importante, l’assenza di senso civico (Putnam). Se dovessimo riproporre la ricerca di fattori comuni a tutte le regioni meridionali uno oggi spiccherebbe su tutti: l’assenza di politica.

Cosa intendiamo? Chi segue le cronache del Sud con l’occhio rivolto ai comportamenti di governo, dei partiti e dei movimenti trova abbondanza di dibattiti sullo spoil system, sulla corruzione, sugli effetti della crisi, sulle difficoltà che sorgono dalla spending-review statale. Mentre è totalmente assente un dibattito su quello che è il Sud oggi, su come la recessione ne sta intaccando soglie di sopravvivenza, sull’inacidimento del capitale sociale, sui livelli preoccupanti del suo sistema scolastico, sulle dinamiche sociali. La politica si incontra solo in rivendicazioni municipaliste, in interrogazioni parlamentari senza risposta, in conferenze stampa utili solo a essere riprese fuggevolmente dai media. La scomparsa della politica non è fenomeno ristretto al Mezzogiorno. Di certo, al Sud più che altrove, la politica è scomparsa dalla società, dai luoghi di vita quotidiana. Non ci sono più soggetti politici in grado di suscitare passioni e sentimento. Semmai (è il caso di Grillo) protesta e risentimento.

Concentriamoci su tre aspetti della politica meridionale: i sindaci, la difesa degli interessi del Mezzogiorno, i programmi. Il parterre dei primi cittadini meridionali è affollato: de Magistris a Napoli, De Luca a Salerno, Emiliano a Bari, Orlando a Palermo, Bianco a Catania. Una considerazione: in altri tempi sarebbero stati primi attori dell’area di sinistra. Oggi devono sgomitare per una partecina di comprimario. La grande comunicazione sembra averli sostanzialmente dimenticati e le emergenze continue li trasformano da “architetti superstar” a “dentisti della mutua”. La denuncia

di una “questione meridionale” è affidata a un plotone di centri di ricerca. La politica appare incapace di riceverla e di rilanciarla.

Siamo al punto forse più delicato della questione: i programmi. La politica, sappiamo, sin tedi idee, progetti, utopie. Prova a intercettare bisogni ma anche a svolgere una funzione di stimolo, orientamento, incoraggiamento. Niente di tutto questo. Ordinaria routine di ricevimento nelle segreterie dove ormai gli sfoghi prevalgono sulle domande. Poi, attenzione a temi fuori dalla realtà quotidiana che viviamo: la decadenza di Berlusconi, le primarie del Pd, lo scongelamento dei “grillini”. Non parliamo, per carità di patria, della proliferazione delle “scuole di formazione politica”, buone solo a offrire palcoscenici effimeri all’onnorevole di turno che vive un giorno da “professore”.

C’è necessità della politica? Tutto dipende dagli obiettivi da raggiungere: apatia, indifferenza, distacco si nutrono di antipolitica. Rendite di posizione, intoccabilità delle caste, metodi di pura cooptazione all’interno dei partiti vivono nel vuoto lasciato dalla politica. Immaginiamo un giovane che decida di far politica: difficile che abbia in testa un sogno, semmai una tessera in tasca. Scelte ideologiche? Piuttosto individuazione del referente del gruppo dell’area.

Quale azione può resuscitare la politica? Un certo tipo di formazione culturale, una responsabilizzazione dell’Università e del sistema scolastico, l’estendersi di forme di partecipazione, il rifiuto della movida (e altro) come stile di vita. Non cediamo al pessimismo. Seneca insegnava, come abbiamo appreso al liceo, che certe cose non osiamo farle perché le riteniamo difficili. In realtà le troviamo difficili proprio perché non osiamo farle.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Welfare

Ambito C1, ok al piano di zona e ai servizi

Del Gaudio: «I sindaci hanno puntato ad ampliare l'offerta ai cittadini-utenti»

«L'Ambito C1 rafforza e rinnova la sua azione puntando essenzialmente alle esigenze dei cittadini-utenti dei servizi, che vedono ampliata un'offerta sempre più aderente alle domande dei soggetti svantaggiati. L'approvazione della programmazione è un'ulteriore testimonianza di un'unità di intenti che vede i sindaci dell'Ambito indirizzati con determinazione a garantire un welfare più moderno e orientato a fornire le risposte che i cittadini attendono». Il sindaco di Caserta, Pio Del Gaudio, annuncia che

il Coordinamento Istituzionale dei sindaci dell'Ambito C1 ha approvato la programmazione del Piano di Zona 2013-2015 presentato poi alla Regione grazie al lavoro dell'Ufficio di Piano.

La programmazione è stata condivisa e sottoscritta dalla Asl Caserta che condivide l'Accordo di Programma e tutte le schede di programmazione dei servizi socio sanitari. È stato firmato altresì il Protocollo d'Intesa per il funzionamento della Porta Unica di Accesso distaccata presso le sedi dei Servizi sociali nell'ex Caserma Sacchi, presso il Palazzo della Salute dell'area ex Saint Gobain e presso tutte le Unità Operative del Distretto 12 dell'Asl Caser-



L'assistenza Per l'Ambito C1 ok al piano di zona e servizi

ta. I servizi programmati sono cinquantanove e, viene annunciato in una nota, «per la prima volta viene programmato un centro di prima accoglienza per i senza fissa dimora da realizzare insieme alla Caritas. Molti e diversificati i servizi a favore dei minori, anziani e disabili che permetteranno una forte integrazione dei soggetti maggiormente svantaggiati».

È stato firmato, infine, anche l'Accordo di programma con le istituzioni scolastiche, finalizzato al coordinamento dei servizi sociali, educativi e sanitari tesi all'ottimizzazione delle procedure di intervento per l'integrazione scolastica e sociale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità

Vergogna San Giovanni Bosco Cardarelli, ritorno delle barelle



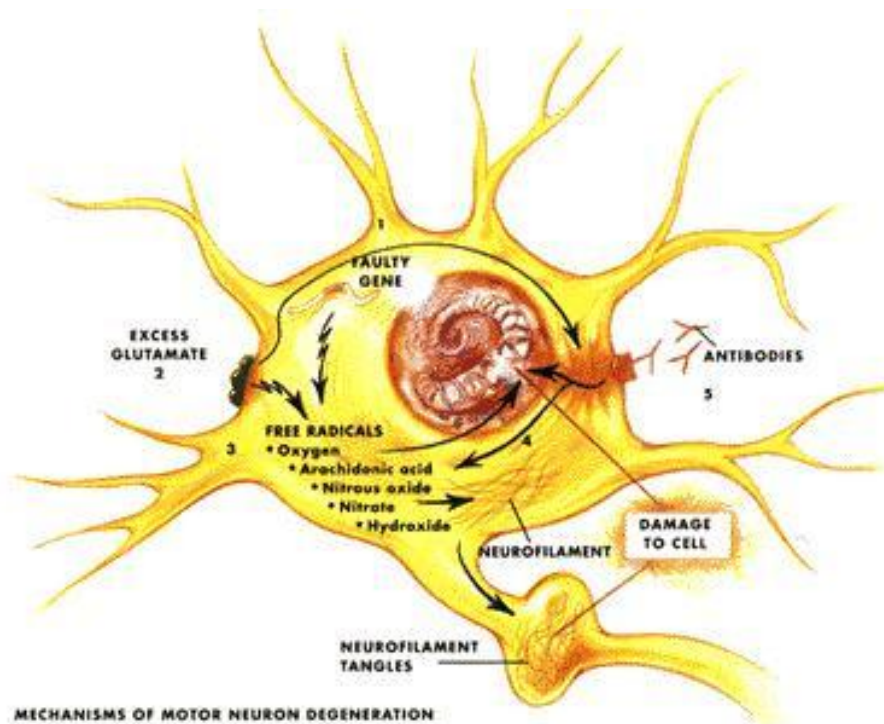
L'ospedale San Giovanni Bosco

UN CARTEGGIO con la Asl denuncia le condizioni del pronto soccorso "cenerentola". Visita nei reparti dopo le foto di un blogger italo-tedesco sul degrado dell'ospedale San Giovanni Bosco. Sanità nel caos: al Cardarelli ritornano le barelle. «Il lunedì è sempre così». Ore di attesa e pazienti gelati per l'aria condizionata.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Chirurgia robotica Napoli, congresso Sice Esperti da tutt'Italia

Di **ETTORE MAUTONE**

Dalla chirurgia oncologica alla cura dell'obesità, dallo stomaco all'intestino, dal fegato al pancreas: a oltre 20 anni dall'inizio della rivoluzione laparoscopica la chirurgia mini-invasiva con l'ausilio del robot è diventata il riferimento in tutti i settori della chirurgia generale: per la prima volta Napoli ospita i maggiori specialisti nazionali ed internazionali per il XVI congresso nazionale della Sice (società italiana chirurgia endoscopica) la più importante Società scientifica italiana nel campo della chirurgia mini-invasiva, il 19 e il 20 settembre (Centro congressi Federico II - in via Partenope). Presidenti dell'appuntamento **Giuseppe Paolo Ferulano** (direttore dell'Unità complessa di Chirurgia generale e miniinvasiva dell'Aou Federico II) e **Pietro Malda** (direttore dell'Unità di Chirurgia generale - Centro di Chirurgia oncologica e laparo-

scopica avanzata dell'ospedale Evangelico Villa Betania), in rappresentanza delle scuole universitarie e ospedaliere napoletana.

Al tema della sostenibilità finanziaria e della validazione clinica dell'innovazione tecnologica sarà dedicato l'atteso talk show, giovedì 19 settembre (ore 18,00, aula Ischia) condotto dalla giornalista **Anna La Rosa** (Rai), con **Francesco Boccia** (Presidente della V Commissione Bilancio del-

la Camera), **Marina Cerbo** (Iss-Agenas), **Francesco Corcione** (pastpresiden Sice chirurgia endoscopica), **Pietro Forestieri** (Past president Cic collegio italiano dei chirurghi), **Paolo Fadda** (sottosegretario ministero della Salute), **Fernanda Gellona** (direttore generale Assobiomedica).

Alla cerimonia inaugurale (19 settembre - Aula Ischia, ore 16,30-18,00) parteciperanno **Luigi de Magistris** (sindaco di Napoli), **Massimo Marrelli** (rettore Federico II), **Gio-**

vanni Persico (direttore generale Aou Policlinico Federico II), **Pasquale Accardo** (direttore generale Villa Betania), **Bruno Zuccarelli** (presidente Ordine dei Medici di Napoli) **Raffaele Calabrò** (Consigliere per la Sanità del Presidente della Regione Campania), **Paolo Fadda** (sottosegretario ministero della salute), **Mario Morino** (presidente Sice), **Giuseppe Spinoglio** (presidente Crsa-Italian Chapter). "La chirurgia laparoscopica con il proprio know-how tecnologico può utilizzare al meglio le occasioni offerte delle nuove prospettive di comunicazione - sottolineano Ferulano e Maida - dalla banda larga, all'e-learning riducendo i costi e creando un network accessibile per le informazioni scientifiche". La Sice annuncia inoltre la sua collaborazione con la Crsa - Clinical robotic surgery association- per sottolineare la crescente importanza dell'ausilio del robot. ***



LE INIZIATIVE

ALZHEIMER, SABATO LA GIORNATA

Nel mondo si contano 36 milioni di persone affette da demenza, cifra destinata a raddoppiare nel 2020. In Italia sono almeno 600 mila i malati di Alzheimer, la forma più grave. «È un problema di salute pubblica ed economica», commentano dall'Alzheimer disease international (Adi). Il 21 settembre si celebra la giornata mondiale dallo slogan "Alzheimer, un viaggio per prendersi cura" con tante iniziative, come l'incontro a Palazzo Marino a Milano (per info www.alzheimer.it) e una maratona, domenica 22 a Cesenatico (www.maratonaalzheimer.it). Negli Usa (19 settembre) la Alzheimer society (www.alzheimers.org) presenterà il quinto Rapporto mondiale. "C'è bisogno di una seria rete assistenziale", avverte Marco Trabucchi, presidente dell'Associazione italiana di psicogeriatrici.

(mp.s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La medicina

Quei piccoli segreti per invecchiare bene

SERGIO PECORELLI *

N



GINECOLOGO

Sergio Pecorelli coordina vari programmi di ricerca per il trattamento dei tumori ginecologici

on si può parlare di longevità come fenomeno demografico senza partire dalla rivoluzione culturale della medicina moderna, che da “difensiva” – con l’obiettivo di guarire o comunque difendere le persone malate – è diventata “preventiva” – con l’obiettivo di impedire che le persone si ammalinino. Chi non fa prevenzione non necessariamente vive meno, ma sicuramente vive peggio. Abbiamo calcolato che gli europei vivono in media fra gli 8 e i 10 anni della propria vita in malattia. Il che implica anche che il 64% dei farmaci vengono assunti dopo i 65 anni e che dopo questa età aumentano i ricoveri ospedalieri, creando una situazione non più sostenibile anche economicamente. In realtà quindi ciò che interessa oggi non è la longevità in sé, ma la longevità sana. La medicina sta elaborando nuove strategie per risolvere il problema di una popolazione che vive sempre più a lungo ma con qualità di vita scadente. La domanda che ci porremo a Venezia è quindi: cosa si può fare, come Paese e come individui, per un longevità sana, o “Active and healthy aging”?

Innanzitutto oggi la prevenzione deve iniziare all’interno dell’utero per poi arrivare ad un picco al momento della scuola. Sono necessarie quindi visioni politiche a lungo termine - 20, 30 anni - ben oltre singoli mandati politici, perché l’emergenza obesità o fumo, e le malattie che ne conseguono, richiedono di attuare misure di prevenzione già prima della nascita. Questo tuttavia non significa che come individui adulti, e al di là del sistema pubblico in cui viviamo, non possiamo contribuire a invecchiare bene. La ricerca scientifica ha scoperto che le malattie croniche tipiche della terza età sono dovute a processi in-

fiammatori. Diabete, patologie cardiovascolari e neurodegenerative, cancro sono i big killer dell’anziano, ma sono soprattutto i responsabili di un Unhealthy Aging. I processi infiammatori modificano il genoma, causando delle mutazioni ai geni che lo compongono, ma agiscono in combinazione con l’azione degli stili di vita che adottiamo e l’ambiente in cui viviamo. Quindi possiamo facilmente intervenire almeno su una delle componenti che modulano l’invecchiamento: come viviamo. Non fumare, mangiare poco, ridurre le proteine animali, fare movimento fisico sono quattro scelte semplici e che costano poco alla singola persona e quasi nulla alla comunità. Inoltre alcune di queste azioni possono essere intraprese anche a tarda età. Per esempio il movimento fisico. È dimostrato che 30 minuti di camminata al giorno a qualunque età aumenta dell’1% all’anno lo spessore dell’ippocampo anteriore.

Inoltre se al moto aggiungiamo attività di brain-training (esercizi di logica, sudoku, rebus etc.) e la socializzazione, la percentuale di crescita aumenta in modo significativo. Se l’ippocampo è ricco di cellule ed ha uno spessore consistente (come si può rilevare con la risonanza magnetica) aumenta la nostra memoria e le nostre capacità cognitive in genere. Anche l’alimentazione è un fattore di healthy aging a qualsiasi età, e la restrizione calorica in primis. Tutto questo è la base della ricetta per una longevità sana, che garantisca “non solo più anni alla vita, ma più vita agli anni”, per citare le parole di Rita Levi Montalcini, modello amatissimo di splendida vecchiaia.

* *Presidente Aifa (Ag. it. farmaco); Ordinario Clinica Ginecologica, univ. Brescia*

ALIMENTAZIONE
Cambia il metabolismo, introito 1300-1400 kcal., privilegiare proteine vegetali, pasta tre volte a settimana, legumi, verdura e frutta

STILE DI VITA
Mantenere impegni sociali, fare viaggi, avere stabilità affettiva, economica e una vita sociale intensa

ALIMENTAZIONE
Introito 1100-1200 kcal., varietà nei cibi, cucina semplice, vitamine e integratori, 7-8 bicchieri di acqua al giorno

STILE DI VITA
Trovare occasioni di incontro con famiglia o amici. Cercare supporto e chiedere aiuto appena se ne ha bisogno

70 anni
Gran parte delle persone ha almeno una patologia associata. Cambia lo stile di vita se si va in pensione

ESAMI MEDICI
Quelli di routine 1-2 volte l'anno in più creatinina, test coagulazione, Rx torace, Ecg, Psa, mammografia e Pap test

ATTIVITÀ FISICA
Rafforzamento muscoli per equilibrio, yoga, Tai chi, fare spesa a piedi, salire-scendere scale, giardinaggio

80 anni
Gran parte degli over 80 presenta patologie associate e assume due o più farmaci

ESAMI MEDICI
Esami di routine una volta l'anno, controllo dei denti e dei piedi. Rx torace per fumatori, Psa e mammografia

ATTIVITÀ FISICA
Rinforzo muscolare per equilibrio, postura e andatura. Attività fisica moderata per almeno 15-20 minuti al giorno

LE "BLUE ZONES"

Luoghi al mondo dove si vive più a lungo. Gli abitanti hanno caratteristiche comuni dello stile di vita



LE CARATTERISTICHE DELLE BLUE ZONES



Non si fuma né si assumono stupefacenti



Gli abitanti sono costretti a fare lunghe camminate



Si dà assoluta priorità alla famiglia e si ha una vita sociale intensa



La dieta è a base di frutta, verdura e cereali

Nordic walking

Chi pratica questo allenamento in forte ascesa *riscontra subito miglioramenti del sistema cardio-circolatorio, respiratorio e metabolico. E massa grassa ridotta*

Una camminata con i bastoncini a qualsiasi età

SARA FICOCELLI

Consumo di 400kcal/ora, contatto con la natura, riduzione dello stress, aumento dell'equilibrio corpo-mente, divertimento, allenamento del corpo per intero, miglioramento dell'autostima: questi, secondo l'Ani, Associazione nordic fitness italiani, i benefici del nordic walking, (o pole walking, in italiano "camminata con bastoni") la passeggiata in montagna importata dalla Finlandia che coinvolge ormai decine di migliaia di appassionati solo in Italia. Questo sport aerobico e cardiocircolatorio, metabolico e muscolare, che dà la possibilità di variare l'intensità in base alle proprie esigenze, è simile alla camminata normale ma richiede un impegno più importante dei muscoli degli arti superiori e del tronco, ed è quindi perfetto per tonificarsi anche se non

Il consumo energetico è legato alla velocità, al tipo di terreno e al peso che si trasporta. La postura corretta va appresa da un istruttore specializzato



MANO APERTA

Il bastoncino va lasciato durante la fase di spinta (braccio all'indietro)

L'APPOGGIO DEL PIEDE

- 1 Appoggiare con delicatezza il tallone
- 2 Caricare il peso del corpo sul metatarso
- 3 Rullare il piede fino al cuscinetto dell'alluce

siama nessuno sport in particolare.

«Chi lo pratica riscontra subito un miglioramento del sistema cardio-circolatorio, respiratorio e metabolico - spiega Gian Pasquale Ganzit, specialista in medicina dello sport e direttore della ricerca scientifica dell'Istituto di Medicina dello Sport Fmsi di Torino - con un immediato vantaggio sul fronte del controllo del peso corporeo e della riduzione della massa grassa. Il consumo energetico è legato alle velocità con cui si cammina, alle caratteristiche del terreno (salita, discesa, irregolarità, neve) e al peso che si porta (quello corporeo più il carico di un eventuale zaino). Mantenimento e miglioramento del tono muscolare e della coordinazione motoria degli arti inferiori, del tronco e degli arti superiori sono i benefici principali».

La postura corretta va appresa da un istruttore specializzato ma, in linea di massima, il carico deve essere ben distribuito fra arti inferiori, tronco e arti superiori. «Il movimento - precisa Ganzit - deve essere fluido, cioè non a strappi e con carichi locali eccessivi. Bisogna approfittare del bastoncino per rendere meno brusco l'appoggio sul piede ed evitare conflitti dei tendini delle spalle spingendo troppo in verticale. La presa della mano sul bastoncino deve essere variata fra fase di appoggio e fase di recupero, per evitare sovraccarico dell'inserzione dei tendini a livello del gomito».

«Lo stress per le articolazioni degli arti inferiori e la colonna vertebrale - spiega Riccardo Foti, ortopedico traumatologo dell'ospedale Sant'Andrea di Roma - è minore rispetto alla corsa o alla camminata senza bastoncini, an-



LA DIFFUSIONE

L'attività è più diffusa in Scandinavia e nell'Europa centrale dove, a partire dal 2003, sono stati creati numerosi "Nordic-Walking-Parks" circuiti di varia difficoltà. In Germania il 69% dei praticanti è donna

che grazie alla spinta e al sostegno dati alle braccia, riducendo il carico sugli arti inferiori. Premesso quindi che, se ben eseguita, è un'attività sportiva adatta a tutte le età, essa comporta comunque una sollecitazione importante della caviglia e del piede, con appoggio calcaneare, rullaggio e spinta sull'avampiede maggiore rispetto alla deambulazione normale; prevedendo anche la torsione del busto, potrebbe non essere uno sport indicato qualora siano presenti infiammazioni acute in questi distretti articolari, mentre l'uso dei bastoncini salvaguarda anca e ginocchio».

Come in tutti gli sport, anche questo dunque ha le sue controindicazioni, più marcate per chi soffre di malattie del cuore, della circolazione e respiratorie e fa un esercizio intenso, in salita, sulla neve. «Ma in molte situazio-

ni - precisa Ganzit - il movimento controllato nell'intensità e nel tempo (cioè nella durata dell'esercizio) può essere utile dal punto di vista funzionale e riabilitativo, basta che le caratteristiche dell'esercizio vengano concordate con il proprio medico. Il nordic walking determina inoltre un aumento del carico al livello delle spalle e dei gomiti e quindi, in caso di attività intensa, c'è il rischio di un sovraccarico dei tendini delle spalle (la cosiddetta cuffia dei rotatori)». Vestiti adeguati alle condizioni climatiche: non bisogna sudare troppo né avere sensazione di freddo, anche solo nelle pause. «Una sudorazione moderata - conclude Ganzit - è il segno di un buono stimolo allenante. La perdita di peso con il sudore è momentanea, e bisogna recuperarla in fretta, bevendo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SEQUENZA DELLA CAMMINATA

Avanzano insieme gamba destra/braccio sinistro, alternati a gamba sinistra/braccio destro

Le braccia oscillano come durante l'andatura normale

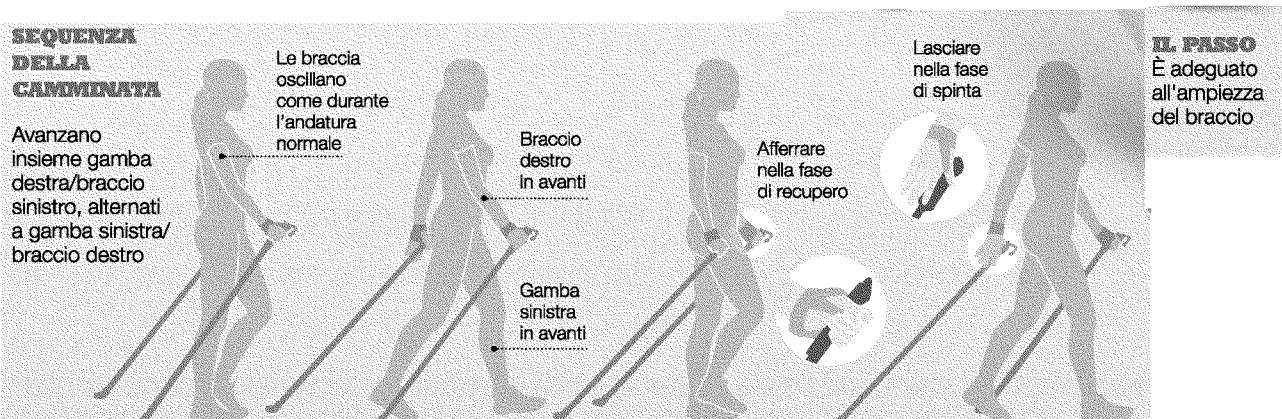
Braccio destro in avanti

Gamba sinistra in avanti

Afferrare nella fase di recupero

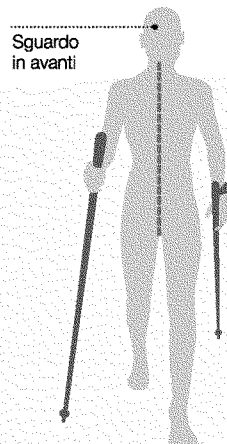
Lasciare nella fase di spinta

IL PASSO È adeguato all'ampiezza del braccio



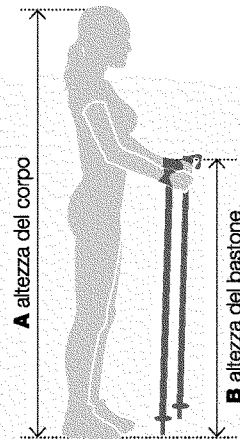
LA TECNICA

LA POSTURA



Andatura eretta, stabilizzare il baricentro del corpo

LUNGHEZZA GIUSTA DEL BASTONCINO



Si deve fare il seguente calcolo:

$$A \times 0,66 = B$$

IL BASTONCINO

È leggero e resistente. I materiali più utilizzati sono il carbonio, la fibra di vetro e l'alluminio

MANO CHIUSA

Afferrare tempestivamente il bastoncino nella fase di recupero (braccio in avanti)



Manopola
Ergonomica con lacciolo speciale per il Nordic Walking

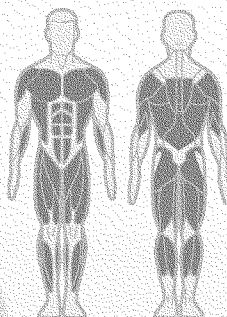
MANO APERTA

Il bastoncino va lasciato durante la fase di spinta (braccio all'indietro)

L'APPOGGIO DEL PIEDE

- 1 Appoggiare con delicatezza il tallone
- 2 Caricare il peso del corpo sul metatarso
- 3 Rullare il piede fino al cuscinetto dell'alluce

I MUSCOLI ESERCITATI

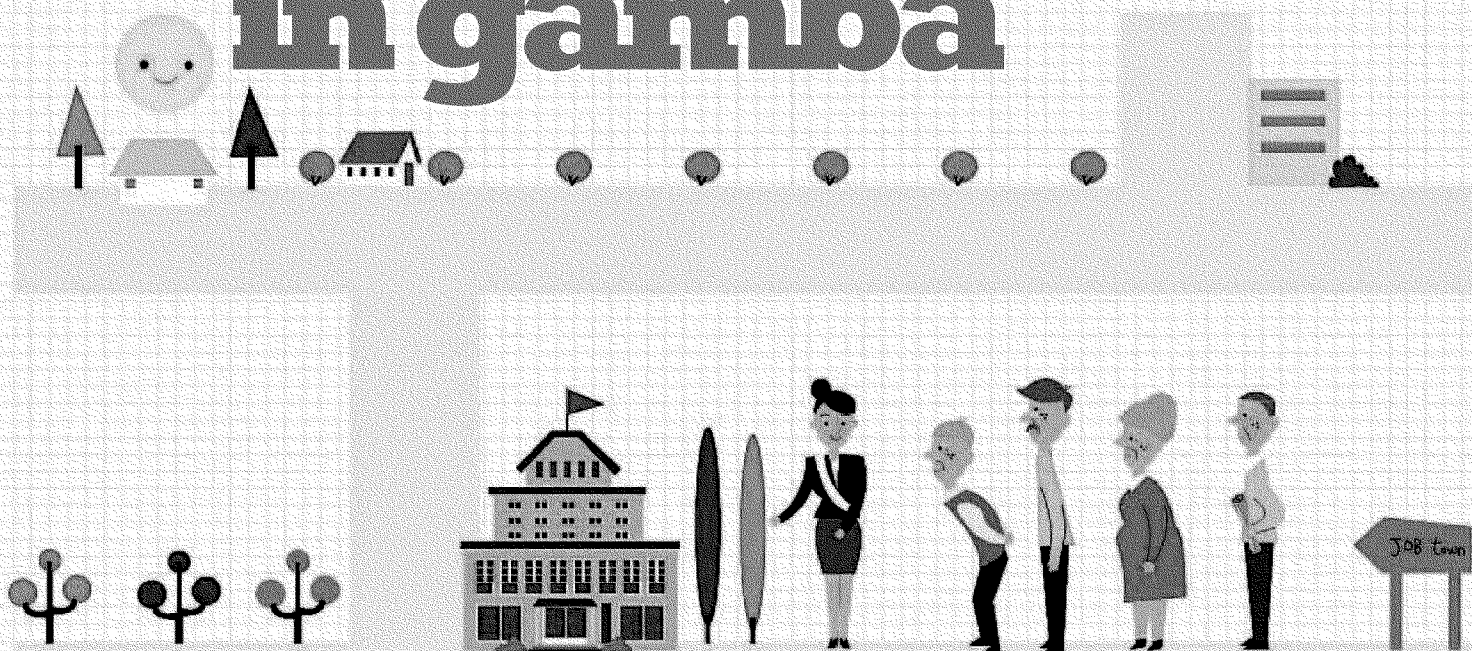


90% dei muscoli di tutto il corpo (per camminare si esercita solo il 70%)

Asta
I bastoni con l'asta fissa sono in genere molto più stabili che quelli telescopici, più comodi per metterli nello zaino



Anziani in gamba



L'aspettativa di vita sana sta crollando in Italia
Come invecchiare bene? Prevenzione e segreti

LUIGI FONTANA, SERGIO PECORELLI E UMBERTO VERONESI

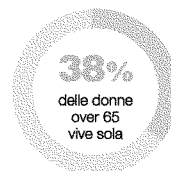


A Venezia, da giovedì, la tre giorni sulla "vecchiaia" organizzata dalla Fondazione Veronesi nell'ambito del programma "The Future of Science"
Due dei relatori spiegano come affrontare con anticipo la questione di una sana senilità. Perché oggi la qualità di vita degli anziani sta peggiorando

Longevità

La prevenzione

Dieta e movimento così si salva la terza età



LUIGI FONTANA *

A

l'inizio del 1900 in Italia l'aspettativa di vita era di soli 47 anni. Le malattie infettive erano la principale causa di morte. Durante le prime decadi del XX secolo, l'implementazione di una lunga serie di misure di sanità pubblica, come per esempio lo sviluppo del sistema fognario, la clorazione dell'acqua, le vaccinazioni, e la scoperta degli antibiotici, ha determinato un rapido declino dei decessi per malattie infettive, e della mortalità infantile. E di conseguenza l'aspettativa di vita media è salita oggi a circa 80 anni, un incremento di ben 30 anni rispetto al 1900.



NUTRIZIONISTA
Luigi Fontana coordina un programma di ricerca sulla longevità alla Washington university di St. Louis (Usa)

Oggi il rischio di morire prematuramente di una malattia infettiva in Italia è basso mentre è altissimo quello di morire di una malattia cronico-degenerativa. Le patologie cardiovascolari, il cancro, l'ictus cerebrale, il diabete, l'obesità e le malattie respiratorie croniche sono le principali cause di morte. Circa l'80% degli adulti al di sopra dei 65 anni di età è affetto da almeno una malattia cronica, ed il 50% ne ha due o più malattie croniche che riducono pesantemente la qualità della vita e accelerano l'invecchiamento dell'organismo.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, più del 40% dei tumori, e almeno l'80% delle patologie cardiache, degli ictus cerebrali e del diabete potrebbero essere prevenuti se fossero eliminati i fattori di rischio per queste malattie (es. dieta squilibrata, fumo di sigaretta, vita sedentaria). I nostri studi scientifici suggeriscono che alcuni interventi più mirati e personalizzati, come per esempio una moderata restrizione calorica con nutrizione ottimale,

la riduzione del consumo di proteine a livelli più fisiologici, l'aumento di alcuni cibi d'origine vegetale, associati a dei programmi di esercizio fisico, possano ridurre ulteriormente il rischio di sviluppare malattie croniche, aumentando non solo l'aspettativa di vita ma soprattutto il numero di anni vissuti in completa salute. Inoltre, si otterrebbe una riduzione della disabilità e dei costi sanitari e sociali, liberando ingenti risorse per lo studio e la cura di malattie che non sono ancora curabili (es. malattie genetiche rare, malattie autoimmunitarie).

In campo sanitario una politica "attendistica" non è più economicamente sostenibile. Aspettare che i cittadini, in seguito a svariati anni di scorretti stili di vita, si ammalino e si rechino in pronto soccorso o in ospedale è una strategia perdente e costosissima. L'invecchiamento della popolazione e l'epidemia di obesità e diabete mellito a cui stiamo assistendo renderà presto drammatica la situazione del Servizio sanitario nazionale, aumentando vertiginosamente i costi relativi a spesa farmaceutica, prestazioni medico-chirurgiche, ricoveri ospedalieri, e disabilità. Per questi motivi, riteniamo che sia essenziale la creazione su tutto il territorio nazionale di strutture sanitarie a carattere preventivo, da affiancare a quelle a carattere di ricovero e cura, a cui i cittadini possano rivolgersi per imparare a prevenire le malattie e a mantenersi sani, attivi, felici e produttivi.

* Professore di Nutrizione, Dipartimento di Medicina, università di Salerno e Washington University in St. Louis

ASPETTATIVA DI VITA MEDIA IN ITALIA

UOMINI 79 anni **DONNE 84 anni**

LUNGA VITA IN SALUTE

La vecchiaia in salute va preparata molti anni prima dello scoccare dei 70. Non ci sono diete speciali o elisir di lunga vita, il segreto è mangiare poco e di qualità, mantenersi attivi ed essere autonomi

ALIMENTAZIONE

1600-1800 kcal. al di. Pasta (1 etto), 5 porzioni di vegetali, carne rossa 1 volta a settimana, pesce azzurro

STILE DI VITA

Smettere di fumare e contenere lo stress. Massimo due bicchieri di vino rosso al giorno, no ai superalcolici

50 anni

In piena attività: si è molto impegnati nell'attività lavorativa e familiare

ESAMI MEDICI

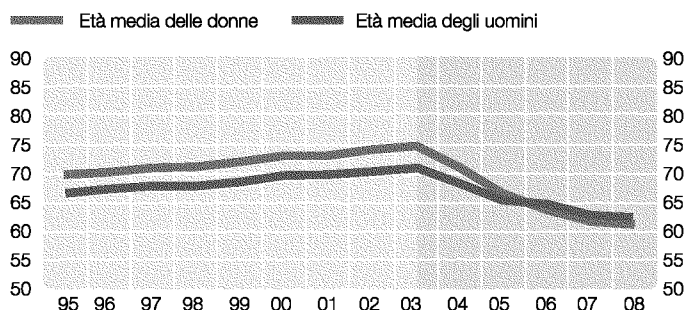
Glicemia e colesterolo totale una volta l'anno, pressione arteriosa, PSA prostatico, mammografia e pap test. Rx torace e Ecg

ATTIVITÀ FISICA

Palestra 3 volte a settimana almeno 30-45 minuti in alternativa camminare, nuotare, andare in bici, sciare

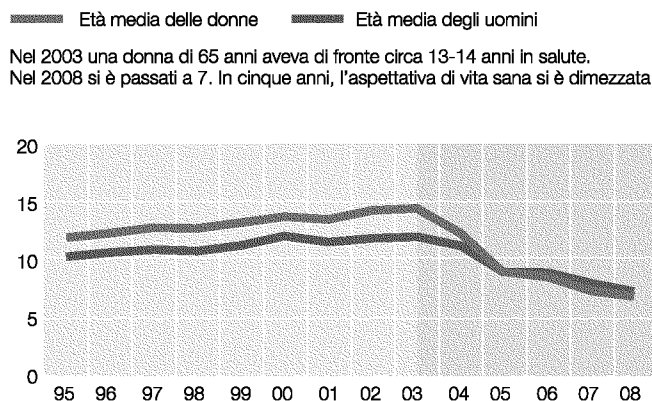
ASPETTATIVA DI VITA SANA PER GENERE

Dati 1995-2008, Eurostat



ANNI DI VITA SANA DOPO I 65 ANNI

Dati 1995-2008, Eurostat



Nel 2003 una donna di 65 anni aveva di fronte circa 13-14 anni in salute.

Nel 2008 si è passati a 7. In cinque anni, l'aspettativa di vita sana si è dimezzata

ALIMENTAZIONE

Introito 1400-1600 Kcal. Diete in caso di diabete, pressione alta, sovrappeso e ipercolesterolemia. Ridurre carboidrati e sale

STILE DI VITA

No al fumo, massimo due bicchieri di vino al giorno. Lettura e iniziare a scoprire un hobby

60 anni

Possono subentrare patologie concomitanti: diabete, ipertensione, ipercolesterolemia

ESAMI MEDICI

Colesterolo totale e Hdl, glicemia e funzione renale, conta globuli rossi e bianchi, controllo oculistico e dentale

ATTIVITÀ FISICA

Sono ideali le passeggiate aerobiche a passo svelto per 20-30 minuti al giorno tutti i giorni

Polmoni

Ecco il “naso elettronico” scopre il tumore nel respiro

DAL NOSTRO INVIATO
ARNALDO D'AMICO

BARCELLONA

Un naso elettronico è riuscito a scoprire un tumore al polmone con un margine di errore bassissimo, pari a quello di strumenti diagnostici ben più sofisticati e costosi. Tempo necessario, l'attimo in cui il paziente soffia nella macchina. Quattro ricerche, condotte dall'università della Lettonia, sono state presentate al recente congresso dell'European Respiratory Society a Barcellona (Ers). «Sono risultati che riportano diagnosi di elevatissima sensibilità - commenta il “pioniere” del naso elettronico, il fisico dell'università di Tor Vergata Arnaldo D'Amico - accorgersi presto di tumori in fase iniziale vuol dire salvare vite umane e ciò spiega l'intensificarsi delle ricerche in que-

giche, è possibile “copiare” sempre più fedelmente. Noi riconosciamo un odore perché contiene alcune molecole, ognuna in certe quantità. «Il termine “impronta olfattiva” - dice D'Amico - aiuta a spiegare il funzionamento del nostro naso e poi di quello elettronico. Si basa sulla capacità di riconoscere,

non la struttura chimica delle molecole, ma le loro forme diverse. Sulla parete interna del naso affiorano tantissimi recettori, anch'essi con forme diverse. Quando forma della molecola e del recettore coincidono, si “incastrano” e partono impulsi nervosi, in quantità proporzionale a quella della molecola. Lo stesso avviene per le decine o centinaia di molecole diverse diffuse nell'aria da un liquido, un alimento e così via. Il cervello memorizza i tipi di recettori attivati e l'intensità degli impulsi che hanno emesso. È l'“impronta olfattiva” di ciò che la persona sta annusando. Quando si ripresenta, il cervello ricorda ciò che la generò. Lo stesso fa il naso elettronico: i suoi sensori rilevano le diverse molecole presenti e le loro quantità, che il computer visualizza in raggruppamenti di punti diversi, l'impronta olfattiva caratteristica».

Il naso del vivente, anche quello più sensibile del cane, ha un limite: rileva solo le molecole per cui ha sviluppato un recettore corrispondente. Invece i sensori elettronici individuano tutte le diverse molecole possibili, anche quelle per cui il naso non ha recettori. Una capacità che ne potenzia in modo enorme la possibilità di analisi.

Naso naturale e artificiale, però, condividono un limite: devono essere “addestrati”. Come i cani usati con successo sul tumore al polmone, anche il naso elettronico deve prima annusare il respiro emesso da malati e da sani per apprendere le diverse impronte olfattive. Poi le può distinguere.

E la necessità di una fase preliminare di addestramento di ogni naso elettronico, come precisato dallo stesso coordinatore delle ricerche, Maris Bukovskis dell'università della Lettonia, «è il limite principale di questa tecnologia, ora che ne è dimostrata l'affidabilità. In pratica, ogni centro diagnostico deve mettere a punto il suo naso elettronico».

Aggiunge D'Amico: «Il naso elettronico ha i requisiti per diventare in pochi anni uno strumento di “screening di primo impatto”, che seleziona in modo economico e rapidissimo soggetti da avviare a ulteriori indagini di conferma. Nefrenano la diffusione anche l'alta specializzazione necessaria a metterlo a punto, rara anche tra medici molto preparati. Infine, servirebbe l'individuazione di marker, molecole la cui presenza nel respiro risulti caratteristica delle diverse patologie, soprattutto del tumore al polmone, per superare tutti i limiti sin qui esposti e mettere a punto uno strumento diagnostico pronto all'uso e in ogni centro. Università di Tor Vergata e Campus Biomedico a Roma sono, da tempo, in posizioni ottime se non di eccellenza in questo settore della ricerca».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'olfatto del cane, il più sensibile, rileva solo le molecole odorose per cui ha sviluppato un recettore. Quello artificiale rileva tutte le possibili variazioni

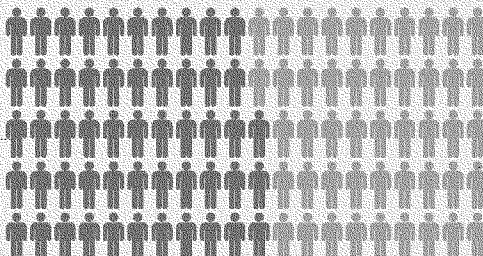
sto campo».

Nei quattro studi il naso elettronico ha analizzato il respiro di pazienti con diagnosi di tumore al polmone e altre patologie respiratorie (bronchiti, polmoniti, ecc) e individui sani, sia fumatori che non fumatori, per complessivi 425 soggetti (il dettaglio dei risultati nell'illustrazione qui sotto). È la casistica più ampia sinora indagata con questo strumento.

Il funzionamento del naso elettronico si basa su quello messo a punto dall'evoluzione nei mammiferi e che, grazie ai progressi delle conoscenze biolo-

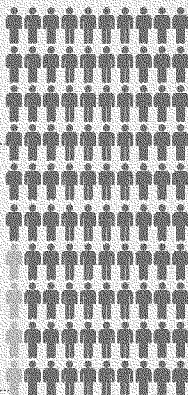
IL CAMPIONE 475 persone

252
persone
con tumore
al polmone
(53%)

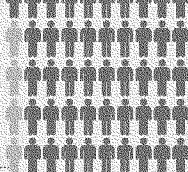


223
persone
senza
tumore
al polmone
(47%)

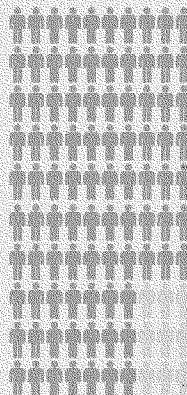
96%
di diagnosi
giusta
(tumore al
polmone)



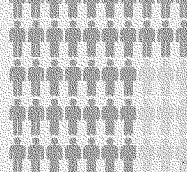
4%
di diagnosi
errata
(assenza
di tumore
al polmone)



91%
di diagnosi
giusta
(assenza
di tumore
al polmone)



9%
di diagnosi
errata
(tumore
al polmone)



LA RICERCA IL NASO ELETTRONICO

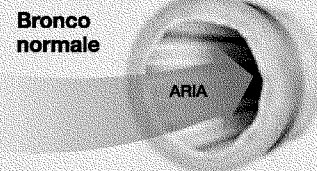
COS'È

È un apparecchio capace di rilevare differenti composti organici volatili associati a condizioni polmonari sane e al cancro

STUDIO CONDOTTO ALL'UNIVERSITÀ DELLA LETTONIA PRESENTATO ALLO EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY (ERS) ANNUAL CONGRESS DI BARCELONA

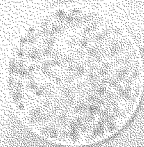
BRONCHITE CRONICA

È la produzione eccessiva di muco delle ghiandole, seguita da tosse ed espettorazione per almeno 3 mesi di fila



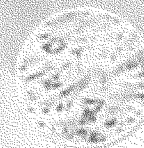
I TIPI DI TUMORE

A PICCOLE CELLULE
È un tumore a chicco d'avena molto aggressivo. **Meno frequente**



POLMONE DESTRO

MESOTELIOMA
Colpisce la pleura (strato che riveste i polmoni) causato quasi sempre da esposizione all'amianto



ADENOCARCINOMA
Si sviluppa dalle cellule che secernono il muco; è più frequente nelle donne



TUMORE AL POLMONE



I RISCHI

Amianto	Fumo	Fumo + amianto
6x di rischio	11x di rischio	59x di rischio

Esposizione ad agenti nocivi e probabilità di sviluppare cancro al polmone

RIMOZIONE DEL TUMORE

Ci sono 4 tipi di interventi chirurgici, indicati per rimuovere tumori non a piccole cellule

----- Zona rimossa

- SEGMENTECTOMIA**
Piccolo tumore
Tessuto polmonare rimosso
- LOBECTOMIA**
Tumore medio/grande contenuto in un lobo
Asportazione di un lobo intero
- PNEUMONECTOMIA**
Tumore grande contenuto in due lobi polmonari
Asportazione di un intero polmone
- RESEZIONE BRONCHIALE**
Tumore presente in un bronco
Asportazione parziale di un bronco

TRACHEA

NON A PICCOLE CELLULE
Sono tumori costituiti da cellule di grandi dimensioni. Sono i più frequenti

VISTA INTERNA DEL POLMONE SINISTRO

DETTAGLIO

Bronchiolo

Sacche alveolari

Venula

Arteriola

Trama capillare alveolare

SEZIONE DEL LOBULO POLMONARE

Il lobulo polmonare è l'unità funzionale del polmone, dove avvengono gli scambi gassosi

L'ENFISEMA
Alcune pareti interne degli alveoli vengono danneggiate e/o distrutte. Coesistono nello stesso lobulo pareti distrutte e non. L'enfisema è causata da una progressiva insufficienza respiratoria

La fase terminale della bronchite cronica può essere rappresentata dall'enfisema che interessa gli alveoli polmonari

COME GOLPISCE L'ENFISEMA

Gli alveoli non riescono a scambiare correttamente anidride carbonica e ossigeno

Alveolo durante l'inspirazione vs Pareti alveolari senza elasticità

IN ITALIA
12% di adulti colpiti da Bronco-polmonarica ostruttiva (Bpcc). Dati 2012

I DECESSI tra i malati di Bpcc

10% di decessi nei malati over 40

40% di decessi nei malati over 65

Espirazione normale
Completa apertura del bronchiolo dovuta all'elasticità dell'alveolo

Espirazione con enfisema
Ridotta apertura del bronchiolo dovuta alla dilatazione eccessiva dell'alveolo

Test

Tac alleata della genetica

ELVIRA NASELLI

È la naturale evoluzione di Cosmos I, il primo progetto di screening per il tumore al polmone con Tac spirale a basso dosaggio, fortemente voluto da Umberto Veronesi, con l'idea di individuare precocemente la neoplasia polmonare - appena qualche millimetro - e intervenire tempestivamente. Quello che sta andando avanti adesso, il Cosmos 2, coordinato a livello nazionale da Giulia Veronesi, aggiunge alla Tac anche un prelievo di sangue. L'ipotesi scientifica - e la speranza dei medici - è che, valutando i micro Rna del sangue dei pazienti, sia possibile individuare un marcatore che riveli precocemente il tumore al polmone e che in un futuro non troppo lontano un semplice prelievo di sangue possa addirittura sostituire la Tac, esame rapido, appena 10-15 secondi, ma che comunque espone il paziente a radiazioni ionizzanti. L'obiettivo è riuscire a salvare parte di quelle 34.500 persone che ogni anno muore di tumore polmonare.

«La strada è ancora lunga ma promettente - ragiona Giuseppe Cardillo, chirurgo toracico e direttore del programma di screening delle neoplasie polmonari al San

Camillo Forlanini di Roma, ospedale che ha ospitato di recente un convegno su Cosmos 2 - e i primi risultati lasciano ben sperare. In questo primo anno di attività abbiamo sottoposto a screening nel nostro

centro - con Tac a basso dosaggio di radiazioni, circa il 20% del dosaggio standard - 750 soggetti a rischio, over 55 e fumatori di almeno 20 sigarette al giorno per 30 anni, o ex fumatori da meno di 15 anni. Abbiamo individuato e trattato, spesso con chirurgia mini-invasiva, 8 neoplasie, poco più dell'1% del totale, e abbiamo trovato inoltre numerosi noduli sospetti che terremo sotto controllo. Il problema di questo screening, che prevede un arruolamento complessivo in Italia di diecimila fumatori, è quello economico: non è rimborsato dal servizio sanitario, il paziente non paga nulla ma per fortuna riusciamo a continuare grazie a fondi privati e alla collaborazione dell'Ieo di Milano. Da noi inoltre tutti gli esami legati allo screening vengono eseguiti il sabato pomeriggio per non interferire con l'attività istituzionale dell'ospedale».

Oltre all'Ieo, capostipite del progetto, e al San Camillo di Roma, lo screening procede anche a Palermo (Ismett), Firenze (Centro oncologico fiorentino), università de L'Aquila (sede ospedaliera di Teramo), Pescara (ospedale Spirito Santo), Basilicata (ospedale di Potenza e Crob, centro di riferimento oncologico della Basilicata, a Rionero in Vulture).

«L'obiettivo è effettuare una prevenzione personalizzata - continua Cardillo - calcolando il rischio individuale e modulando i controlli a distanza sulla base di tale indice e, in futuro, la messa a punto di un marcatore molecolare potrà aiutarci ad individuare i soggetti più a rischio e fare soltanto a loro la Tac. Se tutto va bene Cosmos 3 potrebbe partire dal prelievo di sangue e fare la Tac solo ai positivi al test ematico. Ovviamente dobbiamo poi cercare di far smettere i fumatori, offrendo corsi di disassuefazione al fumo, considerato che la sigaretta è responsabile diretta di circa il 90% dei nuovi casi di tumori polmonari».

Il rischio relativo dei fumatori di sviluppare un tumore polmonare, rispetto a chi non fuma, è di circa 14 volte in più, che arriva a 20 volte nei forti fumatori (oltre 20 sigarette al giorno). Come ha dimostrato lo studio randomizzato americano Nlst (National lung screening trial), effettuato su 53.000 pazienti a rischio, lo screening permette di ridurre la mortalità del 20%. Come dire che in Italia si potrebbero salvare 2500 persone all'anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un'indagine Usa su 53.000
soggetti a rischio
ha rilevato che la tac
spirale permette di ridurre
la mortalità del 20%