



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Non autosufficienza Letta: Fondo ripristinato

Di **ETTORE MAUTONE**

Il Fondo nazionale per la non autosufficienza sarà ripristinato e lo si farà con un emendamento dell'esecutivo alla legge di stabilità. L'annuncio al termine del Consiglio dei ministri da parte del premier **Enrico Letta**. Il governo approva anche uno schema di decreto legislativo per il recepimento della direttiva europea sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici.

L'emendamento alla legge di Stabilità, all'attenzione della Commissione Bilancio del Senato, prevede il ripristino completo delle somme legate al capitolo della non autosufficienza dentro il quale stanno anche le risorse per i malati di Sla.

Dunque per i malati di Sla (Sclerosi laterale amiotrofica) che da ieri stanno protestando davanti al Senato per ottenere dal Governo e dal Parlamento la garanzia del diritto all'assistenza all'interno della Legge di Stabilità, si è trattato di un primo successo.

Successo riconosciuto dallo stesso premier Letta che ha definito la manifestazione "una giustificata azione di interlocuzione e di protesta da parte loro nei confronti del Governo e del Parlamento".

"L'intervento sulle non autosufficienze - ag-

giunge Letta, con riferimento al capitolo della non autosufficienza - è stato avviato il 15 ottobre, con l'idea che poi nel passaggio parlamentare ci sarebbe stato il completamento del percorso. Ed è quello che è avvenuto oggi con il nostro emendamento che ripristina i fondi originali".

Inoltre, su proposta del Ministro per gli Affari europei, Enzo Moavero Milanesi, e della ministra della Salute, Beatrice Lorenzin è stato approvato uno schema di decreto legislativo, sul quale verranno acquisiti i pareri prescritti, per il recepimento della direttiva europea in materia di "protezione degli animali utilizzati a fini scientifici".

Qui vengono introdotte norme dedicate alla sostituzione e alla riduzione dell'uso di animali nelle procedure e al perfezionamento dell'allevamento, della sistemazione, della cura e dell'uso degli animali nelle procedure, nonché norme circa l'origine, l'allevamento, la marcatura, la cura e la sistemazione e la soppressione degli animali, le attività degli allevatori, dei fornitori e degli utilizzatori ovvero per la valutazione e l'autorizzazione dei progetti che prevedono l'uso degli animali nelle procedure". ●●●



Il federalismo

Le regole che danneggiano gli assistiti del Mezzogiorno

Illogico far pagare più tasse sul lavoro e non sul fumo**L'analisi****Ma i fondi pubblici e i finanziamenti privati favoriscono il Nord****La scelta dell'Irap**

L'imposta che finanzia la sanità è quella sulle attività produttive perché il Carroccio voleva massimizzare il gettito al Nord

L'alternativa delle accise

Tabacco e alcolici hanno consumi non troppo diversi tra le regioni e chi ne fa un uso eccessivo incrementa le spese di assistenza

Il conto da correggere:
un anziano vale 2,8
e un quarantenne 0,5

Erogazioni

Solo il 7%
dei
contributi
delle
fondazioni
bancarie
va al Sud

Marco Esposito

Ci sono cose che capisce anche un bambino: meno prevenzione e più malattie da inquinamento danno come risultato meno persone che raggiungono la terza età. Altre cose, più complesse, un bambino non è tenuto a capirle, ma noi adulti sì: meno anziani (per una formula diabolica scritta da un leghista che sapeva che gli anziani vivono soprattutto al Nord) porta come conseguenza minori fondi per la sanità. Quindi ancora meno prevenzione, cure sempre meno tempestive, con una catena di conseguenze negative che dobbiamo spezzare, nell'interesse di adulti e bambini, prima di finirne stritolati.

E non è finita: per coprire il deficit sanitario si alzano le tasse sul lavoro, ma più tasse sul lavoro portano meno posti di lavoro regolari e minore gettito fiscale. E così via in un perverso rincorrersi di cause ed effetti.

I fuochi che lampeggiano tra Napoli e Caserta hanno almeno un effetto positivo: fanno luce su un sistema sanitario malato e costringono tutti noi a svegliarci e ca-

pire in quale buco nero stiamo precipitando. Non solo perché i veleni, ovviamente, avvelenano; ma perché l'incremento delle malattie mette a nudo una sanità poco attrezzata a fronteggiare l'ordinario, figurarsi l'emergenza. L'inchiesta di Maria Pirro e i numeri che trovate in queste pagine dicono molto e provocano indignazione. A chi fa informazione - e ancora di più a chi ha potere di governo - tocca però smantellare le regole diaboliche prima che aggiungano danno a danno.

Una delle formulette perverse stabilisce che quando una persona raggiunge i 75 anni, per la distribuzione fra le regioni dei fondi per la sanità, "vale" 2,84 mentre un adulto di 30 o 40 anni "vale" appena 0,54. In Campania gli ultra 75enni sono appena uno ogni 13 abitanti mentre per

esempio in Liguria sono uno ogni 7. Ora è del tutto ovvio che un anziano abbia più bisogno di assistenza ospedaliera di un quarantenne, tuttavia a 75 anni bisogna arrivarci, con la prevenzione, la diagnosi e la cura tempestiva di malattie che possono costare la vita. Ed è proprio qui che il sistema sanitario campano fa acqua, almeno a confronto con altre realtà regionali. Tuttavia le regole della popolazione "pesata" per l'età rischiano di peggiorare e non di correggere la qualità del servizio sanitario.

E le trappole non finiscono qui. La sanità è finanziata in larga parte dall'Irap, cioè l'Imposta regionale sulle attività produttive che le imprese pagano in proporzione ai dipendenti. Dove i conti sanitari sono fuori linea, l'Irap viene alzata (oggi in Campania si paga il 4,97%

contro il 3,90% standard) ed è dimostrato che aliquote più alte portano il calo dell'occupazione regolare. Con una flessione del gettito e ulteriori buchi nei conti sanitari.

Si dirà: il pubblico non ce la fa più a garantire servizi sociali, ma un sistema sano si sostiene intercettando anche fondi privati. Purtroppo anche qui non ci siamo. Il più grande erogatore privato, infatti, è il sistema delle fondazioni di origine bancaria, che nel 2012 ha erogato 170 milioni tra ricerca e assistenza sanitaria. Tuttavia tali fondi sono andati per il 93% al Centronord e per il 7% al Sud. Se un ospedale del Mezzogiorno provasse a chiedere fondi per acquistare un macchinario all'avanguardia alla Compagnia di San Paolo (la quale incassa una discreta fetta dei proventi dal dividendo del Banco di Napoli) riceverà questa risposta ufficiale: «Nel 2013 siamo concentrati sui grandi ospedali dell'area torinese». E non andrà meglio se si bussa alla Fondazione Cariplo o a Cariverona, per citare le maggiori.

Come se ne esce? Primo: facendo ordine in casa, perché qualsiasi centesimo sprecato giustifica suo malgrado i tagli di risorse. Secondo: lanciando un grande piano di screening della popolazione, perché la prevenzione è la migliore strada nella lotta ai tumori. Terzo: forti dei risultati dei primi due punti, va contrattato con il governo un diverso criterio per il riparto dei fondi sanitari rompendo la gabbia del criterio dell'età visto che la speranza di vita in Campania sta peggiorando rispetto alla media nazionale. Quarto: le fondazioni bancarie devono essere obbligate per legge a erogare una parte dei fondi nel Mezzogiorno. Quinto: va alleggerita l'Irap trasferendo il peso fiscale su imposte direttamente legate alle spese sanitarie e cioè le accise su tabacchi, alcolici

e carburanti.

Tutti sanno che chi fuma, beve molto o respira smog si ammala di più. Mentre chi lavora non fa del male a nessuno, anzi. È illogico tassare di più il lavoro in Campania, come si fa con l'Irap, e invece trattare fumatori e bevitori allo stesso modo in tutta Italia.

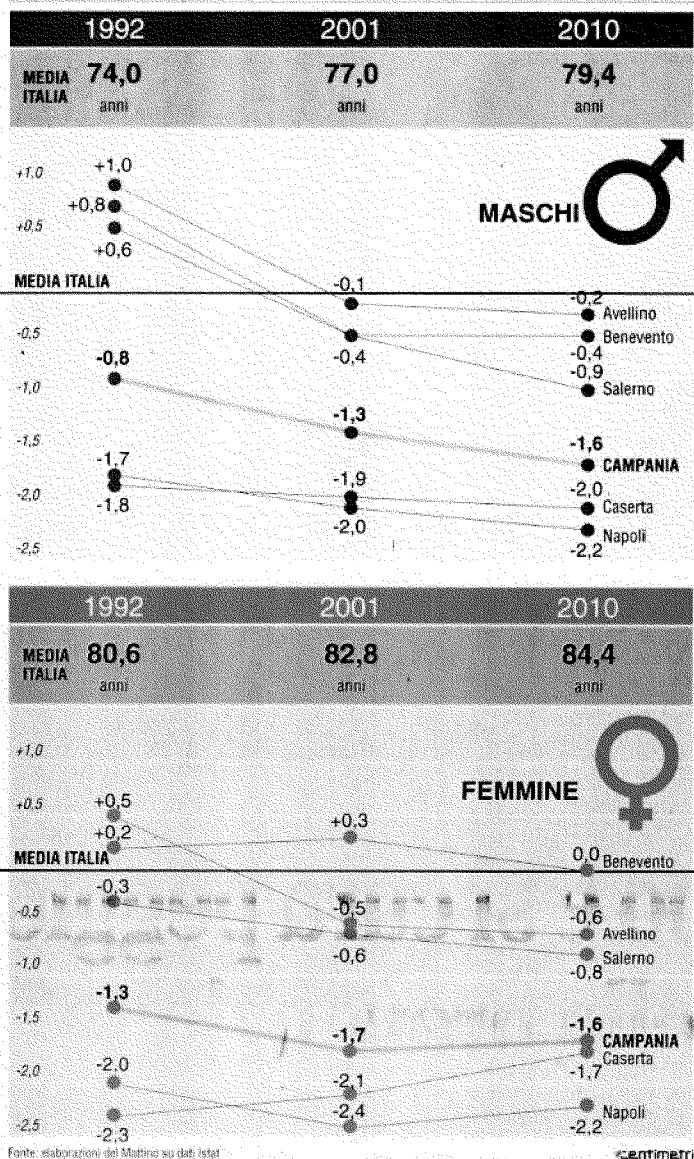
C'è un solo motivo per il quale per finanziare la sanità si è scelta l'Irap invece dell'accisa sui tabacchi e sugli alcolici: che queste ultime tasse danno un gettito omogeneo sul territorio, mentre l'obiettivo della Lega Nord, che nel 2009 ha scritto quasi da sola le regole sul federalismo fiscale, era dare un forte gettito tributario soltanto al Nord. Ma adesso il Carroccio non è più al governo ed è venuto il momento di correggere tutte le storture. Le nostre e quelle che ci hanno imposto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il trend Vita media aumenta il divario

È in aumento il divario tra la speranza di vita nazionale e quella della Campania. In particolare nella popolazione maschile nel 1992 tre province su cinque avevano una speranza di vita superiore alla media nazionale, adesso sono tutte al di sotto. Il divario per la regione è raddoppiato in 18 anni per gli uomini ed è passato da 1,3 a 1,6 anni per le donne. Le province dove si vive meno sono sia per i maschi che per le femmine Napoli e Caserta.

Speranza di vita a confronto





Sanità e spending review Il bisturi di Cottarelli

Gli sprechi della spesa sanitaria sono un interesse primario? Oppure sono un interesse del primario? Negli ultimi tempi, tra supposte, purghe e medicine anti meteorismo, la sanità è guarita da molti mal di pancia. Al punto che l'ultima Legge di Stabilità non ha effettuato tagli, dopo le 11 misure prese in soli sei anni (come ricorda il presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi nell'intervista a pagina 27). Secondo l'ultimo rapporto Cies-Crea dell'Università Tor Vergata di Roma, nel 2011 la spesa sanitaria pro capite in Italia è stata inferiore al 23,9% rispetto alla media dei Paesi dell'Ue. Inoltre, il disavanzo di esercizio è passato, tra il 2005 e il 2011, da 5,7 a 1,3 miliardi. In tempi di spending review è facile immaginare però che l'équipe di Carlo Cottarelli andrà a fare un check-up completo dei circa 110 miliardi di dotazione del Servizio sanitario nazionale. Tra le possibili radiografie ce ne è una nota soltanto per i titoli shock dei giornali sulle differenze di prezzo delle siringhe in Italia (chi dice il 177%, chi triplica o decuplica questa percentuale). È la spesa per gli strumenti o i dispositivi (aghi, fibrillatori, Tac, protesi all'anca e così via). La cosa funziona più o meno così: ogni Regione ha o dovrebbe avere una centrale di acquisto, guidata da una commissione tecnica, che registra i fabbisogni di Asl e Aziende ospedaliere e procede a una gara, effettuata però dalla Consip. Pare logico pensare che se si eliminasse il livello intermedio e si arrivasse a capitolati unici, per tutto il territorio italiano, gestiti direttamente dalla stessa Consip, ci potrebbero essere dei risparmi. Anche consistenti, grazie a un marketplace nazionale delle varie apparecchiature tecniche. Ma sorgerebbero due problemi: che fare del personale delle centrali d'acquisto e come ricollocarlo? E soprattutto: come conciliare nel rapporto con i fornitori Regioni virtuose che pagano a un mese e quelle sottoposte ai piani di rientro che saldano le fatture a babbo morto? Se Cottarelli trovasse una soluzione, anche il bisturi della spending review per gli altri settori potrebbe costargli un po' di meno.

 [twitter @FabioMDeRossi](https://twitter.com/FabioMDeRossi)

I casi

Dentisti in aula I master per il rilancio

La «sindrome della poltrona vuota» si cura anche con l'aggiornamento in implantologia. Secondo Maurizio Cirulli, medico odontoiatra di Bologna, implantologo dal 1986 e titolare di contratti di insegnamento universitari e presso il Nicola's Foundation Onlus di Arezzo, i nostri dentisti esperti potrebbero essere ricollocati se intercettassero la domanda crescente di odontoiatria geriatrica. Degli ultrasessantenni che si recano all'estero per farsi curare i denti; le cui protesi, superata una certa età, hanno perso la stabilità necessaria per la masticazione. «Vanno in Croazia e altri paesi dell'Est perché i costi sono minori e trovano metodiche d'implantologia semplificate, ma l'implantologo dovrebbe abitare vicino al paziente per ogni evenienza».

Da un lato diventare dentista è oggi sempre più difficile, dall'altro occorre invece aggiornarsi per superar la crisi. Almeno 3.000 odontoiatri potrebbero riempire i loro studi studiando tecni-

I corsi

Le specializzazioni
in implantologia in vista
dei bisogni di una popolazione
che invecchia

che che limitano il trauma chirurgico e recuperano la protesi stessa del paziente stabilizzandola. Con uno o due impianti almeno, (praticando due o tre piccoli fori) saldati fra essi con una barra. Il tutto con un sanguinamento minimo (per evitare effetti collaterali a chi usa anti-aggreganti), senza dolore, e in tempi stretti. Insomma, in poco più di un'ora d'intervento, grazie a questa metodica conservativa e poco invasiva si torna a casa con un sorriso smagliante e una protesi provvisoria.

Per specializzarsi in implantologia, che al momento rappresenta la domanda maggiore di cure (giacché la popolazione del nostro Paese invecchia e si vive sempre più a lungo), oltre alla laurea specifica di sei anni, Cirulli consiglia soprattutto due corsi specifici: il master in implantologia e biomateriali all'Università di Chieti e il master in chirurgia orale all'Università di Bologna.

Alessandro Luongo

Cancro, si scopre dopo e si cura peggio Campania indietro nella prevenzione

I nodi: screening poco diffusi, liste di attesa lunghe e scarso coordinamento

Maria Pirro

Il viaggio del «paziente zero» comincia a Nola, nella Terra dei fuochi, 33mila abitanti, fra le anime «dannate» dalla paura. L'incubo di roghi tossici e rifiuti interrati, dopo quello più antico: sullo sfondo il Vesuvio.

Ecografia la vigilia di Natale

Si può prenotare l'ecografia anche in farmacia. Ecco la sorpresa: la data disponibile, in una struttura pubblica dell'Asl Napoli 3 Sud, è il 24 dicembre. Fissare prima l'appuntamento in un centro convenzionato in questo periodo è quasi impossibile, perché molti hanno raggiunto il tetto di spesa concordato con Asl e Regione, quindi fanno pagare le prestazioni. Stessa situazione, se non peggiore, a Napoli città: nelle strutture pubbliche la prima data utile è il 9 gennaio. E la situazione si complica di più se si chiede di eseguire una risonanza magnetica ma senza codice d'urgenza sulla ricetta. A Napoli si va al 25 marzo, sede Asl sul corso Vittorio Emanuele.

Senza risonanza

Altra sorpresa: «Da Nola a Sorrento, l'Asl Napoli 3 Sud non ha la risonanza magnetica né un reparto dedicato esclusivamente all'oncologia con posti letto ordinari né centri pubblici per la radioterapia». Scuote la testa Giuseppina Di Maro, segretario regionale della Fp Cgil Medici, come a dire: «Lasciate ogni speranza o voi che entrate. Occorre - aggiunge Di Maro - riorganizzare e razionalizzare i servizi sanitari, affrontare subito le carenze nei vari territori». Anche perché, fare la risonanza a pagamento, con e senza mezzo di contrasto come è indicata per un caso «sospetto», significa sborsare circa 250 euro. Chiaro che non tutti possono permetterselo. Sull'altro «dembo» di Terra dei fuochi, in provincia di Caserta, è stata inviata una lettera alle aziende sanitarie e ospedaliere dalla Regione per potenziare i servizi pubblici e limitare i disagi dovuti allo stop delle prestazioni nei centri convenzionati.

Colon, screening in 2 Asl su 7

Altro caso all'esame dei vertici regionali della sanità, la prevenzione: da rilanciare. Un imperativo dettato

Ritardi

La mancata tempestività nella diagnosi dei tumori può essere fatale

zione, pubblicata sul sito governativo il 3 settembre scorso, è evidenziato che «importanti criticità emergono nell'erogazione di servizi afferenti», «con particolare riferimento all'area degli screening».

Per l'oncologia, è «bassa» la «quota di residenti che hanno effettuato test in programmi organizzati». La situazione più clamorosa? L'esame per il tumore del colon-retto, che prevede la ricerca del sangue nelle feci: lo screening è operativo solo in due Asl su sette, in particolare ad Avellino e all'Asl Napoli 3 Sud. Ed è proprio nella Terra dei fuochi, alle pendici del Vesuvio, che si conta il risultato migliore in assoluto: copertura al 22,1% contro una media regionale ferma al 7,6, nel 2009, e portata al 12,1% nel 2010 (cui si aggiunge l'impegno registrato in diversi comuni in provincia di Salerno). Quasi la metà dei napoletani e campani «a rischio» non presta attenzione neppure agli altri controlli consigliati. Secondo gli ultimi dati disponibili, in Campania al programma femminile di pap test si è avuta questa adesione: 55,5% (rispetto all'obiettivo fissato nel 2009), 57,9% nel 2010. Per la mammografia: 39,3%, nel 2009, e del 43,7 nel 2010.

Seno, diagnosi precoce: 26%



Screening, ma anche diagnosi precoci meno numerose. L'Italia è a due velocità: al Nord il 45% dei tumori della mammella è diagnosticato a uno stadio precoce, «mentre al Sud le percentuali scendono, arrivando al 26% di Napoli e Ragusa, dove sono frequenti i casi che presentano già metastasi al momento della diagnosi, pari rispettivamente al 9,6% e 8,1%». Si legge nel report diffuso dall'Istituto dei tumori di Milano: «Sebbene a questa diagnosi ritardata corrisponda una differenza di sopravvivenza a 5 anni relativamente contenuta (89% al Nord a fronte dell'85% al Sud), la scoperta di un tumore allo stato iniziale è un fattore di grande importanza per la paziente perché consente di ricorrere a trattamenti chirurgici meno invasivi e a terapie più semplici, garantendo una migliore qualità di vita e un minore costo sociale».

Qui chirurgia demolitiva

Un esempio? «La probabilità che una donna colpita da tumore al seno residente a Napoli o Sassari sia trattata con un intervento di chirurgia demolitiva - segnala il rapporto - è del 30-40% superiore alla media italiana complessiva». Questi i dati che non solo per il cancro al seno ma per 4 tra le più importanti forme tumorali (mammella, polmone, colon-retto e melanoma) emergono dallo studio Eurocare 5 alta risoluzione - Italia, che l'Istituto nazionale dei Tumori di Milano ha pubblicato sul numero di dicembre scorso della rivista internazionale Cancer Epidemiology. Sottolinea Milena Sant, dell'Istituto nazionale dei Tumori di Milano, coordinatrice dello studio: «L'adesione a standard diagnostico-terapeutici internazionali è in generale soddisfacente al Centro-Nord e meno diffusa al Sud» E «le ragioni sono molte e diverse: per il tumore della mammella, per esempio, l'insuffi-

I medici

Il vicepresidente Schiavo: la regione è indietro su terapia del dolore hospice e Rsa

ciente applicazione di linee guida nelle aree di Sassari e Napoli è attribuibile sia alla inadeguata disponibilità di strutture radioterapiche (che quindi induce il chirurgo ad effettuare trattamenti più radicali al fine di prevenire le recidive), che anche alla frammentazione di strutture sanitarie che trattano i pazienti oncologici».

Gli ospedali senza cabina di regia

Stefano Cascinu è il presidente dell'Aiom, l'associazione italiana medici ospedalieri: con i volontari di Aimac e Favò (sigle che rappresentano gli ammalati), ha analizzato più di 14 milioni di schede di dimissioni ospedaliere sulla base di una convenzione con il ministero della Salute. Ecco la sua «radiografia» della situazione nazionale: «Si è avuta la chiara percezione che ci sia un importante squilibrio fra i centri che hanno trattato le diverse patologie». Risultato: «Questa situazione è pericolosa per l'efficacia degli interventi terapeutici». Lo sa bene un medico esperto come Oreste Cuomo, direttore del centro trapianti e primario della chirurgia epatobiliare del Cardarelli. Spiega: «Ogni centro mette a punto le strategie migliori possibili, però manca una cabina di regia regionale. Occorre costruire una rete tra le strutture. Serve un piano oncologico. Altrimenti succede che i pazienti arrivano dallo specialista quando è troppo tardi e questo, nel mio reparto, accade in media anche tre volte su dieci». Il ruolo dei piccoli ospedali periferici per i pazienti afflitti da neoplasie complesse dovrebbe ricalcare quello delle reti per l'emergenza, che prevede la «stabilizzazione» del malato e il suo trasferimento al centro più vicino, in grado di affrontare la situazione in maniera multidisciplinare integrata. «Però in Campania i centri di riferimento ad elevata esperienza per le patologie oncologiche non sono stati ancora individuati» avvisa Cuomo.

Aggiunge Cascinu: «L'identificazione dei centri in Italia potrà portare importanti vantaggi per i pazienti, come

il miglioramento della sopravvivenza, ma anche una riduzione di inefficienza e sprechi».

Una priorità, rafforzare la rete oncologica regionale, ribadita dagli ultimi decreti regionali sulla sanità. «Siamo al lavoro» assicura Mario Vasco, da poco nominato direttore generale dell'assessorato campano, che annuncia: entro un mese sarà operativo anche il programma per adeguare al fabbisogno i centri di radioterapia. Una indagine a tappeto è stata appena completata.

Radioterapia, maglia nera

Le carenze, le gravi carenze in Campania, sono segnalate anche dal censimento 2013 realizzato dall'Airo, l'associazione italiana di radioterapia oncologica. Per eseguire questo trattamento, richiesta il 60-70 per cento delle volte, sono utilizzate apparecchiature hi-tech. Ma in Campania non ce ne sono abbastanza: sono 4,5 gli acceleratori lineari per milione di abitanti (al di sotto della media nazionale che è di 6 per milione). Il presidente dell'Airo, Giovanni Mandoliti, oggi e domani a Napoli per un convegno sui tumori, è categorico: «La dotazione è insufficiente». Ciò significa «non garantire a tutti i pazienti un accesso adeguato alle cure oncologiche e favorire il fenomeno della migrazione sanitaria».

«Ho pagato io le cure»

Il dato sulla radioterapia indicato nel censimento è riferito alle strutture pubbliche, private e convenzionate e può essere la spia della difficoltà anche nel provvedere ai trattamenti nei tempi stabiliti per tutti gli ammalati. Tra questi, una donna afflitta da un tumore cerebrale in stadio avanzato chiede l'anonimato per raccontare: «In un centro pubblico mi è stato detto che avrei dovuto aspettare due mesi per la radioterapia, nella struttura convenzionata 15 giorni. Nel privato zero attesa. Ho preferito pagare e cominciare subito». Costi enormi, che in questo periodo si ripropongono (con qualche zero in meno, ma la spesa è co-

munque onerosa) anche per esami come la Pet-tac. Ritorna il problema dello sfioramento dei tetti di spesa da parte dei centri convenzionati: «Per quest'indagine le prestazioni sono bloccate nella struttura in cui avevo eseguito gli altri due esami. Di tasca mia avrei dovuto pagare 550 euro» dice Marati che li ha rinunciati a farlo e optato per una struttura diversa. «Struttura pubblica, ma non prima dell'11 dicembre. Questo significa che almeno fino a quella data continuerò a ingoiare una pillola che costa 110 euro alle casse pubbliche, 3000 euro a confezione, senza sapere se la terapia biologica che sto tentando è realmente efficace». Un paradosso. Senza arrivare ancora all'ultimo stadio: gli hospice.

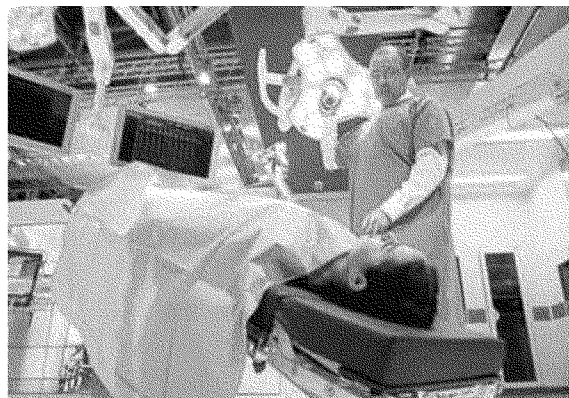
Hospice tra sprint e ritardi

«La Regione - dice Vasco - ha dato un forte impulso alla realizzazione di queste strutture dedicate ai malati terminali. Con il decreto del 31 dicembre 2012 ha accreditato tre strutture a Caserta, per 35 posti letto. Ed è imminente l'apertura di un altro centro a Casavatore, nell'Asl Napoli 2 Nord, con 12 posti letto. Nel Salernitano ci sono tre strutture, l'ultima aperta un mese fa, 35 posti. Dodici quelli disponibili a Solofra». Non solo: «È in programma la realizzazione di un altro hospice nel vecchio ospedale di Cancellone e Arnone, il progetto è nella fase della programmazione esecutiva». Impegni, lavori. Cantieri, storie. Vincenzo Schiavo, medico di famiglia e dirigente del sindacato Fimmg, che è anche vicepresidente dell'Ordine dei medici di Napoli non accetta i ritardi accumulati: «Hospice, rsa, terapia del dolore. La Campania è ancora indietro». Brucia, questo forse fa più male, nella Terra dei fuochi che non vuole e non può aspettare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La rete

Molti centri hanno strategie di intervento di buon livello tuttavia manca una cabina di regia regionale





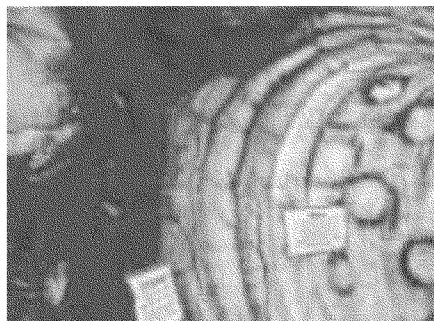
I numeri



26%

Mammografia

La diagnosi precoce a Napoli è al 26% contro il 45% del Nord



2 su 7

Colon retto

Lo screening è attivo soltanto in due Asl della Campania su sette



57%

Pap test

L'adesione rispetto all'obiettivo si è attestata al 57,9%



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Riabilitazione

L'Asl amplia i limiti di spesa

Cambiano i limiti di spesa in relazione ad alcune voci di prestazioni ambulatoriali e domiciliari. L'adeguamento è stato deciso dai vertici dell'Asl guidata dal direttore generale Michele Rossi. Gli ambiti di intervento riguardano la riabilitazione, la salute mentale e l'ambito socio-sanitario. Il totale per tutto il 2013 passa da 13 milioni 118 mila euro a 14 milioni 903 mila per la riabilitazione. Il provvedimento riguarda una serie di centri abilitati e convenzionati con l'Asl riportati nella medesima delibera per un totale di 286 mila prestazioni per la riabilitazione e oltre 79 mila per la medicina fisica e riabilitativa. Interessate dalla medesima rivisitazione anche alcune prestazioni in regime di Rsa e hospice.

FIGORELLA CITO SUBENTRA A MARIELLA CORVINO

Ascalesi, cambio al vertice

NAPOLI (Giuseppe Letizia) - Cambio alla direzione sanitaria dell'ospedale Ascalesi nel centro storico. Da venerdì mattina **Fiorella Cito** dirige la struttura di via Pietro Colletta. Arriva dall'ospedale San Paolo e subentra a **Mariella Corvino**, che torna al Loreto Mare. "E' un dirigente sempre presente. Mariella Corvino è stata impeccabile nell'operato: con risposte rapide alle richieste dei dipendenti". E' il sindacalista dell'Ugl, **Ciro Salcino** (nella foto), a fare da portavoce per medici e infermieri dell'ospedale:



© RIPRODUZIONE RISERVATA

DOPO L'INDAGINE SVOLTA ALL'INTERNO DEL REPARTO DI CARDIOLOGIA DEL SANTA MARIA DELLE GRAZIE

Infarto, esperti a confronto per salvare vite umane

POZZUOLI (es) - Il reparto di Cardiologia dell'ospedale di Pozzuoli con oltre 500 infarti acuti e quasi 450 fibrillazioni atriali trattate, si qualifica come uno dei centri a maggiore volume di attività in Campania per il trattamento in emergenza delle patologie cardiovascolari. Tali numeri rendono ancora più significativa l'indagine condotta in Reparto sulle modalità con cui gli infartuati raggiungono l'ospedale: il 25% dei pazienti viene trasportato al Santa Maria delle Grazie dai mezzi del 118, il 74% lo raggiun-

ge con mezzi privati, e l'1% arriva con i mezzi pubblici o a piedi. Questi dati, raccolti dal personale del reparto Cardiologia insieme ad analisi su esperienze maturate dai cardiologi del nosocomio flegreo, saranno al centro del convegno 'Il Cuore nei Campi Flegrei' in programma domani presso Villa Elvira. L'appuntamento - a cadenza biennale - ospita relatori, moderatori e discussants regionali ed extraregionali di riconosciuto prestigio nazionale. Nel corso della giornata verrà anche assegnato un premio al

miglior esame clinico ecocardiografico. Le patologie cardiovascolari sono la prima causa di morte in Italia e in Campania (dalle ultime rilevazioni sono stati 6847 i cittadini campani morti per infarto nel 2009) ed una tra le prime nel mondo (ogni 26" un paziente nel mondo ha un evento coronarico ed ogni minuto muore per quell'evento). La discussione è aperta anche per cercare di intervenire il prima possibile per salvare vite umane.

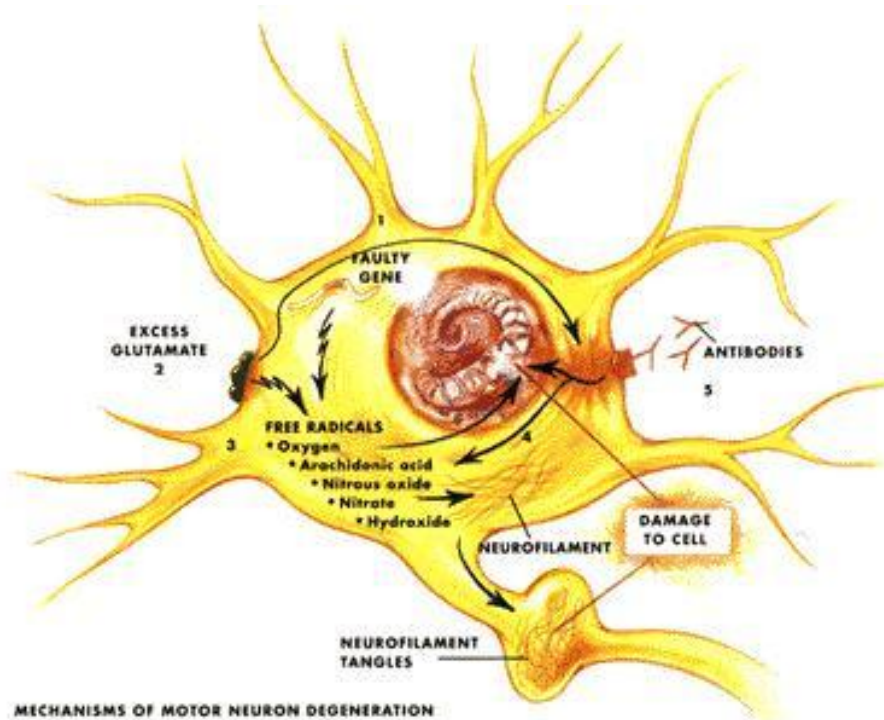
© RIPRODUZIONE RISERVATA





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



La scoperta. L'analisi choc degli esperti nel corso del convegno andato in scena al municipio «Le violenze sui bambini uccidono i loro neuroni»



«Le ricerche scientifiche provano che esperienze traumatiche croniche e modalità maltrattanti continuate producono, nei primi anni di vita del bambino, la sofferenza e la morte di neuroni attinenti alle aree dell'intelligenza, ma anche del sistema parasimpatico, ormonale, immunitario». E' questo uno dei passaggi più significativi emersi, mercoledì pomeriggio a Palazzo Baronale, a margine del convegno dal titolo «V per Violenza», promosso dall'ordine psicologi della Campania in occasione dell'appuntamento annuale con la «Settimana del Benessere Psicologico». Parole ripetute, davanti al sindaco Gennaro Malinconico e all'assessore alle politiche sociali Claudia Sacco, dalla psicologa Claudia Mennella. «I bambini- ha proseguito la dottoressa- la cui integrità non è stata attentata, che hanno trovato presso i genitori la protezione, il rispetto e la sincerità di cui hanno bisogno, saranno adolescenti e adulti intelligenti, sensibili, comprensivi ed aperti». Violenza sotto tutti gli aspetti,

anche quando c'è di mezzo l'amore, la sagoma sinuosa di una donna. Un tema aperto dalla psicologa Fortunata Galliano che ha parlato di come dall'amore non nasce mai violenza. «E' importante che le donne imparino ad individuare i segnali della violenza per trovare in se stesse il coraggio di liberarsi da uno stato di abuso - ha spiegato la dottoressa Galliano -. La sofferenza più grande sta nel rimanere immobili, come paralizzate, senza capire come mai si è portate a voler rimanere in una situazione che non può essere tollerata. Sul territorio nazionale - ha poi concluso la psicoterapeuta in formazione, Fortunata Galliano - esiste una rete di centri antiviolenza in grado di offrire assistenza sotto il profilo psicologico, legale, abitativo alla donna vittima di violenza per aiutarla ad uscire dal rapporto e ricostruire la propria vita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA
@Metropolis_Web



ALLA RICERCA DEL FARMACO CHE RIGENERA I MUSCOLI



RICK GUIDOTTI

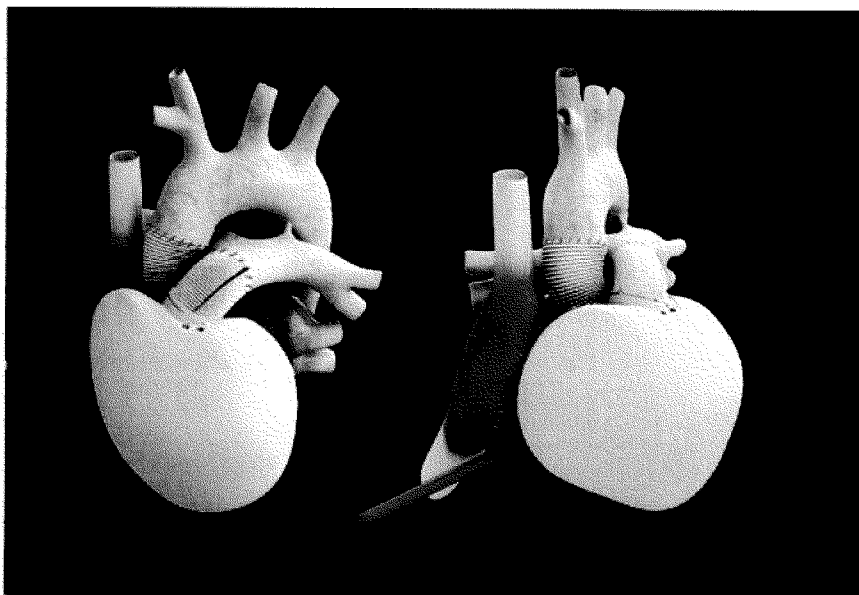
Alcuni bambini affetti da **distrofia muscolare** di Duchenne durante un workshop d'arte

Colpisce solo i maschi, che già a 2-3 anni di vita, iniziano a perdere forza muscolare:

prima nelle gambe e nel dorso, per cui camminano con difficoltà, poi nei muscoli che assicurano l'equilibrio, per cui cadono spesso e malamente. Tanto che a 8-10 anni devono ricorrere alla carrozzina. Allora a indebolirsi sono i muscoli delle braccia e del torace, con seri problemi respiratori, ma anche al cuore che, si sa, è un muscolo: si incomincia ad aver bisogno di strumenti per respirare, nutrirsi, comunicare... Perché la distrofia muscolare di **Duchenne** (così come la più lieve distrofia di Becker) è una malattia genetica degenerativa, in cui le fibre muscolari non si rigenerano. A provocarla, l'assenza di una proteina. Ad ammalarsi, un bambino su 3500. Fino a poco tempo fa non si superavano i 20 anni. Ora non più: anche se non esiste una cura, ci sono trattamenti che ritardano l'acuirsi della malattia e allungano la vita.

Ma bisogna conoscerli, saper cosa fare. Perciò nel '96 è nata in Italia Parent Project, associazione di genitori che diffonde informazioni e finanzia la ricerca: ormai può contare sull'aiuto di 20 mila persone, tra familiari e volontari. E ha un Centro di ascolto Duchenne (numero verde 800-943333), che segue direttamente seicento famiglie in dieci regioni d'Italia. Dal 21 al 23 febbraio Parent Project riunirà a Roma i maggiori esperti del mondo per aggiornare sulle ultime novità scientifiche e terapeutiche (le iscrizioni sono aperte:

parentproject.it e tel. 06-66182811). E nel 2014 darà il via alla sperimentazione di una nuova combinazione di farmaci, brevettata da un pool di studiosi e coordinata dall'Università di Milano, che può portare alla messa in commercio di un farmaco prezioso non solo per curare la Duchenne, ma anche altre gravi patologie muscolari. Ci vogliono fondi, però. Si aiuta Parent Project partecipando agli eventi di Natale in cinquanta città e a due spettacoli romani: un concerto dell'Orchestra giovanile di Roma il 24 novembre e un musical il 20-22 dicembre. Oppure unendosi al tour di sette giorni in mountain bike sulle Dolomiti nel giugno prossimo. Info sul sito.



Metti una staminale al lavoro

La via dell'alternativa al trapianto di cuore parla molto spesso italiano. Italiano è Marcello Conviti, l'amministratore delegato di Carmat, così come italiano è Massimo Massetti, per molti anni in Francia e ora al Gemelli, tra i massimi esperti mondiali dell'inserimento dei cuori artificiali. Ma italiano è anche Piero Anversa, oggi a Boston al Brigham and Women's Hospital - Harvard University, e autore di quella che è già considerata una scoperta fondamentale per la riparazione biologica del cuore danneggiato: l'esistenza delle cellule staminali cosiddette residenti. Per anni e ancora oggi - molti gruppi di ricerca si sono arrovellati nel tentativo di capire quale tipo di cellula staminale potesse essere più adatta a ricostituire un tessuto cardiaco diventato cicatriziale: di quale provenienza? A quale stadio di sviluppo? E così via. E si sono chiesti se potesse bastare o meno un solo tipo di staminale. Poi è arrivato Anversa, e ha descritto per la prima volta al mondo la presenza di staminali contenute in alcune nicchie del cuore, con caratteristiche uniche e facilmente identificabili perché contraddistinte da specifici marcatori. A quel punto alcuni gruppi hanno deciso di puntare nettamente su questo tipo di cellule, chiamate "residenti ad alto potenziale proliferativo". Tra questi c'è anche il gruppo del Dipartimento di scienze cardiovascolari del Policlinico Gemelli diretto da Filippo Crea, che collabora anche con Anversa.

Insieme hanno condotto Scipio, una sperimentazione clinica di fase I cui ha preso parte un altro italiano, Roberto Bolli, direttore del dipartimento di medicina cardiovascolare dell'Università di Louisville. In Scipio a una ventina di pazienti che non avevano tratto beneficio da un bypass e il cui cuore era affetto da una grave disfunzione contrattile sono state reinfuse cellule staminali cardiache autologhe: dopo un anno, come indicato su "Lancet", i cuori trattati avevano recuperato parte della capacità di contrarsi. Spiega Domenico D'Amario, ricercatore del gruppo di Crea che ha preso parte alla sperimentazione mettendo a punto una tecnica per un prelievo mininvasivo delle staminali residenti e i successivi trattamenti pre-reinfusione: «La metodica è relativamente semplice: si esegue una biopsia dal cuore malato, si isolano le staminali residenti, si fanno moltiplicare e si reinfondono. I dati mostrano che nella maggior parte dei pazienti c'è un significativo aumento della funzione contrattile, mai visto prima con l'uso di cellule staminali di origine diversa, e ciò ci fa ipotizzare che alla base di tale miglioramento vi sia una vera rigenerazione del tessuto danneggiato. Inoltre, al momento non sembrano esserci effetti indesiderati come le aritmie o la degenerazione neoplastica. Essendo cellule del malato, infine, non presentano problemi etici o di rigetto e si prestano a una terapia realmente personalizzata, adattata a ogni paziente e calibrata su ogni scenario clinico».

Scienze **TRAPIANTI**

Mi cambio IL CUORE

Organi meccanici. Perfettamente autosufficienti. Capaci di sostituire il muscolo che non funziona più. E restare nel petto per anni

DI AGNESE CODIGNOLA

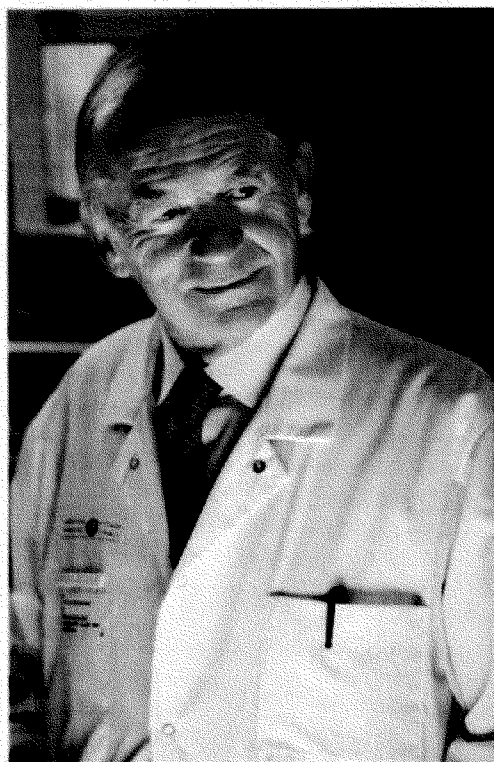
L'Italia è senza cuori da trapiantare. E questa è una buona notizia, perché significa che il numero dei giovani che muoiono quando sono in salute negli ultimi anni è crollato. Sono loro, infatti, che hanno regalato i loro organi ai malati. E, se fortunatamente ne muoiono di meno, ci sono meno cuori a disposizione dei chirurghi: nel 2007 sono stati fatti 311 trapianti cardiaci, nel 2010 il numero era sceso a 273, nel 2012 a 231 e quest'anno, per ora, è fermo a soli 102. Così la buona notizia si trasforma in una sorta di condanna a morte per tutti coloro che hanno un muscolo cardiaco che non funziona di più, e un dramma per i cardiologi, che di anno in anno vedono aumentare il numero di pazienti ai quali hanno poche soluzioni da offrire.

È quanto accade in tutti i paesi dove le norme sulla sicurezza stradale hanno reso i decessi tra i giovani sempre meno frequenti, e dove l'allungamento dell'età media ingrossa le liste d'attesa. Ma l'emergenza ha spinto i ricercatori a tirare le fila di studi che andavano avanti da decenni, e oggi sono in dirit-

tura d'arrivo diverse alternative tecnologiche. Vediamole.

BATTITI PARIGINI

Partirà a giorni in quattro paesi la sperimentazione di un cuore artificiale immaginato dagli scienziati francesi. A concepirlo per la prima volta fu un chirurgo che ha scritto la storia della cardiocirurgia mondiale: Alain Carpentier, inventore di molti interventi che hanno cambiato il destino di milioni di persone. Carpentier ha sempre avuto un sogno: realizzare un cuore artificiale del tutto autosufficiente, che potesse sostituire quello malato una volta e per sempre, e ci ha lavorato per una ventina d'anni, trovando nel tempo la partnership di Eads, il colosso dell'aeronautica francese che costruisce gli Airbus, oltre a corposi finanziamenti pubblici dell'ordine di decine di milioni di euro che gli hanno consentito di mettere al lavoro decine di bioingegneri. Così oggi quella che poteva sembrare una velleità da star della medicina potrebbe diventare realtà: a giorni le sperimentazioni del primo cuore artificiale totale partiranno in Polonia, Belgio, Arabia Saudita (dove a guidare l'équipe nell'Ospedale della casa reale c'è l'italiano Antonio Calafiore) e Slovenia, e probabilmente presto anche in Francia, dove il via libera è arrivato per ultimo,



IL CARDIOCHIRURGO ALAIN CARPENTIER CHE HA CREATO UN CUORE ARTIFICIALE AUTOSUFFICIENTE

alla fine di settembre, e dove ci sono tre centri con personale già formato per iniziare gli studi sull'uomo.

Quello d'oltralpe non è solo un cuore basato su una concezione diversa rispetto a quelli esistenti dal punto di vista biomeccanico e tecnologico, ma è un dispositivo che ha l'ambizione di superare molti dei limiti dei concorrenti attuali. Spiega Marcello Conviti, amministratore delegato italiano di Carmat, l'azienda nata per sviluppare il progetto (dove Carsta per Carpentier): «Il cuore artificiale totale sfrutta ciò che la tecnologia oggi ci offre, e cioè i sensori, la miniaturizzazione, il software e i biomateriali». A differenza degli altri organi artificiali in uso, che sono piccole pompe centrifughe e quindi possono dare solo un flusso ▶

continuo di sangue che arriva al massimo a 4-5 litri al minuto, quello di Carpentier è un dispositivo che riproduce la pulsatilità dell'organo naturale e quindi assicura una vera e propria circolazione con i movimenti ritmici del cuore, e con una portata che va da 2 a 9 litri al minuto, a seconda della situazione del paziente. I sensori riescono a distinguere tra le diverse attività - per esempio capiscono quando il paziente dorme e quando cammina - e in base alle informazioni ottenute regolano l'attività pulsatile, assicurando un effetto molto simile a quello naturale.

Il cuore Carmat, inoltre, è nato per superare un altro dei limiti più gravi degli altri dispositivi: la formazione dei trombi. «Le pompe normali», spiega ancora Conviti, «hanno delle parti che, una volta inserite nell'organismo, stimolano la formazione di trombi e di tessuto cicatriziale, fibroso, costringendo il malato ad assumere tutta la vita una terapia fibrinolitica, con tutto ciò che questo comporta, soprattutto in una persona non più giovane e nel tempo deve affrontare altre terapie. Noi abbiamo pensato di risolvere il problema utilizzando tessuto bovino ingegnerizzato, già sperimentato da anni per le valvole cardiache e dimostratosi nel tempo il migliore, in tutte le parti a contatto con i fluidi biologici: in questo modo limitiamo il fenomeno fino a farlo quasi scomparire e, con esso, la necessità di assumere anticoagulanti».

Per tenere in vita e far funzionare lo strumento, che viene attaccato alla parete degli atri (le camere superiori del cuore) dopo aver portato via i ventricoli (le parti inferiori) che non funzionano più, si impiega una batteria posta all'esterno, così come accade per le pompe tradizionali. I primi 4-6 pazienti dovrebbero essere operati nelle prossime settimane per verificare la sicurezza del dispositivo, e se tutto andrà come si augurano Conviti, i suoi ingegneri e i cardiologi coinvolti, il cuore artificiale totale potrebbe davvero avvicinarsi alla clinica. I costi per ora sono molto elevati: non meno di 200 mila euro solo per l'apparecchio, cioè di un costo che in tempi di crisi potrebbe compromettere pesantemente le speranze di grande diffusione mondiale del Carmat.

Secondo gli scettici, inoltre, tutto il progetto è ad alto rischio di fallimento: il cuore francese è troppo sofisticato, pre-



PROTOTIPO DI UNA VALVOLA CARDIACA ARTIFICIALE

vede troppe parti elettroniche che potrebbero rompersi in qualsiasi momento causando la morte del paziente, è insomma troppo vulnerabile. Questo il lato debole della tecnologia. La quale, oltretutto, si baserebbe su un'idea non nuova e per certi aspetti superata: quella di cercare di riprodurre in tutto e per tutto un cuore umano, cioè una delle macchine biologiche più complicate e stupefacenti dell'organismo, difficilmente eguagliabile da un dispositivo elettromeccanico, per quanto sofisticato.

PICCOLE MACCHINE CRESCONO

In attesa dei risultati della sperimentazione di Carmat, comunque, aumentano nel mondo le persone che riescono a vivere con una buona qualità di vita per diversi anni grazie agli altri dispositivi, che si basano tutti - pur con qualche variante - su un principio completamente diverso: quello di selezionare e riprodurre solo le funzioni fondamentali del cuore, cercando di evitare il più possibile tutto ciò che si può rompere o alterare cioè, essenzialmente le parti elettroniche, e di ottenere piccole macchine relativamente semplici ma funzionali e resistenti. Massimo Masetti è uno dei massimi esperti mondiali di questi cuori: ha imparato a metterli lavorando per vent'anni in Francia, a Caen, dove c'è uno dei centri più avanzati del mondo nel settore. Da qualche mese è

GIÀ CENTO ITALIANI VIVONO GRAZIE A NUOVE POMPE CHE RIPRODUCONO LE FUNZIONI FONDAMENTALI DI QUELLA CARDIACA

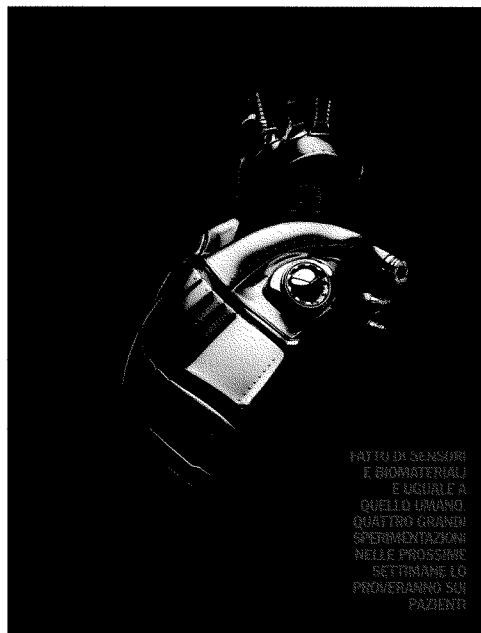
tornato in Italia, al Policlinico Gemelli di Roma, dove dirige il dipartimento di cardiocirurgia, e da dove si sposta spesso per aiutare le altre équipe chirurgiche dei centri cardiologici a realizzare questi interventi. Spiega Masetti: «Le pompe che inseriamo oggi sono straordinariamente più avanzate rispetto a quelle del passato: sono più piccole, più efficienti, più leggere e durano almeno 7-8 anni, al contrario di quelle di prima generazione che venivano utilizzate solo per poche decine di giorni, in attesa del trapianto».

Le nuove pompe lavorano sfruttando campi magnetici grazie a una pila esterna e assicurano al malato un cambiamento radicale della qualità di vita: con questi cuori può fare una vita normale. Hanno inoltre diverse velocità e, quindi, una certa capacità di regolazione. Restano, per ora, indubbi limiti come quello della formazione dei trombi, quello dei danni

al sangue, costretto a passare e ripassare milioni di volte attraverso una pompa, quello dell'usura e, anche qui, quello del costo (solo la protesi costa circa 100 mila euro), ma in attesa di soluzioni migliori costituiscono una valida alternativa per le centinaia di persone per le quali non c'è un cuore da trapiantare (in Italia circa 800 solo nel 2013).

Oggi nel nostro Paese già più di cento persone vivono con uno di questi cuori, e in alcuni casi si tratta di successi straordinari, come quello di uno dei primi pazienti operati da Massetti, un uomo che ha ricevuto il cuore meccanico nel 2005 e che è ancora in buona salute. Ma è comunque evidente che è necessario andare avanti, per giungere a soluzioni definitive. Il cardiocirurgo confida nella sinergia tra i dispositivi meccanici e le terapie biologiche, le cui potenzialità lui stesso, come altri, sta esplorando (vedi box qui accanto). Spiega infatti: «In tutto il mondo si stanno studiando cuori biologici costruiti ex novo, partendo da uno scheletro di un materiale biocompatibile cui vengono aggiunti diversi tipi di cellule. Questo approccio ricorda quello del Carmat, perché tende a riprodurre in vitro tutta la complessa anatomia del muscolo cardiaco. Può darsi che abbia successo, ma serviranno ancora diversi anni prima che tutto ciò diventi una realtà clinica, perché ricostruire una struttura tridimensionale che assolva a tutte le funzioni di un cuore umano attraverso molti tipi di cellule è un'impresa veramente ardua e a oggi lontana dall'essere raggiunta».

Un'idea più concreta è invece quella della medicina rigenerativa, che punta a riparare il cuore danneggiato fino a farlo tornare in buona salute. Nel futuro più prossimo, la soluzione per molti di coloro che hanno bisogno di un cuore nuovo potrebbe essere l'integrazione tra le pompe, che saranno presumibilmente sempre più efficienti, sicure e ad alta prestazione, e la rigenerazione del tessuto cardiaco danneggiato per esempio da un infarto o da un'insufficienza. Ai pazienti verrà cioè messa una pompa e poco dopo, o contemporaneamente, verrà iniziata una terapia rigenerativa, che permetta al suo cuore di ripararsi e di tornare a funzionare normalmente. Nel frattempo aspettiamo tutti di vedere che risultati darà il cuore Carmat". ■



FATTO DI SENSORI
E BIOMATERIALI
È UGUALE A
QUELLO UMANO.
QUATTRO GRANDI
SPERIMENTAZIONI
NELLE PROSSIME
SETTIMANE LO
PROVERANNO SUI
PAZIENTI

Sindrome di Down SEGNALI IMPORTANTI

Per la prima volta un composto sperimentale fa regredire gli effetti della sindrome di Down, e anche se il risultato è stato ottenuto sui modelli animali, il segnale è importante. La malattia è associata a una riduzione delle dimensioni del cervelletto, che nei malati è circa il 60 per cento di quello normale. Anche negli animali è così, ma se si somministra loro un composto sperimentale (che stimola un circuito legato alla genesi degli organi) nel giorno della nascita (una sola dose quindi), lo sviluppo è normale, così come lo sono prestazioni quali la memoria e l'apprendimento. Come sottolineato dagli autori, ricercatori della Johns Hopkins University, su Science Translational Medicine, è presto per parlare di cura per la sindrome di Down, ma in futuro molecole simili potrebbero mitigare gli effetti del cromosoma in eccesso.

Agnese Codignola