



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



**Ospedali
I medici: umanizzare
la nostra sanità
cambiando la formula**

PAOLO VIANA

«Cercasi un medico, chirurgo generale o anestesista. Comunque un medico qualificato nell'area dell'emergenza». Quest'annuncio, apparso sul portale della Fnomceo, potrebbe riferirsi al policlinico Car-

darelli o alle Molinette. Ovunque servirebbe un medico, visto che i camici bianchi e i pazienti "vivono lo stesso disagio".

A PAGINA 3

ANALISI / QUANTO «COSTA» LA SALUTE DEGLI ITALIANI

La sanità non è un algoritmo I medici chiedono una svolta

Dal personale al divario Nord-Sud: perché una riforma



di Paolo Viana

«**C**ercasi un medico, chirurgo generale o anestesista. Comunque un medico qualificato nell'area dell'emergenza». Quest'annuncio, apparso sul portale della Fnomceo, potrebbe riferirsi indifferentemente al policlinico Cardarelli o alle Molinette. Ovunque servirebbe un medico, visto che – come dice lo spot della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri – i camici bianchi e i loro pazienti "vivono lo stesso disagio". I primi devono farsi bastare farmaci e garze e ai secondi tocca attendere dei mesi per una risonanza magnetica. I primi non si azzardano a fare un taglio in più di quelli prescritti dalle linee guida, "perché poi c'è il penale", come ricorda Felice Achilli, chirurgo al San Gerardo di Monza. E se i secondi hanno bisogno di un intervento debbono votarsi a qualche santo, giacché 21 sistemi sanitari diversi non sono in grado di garantire quel principio dell'uguaglianza della cura che è nato con la Repubblica ed è morto con i tagli. Oggi il 58% dei pazienti over 65 con un femore fratturato è sottoposto all'operazione in 48 ore, ma le differenze da una Regione all'altra possono arrivare al 97%.

quale punta il dito contro i tagli che dal 2015 hanno depredata il Servizio Sanitario Nazionale di 11,54 miliardi di euro. Oggi, il nostro rapporto tra la spesa sanitaria e il Pil è nettamente inferiore a quello tedesco e francese, per non parlare del National Health Service di Sua Maestà. Anelli non esulta neanche per il recente accordo sulla medicina generale, che ha portato a sbloccare 300 milioni di arretrati ma non ha risolto il problema del fabbisogno – nei prossimi anni 33.000 medici di base andranno in pensione e 14 milioni di italiani resteranno scoperti – né quello sulla formazione. La Lorenzin ha messo sul tavolo sessanta milioni per le borse di studio ma le Regioni frenano: «Il principio dell'autonomia si è conservato magnificamente in questi anni, mentre non si può dire lo stesso di quello della solidarietà» commenta il presidente dei medici che dal nuovo governo si aspetta un cambio di passo. Butta lì, speranzoso, che «nel programma del Movimento 5 Stelle è prevista un'inversione di tendenza rispetto al defianziamento che ha depresso soprattutto il Sud». La Fnomceo chiede di archiviare i tagli, ridimensionare i direttori generali e riportare il controllo della spesa sanitaria nelle mani dei professionisti della salute. Cioè i medici. «Bisogna

Questa sperequazione non è casuale. Siamo un Paese a due velocità: «La spesa sanitaria al Sud è più pesante del Nord, rispetto al Pil, e per contro i cittadini ricevono un'assistenza molto più insoddisfacente» ammette il presidente Filippo Anelli, il

cambiare la governance e dire basta alla logica dell'aziendalizzazione della sanità» racconta Anelli. Non contesta il principio del pareggio di bilancio – introdotto dalla legge 2001 del 2012 – ma rivendica alla classe medica la responsabilità di gestire ospedali e poliambulatori. È la tesi degli Stati Generali, che riunirà nella primavera del 2019.

Certo, se il referendum non fosse andato come è andato, questa strada non sarebbe tanto in salita. A ben vedere, infatti, anche il programma del M5S più che ridimensionare i direttori generali vorrebbe sottrarli al controllo dei governatori. Senza contare che il mantra pentastellato dell'onestà si confonde facilmente con quello dell'efficienza che ha attraversato la stagione dei costi standard: il ricordo delle siringhe d'oro, delle proteste e delle garze che da un nosocomio all'altro rincaravano di dieci volte è ancora troppo vivo. Anelli, però, ribatte ai numeri coi numeri: «La corruzione c'è sempre stata, bisogna vigilare e costruire una cultura della buona gestione, perseguire i colpevoli, ma anche essere onesti nelle valutazioni dei fatti; e allora io dico che sono passati quasi dieci anni e le Regioni che dovevano attuare i piani di rientro hanno fallito, perché non hanno raggiunto gli obiettivi prefissati né in termini di Lea né di servizi al cittadino. Volete la prova che questo modello non funziona? Al Sud si muore di più». Eccoli, i numeri che danno ragione ai medici: secondo Osservasalute e il Censis, i tagli alla sanità avrebbero provocato una riduzione nell'aspettativa di vita degli italiani, poiché nel 2015, undici milioni di concittadini hanno fatto a meno di curarsi per ragioni economiche mentre chi poteva si rivolgeva al privato, facendo lievitare quella spesa del 3,2%. Oggi chi spende di più nella sanità privata? I milanesi? No, i residenti in Campania e Basilicata.

Il ritardo della Sanità meridionale non si conta solo in minuti di attesa dell'autoambulanza - in Liguria ci mette 13 minuti e in Basilicata 27 -, né in attesa della visita: il 23% dei pazienti meridionali non accede a un intervento chirurgico entro 60 giorni, il 16% deve pazientare per un mese se ha bisogno di una chemio e l'attesa media di una mammografia al Nord - secondo le rilevazioni di Cittadinanzattiva - è di 89 giorni mentre al Sud è di 142. Attenzione: non è semplicemente tempo perso. È vita. La doppia velocità denunciata dai medici significa che se hai un tumore al Sud hai tre probabilità su cento in meno di sopravvivere a cinque anni dalla diagnosi. Il 3% è accettabile per risanare la Sanità? Chiedetelo a chi ha il cancro.

Ecco, l'argomento forte che può dividere l'Italia più del reddito di cittadinanza: con questo Sistema Sanitario, che costa pur sempre 114 miliardi di euro, al Sud si crepa prima. I "giorni perduti" perché non si è riusciti a curare il paziente sono più di dieci all'anno e se nasci al Nord hai una speranza di vita in buona salute di 60,5 anni, mentre al Sud ti devi accontentare di 56,6. Insomma, non mancano i numeri a sostegno

dell'assioma di Anelli: i ragionieri hanno fallito, prima tentando di incentivare i camici bianchi a risparmiare – «ma ci siamo rifiutati di rifiutare le cure a chi ne ha bisogno» precisa il presidente della Fnomceo – e poi trasformando il principio di appropriatezza della cura in una tagliola. Che poi il loro algoritmo non ha neanche funzionato, dice la Fnomceo, se è vero che la spesa sanitaria del Mezzogiorno è rimasta la più alta e i Lea i più bassi. Alimentando la mobilità e gonfiando il fatturato della sanità settentrionale: nel 2016, si sono spostati così 4,16 miliardi di euro, con la Lombardia al top per mobilità attiva (937 milioni) e il Lazio per mobilità passiva (542,2). Insomma, abbandonate alle loro inadempienze e con Lea irrecuperabili, nel momento stesso in cui ricevevano meno finanziamenti, perché il fondo sanitario è attribuito in base a fattori demografici che penalizzano il Mezzogiorno, le Regioni meridionali finanziavano la sanità settentrionale, portandoci al paradosso per cui oggi la spesa sanitaria pubblica pro capite in Puglia, Calabria e Campania supera la media nazionale ma le famiglie meridionali che si impoveriscono per curarsi sono il 2,7% contro lo 0,4 di quelle residenti nel Nord-Ovest.

Il risanamento ha fatto cilecca anche nel redistribuire le risorse all'interno della macchina sanitaria: «Il blocco della spesa è stato raggiunto con il razionamento dei servizi, ma mentre sono stati bloccati gli investimenti, senza peraltro razionalizzare la rete ospedaliera al Sud, e il turnover, con il risultato che abbiamo reparti senza medici – osserva il presidente della Fnomceo – hanno continuato a lievitare le spese di gestione, come se quelle non le pagasse il cittadino». L'ultima battaglia, quella per ridurre il superticket, oggi Regioni e Stato si confronteranno su come ripartire 60 milioni di euro annui per ridurre la compartecipazione per le prestazioni specialistiche – secondo Cittadinanzattiva e Fnomceo rischia di penalizzare il Sud, concentrando il 70% delle risorse in sole cinque regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana), a sfavore di Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia.

Gli algoritmi dei ragionieri che condizionano la politica sanitaria sono stati messi in discussione anche dalla Consulta e dalla Cassazione, ma ai medici non basta. Non si accontentano più di essere dei "prestatori d'opera". Non contestano efficienza e appropriatezza: vogliono gestirle. Promettono di realizzare gli obiettivi di salute dei cittadini. Invocano un riequilibrio Nord-Sud in termini di posti letto, personale e tecnologie. Sostengono di poter superare i localismi, evitare gli sprechi e abbattere le

disuguaglianze sociali e territoriali. Oltre a trovare quel «medico, chirurgo generale o anestesista, comunque qualificato nell'area dell'emergenza» che, purtroppo, per adesso non andrà né alle Molinette né al Cardarelli, visto che il bando in questione riguarda la missione italiana in Antartide.

Chi nasce al Nord ha una speranza di vita in buone condizioni di 60,5 anni, mentre al Sud ci si deve «accontentare» di 56,6
La Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri preme per dire basta all'aziendalizzazione della sanità e assumersi la responsabilità di gestire ospedali e poliambulatori



CAMPANIA, ALLARME DI «CITTADINANZATTIVA» E MEDICI

Fondo per la riduzione dei ticket «Al Nord il 70%, qui soltanto il 12»

Cittadinanzattiva lancia l'allarme: dal fondo di 60 milioni di euro, relativo al biennio 2018/2020, previsto per ridurre il peso del ticket, in Campania arriveranno briciole. Appena il 12,5 per cento. Sebbene secondo Enrico Coscioni, consigliere per la sanità del presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca, la denuncia di Cittadinanzattiva non terrebbe conto di una «precisa indicazione normativa secondo la quale la ripartizione del fondo nazionale per la riduzione del ticket si basa sul numero dei cittadini non esenti».

zattiva non terrebbe conto di una «precisa indicazione normativa secondo la quale la ripartizione del fondo nazionale per la riduzione del ticket si basa sul numero dei cittadini non esenti».

a pagina 7 **Agrippa**

Fondo per la riduzione del ticket

«Al Nord il 70%, qui solo il 12%»

Allarme di Cittadinanzattiva e della Federazione dei medici chirurghi

NAPOLI Corriamo davvero il rischio di rimanere impiccati alla crisi della sanità campana se non si mette subito mano alla modifica dei criteri di riparto dei fondi nazionali.

Ora è Cittadinanzattiva a lanciare l'allarme: dal fondo di 60 milioni di euro, relativo al biennio 2018/2020, previsto per ridurre il peso del ticket, in Campania arriveranno briciole. Appena il 12,5 per cento. Sebbene secondo Enrico Coscioni, consigliere per la sanità del presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca, la denuncia di Cittadinanzattiva non terrebbe conto di una «precisa indicazione normativa secondo la quale la ripartizione del fondo nazionale per la riduzione del ticket si basa sul numero dei cittadini non esenti. Vale a dire — spiega Coscioni — che la Campania, presentando all'incirca una quota del 91 per cento di ricette specialistiche per esenti ticket, inevitabilmente accede ad una parte minima del fondo. Anzi — conclude — a noi toccherebbe addirittura il 9 per cento, ma in virtù di un accordo tra Regioni adesso ci spetta il 12,5 per cento».

Tuttavia, sembra che piova sempre sul bagnato. La Campania resta sottoposta al piano di rientro dal debito sanitario. Ha perso, in una decina di anni, circa 14 mila unità lavorative nelle strutture sanitarie regionali. Vive un profondo allarme per la lentezza con la quale si procede al turn over negli ospedali. Nel fondo di riparto nazionale è penalizzata perché i parametri distributivi prediligono soprattutto l'anzianità anagrafica dei residenti (mentre la Campania è la regione più giovane d'Ita-

lia). Ed ora sconta pure gli effetti di una redistribuzione per quote del fondo per la riduzione del ticket che la vede fra le ultime beneficiarie.

Il decreto di riparto del Fondo di 60 milioni di euro per il 2018/2020, previsto nell'ultima legge di bilancio per ridurre il peso del ticket in sanità, sarà oggetto stamane di un confronto tecnico tra Stato e Regioni, ma Cittadinanzattiva, in base alle anticipazioni ottenute sulla bozza di decreto, ha espresso viva preoccupazione, spiegando in particolare che andrebbe a penalizzare soprattutto il Sud e per questo ha chiesto un incontro urgente al ministero della Salute. «Oltre a giungere con due mesi di ritardo e senza alcun confronto con le organizzazioni di cittadini — evidenzia infatti Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva — il decreto contiene misure inique che penalizzano ancora una volta il centro sud, più in difficoltà nell'erogazione dei Lea e con il più alto tasso di rinuncia alle cure. Il decreto — sottolinea Cittadinanzattiva — infatti ripartisce il 90% del fondo attraverso un unico criterio: il volume di ricette di specialistiche ambulatoriali. Il restante 10% è assegnato a Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Basilicata, per aver adottato misure finalizzate ad ampliare il numero dei soggetti esenti dal pagamento della quota fissa su ricetta. Utilizzando questi criteri di riparto a 5 Regioni (Piemonte,

Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana) vengono assegnate circa il 70% delle risorse, mentre Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia avrebbero a disposizione solo il 12,5%. Si passa dal 23% della Lombardia all'1,5% della Calabria e allo 0,3% del Molise. Chiediamo — aggiunge Aceti — che il decreto sia modificato introducendo tra i criteri di riparto l'accessibilità dei servizi, il tasso di rinuncia alle cure, l'aspettativa di vita ed altri indicatori».

Infine, rivolge anche un appello al nuovo Parlamento. «La strada maestra per rilanciare l'accesso alle cure, a partire dal prossimo Def, è l'abrogazione totale del superticket, il cui effettivo gettito è pari a poco più di 400 milioni l'anno, la metà di quanto previsto dalla manovra che lo istituì».

Ma la denuncia trova anche altre sponde. «Facciamo nostre le preoccupazioni di Cittadinanzattiva — afferma il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo), Filippo Anelli —. Se confermati, i

criteri di ripartizione del fondo andrebbero, ancora una volta, a penalizzare le regioni del Sud. Ci preoccupa questa logica della Conferenza delle Regioni che, più che appianare le disuguaglianze, come sarebbe suo obiettivo, sembra voler coprire le responsabilità di tali iniquità».

Angelo Agrippa

Il consigliere Coscioni

«La norma riduce la quota per le regioni con il maggior numero di esenti»

La vicenda

● Il Fondo nazionale per la riduzione del ticket sanitario segue criteri che discriminano il Mezzogiorno. A denunciarlo sono Cittadinanzattiva ma anche la Federazione dei medici chirurghi. I criteri per la ripartizione sfavoriscono il Sud e in particolare la Campania che ottiene dallo Stato appena il 12% dell'intera quota

Ricette e visite mediche Polemica per i criteri del Fondo per la riduzione del ticket

Superticket, pronti 60 milioni per ridurne il peso: solo il 30% al Sud

Ci sono 60 milioni di euro annui nel piatto da ripartire per il 2018-2020, per ridurre il peso del cosiddetto superticket in sanità, quei 10 euro in più fissi di compartecipazione da pagare per le prestazioni specialistiche. Lo prevede l'ultima legge di bilancio, ma il decreto di ripartizione del Fondo, che sarà oggetto oggi di un confronto tecnico fra le Regioni e lo Stato, fa già discutere. Esprime preoccupazione, sulla base di anticipazioni in merito alla bozza di decreto, in particolare Cittadinanzattiva, che chiede anche un incontro urgente al ministero della Salute spiegando che il riparto andrebbe a

penalizzare il Sud, concentrando il 70% delle risorse in sole cinque regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana), a sfavore di Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, che tutte insieme avrebbero a disposizione solo il 12,5% del Fondo. «Contiene misure inique - spiega Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato - che penalizzano

ancora una volta soprattutto le persone del centro sud, più in difficoltà nell'erogazione dei Lea e con più alto tasso di rinuncia alle cure». Il decreto ripartisce il 90%

del fondo attraverso un unico criterio: il volume di ricette di specialistiche ambulatoriali, mentre come spiega Aceti la richiesta è che «il decreto sia modificato introducendo tra i criteri di riparto anche l'accessibilità dei servizi, il tasso di rinuncia alle cure, l'aspettativa di vita ed altri indicatori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Squilibri
Il tribunale del malato denuncia i favoritismi al Nord



Dalla nuova Tac alle tecnologie: i nodi nei servizi dell'emergency

L'ospedale si appoggia al Monaldi per una serie di attività mediche in cui si è già a corto di specialisti

Ettore Mautone

Quello inaugurato ieri al Cto sarà il Pronto soccorso dell'azienda dei Colli (e dunque anche del Monaldi). Un anello cruciale che accende molte luci sul Piano ospedaliero ma pone anche alcune ombre sulla funzionalità. La nuova emergency diventerà un centro traumatologico zonale, attivo h 24 e un centro di I livello nella rete per l'Ictus. Tutto è stato curato nei minimi dettagli anche grazie alla regia del primario Mario Guarino. Nulla è stato lasciato al caso: accessi, percorsi, posti letto (ne saranno attivati 18 di Medicina di urgenza, di cui 4 di terapia sub intensiva e altrettanti di Osservazione breve intensiva, 18 di Chirurgia di Urgenza, 2 reparti di Ortopedia, una rianimazione, per un totale per ora di 130 posti letto. Un piccolo ospedale ma collegato al Monaldi e al Cardarelli. Per l'ortopedia c'è anche la stanza per esiti da fratture del femore dove avviare i pazienti subito in sala operatoria. Un percorso collaudato che già oggi consente di intervenire nel 100% dei casi entro le 36 ore.

Un pronto soccorso generale concepito in chiave no-pain (cura del dolore), che può contare anche su una Neurochirurgia mentre mancano Ginecologia, Pediatria, Psichiatria e Radiologia interventistica.

Con la Cardiocirurgia del Monaldi il nuovo pronto soccorso è chiamato a fare filtro al vicino Cardarelli. Un reparto Emergency concepito in maniera innovativa, informatizzato, ad elevata automazione, con due ecografi più altre sonde wireless collegabili al telefonino di ogni operatore in grado di sfruttare con un'app il terminale video di qualunque smart-phone.

Queste le luci. Poiché sono le incertezze: che riguardano i servizi collaterali. Il laboratorio di analisi, nonostante l'arruolamento di alcuni tecnici, avrà necessità del supporto sui turni notturni del Monaldi anche se quest'ultimo è già a corto di specialisti con alcune unità precarie da anni a presidio del Cotugno. Per la Radiologia c'è da sciogliere il nodo della Tac, acquistata tre anni fa ma non molto performante. Già è in arrivo un secondo tomografo più adatto ai

bisogni di un pronto soccorso ma sarà funzionante non prima di quattro o sei mesi. C'è poi il nodo della Neurochirurgia che al Cto è priva delle tecnologie per la neurointerventistica sotto controllo radiologico e dunque impossibilitata ad operare in urgenza per la disostruzione meccanica degli ictus per cui sarà necessario trasferire i pazienti al Cardarelli. La penuria di medici specialisti si registra anche in cardiologia, disciplina limitata ad un ambulatorio e un reparto di riabilitazione post-infarto, ma priva di posti letto dedicati a patologie cardiovascolari a media intensità di cure. Alle urgenze, per gli acuti, potrà però provvedere il Monaldi attraverso trasporti interaziendali che dovranno comunque fare i conti con il traffico congestionato della zona ospedaliera. Analoga problematica si pone per le consulenze oculistiche, otorino e di altre specialità presenti al Monaldi ma assenti al Cto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



”

Le difficoltà
Dalla radiologia alla cardiologia per finire all'ictus: bisognerà spostare i pazienti altrove col rischio traffico

Manca il Consiglio dei sanitari congelato il piano del «Rummo»

La sanità

Dopo l'allarme della Fials approvato il regolamento per eleggere l'organismo

Luella De Ciampis

L'azienda ospedaliera «Rummo», con provvedimento della direzione strategica, ha adottato il regolamento delle modalità di elezione del Consiglio dei sanitari. Si tratta di un'operazione urgente, motivata dalla necessità di costituire in tempi brevi l'organismo in questione, a cui dovrà essere sottoposto l'atto aziendale, prima della sua approvazione da parte della Regione Campania. A evidenziare la mancanza del Consiglio dei sanitari era stato il sindacato Fials che il 6 aprile aveva proposto ricorso contro il provvedimento, chiedendo al direttore generale, Renato Pizzuti, l'annullamento della delibera n. 212 del 30 marzo scorso, in quanto illegittima e priva di ogni pregio giuridico. Nel documento, inviato tra gli altri, ai vertici regionali, al presidente della conferenza dei sindaci, al sindaco di Sant'Agata de' Goti e ai deputati e senatori neo eletti, Mario Carlo, segretario della Fials, tra le altre contestazioni aveva inserito proprio l'assenza del Consiglio dei sanitari, mai costituito e che invece avrebbe dovuto essere ascoltato prima della presentazione dell'atto aziendale.

A supportare le eccezioni mosse dal sindacato, c'è il decreto regionale n. 18/2013, che stabilisce che il Consiglio dei sanitari, costituito con disposizione del direttore generale in un termine non superiore ai 90 giorni dal suo insediamento, è un organismo elettivo dell'azienda ospedaliera e delle



L'ospedale Si accelera per costituire il Consiglio dei sanitari

aziende sanitarie in generale, con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è deputato a fornire parere obbligatorio al direttore generale anche sotto il profilo organizzativo, oltre che per gli investimenti relativi alle attività svolte. Attualmente, il Consiglio dei sanitari è inesistente e dovrà essere costituito affinché si possa procedere all'accettazione dell'atto aziendale da parte degli organi regionali. In quest'ottica, il 19 aprile, nel corso della riunione, alla quale hanno partecipato il management dell'azienda ospedaliera e le organizzazioni sindacali, è stata presentata una bozza di regolamento delle modalità di funzionamento e di elezione del Consiglio dei sanitari, oltre alla bozza di avviso dell'indizione dell'elezione del consiglio.

Restano ancora da stabilire, con un successivo provvedimen-



Il ritardo

Il direttore generale avrebbe dovuto costituirlo entro 90 giorni dal suo insediamento

I concorsi

Medicina e chirurgia di accettazione-urgenza immessi in servizio tre nuovi medici

to, l'indizione delle elezioni, la nomina della commissione, l'individuazione della composizione del seggio elettorale e la sua ubicazione. Quindi si procederà all'elezione dei 17 elementi del Consiglio dei sanitari, costituito da otto dirigenti medici, tre dirigenti sanitari laureati, non medici, due unità scelte tra il personale infermieristico, due unità del personale tecnico sanitario e due unità provenienti dall'area delle professioni tecnico riabilitative. La costituzione del Consiglio dei sanitari, che si concretizzerà in tempi brevi, dovrebbe risolvere definitivamente la questione dell'accettazione dell'atto aziendale. In più occasioni, in ambito ospedaliero si è posto l'accento sulla necessità di scongiurare il rischio che il «Rummo» entrasse nel piano di efficientamento e sull'esigenza di evitare la chiusura del «Sant'Alfonso Maria dei Liguori», con una fusione delle due strutture, creando in quella di Sant'Agata una realtà sanitaria a ridosso della provincia di Caserta, in grado di decongestionare il Pascale e di creare mobilità attiva nella provincia di Benevento. È quello che si vuole fare e d'altra parte, la stessa operazione è stata messa in atto tra il «Moscati» e il «Landolfi» di Avellino, sempre nell'ottica di creare una realtà ospedaliera soddisfacente nell'ambito della provincia, in questo caso, quella Irpina.

Intanto, in seguito all'espletamento del concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di 7 posti di dirigente medico per Medicina e chirurgia di accettazione e urgenza, l'azienda ospedaliera ha proceduto alla immissione in servizio, a tempo pieno e indeterminato, di tre nuovi dirigenti medici, Giovanna Boccia, Angela Travaglino e Mariagiovanna Di Palo. La possibilità di attingere alla graduatoria del concorso pubblico per reintegrare il personale medico del reparto di Emergenza-Urgenza, sta di fatto sortendo gli effetti sperati. Dunque, anche per quanto riguarda la branca di Anestesia e Rianimazione, l'espletamento del concorso, per cui è già stato indetto il bando, potrà essere determinante e risolutivo.

Il «Rummo» Consiglio sanitari da eleggere, piano congelato



Il «Rummo» ha adottato il regolamento per l'elezione del Consiglio dei sanitari, finora mai costituito. Si tratta di un'operazione urgente: al Consiglio va infatti sottoposto l'atto aziendale prima dell'approvazione definitiva da parte della Regione. A evidenziare la mancanza del Consiglio dei sanitari era stato il sindacato Fials lo scorso 6 aprile.

> De Ciampis a pag. 29

Blocco della centrale casertana del 118 Nursing Up: «Servono le assunzioni»

La sanità

Il sindacato autonomo infermieri: «I turni massacranti per gli addetti l'emergenza è diventata norma»

Mancano gli infermieri, e ieri la centrale operativa del 118 di Caserta si è bloccata per sette ore, dalle 8 alle 14. Le chiamate nel frattempo sono state dirottate sulla già congestionata centrale 118 di Napoli.

«Basta rinviare le decisioni sull'organizzazione dell'assistenza ai cittadini - spiega Rosa Nuzzo, coordinatrice provinciale Nursing Up di Caserta - . Il blocco di ieri della centrale 118 è l'ultimo grave episodio di una situazione incresciosa che il nostro sindacato ha denunciato da tempo con una lettera alla Regione Campania, alla corte dei conti di Napoli e al prefetto di Caserta. La carenza cronica di personale provoca disservizi agli utenti. La delibera n.41 del 19 gennaio scorso ha deciso il trasferimento della gestione centrale operativa del 118 dall'Aorn di Caserta all'Asl, disponendo, tra l'altro, la gestione completa da parte dell'Asl del personale dipendente, della strumentazione in uso, nonché il funzionamento e l'organizzazione della centrale stessa».

«Ieri il turno del mattino è saltato per l'assenza contemporanea dei due infermieri assegnati, un caos dovuto alla mancanza di personale da tempo denunciato dal nostro sindacato in questa area. L'assetto organizzativo-strutturale doveva realizzarsi già in febbraio, ma va tutto a rilento - insiste la sinda-



“
L'attesa
«Dalla direzione dell'Asl arrivano rassicurazioni ma il blocco del turn over impedisce ogni soluzione»

calista - gli operatori risultano gravemente sotto organico e sono chiamati a rispondere a turnazioni stressanti». Nursing Up segnala che manca in questo trasferimento un'ideale regia e gli operatori risultano ancora «orfani» di linee guida per far fronte all'emergenza e all'ordinaria amministrazione. La delegata sottolinea inoltre che le carenze riguardano sia i presidi ospedalieri dell'Asl che le unità operative Sant'Anna e San Sebastiano.

«Dalla direzione sanitaria arrivano rassicurazioni ma sappiamo bene che un problema strutturale come la carenza di personale sanitario e il blocco del turnover che ne ha provocato l'invecchiamento non si possono risolvere senza nuove assunzioni - interviene il presidente Nursing Up Antonio De Palma -. Gli operatori sostengono turni massacranti e straordinari in maniera regolare per fare fronte all'emergenza che ormai è diventata la norma». «I colleghi del casertano nelle ultime elezioni delle Rsu hanno confermato a gran voce la fiducia nei confronti del nostro sindacato. Non ci fermeremo alle rassicurazioni che arrivano dai vertici - prosegue il leader sindacale - e continueremo a vigilare e denunciare, se necessario, alle autorità competenti le inefficienze e il caos della sanità».

Nell'area campana la sigla autonoma degli infermieri Nursing Up ha consolidato i risultati del 2015 sia nell'azienda sanitaria locale che nell'azienda ospedaliera. «Le elezioni delle Rsu hanno premiato il nostro impegno: i lavoratori sanno distinguere chi si batte concretamente per il cambiamento», conclude De Palma.

Capri Sull'isola delegazione dell'Asl 1 da Napoli: confronto con sindaci e assessori dell'isola azzurra

Sanità, servizio potenziato il sabato e la domenica

Il manager Forlenza:
da aprile già attivi
gli ambulatori di ortopedia

Anna Maria Boniello

CAPRI. Trasferita dei vertici dell'Asl1: una delegazione guidata dal direttore generale Mario Forlenza, si è riunita nella sala consiliare con sindaci ed amministratori di Capri e Anacapri. Nel corso dell'incontro, il direttore generale ha elencato tutti i servizi ambulatoriali che erano già stati attivati in questo mese, a partire dall'ambulatorio di ortopedia che dal 13 aprile ogni venerdì presta i suoi servizi che verranno via via implementati con altre giornate.

A integrazione del personale già presente in servizio presso il nosocomio isolano, è stato predisposto un turno mattina-pomeriggio di tutti gli operatori ospedalieri e per tutti i sabati e domeniche. Le notizie sono state comunicate oltre che ai sindaci e agli assessori alla Sanità e alle Politiche sociali di Anacapri, Federica Viva e Bruna Bonomi, e al consigliere di Ca-



pri delegato alla Salute, Paolo Falco. Ma non sono solo gli ambulatori sono stati al centro delle comunicazioni e delle assicurazioni date ai primi cittadini dal manager Forlenza: è stato anche annunciato che sono stati assegnati due nuovi elettrocardiografi e un ecografo per gli esami ambulatoriali anche cardiologici. E ancora, è stato riattivato il punto prelievi del la-

boratorio di analisi con possibilità di prenotazione telefonica. «Saranno riattivate - ha detto Forlenza - anche quelle attività chirurgiche, in particolare di chirurgia elettiva ridotta per interventi di Day Surgery». A integrazione del personale già presente l'Asl ha predisposto un turno mattina-pomeriggio di operatori sanitari per tutti i sabati e domeniche a partire da questo mese e in attesa di nuovo personale è stato anche predisposto un turno di servizio congiunto con il personale del presidio ospedaliero di Napoli Loreto Mare per garantire il turno over. La parte più significativa del vertice è stata quella della definizione del protocollo di intesa per l'attivazione della Porta Unica d'Accesso (Pua), un servizio a cui sono delegate le attività di accoglienza e valutazione per la presa in carica dei soggetti portatori di cronicità che necessitano di valutazione multi-disciplinare assistenza socio-sanitaria. Al termine dell'incontro in Comune, il consigliere delegato alla sanità Paolo Falco ha dichiarato: «Siamo pienamente soddisfatti di questo accordo storico che si è raggiunto attraverso un duro lavoro di tutte le parti in causa».

L'incontro

Sanità, Capri in forcing sull'Asl Svolta per potenziare i servizi

Potenziamento degli ambulatori e cronoprogramma dei lavori di manutenzione straordinaria per l'ospedale Capilupi. Il direttore generale dell'Asl Napoli 1 Centro,

annunciare tutti gli impegni dell'Asl per l'assistenza ospedaliera e territoriale dell'isola azzurra. Tra le altre cose è stata evidenziata l'attivazione dell'ambulatorio di ortopedia e di aver disposto il potenziamento di quelli di cardiologia e radiologia. Inoltre, come emerso dal vertice, è stata richiesta l'elaborazione agli uffici aziendali di un cronoprogramma dei lavori necessari per la manutenzione straordinaria dell'intero presidio ospedaliero. «Siamo pienamente soddisfatti - ha dichiarato il consigliere delegato alla sanità del comune di Capri **Paolo Falco** - di questo accordo storico che si è raggiunto con un duro lavoro di tutte le parti in causa».



OK AL PROTOCOLLO

Gli esponenti delle amministrazioni comunali di Capri e Anacapri assieme ai vertici dell'azienda sanitaria locale al termine dell'incontro.

Mario Forlenza, insieme agli altri rappresentanti dell'azienda sanitaria, ha incontrato, ieri mattina, le amministrazioni comunali isolane.

L'incontro

La giornata ha ufficializzato il protocollo di intesa per l'attivazione della porta unica di Accesso (Pua) tra ambito territoriale N34 e Asl Napoli 1 Centro. L'incontro ha rappresentato anche l'occasione per

Il protocollo

La firma del protocollo d'intesa per la realizzazione della Pua, porta unica di accesso alle cure primarie, potrà dare risposta alle esigenze sociosanitarie per l'assistenza domiciliare sul territorio isolano. «Le iniziative come riconosciuto dai presenti - si legge in una nota ufficiale congiunta dei comuni di Capri e di Anacapri - rappresentano un concreto segnale di attenzione della direzione generale dell'Asl Napoli 1 Centro sulla situazione ospedaliera e sanitaria dell'isola di Capri».

I precedenti

Alcune settimane fa, la questione dell'ospedale fu al centro di proteste da parte dei cittadini con tanto di striscioni.

Marco Milano

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

La BioRobotica, frontiera scientifica e tecnologica per applicazioni biomediche

panoramasanita.it/2018/04/23/la-biorobotica-frontiera-scientifica-e-tecnologica-per-applicazioni-biomediche/



0
0
0
1
0

Progresso e risultati straordinari per una disciplina in grande espansione con applicazioni significative anche in Riabilitazione

Neurologica. La Società Italiana di Riabilitazione Neurologica, Sirn ha presentato al Congresso di Trieste alcuni contributi rilevanti. «Sono in fase di avvio due studi Rct multicentrici a livello nazionale, uno focalizzato alla riabilitazione dell'arto superiore e l'altro alla riabilitazione del cammino, entrambi in pazienti post-ictus in fase subacuta e cronica», spiega Stefano Mazzoleni, Ricercatore dell'Istituto di BioRobotica della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Studi recenti hanno dimostrato l'efficacia della robotica e di altre tecnologie per la riabilitazione e l'assistenza di persone con disabilità. In particolare ai fini del recupero motorio di persone con disabilità a seguito di danni neurologici (ad es. ictus, lesioni midollari, sclerosi multipla e Parkinson) i dispositivi robotici sviluppati a partire dagli ultimi 20 anni sono in grado di erogare trattamenti sicuri, intensivi e ripetibili, sempre sotto la stretta supervisione dei professionisti dello staff riabilitativo, e di quantificare gli esiti dei trattamenti riabilitativi mediante la registrazione di dati relativi ai movimenti effettuati e alle forze esercitate dal paziente.

«È necessario – spiega Stefano Mazzoleni, Ricercatore dell'Istituto di BioRobotica della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e responsabile del Laboratorio di Bioingegneria della Riabilitazione – uno sforzo congiunto con l'obiettivo di finalizzare trial clinici multicentrici randomizzati controllati (Rct) con lo scopo di evidenziare gli effetti dei trattamenti basati su dispositivi robotici con il massimo rigore metodologico. A tal proposito sono appena stati avviati due studi Rct multicentrici a livello nazionale, uno focalizzato alla riabilitazione dell'arto superiore e l'altro alla riabilitazione del cammino, entrambi in pazienti post-ictus in fase subacuta e cronica, con il coinvolgimento di oltre 20 strutture ospedaliere e centri di ricerca clinica». «Inoltre» afferma la Sirn «la combinazione di più trattamenti riabilitativi basati su tecnologie innovative (come ad esempio terapia assistita dal robot e stimolazione elettrica funzionale) potrebbe permettere di incrementare i vantaggi rispetto alla somministrazione dei singoli trattamenti separati: i fattori di cui tener conto per l'identificazione del trattamento ottimale per ciascun paziente sono molteplici (ad esempio intensità, durata e modalità di somministrazione) e devono essere analizzati mediante un approccio metodologico solido al fine di eliminare bias e fattori di confondimento». «Grazie a sperimentazioni cliniche abbiamo dimostrato che l'utilizzo combinato

quadro complessivo sugli esiti dei trattamenti in corso. In particolare mediante questo approccio integrato gli operatori dello staff riabilitativo possono ricavare per ciascun paziente informazioni fondamentali – aggiunge Mazzoleni – per la comprensione dei meccanismi neurofisiologici alla base del recupero motorio e degli adattamenti del sistema nervoso centrale a seguito di danni neurologici. In tal modo i trattamenti riabilitativi possono essere adattati prontamente alle specifiche esigenze di ciascun paziente in modo da ottimizzare i tempi e le risorse a disposizione». Per assicurare la continuità di cura dopo le dimissioni della persona dall'ospedale e mantenere i benefici ottenuti durante la riabilitazione, le tecnologie, sottolinea la Società Italiana di Riabilitazione Neurologica, in particolare i sensori indossabili e i dispositivi robotici portatili, possono svolgere un ruolo fondamentale nel favorire la somministrazione di trattamenti da effettuare presso il proprio domicilio o presso strutture sanitarie e assicurare un monitoraggio da remoto delle attività svolte. Negli anni in alcune Regioni sono stati avviati programmi sperimentali di riabilitazione a distanza (spesso identificati dal termine teleriabilitazione), ma l'implementazione su vasta scala di questo tipo di trattamenti rappresenta un obiettivo importante da raggiungere per incrementare la qualità di vita delle persone con disabilità, tenendo conto anche dei fattori di natura legale (privacy dei dati, riconoscimento della diagnosi a distanza,...) ed etica (sostenibilità dei costi sanitari, equità nell'accesso alle cure, ...). Le tecnologie come la robotica e l'intelligenza artificiale sono fondamentali per assicurare un'assistenza adeguata alle persone con disabilità: infatti gli ausili tecnologici innovativi, come ad esempio la carrozzina robotica RISE sviluppata dal Centro di Riabilitazione Motoria INAIL di Volterra con l'Istituto di BioRobotica della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa all'interno di un progetto di ricerca congiunto che si sta avviando alla conclusione della validazione clinica il prossimo giugno, possono contribuire al reinserimento socio-lavorativo grazie ad una molteplicità di caratteristiche tecnico-funzionali in grado di assistere la persona nelle attività di vita quotidiana, in particolare la mobilità, la verticalizzazione e l'accesso ai servizi igienici. «A partire dagli studi disponibili nella letteratura sull'utilizzo di sistemi robotici per la riabilitazione» conclude Mazzoleni «sono stati evidenziati miglioramenti significativi per quanto riguarda gli arti superiori (attività di vita quotidiana : SMD 0.37, intervallo di confidenza 95%: 0.11 – 0.64, $P = 0.005$, $I^2 = 62\%$), funzione arto superiore: SMD 0.35, intervallo di confidenza 95%: 0.18 – 0.51, $P < 0.0001$, $I^2 = 36\%$), e forza muscolare: SMD 0.36, intervallo di confidenza 95%: 0.01 – 0.70, $P = 0.04$, $I^2 = 72\%$), sebbene la qualità dell'evidenza sia piuttosto bassa a causa di alcuni fattori e bias degli studi sperimentali che non consentono di trarre conclusioni generali: scarsa numerosità del campione analizzato, differenti durate dei trattamenti, alta variabilità delle caratteristiche cliniche dei soggetti reclutati, mancanza del gruppo di controllo, mancanza del calcolo del campione, mancato riferimento alle minime differenze clinicamente significative (Mehrholtz et al., Cochrane Database Syst Rev. 2015). Per quanto riguarda il recupero del cammino, l'utilizzo di sistemi robotici in combinazione con trattamenti riabilitativi tradizionali ha mostrato effetti benefici aggiuntivi sulle abilità locomotorie principalmente in pazienti con lesioni midollari in fase subacuta e nei pazienti post-ictus in fase subacuta (Schwartz, Biomed Eng. 2015). Un durata maggiore e una maggiore intensità dei trattamenti basati su sistemi robotici sembra avere maggiori benefici sugli esiti finali dal punto di vista funzionale. In ogni caso sono necessari studi randomizzati controllati con un ampio campione di soggetti, come quello appena iniziato in Italia con oltre venti centri partecipanti, al fine di determinare la durata ottimale e il tipo di protocollo più appropriato per massimizzare l'efficacia e gli effetti a lungo termine per i pazienti con danni neurologici».

24/4/2018

Cimo: su fondo ticket sanitari rischio di operazione alla rovescia che aumenta la disparità tra regioni e danneggia Ssn

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Cimo: su fondo ticket sanitari rischio di operazione alla rovescia che aumenta la disparità tra regioni e danneggia Ssn

panoramasanita.it/2018/04/24/cimo-su-fondo-ticket-sanitari-rischio-di-operazione-alla-rovescia-che-aumenta-la-disparita-tra-regioni-e-danneggia-ssn/



0
0
0
0
0

Il decreto sulla ripartizione del fondo sanitario di 60 milioni di euro per il 2018-20, previsto nell'ultima Legge di Bilancio per ridurre il peso dei ticket in sanità e in discussione domani, rischia di validare una palese discriminazione tra le varie regioni a favore di poche, con assegnazione del 90% delle risorse a sole 5 regioni d'Italia. Per Guido Quici, Presidente di Cimo, il sindacato dei medici, tale applicazione del riparto, se confermata, rappresenta un'ulteriore colpo alla sanità pubblica. «In un contesto che vede un aumento esponenziale dell'out of pocket, con evidenti difficoltà economiche di una larga fetta di cittadini soprattutto in quelle aree dove i LEA non sono ancora assicurati, si assiste infatti» sottolinea Quici «ad una ulteriore disparità di accesso alle cure tra i cittadini italiani, disparità che di fatto è suggellata da una aspettativa di vita particolarmente bassa per alcune regioni del sud. Sembra quindi inascoltato lo stesso resoconto di Osservatorio Salute pubblicato alcuni giorni fa che denuncia, a chiare lettere, gli effetti distorsivi del federalismo sanitario. Come medici siamo preoccupati non solo per il settore che rappresentiamo, ma soprattutto per i cittadini e le famiglie, che vedono calpestati i loro diritti, e per le risorse pubbliche, che rischiano di essere ripartite "alla rovescia". Le preoccupazioni di Aceti, Presidente di Cittadinanzattiva sono del tutto condivisibili e rientrano in quel modo di fare politica sanitaria del tutto miope o, se vogliamo, fin troppo acuta nell'accentuare la delegittimazione di una Legge, la 833 del 1978, basata sull'universalismo del SSN e sull'accesso alle cure. Ancora una volta, come CIMO e come professionisti della sanità, invitiamo la politica a farsi vigile sulle conseguenze dell'applicazione delle norme e soprattutto di "battere un colpo" per il rilancio del servizio sanitario pubblico, che deve diventare uno dei fattori per la crescita dei territori e degli standard di vita nazionali».

quotidianosanita.it

Lunedì 23 APRILE 2018

Cancro. Da Regina Elena e Cnr nuovo possibile bersaglio terapeutico

In uno studio pubblicato sulla rivista Oncogene il gruppo di ricerca ha identificato un nuovo ruolo della proteina Aurora B che risulta cruciale per un corretto completamento della divisione cellulare. Ciliberto: "Lo studio aggiunge un nuovo e importante tassello alla comprensione delle cause che favoriscono l'insorgenza del cancro, e alla individuazione di nuovi target per bersagli terapeutici"

Circa un terzo dei tumori umani possono originare da cellule difettose che si dividono male a causa della cattiva regolazione di una proteina.

È quanto hanno scoperto ricercatori dell'Istituto Regina Elena (IRE) di Roma e dell'Istituto di biologia e patologia molecolari del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IBPM-CNR) coordinati rispettivamente da **Silvia Soddu** e **Cinzia Rinaldo** in uno studio pubblicato sulla rivista Oncogene.

Nello studio il gruppo ha identificato un nuovo ruolo della proteina Aurora B che risulta cruciale per un corretto completamento della divisione cellulare.

Aurora B è espressa in maniera anomala in molti tipi di tumori ed è stata identificata come bersaglio molecolare di nuove terapie antitumorali. Già nel 2012 il team di Silvia Soddu aveva dimostrato che la localizzazione delle proteine HIPK2 e H2B sul ponte intercellulare che si forma durante la separazione delle cellule, detta citochinesi, assicura la corretta divisione e trasmissione del materiale genetico tra le cellule figlie. Se questo processo non avviene in modo regolare le due cellule figlie non si dividono ma generano una cellula tetraploide che ha il doppio del contenuto di cromosomi di una cellula normale. "Ora abbiamo scoperto che la proteina Aurora B regola la specifica localizzazione di HIPK2 e del suo partner H2B durante la citochinesi", ha spiegato Soddu.

"Aurora B - ha aggiunto Cinzia Rinaldo - è spesso deregolata nei tumori e il suo malfunzionamento può quindi portare al fallimento della citochinesi e alla formazione di cellule aberranti dotate di due nuclei, che sono geneticamente instabili e possono portare alla formazione e progressione dei tumori".

"Lo studio aggiunge un nuovo e importante tassello alla comprensione delle cause che favoriscono l'insorgenza del cancro, e alla individuazione di nuovi target per bersagli terapeutici", conclude **Gennaro Ciliberto**, direttore scientifico IRE.

Lo studio è stato finanziato da Airc.

Cto, il Pronto soccorso riapre con 22 letti

Torna in funzione la struttura chiusa nel 2011 con l'organizzazione dell'Azienda dei Colli assieme a Monaldi e Cotugno De Luca: "Servirà a decongestionare il Cardarelli, fu stupido chiuderlo". Al lavoro medici e infermieri rientrati da fuori

OTTAVIO LUCARELLI

Il primo paziente arriva alle 7,30. Codice rosso. Poi via via altre ambulanze. Riparte così, dopo sette anni di inattività, il Pronto soccorso del Cto. Questa volta dotato di attrezzature per una piena attività, come avviene al Cardarelli, e non solo per l'ortopedia come avveniva qui fino al 2011 quando la Regione targata centrodestra decise di chiuderlo. Una nuova unità operativa di Medicina e chirurgia di accettazione e urgenza con 22 posti letto complessivi. A dirigere il Pronto soccorso un'eccezione della città, Mario Guarino, arrivato dall'ospedale San Paolo di Fuorigrotta trasferendo in collina non solo l'esperienza ma un modello all'avanguardia che comprende anche il "percorso rosa". «Al di là del Pronto soccorso che apre - spiega il presidente della Regione, Vincenzo De Luca, che in mattinata ha visitato la struttura - siamo a un punto di svolta nella programmazione perché, dopo anni difficili e tormentati, maturano i fatti». Poi una stoccata a lui cara: «Niente è più facile che parlare. Il difficile è fare». E accusa il centrodestra: «Ci voleva lungimiranza, e anche stomaco, per

chiudere questo Pronto soccorso. Un delitto oltre che un atto politico stupido».

Dopo sette anni riapre il Pronto soccorso del Cto con l'obiettivo a breve termine di decongestionare il Cardarelli. La struttura fu chiusa nell'ambito della riorganizzazione degli ospedali dell'Azienda dei Colli che comprende Monaldi e Cotugno. «Abbiamo lavorato - aggiunge De Luca - per sanare i conti e ora possiamo andare a Roma a testa alta perché non ci considerano più una banda di pezzenti e truffatori. Abbiamo recuperato 170 milioni di euro legati all'edilizia ospedaliera in un piano di interventi da un miliardo. Abbiamo incassato 900 milioni di premialità e tracciato le linee future».

Tre gli obiettivi di De Luca, da alcuni mesi commissario per la sanità in Campania: ridurre le liste di attesa, ridurre i tempi di pagamento ai fornitori, riorganizzare la rete della medicina territoriale. «Nei prossimi mesi - spiega - apriremo anche il Pronto soccorso dell'Ospedale del Mare a Ponticelli, ma senza fare le corse. Lo faremo solo quando saremo sicuri di poter garantire il servizio. E stoneremo quegli ospedalieri che il venerdì sera,

per non stancarsi troppo nel week end, negano la loro disponibilità al 118 scaricando il lavoro sugli altri».

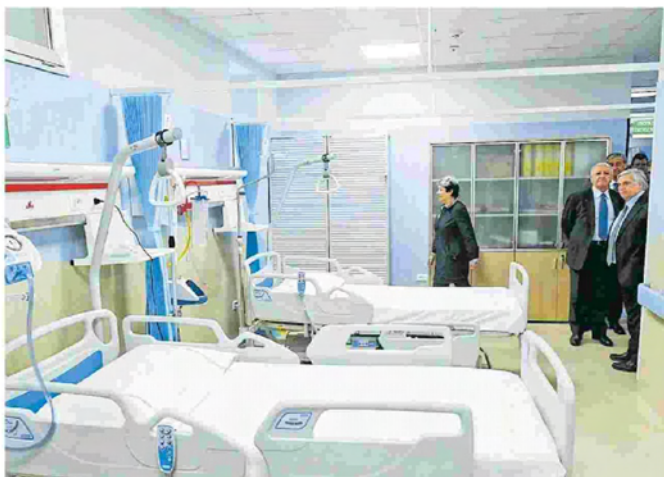
Alla presentazione sono intervenuti Giuseppe Longo, ex direttore generale Cto ora al Ruggi d'Aragona di Salerno, l'attuale commissario Giuseppe Matarazzo e numerosi consiglieri regionali di centrosinistra.

Oltre centodieci tra assunzioni e trasferimenti per gli infermieri, ventidue tra i medici. Tanti campani sono rientrati al Cto da altre regioni. La più giovane è Angela: «Ho lavorato a Novi Ligure e poi, grazie alla mobilità, sono rientrata a casa. Quasi non ci credo. Per me si realizza un sogno».

Polemica, invece, la consigliere regionale dei Cinque stelle, Valeria Ciarambino: «Il Pronto soccorso al Cto parte con poche specialità e personale insufficiente. Perché non si è deciso di fare la stessa operazione per il più attrezzato Monaldi?».



In corsia
Il presidente della
Regione Vincenzo
De Luca nel Pronto
soccorso del Cto



Biopsia liquida

Il micro laser acchiappacancro

Una goccia di sangue, un chip. E
120 milioni dell'Europa

di ANNA LISA BONFRANCESCHI

In mezzo alle Fiandre, non lontana da Bruxelles e immersa nella vivacità accademica di Lovanio, sventa una torre tutta a specchi. È la sede di Imec, un hub tecnologico che mette insieme università, start up e attorno cui gravitano 3500 ricercatori e dove sono confluiti negli ultimi anni diversi denari provenienti dall'Unione europea. Qualcosa come 120 milioni di euro del programma Horizon 2020, a finanziare il core business dell'azienda: lo sviluppo di chip che siano sempre più piccoli, sempre più veloci e che facciano

sempre di più. Tra questi alcuni mirano alla messa a punto di una biopsia liquida: un esame per rintracciare nel sangue indizi di tumori, nella speranza di arrivare presto a una diagnosi.

Malgrado i tanti lavori in corso in tutto il mondo, però, non si può dire oggi di avere messo le mani su un sistema capace di scoprire diversi tipi di tumore a partire da poche gocce di sangue. E se diversi gruppi di ricerca sono a caccia di proteine, Dna o vescicole disperse nel sangue che indichino la presenza e l'evoluzione nel tempo di cancro, comprese le

risposte alle terapie, l'approccio belga è diverso. A Lovanio gli studiosi danno la caccia alle cellule tumorali stesse, cercando di scovarle puntando loro addosso un faro (laser).

«Abbiamo dimostrato che possiamo identificare e separare cellule di tumore al seno precedentemente mescolate a globuli bianchi, anche quando il rapporto tra le due popolazioni cellulari è di 1 su 100 mila», racconta Maarten Fauvart, a capo dell'R&D della Life Science Technologies a Imec. Per farlo i suoi ricercatori utilizzano un chip solcato da piccolissimi canali: qui le cellule scorrono, passando sotto la luce di un laser.

Il modo in cui la luce interagisce con le cellule fornisce informazioni preziose sulla loro natura. Le dimensioni, ma anche le caratteristiche interne di una cellula tumorale sono diverse dalle cellule in circolo. Sulla base di queste differenze, quindi, è possibile scovare le cellule tumorali nel sangue, che possono essere anche separate per eseguire ulteriori analisi.

«Fino ad oggi non abbiamo analizzato alcun campione clinico - ammette Fauvart - ma la speranza è che il nostro chip aiuti a identificare tumori per cui la biopsia chirurgica è difficile o pericolosa, come quelli alle ovaie, al polmone o al pancreas».

Quella della biopsia liquida su chip è una frontiera su cui si

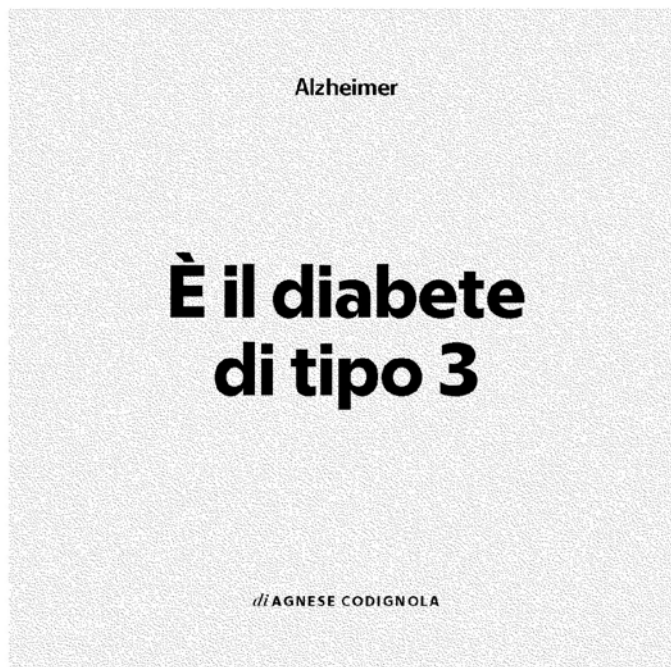
lavora anche in Italia. All'Istituto di scienze applicate e sistemi intelligenti del Consiglio nazionale delle ricerche (Irsi-Cnr), di Pozzuoli, il team di Pietro Ferraro porta avanti un progetto per così dire gemello di quello belga: «È come se facessimo una Tac alle cellule mentre scorrono all'interno di canali microfluidici su chip», racconta il ricercatore, che insieme al suo team ha appena pubblicato sulla rivista *Lab on a Chip* la prova che è possibile far scorrere cellule sferiche come quelle tumorali lungo i canali e che si può identificarle grazie alla tomografia su scala piccolissima: «Avevamo dimostrato che potevamo farlo con i globuli rossi, ma le cellule tumorali circolanti, quelle che si staccano dal tumore sono molto diverse: non sapevamo se lo stesso approccio potesse funzionare e oggi possiamo dire che è così». Al momento la ricerca sta ancora cercando dunque di prendere le misure, per capire cosa e come cercare nel mare del flusso sanguigno. «Quello che ora faremo è di costruire una sorta di database delle cellule tumorali analizzate su questi chip, per capire bene quali siano le caratteristiche morfologiche che le contraddistinguono, nella speranza di avere domani dei marcatori che ci aiutino a identificarle precocemente ed essere pronti a lavorare nella pratica clinica», conclude Ferraro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'hanno chiamato diabete di tipo 3 - da affiancare al tipo 1, autoimmune, e al tipo 2, legato al sovrappeso e all'invecchiamento - perché la sua insorgenza sarebbe strettamente associata al metabolismo degli zuccheri. L'ipotesi è stata consolidata da uno studio pubblicato su *Diabetology* dai medici dello University College di Londra insieme a quelli dell'Università di Wuhan, in Cina, che hanno seguito per dieci anni oltre 5.100 persone, dimostrando che coloro che avevano elevati livelli di zuccheri nel sangue erano gli stessi che andavano incontro a un declino cognitivo più veloce, anche se non erano tecnicamente diabetici. Nel 2016, del resto, una review aveva dimostrato che l'incidenza della demenza di Alzheimer era doppia tra le persone che avevano il diabete di tipo 2 rispetto a chi non sviluppava la malattia. I recenti, purtroppo numerosi, fallimenti dei tentativi di trovare una cura all'Alzheimer potrebbero dunque dipendere anche da un errore nell'interpretazione delle sue cause e della sua evoluzione nel tempo. Ma è davvero così?

Paolo Maria Rossini, direttore dell'Istituto di Neurologia dell'università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, spiega: «Il legame tra diabete, insulina-resistenza, patologie vascolari collegate e infiammazioni, ossidazioni e neurodegenerazioni è noto da diversi anni e diverse metanalisi, alcune delle quali molto recenti, hanno confermato che la presenza di diabete (in particolare quello di tipo 2 e quello trattato con insulina) rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di questa terribile malattia. Tuttavia si tratta appunto solo di questo, cioè un qualcosa che aumenta la possibilità di ammalarsi, ma che in nessun modo la spiega da solo. Il grande e insoluto problema - infatti - è comprendere fino in fondo il rapporto causa-effetto, le relazioni temporali e la relazione di questa con le altre concause».

L'eccesso di zuccheri nel sangue si conferma quindi, per ora, solo come un fattore che predispone a questa come a molte altre malattie, anche perché, come sottolinea ancora Rossini: «il diabete è molto spesso associato a stili di vita che, a loro volta, sono stati messi in relazione con lo sviluppo di demenza quali l'obesità e la sedentarietà. E anche il legame con la dieta è ancora tutto da definire, perché pur in presenza di grandissime differenze di abitudini alimentari nelle varie aree geografiche - per esempio nei paesi del nord e sud Europa, così come in quelli europei rispetto a quelli nordamericani - non si notano importanti differenze epidemiologiche



L'insorgenza del morbo è strettamente associata al metabolismo degli zuccheri
Così si complica il puzzle delle cause

nell'incidenza o nella prevalenza di demenza».

Il quadro che comprende anche i livelli di zuccheri si compone quindi più che altro come un rebus, almeno per ora, anche se c'è un altro fatto che autorizza a pensare che il nesso sia molto più che casuale, come ricorda Paolo Pozzilli, responsabile dell'Unità operativa complessa di endocrinologia e diabetologia del Policlinico universitario Campus Bio-Medico di Roma: «È dimostrato che le proteine che caratterizzano l'Alzheimer, le beta amiloidi, si accumulano anche nelle cellule beta del pancreas che diventa diabetico. È chiaro che la coincidenza è più che sospetta, e del resto studi molto recenti confermano indirettamente l'esistenza di un legame. È stato infatti visto (e pubblicato su *Lancet* pochi mesi fa) che alcuni farmaci antidiabetici (in particolare gli agonisti del recettore del glucagon-like peptide 1 o Gpl-1 agonisti quali, nello specifico, l'exenatide) in modelli animali esercitano un effetto neuroprotettivo rispetto alla neurodegenerazione del morbo di Parkinson, e si sta cercando di capire come ciò possa avvenire e se la stessa protezione si veda con l'Alzheimer, che ha alcune caratteristiche in comune con il Parkinson. È insomma un ambito molto interessante di ricerca, dal quale potrebbero venire sorprese in entrambi gli ambiti, quello neurologico e quello diabetologico, ma è presto per trarre conclusioni».

Nel frattempo, considerare l'Alzheimer come il diabete di tipo 3 aiuta a inquadrarlo nelle sue giuste dimensioni, assai variegata. La malattia, infatti, probabilmente nasce dall'interazione tra molte cause predisponenti - come i pregressi gravi traumi cranici, una bassa scolarità, una familiarità di tipo genetico, la sedentarietà, le cardiopatie, l'obesità e il diabete - e, di contro, fattori di protezione, come possono essere una storia familiare di longevità senza demenza, alcuni aspetti genetici, un elevato livello di istruzione, l'attività fisica regolare e altro. «Questo fragile equilibrio - aggiunge Rossini - in un certo momento della vita può sbilanciarsi in favore della malattia, anche se ciò accade sempre con modalità e caratteristiche peculiari per ogni malato, pur a parità di sintomi. Ciò significa che in futuro la cura, quando si scoprirà, dovrà comunque essere personalizzata, per essere efficace. E dovrà essere precoce». È infatti ormai ben noto che la neurodegenerazione inizia molti anni, forse anche decenni, prima della comparsa dei sintomi di demenza: proprio nell'età (indicativamente dopo i 40 anni) in cui iniziano a manifestarsi la resistenza all'insulina e il diabete.

CEINGE La ricerca, tutta napoletana, è stata sperimentata sui topi. Dopo l'ok partirà sugli uomini

Colesterolo sconfitto con un'unica iniezione

NAPOLI. Dire addio al colesterolo alto con una sola iniezione nella vita: è questo l'obiettivo finale della nuova terapia genica VirOCol, sviluppata al Centro di ingegneria genetica (Ceinge) dell'Università Federico II di Napoli dal gruppo coordinato dal biologo molecolare Lucio Pastore.

I primi test sui topi sono positivi e fanno sperare che entro 5 anni possa partire anche la sperimentazione sull'uomo, come racconta la ricercatrice Eleonora Leggiero a "BioItaly Investment Forum & Intesa SanPaolo StartUp Initiative", il talent delle biotecnologie promosso da Assobiotec-Federchimica e Intesa San Paolo per aiutare le startup italiane in cerca di investitori.

«Il nostro obiettivo è quello di sviluppare un farmaco che permetta di abbassare il colesterolo cosiddetto cattivo con una sola somministrazione in tutta la vita», afferma Leggiero.

«Per questo abbiamo preso un

virus comune, lo abbiamo reso del tutto innocuo e lo abbiamo sfruttato come "navetta" per trasportare un gene chimerico, appositamente costruito in laboratorio, che per-

mette la produzione di una proteina capace di rimuovere il colesterolo Ldl che circola nel sangue».

Il virus-navetta viene iniettato per via intramuscolare e sfrut-

ta proprio il muscolo come "bioreattore" per produrre grandi quantità della proteina terapeutica, che poi entra in circolo per catturare il colesterolo e portarlo nelle cellule per lo smaltimento.

L'effetto è prolungato nel tempo, perché il virus rimane invisibile al sistema immunitario e può continuare a operare indisturbato.

«I primi test li abbiamo condotti su topi in cui il colesterolo alto era causato da un'alterazione genetica, proprio come accade nelle persone con ipercolesterolemia familiare», precisa Leggiero. «I risultati dimostrano che la terapia genica abbassa in maniera duratura sia il colesterolo totale che quello che viene definito cattivo, o meglio Ldl, riducendo i danni aterosclerotici che il colesterolo provoca sui vasi sanguigni. Se ulteriori studi nei modelli animali confermeranno questi dati, potremmo partire con la sperimentazione sull'uomo entro 5-7 anni».