



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Radioterapia, allarme Aspat: budget esauriti per i convenzionati

Polizzi: «Si tratta di prestazioni salvavita, bisogna modificare il sistema di calcolo delle tariffe»

NAPOLI. Radioterapia, budget per le attività nei centri convenzionati esaurito da un mese a Napoli 2 nord. Le cifre rivelano anche un enorme divario tra la Campania e il Centro-Nord Italia in termini di strutture attive. Se in Umbria e Lazio ci sono 7,7 acceleratori per milione di abitanti, in Lombardia 7, in Toscana 6,9 e in Friuli addirittura 8,9 la Campania è in fondo alla lista insieme Calabria e la Puglia. L'attuale offerta per la radioterapia, a fronte di 39 strutture previste, per giungere agli standard nazionali, dal decreto commissariale concernente la determinazione del fabbisogno e l'accreditamento dei centri per le attività salvavita di radioterapia, parla di una realtà di soli 22 presidi erogatori, 12 accreditati nel privato (8 polispecialistici e 4 in case di cura) e 10 pubblici. E Avellino e Benevento sono completamente sguarnite. All'appello mancano dunque almeno 17 centri di radioterapia tra pubblico e privato e per gli altri da accreditare bisognerà attendere anni. Ma il nodo più urgente è la riforma del sistema di remunerazione delle prestazioni che in Campania è obsoleto, legato ai vecchi trattamenti, che comportano il precoce esaurimento delle risorse.

PRESTAZIONE, BUDGET DA ROSSO FISSO. Il budget regionale delle prestazioni segna rosso fisso: alla Asl Na 2 Nord i fondi per le prestazioni sono terminati il 16 giugno scorso, il 1° settembre toccherà a Salerno, la settimana successiva a restare a secco sarà la Asl Na 1 Centro ed entro la metà di ottobre anche Ca-



serta esaurirà il budget. La sola Asl Napoli 3 Sud è in grado di resistere fino al 4 dicembre. E non va meglio per la radiologia: entro agosto risorse esaurite in quasi tutte le Asl.

LA PROTESTA DELL'ASPAT. «La radioterapia non te la scegli, non è un'opzione rinunciabile, né

un lusso, bensì una terapia salvavita – avverte Pier Paolo Polizzi, Presidente dell'Aspat - Associazione di Categoria che per prima, un anno fa, aveva lanciato il grido di allarme segnalando la necessità di modificare le modalità di calcolo delle tariffe. La proposta? Passare da un sistema obsoleto di remunerazione, tarato

sulle vecchie tecnologie, ad uno nuovo cosiddetto a Drg, ovvero riferito a pacchetti omogenei di trattamenti capaci di assorbire un intero ciclo di terapia anziché drenare risorse come oggi spesso avviene con il calcolo delle spese

non adeguato, come accaduto a Napoli 2 Nord. Qui un solo centro, alla fine del maggio scorso,

risultava aver speso ben 7 milioni di euro». Un nodo oggi al pettine che secondo Arturo Improta, vicepresidente Aspat, «può essere affrontato solo adeguando la programmazione, cominciando dalla individuazione delle prestazioni di radioterapia innovativa ad intensità modulata (di tipo elicale con controllo Tac)».

Napoli 2 esaurita, Avellino e Benevento sono completamente sguarnite

quotidianosanita.it

Giovedì 16 LUGLIO 2015

Campania. Enrico Coscioni nominato consigliere per la sanità

“La sanità in Campania ha tanti nodi impegnativi da affrontare, li conosco da medico ma anche da ex consigliere regionale e vicepresidente della commissione sanità”, ha dichiarato Coscioni, che sarà consigliere personale del presidente per la sanità su base volontaria.

Enrico Coscioni è, su base volontaria, il nuovo consigliere personale per la sanità del **presidente della Campania Vincenzo De Luca**. L'annuncio ieri nel corso della conferenza stampa indetta da De Luca proprio sulla sanità. Coscioni, 54 anni, salernitano, era stato consigliere regionale nella scorsa consiliatura dal 2014 quando era subentrato a Gianfranco Valiante che era stato eletto sindaco di Baronissi, in provincia di Salerno. Il medico salernitano era candidato anche alle elezioni 2015 nella lista Campania Libera a Salerno, ma è risultato primo dei non eletti della lista, raccogliendo poco più di 5.000 preferenze.

“La sanità in Campania ha tanti nodi impegnativi da affrontare - ha detto Coscioni a margine della conferenza stampa - li conosco da medico ma anche da ex consigliere regionale e vicepresidente della commissione sanità”.

cerca...



DAL DENARO [laq ed è nuovo record da marzo 2000](#) [A Napoli certificati anagrafici](#)

DALL'ANSA [volto a mare, medico assolto](#) [Grecia: lagarde, debito va alleggerito](#)

RADIOTERAPIA SENZA FONDI, LA PROPOSTA DELL'ASPAT

Giovedì, 16 Luglio 2015 **Il Denaro** Pubblicato in **Politiche**

Tweet

0

Mi piace

Condividi

0

g+1



Veleni e tumori, la cura è una corsa a ostacoli. Per la Radioterapia, il budget regionale delle prestazioni segna rosso fisso: alla Asl Na 2 Nord i fondi per le prestazioni sono terminati il 16 giugno scorso, il 1° settembre toccherà a Salerno, la settimana successiva a restare a secco sarà la Asl Na 1 Centro ed entro la metà di ottobre anche Caserta esaurirà il budget. La sola ASL Napoli 3 Sud è in grado di resistere fino al 4 dicembre. E non va

meglio per la Radiologia: entro agosto risorse esaurite in quasi tutte le Asl. I dati che provengono dai Tavoli Tecnici delle Asl sul budget della Radioterapia in Campania disegnano una mappa del disagio che già si traduce in questi giorni in assistenza negata per centinaia di pazienti oncologici, spesso costretti ad emigrare in regioni limitrofe per avere il trattamento necessario a combattere contro i tumori. *“La Radioterapia non te la*



*scegli, non è un'opzione rinunciabile, né un lusso, bensì una terapia salvavita – avverte **Pier Paolo Polizzi**, Presidente dell'ASPAT - Associazione di Categoria che per prima, un anno fa, aveva lanciato il grido di allarme segnalando la necessità di modificare le modalità di calcolo delle tariffe. La proposta? Passare da un sistema obsoleto di remunerazione, tarato sulle vecchie tecnologie, ad uno nuovo cosiddetto a Drg, ovvero riferito a pacchetti omogenei di trattamenti capaci di assorbire un intero ciclo di terapia anziché drenare*

*risorse come oggi spesso avviene con il calcolo delle spese non adeguato, come accaduto a Napoli 2 Nord”. Qui un solo centro, alla fine del maggio scorso, risultava aver speso ben 7 milioni di euro. “Un nodo oggi al pettine che secondo **Arturo Improta**, Vicepresidente ASPAT, può essere affrontato solo adeguando la programmazione, cominciando dalla individuazione delle prestazioni di radioterapia innovativa ad intensità modulata (di tipo elicale con controllo Tac). Prestazioni che non possono essere più remunerate parcellizzando ogni singola irradiazione facendo lievitare i costi oltre qualunque soglia di sostenibilità. Bisogna individuare pacchetti di prestazioni comprensivi delle visite, prima e durante il trattamento, della centratura con simulatore e definendo a monte i volumi di trattamento e il numero di applicazioni, variabili in base alla sede, al tipo e allo stadio del tumore da trattare”. Intanto dalla Struttura Commissariale arriva una circolare firmata dal Sub Commissario **Mario Morlacco** e inviata nei giorni scorsi ai Direttori generali delle Asl che, in sintesi, da un lato segnala la preoccupante tendenza all'incremento di produzione di attività di gran parte delle branche della Specialistica ambulatoriale nelle varie Asl e dall'altro ribadisce la inderogabilità dei tetti di spesa anche per la Dialisi e la Radioterapia (Terapie salvavita) che pure negli anni scorsi avevano usufruito di contratti integrativi al fine di garantire la capienza del budget rispetto al fabbisogno. L'unica strada, secondo Morlacco, sarebbe l'incremento delle attività delle strutture pubbliche ma disagi e liste di attesa sono dietro l'angolo. L'attuale offerta per la Radioterapia, a fronte di 39 strutture previste, per giungere agli standard nazionali, dal Decreto Commissariale concernente la determinazione del fabbisogno e l'accreditamento dei centri per le attività salvavita di radioterapia, parla di una realtà di soli 22 presidi erogatori, 12 accreditati nel privato (8 polispecialistici e 4 in Case di cura) e 10 pubblici. E Avellino e Benevento sono completamente sguarnite. All'appello mancano dunque almeno 17 centri di radioterapia tra pubblico e privato e per gli altri da accreditare bisognerà attendere anni. “Occorrono nuovi Drg – conclude Polizzi - dimissioni protette, linee guida nei trattamenti ed un adeguamento delle risorse economiche stanziare per dare certezze e continuità assistenziale ai pazienti campani in Radioterapia , il cui diritto inalienabile alle cure non*

può essere compromesso da errata programmazione“.

ULTIMI DA IL DENARO

“Si la do...la
soluzione” Gran
galà del quiz
show

Porti: le formule
della
competitività

Blonde Redhead
in concerto

Bollani rende
omaggio a Frank
Zappa

Ascanio Celestini
su Davide Bifulco

Altro in questa categoria: **« Latte in polvere, De Luca: Riaprire trattativa con Ue e tutelare eccellenze Per De Luca primo vertice con Confindustria Campania »**



Già a secco l'Asl Na2, il primo settembre sarà la volta di Salerno. Seguiranno l'Asl Na1 e Caserta. Riuscirà ad arrivare a dicembre solo l'Asl Na3

La Regione ha regalato per anni milioni di euro ai privati mentre i cittadini sono costretti ad emigrare per non morire

Fondi esauriti, malati di tumore abbandonati

Ultimi spiccioli anche per Radiologia: entro agosto casse vuote in tutte le aziende sanitarie

di Serena Finozzi

NAPOLI - Dramma senza fine nella Terra dei fuochi, dei roghi tossici e dei veleni, nella terra in cui si muore per tumore molto più che altrove. Oltre il danno la beffa per i cittadini campani perché curarsi per i malati di tumore è sempre più difficile. Per la radioterapia il budget regionale delle prestazioni segna rosso fisso. Non ci sono più soldi da destinare alle cure dei malati di tumore: alla Asl Na 2 Nord i fondi per le prestazioni sono terminati il 16 giugno, il primo settembre toccherà a Salerno, la settimana successiva a restare a secco sarà la Asl Na 1 Centro ed entro la metà di ottobre anche Caserta esaurirà il budget. L'Asl Napoli 3 Sud riuscirà a tirare avanti fino al 4 dicembre. Ultimi spiccioli anche per la Radiologia: entro agosto le risorse saranno esaurite in quasi tutte le Asl della regione. I dati provengono dai Tavoli tecnici delle Asl sul budget della Radioterapia in Campania: disegnano una mappa del disagio che già si traduce, essenzialmente, in assistenza negata per centinaia di pazienti oncologici, spesso costretti ad emigrare in altre regioni per avere il trattamento necessario a combattere la loro guerra contro il tumore. "La radioterapia non te la scegli, non è un'opzione rinunciabile, né un lusso, bensì una terapia salvavita", avverte **Pier Paolo Polizzi**, presidente dell'Aspat (Associazione sanità privata accreditata territoriale) che per prima, un anno fa, aveva lanciato il grido di allarme segnalando la necessità di modificare le modalità di calcolo delle tariffe. Dall'Aspat arriva anche una proposta per superare il disagio. "Passare da un sistema obsoleto di remunerazione, tarato sulle vecchie tecnologie, ad uno nuovo cosiddetto a Drg, ovvero riferito a pacchetti omogenei di trattamenti capaci di assorbire un intero ciclo di terapia anziché

drenare risorse come oggi spesso avviene con il calcolo delle spese non adeguato, come accaduto a Napoli 2 Nord". Qui un solo centro, alla fine del maggio scorso, risultava aver speso ben 7 milioni di euro. Un nodo oggi al pettine che secondo **Arturo Improta**, vicepresidente Aspat, può essere affrontato solo adeguando la programmazione, cominciando dalla individuazione delle prestazioni di radioterapia innovativa ad intensità modulata. "Prestazioni che non possono essere più remunerate parcellizzando ogni singola irradiazione facendo lievitare i costi oltre qualunque soglia di sostenibilità. Bisogna individuare pacchetti di prestazioni comprensivi delle visite, prima e durante il trattamento, della centratura con simulatore e definendo a monte i volumi di trattamento e il numero di applicazioni, variabili in base alla sede, al tipo e allo stadio del tumore da trattare", ammonisce Improta. Intanto, dalla Struttura commissariale arriva una circolare firmata dal sub commissario **Mario Morlacco**. Inviato ai Direttori generali delle Asl, il documento segnala la preoccupante tendenza all'incremento di produzione di attività di gran parte delle branche della Specialistica ambulatoriale nelle varie Asl e ribadisce la inderogabilità dei tetti di spesa anche per la dialisi e la radioterapia che pure negli anni scorsi avevano usufruito di contratti integrativi al fine di garantire la capienza del budget rispetto al fabbisogno. L'unica strada, secondo Morlacco, sarebbe l'incremento delle attività delle strutture pubbliche ma disagi e liste di attesa sono dietro l'angolo. E questo i cittadini campani lo sanno benissimo. L'attuale offerta per la radioterapia, a fronte di 39 strutture previste dagli standard nazionali, si riduce, in realtà a soli 22

presidi erogatori, 12 accreditati nel privato (8 polispecialistici e 4 in Case di cura) e 10 pubblici. E Avellino e Benevento sono completamente sguarnite. All'appello mancano dunque almeno 17 centri di radioterapia tra pubblico e privato e per gli altri da accreditare bisognerà attendere anni. "Occorrono nuovi Drg - conclude Polizzi - dimissioni protette, linee guida nei trattamenti ed un adeguamento delle risorse economiche stanziate per dare certezze e continuità assistenziale ai pazienti campani in Radioterapia, il cui diritto inalienabile alle cure non può essere compromesso da errata programmazione".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

2015-07-17 12:30

Radioterapia: Aspat, Campania ultima in Italia per strutture
Esaurito il budget delle Asl per i centri accreditati
NAPOLI

(ANSA) - NAPOLI, 17 LUG - Radioterapia, budget per le attività nei centri convenzionati esaurito da un mese a Napoli 2 nord. Le cifre rivelano anche un enorme divario tra la Campania e il Centro-Nord Italia in termini di strutture attive. Se in Umbria e Lazio ci sono 7,7 acceleratori per milione di abitanti, in Lombardia 7, in Toscana 6,9 e in Friuli addirittura 8,9 la Campania è in fondo alla lista insieme Calabria e la Puglia. L'attuale offerta per la Radioterapia, a fronte di 39 strutture previste, per giungere agli standard nazionali, dal Decreto Commissariale concernente la determinazione del fabbisogno e l'accreditamento dei centri per le attività salvavita di radioterapia, parla di una realtà di soli 22 presidi erogatori, 12 accreditati nel privato (8 polispecialistici e 4 in Case di cura) e 10 pubblici. E Avellino e Benevento sono completamente sguarnite. All'appello mancano dunque almeno 17 centri di radioterapia tra pubblico e privato e per gli altri da accreditare bisognerà attendere anni. Ma il nodo più urgente è la riforma del sistema di remunerazione delle prestazioni che in Campania è obsoleto, legato ai vecchi trattamenti, che comportano il precoce esaurimento delle risorse. Il budget regionale delle prestazioni segna rosso fisso: alla Asl Na 2 Nord i fondi per le prestazioni sono terminati il 16 giugno scorso, il 1 settembre toccherà a Salerno, la settimana successiva a restare a secco sarà la Asl Na 1 Centro ed entro la metà di ottobre anche Caserta esaurirà il budget. La sola ASL Napoli 3 Sud è in grado di resistere fino al 4 dicembre. E non va meglio per la Radiologia: entro agosto risorse esaurite in quasi tutte le Asl. La Radioterapia non te la scegli, non è un'opzione rinunciabile, né un lusso, bensì una terapia salvavita - avverte Pier Paolo Polizzi, Presidente dell'Aspat - Associazione di Categoria che per prima, un anno fa, aveva lanciato il grido di allarme segnalando la necessità di modificare le modalità di calcolo delle tariffe. La proposta? Passare da un sistema obsoleto di remunerazione, tarato sulle vecchie tecnologie, ad uno nuovo cosiddetto a Drg, ovvero riferito a pacchetti omogenei di trattamenti capaci di assorbire un intero ciclo di terapia anziché drenare risorse come oggi spesso avviene con il calcolo delle spese non adeguato, come accaduto a Napoli 2 Nord".

Qui un solo centro, alla fine del maggio scorso, risultava aver speso ben 7 milioni di euro. "Un nodo oggi al pettine che secondo Arturo Improta, Vicepresidente ASPAT, può essere affrontato solo adeguando la programmazione, cominciando dalla individuazione delle prestazioni di radioterapia innovativa ad intensità modulata (di tipo elicale con controllo Tac). Prestazioni che non possono essere più remunerate parcellizzando ogni singola irradiazione facendo lievitare i costi oltre qualunque soglia di sostenibilità. Bisogna individuare pacchetti di prestazioni comprensivi delle visite, prima e durante il

trattamento, della centratura con simulatore e definendo a monte i volumi di trattamento e il numero di applicazioni, variabili in base alla sede, al tipo e allo stadio del tumore da trattare". Intanto dalla Struttura Commissariale arriva una circolare firmata dal Sub Commissario Mario Morlacco e inviata nei giorni scorsi ai Direttori generali delle Asl che, in sintesi, da un lato segnala la preoccupante tendenza all'incremento di produzione di attività di gran parte delle branche della Specialistica ambulatoriale nelle varie Asl e dall'altro ribadisce la inderogabilità dei tetti di spesa anche per la Dialisi e la Radioterapia (Terapie salvavita) che pure negli anni scorsi avevano usufruito di contratti integrativi al fine di garantire la capienza del budget rispetto al fabbisogno. L'unica strada, secondo Morlacco, sarebbe l'incremento delle attività delle strutture pubbliche ma disagi e liste di attesa sono dietro l'angolo. "Occorrono nuovi Drg - conclude Polizzi - dimissioni protette, linee guida nei trattamenti ed un adeguamento delle risorse economiche stanziato per dare certezze e continuità di cure". (ANSA).

COM-TOR/



PRIMO PIANO

INTERVISTE

SERVIZI

BUSINESS NEWS

ENERGIA

DIFESA

COOPERAZIONE

ARCHIVIO

Radioterapia



RUBRICHE

- Atlantide
- Mezzaluna
- Asia
- Corno d'Africa
- Italy Cares

Leggi Nova gratis per 15 giorni

TUTTE LE NOTIZIE SU...

BALCANI

NORD AFRICA

MEDIO ORIENTE

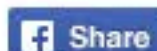
Mi piace questa Pa

Scarica il ticker

SPECIALI

- ▶ Elezioni politiche in Turchia
- ▶ Mattarella in Tunisia
- ▶ Intervista a Dahlan

SANITÀ



Share



Tweet



Share



g+



Email

Sanità: in via di esaurimento i fondi per la radioterapia in varie Asl campane

Napoli, 16 lug 13:06 - (Agenzia Nova) - Veleni e tumori, la cura è una corsa a ostacoli. Per la Radioterapia, il budget regionale delle prestazioni segna rosso fisso: alla Asl Na 2 Nord i fondi per le prestazioni sono terminati il 16 giugno scorso, il 1° settembre toccherà a Salerno, la settimana successiva a restare a secco sarà la Asl Na 1 Centro ed entro la metà di ottobre anche Caserta esaurirà il budget. La sola Asl Napoli 3 Sud è in grado di resistere fino al 4 dicembre. E non va meglio per la Radiologia: entro agosto risorse esaurite in quasi tutte le Asl. I dati che provengono dai Tavoli Tecnici delle Asl sul budget della Radioterapia in Campania disegnano una mappa del disagio che già si traduce in questi giorni in assistenza negata per centinaia di pazienti oncologici, spesso costretti ad emigrare in regioni limitrofe per avere il trattamento necessario a combattere contro i tumori. "La Radioterapia non te la scegli, non è un'opzione rinunciabile, né un lusso, bensì una terapia salvavita", ha avvertito Pier Paolo Polizzi, Presidente dell'Aspat, Associazione di Categoria che per prima, un anno fa, aveva lanciato il grido di allarme segnalando la necessità di modificare le modalità di calcolo delle tariffe. La proposta? "Passare da un sistema obsoleto di remunerazione, tarato sulle vecchie tecnologie, ad uno nuovo cosiddetto a Drg, ovvero riferito a pacchetti omogenei di trattamenti capaci di assorbire un intero ciclo di terapia anziché drenare risorse come oggi spesso avviene con il calcolo delle spese non adeguato, come accaduto a Napoli 2 Nord". Qui un solo centro, alla fine del maggio scorso, risultava aver speso ben 7 milioni di euro. (segue) © Agenzia Nova - Riproduzione riservata

[«Torna indietro»]

SCHEDE PAESE

BALCANI

NORD AFRICA

MEDIO ORIENTE



- La mappa dell'energia
- L'intervento armato

FINESTRA SUL MONDO

- Finestra sul mondo: Ambasciatore israeliano Dermer: le quattro maggiori falle dell'accordo sul nucleare dell'Iran
- Finestra sul mondo: Il presidente Obama difende l'accordo sul nucleare siglato con l'Iran
- Finestra sul mondo: Regno Unito trascinato nel salvataggio greco, Cameron frustrato
- Finestra sul mondo: Il dilemma di Matteo Renzi di fronte alla crisi greca

» SCARICA IL BOX «

- ▶ Mattarella in Tunisia
- ▶ Intervista a Dahlan
- ▶ Iohannis in Italia
- ▶ Gentiloni a Belgrado
- ▶ Intervista a Hyseni
- ▶ Libia: la mappa dell'energia
- ▶ Libia: intervento armato?
- ▶ Elezioni in Grecia
- ▶ Intervista a Bushati

» TUTTI GLI SPECIALI «

lasciati in sospeso in questi cinque anni

- 16 lug 16:18 - Rifiuti: maxi-multa all'Italia dall'Ue per la Campania
- 16 lug 16:12 - Napoli: domani il sindaco inaugura il centro di accoglienza "Grazia Deledda"
- 16 lug 16:10 - Ambiente: domani il vicepresidente della Camera Di Maio effettuerà un sopralluogo al depuratore di Cuma
- 16 lug 16:07 - Campania: De Luca, i trasporti saranno al centro della nostra azione
- 16 lug 16:04 - Campania: De Luca, l'acqua deve restare bene comune
- 16 lug 16:00 - Istat: Ronghi (Fi), Sud sempre più povero e abbandonato
- 16 lug 13:58 - Napoli: M5S, Bosco di Capodimonte rimanga pubblico

» SCARICA IL BOX «



Unione Europea



Fondo Europeo
di Sviluppo Regionale

...ostro futuro

Cooperativa
Ministero

▶ CONTATTI

- ▶ Chi siamo
- ▶ info@age

SANITÀ

- Share
- Tweet
- Share
- +
- Email

Sanità: in via di esaurimento i fondi per la radioterapia in varie Asl campane

Napoli, 16 lug 13:06 - (Agenzia Nova) - Veleni e tumori, la cura è una corsa a ostacoli. Per la Radioterapia, il budget regionale delle prestazioni segna rosso fisso: alla Asl Na 2 Nord i fondi per le prestazioni sono terminati il 16 giugno scorso, il 1° settembre toccherà a Salerno, la settimana successiva a restare a secco sarà la Asl Na 1 Centro ed entro la metà di ottobre anche Caserta esaurirà il budget. La sola Asl Napoli 3 Sud è in grado di resistere fino al 4 dicembre. E non va meglio per la Radiologia: entro agosto risorse esaurite in quasi tutte le Asl. I dati che provengono dai Tavoli Tecnici delle Asl sul budget della Radioterapia in Campania disegnano una mappa del disagio che già si traduce in questi giorni in assistenza negata per centinaia di pazienti oncologici, spesso costretti ad emigrare in regioni limitrofe per avere il trattamento necessario a combattere contro i tumori. "La Radioterapia non te la scegli, non è un'opzione rinunciabile, né un lusso, bensì una terapia salvavita", ha avvertito Pier Paolo Polizzi, Presidente dell'Aspat, Associazione di Categoria che per prima, un anno fa, aveva lanciato il grido di allarme segnalando la necessità di modificare le modalità di calcolo delle tariffe. La proposta? "Passare da un sistema obsoleto di remunerazione, tarato sulle vecchie tecnologie, ad uno nuovo cosiddetto a Drg, ovvero riferito a pacchetti omogenei di trattamenti capaci di assorbire un intero ciclo di terapia anziché drenare risorse come oggi spesso avviene con il calcolo delle spese non adeguato, come accaduto a Napoli 2 Nord". Qui un solo centro, alla fine del maggio scorso, risultava aver speso ben 7 milioni di euro. (segue) © Agenzia Nova - Riproduzione riservata

- 15 lug 23:16 - Avellino: il sindaco Foti e la giunta annunciano le dimissioni
- 15 lug 23:08 - Noi con Salvini: Borrelli (Davvero Verdi), a Napoli è un partito composto dagli scarti della destra locale
- 15 lug 23:02 - Disabilità: Musella (Aima), ora l'assistenza domiciliare per i malati di Alzheimer
- 15 lug 22:59 - Campania: il vicepresidente Bonavitacola ha presentato stamane alla cerimonia in memoria del vicequestore Ammaturo
- 15 lug 22:36 - Sanità: De Luca annuncia il ripristino del fondo per la disabilità e la stabilizzazione dei precari
- 15 lug 15:36 - Sanità: De Luca, prossimo obiettivo eliminare problema raggiungimento tetti di spesa

onale
e Regioni

st
ne.eu

Nonostante il default il Paese ellenico investe nell'assistenza medica il 9,2% della sua ricchezza. La nostra Regione è ferma all'8,8%

Spesa sanitaria, Campania peggio della Grecia

L'Agenas: nelle cinque province tagli annuali da 606 milioni di euro

di Serena Finozzi

NAPOLI - La spesa sanitaria che la Campania sostiene per ciascuno dei suoi cittadini è inferiore anche a quella della Grecia. Un dato agghiacciante data la drammatica crisi che sta investendo il Paese ellenico. A segnalarlo è stato l'Ocse che ha messo in confronto i diversi Paesi del Vecchio Continente e, in particolare, lo sforzo che ciascuno di essi fa per la cura dei propri cittadini in rapporto al Prodotto interno lordo. *"La spesa sanitaria - evidenzia l'Ocse - ha continuato a ridursi in Grecia, Italia e Portogallo. In rapporto al Pil - precisano gli esperti - la spesa sanitaria italiana è più bassa di quella greca nonostante la crisi del paese ellenico. Nel 2013 i greci hanno investito in sanità, tra pubblico e privato, il 9,2% del loro Pil, l'Italia si è fermata all'8,8%".* Se questa è la situazione dell'Italia in generale e se la Campania è, in Italia, una delle regioni che spende meno per l'assistenza dei suoi cittadini, il sillogismo ha tutti gli elementi sufficienti per la conclusione: la Campania spende meno di quanto fa la Grecia per garantire un'assistenza che sia almeno decente ai suoi cittadini. Conferme inequivocabili, in tal senso, arrivano anche dall'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari). Nell'ultimo dossier elaborato in materia, emerge un calo complessivo degli importi regionali di un miliardo di euro tra il 2010 e il 2013 (da 112,6 miliardi a 111,6). Una discesa, sottolinea il rapporto, che ha contraddistinto non tutte le regioni, ma la gran parte di esse e, soprattutto, qualcuna come la Campania in modo

particolare. Ben 15 Regioni su 21 hanno ridotto le spese. Dove la riduzione è stata più massiccia? In Campania. L'ex giunta regionale, infatti, ha diretto una politica di tagli e restrizioni tali da portare le risorse dedicate al settore sanitario ad un -2,04% di media annua, pari a 606 milioni di euro sottratti all'assistenza annualmente. Seguono, a distanza, Calabria (-1,72% pari a -176 milioni), Liguria (-1,42% pari a -138 milioni) e Lazio (-1,34% pari a -442 milioni). Dal lato opposto della classifica, tra le Regioni che si sono impegnate nella spesa sanitaria, la Provincia autonoma di Bolzano che negli ultimi tre anni ha aumentato le spese con una media annua dell'1,82%, ovvero circa 160 milioni. Anche a Trento la Sanità pubblica è stata sostenuta negli ultimi anni, con un +1,67% di risorse pari a 155 milioni di euro. Spesa salita anche in Lombardia (+1,11%, pari a 600 milioni). Come era immaginabile che fosse, le riduzioni maggiori si sono realizzate nelle Regioni in piano di rientro e in quelle commissariate (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria) con spese in calo dell'1,59% in media all'anno. A seguire le Regioni in piano di rientro non commissariate (Piemonte, Puglia, Sicilia) con spese in discesa dello 0,84%. Sostanzialmente stabile (-0,05%) la media di spesa del complesso delle Regioni ordinarie (Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata). Mentre in crescita (+0,85%) risulta invece la spesa delle Regioni a statuto speciale (Valle d'Aosta, Bolzano, Trento, Friu-

li Venezia Giulia, Sardegna). L'Agenas sottolinea però anche un altro dato: l'equazione tra Regione sottoposta a piano di rientro, riduzione della spesa e crollo dell'assistenza non è affatto immediata e, soprattutto, non porta a risultato corretto. *"Non tutte le regioni spendono allo stesso modo"*, in sostanza. Quanto alla Campania, ciò che si rileva è una drastica sforbiciata in quegli ambiti (ticket, esternalizzazioni, costi del personale) i cui costi ricadono direttamente sui cittadini. E' ai cittadini campani, cioè, che è stato fatto pagare il debito della sanità regionale, ai cittadini e a quanti lavorano nel settore. Il nocciolo della questione, quindi, non sta tanto nel contenimento della spesa, ma nelle strade scelte per raggiungere il traguardo. Le esternalizzazioni, ad esempio, restano capitoli di spesa di grande entità nei bilanci sanitari regionali. Così come causano costi aggiuntivi le emigrazioni di massa che i cittadini si vedono costretti a compiere per ricevere un'assistenza sanitaria che possa dirsi adeguata. Un campano che usufruisce dei servizi della Sanità lombarda, ad esempio, costa alla Campania molto più di quanto costerebbe se si curasse in regione. Il passo successivo è presto fatto: la Grecia tutela i suoi cittadini molto più di quanto fa la Campania. Nonostante Berlino.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Da Palazzo Santa Lucia Il governatore spera in un sì dell'assemblea ai provvedimenti entro il fine settimana

Stabilizzazioni e fondo per la disabilità, De Luca attende un segnale dall'Assise

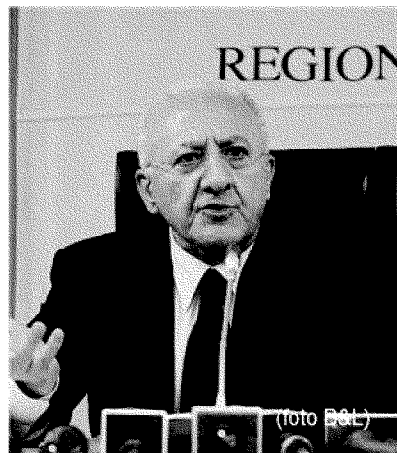
NAPOLI (gp) - Contatti col governo, macchina amministrativa da mettere in moto, rapporti da intensificare col Consiglio, promesse da mantenere con l'elettorato, ricorsi in Tribunale sulla Severino. Per **Vincenzo De Luca** la legislatura alla guida di Palazzo Santa Lucia è cominciata da poco, ma l'agenda è già stracolma di impegni. Il presidente della Regione attende per l'inizio della prossima settimana la sentenza del Tribunale sul ricorso da lui presentato per chiedere l'annullamento della sospensione dalla carica inflittagli in base ai dettami della legge Severino. Vista la celerità con la quale i giudici si sono pronunciati sull'istanza che ha 'congelato' il provvedimento, consentendo al governatore di insediarsi, in molti attendono l'arrivo del verdetto già all'inizio della settimana. Probabile che i giudici rin-

viino tutto in attesa del pronunciamento della Corte Costituzionale, previsto il 20 ottobre, sul caso di **Luigi De Magistris**, molto simile per diversi aspetti (a cominciare dal fatto che entrambi sono stati condannati soltanto in primo grado) a quello del leader di Palazzo Santa Lucia. In caso di sospensione, invece, i poteri passerebbero nelle mani del vicepresidente **Fulvio Bonavita**, che ha accompagnato De Luca anche nel suo viaggio romano per la Conferenza Stato-Regioni. Per quanto riguarda le attività dell'Ente, invece, l'ex sindaco di Salerno chiederà nelle prossime ore un primo segnale di volontà da parte del Consiglio. De Luca ha bisogno del sì dell'Assise per avviare la procedura per le stabilizzazioni dei precari della Sanità e il rifinanziamento del fondo per l'assistenza ai disabili. L'assemblea, al

momento, sembra più impegnata con la spartizione dei posti in commissione. Il presidente attende, da subito, un segnale di disponibilità con la convocazione di una seduta dell'Assise entro venerdì.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Nei prossimi giorni
il verdetto dei giudici
sulla sospensione
del presidente**



Il casodi **Sergio Rizzo**

I debiti record della Sanità nelle Regioni autonome: fino a 415 euro pro capite

In testa la Valle d'Aosta. La Corte dei conti: lo Stato non controlla

C'è chi, dopo le Province, vorrebbe mettere in discussione anche l'esistenza delle Regioni. L'ha fatto, per esempio, il precedente governatore della Campania Stefano Caldoro: ovviamente inascoltato. Si capisce perché dai mal di pancia provocati dalla riforma del titolo V della Costituzione, che riporta allo Stato alcune competenze devolute alle Regioni nel 2001. E non poteva essere diversamente, nonostante gli scandali che in questi anni non hanno risparmiato quasi nessuno di quegli enti, alimentando la sfiducia nella politica e la fuga dalle urne.

Ma c'è un buco invisibile, in quella riforma, che invece di risolvere i problemi causati dalla frammentazione dei poteri e delle competenze rischia di crearne addirittura di nuovi. Lo spiega senza peli sulla lingua la Corte dei conti in un documento preparato per l'audizione sulle autonomie regionali. Siccome la riforma del titolo V non sfiora neppure questo tema, il ridimensionamento dei poteri regionali a favore di quelli statali secondo i giudici contabili potrebbe accentuare

23,8

Per cento
Quanto assorbono le Regioni a statuto speciale (il 15% della popolazione) sul totale della spesa regionale

379

Milioni di euro
L'ammontare dei servizi sanitari nella sola Regione Sardegna nel 2013. Due anni fa la cifra era 343,4 milioni di euro

ancora di più il divario fra le Regioni a statuto speciale e le altre. Determinando sul piano dei diritti fondamentali dei cittadini, che secondo la Costituzione devono essere uguali per tutti, problemi ancora più grossi di quelli già causati dal sistema attuale delle autonomie regionali. E mai affrontati.

Caso classico, quello della sanità. Sulla spesa sanitaria di Sardegna, Friuli-Venezia Giulia, Valle D'Aosta, e province autonome di Trento e Bolzano non esiste monitoraggio. La ragione è che in queste cinque Regioni e province dotate di statuto speciale la sanità viene finanziata esclusivamente dal bilancio regionale. Sono sempre soldi pubblici, sicuro. Ma poco importa. Lo Stato non ci può mettere direttamente il becco, come invece avviene per la Sicilia, altra Regione autonoma dove però la sanità è finanziata in compartecipazione anche dal bilancio statale.

Il risultato è che le Regioni a statuto speciale possono chiudere ogni anno i conti della sanità con disavanzi monstre, perfettamente indisturbate. E questo significa poter garantire ai propri cittadini servizi mi-

gliori rispetto ai comuni mortali residenti nelle Regioni ordinarie.

Se si eccettua il Molise, autore nel 2013 di una performance mostruosamente negativa, con un disavanzo sanitario di ben 759 euro per ogni molisano, tutte le Regioni speciali esenti dal monitoraggio statale hanno presentato in quello stesso anno disavanzi sanitari rilevanti. Il buco della Valle D'Aosta è stato di 53,1 milioni: 415 euro pro capite. Quello di Trento, 218,2 milioni: 411 euro per ogni trentino. Quello di Bolzano, 184,5 milioni: 362 euro a persona. Quello della Sardegna, 379,6 milioni: 231 euro a residente. Quello del Friuli-Venezia Giulia di 44 milioni: 36 euro pro capite.

In tutto, un rosso di quasi 900 milioni, superiore a quello di tutte le Regioni ordinarie messe insieme, se si eccettua il

Bilanci omogenei
Dal 2011 c'è l'obbligo della contabilità uguale per tutti: ma solo la Sicilia si è adeguata

Lazio che aveva accumulato da solo un disavanzo di ben 669 milioni.

E il bello è che pure la contabilità della sanità nelle Regioni autonome segue ancora regole diverse da tutte le altre, sebbene con il famoso Patto della salute sia stato finalmente fissato il principio dell'armonizzazione. A nulla sono serviti, a quanto pare, i richiami della Corte dei conti, che ha stigmatizzato il ritardo con cui non viene ancora applicato dappertutto un principio basilare per uno Stato unitario, cioè che i conti devono essere scritti ovunque allo stesso modo, come «un vulnus alla salvaguardia del coordinamento della finanza pubblica» causato da «deroghe di cui è difficile comprendere la ratio» che incidono «sulla stessa governabilità dei conti del Paese».

Fatto sta che, sebbene l'obbligo di fare tutti i bilanci sanitari allo stesso modo sia scattato già nel 2011, la Sicilia ha introdotto il meccanismo solo nel 2014, il Friuli-Venezia Giulia, la Sardegna e il Trentino appena da quest'anno mentre per la Valle D'Aosta e l'Alto Adige si dovrà aspettare addirittura

ra il 2017.

Del resto, la sanità non è che un aspetto di questa autentica assurdità per cui in Italia i bilanci regionali non sono ancora tutti uguali. Una follia legalizzata dalla riforma del titolo V del 2001. Finché nel 2009 il Parlamento aveva fatto marcia indietro, e nel 2011 l'obbligo di uniformare le contabilità era diventato concreto. Ma le Regioni autonome avevano fatto ricorso contro la norma che stabiliva per loro l'applicazione automatica del principio se entro sei mesi non avessero dato seguito all'obbligo. E la Consulta aveva dato loro ragione.

Da allora sono partiti rinvii e posticipi a raffica. Le Province di Trento e Bolzano hanno deciso di spostare di un anno l'applicazione dei principi contabili unitari. Subordinandone per giunta l'entrata in vigore, nel Trentino, a una legge nazionale sulla devoluzione dei tributi erariali. In Friuli-Venezia Giulia si partirà dal 2016. Mentre la Valle D'Aosta ha siglato nello scorso aprile un accordo con lo Stato, e ora, scrive la Corte dei conti, «si attende l'adozione delle misure attuative».

Un gioco a rimpattino stucchevole, che pone oggi con forza ancora maggiore un interrogativo evitato da tutti per troppo tempo. È quello che riguarda la sopravvivenza ancora oggi di certi statuti speciali capaci di produrre soprattutto privilegi, sperequazioni inaccettabili e anche enormi sprechi. Con il 15 per cento della popolazione le Regioni a statuto speciale assorbono il 23,8 per cento della spesa regionale: 44,2 miliardi su 185,7. E le maggiori competenze non sono sempre una ragione sufficiente per spiegare tanta differenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

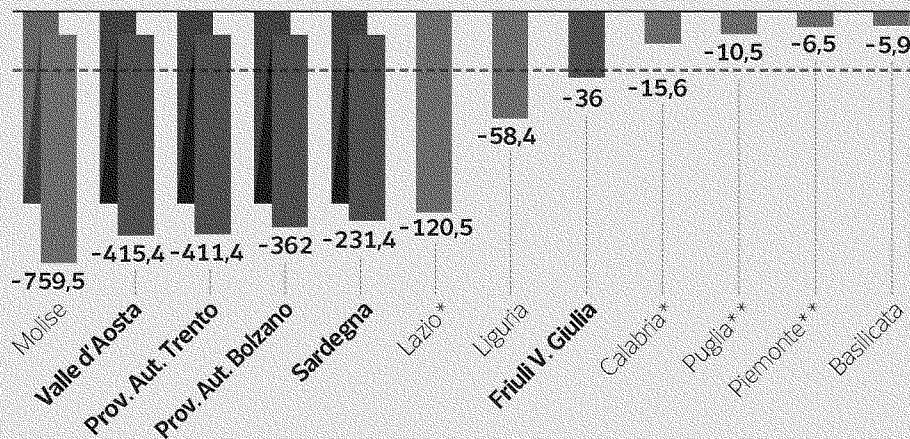
La legge

● Sono cinque le Regioni italiane a statuto speciale: Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia e Sardegna

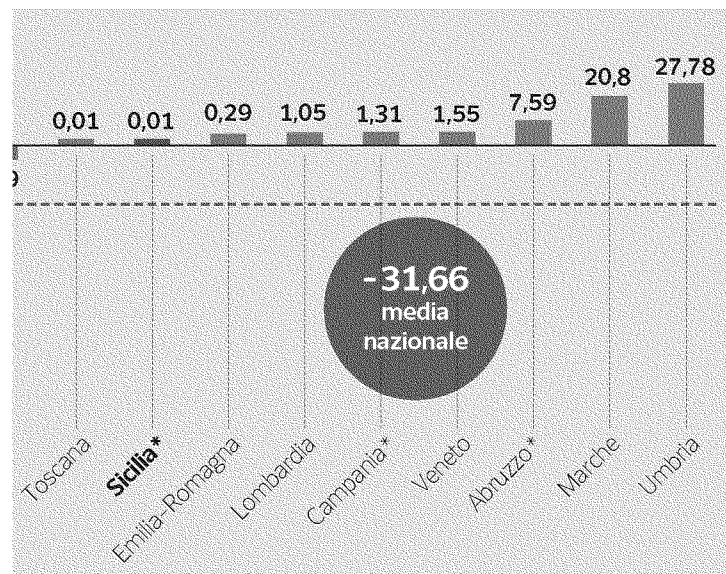
● A mettere nero su bianco il nome delle Regioni a statuto speciale (e delle province autonome) è l'articolo 116 che si trova nella parte seconda (Titolo V) della Costituzione

A confronto

I conti sui servizi sanitari regionali
(avanzo/disavanzo pro capite, in euro - anno 2013)



Fonte: Corte dei conti



*Regioni in piani di rientro dei conti **Regioni in piano di rientro leggero

Il bilancio d'esercizio dei servizi sanitari regionali



Il peso della spesa sanitaria sul totale di quella corrente

(regioni a statuto speciale e province autonome)



d'Arco

Campania e Puglia, la sfida della Sanità per i nuovi governatori

Un appello ai presidenti meridionali appena eletti: ripartiamo valorizzando le nostre tante eccellenze



di **Marco Trabucco Aurilio**

SEGUE DALLA PRIMA

Continuando a scorrere il rapporto scopriamo che «l'emergenza è legata anche al fatto che il Servizio sanitario pubblico è sempre più "intasato", con la conseguenza che nell'ultimo anno si sono allungate le liste di attesa: 20 giorni in più per una risonanza magnetica al ginocchio (da 45 a 65 giorni), 12 giorni in più per una ecografia dell'addome (da 58 a 71 giorni), 10 giorni in più per una colonoscopia (da 69 a 79 giorni). Per questo, la scelta del privato diventa spesso obbligata: sono 22 milioni gli italiani che negli ultimi dodici mesi hanno fatto almeno un accertamento specialistico (radiografia, ecografia, risonanza magnetica, tac, elettrocardiogramma, pap-test), e di questi circa 5,4 milioni hanno pagato per intero la prestazione (tra questi 1,7 milioni sono persone a basso reddito)».

Puglia e Campania sono le due regioni in cui è più alto il

ricorso agli specialisti privati. E l'intramoenia non aiuta: «Il servizio privato all'interno delle strutture pubbliche — rileva l'indagine — ha costi di solito superiori al privato puro e tempi di attesa più lunghi».

Un esempio? Una visita cardiologica costa in media 113 euro con sette giorni di attesa in intramoenia, 108 euro e cinque giorni di attesa nel settore privato.

Ne viene fuori un quadro tanto scontato che forse non allarma neanche più: il risanamento dei bilanci non è andato di pari passo con la capacità di rispondere alla crescente domanda di assistenza da parte dei cittadini, soprattutto di chi convive, ad esempio, con una disabilità, una patologia oncologica o una malattia rara: e si ritorna nell'abuso dell'articolo 32.

Le aride cifre consegnate dal Censis diventano più comunicative di dotte relazioni sul tema che si sentono ormai da troppo tempo, ma non escludono domande che restano ancora in attesa di risposte. Una su tutte: lo squilibrio fra Nord e

Sud è legato a un fatto di latitudine o c'è dell'altro? C'è ovviamente dell'altro: proprio partendo dall'economia, per meglio dire dai finanziamenti sulla Sanità, allora facciamo la prima clamorosa scoperta. La classe politica campana in generale che, da anni, ha denunciato il peggior finanziamento alla Campania, almeno su questo ha detto la verità.

Una verità che, ancora oggi, assegna la più bassa quota capitolaria per l'assistenza sanitaria del Paese alla Regione a causa del criterio che eroga maggiori risorse statali alle regioni «più anziane», penalizzando, di fatto, quelle più giovani e la Campania, in particolare, che ha il più alto indice di natalità: tra un cittadino ligure e uno campano passano circa 100 euro di differenza, che moltiplicati per gli anni in cui il criterio dell'anzianità ha determinato la differenza nella quota capitolaria ci consegnerebbe comunque, al netto degli errori organizzativi di un management ormai datato e degli odiosi episodi di corruzione e commistione tra camorra e cosa pubblica, una re-

gione con minori affanni. Tutto questo non sia un alibi ma è anche vero che «senza soldi non si cantano messe» e che l'equità dovrebbe essere sempre tutelata dalla Carta Costituzionale.

Ai nuovi governatori di Campania e Puglia quindi un appello: ripartiamo valorizzando le nostre tante eccellenze, ripartiamo dalla passione e dedizione dei colleghi medici e sanitari in genere, rifondiamo-ripeniamo l'organizzazione dei servizi sanitari che in questi anni ha fallito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il dibattito Assistenza domiciliare da rafforzare

«**P**er vincere la sfida che l'attuale organizzazione del sistema sanitario regionale pone rispetto alla riorganizzazione delle cure territoriali occorre coniugare il miglioramento qualitativo dei servizi offerti con il conseguimento di risultati gestionali economicamente sostenibili nel tempo, con implementazione della funzione di coordinamento e di governance clinica da parte degli specialisti ambulatoriali». A spiegarlo è stato Gabriele Peperoni, vice presidente nazionale del

Sumai, nel corso del dibattito al titolo «La specialistica ambulatoriale e cure domiciliari: le sfide del futuro». L'obiettivo dell'incontro è stata la valutazione delle future scelte di politica sanitaria che prevedono un potenziamento dell'assistenza domiciliare. Il dibattito ha visto presenti, tra gli altri, il presidente dell'Ordine dei medici di Napoli Silvestro Scotti, il direttore sanitario Asl Giuseppina Arcaro e la responsabile del dipartimento di Salute pubblica della Federico II Maria Triassi.

Trattamenti per l'autismo senza ostacoli e disparità

Una legge (ora al Senato) prevede un sistema di assistenza più efficace

Carenze

Oggi sono pochi i centri che dovrebbero seguire le persone nel progetto terapeutico

A carico delle famiglie

Nella maggior parte dei casi occorre pagare i trattamenti necessari

Difficoltà a comunicare, a interagire con gli altri, comportamenti ripetitivi; in alcuni casi può esserci una disabilità intellettiva, in altre può essere alterata la coordinazione motoria. Non tutte le forme di autismo sono uguali, per questo si parla di «disturbi dello spettro autistico», ma comune è il percorso a ostacoli che devono affrontare le persone che ne soffrono e le loro famiglie: dalla diagnosi, spesso in ritardo, alle cure costose, perlopiù a pagamento, che permetterebbero di alleviare sintomi e sofferenze.

Ora, per la prima volta, una legge in dirittura d'arrivo, «Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie», dovrebbe venire incontro alle esigenze delle persone autistiche. Il Testo unificato, già approvato in sede legislativa dalla Commissione sanità del Senato, ha ricevuto nei giorni scorsi il via libera della Camera, che però ha introdotto alcuni emendamenti. Perciò la normativa torna al Senato per il varo definitivo. Ma il timore è che il provvedimento rimanga solo una dichiarazione d'intenti, visto che l'articolo 6 dispone che «dall'attuazione della legge non debbano derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica».

«Oggi il dramma delle famiglie è il mancato accesso tramite il Servizio sanitario alle prestazioni che servono — permette la pediatra Venera Padua, promotrice di una delle

proposte di legge poi unificate al Senato — . Pur essendo una legge programmatica, prevede l'inserimento dell'autismo nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), cioè le prestazioni e i servizi che la Sanità è tenuta a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o col pagamento di una quota di partecipazione. Questa novità dovrebbe garantire risposte omogenee in tutte le Regioni: dalla diagnosi precoce al trattamento individualizzato, mediante l'impiego di strumenti basati su evidenze scientifiche acclamate».

Nella lista aggiornata dei nuovi Lea, presentati dal ministero della Salute e che attualmente sono all'esame della Conferenza Stato-Regioni — anche per la relativa copertura finanziaria — , sono previsti i disturbi in ambito neuropsichiatrico, quindi anche l'autismo. «In attesa che i nuovi Lea siano applicati, il provvedimento legislativo sancisce finalmente il diritto delle persone con autismo a esigere gratuitamente l'assistenza necessaria a carico del Servizio sanitario — sottolinea Liana Baroni, presidente di Angsa, Associazione nazionale genitori soggetti autistici — . Oggi, i centri per la diagnosi sono pochi e a macchia di leopardo, e sono ancora meno quelli che dovrebbero seguire le persone nel progetto abilitativo e terapeutico. Nella maggior parte dei casi occorre pagare i trattamenti necessari, oppure rinunciarvi perché troppo costosi».

Conferma Maria Luisa Scattoni, ricercatrice al Dipartimento di biologia cellulare e neuroscienze dell'Istituto su-

periore di sanità: «Anche se esistono raccomandazioni contenute nelle Linee guida dell'Istituto (col nuovo provvedimento legislativo saranno estese a tutte le età della vita, ndr), il più delle volte non sono applicate. Per esempio, la terapia cognitivo-comportamentale, che pure è raccomandata, è quasi sempre a carico delle famiglie. Al contrario, alcune Asl rimborsano trattamenti di cui non è dimostrata l'efficacia a livello scientifico in persone con disturbi dello spettro autistico». La normativa, in attesa del via libera definitivo del Senato, impegna il **ministero della Salute** — previa intesa con le Regioni, in sede di Conferenza unificata — , a provvedere entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge all'aggiornamento delle «Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali».

In particolare, l'attuazione di queste Linee di indirizzo costituirà «adempimento ai fini della verifica del Comitato permanente per la verifica dei Lea».

In pratica, le Regioni che non garantiranno gli interventi assistenziali adeguati alle persone che soffrono di disturbi dello spettro autistico non potranno accedere ai finanziamenti integrativi nell'ambito del riparto del Fondo sanitario nazionale.

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La diffusione

10-13 casi per 10.000 individui

La stima della prevalenza (numero di casi di una malattia su un dato territorio) per le **forme classiche di autismo**

40-50 casi per 10.000 individui

La stima della prevalenza se si considerano **tutti i disturbi dello spettro autistico** (90 su 10.000 secondo stime in alcuni Paesi anglofoni)



I disturbi dello spettro autistico colpiscono da **3 a 4 volte** più i maschi rispetto alle femmine



30-40 mila euro
Il costo annuo degli interventi di educazione speciale per ciascun bambino autistico



60-80 mila euro
La spesa annua per ciascun adulto con autismo grave, seguito in strutture residenziali

Fonte: Linee guida nazionali 2011 (aggiornamento ottobre 2015); Federazione Associazioni Tutela persone con Autismo e Sindrome di Asperger - Cds

Adulti
L'accesso al lavoro sarà reso meno difficile

La proposta di legge sull'autismo in attesa dell'approvazione definitiva (vedi sotto), all'articolo 1 prevede interventi per garantire non solo la tutela della salute, ma anche «il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico». Il provvedimento, inoltre, impegna le Regioni ad adottare misure idonee per «la promozione di progetti finalizzati all'inserimento lavorativo di adulti con disturbi

dello spettro autistico, che ne valorizzino le capacità». «I bambini che soffrono di autismo hanno diritto a un futuro il più normale possibile, ma spesso, quando diventano adulti, sono emarginati — sottolinea la pediatra Venera Padua —. Per questo, il testo legislativo si focalizza anche sulla necessità di un'integrazione reale nella società, attraverso una rete di servizi e possibilità concrete di inserirsi nel mondo del lavoro».

M. G. F.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



SANT'AGNELLO

Arriva il primo stop per l'ospedale unico

■ La Regione prende tempo sul maxi progetto
Sindaci spaccati: servono 100 milioni di euro

Sant'Agnello. L'ospedale unico della penisola sorrentina rischia di restare soltanto un sogno. Nonostante gli annunci pre-elettorali e nonostante il via libera (sotto il profilo urbanistico) alla proposta elaborata dai Comuni per la costruzione di un plesso 2.0 a Sant'Agnello, al posto del distretto dell'Asl. Dalla Regione Campania filtra l'ipotesi di mettere in standby il progetto. Anche perché gli stessi sindaci della penisola sono ormai spaccati.

Da Meta, c'è Giuseppe Tito che ha scritto una nota al governatore Vincenzo De Luca invocando un potenziamento per i presidi esistenti (Sorrento e Vico Equense) mettendo dunque in disparte la "chimera" dell'ospedale unico. Gli altri invece sono rimasti in silenzio mentre Piergiorgio Sagristani, prima delle Regionali, incontrò l'ex presidente regionale Stefano Caldoro che aveva assicurato i big della politica peninsulare circa l'opportunità di cantierare al più presto la maxi opera da finanziare magari con una valanga di finanziamenti europei.



IL PROGETTO

Oltre 100 milioni di euro per il plesso

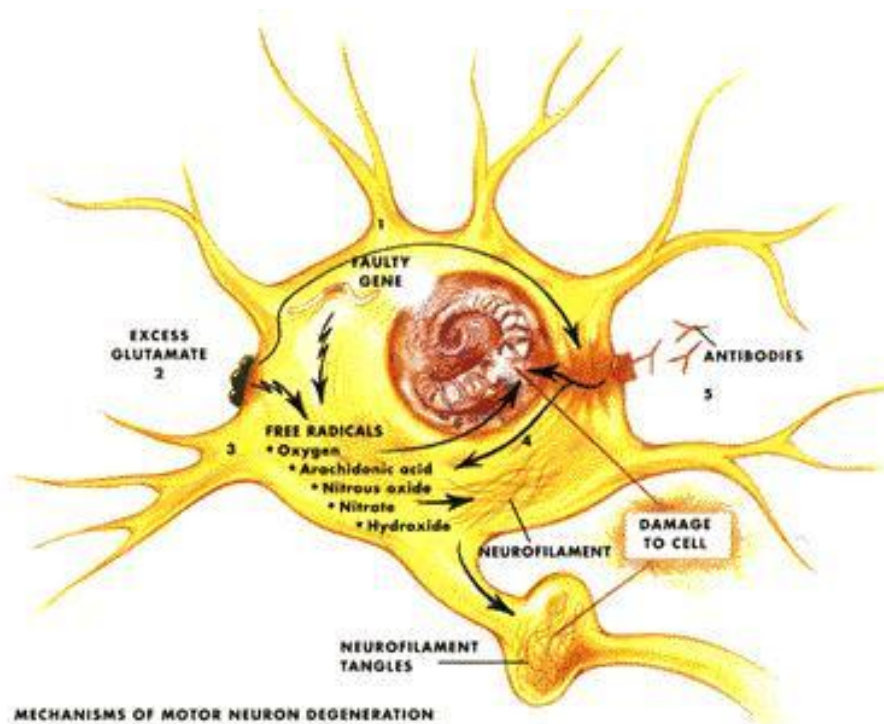
Stando a ciò che trapela, solamente dopo l'estate, verrà "emesso" il verdetto sul progetto che era stato anche approvato con entusiasmo dalla stessa azienda sanitaria locale che con l'ex manager Maurizio D'Amora aveva esaltato la compattezza con cui i Comuni avevano elaborato il progetto.

SALVATORE DARE



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



L'acqua non solo disseta ma può migliorare anche il nostro umore

Ipotesi
La disidratazione
sembra minacciare
l'integrità
dei neuroni
e causare stati
di depressione

Bere acqua in abbondanza potrebbe far bene anche al nostro umore. È la conclusione cui sono giunti alcuni ricercatori, americani e francesi, che hanno appena condotto uno studio in merito pubblicato su *Appetite*. Dopo aver valutato i cibi e le bevande assunte per cinque giorni consecutivi da 120 donne in buona salute, gli studiosi hanno osservato che chi beveva maggiori quantità di acqua totalizzava un punteggio migliore relativamente ad alcuni aspetti dell'umore (tensione, confusione, depressione).

«Una delle ipotesi avanzate per spiegare la possibile relazione tra basso consumo di ac-

qua e stati d'animo negativi — commenta Hellas Cena, ricercatore e responsabile del Laboratorio di dietetica e nutrizione clinica dell'Università di Pavia — arriva da studi sugli animali: si è visto che la riduzione cronica del consumo di acqua può minacciare la funzione e l'integrità dei neuroni cerebrali, provocando anche alterazioni dell'umore. Si tratta di osservazioni da approfondire, ma può essere utile sin d'ora, come suggeriscono gli autori dello studio, considerare anche il "peso" dell'acqua assunta quando si cerca di ottimizzare lo stato dell'umore».

In linea generale, quanta acqua bere in una giornata? «Secondo i nuovi livelli di riferimento per la popolazione sana italiana, Larn 2014, — risponde Cena — un consumo adeguato è pari a due litri al giorno per le donne e due litri e mezzo per gli uomini. Questi quantitativi si possono raggiungere con le bevande per l'80%, e con gli ali-

menti, come frutta e verdura, per il restante 20%. Quando la temperatura è molto elevata o si fa attività sportiva, i fabbisogni aumentano anche sensibilmente. Ricordiamo, inoltre che bambini, anziani e malati sono particolarmente a rischio di disidratazione».

Un consiglio per essere ben idratati? «Bere acqua prima di avvertire la sete. E controllare che le urine siano chiare e trasparenti. Infatti, il primo modo in cui l'organismo risponde al deficit di acqua è riducendone l'escrezione attraverso le urine e solo successivamente con il senso di sete. Non dimentichiamo che l'acqua è la bevanda ideale per idratare, poi vengono infusi, centrifugati e spremute, ma anche frutta e verdura come tali. La temperatura delle bevande non deve essere troppo bassa per evitare congestioni ed è preferibile bere a piccoli sorsi».

Carla Favaro Nutrizionista
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Da preferire	perché...
Acqua e infusi	L'acqua è la bevanda ideale per idratare. Può essere utile sceglierne una con maggior contenuto di calcio, ferro, magnesio. Negli infusi, limitare gli zuccheri aggiunti
Frutta e ortaggi	Più dell'80% del peso, in media, è costituito da acqua. Apportano minerali, vitamine, fibre e altre sostanze protettive, oltre agli zuccheri
Da limitare	perché...
Bibite zuccherate	Sono fonti di calorie "vuote" perché, oltre agli zuccheri e all'acqua, non apportano (o quasi) sostanze utili
Succhi di frutta, frappè	Sono fonti di zuccheri semplici. Chi li consuma può arrivare ad assumere anche più di un etto di zucchero senza accorgersene
Bevande alcoliche	Oltre che essere fonte di calorie, l'alcol, come la caffeina, ha effetto diuretico

Cds

Osteoporosi, la prevenzione comincia sin da giovani

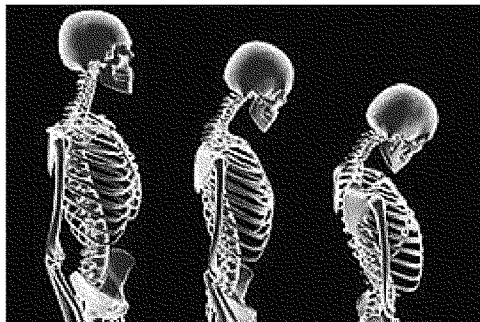
La Siomms: «Il nodo è la difformità di applicazione delle norme nazionali»



Nicola Capuano
Ortopedico direttore dell'Unità operativa complessa di Ortopedia e traumatologia dell'ospedale San Luca di Vallo della Lucania (Asi Salerno). Nel corso degli anni ha affinato nuove metodiche di lavoro introducendo tecnologie innovative applicate al rinnovamento delle tecniche chirurgiche di elezione e traumatologia

di **Ettore Mautone**

Osteoporosi, ossa che diventano fragili per carenza di calcio e perdita di sostanza ossea: uno svuotamento progressivo in parte fisiologico: dovuto all'età e nella donna causato dai cambiamenti ormonali legati al passaggio dall'età fertile alla menopausa. La prevenzione dell'osteoporosi inizia sin da giovani con una corretta alimentazione, attività fisica e la giusta esposizione al sole. Quest'ultima consente — grazie alla vitamina D contenuta nella pelle e attivata dai raggi Uv — di assorbire il calcio dalla dieta e fissarlo nelle ossa. Lo scheletro, tuttavia, è come una banca, in cui il bilancio tra prelievi (di calcio) e depositi deve essere mantenuto in equilibrio. Un aiuto proviene da alcuni farmaci. Esistono terapie per rallentare e arrestare il processo ma nel nostro Paese il 76 per cento dei malati non viene appropriatamente curato mentre solo il 53 per cento dei pazienti in terapia con farmaci per l'osteoporosi aderisce corretta-



mente al trattamento (Dati OsMed 2014). In Italia l'osteoporosi colpisce circa 5 milioni di persone, 500 mila in Campania, 300 mila in Puglia.

«Appropriatezza e corretta aderenza terapeutica nell'osteoporosi — avverte Giovanni Iolascon, ortopedico e fisiatra, ordinario di Medicina fisica e riabilitazione presso la Seconda Università di Napoli — sono i presupposti per migliorare sia l'esito clinico sia la razionalizzazione delle risorse allocate. Il nodo da sciogliere è nelle difformità di applicazione delle

norme nazionali per la corretta diagnosi e il trattamento dell'osteoporosi».

A puntare il dito è la Società italiana osteoporosi, del metabolismo minerale e delle malattie dello scheletro (Siomms), che vuole riaffermare su tutto il territorio nazionale il principio dell'omogeneità di trattamento. La Siomms è la più importante società scientifica che in Italia si occupa di promuovere la diffusione di conoscenze nel settore, il progresso scientifico, la prevenzione e gli aspetti sociali di queste malattie. Attual-

mente riunisce oltre 500 soci in tutta Italia. Tra le sue attività ci sono l'aggiornamento e la formazione permanente dei soci, bandi a sostegno di giovani ricercatori e iniziative di sensibilizzazione sugli aspetti sociali di queste malattie. A livello internazionale la Siomms è membro di Iof (International osteoporosis foundation) e di Eets (European calcified tissue society). Ebbene, nella mappa delle difformità regionali tracciata da Siomms, troviamo appunto la Campania dove persistono difficoltà di accesso allo strumento di diagnostica principale (Moc, acronimo di mineralometria ossea computerizzata) secondo i criteri di rimborsabilità del Servizio sanitario nazionale, una scarsa implementazione degli algoritmi di valutazione del rischio da parte degli operatori e una sostanziale assenza di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali deliberati a livello istituzionale, sia per l'osteoporosi sia per le fratture d'anca da fragilità, con una conseguente maggiore inappropriata terapeutica.

«L'esito inevitabile di un'osteoporosi non curata o cu-



Giovanni Iolascon
Ortopedico e fisiatra, docente ordinario di Medicina fisica e riabilitazione presso la Seconda Università di Napoli. È autore di oltre duecento pubblicazioni, nazionali e internazionali, su malattie delle ossa e delle articolazioni, sui disordini del movimento e sulla riabilitazione neurologica

rata male è quasi sempre una frattura che poi andrà trattata chirurgicamente — spiega Nicola Capuano direttore della Chirurgia ortopedica dell'ospedale San Luca di Vallo della Lucania, un territorio ad elevata incidenza di patologie legate all'osteoporosi anche in relazione all'elevata età media della popolazione». Capuano effettua ogni anno oltre 1.500 interventi a elevata complessità in elezione e in urgenza. E il 30 per cento dell'utenza proviene anche da altre regioni, in particolare dal Lazio e da altre aree di confine, ma pure da Lombardia, Calabria e Puglia. «Anche se le tecniche mininvasive di sintesi e protesi sono avanzatissime e collaudate anche nei grandi anziani — dice il chirurgo — la prima cura dovrebbe essere la prevenzione e la corretta cura e bene fa la Siomms a invocare percorsi diagnostico terapeutici omogenei».

«Una situazione che penalizza soprattutto gli incolpevoli malati — conclude Iolascon — e la volontà della Siomms è puntare i riflettori su queste difformità per ristabilire ordine e omogeneità nel trattamento dell'osteoporosi in ogni singola regione».

L'obiettivo primario della società scientifica è insomma mantenere un più corretto impiego delle risorse e una maggiore efficacia della pratica clinica, ossia garantire, in ultima istanza, benefici ai pazienti riducendo l'incidenza delle fratture spontanee e patologiche nell'anziano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per tumori ginecologici e dello stomaco

Ora la chemio è vaporizzata

Si apre una nuova frontiera nella chemioterapia per i malati di cancro ginecologico e dello stomaco: la somministrazione può avvenire, anziché in maniera tradizionale, attraverso la vaporizzazione delle sostanze da somministrare ai pazienti. Il primo tipo di tumore è difficilmente diagnosticabile in una fase precoce ed è quindi particolarmente soggetto a metastasi: fino al 40% dei noduli maligni non viene rilevato dagli esami per immagini. Inoltre non esisteva finora la possibilità di rendere efficace la cura chemioterapica, con speranze di vita ridotte per gli ammalati.

La terapia pressurizzata, come viene anche definita dagli addetti ai lavori, è ispirata alla tecnologia automobilistica e in particolare agli iniettori ad alta pressione. Essa è stata inventata dal chirurgo svizzero **Marc-André Reymond**, attivo nell'università tedesca di Bochum. In questo centro clinico, dal 2012 a oggi, 850 pazienti sono stati trattati con l'innovativo sistema.

Facendo leva sull'azione combinata della vaporizzazione e della pressione iniettata nell'addome, la chemioterapia viene distribuita in maniera più capillare e omogenea nell'area colpita dal cancro. Al punto che si riesce anche a ridurre fino a dieci volte la quantità di medicinale, abbattendo gli effetti collaterali che sono tutt'altro che leggeri.

— © Riproduzione riservata — ■



C'era una volta Freud ora lo psicoterapeuta sarà un computer

SILVIA BENCIVELLI

GUIDERANNO le nostre automobili e i nostri aerei, ci assisteranno quando saremo malati, e forse arriveranno persino a scrivere i nostri giornali. Intanto, i computer già ci battono a scacchi e in borsa. E un futuro di convivenza stretta tra noi e loro potrebbe essere molto più vicino di quello che sembra. All'interazione prossima ventura tra uomini e intelligenze artificiali è dedicato un corposo speciale dell'ultimo numero della rivista Science, uscita ieri in tutto il mondo con l'ambizione di articolare un dibattito sempre più necessario: da una parte i progressi a cui nessuno vuole rinunciare, dall'altra i rischi su cui è arrivato il momento di confrontarci.

L'intelligenza artificiale è un progetto di ricerca che (in termini moderni) ha più o meno sessant'anni. L'idea è quella di costruire macchine capaci di ragionare come esseri umani. Quindi non solo di eseguire compiti standardizzati in risposta a stimoli precisi, ma anche di imparare, di correggersi, e di interagire con altri sistemi intelligenti. Cioè con altre macchine o uomini in carne e ossa. Di sistemi intelligenti in questo senso, molto sta arrivando ma qualcosa è già qua.

Come i primi psicoterapeuti virtuali, addirittura migliori, a volte, di quelli in camice bianco. Uno lo ha inventato Fjola Helgadóttir, una ricercatrice di psico-

logia clinica di Oxford che al giornalista scientifico John Bohannon l'ha spiegata così: «In certe circostanze la terapia computerizzata ha più successo senza intervento umano. Cioè: in molti casi le persone non sono del tutto adatte a fare i terapeuti». Mentre un computer può essere più distaccato e oggettivo. Ma a chi interessa uno psicoterapeuta virtuale? Per esempio all'esercito americano, che ha finanziato lo sviluppo di un altro sistema, chiamato Ellie e realizzato all'Università della Southern California, che usa l'intelligenza artificiale e la realtà virtuale per diagnosticare e trattare i traumi psicologici dei veterani di guerra. Ellie non si limita a fare domande al paziente, ma ne studia anche le espressioni facciali, la postura, i movimenti delle mani e la dinamica della voce: cioè impara a conoscerlo davvero, grazie ad algoritmi instancabili e precisi, più di un cervello umano. È una macchina che impara a conoscere un uomo, e dopo averne conosciuto tanti potrà leggere l'Uomo in generale, e capirlo meglio di come lui stesso sappia fare.

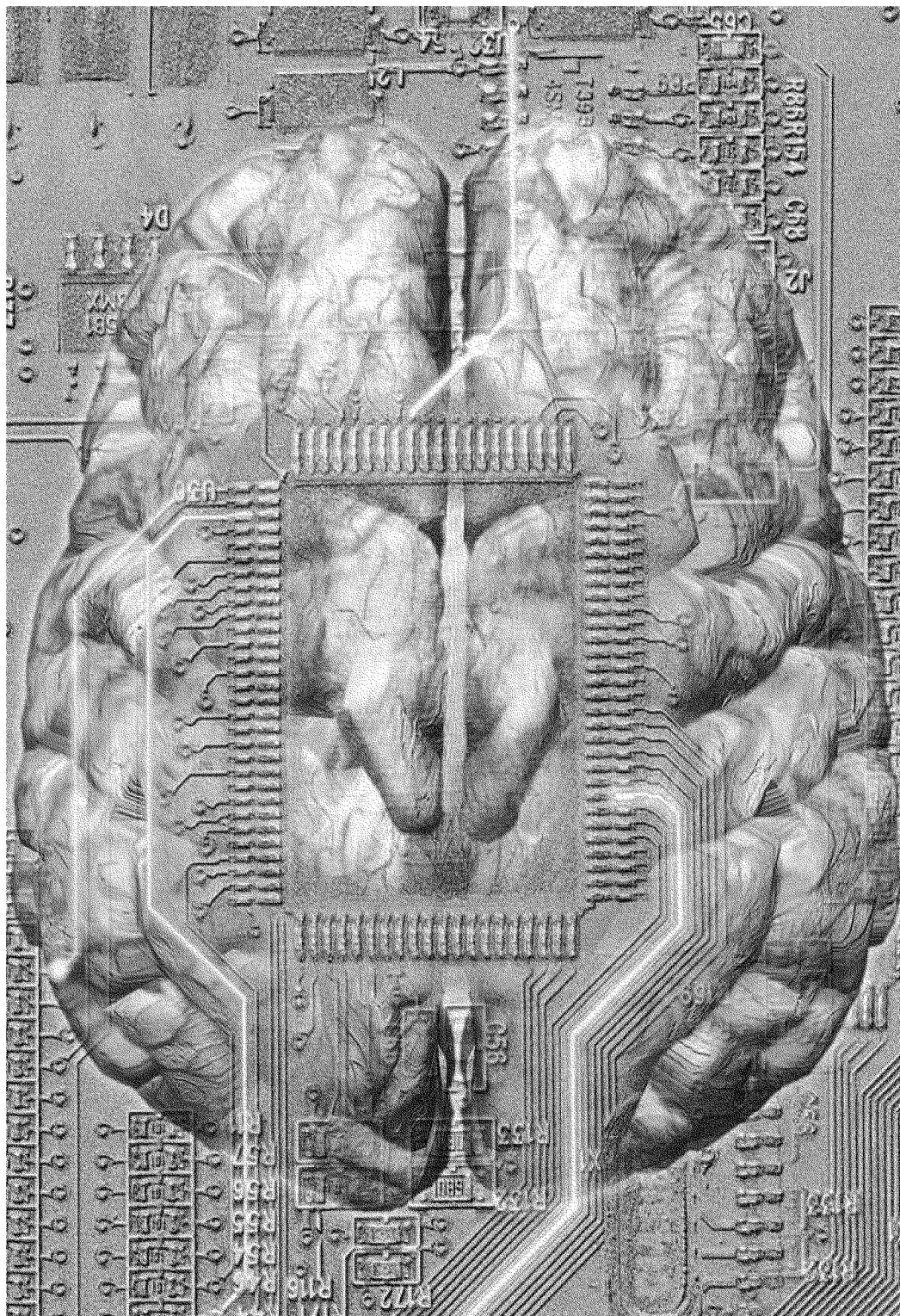
Scienze non nasconde che scenari come questo possano renderci sospettosi, e persino spaventarci. Del resto, solo pochi mesi fa, anche due che non possono essere accusati di tecnofobia come Elon Musk (quello di Paypal, Tesla Motor, Space X e così via) e Stephen Hawking (che alla tecnologia deve la propria voce e la propria sopravvivenza) avevano lanciato l'allarme sulla necessità di non renderle troppo intelligenti, queste macchine. «I trionfi nel campo dell'intelligenza artificiale – si legge nell'introduzione al numero speciale – sollevano domande che fino a poco tempo fa sem-

bravano più da fantascienza che da scienza: chi ci assicura che la crescita delle macchine sarà interamente sotto il nostro controllo? E come sarà un mondo in cui computer intelligenti coabiteranno con l'umanità?».

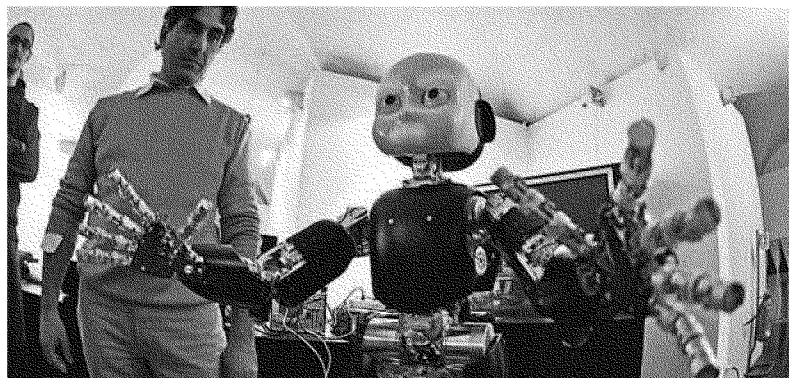
Si tratterà di capire in fretta come gestire le macchine che analizzano i nostri dati personali, per esempio, e che miglioreranno il controllo della nostra salute e della nostra sicurezza, a discapito della nostra privacy. Si tratterà anche di costruire un mondo in cui psicoterapeuti, tassisti, infermieri, giornalisti e così via non saranno più necessari. Si tratterà di decidere se è "etico" usare l'intelligenza artificiale per fare la guerra, o se proprio quello dello scontro tra uomo e macchina dovrà essere un limite invalicabile nella nostra convivenza.

Di certo, c'è che da studiare c'è ancora molto. E capire come costruire macchine intelligenti significa anche capire che cos'è che rende "intelligenti" noi. Come impariamo a imparare, per esempio, o a capire le sottili differenze del linguaggio. Che cosa ci rende umani, insomma. La sfida è delicata, ma è anche entusiasmante.

Dal broker al medico:
Scienze racconta i lavori
che presto saranno
svolti dalle macchine



L'intelligenza artificiale
sta facendo passi da gigante
Ma molte applicazioni
suscitano già più allarmi
che entusiasmi
Anche tra gli scienziati



Curare il cuore? Serve la testa

scienze

TERAPIE UMANISTICHE

DA UN ESPERTO, PICCOLA GUIDA PER EVITARE **l'infarto** O ALMENO TORNARE, DOPO, A UNA VITA NORMALE E SERENA. COSA POSSIBILE IN NOVE CASI SU DIECI. IL SEGRETO È IN POCHE REGOLE. MA SOPRATTUTTO IN UNA DIVERSA CULTURA DEI MALATI. E DEI MEDICI

di **Gian Luca Favetto**

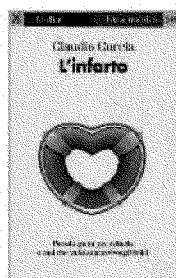
Volendo cominciare con il cuore in mano, e tanto per intendersi sulle parole: «L'infarto non è altro che carne infarcita di sangue». Lo afferma una persona che ha «tutti i numeri e i titoli per parlare di infarto del miocardio». Si presenta così Claudio Cuccia, nella prima pagina del suo libello *L'infarto*. Sottotitolo: *Piccola guida per evitarlo o mal che vada sopravvivergli felici*. Lo ha appena pubblicato la casa editrice Il Mulino (pp. 130, euro 9,35) nella collana *Farsi un'idea*. «E l'idea che bisogna farsi sull'infarto è quella di un guaio non così grave come si è portati a credere» assicura Cuccia. «Il danno prodotto spesso incide molto più sulla psiche del paziente, che si sente segnato come da un marchio d'infamia, piuttosto che sul suo fisico. È certificato che nel 90 per cento dei casi si può tornare a una vita del tutto normale».

Claudio Cuccia, scienziato umanista come nella miglior tradizione medica, direttore del Dipartimento cardiovascolare della Fondazione Poliambulanza di Brescia e presidente del gruppo di studio nazionale Atbv (Aterotrombosi e biologia vascolare), è schietto, colto, spiritoso e deciso, proprio come il volume che ha confezionato. Quello che da più di trent'anni è l'oggetto al centro dei suoi studi e delle sue cure lo racconta con queste parole: «Il cuore è un muscolo che lavora autonomamente, non si concede pause sindacali, né ferie e non chiede nulla se non un minimo di rispetto. Si accontenta che tu faccia due passi ogni giorno e che i pranzi siano leggeri. I greci, vedendolo funzionare nei toraci squarciati dei soldati sui campi di battaglia, lo hanno chiamato cuore da *kér*, che significa saltellare: un nome spensierato, adatto a un organo che si fa i fatti propri chiedendo molto poco al suo datore di lavoro».

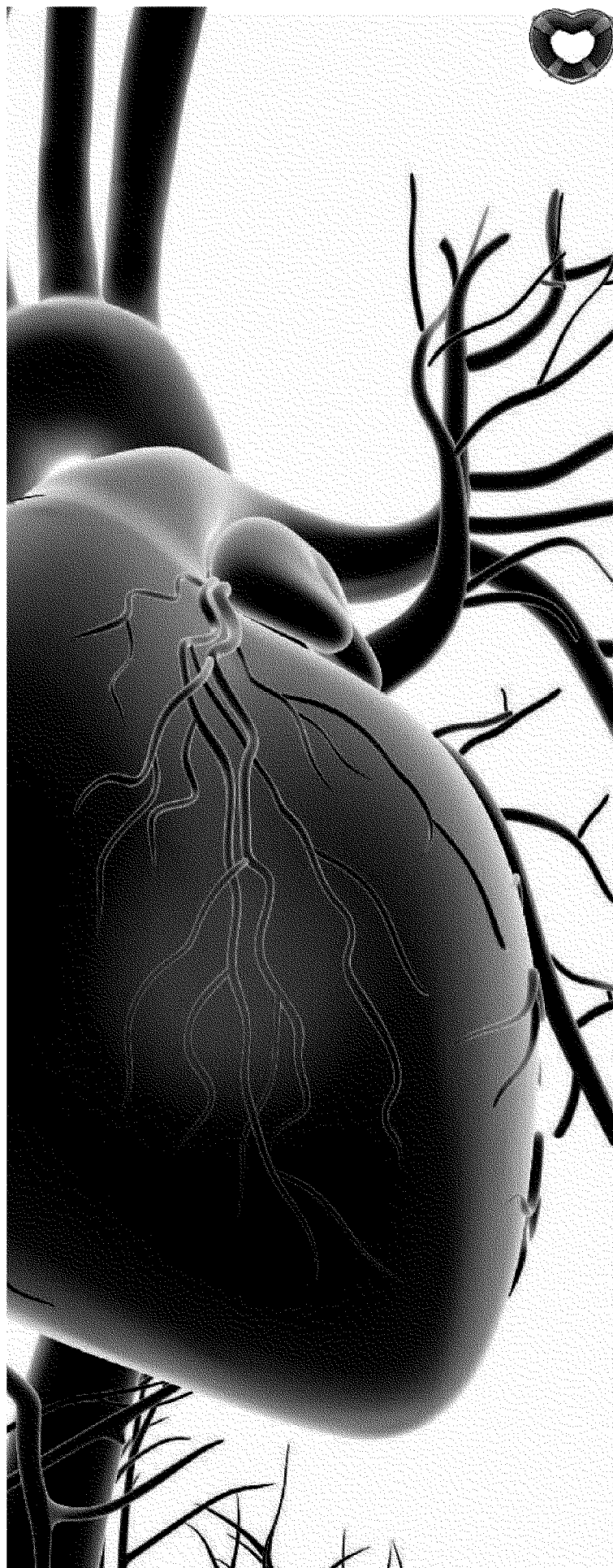
Nove capitoli, un prologo e un epilogo. Centotrenta pagine che surfano lievi fra paure, speranze, pregiudizi e sorprese intorno al «famoso infarto del miocardio». Fanno sorridere e fanno pensare, anche ad altro. Spiegano e raccontano. Informano e regalano consapevolezza. «Stabilito che la salute è una condizione che non

promette nulla di buono, il messaggio del libro è proprio rivolto alla salvaguardia della salute, sia prima, sia dopo l'infarto. Il mio è un manualetto per non ammalarsi. Perché, in fondo, non ammalarsi è la scelta più intelligente. Tant'è che raccomando a tutti di fare sempre al mattino, al posto di certi esercizi fisici da vecchietti, alcuni esercizi di percezione del benessere. Appena svegli, bisogna percepire quanto sia bello il benessere e quanto il benessere, cioè il bene di stare con se stessi e il mondo circostante, sia lo strumento migliore per non ammalarsi». Da qui comincia la cura.

In questo racconto sull'infarto c'è la malattia e ci sono le soluzioni per affrontarla al meglio. Ci sono le abitudini dei pazienti, i vezzi dei medici, le bizzarrie degli infermieri, le ansie dei familiari e l'idiozia dell'universo intero nei confronti della malattia. C'è anche un capitolo che parla di sesso. «Uno degli obiettivi del libro è quello di liberarci dei luoghi comuni» spiega Cuccia. «Fra i molti luoghi comuni ci sono quello sui farmaci che fanno male e quello sulle erbe che sarebbero naturali e fanno bene. E poi c'è quello sul sesso, che dopo l'infarto potrebbe essere rischioso, e quello secondo cui non si torna più alla vita precedente. Invece non è vero, ci torni eccome, in



La copertina del libro *L'infarto, piccola guida per evitarlo o mal che vada sopravvivergli felici* (Il Mulino) e l'autore, **Claudio Cuccia**, direttore del Dipartimento cardiovascolare della Fondazione Poliambulanza di Brescia



● **LE CAUSE** ●

Le **arterie coronarie** corrono sulla superficie esterna del cuore e gli portano sangue ricco di ossigeno. La causa più comune dell'infarto è una loro **ostruzione**, dovuta a placche di lipidi e colesterolo, che interrompe l'afflusso del sangue al cuore. Una causa meno comune, indotta anche da sostanze stupefacenti, sono spasmi nelle arterie coronarie, che possono anch'essi ostacolare il flusso sanguigno. Se non si rimedia subito, questa carenza di sangue danneggia parti del muscolo cardiaco.

● **I SINTOMI** ●

L'infarto si manifesta con un **dolore al petto**, che può essere una sensazione acuta o un senso di compressione e schiacciamento. Poiché la circolazione del sangue è ostacolata, un altro sintomo importante è **dolore o fastidio a un braccio o entrambe le braccia**, soprattutto se questo dolore si estende poi a spalle, collo e alla parte superiore dello stomaco. Altri sintomi: nausea, sudore freddo, spossatezza e senso di confusione.

● **I FATTORI DI RISCHIO** ●

L'età: gli **uomini oltre i 45 anni** e le **donne oltre i 55** sono più esposti rispetto ai più giovani. Il rischio cresce se si ha un alto livello di **colesterolo Ldl** o di **trigliceridi** nel sangue (spesso provocati da obesità e inattività fisica), perché questi tendono a ridurre la portata delle arterie. La **pressione alta** invece, negli anni, accelera i danni alle arterie causati dalle placche di lipidi.

● **LA PREVENZIONE** ●

Secondo gli esperti della Mayo Clinic americana, uno dei maggiori centri mondiali sulla ricerca anti-infarto, si può ridurre del 40 per cento in 4 anni il rischio di infarto **se si smette di fumare**, se si tiene un **indice di massa corporea** - ossia il peso (in kg) diviso il quadrato dell'altezza (in metri) - intorno a **25/27**, se si mangiano almeno **5 frutti o verdure** al giorno e **se si cammina**, meglio se a passo veloce, per 150 minuti alla settimana.

● **LE TERAPIE** ●

Anzitutto ci sono le **statine**, che abbassano il colesterolo Ldl e proteggono il rivestimento interno delle coronarie. Altra difesa anti-infarto sono i **farmaci antiaggreganti** (aspirina, ma anche clopidogrel e prasugrel), che ostacolano l'azione coagulante delle piastrine, diminuendo il rischio della formazione di trombi. Inoltre si può tenere sotto controllo la pressione con farmaci antipertensivi e favorire la regolarità del flusso sanguigno con i betabloccanti, che difendono il cuore e le arterie da quegli ormoni - come l'adrenalina - che possono restringere i vasi e aumentare quindi la probabilità che si intasino.

● **I PRIMI INTERVENTI** ●

L'**aspirina** inibisce la coagulazione del sangue, quindi una prima misura in attesa di soccorsi per un sospetto infarto può essere prenderne una (masticarla per 30 secondi ne accelera l'effetto). Al pronto soccorso, si può effettuare una **trombolisi**, ovvero iniettare un farmaco che scioglie il trombo, ossia l'occlusione dell'arteria, o sottoporre il paziente a un'**angioplastica**, cioè l'inserimento di un catetere a palloncino nell'arteria, che gonfiato dilata la parte intasata dell'arteria, ripristinando il flusso sanguigno. La trombolisi è più facile e immediata, ed è efficace soprattutto nei primi 30 minuti.

L'angioplastica è più risolutiva e funziona soprattutto nei primi 90 minuti ma richiede il ricovero nel reparto di emodinamica. In alcuni casi i medici possono decidere per un **bypass**, ossia usare un vaso sanguigno sano per ripristinare il flusso aggirando l'occlusione nell'arteria.

(a cura di **giuliano aluffi**)

maniera serena e finalmente consapevole. Ti rendi conto che ti sei salvato da un pericolo e puoi ricominciare a vivere meglio di prima, anche fisicamente, con allegria».

Scorrendo le pagine, si passeggia in mezzo a molte citazioni letterarie, dal grande padre Dante a Primo Levi, dal portoghese Fernando Pessoa con il suo *Libro dell'inquietudine* al poeta greco Konstantinos Kavafis con la sua *Itaca*, da Kurt Vonnegut a William Shakespeare. E si approda infine a un'utile riflessione sull'ospedale come luogo di cultura. Scrive Cuccia: «Siamo soliti intendere l'ospedale come luogo di cura. Perché cultura, allora? Cura è l'esito italiano dell'espressione latina *quia cor urat*, "ciò che riscalda il cuore", e la cultura nelle sue diverse espressioni forse che non li riscalda i nostri cuori? Al di là delle assonanze, i due termini, cura e cultura, sono assimilabili, e vorrei fossero addirittura intesi come sinonimi».

Cultura come cura, questo il punto. «Il discorso da fare è sull'educazione» osserva. «Per affrontare nel migliore dei modi un problema più semplice di quello che ci si ostina a credere, ovvero la cura della malattia delle coronarie, bisogna lavorare sull'educazione sia nei confronti del medico sia nei confronti del paziente. I rimedi sarebbero facili da attuare ed è il buon senso che deve guidare il nostro comportamento, non l'arroganza del medico saputo né quella del paziente presuntuoso».

Il libro si rivolge anche ai medici, che dovrebbero sviluppare la necessaria empatia con i pazienti. «Di solito si accorgono tardi di che cosa significa essere malati» nota Cuccia. «In genere lo capiscono dopo che la malattia ha colpito anche loro. Solo in quel momento riescono a comprendere le paure e le ansie del paziente che prima sottovalutavano. All'inizio delle *Memorie di Adriano* Marguerite Yourcenar fa dire al suo protagonista, il quale fra l'altro morirà di scompenso cardiaco, che allora si chiamava idropisia del cuore, beh, proprio all'inizio gli fa dire: è difficile rimanere imperatore in presenza di un medico. La battuta suggerisce come i medici assumano un ruolo sacro che mette in soggezione. E però è pure difficile essere medico di fronte all'imperatore. A volte i pazienti, soprattutto oggi che si informano ovunque, assumono scampoli di cultura che li rende saccenti. Il paziente non deve diventare un piccolo tecnico, un cardio-geometra, no, deve invece crescere culturalmente insieme con il medico. È la loro cultura generale che li rende intelligenti di fronte alla malattia». La cultura è la seconda natura dell'uomo diceva Pascal, è ciò che ci ha permesso e ci permette di rimanere vivi. Cosa indispensabile per poter essere curati.

Gian Luca Favetto

Cosa sono le **fratture da stress**?

L'osso non si rompe
«in un colpo solo»
ma si incrina a causa
di microtraumi ripetuti

Lo specialista

Fra tutti i possibili infortuni che possono capitare a chi si allena molto, ma anche a chi, per diversi motivi, ha uno scheletro più debole, ci sono le *fratture da stress*. Un inconveniente che costringe chi ne è colpito a interrompere qualsiasi attività sportiva per almeno un mese e che, a volte, può essere difficile da diagnosticare. «Nella maggior parte dei casi, le fratture "normali" si verificano in seguito a un trauma unico e violento che supera le resistenze meccaniche dell'osso, provocando una rottura netta e definitiva. Nelle fratture da stress, dette anche *da durata* o *da fatica*, l'osso si incrina a causa di microtraumi ripetuti nel tempo — spiega Rodolfo Capanna, presidente della Società italiana di ortopedia e traumatologia (Siot) e primario di ortopedia oncologica e ricostruttiva all'Ospedale Careggi di Firenze —. In condizioni normali, una progressiva sollecitazione dinamica delle ossa ne determina ipertrofia e maggiore resistenza meccanica per fenomeni di adattamento. In alcuni casi, tuttavia, per esempio se si intensifica troppo l'attività sportiva, si aumentano i carichi di lavoro e non ci si concede il giusto tempo di recupero, i meccanismi di rimodellamento osseo non riescono più a "compensare" le microlesioni, con il risultato che l'osso si crepa e causa dolore».

Quali sono i sintomi?

«Il sintomo tipico è il dolore localizzato all'area interessata. All'inizio può essere poco intenso, per cui spesso viene sottovalutato, il che peggiora le cose. Col tempo il dolore tende

ad aumentare, comparando anche a riposo. Talvolta si può avvertire una sensazione di calore nell'area in cui è presente la frattura».

Come si fa la diagnosi?

«La diagnosi, specie nelle prime settimane, può essere difficile, perché alla radiografia non si vedono anomalie. In seguito, può essere riscontrato un addensamento osseo locale con una reazione del periostio (la membrana di tessuto connettivo che riveste le ossa), che produce sottili lamelle di ossificazione ("a bulbo di cipolla") sulla superficie dell'osso ed è espressione dell'irritazione locale. Questa reazione, però, non si verifica solo nelle fratture da stress, ma anche in altri casi (tumori e infezioni), creando dubbi diagnostici. Solo successivamente si nota alla radiografia la "crepa" ossea e l'inizio di un callo osseo. Anche con la Tac si possono avere difficoltà a evidenziare microfratture in fase precoce. La risonanza magnetica rileva una reazione midollare e periostale, mentre la scintigrafia ossea dimostra un'intensa captazione locale. Per cui, quando radiografia e/o Tac sono negative, spesso si inizia un iter diagnostico complesso, per escludere condizioni più gravi. Alcuni esami del sangue aiutano a capire se si tratta di un'infezione. Per escludere lesioni ossee di origine tumorale possono, invece, essere necessari altri accertamenti come la Pet».

Come si curano le fratture da stress?

«Nella maggior parte dei casi con la sospensione dall'attività sportiva per un periodo variabile in rapporto al segmento osseo interessato, in genere almeno 4-5 settimane. Per attenuare il dolore si usano antidolorifici e antinfiammatori, mentre per favorire la cicatrizzazione ossea può essere utile la magnetoterapia. Bisogna poi intervenire con accorgimenti mirati su tutti quei fattori che possono aver favorito la frattura da stress, come squilibri ormonali o dietetici. La chirurgia è riservata a casi selezionati, per esempio qualora la microlesione riguardi il femore: in questi casi si inserisce un chiodo endomidollare per prevenire una frattura completa».

Antonella Sparvoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le fratture da stress sono frequenti, soprattutto negli sportivi, ma non solo. Si verificano in seguito a microtraumi ripetuti, senza un trauma unico e violento

TIBIA
PERONE
FRATTURE DA STRESS

Mentre le fratture tradizionali sono dovute a un urto violento, che supera le resistenze meccaniche dell'osso, quelle da stress o da fatica sono il risultato di microtraumi ripetuti. La maggior parte delle fratture da stress si verifica a livello della tibia, dei metatarsi e delle altre ossa tarsali

OSSA TARSALI
METATARSALI

LE AREE PIÙ COLPITE
Le fratture da stress si verificano soprattutto a livello delle ossa delle gambe e talvolta delle braccia, a seconda del tipo di attività svolta

CLAVICOLA
Sollevamento pesi, caccia

SCAFOIDE
Corsa a ostacoli, basket, calcio

PERONE
Corsa, pattinaggio

TIBIA
Corsa, danza, basket, calcio

METATARSALI
Uso di scarpe con tacchi alti

CALCAGNO
Marcia con scarpe rigide (militari)

SESAMOIDE
Corsa, salti

I SINTOMI

- All'inizio il dolore è lieve, ma, continuando a camminare e a caricare l'area interessata, tende a peggiorare
- Il dolore si intensifica con l'attività e diminuisce a riposo, ma col tempo può diventare persistente
- Di solito il dolore è localizzato in un punto preciso
- Si può avvertire anche una sensazione di calore nella zona interessata

LE CAUSE

- In condizioni normali una maggiore sollecitazione dinamica delle ossa ne aumenta la resistenza perché i microtraumi che si verificano vengono «compensati» da continui processi di rimodellamento osseo
- Le fratture da stress avvengono perché i normali processi riparativi dell'osso non riescono più a controllare le microlesioni che si verificano durante l'attività sportiva
- Alcuni fattori possono favorire le fratture da stress
 - Osteoporosi
 - Morbo di Paget (questa malattia causa alterazioni della resistenza meccanica dell'osso)
 - Sesso femminile (le donne molto sportive e molto magre possono avere uno scheletro meno resistente)
 - Eccessivi allenamenti in bambini e adolescenti
 - Debolezza ossea costituzionale legata al mancato raggiungimento del picco di massa ossea durante l'accrescimento
 - Affaticamento muscolare
 - Scarpe errate o usurate che non ammortizzano più in modo sufficiente, terreni troppo duri, eccessiva attività con scarsi tempi di recupero, dieta scorretta
 - Età avanzata

LA DIAGNOSI

- In genere, se si sospetta una frattura da stress si esegue una radiografia dell'area interessata dal dolore
- Se si evidenzia una piccola crepa nell'osso, la presenza della frattura da stress è confermata
- Se la radiografia è negativa (eventualità comune negli stadi iniziali) e il dolore persiste è utile eseguire ulteriori accertamenti, per escludere altre patologie, come per esempio infezioni o tumori ossei
 - A volte con la Tac è possibile evidenziare lesioni non visibili con la radiografia
 - Alcuni esami del sangue in cui si valutano gli indici di infiammazione aiutano a capire se si tratta di un'infezione
 - Altri esami utili nei casi dubbi sono la risonanza magnetica, la scintigrafia ossea e la Pet

LE CURE

- In genere il trattamento è di tipo conservativo e prevede il riposo e l'astensione dall'attività sportiva per almeno 4-5 settimane
- Per favorire la cicatrizzazione ossea è utile la magnetoterapia
- Se la frattura da stress è stata favorita da squilibri ormonali o dietetici, occorre correggerli
- Per evitare ricadute, negli sportivi è importante valutare i cofattori che possono aver favorito la frattura da stress, come per esempio l'impiego di scarpe usurate che non garantiscono più una buona ammortizzazione o l'allenamento su terreni duri
- Se sono presenti alterazioni muscolari è utile tonificare i muscoli che risultano più deboli
- L'approccio chirurgico va riservato a casi selezionati, per esempio in presenza di una lunga crepa (infrazione subtotale) a livello del femore è utile mettere un chiodo per prevenire la rottura completa dell'osso

Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

Allenamento
Se i muscoli sono troppo affaticati il rischio aumenta

Di solito le fratture da stress negli sportivi sono legate a variazioni brusche del carico di allenamento e alla conseguente fatica muscolare. «Le ossa resistono bene ai carichi anche grazie all'attività pronta ed efficiente dei muscoli. Se questi sono affaticati, lo scheletro reagisce meno bene allo stress» puntualizza Rodolfo Capanna, presidente della Società italiana di ortopedia e traumatologia. Scarpe inadeguate o usurate, terreni di allenamento troppo duri, scarsi

tempi di recupero sono altri fattori che hanno un impatto negativo sull'osso. Inoltre, le donne molto sportive che seguono un regime alimentare per minimizzare il peso sono più inclini alle fratture da stress. «Esistono poi condizioni che rendono l'osso meno forte, come l'osteoporosi o il morbo di Paget, e persone con debolezza ossea costituzionale perché non hanno raggiunto il picco di massa ossea durante la crescita» conclude l'esperto.

A. S.

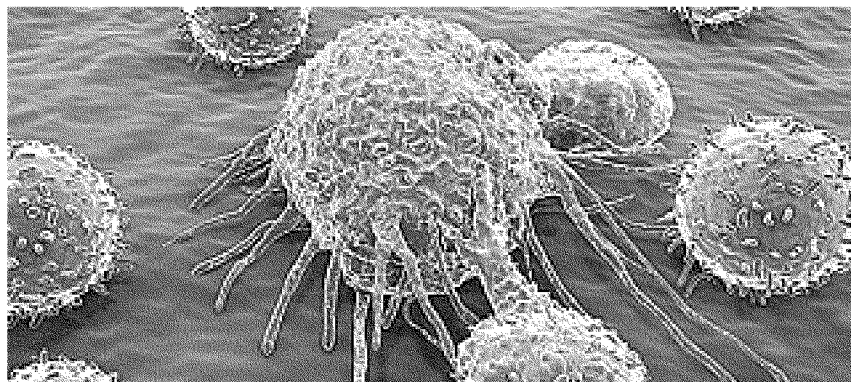
Cura del cancro, la svolta è nello sblocco del sistema immunitario

Ora l'obiettivo dei farmaci è rimuovere il «freno» opposto dai tumori avanzati

di **Ettore Mautone**

Sconfiggere il cancro utilizzando il nostro sistema immunitario per dare la caccia, scovare e annientare le cellule neoplastiche. Dopo anni di studi (fallimentari) — basati sul potenziamento di questa micidiale macchina da guerra, inefficace quando un tumore cresce e si espande — finalmente si vede la luce in fondo al tunnel. Nuove molecole si affacciano nella terapia del cancro. Farmaci che anziché agire sulle cellule fuori controllo rimuovono il freno che il tumore avanzato oppone al sistema immunitario. Un nuovo trattamento che ha stupito i medici per il successo ottenuto in fase sperimentale contro tumori aggressivi e metastatici.

Secondo Cesare Gridelli, primario di Oncologia al Moscati di Avellino e presidente dell'Aiot (Associazione italiana di oncologia toracica), si tratta della nuova frontiera per la cura del tumore al polmone «in grado di garantire benefici a lungo termine indipendentemente



Una particolare linfopenia in un tumore del fegato



Paolo Ascierto
Dirigente medico all'Istituto tumori Pascale, già presidente dell'Intergruppo melanoma italiano (Imi), è componente della Commissione tumori cutanei della Lega per la lotta ai tumori



Cesare Gridelli
Dirige l'Unità operativa complessa di Oncologia medica del Moscati di Avellino. È il presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia toracica (Aiot)

dalle mutazioni genetiche». L'unica arma disponibile, infatti, era finora rappresentata dalla chemioterapia, poco efficace e molto tossica. Un dato ancora più significativo se si considera che riguarda anche i fumatori, i più colpiti da questa malattia (85% dei casi) e che non presentano mutazioni genetiche. È il più importante risultato mai ottenuto finora e il primo reale passo in avanti negli ultimi vent'anni in una neoplasia particolarmente difficile da trattare. Nivolumab, questo il nome del nuovo farmaco, negli Usa, da alcuni mesi, è utilizzato come prima linea di terapia. «In Italia — aggiunge Gridelli — è stato au-

torizzato dall'Aifa (Autorità per i nuovi farmaci) alla fine dello scorso giugno ed è disponibile per uso compassionevole, dunque quando tutte le altre terapie hanno fallito. Risultati rilevanti sia nella forma metastatica non a piccole cellule squamose, sia nell'adenocarcinoma, in particolare nei pazienti già trattati, cioè in seconda e terza linea».

Le nuove prospettive sono ancora più incoraggianti: le cellule tumorali, sopravvivono e si moltiplicano attraverso il rilascio di segnali che fermano il sistema immunitario dal suo compito di eliminarle. Il nuovo trattamento a base di Nivolumab e Ipilimumab comporta un'infusione di due diversi anticorpi che «toglie i freni» al sistema immunitario, permettendo così di cercare e distruggere le cellule maligne.

Tutte ricerche che state al centro della conferenza internazionale presieduta da Gridelli che, nei giorni scorsi, ha richiamato a Napoli 150 esperti da tutto il mondo. L'immunoterapia, dunque, è la nuova frontiera nel trattamento di questa malattia ma anche di altri tipi di tumore. Come il melanoma: qui è l'Istituto Pascale di Napoli a giocare un ruolo centrale nella ricerca mondiale contro il cancro, un punto di riferimento internazionale negli studi sull'immuno-oncologia. Finora a Napoli sono stati arruolati più di 200 pazienti nelle sperimentazioni che utilizzano questo

approccio innovativo. Un dato che ha reso il Pascale protagonista al 51° congresso dell'American Society of Clinical Oncology (Asco), il più importante appuntamento del settore che si è concluso recentemente a Chicago con la partecipazione di più di 25 mila specialisti da tutto il mondo. «La strada è stata aperta dal melanoma, un tumore della pelle che in fase avanzata è particolarmente aggressivo», spiega Paolo Ascierto, direttore dell'Unità di Oncologia melanoma, immunoterapia oncologica e terapie innovative del Pascale e presidente della Fondazione Melanoma. «Nel 2014 in Italia sono stati stimati quasi 11.000 nuovi casi, 1.100 in Campania. Nello studio Checkmate presentato a Chicago sono stati arruolati complessivamente 945 pazienti: 314 trattati con la combinazione di due farmaci nivolumab e ipilimumab, 316 solo con nivolumab e 315 solo con ipilimumab. Siamo partiti dagli ottimi risultati raggiunti in precedenti sperimentazioni eseguite con ciascuno dei due farmaci immuno-oncologici. Con la combinazione delle terapie abbiamo raggiunto risposte positive superiori al 70 per cento. Alcuni pazienti sono vivi dopo dieci anni». Un obiettivo importante, mai ottenuto in precedenza. La ricerca è stata pubblicata sulla prestigiosa rivista scientifica *New England Journal of Medicine*. Oggi si stanno aprendo prospettive importanti per utilizzare l'immuno-oncologia anche in altre malattie. «Pensiamo che questo trattamento — conclude Ascierto — sarà efficace allo stesso modo in altri tipi di cancro, compreso quello alla vescica, testa e collo, rene e alcuni tipi di cancro intestinale».