



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## Tagli alla sanità inevitabili

*La riduzione dei finanziamenti statali costringerà i governatori regionali a rivedere i budget al ribasso. L'aumento delle imposte locali non è sufficiente*

DI MARINO LONGONI  
[mlongoni@class.it](mailto:mlongoni@class.it)

**I**nevitabili nuovi tagli alla sanità. Nonostante tutti gli sforzi fatti dal governo nei mesi scorsi e dalle regioni nelle loro leggi di Stabilità per il 2015, i conti sembra proprio che non tornino. E alla fine sarà inevitabile, in molte regioni, ridurre i costi di quella che è di gran lunga la spesa più pesante per i loro bilanci.

Il caso della Lombardia è emblematico: su un bilancio di 21 miliardi e 300 milioni, quasi 18 miliardi vanno alla tutela della salute. La riduzione dei finanziamenti statali impatta per 800 milioni, 500 dei quali saranno tolti a ospedali e Asl. Ma potrebbero non bastare. E questo è più o meno il trend in tutti gli enti territoriali.

Per un bilancio più preciso bisognerà aspettare la fine del mese di gennaio, nonostante la maggior parte delle regioni abbia già approvato la propria legge di bilancio. Il governo, con la propria legge di Stabilità 2015, ha infatti previsto tagli per quasi 4 miliardi alle regioni, ai quali vanno aggiunti riduzioni di spesa per altri 1,8 miliardi previsti da norme approvate nel 2014. In questo modo si è ampiamente vanificato lo sforzo fatto con il patto per la salute del 2014 che destinava alle regioni un budget aggiuntivo di 2,5 miliardi.

Insomma, i conti non tornano. Anche perché a questi tagli ne vanno aggiunti altri che pesano comunque sugli enti locali: 1 miliardo alle province (senza contare gli stipendi dei 14 mila dipendenti provinciali destinati a spostarsi in altri enti, che però non sanno come pagargli lo stipendio perché lo Stato ha deciso di sospendere i relativi trasferimenti); 1,2 miliardi per i comuni. Pochi giorni fa lo Stato ha proposto ai governatori delle regioni di intervenire in modo ancora più drastico, azzerando i trasferimenti statali su alcune voci come per esempio fondi per non autosufficienza o le borse di studio.

Anche se nel 2015 si terranno le elezioni in alcune regioni e quindi i governatori faranno di tutto per evitare di far uscire titoli di giornali con i tagli a una spesa alla quale l'elettorato è molto sensibile, i sacrifici sono inevitabili.

La situazione è senza altre vie d'uscita: il bilancio dello Stato è in affanno nel rispetto del vincolo del 3% del rapporto debito/pil. L'obiettivo è di importanza fondamentale perché il mancarlo creerebbe problemi ancora maggiori. L'alternativa alla riduzione della spesa è solo un aumento delle imposte, ma la pressione fiscale sulle imprese, come dimostra il servizio a pag. 6 di questo numero di *Italia Oggi Sette*, è già al 65,4%, seconda in Europa solo alla Francia. Impossibile pensare di aumentarla ancora. Le imposte locali, d'altro canto, negli ultimi tre anni sono state addirittura triplicate. Rispetto al gettito Ici di 9 miliardi nel 2009, quando vigeva ancora l'esenzione sulla prima casa, siamo saliti a 23,7 miliardi nel 2012 per effetto dell'Imu su tutti gli immobili. A seguito di altri balzelli successivi, come la Tasi, la pressione fiscale sulla casa è salita a 28 miliardi nel 2014. Anche le addizionali locali sono ormai quasi sempre vicino al massimo consentito. Eppure non basta ancora.

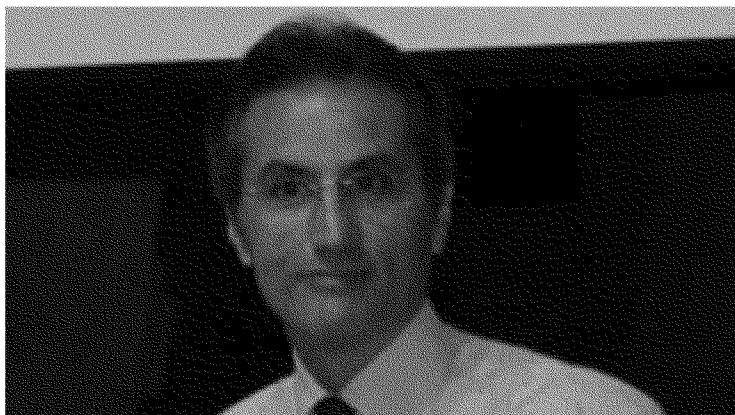
Il motivo di fondo è quello che non si è voluto vedere per molti anni e che ora si è gonfiato fino a diventare un macigno insopportabile: un debito pubblico di 2.120 miliardi, in continuo aumento, che ormai ha superato il 132% del pil. E nonostante tutti gli sforzi fatti negli ultimi anni non c'è verso di fermarne la continua crescita. Per finanziare questa montagna di debiti ogni anno, in un periodo di tassi bassissimi, si spendono tra i 70 e gli 80 miliardi. Tanto per fare un confronto, la spesa sanitaria è di poco superiore ai 100 miliardi. Di questo passo tra poco l'Italia sarà costretta a spendere di più per pagare gli interessi sul debito che per la salute dei suoi cittadini. Quanto può durare?

—© Riproduzione riservata—

**CENTRODESTRA** Il governatore campano a Milano per illustrare la propria proposta

## Macroregioni, asse Caldoro-Maroni

**NAPOLI.** Asse Campania-Lombardia sulle macroregioni. Il governatore Stefano Caldoro, infatti, vola questa mattina a Milano per presentare la sua proposta assieme al collega Roberto Maroni e alla coordinatrice lombarda di Forza Italia, Mariastella Gelmini. Una proposta, quella del numero uno di Palazzo Santa Lucia, che nei giorni scorsi ha raccolto il consenso unanime della Conferenza delle Regioni e del ministro Maria Elena Boschi. Nel corso degli ultimi mesi, il vicepresidente della Conferenza aveva più volte ribadito quella che era la propria idea: «Così come sono strutturate attualmente, le Regioni non hanno un senso ben definito. Più opportuna sarebbe la



● Il governatore della Campania, Stefano Caldoro

creazione di macroaree, visto anche che ci sono funzioni che potrebbero essere gestite in maniera unitaria invece che ognuno all'interno del proprio territorio». Una proposta, quella di Caldoro, che aveva trovato pronti i parlamentari di Forza Italia

alla presentazione di emendamenti al disegno di legge di riforma della Costituzione: il tutto proprio nella direzione auspicata dallo stesso esponente del centrodestra. Tra l'altro, pochi giorni fa, a margine della riunione della

Conferenza delle Regioni, il governatore campano aveva ribadito che «dal ministro Boschi c'è stata una apertura a discutere del processo aggregativo delle Regioni e del percorso delle macroaree. Il Governo è preoccupato, e noi concordiamo, che questa cosa in più possa decelerare il processo delle riforme. In effetti ogni processo dall'alto creerebbe un blocco e per questo il processo può partire dal basso senza creare intoppi». Un riscontro positivo, quello arrivato dal Governo. E il sostegno della Lombardia rappresenta un tassello ulteriore a sostegno della proposta del presidente della Regione Campania. Che illustrerà nel dettaglio quelli che sono i termini della sua proposta.

## Il Sole 24 Ore formazione. Nuovo master Borse ai manager sanitari

■ Candidature al via per aggiudicarsi le tre borse di studio al 30% per frequentare il nuovo executive master del Sole 24 Ore in management sanitario.

Il master, a numero chiuso e frequenza obbligatoria, è strutturato in formula *blended* - aula e online - per consentire di aggiornarsi contemporaneamente allo svolgimento della propria attività lavorativa.

Sono in corso le selezioni: per candidarsi è necessario compilare la domanda di ammissione online.

Sono previsti anche finanziamenti agevolati sia per i privati sia per le aziende. Per maggiori informazioni telefonare a 02 (06) 30223106.

## IL PICCO DEL VIRUS

# Perché l'influenza fa paura

EUGENIA TOGNOTTI

**A**rriva l'ordinaria influenza stagionale nell'anno del Signore 2015 - per la trecentesima volta, o poco più dal XII secolo - e come avveniva nei secoli passati, quando si pensava che fosse provocata dal maligno influsso degli astri e dalla loro sfavorevole congiunzione, costringe a letto una parte della popolazione, con gli stessi sintomi descritti in una buffa Canzone popolare scritta da un fabbro bolognese nel 1580.

«**M**i pareva aver la testa/ come un mazzo da stellare / mi doveva si la schiena/ch'io pareva bastonato». A dispetto delle nostre conoscenze sul virus influenzale - e in particolare l'H1N1, smascherato in quella sorta di gioco a guardia e ladri che è il monitoraggio virologico in ogni angolo del pianeta - riserva sempre qualche sorpresa e si diverte a sfuggire alle previsioni: è slittato il picco dell'epidemia atteso a ridosso della Befana, come risultato degli incontri ravvicinati delle feste e degli scambi di particelle infettanti che passano da un individuo all'altro, alimentando una sorta di catena di Sant'Antonio virale. Sarebbe meno efficace del previsto la più potente arma disponibile, il vaccino antinfluenzale, secondo le non dubbie informazioni dei Cdc, i centri di controllo e prevenzione delle malattie di Atlanta. Inoltre, sarebbe un po' più aggressiva del previsto l'ondata influenzale che sta colpendo soprattutto i bambini al di sotto dei cinque anni. Quel che è certo è che il drastico calo delle vaccinazioni - indotto anche dallo sconsiderato allarme delle presunte morti attribuite al Fluad - porterà nei soggetti a rischio, privi di copertura, un aumento dei casi gravi e delle ospedalizzazioni, che già sono segnalati in varie aree del Belpaese.

Chiamata nel passato «mal gentile» da medici e funzionari di salute pubblica che dovevano fronteggiare ben più terrificanti ondate epidemiche, l'influenza, a dispetto dei progressi della conoscenza, delle risorse terapeutiche, del miglioramento della sorveglianza e

della prevenzione, occupa oggi un posto nient'affatto secondario nella nera lavagna delle patologie umane, tanto da rappresentare la terza causa di morte in Italia per patologia infettiva, e da contribuire in maniera rilevante alla già mastodontica spesa sanitaria, senza considerare i costi indiretti. E da qualche anno i virus influenzali fanno paura. Grandi sorvegliati speciali, i virus dell'influenza A sono dotati dell'eccezionale capacità di modificare il proprio genotipo per gradi (genetic drift) o con un cambiamento radicale e improvviso (genetic shift): uno scossone che dà luogo a un ceppo interamente nuovo. In questo caso, fortunatamente raro, si verifica una pandemia perché buona parte della popolazione mondiale è priva dell'azione protettiva degli anticorpi. È avvenuto nel 1918 con la terribile Spagnola e, nel secolo scorso, con l'Asiatica (1957) e la Hong Kong (1968). In base alle scansioni delle passate epidemie, l'arrivo del Big one virale è messo in conto da tempo, da virologi, influenzologi, epidemiologi, che ritengono che un simile evento possa verificarsi di nuovo e in forma più grave nel nostro tempo. L'ultima pandemia, l'Influenza A 2009-2010, la prima del XXI secolo, ha dimostrato quanto rapidamente - ovunque si manifesti il primo focolaio - può propagarsi una nuova malattia infettiva nel nostro mondo globalizzato, di grandi città densamente abitate e interconnesse: la velocità con cui l'H1N1 si è diffuso a livello internazionale, infettando molti milioni di persone, non ha riscontri nelle precedenti epidemie. 42 anni fa, la pandemia Hong kong ha impiegato quasi un anno, partendo dal suo focolaio iniziale, la Cina, per diffondersi in tutto il mondo. La pandemia del 2009 ha viaggiato in aereo: attraverso i passeggeri del traffico aereo internazionale, si è diffusa rapidissimamente, infettando 74 Paesi diversi in ogni continente, entro cinque settimane dalla comparsa del primo focolaio in Messico.

*Master Corep-Università di Torino*

## *Come affrontare le malattie rare*

**C'**è tempo fino al 2 febbraio 2015 per iscriversi alla nuova edizione del master in Malattie rare, gestito da Corep e istituito dal dipartimento di scienze cliniche e biologiche dell'Università di Torino in collaborazione con il Cmid - Centro di coordinamento della rete interregionale per le malattie rare dell'Asl TO2. Le malattie rare rappresentano oggi uno dei settori in maggior espansione del Sistema sanitario nazionale. In Italia, infatti, si stima che i malati rari siano dai 300 mila ai 500 mila. Le peculiarità legate cronicità, alle difficoltà diagnostiche e di gestione della terapia rappresentano una sfida importante per i professionisti sanitari. Inoltre, spesso la presenza di un malato «raro» si ripercuote sull'intera fami-

glia innescando delle dinamiche difficili da gestire. Queste peculiarità rendono necessaria la formazione di operatori sanitari in grado di affrontare non solo gli aspetti clinici delle malattie rare ma anche quelli assistenziali, sociali e legislativi.

I laureati delle professioni sanitarie, grazie a un percorso formativo legato maggiormente alla valutazione e al soddisfacimento di bisogni assistenziali rappresentano i candidati ideali alla presa in carico dei pazienti affetti da malattia rara. Il master di primo livello in Malattie rare si propone di fornire le conoscenze specifiche necessarie alla presa in carico di questi pazienti spesso difficili da seguire ma anche molto stimolanti dal punto di vista lavorativo. Per informazioni: iscrizioni@corep.it.



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



I problemi del territorio

# Asl, Ferrante rimane commissario

## Caldoro proroga l'incarico fino all'indicazione del nuovo direttore generale

Arriva la proroga per il commissario dell'Asl, Mario Ferrante. L'attuale numero uno dell'Azienda sanitaria locale di Avellino continuerà a rivestire il ruolo apicale fino a quando non saranno completate le procedure per la selezione del nuovo direttore generale.

La decisione è stata assunta nella tarda serata di venerdì dal governatore della Regione, Stefano Caldoro, al termine di una riunione con i componenti della giunta. Lo stesso discorso vale anche per le altre aziende sanitarie della Campania.

A determinare questa scelta, la necessità di rivedere le procedure per la selezione dei manager. Un iter che sarebbe inficiato da profili di illegittimità dovuti al metodo di selezione delle cinque di nomi per ogni Asl. Il percorso individuato nei mesi scorsi dagli uffici regionali rischierebbe di provocare penalizzazioni per i candidati e di determinare l'impasse.

In pratica, gli aspiranti direttori generali avevano la possibilità di presentare domanda per tutte le aziende sanitarie della Campania. Di qui, la possibilità che lo stesso nome - valutato da commissioni diverse - finisse tra le varie cinque dalle quali scegliere il futuro manager.

Ora bisognerà riprendere e modificare la procedura per la selezione, fissando paletti ben precisi che evitino doppioni. L'idea è di proseguire a scaglioni, con step diversi per ognuna delle cinque Asl. E' facile immaginare, considerando l'iter burocratico e la prossima campagna elettorale, che passerà ancora qualche mese prima di chiudere definitivamente la partita. Ferrante è stato designato lo scorso 17 novembre, quando da direttore sanitario

### L'iter

La decisione riguarda tutte le province  
Cambierà la modalità di scelta del manager

dell'Azienda sanitaria irpina ha assunto anche l'incarico di direttore generale facente funzioni. Un mandato a tempo, di soli sessanta giorni. Ma che ora viene ulteriormente prorogato. Ferrante ha sostituito il manager uscente, Sergio Florio, che a fine settembre aveva completato il mandato conferitogli da Caldoro nell'estate del 2010.

Florio (già impegnato in passato nello stesso ruolo in Molise), così come tutti coloro che sono in pensione, non possono più aspirare ad assumere l'incarico.

Una delibera dell'esecutivo regionale lo ha precisato a chiare lettere: «È precluso il conferimento dell'incarico ai soggetti che, sebbene inseriti nell'elenco degli idonei allegato al presente provvedimento, siano lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza», recita il provvedimento della giunta di Palazzo Santa Lucia.

Tra gli aspiranti giudicati idonei nei mesi scorsi figurano diversi irpini. Nell'elenco sono inseriti, oltre allo stesso Ferrante, il direttore generale dell'Azienda ospedaliera «Moscati», Giuseppe Rosato, l'ex numero uno dell'Asl di Campobasso, Angelo Percopo, i primari dell'ospedale del capoluogo, Virgilio Cicalese e Armando Masucci.

Quest'ultimo ha ricoperto lo scorso anno anche il ruolo di commissario del Piano di zona sociale del capoluogo. Altri papabili, comunque, non mancano. Non è da escludere l'arrivo di qualche manager proveniente da altre province della Campania. •

**k.g.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Noccioleti, terreni, boschi ed edifici Asl e «Moscati» vendono per fare cassa

## Il caso

La Regione ufficializza l'elenco dei beni che potrebbero andare sul mercato  
L'ex ospedale a viale Italia vale 38 milioni

La Sanità batte casa, in Irpinia come in Campania. Un'iniezione di denaro potrebbe arrivare dall'alienazione dei beni di proprietà di Asl e Azienda ospedaliera, ma gli eventuali incassi sono vincolati esclusivamente al capitolo degli investimenti. Nei giorni scorsi, la Regione ha ufficializzato l'elenco delle proprietà delle Aziende sanitarie che possono finire sul mercato. Importante è anche il patrimonio delle realtà della provincia di Avellino.

Appartengono all'Azienda ospedaliera «Moscati» terreni sparsi sul territorio del capoluogo e a Monteforte Irpino per un valore complessivo di 2.252.320 euro. Tra questi, un bosco ceduo di oltre 263mila ettari a Monteforte, il cui valore è stimato in 1.315.050 euro. Ad Avellino, invece, l'Azienda ospedaliera «Moscati» è proprietaria di noccioleti per circa 50mila metri quadrati, a cui si aggiungono castagne e frutteti, in appezzamenti da 24mila e seimila metri quadrati. Si tratta di terreni che potrebbero essere messi subito in vendita, dopo la pubblicazione della delibera di giunta regionale dello scorso 30 dicembre, relativa all'approvazione degli elenchi degli immobili non strumentali alienabili.

Ai terreni vanno aggiunti i fabbricati di proprietà dell'Azienda «Moscati». Al di là della struttura della Città Ospedaliera di contrada Amoretta, il cui valore è stimato in circa 350 milioni di euro, e del presidio ospedaliero di Monteforte Irpino, dato in comodato d'uso gratuito all'Asl di Avellino, l'azienda è proprietaria anche degli stabili non più in uso in via Pennini e in viale Italia. Nel primo caso, la struttura si estende per circa 43mila metri quadrati (di cui poco meno di 10mila per lo stabile, il resto è relativo al parco circostante), per un valore totale di poco inferiore ai 15 milioni di euro. Per l'ex presidio ospedaliero di viale Italia, sono oltre 42mila i metri quadrati a disposizione (32mila solo per l'edificio, l'altra parte è riferita al lotto di terreno): la stima orientativa complessiva è di circa 38 milioni di euro. In questi casi, però, non potranno essere messi subito



in vendita. È necessario prima cambiare la loro destinazione d'uso.

La delibera di Palazzo Santa Lucia parla chiaro. Si autorizzano, recita il provvedimento dell'esecutivo del presidente Stefano Caldoro, «le Aziende sanitarie, in conformità alla normativa vigente in materia e nel rispetto delle procedure di evidenza pubblica, all'avvio dei procedimenti per l'alienazione degli immobili, con eccezione degli immobili di categoria catastale "B/2 Case di cura e ospedali senza fine di lucro" e "D4 Case di cura ed ospedali con fine di lucro", in quanto non immediatamente alienabili per la vigente destinazione d'uso. Tali beni - è spiegato ancora nell'atto di giunta - potranno poi essere oggetto di un successivo atto autorizzatorio».

La delibera precisa, inoltre, che le relative risorse derivanti dalla vendita «dovranno essere destinate a spese di investimento previa valutazione della coerenza con la programmazione sanitaria regionale, che sarà compiuta dalla Direzione generale per la tutela della salute».

A differenza delle proprietà dell'Azienda ospedaliera «Moscati», alcuni fabbricati del patrimonio dell'Asl di Avellino per un importo totale di 400mila euro, potrebbero finire sul mercato già nell'immediato. È il caso delle unità immobiliari che insistono a Solofra in via Masserie e in via Croce e via Afflitta. Stesso discorso per un fabbricato di via Castello ad Ariano Irpino, mentre per quelle di Lapio (località Casale Lepore) e Sant'Angelo all'Esca (via Reppucci, sede della guardia medica), servirà la modifica della destinazione d'uso.

**ka.gu.**

Il caso



## La Sanità vuole far cassa l'ex «Moscato» in vendita

La Sanità batte casa, in Irpinia come in Campania. L'iniezione di danaro potrebbe arrivare dall'alienazione dei beni di proprietà di Asl e Azienda ospedaliera. In vendita c'è anche l'ex presidio ospedaliero di viale Italia. Sono oltre 42mila i metri quadrati a disposizione (32mi-

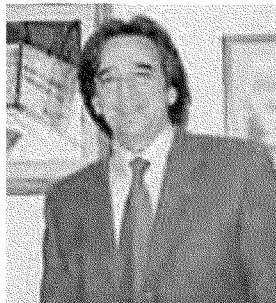
la solo per l'edificio, l'altra parte è riferita al lotto di terreno): la stima orientativa complessiva è di circa 38 milioni di euro. In questi casi, però, non potranno essere messi subito in vendita. È necessario prima cambiare la destinazione d'uso.

**> A pag. 20**

## La sanità Restano Ventucci e Berruti Asl e Rummo, prorogate le nomine dei commissari

Commissario all'Asl e commissario all'Azienda ospedaliera. Restano alla guida sia Mino Ventucci che Gianpiero Berruti, incaricati per 30 giorni e comunque sino alla nomina dei direttori generali che dovrebbe avvenire ben prima.

La decisione della Giunta regionale ha interessato, pertanto, non già il solo Ventucci, ma pure Berruti nonostante quest'ultimo fosse in carica dall'11 dicembre e non dal 17 novembre. Evidentemente, la Regione ha ritenuto valida la data di inizio della vacatio, d alla cessazione di Michele Rossi quale manager dell'Asl e Nicola Boccalone al vertice dell'Ao. L'esecutivo Caldoro ha preferito operare in linea con quanto già fatto per il Cardarelli e per il Pascale, ossia tramutare i direttori generali facenti funzione in commissari. In quanto ai direttori amministrativi, se in possesso del contratto, restano in carica, è il caso di Antonio Mennitto all'Asl, come da precedente di Alberto Di Stasio al Rummo allorquando Rossi fu riconvertito commissario. All'Azienda ospedaliera, comunque, Berruti ha il potere di continuare ad avvalersi di Ida Ferraro: se non ha il contratto, è sufficiente rinominarla. Aspettando, questo dei direttori amministrativi, affrontato pure nel corso dei lavori della Giunta, che si è orientata



**Interim** Berruti, già direttore sanitario del «Rummo»

nel modo suddetto.

L'interregno, come accennato, non dovrebbe protrarsi a lungo poiché il governatore e gli assessori sembrano orientati a sbrigare in tempi rapidi la pratica delle nomine, al punto di invitare i commissari addetti alla definizione della rosa di nomi entro cui scegliere i nuovi manager a concludere il più rapidamente possibile. Avendo riportato una valutazione positiva sull'oro operato al vertice delle due Aziende, sia Rossi all'Asl che Boccalone al «Rummo» vanno obbligatoriamente inseriti nella rosa dei papabili. La novità della pre-selezione da parte della commissione di valutazione ha ovviamente frenato il proliferare di ipotesi e voci sui prossimi assetti della sanità sannita. Nel 2011 per la prima volta furono nominati due sanniti, ma ora è impossibile azzardare qualsiasi previsione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

+

## Lo stanziamento

# Dalla Regione fondi per minori e disabili

La Regione Campania ha approvato benefici economici per i disabili dell'Ambito sociale del Matesino. Si tratta del Piano di Zona Sociale dell'Ambito territoriale C4, che ha Piedimonte Matese quale comune capofila. E che, tramite il decreto 109, prevede interventi nell'area della disabilità, salute mentale, minori, famiglia e anziani. Unito a tale provvedimento, per i 31 comuni afferenti all'Ambito C4, con il

supporto dell'ufficio di piano e del partenariato locale, sono arrivati, inoltre, importanti finanziamenti da dedicare ai cittadini anziani con disabilità e ai minori da zero a tre anni.

Si chiama «Pac - Piano di azione e coesione», quello cui si riferisce il finanziamento dell'ente di via S. Lucia. E riguarda i cittadini anziani, in particolare chi non è autosufficiente,

abbisognevole di servizi di cura e assistenza domiciliare per un importo di circa 700mila euro. Ai minori invece è rivolto un finanziamento di circa 300mila euro, destinato all'apertura di 6 ludoteche a Piedimonte Matese, Ailano, Baia e Latina, Caiazzo, Gallo Matese, Piana di Monte Verna e Pietramelara. Ai cittadini con disabilità e disagio psichico è riservato, poi, il progetto sperimentale in materia

di vita indipendente e inclusione nella società, che prevede risorse per 80.000 euro a cui se ne aggiungono altri 20.000 a carico dell'Ambito. Per quest'ultimo progetto, approvato con decreto n.123, è già in programma una riunione con i responsabili regionali, fissata il prossimo 15 gennaio, per discutere le fasi operative dell'iter progettuale.

**v.cor.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

+

L'intervista

# «Mancano il personale e i fondi dal governo una goccia nel mare»

Esposito, manager dell'Asl Na 1: emergenza senza precedenti

Marisa La Penna

È l'emergenza più grave degli ultimi venti anni, la crisi più severa da quando è impegnato nel mondo della sanità napoletana. Ernesto Esposito, da due anni e mezzo direttore generale della Asl Napoli 1 Centro, ammette, senza riserve, che l'assedio di barelle nei pronto soccorso cittadini, non ha precedenti.

**Direttore, nella camera operatoria del San Giovanni Bosco, dove peraltro sono ospitati pazienti di rianimazione, piove. Roba da codice penale.**

«Sì, è vero. Ma siamo intervenuti con tempestività. Purtroppo è successo che durante una manifestazione inscenata sul terrazzo da alcuni dipendenti delle pulizie sono state prodotte delle piccole lesioni nelle guaine protettive. E si sono così determinate delle infiltrazioni d'acqua. Evento imprevedibile a cui abbiamo, ovviamente, subito posto rimedio. Le due sale operatorie in questione sono peraltro nuovissime, ristrutturate proprio recentemente.

**Il San Giovanni Bosco cade a pezzi. È un cantiere aperto e sospeso. Mancano all'appello sessanta posti letto: due reparti sono chiusi da anni. Perché?**

«I lavori al pronto soccorso sono stati fermi per vari mesi a causa di problemi tecnico-burocratici. Vennero fermati subito dopo l'avvio perché la ditta fu coinvolta in vicende giudiziarie. E abbiamo dovuto mandare via quella che la sostituì, che andava a rilento. Ne abbiamo presa un'altra che ha messo mano proprio in questi giorni. Ma dare incarico a un'altra ditta comporta inevitabile perdita di tempo».

**E i sessanta posti letto dei due reparti chiusi per ristrutturazione da anni?**

«I lavori sono fermi per una carenza di fondi. Recentemente sono stati svincolati i fondi per il famoso "articolo 20" sull'edilizia ospedaliera. Qualche settimana fa ho partecipato a una riunione in Regione proprio per l'utilizzo di questo danaro destinato al

San Giovanni Bosco».

**A quanto ammonta?**

«A circa quattro milioni di euro».

**Direttore, quella che stanno vivendo Cardarelli, San Giovanni Bosco, Loreto Mare, San Paolo e Vecchio Pellegrini è la più grave emergenza degli ultimi anni?**

«Sicuramente. Almeno da quando sono nel mondo della sanità».

**Da quando, cioè?**

«Venti anni. Una crisi ci fu nel 2008. Ma non arrivò a questi livelli».

**Come se la spiega questa emergenza che ha messo in ginocchio tutti i pronto soccorso e le aree di urgenza?**

«La mancanza di personale medico, infermieristico e ausiliare a causa del blocco del turnover. Un piccolo influenzale arrivato in anticipo per la mancata vaccinazione. La mancanza di fondi per rendere più accoglienti le aree di emergenza. Il peso del blocco delle assunzioni rende sempre più difficile il manteni-

mento delle attività sanitarie. E quello che il governo ci ha concesso è una goccia nel mare. Abbiamo carenze di chirurghi, pediatri, ginecologi, ostetriche, solo per fare qualche esempio. Mancano gli operatori sociosanitari, gli infermieri, i tecnici di radiologia. Insomma se non si sblocca il turnover, se non

ci danno l'opportunità di assumere sarà sempre più difficile assicurare i livelli minimi di assistenza».

**Qualche buona notizia, anche piccola, oltre alla promessa dei 113 posti al policlinico e al Loreto Mare per aiutare il Cardarelli?**

«Presto in arrivo venticinque nuovi anestesisti da dividere negli ospedali in carenza di queste figure professionali».

**E l'Ospedale del Mare?**

«I tempi di consegna saranno rispettati. Con la sua apertura gli altri ospedali saranno inevitabilmente decongestionati perché aumenterà l'offerta territoriale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Gli interventi**

«Una svolta con l'arrivo di 25 nuovi anestesisti da dividere negli ospedali in difficoltà»



”

**La spending review**

Se non si sblocca il turn over continueranno a mancare specialisti e infermieri: impossibile garantire livelli di assistenza minimi



”

**Il San Giovanni Bosco**  
Infiltrazioni dovute  
a lesioni nelle guaine  
causate dai manifestanti  
che tempo fa inscenarono  
una protesta sul tetto



”

**L'influenza**  
Quest'anno picco anticipato  
e richiesta di ricoveri  
aggravata dal fallimento  
del piano di vaccinazione  
Soffriamo anche per questo



”

**Il piano barelle**  
La situazione drammatica  
verrà decongestionata  
grazie all'apertura  
dell'Ospedale del Mare  
I tempi saranno rispettati



**La crisi****Al Loreto Mare  
pulizia fai-da-te  
Cardarelli, arrivano  
340 malati al giorno****Le storie**

In medicina d'urgenza del Cardarelli ci sono ventiquattro posti letto. Ieri erano ricoverati, complessivamente, sessantotto pazienti. Vale a dire che i «barellati» sono il doppio dei posti di cui dispone il reparto. Non cessa l'emergenza lettighe nel Dea del Cardarelli che sta registrando un venti per cento in più di accessi al pronto soccorso già da qualche settimana. Mediamente se ne stanno contando 340 al giorno. E, nonostante siano state acquistate dalla direzione aziendale ben duecento nuove barelle (ne sono arrivate al momento ottanta), le condizioni dei pazienti sono ancora al limite dell'umano. Per non parlare del Loreto Mare dove nel blocco operatorio 4 (sala che viene utilizzata per i parti) a causa di carenze del personale delle pulizie non c'è stata possibilità di sanificare e pulire gli ambienti. E così, tra un parto ed un altro (ne sono avvenuti due a distanza di poco tempo la notte del 16) «i medici e gli infermieri si sono arrangiati con lenzuola e garze per garantire un minimo di pulizia» come è scritto in una lettera-denuncia inviata dai lavoratori alla direzione sanitaria. Nel documento viene chiesta «la copertura delle due notti a settimana nelle quali mancano gli addetti alle pulizie». Ed ancora emergenza barelle anche negli altri due pronto soccorso cittadini: San Paolo e Pellegrini. Oltre al San Giovanni Bosco di cui parliamo in altra parte del giornale.

Intanto anche i pediatri raccontano l'emergenza che stanno vivendo in queste giornate. «Se il disagio di medici e pazienti negli ospedali è sotto gli occhi di tutti, c'è un'altra emergenza, meno visibile, ma non per questo meno importante, che sta mettendo in crisi

il sistema». L'allarme è lanciato dal centro studi della sezione napoletana della Federazione italiana medici pediatri (Fimp) che segnala questo dato registrato nel 2014: 70mila visite ambulatoriali effettuate solo da un campione di 15 pediatri di famiglia, al lavoro a Napoli e nell'hinterland partenopeo.

«La situazione negli anni si è aggravata molto» spiega Antonio D'Avino, segretario provinciale della Fimp. E aggiunge: «Ormai siamo abituati a governare da soli lo sconsiderato aumento di accessi presso i nostri ambulatori attraverso la quotidiana attività assistenziale che in questo periodo epidemico consente di evitare l'ospedalizzazione per la maggior parte delle patologie respiratorie quali polmoniti, bronchioliti e influenze complicate. Se a questo aggiungiamo anche la cura domiciliare ai piccoli malati cronici, non so per quanto riusciremo ad andare avanti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

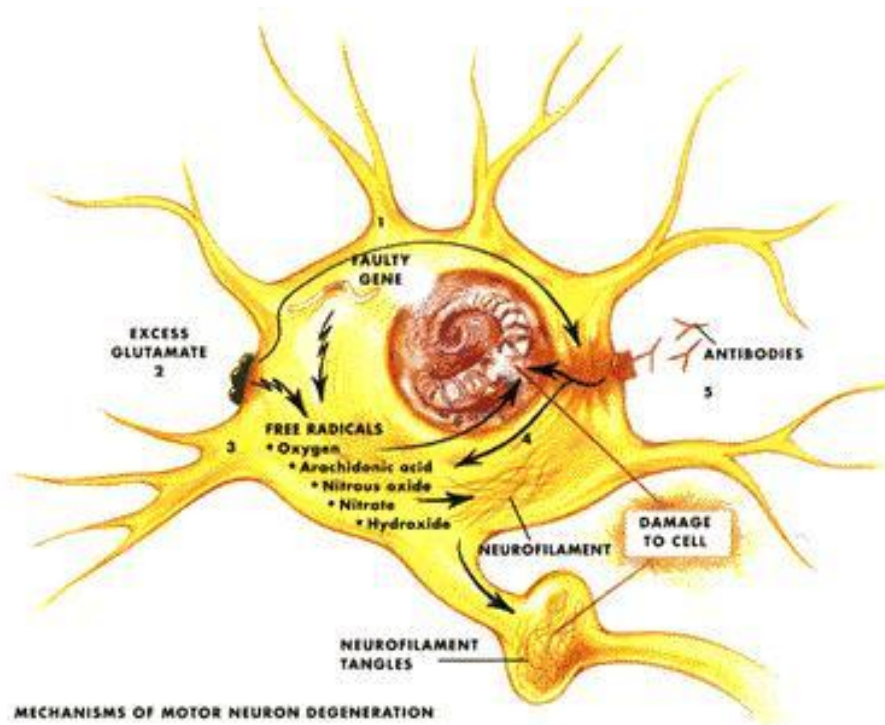
**Le barelle**

L'azienda ospedaliera ha acquistato duecento lettighe. Ne sono arrivate 80



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



18 GENNAIO 2015

## Sistema immunitario: nel 75% dei casi le sue variazioni sono determinate dall'ambiente più che dai geni

***Lo dice uno studio su coppie di gemelli, pubblicato\* sulla rivista Cell: fattori ambientali, tra cui l'esposizione a patogeni, ma anche la dieta e l'igiene dentale, 'dominano' le variazioni del nostro sistema immunitario in maniera molto più marcata rispetto a fattori ereditari, soprattutto all'aumentare dell'età dell'individuo***

Uno studio su coppie di gemelli ha mostrato come i parametri componenti del nostro sistema immunitario circa nel 75% dei casi siano dominati da fattori ambientali, tra cui l'esposizione a patogeni e la dieta, più che dai geni, ovvero da fattori ereditabili. Il risultato è frutto di uno studio condotto dalla Stanford University Medical Center, pubblicato\* su *Cell*.

Prendendo in considerazione 78 coppie di gemelli monozigoti, che possiedono lo stesso patrimonio genetico, e 27 coppie di gemelli dizigoti, che condividono il 50% dei geni, i ricercatori hanno osservato che, nei tre quarti delle misurazioni, i fattori non ereditabili, legati anche allo stile di vita, 'battevano' quelli ereditabili nel determinare lo stato specifico del sistema immunitario. Tra i fattori non ereditabili, in maniera particolare si cita l'esposizione ad agenti patogeni, ma anche le vaccinazioni, la dieta e l'igiene dentale. Per ottenere questo risultato, i ricercatori hanno analizzato oltre 200 parametri componenti del sistema immunitario, confrontando i parametri di un individuo con quelli del suo gemello identico. In base allo studio, i tre quarti (circa il 75%, precisamente il 77%, >50% la varianza) di questi elementi sembrano essere dominati da fattori ambientali più che da caratteri ereditari; questi risultati valgono soprattutto nelle persone di età più elevata, ovvero con 60 o più anni, rispetto agli individui con meno di 20 anni. Ciò sembra suggerire "un'influenza cumulativa dell'esposizione all'ambiente", si legge nello studio. Insomma, è un po' come se questa suscettibilità all'ambiente da parte del sistema immunitario vada via via 'accumulandosi' nel tempo.

"Almeno per i primi venti anni di vita, quando il proprio sistema immunitario sta maturando, questo straordinario sistema sembra in grado di adattarsi a condizioni ambientali molto differenti", ha spiegato **Mark Davis**, PhD, Professore di Microbiologia e Immunologia e Direttore dello Stanford's Institute for Immunity, Transplantation and Infection. Infatti "un sistema immunitario umano in salute si modula continuamente nei suoi incontri con patogeni pericolosi, microbi intestinali 'amichevoli', componenti nutrizionali ed altro, oscurando anche le influenze dei principali fattori ereditari".

Da circa 20 anni, **Gary Swan**, Professore di Medicina a Stanford, ha iniziato a raccogliere dati in un registro che ora include circa 2000 coppie di gemelli: lo studio odierno ha preso in considerazione 78 coppie di gemelli monozigoti e 27 coppie di gemelli dizigoti. In particolare, i gemelli monozigoti, possedendo lo stesso patrimonio genetico, rappresentano un ottimo modello per poter confrontare le influenze ambientali sul sistema immunitario con quelle di natura genetica. Applicando sofisticati metodi di laboratorio a campioni di sangue, sono stati studiati 200 diversi parametri relativi al sistema immunitario. I campioni sono stati immediatamente inviati allo Stanford's Human Immune Monitoring Core.

**Ma in che modo nel sistema immunitario 'l'ambiente' batterebbe la genetica, soprattutto negli individui di età maggiore?** "Abbiamo scoperto che nella maggior parte dei casi, inclusa la reazione ad una vaccinazione antiinfluenzale standard e altri tipi di 'reattività' immunitaria, c'è una piccola o nessuna influenza genetica in gioco, e più probabilmente l'ambiente e la propria esposizione ad innumerevoli microorganismi rappresenta il principale elemento che guida [tale processo ndr]", prosegue Davis.

Ad esempio, i ricercatori riferiscono che l'ambiente ha una significativa influenza sulla produzione di anticorpi prodotti da gemelli monozigoti che erano stati sottoposti alla vaccinazione antiinfluenzale nell'ambito di un altro studio, condotto dalla co-autrice **Cornelia Dekker**, MD, Professore di Malattie pediatriche infettive e Medical Director of the Stanford-Lucile Packard Children's Hospital Vaccine Program. La variazione della risposta è determinata ampiamente da fattori non ereditari, si legge nel paper odierno, probabilmente dovuti alla ripetuta esposizione a differenti ceppi virali.

In precedenza, alcune ricerche suggerivano che ci sia un forte componente genetico nella risposta del sistema immunitario alla vaccinazione: al contrario l'idea del Professor Davis è che questi studi abbiano preso in considerazione bambini molto piccoli – dunque di individui con molti decenni in meno rispetto all'età nella quale il sistema immunitario sembra essersi trasformato ed essere più influenzato dall'ambiente (influenza che i ricercatori hanno riscontrato a livelli maggiori nei gemelli di età uguale o superiore ai 60 anni).

Inoltre, i parametri del sistema immunitario che sono stati analizzati nell'indagine risultano variare molto in base all'esposizione ad alcuni patogeni: più di metà di questi parametri risultano diversi, anche se misurati nei due gemelli identici, se uno dei due ha avuto un'infezione da *Citomegalovirus*, un virus diffuso che appartiene alla famiglia degli

Herpesvirus.

**Viola Rita**

\*Petter Brodin et al., Variation in the Human Immune System Is Largely Driven by Non-Heritable Influences. *Cell*, 2015; 160 (1-2): 37 DOI: 10.1016/j.cell.2014.12.020

## Olio d'oliva e noci aiutano a far regredire la sindrome metabolica

I nostri nonni senza saperlo seguivano la dieta mediterranea, il modello alimentare più adeguato a mantenerci in forma e soprattutto sani: i dati che dimostrano le sue bontà sono innumerevoli, e ora una ricerca spiega che riesce anche a «guarire» dalla sindrome metabolica, un problema che secondo le stime riguarda una persona su quattro ed è definito dalla presenza di almeno tre fattori fra pressione alta, trigliceridi elevati, glicemia oltre il limite, colesterolo «buono» HDL basso e un girovita troppo largo. La sindrome aumenta di parecchio il rischio di infarti,

---

---

---

**«Effetti collaterali»**  
Sarebbero utili  
anche per ridurre  
la crescita del tumore  
alla prostata

---

ictus e diabete ma lo studio spagnolo *Predimed*, condotto su circa 6 mila persone seguite per 5 anni, ha verificato che la dieta mediterranea può farla regredire.

I partecipanti allo studio sono stati suddivisi in tre gruppi: uno seguiva un'alimentazione di controllo a basso contenuto di grassi, gli altri due un regime di stampo mediterraneo «potenziato» da un ampio uso di olio d'oliva oppure di noci.

All'inizio della sperimentazione il 67% dei partecipanti rientrava nei criteri per la diagnosi di sindrome metabolica, dopo 5 anni il 28% di chi aveva

seguito le due tipologie di dieta mediterranea non presentava più i parametri tipici del problema.

«L'introito calorico era identico nei tre diversi tipi di alimentazione: evidentemente l'azione positiva sulla sindrome metabolica dipende da differenze nei nutrienti introdotti, in particolare olio e noci», spiegano gli autori. Proprio lo studio *Predimed*, poco tempo fa, ha provato che l'olio extravergine d'oliva riduce anche il rischio di aritmie pericolose come la fibrillazione atriale.

Ma secondo gli spagnoli per ottenere i migliori risultati ne andrebbero introdotti 50 grammi al giorno, pari a circa tre cucchiaini e mezzo. L'apporto calorico in questo caso non è indifferente (circa 450 calorie), ma è controbilanciato dalle conseguenze positive sulla salute, visto che oltre alle aritmie si riduce anche il pericolo di ictus e infarti. Calorica ma salutare è anche la frutta secca, che consente di fare il pieno di acidi grassi mono e polinsaturi.

Stando allo studio *Predimed* se ne dovrebbero consumare circa 30 grammi al giorno, di cui la metà di noci. I grassi «buoni» delle noci per di più contribuirebbero ad abbassare la probabilità di ictus e (stando ai dati raccolti da ricercatori statunitensi e pubblicati sul *Journal of Medicinal Food*) sarebbero anche utili per ridurre la crescita del tumore alla prostata (studio dell'Università di Davis, in California).

**Elena Meli**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Superato nel 2014 l'esame da parte di Aifa*

# Leucemia mieloide cronica, è arrivata una nuova terapia

*Efficace a due anni nei pazienti resistenti*

DI ISABELLA SERMONTI

**P**iccoli passi ma importanti, soprattutto per i pazienti che soffrono di Leucemia Mieloide Cronica (LMC), una neoplasia dei globuli bianchi che colpisce in Europa circa 7.000 nuovi pazienti ogni anno e che in Italia interessa – sono dati del 2013 – quasi 8 mila pazienti, con un'incidenza di nuovi casi del 12% pari a 930 pazienti. ARIAD Pharmaceuticals ha infatti presentato qualche giorno fa il farmaco ponatinib per il trattamento della Leucemia Mieloide Cronica (LMC) e della Leucemia Linfoblastica Acuta Philadelphia positiva (LLA Ph +), recentemente approvato da Aifa. Ponatinib è efficace per il trattamento della LMC in pazienti che si trovano nella fase cronica, accelerata o blastica della malattia e sono resistenti o intolleranti a dasatinib o nilotinib e per i quali il successivo trattamento con imatinib non è clinicamente appropriato, oppure in pazienti nei quali è stata identificata la mutazione T315I. Inoltre, è indicato per il trattamento della LLA Ph+ in pazienti resistenti o intolleranti a dasatinib e per i quali il successivo trattamento con imatinib non è clinicamente appropriato, oppure in pazienti nei quali è stata identificata la mutazione T315I. La LMC è caratterizzata da una produzione eccessiva e non regolata di globuli bianchi da parte del midollo osseo a causa di un'anomalia genetica che produce la proteina BCR-ABL. In seguito alla fase cronica di produzione eccessiva di globuli bianchi, l'evoluzione della malattia conduce a fasi più aggressive definite fasi accelerata e blastica. La LLA Ph+ è un sottotipo di leucemia linfoblastica acuta con cromosoma Ph+ che produce BCR-ABL. «Siamo lieti di poter offrire una soluzione terapeutica efficace ai pazienti che fino ad oggi non avevano alternative di cura, soprattutto nelle forme più aggressive di leucemia – ha detto Giancarlo Parisi, Generale Manager di Ariad Pharmaceuticals Italia – Il processo di scoperta e sviluppo di ponatinib esprime pienamente i valori aziendali di eccellenza scientifica e di impegno nella ricerca che ci caratterizzano da sempre. Siamo costantemente a fianco di pazienti e medici con l'obiettivo di sviluppare farmaci utili a curare i malati più fragili, affetti da patologie attualmente prive di cure efficaci».

# Cure su misura ai **diabetici** anziani

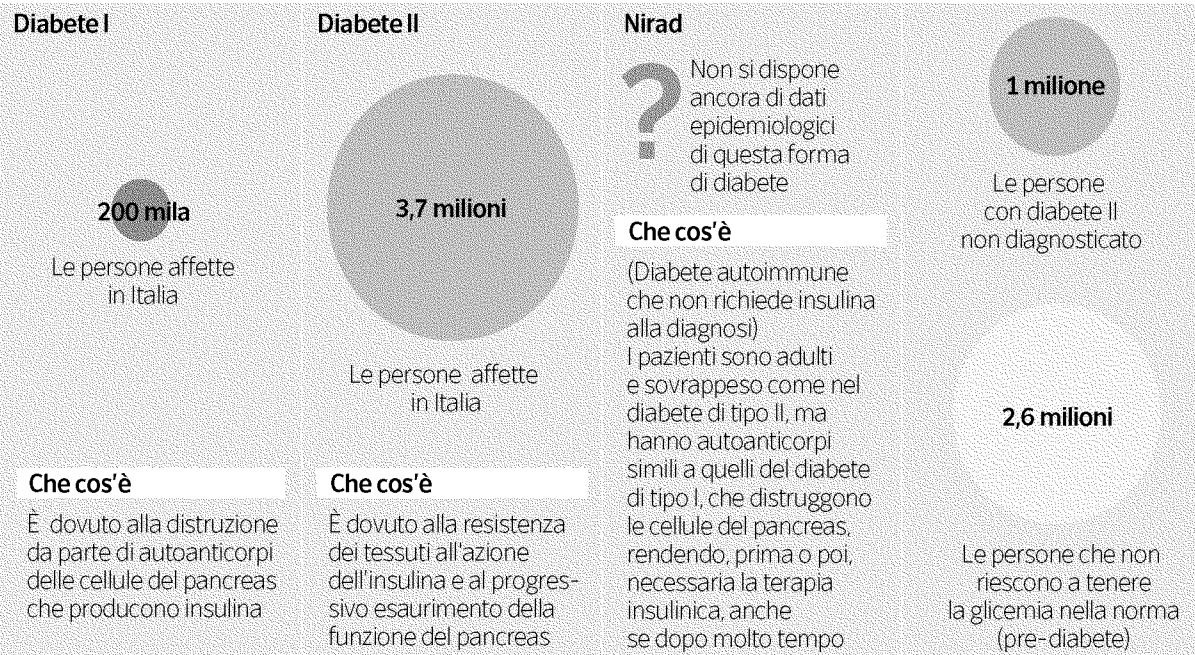
Talvolta i trattamenti troppo energici sono sbagliati. Ma in generale un controllo «ad hoc» della glicemia fa la differenza per la qualità della vita

**S**tiamo forse esagerando? Nel tentativo di contrastare il diabete, una delle più diffuse «epidemie» che minacciano la nostra salute, abbiamo la mano troppo pesante con alcuni pazienti e li curiamo troppo, più di quanto sarebbe necessario?

Il dubbio sorge leggendo un articolo appena pubblicato sulla rivista scientifica *JAMA Internal Medicine*, secondo cui una porzione considerevole dei diabetici anziani sarebbe sovratrattata. Stando a dati raccolti da ricercatori dell'università di Yale su circa 1300 diabetici con più di 65 anni, infatti, perfino i pazienti in condizioni di salute non buonissime, ad esempio perché già in dialisi o perché affetti da altre patologie, in due casi su tre verrebbero curati in modo «intensivo», mirando a obiettivi di glicemia che sarebbero più ragionevoli in malati senza complicanze.

«Sono, questi, soggetti vulnerabili, che difficilmente possono trarre vantaggio da un controllo serrato della glicemia, mentre potrebbero correre il rischio di andare incontro a effetti collaterali di un trattamento troppo energico, come le ipoglicemie, che spesso negli anziani causano cadute — scrivono gli autori —. Una valutazione attenta dei pro e contro della terapia è perciò obbligatoria per poter scegliere la cura più adatta». Questa conclusione pare l'unica condivisa fino in fondo da Enzo Bonora, presidente della Società italiana di diabetologia (Sid), che osserva: «In alcuni casi la terapia può essere eccessiva, ma sono molti di più i diabetici in cui non si arriva a un controllo soddisfacente della glicemia: gli ultimi dati del progetto Riace (Renal Insufficiency and Cardiovascular Events) della Sid, ad esempio, dimostrano che pur tenendo conto dei diversi obiettivi di emoglobina glicata (valore che dà un'idea dell'andamento della glicemia negli ultimi due tre

## Le varianti della malattia



Fonte: SID (Società Italiana di diabetologia)

Corriere della Sera

mesi, ndr), valutati considerando le condizioni di ciascun paziente, la maggioranza li «sfora» e non ha un buon controllo glicemico».

Non bisogna quindi ridurre la terapia solo perché si sta invecchiando o perché ci sono altre malattie oltre al diabete, a meno di avere un'aspettativa di vita realmente breve: «Un settantenne o un ottantenne oggi possono avere davanti a sé ancora molti anni di vita in buona salute e hanno il diritto di esse-

### Cautela

Nei soggetti molto fragili va valutato con particolare attenzione il rischio di ipoglicemie

### Costanza

La sorveglianza sui parametri non va però allentata solo perché il malato invecchia

re curati al meglio, soprattutto perché avere la glicemia alta significa essere più a rischio per qualsiasi altra patologia e avere un decorso peggiore se ci si ammala, anche di una «banale» polmonite — sottolinea Bonora —. Inoltre, il diabete è un disturbo molto eterogeneo: alcuni diabetici sono destinati a sviluppare complicanze pure in presenza di valori di glicemia relativamente bassi o dopo essere stati esposti a livelli eccessivi di glucosio nel sangue meno a lungo rispetto ad altri, per cui un buon controllo resta fondamentale. Il vero punto è quali farmaci usare per ottenerlo: il problema delle ipoglicemie, sollevato dallo studio americano, si ha in realtà soltanto con l'insulina e le sulfaniluree. Tutti gli altri medicinali sono sicuri: se serve l'insulina non abbiamo alternative e siamo costretti a monitorare il paziente più da vicino, ma in tutti gli altri casi possiamo scegliere farmaci diversi, che consentono un trattamento appropriato

## Non più solo «tipo I» e «tipo II» Ora esiste il Nirad una forma «intermedia»

L'obesità è legata al diabete perché produce uno stato di infiammazione cronica generale che favorisce la resistenza all'insulina e quindi lo sviluppo di diabete di tipo II. Ora uno studio promosso dalla Società italiana di diabetologia indica che i chili di troppo contribuiscono anche a uccidere le cellule del pancreas, che producono l'insulina: stando ai dati, raccolti su 1850 pazienti da Raffaella Buzzetti, dell'Università La Sapienza di Roma, il sovrappeso eccessivo scatenerrebbe una sorta di «fuoco amico» autoimmune, favorendo la produzione di un particolare tipo di autoanticorpi, gli IA-2. Questo spianerebbe la strada per un tipo di *diabete intermedio*, il cosiddetto Nirad (Non Insulin Requiring Autoimmune Diabetes, diabete autoimmune che non richiede insulina al momento della diagnosi, ndr): è un diabete apparentemente indistinguibile dal tipo II perché i pazienti sono adulti e sovrappeso, ma nel loro sangue si trovano autoanticorpi simili a quelli tipici dei soggetti con diabete I, che distruggono le cellule beta rendendo prima o poi necessaria la terapia insulinica, anche se a distanza di molto tempo dalla diagnosi.

senza esporre a grossi rischi».

L'obiettivo quindi non è curare «tanto» ma farlo bene, con i mezzi giusti a seconda del paziente, modificando il trattamento se le condizioni di salute cambiano e impongono un ripensamento, ma tenendo sempre ben presente che abbassare la glicemia non è uno «sfizio» bensì il vero obiettivo della terapia. Anche nel caso del diabete di tipo I, come provano i risultati del Diabetes Control and Complications Trial, avviato oltre 30 anni fa per seguire negli anni oltre 1400 pazienti: se si tiene sotto controllo la glicemia senza «cedimenti» fin dall'esordio della malattia, la mortalità si riduce del 33% e si hanno meno danni a occhi, reni, sistema nervoso a conferma che la diagnosi non è più la condanna a una vita breve come accadeva in passato. Malattie cardiovascolari, tumori, complicanze si riducono se il glucosio nel sangue viene mantenuto sempre vicino ai limiti; inoltre, un con-

### Il consiglio Alzarsi dalla sedia almeno ogni ora e mezza

Chi ha il diabete ha un rischio cardiovascolare da 2 a 4 volte superiore al normale. Così non stupisce che nelle più recenti raccomandazioni dell'American Diabetes Association sia stato dato ampio spazio al controllo di pressione e colesterolo alto. Secondo le nuove indicazioni, fra le altre cose, i pazienti dovrebbero prendere statine per ridurre i grassi nel sangue (scegliendole più o meno «potenti» a seconda degli altri fattori di rischio presenti) e mantenere la pressione minima sempre al di sotto dei 90 millimetri di mercurio. Inoltre, viene consigliato non soltanto l'esercizio regolare ma anche di evitare di restare seduti e inattivi per oltre 90 minuti di seguito, «rompendo» la sedentarietà appena possibile; infine, si a un allenamento di resistenza almeno due volte a settimana, a meno che motivi medici specifici consiglino gli esercizi anaerobici con i pesi.

**E. M.**

---

---

---

### Tempestività

L'intervento precoce è decisivo per scongiurare il rischio di complicanze

trollo della glicemia efficiente e tempestivo impedisce che aumentino le proteine nelle urine e si manifestino le lesioni renali, strettamente correlate alla maggior mortalità.

«Troppo zucchero nel sangue fa danni a tutti gli organi — fa notare il diabetologo —. Vale per entrambi i tipi di diabete ed è vera anche la regola per cui prima si agisce per arrivare a un buon controllo, meglio è: iniziare a tenere la glicemia entro i limiti in ritardo, magari dopo dieci anni di terapie non incisive, significa non ottenere buoni risultati e rischiare più complicanze. Non a caso oggi il Piano nazionale diabete prevede l'intervento del diabetologo subito, alla diagnosi, per entrambe le forme di diabete: in questo modo si può impostare al meglio la cura, mentre arrivare dallo specialista quando è troppo tardi e magari ci sono già danni diffusi è inutile», conclude Bonora.

**Elena Meli**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quindici milioni di italiani con patologie dolorose richiedono antidolorifici efficaci

# Una nuova classe di analgesici centrali per trattare il dolore cronico

*Sono efficaci come gli oppioidi, ma con meno effetti indesiderati*

**S**ono oltre 15 milioni gli italiani che soffrono di dolore cronico non oncologico, pari al 26% della popolazione generale, con punte del 40% negli over 65 e ancora più alte nelle donne (49% nelle casalinghe). Tra le cause più comuni emergono la lombosciatalgia, l'osteoartrite, la fibromialgia e l'osteoporosi, la polineuropatia diabetica periferica, la nevralgia post-herpetica e del trigemino. In tutti questi casi il dolore non assolve più alla sua funzione protettiva, di campanello d'allarme causato da uno stimolo lesivo, ma rappresenta una vera e propria malattia.

## IL DOLORE CRONICO SEVERO È UNA VERA E PROPRIA MALATTIA

«Il dolore è un fenomeno complesso – spiega Enrico Polati, direttore delle UOC di Anestesia e Rianimazione e di Terapia del dolore all'Ospedale Policlinico di Verona – che può essere causato da stimoli nocicettivi (un colpo, una ferita, un'ustione) o avere origine direttamente nelle strutture nervose deputate alla sua trasmissione e modulazione (per esempio il dolore neuropatico), e la sua percezione è fortemente condizionata da fattori soggettivi. Il dolore si definisce cronico non solo quando la sua durata è prolungata (da alcuni mesi ad anni) e persiste anche dopo la scomparsa dei fattori che l'hanno generato – un criterio considerato oggi insufficiente per definirlo correttamente – ma piuttosto quando risulta alterata l'architettura dei neuroni lungo le vie nervose ascendenti, che trasmettono lo stimolo doloroso dalla periferia ai centri cerebrali superiori attraverso il midollo spinale, generando meccanismi fisiopatologici anomali di trasmissione, modulazione e percezione

del dolore. Alterazioni in grado di compromettere lo stato di salute e benessere generale dell'individuo». Un quadro patologico che risulta difficile da trattare con gli antinfiammatori non steroidei (FANS), efficaci nel dolore acuto quanto inutili in quello cronico, e soprattutto pericolosi in caso di assunzione per lunghi periodi di tempo, a causa degli effetti collaterali che li accompagnano. Ecco allora che il paziente rischia di diventare "ostaggio" di farmaci anticonvulsivanti, sedativi, antidepressivi, spesso associati ad oppioidi minori e maggiori, oppure di ricorrere a tecniche analgiche invasive e di neurolesione (blocco della trasmissione nervosa mediante radiofrequenza), con la necessità di essere gestito da team multidisciplinari di operatori sanitari (anestesista, neurochirurgo, psicologo, fisiatra, osteopata, ecc.).

## NUOVI ANALGESICI CENTRALI CON UNA DUPLICE AZIONE

La lotta al dolore cronico ha subito in questi ultimi anni un'autentica rivoluzione, grazie a una nuova classe di farmaci analgesici definita MOR-NRI, in grado di contrastare efficacemente il dolore neuropatico e nocicettivo. «Questa nuova molecola – sottolinea il clinico veronese – è caratterizzata da un duplice meccanismo di azione: lungo il midollo spinale riduce i 'messaggi' del dolore diretti verso i centri nervosi superiori, con le stesse modalità degli oppioidi, bloccandone così la trasmissione. A livello delle cellule neuronali, invece, modula la concentrazione di un neurotrasmettitore, la noradrenalina, inibendo così la trasmissione del segnale alla struttura cerebrale coinvolta nell'elaborazione cosciente del dolore».

## I farmaci di classe MOR-NRI riducono i segnali dolorosi che salgono al cervello

«La combinazione di questi due meccanismi d'azione in un'unica molecola rappresenta un vantaggio terapeutico in quanto nel dolore cronico è sempre riscontrabile una componente neuropatica. Non solo: questa nuova classe di farmaci dà anche luogo a una minore incidenza degli effetti collaterali tipici degli oppioidi (soprattutto a carico dell'apparato digerente, ma anche del sistema cardio-vascolare e del sistema nervoso centrale) e a un minor rischio di tolleranza, un fenomeno tipico che richiede un continuo aumento del dosaggio per mantenere lo stesso effetto analgesico. Tutto questo si traduce in una complessiva semplificazione del percorso terapeutico, sia per il medico che per il paziente, e nel conseguente aumento dell'aderenza alla terapia, con una riduzione dei casi di interruzione del trattamento e di sottodosaggio del farmaco».

## Una nuova classe terapeutica efficace quanto gli oppioidi maggiori, ma con meno effetti collaterali

Questa nuova molecola ha mostrato un'efficacia sovrapponibile a quella degli oppioidi maggiori, con un assorbimento dopo somministrazione orale molto rapido. Grazie al suo ampio spettro d'azione, è in grado di trattare i diversi tipi di dolore cronico con un buon profilo di tollerabilità, così garantendo un significativo miglioramento della qualità della vita. Inoltre, il basso rischio di interazioni farmacologiche rende questa nuova classe di analgesici particolarmente adatta anche al trattamento del paziente anziano, spesso affetto da patologie concomitanti e quindi costretto ad assumere diversi farmaci.

## LE CONFERME CLINICHE SUL DOLORE LOMBAR E MUSCOLO-SCHELETRICO

«L'efficacia di questa nuova classe di farmaci antidolorifici – conclude Polati – è stata dimostrata in diverse condizioni patologiche dolorose, come la lombalgia cronica. In diversi studi clinici, la riduzione della sofferenza ottenuta con questa classe farmacologica, in pazienti con dolore di intensità severa, è risultata pari o addirittura superiore a quella ottenuta con oppioidi maggiori nelle 12 settimane di trattamento. Inoltre la quasi totalità dei pazienti definisce decisamente migliorata la propria qualità di vita.»

# Vasi «liberi» se c'è un tumore

Oggi esistono strategie preventive e terapie efficaci contro la trombosi venosa, una delle complicanze più frequenti nei malati oncologici

**P**revenire la trombosi nelle persone a rischio e gestire al meglio i nuovi farmaci anticoagulanti orali disponibili per curarla. Circa un terzo degli studi scientifici presentati al congresso dell'Associazione americana di ematologia (Ash), tenutosi di recente a San Francisco, si è focalizzato su questa patologia, che in Italia colpisce ogni anno circa tre milioni di individui. «E i numeri sono in crescita — commenta Fabrizio Pane, direttore di Ematologia all'Azienda ospedaliera universitaria Federico II di Napoli e presidente della Società italiana di ematologia — in particolare fra i malati di tumore e più in generale perché si tratta di disturbi che aumentano con l'avanzare dell'età e la nostra popolazione invecchia».

Le trombosi venose (oggi gli specialisti preferiscono parlare di «malattia tromboembolica venosa» o Mtev, si veda il box) dipendono da un'alterata attivazione della coagulazione che spesso complica patologie cro-

niche e, com'è emerso chiaramente negli ultimi anni, soprattutto i tumori. «Il tromboembolismo venoso è la seconda causa di morte nei pazienti oncologici dopo il cancro stesso — chiarisce Sergio Siragusa, direttore della Scuola di specializzazione in ematologia del Policlinico di Palermo —. Per questo la ricerca ha fatto molti sforzi per identificare i meccanismi che determinano le trombosi, ma anche e soprattutto le condizioni che ne ridu-

## Terminologia

Adesso gli specialisti parlano di «malattia tromboembolica venosa»

## Chi è a rischio

Sebbene sia più probabile negli anziani, nessuna età è esclusa dal pericolo

cono l'incidenza. La Mtev è infatti una patologia potenzialmente fatale, ma prevenibile se conosciuta e riconosciuta».

Sebbene sia più frequente nella popolazione anziana, nessuna età è «esclusa dal pericolo» perché i meccanismi che causano la trombosi sono legati più a condizioni acquisite e congenite piuttosto che al solo invecchiamento. In pratica, ci sono condizioni ben note che possono causare il problema ed esporre a rischi maggiori alcune categorie di persone, come i pazienti allestiti per lunghi periodi, quelli con traumi importanti o sottoposti a chirurgia ortopedica, perché lo stare a lungo fermi impedisce alle gambe la loro funzione di pompa del sangue verso l'alto e la stasi può quindi favorire la formazione di trombi.

La predisposizione genetica, invece, non ha grande influenza: solo pochissime alterazioni (tra cui la mutazione del Fattore V di Leiden e la protrombina mutata) sono responsabili di un incremento del rischio di

Mtev. «Molti studi presentati all'Ash riguardano poi rapporti tra cancro e trombosi, un problema noto da decenni di cui però solo da poco si è determinata la frequenza — continua Siragusa —. Riguarda i malati di neoplasie del sangue e di tumori solidi (in particolare gastroenterici o alla zona pelvica, come quelli di prostata e utero). Ora sappiamo che le cellule tumorali attivano la coagulazione del sangue e dunque finiscono per agevolare la formazione di trombi, e che lo stesso può accadere come effetto collaterale della chirurgia o di farmaci chemioterapici. A ciò si aggiungono, non di rado, lunghi periodi a letto». D'altro canto, per motivi legati al cancro e alle terapie, molti pazienti sono anche esposti al rischio opposto, quello di sviluppare emorragie. Che fare, dunque?

«La cosa migliore per gestire la Mtev nei pazienti oncologici è la prevenzione con anticoagulanti — rispondono gli esperti —. Conoscendo il pericolo, possiamo monitorarlo o prevenirlo, valutando con attenzione la condizione generale del malato. Sono già partite le prime sperimentazioni per avere risposte certe alle nostre domande: chi deve ricevere la terapia? Per quanto tempo e con quali dosaggi? Quale il miglior trattamento una volta che la trombosi si è sviluppata?».

**Vera Martinella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

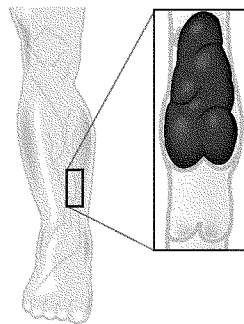
## Le cifre

I casi di malattia tromboembolica venosa ogni anno in Italia



10-15%

La quota di malati di tumore che va incontro a episodi di malattia tromboembolica venosa



## La patologia

La malattia tromboembolica venosa è dovuta alla formazione di un trombo (coagulo di globuli rossi e fibrina) nelle vene (più spesso in quelle delle gambe)

Il trombo impedisce il ritorno del sangue venoso a cuore e polmoni

Il trombo può staccarsi e arrivare fino ai polmoni provocando un'embolia polmonare