



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# Registro dei tumori Osservatorio a Napoli Ecco i dati definitivi

Di **ETTORE MAUTONE**

**Osservatorio oncologico** a Napoli, ecco i dati definitivi. Oggi, alle ore 11, presso la sala giunta di Palazzo San Giacomo, saranno presentati i dati del registro promosso dal Comune di Napoli. In sala giunta, insieme al sindaco di Napoli **Luigi de Magistris**, ci saranno anche l'ex assessore **Pina Tommasielli**, **Giovanni Arpino** (presidente Comegen), **Grazia Arpino** (oncologo ricercatore presso l'Università di Napoli Federico II), **Maurizio Montella** (Servizio epidemiologico della Fondazione Pascale), **Maria Grimaldi** (presidente dell'Angir -Associazione napoletana giovani ricercatori). Dovrebbe essere la prima azione per l'apertura di un registro di tumori per il comune partenopeo. Tra gli obiettivi anche quello di offrire i dati per la costruzione di percorsi diagnostici e terapeutici con strategie di prevenzione e comunicazione.

A distanza di pochi mesi dalla presentazione dei primi dati si tratta ora di tirare le somme. In campo insieme alla Simg (Società italiana di Medicina generale presieduta da Giovanni Arpino), c'è l'Angir (Associazione napoletana giovani ricercatori) costituita da due medici oncologi, quattro sociologi, due ingegneri informatici ed altri professionisti, con una squadra di quattordici esperti, di cui nove sono donne.

Lo studio ha prodotto una statistica sul numero di tumori sul territorio napoletano, con una descrizione per le diverse municipalità a Napoli e le relative percentuali. Il periodo valutato va dal 2004 al 2009. In questo periodo sono stati registrati 2.857 decessi per patologie tumorali in tutta Napoli.

La maggior parte (56,2 per cento) di sesso maschile. Il tumore più diffuso tra gli uomini è quello al polmone (con un 32,4 per cento dei casi) seguito dal colon (circa 10 per cento), poi fegato, prostata, vescica. Al di sotto del 5 per cento dei casi si attestano stomaco, pancreas, leucemie, Nhl, melanoma. Per le femmine, invece, la maggior parte dei casi (16,1 per cento) ha colpito la mammella. A seguire il polmone (13,3 per cento), poi colon e fegato con valori ancora molto alti. La VI Municipalità (Barra, Ponticelli, San Giovanni a Teduccio) registra per i maschi una minore mortalità per i casi di melanoma e Nhl e un aumento di quelli per vescica e mieloma. Quest'ultimo, invece, diminuisce per le donne soggette in modo maggiore a tumori che colpiscono ovaie e utero.

I dati coprono le statistiche di un periodo di cinque anni. Il progetto è costato cinquantamila euro. Risale a due anni fa il primo richiamo all'urgenza di istituire un registro per i tumori. A intervenire sulla questione era stata Pina Tommasielli, ex assessore al Comune di Napoli. Si pensava di raccogliere tutti i dati di ospedali e associazioni per avere in-

formazioni sui tumori dei malati napoletani. Fu la stessa Tomasseli a specificare che per un registro dei tumori a livello comunale servivano 150 mila euro l'anno. Costo che sarà sicuramente lievitato negli ultimi tempi. Una battaglia portata avanti anche dall'Istituto Pascale (leader nella cura e ricerca oncologica) in particolare da **Antonio Marfella**. Ma già in epoca Bassolino si era pensato che fosse necessario estendere il monitoraggio su tutto il territorio campano.

Furono stanziati 2 milioni e mezzo: a parte la creazione del registro in alcuni Comuni a nord di Napoli, allo stanziamento non seguirono ulteriori fatti concreti. Il registro tumori regionale, approvato in Consiglio come legge regionale nel giugno del 2012 (costo: un milione e mezzo di euro), è in effetti affidato, su scala provinciale, alle Asl e al coordinamento del Pascale per evitare la tagliola della Consulta che ha bocciato l'impegno economico, considerato proibitivo per una regione sottoposta al piano di rientro dal deficit. ed è ancora in una fase embrionale per mancanza di fondi. Solo il passo ulteriore è il registro dei tumori per la città di Napoli. ●●●

## **Tumori, oggi i dati ufficiali dell'Osservatorio oncologico**

**NAPOLI** - Oggi alle 11 in Comune saranno presentati i dati definitivi dell'Osservatorio oncologico promosso dal Comune di Napoli. Insieme al sindaco De Magistris, ci saranno anche **Pina Tommasielli**, **Giovanni Arpino** (presidente Comegen), **Grazia Arpino** (oncologo ricercatore presso la Federico II), **Maurizio Montella** (Servizio Epidemiologico della Fondazione Pascale), **Maria Grimaldi** (presidente dell'Angir -Associazione Napoletana Giovani Ricercatori).

## La sanità Tetto di spesa ai medici, allarme negli ospedali

**Gerardo Ausiello**

**D**opo i medici di famiglia è tensione anche tra i manager degli ospedali. Sotto accusa c'è sempre la lettera inviata dal direttore generale dell'Asl Napoli 1, Ernesto Esposito, ai 900 medici di base che operano in città: nella missiva, sulla base di quanto previsto dal decreto commissariale 88/2013, vengono indicati i tetti di spesa a cui ciascun dottore dovrà attenersi d'ora in avanti nell'ambito della propria attività. Il problema è che, quando il budget a disposizione sarà esaurito, i camici bianchi dovranno dirottare i pazienti verso le strutture pubbliche. Con conseguenze prevedibili quanto inevitabili.

# Ma gli ospedali lanciano l'allarme: con i tetti di spesa si rischia il caos

## Lo scenario

I manager dei presidi pubblici: così liste d'attesa più lunghe troviamo insieme una soluzione

**Gerardo Ausiello**

Dopo i medici di famiglia alzano la voce anche i manager degli ospedali. Sotto accusa c'è sempre la lettera inviata dal direttore generale dell'Asl Napoli 1, Ernesto Esposito, ai 900 medici di base che operano in città: nella missiva, sulla base di quanto previsto dal decreto commissariale 88/2013, vengono indicati i tetti di spesa a cui ciascun dottore dovrà attenersi d'ora in avanti nell'ambito della propria attività. Il problema è che, quando il budget a disposizione sarà esaurito, i camici bianchi dovranno dirottare i pazienti verso le strutture pubbliche. Con conseguenze prevedibili quanto



inevitabili.

Rocco Granata, manager del Cardarelli, non nasconde «preoccupazione» per quanto previsto da Esposito: «Ho chiesto immediati chiarimenti e oggi incontrerò il direttore generale alla Sanità della Regione, Mario Vasco. Un provvedimento del genere potrebbe avere riflessi negativi sui presidi che hanno il pronto soccorso, in particolare sul Cardarelli». Ce n'è

## Le regole

I paletti variano in rapporto al numero degli assistiti. Esposito apre a modifiche del provvedimento

## I dirigenti

Granata: oggi vertice in Regione. L'Sos di Giordano e Persico: inevitabili problemi nei pronto soccorso

abbastanza, secondo Granata, per far luce fino in fondo sulla questione: «Dobbiamo discutere e valutare insieme sul da farsi», chiarisce. D'accordo Antonio Giordano, che è direttore generale dell'azienda dei Colli (Cotugno-Monaldi-Cto): «Quando verranno raggiunti i tetti di spesa, l'incremento delle prestazioni, già elevate, da parte delle strutture pubbliche sarà scontato, soprattutto per quanto riguarda i servizi di primo livello che in genere vengono coperti dai centri convenzionati. Il pericolo è quindi che si verifichi un incremento delle liste d'attesa. Al momento, comunque, la situazione è sotto controllo e non si registra alcuna modifica dei flussi di pazienti».

Più cauto Giovanni Persico, direttore generale del Policlinico Federico II: «Nell'ambito della spending review quando occorre risparmiare si cercano tutte le strade possibili. Quello dei tetti di spesa è certamente un sistema. Il punto è capire quali siano gli effetti di questi interventi sul lungo periodo. In una prima fase, infatti, si potrebbero ottenere significativi risparmi. È però necessario verificare la tenuta del sistema dopo un certo periodo di tempo. Solo a quel punto si potranno tirare le somme». La parola d'ordine dei manager è comunque «dialogo»: si discuterà a tutto campo con gli esperti della Regione, sostengono, per tentare di trovare «il giusto equilibrio». Ma quali sono i tetti fissati dall'Asl Napoli 1? Il budget varia a seconda del numero di pazienti e della tipologia degli stessi. Un massimalista, che ha circa 1500 assistiti, ha a disposizione 13mila euro per tutte le visite specialistiche di tutti i suoi pazienti; fanno eccezione solo le visite cardiologiche, per le quali è fissato un tesoretto di 15mila euro. La soglia da non superare per le analisi è pari a 50mila euro mentre per la radiologia sono previsti 40mila euro. Cortissima la coperta per gli esami dei diabetici (2500 euro) e la radioterapia (4mila euro). Esposito, comunque, non esclude deroghe e ritocchi: «Questi budget sono un primo passo su cui lavorare. Avevamo necessità di disporre di una serie di parametri e li abbiamo definiti. In corso d'opera ci potranno essere rimodulazioni e modifiche. I limiti, poi, non valgono per tutti. Risonanze magnetiche e tac potranno essere effettuate liberamente da pazienti oncologici o che hanno una patologia traumatica o che devono sottoporsi a controlli post chirurgici. Per quanto riguarda la radioterapia, invece, abbiamo già previsto possibili integrazioni ed extrabudget. Stesso discorso vale per i diabetici».

## I GRANDI SCIENZIATI ITALIANI PREMIATI DALLA RIVISTA NATURE

 I ricercatori italiani sono di nuovo sul podio internazionale. Tre scienziati hanno ricevuto il «Nature Award for mentoring in Science» assegnato quest'anno per la prima volta in Italia dall'autorevole rivista scientifica britannica *Nature*. Nelle sette edizioni passate i riconoscimenti erano andati, tra gli altri, al Giappone e alla Germania. Ed è stato il presidente della Repubblica Giorgio Napolitano a consegnarli ospitando al Quirinale la cerimonia, sottolineando con questo l'importanza e la considerazione che egli da tempo rivolge al mondo della scienza. I tre illustri scienziati sono il fisico teorico Giorgio Parisi dell'Università La Sapienza di Roma, il chimico Vincenzo Balzani dell'Università di Bologna e la neuroscienziata Michela Matteoli dell'Università statale di Milano. Tutti sono noti al di fuori dei nostri confini per i loro contributi alla ricerca ma anche per un'altra dote che questo premio riconosce come fondamentale: i tre studiosi sono stati infatti valutati come eccellenti maestri, creando intorno a loro una scuola.

Questo è un aspetto rilevante. «Le scuole create dai tre scienziati — ha ri-

cordato Luciano Maiani, presidente della giuria — sono ora vive nonostante le difficoltà in cui si trova il Paese e resteranno per lungo tempo ancora delle vitali palestre di studio per i nostri colleghi più giovani, quelli che saranno i maestri delle generazioni che verranno».

Il premio mette in risalto, come ha ricordato Philip Campbell, caporedattore della pubblicazione, un aspetto determinante nella cultura di un Paese. Oltre le scoperte è altrettanto necessario che ci siano personaggi in grado di catalizzare intorno e trasmettere con il loro entusiasmo e le loro capacità gli interessi dei giovani facendo da riferimento e stimolo. Quanto sia accesa questa partecipazione lo ha dimostrato Michela Matteoli devolvendo l'ammontare del suo premio di 10 mila euro allo sviluppo di un laboratorio. «Oggi anche nel nostro Paese sta maturando un atteggiamento diverso, di maggior considerazione verso la ricerca che io continuerò a sostenere», ha ricordato il presidente Napolitano. E il premio lo ha evidenziato. La strada è ancora lunga ma il suo appoggio è prezioso.

**Giovanni Caprara**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



LA LETTERA

La missiva inoltrata alla Regione Campania dagli avvocati del manager dell'ospedale civile

## Scandalo Asl, Bottino si dimette

### Ora maggiori chance per la libertà

CASERTA (ren.cas.) - Da ieri l'azienda ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" è senza un direttore generale. **Francesco Bottino**, agli arresti domiciliari per l'inchiesta sugli appalti truccati all'Asl, si è dimesso dall'incarico. La lettera è stata inoltrata alla Regione Campania dai suoi avvocati. Una scelta che sarebbe stata suggerita a Bottino, si dice negli ambienti della sanità, dalla sua famiglia. Da privato cittadino, Bottino avrà molte più possibilità di tornare in libertà: non rivestendo più alcun incarico, non potrà reiterare il reato del quale è accusato e quindi il giudice potrebbe giudicare che le esigenze cautelari siano

ormai venute meno. Nei giorni scorsi, invece, il tribunale dei Riesame aveva respinto la richiesta di libertà presentata dagli avvocati del dirigente sanitario. Fino a ieri non erano giunte novità dalla Regione sul sostituto del manager: l'azienda ospedalie-

ra di via Tescione è guidata, fin dall'arresto di Bottino, dal direttore amministrativo **Domenico Ovaio**, il più anziano fra i dirigenti di vertice. L'ente regionale dovrà prima prendere atto delle dimissioni con un decreto. La vicenda è relativa ad un

appalto da 26 milioni di euro per la pulizia delle strutture sanitarie concesso dall'Asl ad un'azienda considerata vicina al clan Belforte di Marcianise.

In carcere sono finiti fra gli altri il consigliere regionale del Pdl **Angelo Polverino**, il dirigente Asl ed ex sindaco di Caserta, **Giuseppe Gasparin**, presidente della commissione di gara che aggiudicò i lavori in questione.

In cella sono finiti anche i tre imprenditori di Marcianise ritenuti vicini alla cosca fondata dai fratelli **Domenico** e **Salvatore Belforte**.

© RIPRODUZIONE  
RISERVATA

La scelta  
sarebbe stata  
suggerita  
al dirigente  
dalla sua  
famiglia



## Il Riesame

### Istanza respinta

Nei giorni scorsi  
il tribunale  
aveva rigettato  
la richiesta  
di revoca  
degli arresti domiciliari  
presentata  
dagli avvocati di Bottino



**La sanità, lo scenario**

# Analisi e radiografie ripetute ogni tre mesi «Spreco intollerabile»

## I numeri dell'Asl Na1: il 24% dei cittadini si sottopone di continuo agli stessi esami

**Paolo Mainiero**

Ci sono cittadini che richiedono analisi per la glicemia ogni tre mesi pur non essendo diabetici e ci sono cittadini che si sottopongono a visita specialistica ortopedica una volta al trimestre nonostante una diagnosi accertata di artrosi cronica. O, invertendo i fattori, ci sono medici che ogni tre mesi prescrivono a quegli stessi cittadini le analisi per la glicemia e la visita ortopedica per una diagnosi acclarata. Da qualsiasi lato la si voglia vedere emerge un dato distorto, una iper-prescrizione di esami di laboratorio e di visite specialistiche. È il fenomeno che la Asl Napoli 1

vuole combattere indicando i tetti di spesa ai medici di famiglia. Una strada peraltro già percorsa dalle altre aziende sanitarie in linea con un decreto del commissariato alla sanità. «Non abbiamo compiuto alcuna forzatura, ci siamo allineati alle altre Asl e soprattutto applichiamo le normative regionali», osserva il direttore generale della Napoli 1 Ernesto Esposito. Fra l'altro, la direzione dell'azienda fa anche notare che di fronte alla lettera inviata ai medici di famiglia solo il Sumai si è lamentato. Gli altri sindacati, a partire dal più rappresentativo (la Fimmg), hanno condiviso la scelta dell'azienda.

Il cuore del problema sta nell'appropriatezza delle prescrizioni. Troppi gli esami di laborato-

rio prescritti, troppe le visite specialistiche. C'è un dato che emerge su tutti: l'indice delle prestazioni accoppiate in un trimestre allo stesso codice fiscale (all'assistito) è mediamente del 24 per cento. È una media altissima. Ciò vuol dire che ventiquattro cittadini su cento, ogni tre mesi, si sottopongono agli stessi accertamenti. Il dato più allarmante riguarda gli esami di laboratorio. In un trimestre, secondo la Asl Napoli 1, ripete le analisi il sessantasette per cento delle persone pur non soffrendo di patologie croniche o gravi.

Insomma, ci sono persone che ripetono ogni tre mesi glicemia, colesterolo e trigliceridi anche se non vi sono le necessità. Alta anche la percentuale riguardante la chirurgia generale: le prescrizioni per una visita specialistica toccano, sempre ogni tre mesi, il quaranta per cento degli stessi assistiti. Significativo anche il dato relativo all'ortopedia, con oltre il quaranta per cento degli stessi assistiti che ogni tre mesi hanno richiesto e ottenuto una visita specialistica.

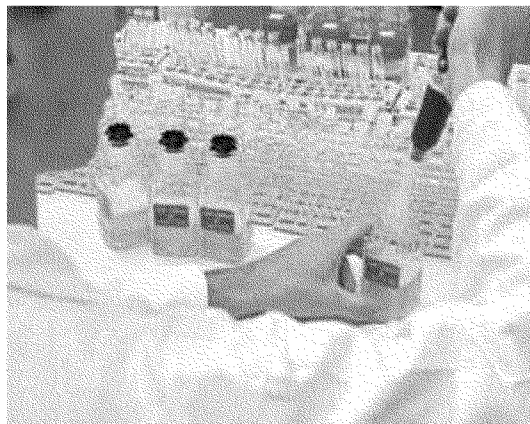
È un terzo di queste persone, fa sapere la Asl, riguarda le visite per artrosi cronica, quindi una malattia che non avrebbe bisogno di visite così ravvicinate in quanto già nota, accertata, e che richiederebbe controlli più dilazionati nel tempo. «Tutti questi accessi - sottolinea ancora Ernesto Esposito - producono il suggerimento di prestazioni specialistiche spesso poco utili perché non comprese in un protocollo diagnostico terapeutico».

Fissando i tetti di spesa la Asl intende ridurre il numero delle prescrizioni, ristabilire un criterio di appropriatezza, incentivare la medicina «preventiva» a discapito della medicina «difensiva». Con vantaggi per l'intero sistema. Spiega il direttore della Asl Ernesto Esposito: «Ridurre il 12 per cento delle prescrizioni ortopediche significa abbattere di circa dieci giorni le liste di attesa e di circa il doppio la spesa per gli esami strumentali».



### Gli obiettivi

Il budget prefissato permette tagli e assicura accesso più veloce a chi ha davvero bisogno di controlli

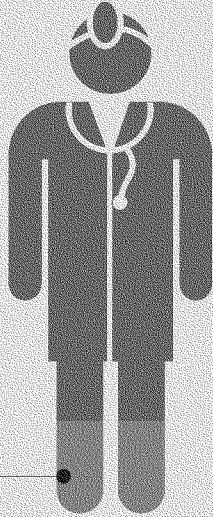


## I numeri dei medici di medicina generale

MEDICI  
DI FAMIGLIA

CAMPANIA  
**5.000**

Asl Napoli 1  
**900**



Massimalisti  
**1.500**  
pazienti

TETTI ANNUI PER UN MASSIMALISTA



VISITE SPECIALISTICHE

**13mila** euro



VISITE CARDIOLOGICHE

**13mila** euro



ANALISI

**50.000** euro



DIABETICI

**2.500** euro



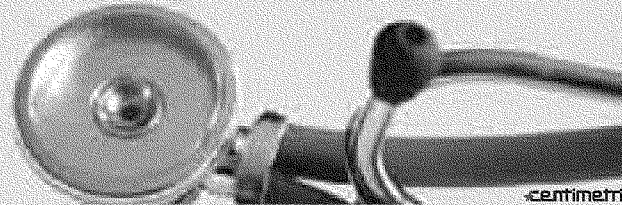
RADIOTERAPIA

**4.000** euro



RADIOLOGIA

**40.000** euro



centimetri

## **Direttori sanitari Valzer di poltrone a Na 1**

**Direttori sanitari, valzer di poltrone a Na 1. Fiorella Cito è il nuovo direttore sanitario dell'ospedale Ascalesi, presidio ospedaliero della Asl Napoli 1. Prende il posto di Mariella Corvino a sua volta passata a dirigere l'ospedale Loreto Mare prendendo il posto di Giuseppe Matarazzo passato alla direzione sanitaria dell'ospedale San Paolo.**

## POZZUOLI

# Disabilità e benessere, esperti a confronto

**POZZUOLI (rr)** - Giovedì 28 novembre alle ore 9,30 presso il Polo Culturale di Pozzuoli, in via Ragnisco, palazzo Toledo, l'Associazione Cgh, con il patrocinio morale dell'Asl Na2 - Nord e del comune di Pozzuoli, presenta il 1° convegno cittadino, "Disabilità e benessere", dai viaggi della speranza, ai viaggi di integrazione: nuovi strumenti per la riabilitazione e la rieducazione delle persone con abilità diverse.

Alle ore 9, aprirà il convegno la presidente dell'Associazione C.G.H. **Giulia Ferrante**, seguita dalla Presen-

tazione dei progetti associativi dell'anno 2013-13, a cura di **Gennaro Cavaliere**. Interverranno **Vincenzo Figliolia**, sindaco di Pozzuoli, **Pasquale Giacobbe**, consigliere della Regione Campania, **Filippo Monaco**, assessore alle politiche sociali della provincia di Napoli, **Teresa Stellato**, assessore alle politiche sociali del comune di Monte di Procida, **Gennaro Perrino**, direttore del dipartimento di salute mentale Asl Napoli 2 Nord, **Enrichetta La Ragione**, coordinatrice ufficio di Piano ATS 12, **Carlo Pubblico**, dirigente

servizi sociali del comune di Pozzuoli, **Concetta Scutto**, capo settore servizi sociali del comune di Monte di Procida, padre **Fernando Carannante**, direttore della Caritas Diocesana di Pozzuoli, **Sunnj Devita**, psicologa e psicoterapeuta, **Patrizia D'Angelo**, rappresentante Cgil, **Giuseppe Esposito**, rappresentante Cisl, **Giovanni Visone**, rappresentante Uil. Inoltre, i volontari, i pazienti e loro familiari, che fanno parte dell'Associazione, racconteranno le loro esperienze.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## **Buone pratiche alla Asl Na 3 Audizione in Commissione**

**Buone pratiche** all'Asl Napoli 3 Sud con l'adozione, prima in Campania, delle norme previste dal nuovo codice di comportamento in base al Dpr (decreto presidente della Repubblica 16 aprile 2013), che pone l'Asl all'avanguardia per quanto concerne la Trasparenza e la Prevenzione della corruzione nella Pubblica amministrazione. Il progetto finisce sotto la lente della Commissione speciale Trasparenza che ha convocato una audizione ad hoc alla quale ha partecipato anche **Angela Improta**, dirigente dell'ufficio relazioni con il pubblico della Asl. "Entro il 30 dicembre tutte le pubbliche amministrazioni dovranno provvedere all'adozione delle prescrizioni previste dal Dpr del 2013 - avverte **Nicola Caputo**, presidente della Commissione - che definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare. La norma definisce tutti gli aspetti del rapporto di lavoro, dalla gestione di regali o altre utilità alla comunicazione dei conflitti d'interesse, alla prevenzione della corruzione, al comportamento in servizio, ai rapporti con il pubblico".

**Capri****Denuncia dei sindacati:  
«Più sprechi che servizi  
all'ospedale Cantalupi»**

CAPRI. L'Ugl scende in campo contro gli sprechi nella sanità a Capri per l'ospedale Capilupi. Un pesante documento, firmato dai responsabili del sindacato provinciale e regionale, Giuseppe Patrocello, segretario provinciale e Ciro Varriale, vicesegretario, è stato inviato al presidente della Regione Campania Stefano Caldoro ed ai vertici dell'Asl Na1 Centro nel quale vengono evidenziati «gli eccessivi costi sostenuti dall'Asl a vantaggio del nosocomio caprese, contro una discutibile qualità del servizio». In particolare i due sindacalisti puntano l'indice contro il numero eccessivo di ore di straordinario effettuate dal personale, dieci volte maggiore a quello consentito, arrivando sino a massimi di 160 ore mensili per dipendente, denunciano i due sindacalisti, mentre stranamente in altri ospedali della stessa Asl il lavoro straordinario è stato totalmente azzerato. Uno scandalo abnorme, è scritto nel documento, che fa levitare fortemente i costi di gestione del nosocomio caprese, che conta solo tredici posti letto ed uno di day hospital. Uno spreco di risorse finanziarie, nonostante il tasso di occupazione di ogni posto letto sia molto al di sotto del 75%. L'intervento del presidente Caldoro, poi, viene invocato anche su un altro aspetto che è quello dello stop dei lavori di ampliamento e ristrutturazione del Capilupi, dovuto al ritiro della donazione di due milioni di euro da parte di una cittadina caprese che ha ritirato il finanziamento proprio per il mancato rispetto da parte dell'Asl dei vincoli contrattuali. Un caso abnorme, denunciano i due sindacalisti, perché a causa del cantiere ancora aperto si sono ridotti ancora più gli spazi da utilizzare, per cui il centro dialisi si trova in un'area angusta e gli operatori sono confinati in ambienti che non rispecchiano i minimi requisiti di idoneità igienico-ambientale. Una situazione che viene totalmente ignorata dall'Asl nonostante la Ugl si sia fatta carico di informare attraverso i suoi canali il direttore generale dell'Asl Ernesto Esposito.

**a.m.b.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## OSPEDALE DI EBOLI, VIA ALLA VERIFICA DEL BUDGET

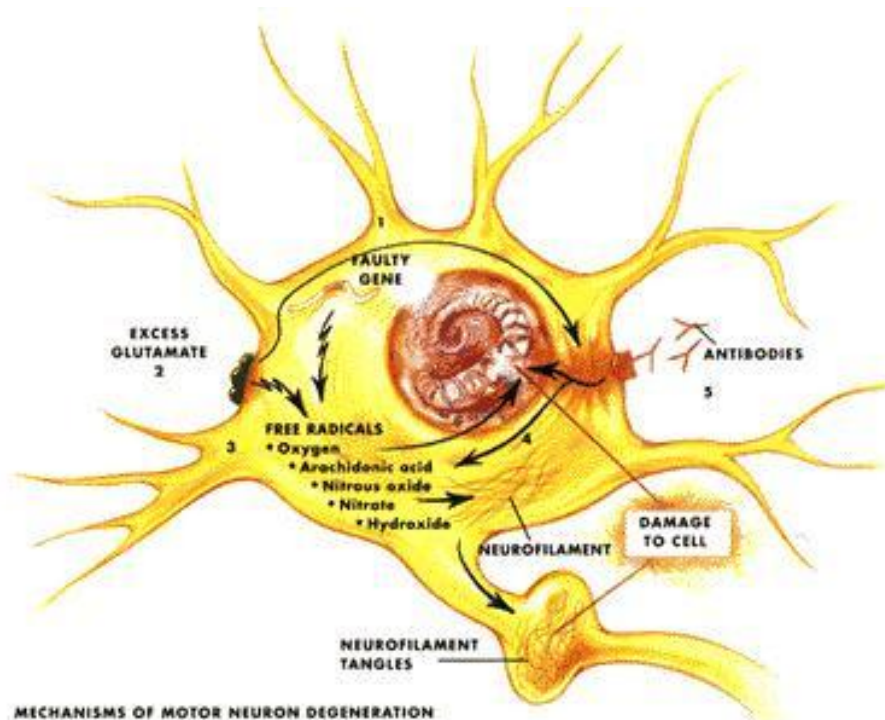
**Il direttore generale della Asl di Salerno Antonio Squillante mette sotto la lente l'utilizzo del budget delle strutture ospedaliere. All'indice il presidio di Eboli sotto la verifica degli obiettivi assegnati ad ogni direttore di macrostruttura in linea con quanto previsto dai programmi operativi del piano di rientro dal deficit. "Nessuna sanzione è stata comminata al direttore sanitario di presidio, avverte Squillante - ma per ora c'è stata la semplice verifica gestionale che porterà ad un preciso confronto tra risorse ed obiettivi assegnati rispetto alla produttività registrata nell'anno in corso. Verifica resa necessaria a seguito della richiesta di reintegro, da parte del direttore sanitario del presidio di Eboli, delle somme assegnate ancorché scarsamente sostenute da dati tecnici nella relazione trimestrale che evidenzia scostamenti molto significativi nella gestione del personale. Analoghi provvedimenti potranno riguardare gli altri presidi dell'azienda in base ai report del comitato budget.**





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



**Medicina** Studio di dieci anni pubblicato sul Lancet e firmato Umberto Veronesi: nei casi iniziali tutta la cura in sala operatoria

# Tumore al seno, una sola radioterapia per guarire

Tumore al seno, diagnosi precoce, intervento di asportazione minima, test del linfonodo sentinella, radioterapia intraoperatoria prima di richiudere. E ritorno alla vita quotidiana, guarite con danni quasi nulli. Ecco il nuovo percorso chirurgico che oggi si può applicare quando un cancro aggredisce il simbolo più importante della femminilità: il seno. L'ultima novità è la consacrazione scientifica della radioterapia intraoperatoria.

Quanto lontani gli anni '80, quando il percorso chirurgico era devastante: asportazione totale del seno e dei muscoli sottostanti, via tutti i linfonodi del braccio dalla parte del tumore, cicli di chemioterapia e di radioterapia, basse probabilità di successo (si salvava meno del 40% delle pazienti). La sfera psicofisica della donna più che mutilata. Lo stesso tumore oggi colpisce di più (30 mila nuovi casi ogni anno), ma la guarigione tocca l'85% e senza mutilazioni sembra una malattia come un'altra.

La radioterapia intraoperatoria è l'ultima carta vincente. A giocarla, ancora una volta nella storia della medicina, è stato Umberto Veronesi. E una pubblicazione sull'autorevole *Lancet* lo ha consacrato. Il direttore scientifico dell'Istituto europeo di oncologia (Ieo) ha dichiarato guerra totale al cancro nel 1952, quando scelse la specialità meno gratificante all'epoca per un giovane medico: l'oncologia. Consapevole, fin dal primo istante, che la salvaguardia dell'unità psicofisica dell'indivi-

duo è il quid vincente. Controcorrente in anni nei quali il dogma era «tagliare, tagliare, tagliare», e senza garanzie sul risultato.

Il suo primo passo controcorrente, nel 1981, quando il mondo scopre la quadrantectomia (l'asportazione di un solo quadrante del seno): lo sconosciuto chirurgo italiano occupa la prima pagina del *New York Times* con ben otto colonne, dopo la pubblicazione sulla rivista scientifica *New England Journal of Medicine*. Oggi, 32 anni dopo, un secondo passo chiave: la chiusura del cerchio in sala operatoria. Un tumore al seno diagnosticato in tempo (i controlli sono alla portata di tutti e non farli è un vero autogol) si risolve in sala operatoria. Questa volta è l'autorevole *Lancet*, insieme a *Lancet Oncology*, a pubblicare due studi, uno dello Ieo di Milano e l'altro dell'*University College London*, che confermano l'efficacia della radioterapia effettuata in sala operatoria, prima di ricucire l'opera del bisturi. L'idea di Veronesi risale al 2000, quando un gruppo di ingegneri e fisici romani riesce ad assemblare un macchinario per la radioterapia così piccolo e mobile da poterlo portare in sala chirurgica. Subito Veronesi ne intuisce i vantaggi: evitare alle pazienti di tornare in ospedale ogni giorno per 6 settimane per fare le sedute di radioterapia esterna, ridurre il campo dell'irradiazione del seno al solo quadrante che è sede del tumore, limitare al minimo la dose radiante alle zone vicine (con danni e nessun be-

neficio). E allo Ieo parte la sperimentazione. Si usa il metodo Eliot (Electron intra operative therapy): un acceleratore lineare con un braccio mobile che concentra il fascio di elettroni direttamente sull'area da irradiare per 3 minuti, subito dopo la rimozione della parte malata della ghiandola mammaria. Sono state selezionate 1.305 pazienti con tumore iniziale, candidate alla quadrantectomia: metà delle donne è stata trattata con Eliot durante l'intervento, l'altra metà con radioterapia esterna tradizionale.

A 10 anni i due gruppi hanno mostrato un'identica sopravvivenza, intorno al 95%, anche se la percentuale di recidive è risultata lievemente più alta (2.5% rispetto a 0.4%) nel gruppo sottoposto a Eliot. Il lavoro dello Ieo è firmato da Umberto Veronesi e da Roberto Orecchia, direttore della Radioterapia. E ora? Le donne di nuovo si devono mobilitare. A livello internazionale. Perché? Bastano i numeri italiani per capire: solo 41 centri sono attrezzati per la radioterapia intraoperatoria e sono principalmente al Nord. Calabria, Campania e Puglia ne hanno uno solo. La Sardegna nessuno e da un'isola è difficile spostarsi. Basta per mobilitarsi.

**Mario Pappagallo**

**1305** Le donne dello studio Ieo Operate con la quadrantectomia, metà trattate con radioterapia intraoperatoria e metà con la radio classica: stessi risultati dopo 10 anni

**30** Mila nuovi casi all'anno E' l'incidenza del tumore al seno. Sempre alta, ma oggi si guarisce nell'85% dei casi. Quarant'anni fa si salvava meno della metà delle malate

MARIA RITA MONTEBELLI

**L**DALLAS a notizia, clamorosa, arriva dagli Stati Uniti: le linee guida, croce e delizia dei medici, ma anche di giudici e avvocati che in anni di cause legali le hanno utilizzate per comminare sanzioni a diversi zeri, sono fallaci, come qualsiasi altra cosa. La polemica si è abbattuta sulle ultime linee guida per la prevenzione delle malattie cardiovascolari, pubblicate dalle società scientifiche di cardiologia americana, alla vigilia del congresso annuale dell'American Heart Association, a Dallas.

Nell'occhio del ciclone è uno speciale "calcolatore" del rischio di infarto e ictus e le indicazioni che ne scaturiscono ad iniziare una terapia con statine in prevenzione primaria, a prescindere dal livello di colesterolo Ldl, nei soggetti con un rischio pari o superiore al 7,5% di

La prevenzione primaria così riguarderebbe un americano adulto su tre

un evento cardiovascolare a 10 anni. Principale accusatore Paul Ridker, direttore del centro di prevenzione cardiovascolare del Brigham and Women's Hospital di Boston e professore di medicina interna ad Harvard, secondo il quale il "calcolatore" sovrastima il rischio cardiovascolare di ben il 75-150%, e dunque porterebbe a mettere in terapia con statine in prevenzione primaria (cioè prima della comparsa di ictus o infarti) un americano adulto su tre. Ridker insieme a Nancy Cook della Harvard Medical School di Boston, aveva già un anno fa avvertito un lavoro preliminare, un errore che portava sistematicamente a ingigantire i rischi. «Un'errata calibrazione di queste proporzioni dovrebbe essere affrontata e risolta prima che questi nuovi modelli predittivi abbiano un'ampia diffusione», hanno scritto i due esperti in un commento apparso sulla rivista *Lancet*. «Se è vera,

## Colesterolo

Polemiche sulle nuove linee guida al congresso dell'American Heart Association. Contestato il "misuratore" che prevede subito l'inizio della terapia con statine. Un articolo sul *Lancet* e la "generalizzazione"

**LE STATINE**  
Questi farmaci diminuiscono la produzione di colesterolo del fegato. Questo grasso, infatti, è indispensabile a molte funzioni fra cui la costruzione delle membrane delle cellule

**LA DIETA**  
Agendo sul colesterolo endogeno, le statine non "compensano" quello introdotto in eccesso con una alimentazione ricca di grassi e la colesterolemia rimane alta

**I FITOSTEROLI**  
Molecole vegetali simili al colesterolo senza i suoi effetti nocivi. Intralciano l'assorbimento del colesterolo che così cala, ma la riduzione che si ottiene non supera il 15%

**LE LINEE GUIDA**  
Le nuove linee guida non stabiliscono più un livello ideale di colesterolo da raggiungere con le cure, ma quanto ridurlo: il 50% in pazienti ad alto rischio, 30-50% nel rischio moderato

# Sovrastima dei rischi cuore-ictus Farmaci facili per calcoli errati?

questa sovrastima sistematica del rischio porterà a un considerevole eccesso di prescrizioni.

Un pasticcio dai contorni non chiari, dove non si capisce quando finisca la buona fede e inizi la strizzata d'occhio alle

aziende farmaceutiche. Anche se in realtà a ben vedere, le statine, i farmaci anticolesterolo per eccellenza, sono ormai praticamente tutte generiche. Ma non basta: tra le aziende produttrici di farmaci anti-colesterolo, si profila anche una vittima, la Msd, produttore dell'ezetimibe che agisce con un meccanismo d'azione diverso dalle statine, "svalutato" dalle nuove linee guida, perché non ha mai dimostrato di essere uno scudo con-

tro ictus e infarti. Almeno fino a prova contraria. Una prova che dovrebbe arrivare non prima del prossimo anno con i risultati dello studio Improve-It, previsti una manciata di mesi prima della scadenza del brevetto e del suo passaggio nel "meraviglioso mondo dei generici".

Dalcanto suo, Mariell Jessup, presidente della potentissima associazione americana del cuore, difende il "calcolatore" affermando che le linee guida sono un documento "vivente", da aggiornare di continuo, e assicura che tutto verrà riconsiderato, incorporando anche le critiche degli esperti di Boston, se necessario.

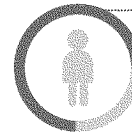
Linee guida e calcolatori del rischio sono strumenti che non vanno certo abbandonati nella pratica clinica. Ma la medicina non può essere ridotta ad un numero, perché qui non vige la regola della "taglia unica", ma in modo ormai prevalente quella della "personalizzazione".

Nelle nuove linee guida non viene più indicato il livello ideale di colesterolo da raggiungere con la terapia, ma la percentuale da "tagliare": 50% per i pazienti ad alto rischio, 30-50% per quelli a rischio moderato. È l'unico modo per essere certi di non sbagliare, ammettono gli esperti, è quello di recuperare il rapporto medico-paziente.

«I nostri pazienti - sostiene Paul Ridker - devono andare in palestra, buttare via le sigarette, mangiare in maniera salutare, controllare la pressione. Ma in aggiunta a tutto questo, arrivati alla mezz'età, devono fare una bella chiacchierata col loro medico e capire se è arrivato il momento di prendere un farmaco anti-colesterolo». La vera implementazione delle linee guida passa dunque attraverso il recupero della relazione medico-paziente. E questa sembra essere la vera lezione del "calcolatore-gate".

*Ritmo crescente a causa dell'invecchiamento: mezzo milione di operazioni l'anno. Il congresso internazionale di chirurgia refrattiva promuove il femtolaser ma alcuni esperti non sono d'accordo. Lenti intraoculari e selezione dei pazienti*

**CHI COLPISCE**



**75%**  
 degli  
 over 70  
 soffre di  
 cataratta  
 senile



**0,4%**  
 dei neonati  
 soffre di  
 cataratta  
 congenita

# Cataratta

## Via quella nebbia davanti agli occhi boom di interventi

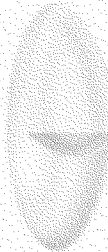
**ANNAMARIA MESSA**

**D**iventano più sofisticati e precisi gli strumenti per rimuovere il cristallino naturale opacizzato dalla cataratta, inserire la lente artificiale intraoculare (IOL), ridare la vista. È l'operazione più frequente: nell'ultimo anno oltre venti milioni di interventi nel mondo, circa 500 mila in Italia.

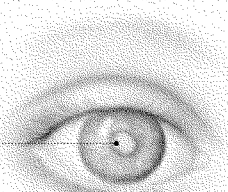
Normalmente si usa con buoni risultati la facoemulsificazione: un bisturi a ultrasuoni frammenta il cristallino opacizzato vibrando a velocità ultrasonica e un sistema di lavaggio e aspirazione rimuove i frammenti. Una nuova strada si è aperta da 3 anni con il femtolaser già utilizzato per miopia, ipermetropia e astigmatismo e messo a punto anche per la cataratta dalla Stanford University School of Medicine (Usa). Una Consensus Conference durante il 35° Congresso Internazionale Chirurgia della Cataratta e Rifrattiva, a Milano lo ha ora definito la nuova tecnica d'elezione.

«Consente di operare senza lame o altri strumenti taglienti, rende alcune fasi operatorie indipendenti dall'abilità o dall'errore del chirurgo, un decorso operatorio e postoperatorio più semplice, una guarigione più veloce. Lo specifico laser ha un tomografo a coerenza ottica, una specie di Tac ad alta definizione che controlla in tempo reale spessore della cornea, dimensione e forma del cristallino, capsula da incidere e asportare. Con impulsi laser di miliardesimi di secondo esegue la piccola incisione di accesso e frammenta la cataratta, vaporizza (ma non elimina del tutto) il tessuto da asportare riducendo l'utilizzo della sonda ad ultrasuoni che, comunque, è ancora necessaria», spiega Lucio Buratto, presi-

**CRISTALLINO NORMALE**



**CRISTALLINO CON CATARATTA**



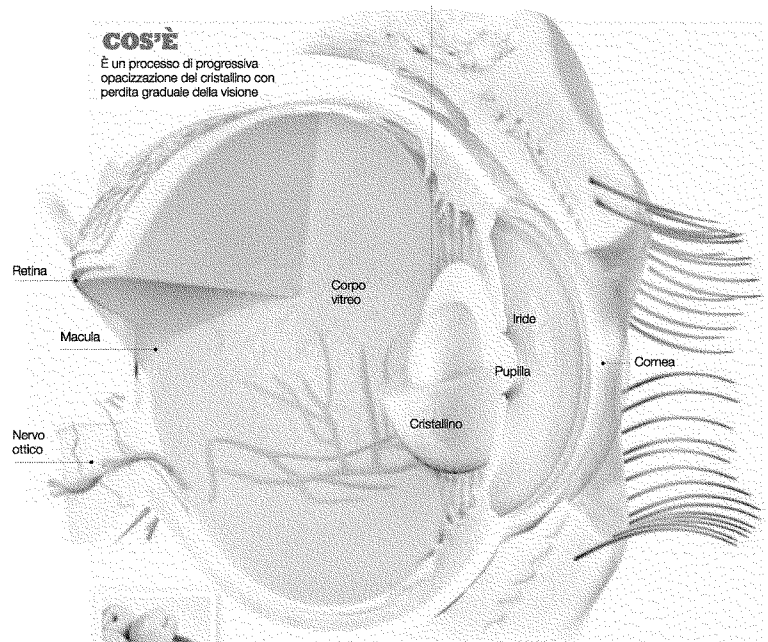
Le proteine che lo compongono si ossidano col passare del tempo

**PRINCIPALI CAUSE**

- Invecchiamento
- Disordini metabolici
- Traumi e infezioni
- Raggi UV
- Familiarità

**COS'È**

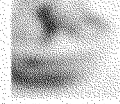
È un processo di progressiva opacizzazione del cristallino con perdita graduale della visione



**VISIONE NORMALE**



**CON CATARATTA**



Visione sfocata, aloni intorno alle fonti di luce e colori offuscati, in alcuni casi visione doppia

**I 3 TIPI PRINCIPALI**

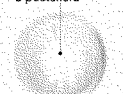
**Nucleare**  
 È il più comune. L'opacità si sviluppa dal centro



**Corticale**  
 L'opacità si sviluppa dai bordi esterni



**Subcapsulare**  
 Si sviluppa velocemente nella parte anteriore o posteriore



La rivoluzione in campo chirurgico è rappresentata dalla robotica con il computer che guida l'uomo. Vantaggi e svantaggi delle tecnologie

dente del congresso e di Aiccer, Associazione Italiana Chirurgia della Cataratta e Rifrattiva, direttore di Camo, Centro Ambrosiano Oftalmico, primo a introdurre il femtolaser in Europa occidentale.

«La rivoluzione in questo campo chirurgico è oggi rappresentata dalla robotica e dal laser a femtosecondi guidato da computer che realizza in modo automatizzato le fasi più delicate dell'intervento. Con questa luce laser è possibile eseguire microincisioni corneali predeterminate per ampiezza e geometria del taglio, riducendo l'induzione di un astigmatismo corneale post-operatorio o correggendo al tempo stesso l'astigmatismo preesistente, riducendo al minimo o eliminando definitivamente gli occhiali», conferma Leonardo Mastropasqua, direttore Oftalmologia e del Centro di Eccellenza in Oftalmologia, Università D'Annunzio, Chieti-Pescara, prima e unica struttura pubblica in Italia dotata di laser a femtosecondi per la cataratta. Non è altrettanto convinto

Emilio Balestrazzi, Università Cattolica Sacro Cuore, Oftalmologia Policlinico Gemelli, Roma. Osserva: «Per ora non vedo un vero vantaggio per i pazienti. Al Gemelli nel 2005 abbiamo introdotto per primi tra le strutture pubbliche il femtolaser per la chirurgia corneale e i difetti refrattivi e va benissimo ma per la cataratta non sappiamo quanto il gioco valga la candela. Si tratta di fare con il laser due, tre tempi che un oculista esperto può ben fare manualmente: incisione della cornea, capsuloressi, cioè l'apertura circolare continua nella capsula anteriore del cristallino e spapolamento del cristallino. Il resto va sempre fatto chirurgicamente spostando il paziente dal femtolaser al microscopio operatorio, continuando ad aspirare i frammenti come si fa ora con gli ultrasuoni prima di inserire attraverso l'apertura il nuovo cristallino. Con costi molto maggiori e tempi più lunghi: 30/45 minuti l'intervento con il femtolaser, 10 minuti un quarto d'ora con la facoemulsificazione. Il progresso ci dirà se orientarci verso questa metodica, ora è utilizzata solo dal 5% degli oculisti e non è quindi esatto chiamarla tecnica d'elezione».

Le tecnologie col bisturi di luce intanto si moltiplicano, ad Amsterdam nel congresso Escrs, European Society of Cataract & Refractive Surgeons è stato lanciato un nuovo sistema per gli interventi di questa patologia. Con innovative lenti intraoculari molti pazienti possono liberarsi anche dagli occhiali sostituendo la lente naturale opacizzata. Ma solo il 60% degli occhi è pienamente compatibile con questo tipo di chirurgia. Indispensabili mani specialistiche esperte e un'attenta e seria selezione dei pazienti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## L'INTERVENTO

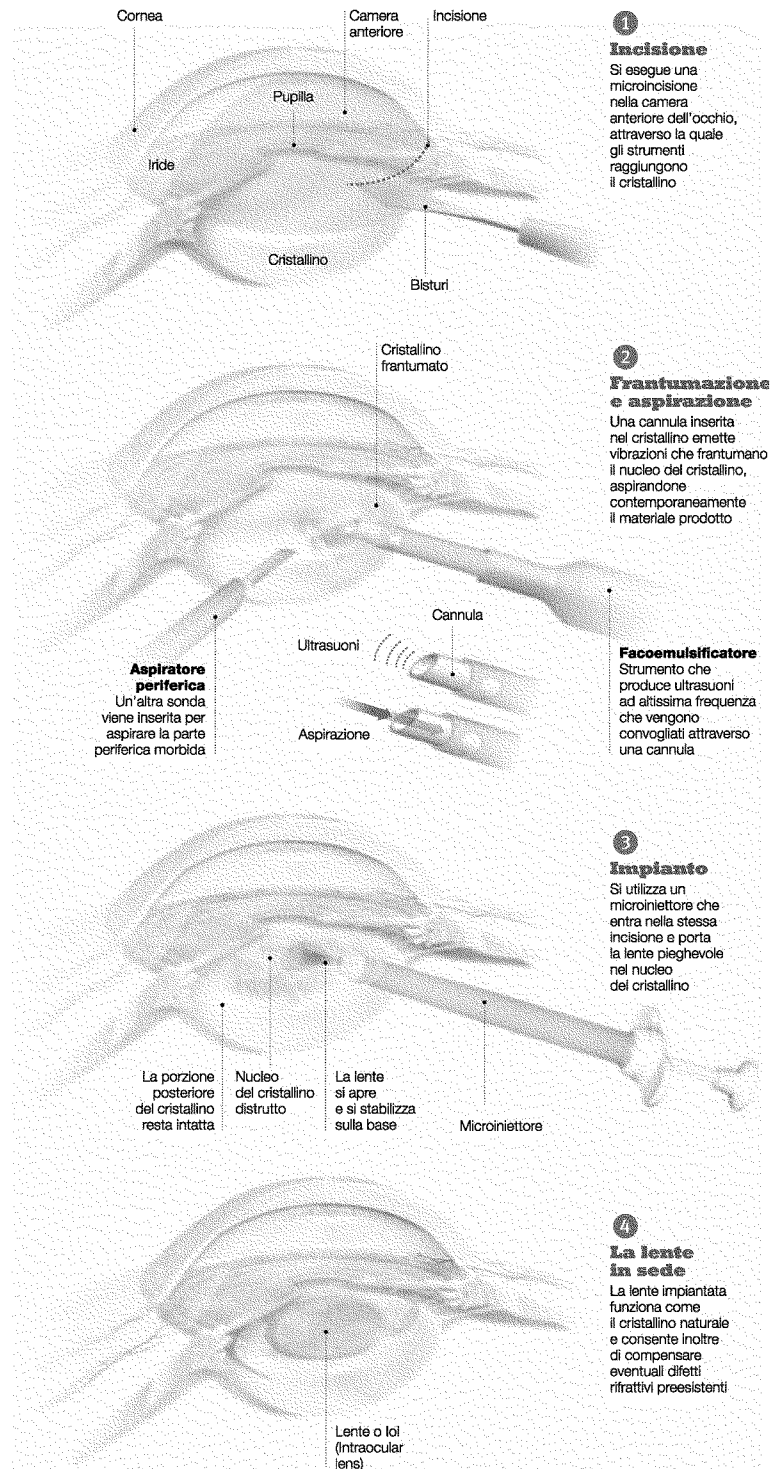


**DURATA MEDIA DELLA CHIRURGIA**  
15 minuti

**L'ANESTESIA**  
Gocce di collirio anestetico o iniezioni nella zona orbitale

**DAY HOSPITAL**  
L'intervento si esegue in regime ambulatorio

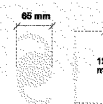
**DIMISSIONE**  
Nella maggior parte dei casi avviene dopo 1 o 2 ore dall'intervento



FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / SOCIETÀ OFTALMOLOGICA ITALIANA

### LALENTE

È di acrilico flessibile e molto sottile



Grandezza naturale

