



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



L'assistenza

Sanità, arriva un tesoretto da 635 milioni

**L'incontro** Un momento della conferenza stampa NEWFOTOSUDA. DI LAURENZIO

Polimeni alla commissione regionale Laboratori, dietrofront sui tetti di spesa

Ettore Mautone

Sanità, tetti di spesa per i laboratori e la specialistica ambulatoriale accreditata: la struttura commissariale fa marcia indietro rispetto al modello adottato un mese fa e al posto dei limiti di spesa fissati per singolo erogatore passa, con una circolare ad hoc, alla riadozione del budget per macroarea assistenziale. Si parte dai laboratori di analisi - invischiati nel complesso processo di riorganizzazione e accorpamenti finalizzati a raggiungere soglie di efficienza - per passare anche alle altre strutture specialistiche.

Nella circolare firmata dal commissario Polimeni e dal suo vice D'Amario, si fa anche riferimento alla necessità, da parte di commissari e direttori generali delle Asl di dare ampio spazio al confronto con gli erogatori per definire con maggiore attenzione il reale fabbisogno di prestazioni relative al prossimo biennio in vista della firma dei contratti biennali da condurre in porto entro maggio. La decisione assunta da Polimeni e D'Amario segna una chiara vittoria dell'asse politico che ha legato la rivolta delle associazioni di categoria della Sanità accreditata con la presa di posizione del presidente della Regione Vincenzo De Luca che aveva chiesto a Polimeni e al suo vice di tenere conto delle legittime richieste del fronte ex convenzionato. Resta invece in piedi il tetto di spesa per dodicesimi - anziché su base annuale - laddove i margini di flessibilità delle attività degli ex convenzionati dovranno essere ammortizzati, per ora, solo dal 30% già fissato di possibile sfioramento su base trimestrale da riassorbire nell'arco di 90 giorni.

Polimeni e D'Amario si sono soffermati sui nodi della Programmazione e degli investimenti per la Salute necessari per risalire la china dei livelli di assistenza dopo gli anni dei sacrifici e dei tagli dovuti al Piano di rientro. La Campania può contare su un tesoretto in cassa di circa 635 milioni, lasciato dalla precedente amministrazione. Un accantonamento frutto dell'avanzo di cassa dell'ultimo anno e accumulato grazie allo sblocco di 500 milioni del fondo rischi ottenuto dopo il pareggio dei conti di Asl e ospedali.

Il faccia a faccia con i consiglieri re-

gionali e con il presidente della Commissione Raffaele Topo doveva servire per stabilire anche una interlocuzione politica in grado di superare le incomprensioni sorte con il governatore e per tracciare la mappa dei progetti in cantiere nei lavori in corso sulla Sanità regionale. La leva sulla quale agire per risalire la china dei livelli di assistenza sono le assunzioni di personale, mirate al potenziamento della rete ospedaliera, e l'utilizzo dei fondi per l'edilizia sanitaria (circa 380 milioni non spesi trattenuti al ministero della Salute). Tutte risorse da impiegare solo dopo aver definito il riordino degli ospedali campani e alla luce della programmazione del fabbisogno.

Due mesi di studio, per i due manager - toscano l'uno e abruzzese l'altro - passati a tastare il polso ad un sistema Salute da riformare alle fondamenta. Settimane impiegate finora soprattutto a inseguire le emergenze: dagli atti aziendali, sulla scia dell'iniziativa della Corte dei conti ai tetti di spesa per gli ex convenzionati su cui ora si registra un'inattesa apertura.



La mossa
Per risalire la china le assunzioni di personale mirate a potenziare la rete

L'obiettivo sarà dunque potenziare la sanità pubblica attingendo alle nuove assunzioni di personale previste dalla Finanziaria e dallo sblocco del turn-over. Fari puntati non solo sugli ospedali ma anche sull'assistenza del territorio, su cui ha avuto da argomentare D'Amario con la necessità di dare corpo e concretezza alle «reti della dignità». Qui si parla di rete degli Hospice da completare e di case della Salute da realizzare mattonne su mattonne, con la collaborazione della Medicina di base e della specialistica cui affidare anche la regia dell'assistenza domiciliare. «Non sono telepilotato da Roma - dice

Polimeni - sono solo un controllore, un facilitatore ma i cambiamenti per essere tali devono partire da una rivoluzione culturale». Fari puntati sul nodo del personale: «Non è una questione di numeri - dice Polimeni - la perdita di personale in questi anni ci ha condotto su un punto di non ritorno in termini di competenza di professionalità fuori regione. La sfida di questi mesi sarà evitare la mobilità passiva per curarsi in altre regioni». Sulla questione dell'equilibrio di bilancio, il commissario ad acta Polimeni conferma i dati in positivo.

SANITA' I NODI

La stoccata a Caldoro:
"Facile pareggiare i bilanci
tagliando, i servizi sono
al minimo e i Lea troppo bassi"

Da sinistra Lello Topo,
Rosetta D'Amelio e Joseph Polimeni



Audizione in commissione Sanità, spente le polemiche del governatore sui centri di riabilitazione: "Rapporto dialettico con la Regione"

Polimeni: io rendo conto al Ministero

Il commissario ad acta: sono un tecnico, mi interfaccio con i dicasteri delle Finanze e della Salute

di Loredana Lerose

NAPOLI - Un'audizione fiume, quella che ieri ha visto protagonista il commissario ad acta per il rientro dal disavanzo sanitario **Joseph Polimeni**: ai consiglieri della commissione Sanità ha spiegato come, per rimettere in piedi il sistema sanitario campano, sia di fondamentale importanza, in questo momento, ottenere un più appropriato raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza. A dirsi certi della necessità di aggredire gli sprechi e riorganizzare l'intero settore sono stati i 5 Stelle mentre **Lello Topo**, che presiede la V commissione, ha sostenuto la necessità di cambiare impostazione per passare dalla "depressione" sanitaria agli investimenti in capitale umano: per nuove attrezzature e nuovi macchinari, per l'edilizia sanitaria e per un migliore utilizzo del fondo rischi che presenta un quota di 500 milioni ancora disponibili. A margine dell'audizione, Polimeni ha fatto il punto su alcune questioni aperte. Non solo squisitamente tecniche.

Solo qualche giorno fa il presidente De Luca ha dichiarato: "I commissari non complicano la situazione e risolvano i problemi". Si è sentito messo in discussione nel suo ruolo di tecnico?

Il mio è un atteggiamento cooperativo: è chiaro che noi abbiamo un ruolo diverso rispetto a quello del presidente, siamo commissari di governo, i nostri riferimenti sono il Ministero dell'Economia e delle Finanze e il Ministero della Salute. Dobbiamo ovviamente e necessariamente interloquire con la Regione e con la presidenza, è un rapporto dialettico, di continuo confronto nello spirito comune di elevare la qualità dell'assistenza sanitaria in Campa-

nia.

Come si sta procedendo rispetto al piano di rientro sanitario in Campania?

E' una situazione in cui dobbiamo investire molto per quanto riguarda l'organizzazione dei Lea. La Regione credo abbia fatto un buon lavoro fino ad ora per quanto riguarda la parte dell'equilibrio economico finanziario, anche se sicuramente vanno mantenuti i traguardi raggiunti, ma ora si apre una nuova fase che riguarda l'organizzazione delle attività sanitarie. Perché è chiaro che è facile raggiungere un pareggio di bilancio, con un avanzo che è da convalidare ancora, senza agire sull'organizzazione dei Lea. La vera sfida è quella di accompagnare ad un equilibrio economico finanziario soprattutto il raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza e, questi in Campania sono davvero bassi. La vera sfida è ottimizzarli.

Quali risposte intendete dare ad un settore in costante crisi come quello della riabilitazione?

E' un settore sicuramente molto importante nel percorso sanitario. Abbiamo diverse forme di riabilitazione e quando ne parliamo dobbiamo capirci. Parliamo di riabilitazione codice 75, codice 56, di riabilitazione ex articolo 26, domiciliare, ambulatoriale, residenziale? E' un argomento molto ampio in cui dobbiamo cercare di migliorare anche i livelli di appropriatezza. Siamo convinti, nella struttura commissariale, che ci sono livelli molto alti nei livelli dell'appropriatezza e a volte si fanno in ambito riabilitativo prestazioni che in realtà non sono riabilitative. C'è da recuperare molto, oltre che da migliorare su altri percorsi.

DOPO LE PUNZECCHIATURE DEL GOVERNATORE

Sanità, Polimeni replica a De Luca: «Il mio riferimento sono i ministeri»

NAPOLI. «Il mio è un atteggiamento cooperativo, i commissari hanno un ruolo diverso rispetto a quello del presidente ed i nostri riferimenti sono i ministeri dell'Economia e Finanze e della Salute. È chiaro che occorre collaborare ed interloquire con la Regione e la presidenza ma è un rapporto dialetto e di confronto nello spirito comune di elevare la qualità della sanità campana». A dirlo il commissario alla sanità Joseph Polimeni, replica così, a margine dell'audizione alla commissione competente del consiglio regionale, alle accuse del governatore Vincenzo De Luca che aveva invitato i commissari, nella vertenza dei centri convenzionati, a «dare una mano a risolvere i problemi e non a complicarli». Polimeni, poi, sottolinea che «dobbiamo investire molto nella riorganizzazione dei livelli essenziali di assistenza. La Regione ha fatto un buon lavoro fino ad ora in relazione all'equilibrio economico finanziario ma ora si apre una nuova fase per l'organizzazione delle attività sanitarie. È facile raggiungere il pareggio di bilancio o un avanzo senza intervenire sui Lea. Ma la vera sfida è accompagnare all'equilibrio finanziario il raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza che qui in Campania sono sicuramente bassi». Il commissario, poi, aggiunge che «il settore della riabilitazione è importante e strategico nel percorso sanitario. Su questo dobbiamo cercare di migliorare i livelli di appropriatezza, la struttura commissariale è convinta che ci sono possibilità molto ampie di miglioramento. Sotto il versante riabilitativo a volte si fanno prestazioni che in realtà non sono riabilitative». Dal canto proprio, il

presidente del parlamentino campano, Rosa D'Amelio, spiega che «il fatto che stavolta la nomina del commissario sia governativa non esime il Consiglio e la Giunta dal compito di interfacciarsi con Polimeni. La situazione economica è complessa ma non dobbiamo parlare solo di tagli lineari. È giunto il tempo della riprogrammazione sulla base dei bisogni e dei diritti dei nostri concittadini». L'esponente del Pd chiede anche a Polimeni di rivolgere «un'attenzione particolare al tema della salute delle donne ed in particolare

nale. Speriamo in una collaborazione tra Consiglio, presidente e commissario». Topo ricorda anche che «la commissione si è aggiornata a due mesi per fare un punto sulle attività del primo semestre della struttura commissariale. Lo faremo insieme al presidente De Luca. Durante l'incontro abbiamo discusso dei tetti di spesa perché bisogna garantire servizi tutto l'anno». E il leader dell'opposizione, Stefano Caldoro, ricorda che «nella valutazione delle griglie Lea con la mia amministrazione siamo passati da un punteggio di 101 a 139, questo significa maggiori servizi, la Regione ora deve continuare a lavorare su questo fronte. Sui temi più politici, chiedo al commissario di sostenere alcune vecchie battaglie: su tetti di spesa agli erogatori privati convenzionati abbiamo subito dei tagli ingiusti e insostenibili che vanno corretti con legge in Parlamento, così come la questione della mobilità attiva. Dobbiamo rendere applicative le disposizioni del patto per la salute a partire dai criteri di riparto, non solo sulla anzianità che penalizza la Campania e il Sud».



● Joseph Polimeni

delle case del parto. Si potrebbe lavorare in questo senso con la struttura degli Incurabili». Infine, il presidente della commissione Sanità, Raffaele Topo, evidenzia la necessità di passare «da una stagione in cui assunzioni ed investimenti erano bloccati ad una in cui la sanità campana torna ad investire in capitale umano e tecnologie nelle varie Asl campane per ristrutturare gli edifici e metterli in sicurezza. Questo non si farà in un anno ma in un orizzonte temporale almeno trien-

AUDIZIONE SANITA'

La V Commissione Sanità terrà un'audizione con il Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario Joseph Polimeni e con il sub commissario ad acta Claudio Damarzio. L'incontro oggi ore 15 presso la sede del Consiglio regionale

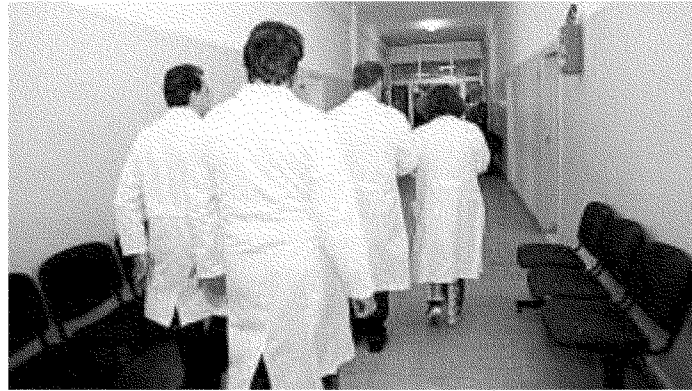
NUOVO PROTOCOLLO D'INTESA

Assistenza sanitaria insufficiente: adesso ci pensa il difensore civico

NAPOLI (Iole) - Il Coordinamento nazionale dei Difensori Civici Regionali e delle Province Autonome, ieri in Consiglio regionale, ha discusso con rappresentanti istituzionali, della riforma della responsabilità professionale in ambito sanitario, del nuovo compito attribuito ai Difensori Civici oltre che del Protocollo d'intesa con gli organismi di parità per il superamento delle disuguaglianze e la promozione delle pari opportunità. *"I Difensori Civici - spiega la presidente del consiglio regionale **Rosetta D'Amelio** - hanno un compito importante, sia per quanto riguarda l'attuazione nei Comuni della legge Del Rio per garantire la rappresentanza di genere, sia sul tema del diritto alla salute, che registra la forte sensibilità dei cittadini. Il federalismo in materia di sanità ha prodotto profonde differenziazioni tra i livelli di prestazioni sanitarie in Italia con una forte divaricazione tra il diritto alla salute che viene garantito nelle regioni del centro nord e quello delle regioni meridionali".* A spiegare il nuovo ruolo assegnatogli è il Difensore civico campano **Francesco Bianco**. *"Le disposizioni in materia di responsabilità professionale, approvate dalla Camera dei Deputati il 28 gennaio scorso, del personale sanitario attribuiscono un compito nuovo ed importante alla difesa civica - evidenzia - precisamente il Difensore civico, nella sua funzione di garante per il diritto alla salute, potrà essere adito gratuitamente da ciascun cittadino destinatario di prestazioni sanitarie, direttamente o mediante un proprio delegato, per la segnalazione di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria".*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il piano della Soresa



La stretta sugli appalti della sanità da 20 anni servizi alle stesse imprese

Gerardo Ausiello

Il servizio di elisoccorso nelle mani della stessa azienda da quasi 20 anni, la ristorazione col-

lettiva pure, le attività di vigilanza affidate a poche ditte da tempo. La Soresa pronta a intervenire per razionalizzare i servizi.



Il sistema

Ogni azienda si organizza in proprio. Risultato: costi lievitati e servizio scadente



La strategia

Gare blindate e controllate dall'Autorità anticorruzione presieduta dal magistrato Cantone



Appalti eterni e microgare il corto circuito della sanità

La Regione: maxi-contratti per risparmiare 500 milioni

Gerardo Ausiello

Il servizio di elisoccorso nelle mani della stessa azienda da quasi vent'anni, la ristorazione collettiva pure, le attività di vigilanza e portierato affidate a poche ditte da tempo immemore. È la sanità campana, bellezza. Quella delle mille proroghe, delle gare spezzatino, degli appalti pro tempore che diventano, come per magia, diritti acquisiti, della valanga di ricorsi a Tar e Consiglio di Stato, degli appalti aggiudicati al massimo ribasso (presto non più possibili) che puntualmente si gonfiano per gli immancabili contenziosi. Risultato: mentre i costi lievitano, la qualità dei servizi si abbassa pericolosamente. A farne le spese sono quelli che dal sistema sanitario dovrebbero essere tutelati, cioè i pazienti.

Com'è possibile? E perché si arriva a questo cortocircuito? Per effetto di un meccanismo infernale in base al quale ogni azienda, sanitaria e ospedaliera, organizza in proprio le gare e affida in proprio gli appalti. Che sono naturalmente proporzionati alle esigenze e ai bisogni da soddisfare. E allora ad esempio l'Asl di Avellino si occupa dei servizi relativi solo al proprio bacino di utenza, così come gli ospedali di Napoli. Come se fossero a distanze siderali e non a pochi chilometri gli uni dagli altri, come se facessero parte di Stati diversi e non della stessa regione. Piccolo particolare: per le aziende appaltanti tante micro-gare sono economicamente molto più svantaggiose di una maxi-gara, su cui è possibile ottenere sconti maggiori perché maggiori sono i ricavi per le ditte appaltatrici che dunque, pur di firmare il contratto, sono disposte a concedere qualcosa alla controparte. Eppure, nonostante la soluzione fosse a portata di mano, per tanto tempo si è andati avanti con le gare spezzati-

no. Anche perché gestire appalti, si sa, significa gestire potere. Qualcosa si è mossa a partire dalla vecchia amministrazione che, attraverso Soresa (la Società regionale per la sanità, partecipata controllata al cento per cento da Palazzo Santa Lucia), ha avviato tre maxi-gare strategiche: con la prima (5 lotti per altrettante imprese o gruppi di imprese, totale quasi 500 milioni per 5 anni), verrà assegnato il global manutenzione, ovvero i servizi di manutenzione per tutte le Asl e gli ospedali della Campania; con la seconda (7 lotti, 222 milioni per 5 anni) si affideranno la vigilanza e il portierato; con la terza (162 milioni per 5 anni) i servizi di lavaggio e noleggio di indumenti e biancheria. Accanto a queste il presidente Giovanni Porcelli, nominato l'estate scorsa alla guida di Soresa dal governatore Vincenzo De Luca, ne ha predisposte altre tre, rispettivamente per i servizi di smaltimento dei rifiuti ospedalieri (44 milioni per 5 anni), di ristorazione collettiva (281 milioni per 5 anni) e di manutenzione di apparecchiature elettromedicali (200 mi-

lioni per 5 anni). Tutti appalti che, uniti ad altre gare minori, metteranno in moto risorse per quasi 2 miliardi. Ora, a fronte di una spesa così imponente, grazie al sistema delle gare centralizzate gli esperti di Soresa contano di risparmiare circa 500 milioni nell'arco del quinquennio. È quanto accaduto con l'appalto per la sostituzione delle vecchie ricette rosse con le ricette bianche, aggiudicato a gennaio: a conti fatti, si è passati da un importo complessivo di 10 milioni a 2 milioni, con un risparmio di 8.

L'incognita, oltre al rischio contenzioso che è sempre dietro l'angolo, è però rappresentata dai tempi: gare tanto onerose e delicate necessitano infatti di procedure lunghe e complesse. Ma l'obiettivo è firmare comunque i contratti entro la fine dell'anno. Saranno gare blindate. Sì, perché d'ora in avanti tutte le procedure passeranno al vaglio dell'Autorità anticorruzione, presieduta dal magistrato Raffaele Cantone, sul modello dell'accordo siglato dalla Regione e utilizzato per la gara finalizzata allo smaltimento delle ecoballe. Saranno inoltre, come le definiscono in gergo i tecnici di Soresa, gare «intelligenti». Cosa significa? Che verrà garantita la gestione complessiva di un servizio. È già successo, ad esempio, con i defibrillatori: non sono stati solo acquistati da Soresa ma anche distribuiti; si è poi previsto un apposito accordo per la manutenzione nonché i corsi per insegnare ai dipendenti come utilizzare gli apparecchi. Uno schema che verrà replicato pure per la ristorazione collettiva: oggi i pasti vengono preparati nelle cucine delle ditte appaltatrici nonostante alcuni ospedali, come il Cardarelli e il Policlinico federiciano, siano perfettamente attrezzati per la preparazione dei pasti in loco. Misteri della sanità campana.

IL SINDACATO: «SOLITE RICETTE CON PIÙ TASSE E TAGLI»

Anaa-Assomed: «Commissari sanitari, una stagione al termine senza gloria»

NAPOLI. «Dopo la Calabria, la Campania. Dopo Scura anche Polimeni. Tutti contro il commissario: Governatori, organizzazioni sindacali, sindaci, medici». A denunciarlo è l'Anaa Assomed. «Sorge il dubbio – si legge in una nota - che, al di là delle persone, sia sbagliato il metodo. Evidentemente non basta estromettere la politica (peraltro bipartisan) che in vent'anni ha raso al suolo il sistema sanitario delle regioni "canaglia", facendo gestire i piani di rientro a "tecnici" nominati dal Governo di turno ed inviati in veste di proconsoli ad applicare la solita ricetta, più tasse, più tagli, più ticket. La stagione dei commissariamenti in sanità si avvia al termine, tra polemiche furiose e senza gloria. O era sbagliata la diagnosi o è sbagliata la terapia». Per l'Anaa Assomed «contratti e leggi sono solo strumenti di una politica che rimane ancora indecifrabile nella gestione delle disuguaglianze, che colpiscono e affondano, altro che attività libero professionale, la salute dei cittadini meridionali, cui viene destinato il 23% del Fondo sanitario nazionale. Il miglioramento dei conti realizzato dai piani di rientro non può essere separato dalla onnicomprensività della questione di fondo e rischia di apparire ai cittadini ed agli operatori come il prezzo imposto alla rinuncia a cambiare, alla decapitalizzazione del lavoro. Il superamento della stagione commissariale è maturo per continuare ancora a credere nella coesione sociale espressa da un servizio sanitario che l'Anaa Assomed si ostina, forse sola, a chiamare ancora pubblico».

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

 [panoramasanita.it](http://www.panoramasanita.it)

<http://www.panoramasanita.it/2016/03/23/anaao-il-tramonto-dei-commissari-alla-sanita/>

Anaa: Il tramonto dei Commissari alla sanità

“Dopo la Calabria, la Campania. Dopo Scura anche Polimeni. Tutti contro il Commissario: Governatori, organizzazioni sindacali, sindaci, medici. Sorge il dubbio – è la posizione dell’Anaa Assomed – che, al di là delle persone, sia sbagliato il metodo. Evidentemente non basta estromettere la politica (peraltro bipartisan) che in vent’anni ha raso al suolo il sistema sanitario delle regioni “canaglia”, facendo gestire i piani di rientro a “tecnici” nominati dal Governo di turno ed inviati in veste di proconsoli ad applicare la solita ricetta, più tasse, più tagli, più ticket. La stagione dei commissariamenti in sanità si avvia al termine, tra polemiche furiose e senza gloria. O era sbagliata la diagnosi o è sbagliata la terapia”. “Il nocciolo del problema è” secondo l’Associazione “il livello di sanità che si può/vuole garantire ad un terzo del paese, praticamente desaparecido dalle mappe della sanità pubblica, evitando la desertificazione dei territori e delle risorse umane. Questo il punto su cui sconfiggere l’allergia di gran parte del governo al tema salute, forse più sentito dai cittadini di trivelle e riforma costituzionale. Invece di rifugiarsi in luoghi comuni, la politica deve pronunciarsi sulla volontà o meno di garantire i LEA in maniera omogenea, declinando il diritto alla salute allo stesso modo in tutta l’Italia. E di impegnare risorse a garanzia della sostenibilità di un settore in cui l’ampliamento dell’intervento dei privati vede anche la partecipazione dello Stato che scommette contro se stesso, investendo nella sanità privata i soldi dei libretti postali. Contratti e leggi sono solo strumenti di una politica che rimane ancora indecifrabile nella gestione delle diseguaglianze, che colpiscono e affondano, altro che attività libero professionale, la salute dei cittadini meridionali, cui viene destinato il 23% del Fondo Sanitario Nazionale. Mentre la Corte dei Conti denuncia gli effetti della riduzione della spesa sanitaria, maggiori dove il reddito è più basso, si consumano conflitti istituzionali che mettono il coperchio sulla iniquità distributiva. E, nell’universo parallelo della realtà, le condizioni di lavoro di medici e dirigenti sanitari peggiorano, costrette tra leggi inapplicate, organici carenti, rischi crescenti a fronte di retribuzioni bloccate da 6 anni. Il miglioramento dei conti realizzato dai piani di rientro non può essere separato dalla onnicomprensività della questione di fondo e rischia di apparire ai cittadini ed agli operatori come il prezzo imposto alla rinuncia a cambiare, alla rassegnata apatia, alla decapitalizzazione del lavoro. Il superamento della stagione commissariale” conclude l’Anaa “è maturo per continuare ancora a credere nella coesione sociale espressa da un servizio sanitario che l’Anaa Assomed si ostina, forse sola, a chiamare ancora pubblico e nazionale”.

Regione D'Amelio e Topo: calma sui laboratori di analisi

Il presidente del Consiglio Regionale della Campania, **Rosetta D'Amelio** e il presidente della Commissione sanità, **Raffaele Topo**, con una nota congiunta, scrivono al commissario ad acta **Joseph Polimeni** per rivedere il decreto 59 "tenendo in considerazione il modello di accorpamento previsto dalla Rete Contratto, già realizzato fra i laboratori campani, ma di cui il decreto non sembra tener conto" hanno spiegato D'Amelio e Topo. "Auspichiamo, infatti, - continuano D'Amelio e Topo - che la trasformazione dei laboratori in punti prelievo avvenga in forma volontaria e graduale e non secondo le modalità previste dal provvedimento, consentendo così ai singoli laboratori di svolgere la fase analitica di base fino alla scadenza dei decreti di accreditamento".

"Va segnalato infine - concludono i consiglieri regionali - che il DCA n. 17 del 2016 esclude, inopinabilmente, la fase analitica svolta in regime privatistico, nonostante le strutture posseggano i requisiti previsti per legge. Anche su questo punto è necessario rivedere il provvedimento". I laboratori di analisi stanno affrontando una serie di difficoltà, che spesso si concentrano nelle ultime settimane dell'anno in quanto la Regione resta senza fondi da poter trasferire loro, costretti a fermare le attività oppure ad anticiparne i costi.

Pronto soccorso e rete cardiologica i buchi dell'assistenza di emergenza

Il focus

Strutture carenti o inadeguate per affrontare emergenze di carattere cardiovascolare

Ettore Mautone

Nella ristrutturazione organizzativa della Sanità regionale la rete dell'urgenza cardiologica ha un posto di primo piano. In caso d'infarto la tempestività dei soccorsi e la possibilità d'intervenire con una terapia adeguata nei tempi giusti - con un ricovero in un'Unità di terapia intensiva coronarica (Utic) e usufruendo di un'angioplastica primaria (disostruzione meccanica delle coronarie in Emodinamica) - fanno la differenza tra la vita e la morte.

In attesa del decollo della rete cardiologica, entro l'estate nel comprensorio di Salerno e dal prossimo autunno su scala regionale, il nervo scoperto del pronto soccorso dell'area metropolitana di Napoli è senza dubbio la zona Ovest. Qui l'ultima frontiera dell'urgenza è l'ospedale San Paolo. Un presidio tuttavia privo di Cardiologia, Emodinamica e Utic a fronte di un'utenza molto vasta che raccoglie tutta la fetta di città che si estende da Mergellina a Fuorigrotta fino a Bagnoli. Qui le urgenze cardiologiche, soprattutto infarti, ma anche aritmie e altri incidenti cardiovascolari, sono trattati nella Medicina d'urgenza attrezzata solo con un elettrocardiografo e un eco-cardiografo ma privo di personale specializzato.

Situazione di certo non ideale per la sicurezza dei pazienti d'interesse cardiologico tanto da comportare numerosi trasferimenti in urgenza verso il Cardarelli e il Monaldi, ospedali più vicini rispetto



agli altri presidi attrezzati della Asl Napoli I come il Loreto Mare e il San Giovanni Bosco. Le carenze del San Paolo, che pure ha una grande tradizione nell'ambito della Medicina d'Urgenza, è aggravata dall'assenza di un'emodinamica all'ospedale di Pozzuoli, pure prevista dal piano aziendale ma non ancora funzionante. A ciò si aggiunge la chiusura, dallo scorso novembre, per lavori al pronto soccorso, della Cardiologia d'urgenza dell'ospedale di Frattamaggiore, ospedale comunque sprovvisto di emodinamica.

Una situazione che vede sguarnita praticamente tutta l'area nord di Napoli. Un vuoto mitigato dalla sola attività di Villa dei Fiori di Acerra, struttura accreditata, dotata di pronto soccorso ed emodinamica, che infatti macina decine di prestazioni al giorno come fosse un grande ospedale. Se a ciò aggiungiamo

”

Il presidio
Villa dei Fiori ad Acerra è l'unica struttura che può agire in tempo reale sull'emodinamica

”

Le eccellenze
Monaldi e Federico II gli hob della regione per la terapia intensiva coronarica

il funzionamento a scartamento ridotto per lavori, adeguamenti strutturali e tecnologici e per le anose carenze di personale di Loreto Mare, San Giovanni Bosco e Vecchio Pellegrini ecco spiegati gli affollamenti e le eterne barelle al Cardarelli che insieme a Monaldi e Federico II, privi di pronto soccorso, sono i terminali di una filiera dell'urgenza cardiologica, cardiocirurgia, per ictus e aneurismi, che assorbe tutta la popolazione dell'area metropolitana di Napoli, da Castellammare fino a Pozzuoli. Un corto circuito assistenziale che rende conto di almeno alcuni dei tragici casi di cui Il Mattino si è occupato negli ultimi mesi.

In tutta la regione, dunque, i centri cardiologici più importanti, detti hub, dotati sia di cardiocirurgia, sia di cardiologia, emodinamica e terapia intensiva coronarica, sono stati individuati al Monaldi e alla Federico II a Napoli (sebbene sia del tutto assente la dotazione di tecnici di radiologia medica nell'Ateneo). In aggiunta ci sono il Cardarelli, il Loreto Mare e il San Giovanni Bosco che però non possono gestire tutte le emergenze cardiocirurgiche in quanto prive di cardiocirurgia, mentre a Pozzuoli e Castellammare i reparti di emodinamica sono previsti ma non ancora in funzione. C'è poi la rete tra gli ospedali dilà da venire.

In prospettiva comunque la situazione dovrebbe migliorare: Al S. Giovanni Bosco è stata allestita, infatti, un'efficiente emodinamica diretta da Paolo Capogrosso che può contare su un nuovo angiografo digitale. Nel presidio della Doganella entro l'estate entrerà in funzione anche una seconda apparecchiatura dedicata alla neuroradiologia interventistica. Un'emodinamica sempre attiva è presente anche al Loreto Mare, importante riferimento anche per la Neurologia d'Urgenza, l'angiografia interventistica cerebrale (neuroradiologia) la Neurochirurgia attiva nelle 24 ore, la Chirurgia e la Medicina d'Urgenza. Qui manca però la Risonanza destinata invece al San Paolo sebbene questo sia del tutto privo di Cardiologia.

La circolare

Esami specialistici inappropriati nessuna sanzione (per ora) ai medici

Sarà avviata una fase sperimentale, con un monitoraggio, per l'applicazione del decreto sull'appropriatezza delle prescrizioni per prestazioni ed esami erogati dal Servizio sanitario nazionale, ed in tale fase le sanzioni previste in caso di prescrizioni inappropriate «non saranno applicabili ai medici prescrittori». E non ci saranno limiti per i malati cronici, oncologici e gli invalidi. Lo prevede la circolare che la ministra della Salute Beatrice Lorenzin (foto) ha inviato alle Regioni, con le prime indicazioni su come applicare le nuove norme.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



POSTE LE PREMESSE PER MIGLIORARE LA FARMACOLOGIA DEI BIOMARCATORI E DELLE BIOBANCHE

Salute, biotecnologie: la Campania fa asse con Francoforte

NAPOLI. Conclusa con successo la “missione” di inizio mese in Germania, Biocam, aggregazione pubblico-privata della Regione Campania specializzata nella ricerca e nel trasferimento tecnologico delle biotecnologie applicate alla salute dell'uomo, fa il suo ingresso nella Federazione Europea di Biotecnologie. Stringe altresì una serie di collaborazioni per lo sviluppo dei propri

brevetti con i gruppi industriali del “Fiz”, il centro di innovazione sulle biotecnologie della città tedesca (Frankfurter Innovationszentrum Biotechnologie) e, infine, avvia la condivisione di alcune innovative linee di ricerca su farmaci biotecnologici con il Dipartimento di Farmacologia della Goethe-Universität di Francoforte. «Si tratta di risultati molto significativi - spiega Lucio Annunziato,

ordinario di Farmacologia alla Federico II di Napoli e presidente di Biocam Scarl - perché in questo modo la Campania pone le premesse per fare un salto di qualità sul fronte dello sviluppo industriale delle biotecnologie nel settore della farmacologia dei biomarcatori, delle biobanche». E poi i presidi medici neuroriabilitativi: oggi non esistono farmaci né terapie valide per questo genere di malattia.

La spesa Ssn. Corte dei conti, il rapporto 2015

Sanità, rosso a 1 miliardo Gli italiani i più «tassati»

Roberto Turno

ROMA

La farmaceutica territoriale "pura" (acquisti in farmacia) in calo di 172 mln, quella in ospedale che esplose a +1,7 mld. Gli acquisti di beni e servizi che segnano il top di incremento con +8,6% in dodici mesi a quota 17,26 mld con i dispositivi medici a 5,75 mld per un rosso rispetto al budget di 957 mln. Assistiti che pagano 2,8 mld di ticket vari e altri 1,018 mld per la libera professione intramoenia dei medici. E ancora: costi del personale in discesa dell'1,08% (a 34,6 mld) e quelli dell'ospedaliere (8,77 mld) sostanzialmente stabili a +0,75%. Ecco chi vince e chi perde nel pre-consuntivo 2015 del Servizio sanitario nazionale.

È della Corte dei conti, nel «Rapporto 2016 di coordinamento della finanza pubblica», la prima analisi già nel dettaglio dell'andamento finanziario, ma non solo, del Ssn nel 2015. Un bilancio, ammette la stessa magistratura contabile, che confer-

ma come il Ssn, nonostante la lunga traversata di tagli di questi anni, non sia da considerare più (o solo) un "colabrodo". I risultati di esercizio del 2015 hanno segnato perdite (prima delle coperture locali) poco sopra il miliardo contro gli 870 mln dell'anno prima. Ma comunque quasi dimezzate rispetto al 2013. Risultato che addirittura sarebbe in positivo di 346 mln se i tavoli di monitoraggio confermassero le coperture contabilizzate nei conti economici.

Tra il 2009 e il 2013 c'è stata in Italia per la sanità una riduzione di risorse di 1,6 punti all'anno, mentre in Germania è salita del 2% e in Francia dell'1%, con una spesa pubblica che da noi è del 7,1% sul Pil contro l'8,7 della Germania e il 9 della Francia. Un gap in costante aumento. Che ci ha visto intanto migliorare nelle regioni in piano di rientro, anche se naturalmente ancora non basta, anzi. Con miglioramenti nei confronti dei nostri partner europei per la ri-

duzione dei ricoveri inutili o nel tasso di occupazione dei posti letto negli ospedali. Sforzi e passi in avanti - moltiplicati oltre che dai tagli, anche dai mancati e necessari investimenti - che però, nota la Corte dei conti, stanno comportando «la crescita dei casi di rinuncia alle cure da ricondurre a ragioni di costo e alle liste d'attesa».

Le classiche due facce della medaglia: spendere meno (e risparmiare) ma col rischio di ridurre la tutela della salute. Un allarme che però non deve far perdere di vista il risultato del risanamento e dell'equilibrio finanziario del sistema, sottolinea il «Rapporto». Lo dicono gli andamenti delle singole voci di spesa sanitarie. Lo confermano «i consistenti "output gap" sanitari», nelle regioni in piano di rientro, ovvero da Roma in giù. Dove si dimostra «quanto sia urgente riuscire a destinare a un adeguamento dell'offerta le risorse ottenibili dal riassorbimento di inefficienza ed ecces-

so di costi ancora presenti». Con le regioni in regola con i conti che hanno sempre meno da "limare". I farmaci innovativi che arrivano col misurino e comporteranno costi sempre più insostenibili. Un sistema dei ticket che va cambiato alla radice. E gli Italiani che pagano sempre più di tasca propria (o non si curano). Per dire: il contributo richiesto agli italiani secondo gli ultimi raffronti del 2013 era del 3,2% della spesa complessiva, contro l'1,8% richiesto ai tedeschi e all'1,4% ai francesi. Peggio di noi soltanto in Portogallo (3,9%), in Spagna e Grecia (3,4%). Le classifiche negative tornano sempre.

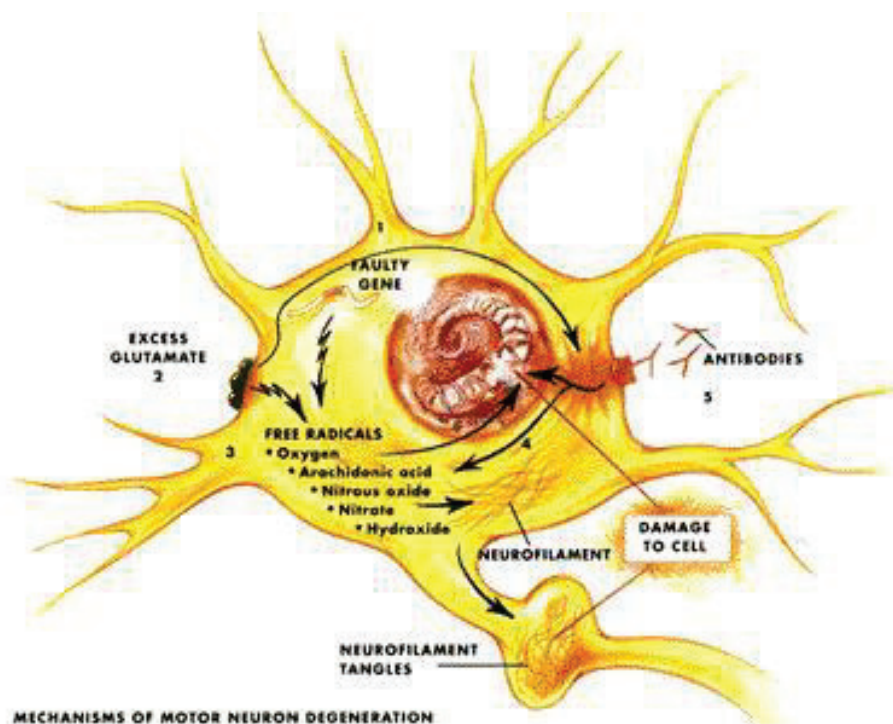
I COSTI

Beni e servizi a +8,6%, a quota 17,2 miliardi, costi del personale a 34,6 miliardi in calo dell'1,08%. Ticket e intramoenia a 4 miliardi



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Alimentazione. Verdure, latticini, poco sale
bevande vegetali, frutta, anche secca. E tanta acqua. C'è una dieta
ad hoc capace di rinforzare la nostra impalcatura. Con qualche oliva

Fatti le ossa a tavola E in palestra

ELVIRA NASELLI

SI CHIAMA picco di massa ossea e l'immagine è sufficientemente chiara per capire che, da quel punto in poi, si può solo andar giù. O, al massimo, mantenere le posizioni, risultato già più che lusinghiero. Quindi è evidente che bisogna arrivare al picco - che si raggiunge a circa venti anni di età - con la più elevata massa ossea possibile, e poi fare in modo di conservarla nel tempo. Per non ritrovarsi alla soglia della menopausa, se non con l'osteoporosi conclamata, almeno con l'osteopenia, che ne è l'anticamera.

Una ricetta magica non c'è, ma certamente un'alimentazione varia e ricca di calcio, sempre insieme ad un adeguato livello di vitamina D, e un'attività fisica costante sono fondamentali. E poi, regole semplici: poco sale, niente fumo e poco alcol, attenzione ad alcuni farmaci mangia-osso, no alle diete drastiche. L'importante, però, è pensarci fin da bambini. «Una dieta molto ricca di calcio - premette Andrea Ghiselli, dirigente di ricerca del Crea-an - è condizione necessaria. Ma non sufficiente, perché l'apporto del calcio deve andare di pari passo con la vitamina D, senza la quale il calcio non viene assorbito dall'intestino e quindi fissato nell'osso». Per il calcio raggiungere il fabbisogno raccomandato è più facile, e si può calcolarne l'introito con il Calcium calculator sul sito di Firmo. «Due o tre porzioni di latte e latticini al giorno - suggerisce Ghiselli - oppure bevande vegetali arricchite, quasi tutti i vegetali, soprattutto quelli a foglia, frutta

secca, e acqua ricca di calcio. Nel caso della vitamina D, l'apporto alimentare è invece scarso e arriva a circa il 20 per cento del fabbisogno». Il resto si ottiene esponendosi al sole, mani, gambe, collo e testa per almeno venti minuti al giorno. Ed è curioso - conclude Ghiselli - che una popolazione mediterranea come la nostra abbia dei deficit di vitamina D. Terzo pilastro della prevenzione, insieme a calcio e vitamina D, l'attività fisica (vedi a sinistra).

Agire sui fattori ambientali, tutti modificabili, è di estrema importanza. Anche se "pesano" soltanto per circa il 30 per cento della massa ossea acquisita al termine dell'accrescimento, visto che il resto è determinato in gran parte geneticamente. E questo perché - spiega Alessandro Rubinacci, ortopedico dell'unità osteoporosi del San Raffaele di Milano - un incremento del picco di massa, anche se modesto, è in grado di ridurre fortemente il rischio di fratture più tardi nella vita. «È molto importante far capire alla famiglia - continua Rubinacci - che esistono momenti critici, come la pubertà, in cui viene espressa rapidamente una gran quantità di massa ossea. In questi periodi è indispensabile agire positivamente sui fattori modificabili, ovvero nutrizione, attività fisica, peso e stato metabolico. Una dieta molto restrittiva - comune tra le giovanissime - ha un effetto negativo sull'acquisizione del picco di massa ossea ed espone a rischio di osteoporosi e fragilità in età postmenopausale e senile».

Ci sono poi condizioni alle quali spesso non si dà la dovuta importanza. «La menopausa precoce - precisa Maria Luisa Brandi, responsabile dell'Unità di Malattie del metabolismo minerale e osseo al Careggi di Firenze - espone a perdita di massa os-

sea, come la menopausa in età normale. O la sedentarietà: chi sta seduto più di 9 ore al giorno ha il 50 per cento di probabilità in più di fratturarsi il femore rispetto a chi sta seduto meno di 6 ore. Dunque alzarsi, camminare, fare le scale. Già durante la notte perdiamo osso per l'immobilità, almeno di giorno bisogna muoversi. E sono nemici dell'osso le diete veloci, più di due bicchieri di vino al giorno o due bicchierini di superalcolici, un eccesso di sale nella dieta e il fumo. Anche l'eccessiva magrezza espone a rischio cadute e fratture». Capito importante quello dei farmaci. «Gli inibitori di pompa, usatissimi, inibiscono l'assorbimento di calcio - prosegue Brandi - come gli antiormonali che si usano per il tumore alla prostata e al seno. O gli antiipertensivi e l'eparina. E poi, sopra i 60 anni la vitamina D andrebbe supplementata senza neppure misurarla». La battaglia contro il deterioramento dell'osso deve essere condotta precocemente e sui fattori modificabili. Anche perché il 60 per cento della nostra massa ossea è determinata geneticamente. E contro la genetica c'è poco da fare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fratture. Due ricerche indagano i supplementi del minerale

E concludono: è meglio col cibo

Poco calcio siamo mediterranei

CRISTIANA PULCINELLI

Sei in menopausa? Assumi più calcio. Ma l'abitudine di prescrivere supplementazioni di minerale, forse va ripensata alla luce di due nuovi studi pubblicati sul *British Medical Journal*. Nel primo articolo, i ricercatori dell'università di Auckland, in Nuova Zelanda, hanno analizzato 26 studi controllati e sono giunti alla conclusione che dare supplementi di calcio non riduce in modo significativo il rischio di "rompersi". E se diminuisce il rischio di fratture vertebrali del 14 per cento, non ha però un effetto significativo per quelle di anca o braccio.

Nello stesso tempo, secondo gli autori, l'assunzione di calcio può dare effetti collaterali: eventi cardiovascolari, calcoli renali e sintomi gastrointestinali, sia leggeri, sia tanto gravi da richiedere l'ospedalizzazione.

ne. L'editoriale che accompagna gli articoli sottolinea come "il peso delle evidenze contro questo trattamento di massa degli anziani ora è abbastanza grande da farci riconsiderare le raccomandazioni".

«Al di là dell'autorevolezza indiscussa della rivista, non c'è nulla di nuovo - commenta Giancarlo Isaia, direttore della Geriatria all'ospedale Molinette di Torino, fino a poco tempo fa presidente Siomms (Società italiana osteoporosi, metabolismo minerale e malattie dello scheletro) - poiché è noto che la somministrazione di calcio di per sé non induce una riduzione significativa delle fratture, perché ci sono fattori confondenti. Ad esempio, molte persone sono carenti di vitamina D, il che vuol dire che, anche se assumono dosi adeguate di calcio, lo assorbono in modo limitato. In secondo luogo, il calcio non è una terapia, ma un integratore

alimentare, quindi dovrei avere un'assunzione omogenea di calcio tramite alimenti nella popolazione studiata per poter valutare il suo effetto».

Sull'assunzione di calcio tramite alimenti, il secondo studio pubblicato su *BMJ* dai ricercatori neozelandesi, e condotto analizzando 59 sperimentazioni cliniche, ha mostrato che effettivamente mangiare alimenti ricchi di calcio porta a un aumento della densità minerale ossea dello 0,6-1%, così come il calcio negli integratori aumenta la densità dello 0,7-1,8%, ma non è sufficiente a prevenire le fratture. Però, aggiungono gli autori, bisognerebbe avere ulteriori dati per capire se ci sono sottogruppi, ad esempio le donne, per i quali i benefici possano essere maggiori.

In Italia, dove si ritiene che ci siano 3 milioni e mezzo di donne e circa un milione di uomini con osteoporosi, e si contano 90.000 fratture del femore all'anno, le linee guida per trattare e prevenire questa patologia sono state pubblicate da poco e prevedono 1000-1200 mg giornalieri di calcio, attraverso gli alimenti. «C'è da dire - prosegue Isaia - che l'assunzione di calcio negli italiani è scarsa: nell'80 per cento della popolazione è la metà di quanto raccomandato. E questo vale, più o meno, per tutte le regioni italiane: la dieta mediterranea, senza considerare il latte e i suoi derivati, fornisce infatti all'organismo circa 200 mg di calcio al giorno».

©RIPRODUZIONE RISERVATA



Muoversi muoversi

Non è mai troppo presto per cominciare a muoversi. Ride, Michelangelo Giampietro, specialista in Medicina dello Sport e Scienza dell'Alimentazione, e ricorda che in Francia dai primi mesi di vita si portano i bambini in piscina. E noi ci preoccupiamo che prendano freddo. Il movimento è talmente efficace che persino la ginnastica passiva per i pazienti allettati funziona. Poco, ma funziona. «L'attività fisica - continua Giampietro - non è solo dispendio di energia ma ha importanti effetti anti-infiammatori e ormonali. Per molte malattie - compresa l'osteoporosi - oggi si ipotizza un'origine infiammatoria. L'attività fisica riduce il

tumor necrosis factor, che concorre alla distruzione dell'osso, attivando invece meccanismi di protezione e costruzione». Va però modulata: per anziani o malati con osteoporosi «serve una riabilitazione motoria che solleciti le grandi articolazioni e ricostruisca il tessuto muscolare. Lo stimolo dell'esercizio fisico - infatti - mantiene la massa muscolare a tutte le età». Per avere un effetto positivo sull'osso sono più efficaci le attività in piedi, per sfruttare la forza di gravità, ma anche gli esercizi in acqua, seppure in misura minore. «L'attività fisica inoltre è uno stimolo indispensabile ed eccellente - continua Giampietro - e a bassissimo costo per costruirsi un piccolo tesoro di massa ossea che negli anni proteggerà dal rischio di fratture e cadute». Un possibile rischio - che segnala l'esperto - è quello dello sport come attività compulsiva. Abbinato a restrizioni caloriche, senza senso. E rischiose. (e. nas.)

FABBISOGNO GIORNALIERO Livelli raccomandati per la popolazione italiana

	LATTANTI	BAMBINI (anni)			ADOLESCENTI (anni)		ADULTI (anni)				GRAVIDANZA	ALLATTAMENTO
	6-12 mesi	1-3	4-6	7-10	11-14	15-17	18-29	30-59	60-74	≥75		
CALCIO in Mg												
MASCHI	260	700	900	1100	1300	1300	1000	1000	1200	1200	-	-
FEMMINE	260	700	900	1100	1300	1200	1000	1000	1200	1200	1200	1000
VITAMINA D in Microgrammi (µg)												
MASCHI	10	15	15	15	15	15	15	15	15	20	-	-
FEMMINE	10	15	15	15	15	15	15	15	15	20	15	15

Tumori. È una malattia molto grave. Di cui si conosce solo un fattore di rischio: i raggi UV. Che inducono mutazioni nel Dna della pelle. Ecco cosa succede nelle nostre cellule. E perché bisogna evitare che la tintarella finisca in un guai

Melanoma il lato oscuro del sole

LETIZIA GABAGLIO

FRA TUTTI I TUMORI, il melanoma è quello a noi più visibile, quello di cui, con un po' di attenzione, possiamo seguire l'eventuale progressione per agire in tempo utile. Si forma infatti a partire dalla degenerazione dei melanociti, le cellule dell'epidermide che hanno il compito di produrre melanina per difendere la pelle dagli oltraggi delle radiazioni ultraviolette. Il tumore prende la forma di un neo sfrangiato, che cambia colore, che prude o addirittura sanguina. Ma resta spesso confuso tra le altre macchie della pelle; tra le molte cheratosi o i semplici nei di forma circolare, prodotti sempre dagli accumuli di melanina, che però restano uguali nel tempo. Certo è più semplice da notare di un nodulo alla mammella o di altre neoplasie che rimangono a lungo silenti. Eppure questo vantaggio spesso non viene sfruttato, e si perde tempo prezioso. Già, perché se si agisce tempestivamente un'operazione chirurgica ed eventualmente una radioterapia possono risolvere, ma se si lascia al melanoma il tempo di scendere in profondità, di diventare più spesso, la strada verso la guarigione si complica maledettamente. Un problema che riguarda sempre più persone: dati alla mano questo tumore aggredisce oggi il doppio delle persone colpite anche solo 10 anni fa. In Italia devono convivere con questo tumore oltre 100mila persone e se ne ammala ogni anno 10mila.

«L'unico fattore di rischio per cui è stata dimostrata una relazione sono i raggi UV. Sono in corso degli studi per valutare se an-

Non è solo la carnagione

Coinvolti anche fattori

genetici che non si vedono

che altri elementi, come l'inquinamento o l'esposizione a sostanze nocive, possano giocare un ruolo nello sviluppo della malattia ma finora non ci sono dati certi», spiega Paolo Ascierto, direttore della UOC Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative all'Istituto Nazionale Tumori Pascale a Napoli che ha redatto le Linee guida per la cura del melanoma dell'Aiom (Associazione italiana di oncologia medica). La prova che i raggi UV siano dannosi viene da studi condotti su popolazioni ampie di persone che mostrano come chi da bambi-

no o ragazzo si è esposto molto al sole o alle lampade abbronzanti, causandosi eritemi e scottature, ha un rischio fino al 75% più elevato di avere un melanoma in età adulta. Il sole non deve essere demonizzato, ovviamente. A causare i danni maggiori sono le esposizioni nelle ore più calde, quando i raggi sono più violenti. E peggio è se lo si fa solo per pochi giorni all'anno: non a caso il melanoma è detta la malattia dei colletti bianchi, di chi cioè non è abituato al sole e si scotta ripetutamente.

A rischiare di più sono le persone con la pelle e gli occhi chiari e i capelli biondi, e in generale i caucasici, quelli cioè che si abbronzano di meno. «Ma tutti devono stare attenti perché al di là di queste caratteristiche evidenti ci sono quelle genetiche, che non vediamo ma che concorrono alla degenerazione neoplastica», sottolinea Ascierto. Perché alla base della formazione tumorale c'è sempre e comunque l'azione del Dna.

«Le bruciature – spiega Michele Maio, direttore del reparto di Immunoterapia Oncologica dell'ospedale di Siena e presidente di NIBIT, Network Italiano per la Bioterapia dei Tumori – sono il segno evidente dell'azione dei raggi sulle cellule della pelle e sul loro Dna. Insulti che, se si susseguono nel tempo, si accumulano, anche perché le cellule della pelle hanno un'ottima memoria. Alla lunga, quindi, si hanno delle modificazioni a livello dei geni che inducono lo sviluppo del melanoma». Su quali e quante siano queste mutazioni non c'è consenso nella comunità scientifica, soprattutto nell'individuare quella più minacciosa.

«Per lungo tempo si è pensato che la modificazione del gene Braf fosse la più importante ma ora sappiamo che questa anomalia si trova anche in altre cellule, che non sono del melanoma». Detto che gli scienziati non sanno quante mutazioni sono all'opera nel tumore della pelle, resta comunque che Braf è una di queste e che è presente in oltre la metà dei pazienti. Colpirla, dopo averla individuata con un test genetico, è comunque

una strategia di successo. La terapia target funziona meglio della chemioterapia tradizionale e permette ai pazienti di vivere più a lungo senza che la malattia progredisca.

Ma certo la via maestra oggi è quella dell'immunoterapia, che risveglia il sistema immunitario contro il tumore (come spieghiamo meglio nell'articolo qui a fianco), magari combinata coi farmaci attivi contro Braf e contro altre anomalie molecolari che si vanno scoprendo.

©IPRODUZIONE RISERVATA

Le cure. I medici non avevano nulla da offrire. Fino a che non si è capito come far reagire il sistema immunitario contro il cancro. Ecco i farmaci di seconda generazione

Guerra totale alla macchia killer

S COPRIRE I meccanismi molecolari che permettono lo sviluppo del melanoma ha portato a una vera rivoluzione nel trattamento: «Fino a pochi anni fa, a un paziente in fase avanzata di malattia non avevamo nulla da offrire. Oggi abbiamo a disposizione terapie che hanno aumentato la sopravvivenza dei pazienti, anche a medio e lungo termine», spiega Michele Maio, che all'ospedale di Siena ha portato avanti le prime sperimentazioni dei farmaci immunoterapici. Molti studi clinici dimostrano oggi l'efficacia di questa nuova strategia: non si tratta di colpire le cellule tumorali ma di levare i freni a quelle del sistema immunitario in modo che se ne sbarazzino loro. Per farlo è fondamentale agire sul legame che si viene a creare fra cellula malata e cellula sentinella, che di fatto neutralizza il sistema di difesa. Ma se il legame viene impedito, ecco che la risposta immunitaria si

attiva e il tumore regredisce. «Siamo già arrivati alle immunoterapie di seconda generazione, che funzionano meglio di quelle sviluppate all'inizio. In particolare le molecole che agiscono sul PD1, uno dei punti di controllo usati dalle cellule neoplastiche per evadere dal sistema immunitario, mostrano un'efficacia maggiore del pri-

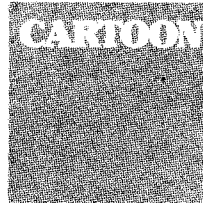
Le immunoterapie più nuove aiutano il 40% dei pazienti

mo anticorpo, e ci fanno ben sperare non solo nel melanoma ma anche per altri tumori», spiega Paolo Marchetti, direttore del dipartimento di Oncologia Medica al Sant'Andrea di Roma. A oggi i farmaci registrati dalla Fda americana che neutralizzano il PD1 sono due, nivolumab e pembrolizumab. Entrambi sono di gran lunga più

forti del primo immunoterapico, l'ipilimumab, (in media producono una risposta nel 40% dei casi, contro il 10) ma, stando a un editoriale del *New England Journal of Medicine*, il pembrolizumab sembra avere meno effetti collaterali.

Le immunoterapie di seconda generazione, poi, funzionano indipendentemente dalle mutazioni presenti nelle cellule neoplastiche. Ma diverse sperimentazioni stanno ora andando a vedere cosa succede abbinandole alle terapie specifiche contro Braf, la mutazione genetica che si sa essere presente nelle cellule del melanoma (come spiegato nell'articolo qui a fianco). Non solo, allo studio c'è anche la possibilità di combinare più molecole, e di studiare dei protocolli che le alternino. Per circondare le cellule malate, prolungare l'effetto dei farmaci e tenere in scacco il melanoma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rey va alla spiaggia

Impariamo a proteggere la nostra pelle. E dove se non sui banchi di scuola? Ecco perché la campagna "Il Sole per amico", promossa da Imi - Intergruppo Melanoma Italiano - in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione e il patrocinio del ministero della Salute dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica, porta la prevenzione nelle scuole primarie di tutta Italia. L'obiettivo è insegnare ai più piccoli il modo giusto di prendere il sole e proteggere la propria pelle, attraverso incontri con i dermatologi e gli oncologi che entrano nelle classi, un cartoon con protagonista il simpatico alieno Rey e altri strumenti didattici. «La campagna nasce per risvegliare e far crescere l'attenzione dell'opinione pubblica sul melanoma e sui rischi legati ad una non corretta esposizione, coinvolgendo in particolare i bambini in età scolare e le loro famiglie», dichiara Paola Queirolo, Presidente Imi e responsabile DMT Melanoma e Tumori cutanei all'IRCCS-AOU San Martino-IST di

Genova. La scelta del pubblico a cui rivolgersi non è casuale: l'incidenza dei tumori della pelle aumenta proprio tra i più giovani e le scottature da esposizione solare in età pediatrica rappresentano uno dei principali fattori di rischio. La campagna - resa possibile grazie a un'erogazione di Merck & Co. per il tramite della consociata italiana Msd - coinvolge 150 scuole di diverse regioni e prevede la realizzazione di uno studio epidemiologico per valutare le conoscenze e i comportamenti della popolazione.

Con il malato facci parlare il cavallo

Pet therapy. Conigli, somarelli, gatti:

basta accarezzarli per far abbassare la pressione

Gli animali diventano attori nelle cure. Ed è boom

ELVIRA NASELLI

LA SINTESI perfetta l'hanno fatta i francesi, coniando il termine "mediazione animale". Perché è questo che fanno cani, gatti, cavalli o asini. Mediano con i bambini autistici, con quelli ricoverati in ospedale per lunghi cicli di chemioterapia, con gli anziani che non riescono più a camminare o a muovere gli arti, con i non vedenti, con i bambini che perdono il senso dell'orientamento e non sanno tornare a casa, con i disabili fisici e psichici. I cani aprono le porte e recuperano oggetti, aiutano a vestirsi e svestirsi, sostengono un bambino con difficoltà di lettura standogli seduti accanto, con lo sguardo fisso sulle pagine di un libro. Tutte attività che il nostro ordinamento differenzia con sigle diverse, ma che hanno però un denominatore comune: la presenza di un animale, che diventa anche lui un po' medico e aiuta gli esseri umani a venir fuori dalle loro prigioni, fisiche e psicologiche.

Quella che - con un termine che tutti gli operatori definiscono desueto - si chiamava pet therapy, e rendeva però bene l'idea. «Con gli animali si fanno interventi terapeutici - permette Sabrina Artale, medico, istruttore cinofilo e presidente Aieccs onlus - ma anche attività sociali e ricreative ad anziani, detenuti, bambini. Lavoriamo nelle scuole contro il bullismo e ovviamente nell'ambito delle cure vere e proprie».

Ci sono i bambini che hanno difficoltà a parlare e che - imparando a dire "seduto" al cane, che esegue - cominciano a pronunciare le parole, gratificati dal comportamento dell'animale. E ancora, quelli che a scuola vengono definiti Bes, bam-

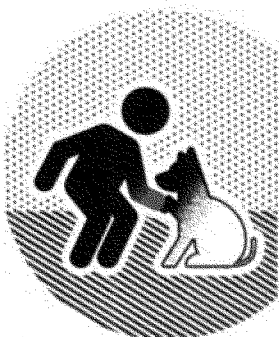
bini con bisogni educativi speciali. Poi ci sono gli anziani, che ricominciano a camminare perché hanno un cane al guinzaglio. O - magari dopo un intervento - sono più stimolati ad allungare il braccio per lanciare una pallina o perché dall'altra parte c'è un gatto da accarezzare. E i detenuti che - grazie all'interazione con un animale - riescono ad affrontare dipendenze da alcol e droghe.

«L'animale va scelto con cura - continua Artale - in base all'obiettivo che si vuole raggiungere. Per un disabile, che è sempre stato oggetto di cura, diventare invece parte attiva, prendendosi cura di un animale, è importantissimo per la sua autostima. Così come la presenza di un animale riduce i disturbi d'ansia dei bambini ricoverati, disturbi che manifestano rifiutando il cibo o facendo pipì a letto. Poi ci sono gli alert dog, i cani che sono in grado di riconoscere per esempio l'arrivo di una crisi epilettica o di ipoglicemia».

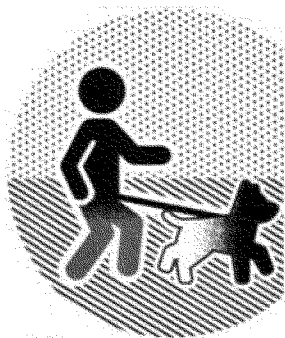
Per non parlare degli effetti positivi sulla salute in generale: accarezzare un cane o un gatto riduce la pressione sanguigna, l'ansia e il battito cardiaco, stimola la produzione degli ormoni del benessere. Il vero problema di tutte queste realtà è che è difficile spesso riuscire a individuare professionisti con una preparazione e competenza specifica. Anche perché dietro ad ogni intervento lavora una équipe, che tiene conto degli obiettivi terapeutici, ma anche del benessere dell'animale. Le recenti linee guida del ministero (vedi articolo), uniche in ambito internazionale, sono un primo passo per rendere tutto più facile, stabilendo anche dei criteri qualitativi da rispettare per ogni intervento che prevede un animale.

GRAFICAZIONE/REINATA

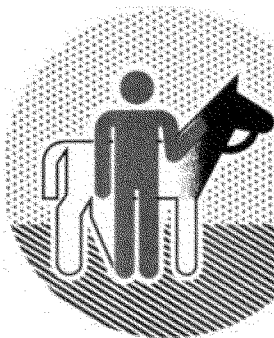
QUALCHE ESEMPIO



Recuperare la funzione di un arto
Si fa allungare il braccio per accarezzare il cane o per lanciare una palla



Allenarsi a deambulare
Con il cane al guinzaglio si cammina più volentieri. Utile a chi ha problemi di mobilità



Esercitarsi in piedi
Al paziente con difficoltà a stare in piedi gli si fa spazzolare il cavallo in posizione eretta



Allertare una crisi
Ci sono cani addestrati a riconoscere l'arrivo di una crisi epilettica o di ipoglicemia



Comportarsi adeguatamente
Insegnare ad aver cura del cane, a non strillare per non spaventarlo, a non stringerlo troppo, a non inseguirlo



Dare comandi semplici
Far dire al bimbo che non riesce a parlare "seduto". Il cane si siede, il bambino è gratificato e continua a parlare

FONTE ASSOCIAZIONE INTERNAZIONALE EDUCAZIONE CINOFILA E CANI SOCIALI (IAECCS)

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

AIUTO A QUATTRO ZAMPE

CAVALLO
Essere alla guida di un animale così grande e potente è una pillola di autostima e fiducia in sé.

ASINO
Il grande testardo buono; riuscire a conquistarlo e a farlo amico è un'impresa.

GATTO
Il più misterioso e sfuggente. Spontaneo e istintivo. Utile in ambito psicologico.

CANE
Di tutti gli animali, il vero amico. È il più disponibile e spontaneamente portato a ricambiare l'affetto ricevuto.

CONIGLIO
Caldo, morbido e fragile, apre il cuore degli anziani e affascina i bambini.

