



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



27 SETTEMBRE 2015

## Campania. Radioterapia: passo sbarrato alle tecniche di ultima generazione. Le proposte dei privati, dei radiologi e della Giunta

***Auspicate dai medici soluzioni nel rispetto dei Lea vigenti. Mentre le strutture private prendono le distanze dai provvedimenti regionali e propongono una task-force di esperti. Dal suo canto la Giunta regionale pensa a un decreto che prenda atto delle tariffe più costose delle nuove tecniche. Ma manca l'ok del ministero***

Sanità, si curi chi può: mentre il ministero della Salute individua 208 prestazioni specialistiche a prescrizione limitata - che mandano in subbuglio il mondo medico, a cominciare dall'Ordine di Napoli guidato da **Silvestro Scotti**, aspramente critico contro la riforma anche a nome degli altri Ordini provinciali, tutti mobilitati in difesa del principio della prescrizione secondo "scienza e coscienza" - in Campania, a causa della spending-review, la strada risulta sbarrata per i pazienti oncologici che potrebbero giovare della Radioterapia con tecnologie di ultima generazione presenti nei nuovi Lea, già approvati dalla Conferenza Stato-Regioni, ma non ancora vigenti se non nelle regioni che, non essendo commissariate, possono permettersi con i propri fondi integrativi di erogare prestazioni oltre i livelli di assistenza vigenti nel resto d'Italia.

**"Terapie efficaci ma che, in assenza della revisione dei Lea, secondo i ministeri vigilanti, non trovano corrispondenza nell'attuale nomenclatore (risalente al 1996) né sostenibilità economica nel tetto di spesa regionale e relativo budget assegnato a questa branca specialistica (17 mln in un anno) - spiega **Pierpaolo Polizzi**, presidente Aspat, associazione di categoria che rappresenta oltre il 50 per cento delle prestazioni di radioterapia in accreditamento con il Servizio sanitario nazionale - da un lato dunque ci sono tetti di spesa invalicabili - in quanto la Campania è commissariata e in Piano di rientro - e dall'altro c'è la Regione che non ritiene di adottare autonomamente, almeno nell'immediato, misure di programmazione capaci di contemperare, dal punto di vista del nomenclatore, l'evoluzione tecnologica della branca di radioterapia".**

**La soluzione adottata dalla Regione.** La Regione ha deciso di fronteggiare l'emergenza, ed evitare così il blocco totale dell'assistenza, recuperando la liquidità necessaria per arrivare fino al 31 ottobre 2015 attraverso il ricalcolo delle prestazioni fatturate negli ultimi due anni, l'emissione di note di debito da parte delle Asl ed eventuali ratei di ammortamento a 10 anni per la restituzione delle iperfatturazioni. "Ciò si traduce nella paralisi del settore accreditato - aggiunge ancora Polizzi - che ha più investito in nuove tecnologie anche se l'accreditamento è uguale per tutti". Intanto tutte le radioterapie da effettuare da qui alla fine dell'anno saranno agganciate al nomenclatore del 1996 che, secondo legge, prevede tra le altre voci una sola schermatura per singolo trattamento.

**Una radioterapia obsoleta e dannosa.** **"In pratica - dice ancora Polizzi - viene nei fatti indicato un modello di radioterapia vecchio di venti anni su cui bisognerà calibrare anche i rimborsi anche per le radioterapie di ultima generazione. E i pazienti dovranno ricevere trattamenti obsoleti che la letteratura internazionale considera addirittura dannosi".** L'Aspat prende dunque ufficialmente le distanze dalle decisioni assunte dalla Regione e dalla struttura commissariale in ordine a quanto deciso nell'incontro svoltosi lunedì 21 settembre, presso la sede della Regione, tra il Consigliere per la Sanità del Governatore De Luca, la struttura commissariale (il sub commissario **Mario Morlacco**) ed i vertici delle Asl Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord e Salerno. Un incontro al quale ha partecipato il solo Snr (Sindacato nazionale radiologi) che lo aveva sollecitato che auspica una "soluzione nel rispetto delle leggi vigenti attraverso l'adozione di profili terapeutici mirati per tipologia di patologia da trattare utilizzando quelle voci già presenti nel nomenclatore attuale e che la Regione Campania non può autonomamente".

Così **Bruno Accarino**, presidente regionale del sindacato radiologi: "Nell'attesa che i nuovi Lea, già approvati dalla Conferenza Stato-Regioni, diventino operativi entro il prossimo anno, come più volte dichiarato in sede ministeriale non si può che rispettare la legge". Di diverso avviso **l'Aspat che contesta la nota stampa della presidenza della giunta dei giorni scorsi in cui il problema dell'esaurimento del tetto di spesa sembrerebbe risolto.**

**"Le criticità esistenti sull'intero territorio regionale per le attività di Radioterapia in realtà restano eccome - dice infatti l'associazione di categoria in una nota - noi, benché presenti non siamo stati ammessi a quella riunione. Siamo solo stati, in un secondo momento, destinatari delle comunicazioni regionali assunte ad esito del predetto incontro. La necessità di erogare trattamenti radioterapici in base alle recenti innovazioni tecnologiche è un diritto dei pazienti malati di tumore costituzionalmente garantito. Non possiamo avallare una scelta invece basata sulla "Evidence based economy".**

**In sintesi l'Aspat propone tre cose:** l'adozione di pacchetti terapeutici per singolo trattamento (così come del resto già formulati ed avviati dalla Struttura commissariale all'indirizzo del ministero della Salute), sul modello di quanto già attuato nelle regioni del nord. Segnatamente Lombardia, Emilia e Toscana, che sono poi le stesse regioni che affiancano la Campania sul fronte della spesa e che "non si vede perché non debbano farlo sul fronte della qualità delle cure erogate ai pazienti". In secondo luogo la sospensione dei provvedimenti amministrativi aziendali conseguenti alla pedissequa attuazione della circolare del ministero del 7 agosto 2015, che, disponendo per l'applicazione di un nomenclatore obsoleto di 20 anni, costringe le strutture erogatrici ad interrompere da subito prestazioni di altissima qualità e in appropriatezza prescrittiva. Infine la convocazione ad horas di un Tavolo tecnico-scientifico che, con la partecipazione delle Associazioni medico-scientifiche qualificate in materia, analizzi e risolva le criticità esistenti, anche alla luce del contenuto della nota protocollare 3.293 del 10 settembre 2015 a firma del Sub Commissario ad acta Mario Morlacco. Anche perché quello che viene indicato come un sovra-utilizzo ingiustificato di trattamenti andrebbe valutato alla luce dell'impegno di risorse necessarie per correggere il sotto-utilizzo, in Campania, di trattamenti indicati e altamente raccomandati per conseguire la salute dei cittadini".

**Morlacco al lavoro per sciogliere i nodi.** Consapevole dell'impasse che colpisce questo delicato settore dell'assistenza il sub-commissario Mario Morlacco è corso subito a Roma dove nei giorni scorsi ha incontrato **Renato Botti**, direttore generale della Programmazione sanitaria. "La soluzione definitiva per rendere sostenibili i costi delle nove tecniche radioterapiche – avverte il sub commissario - sarebbe adottare un tariffario speciale in base a pacchetti omogenei calibrati sulla complessità del caso clinico da trattare e sulla stadiazione della lesione tumorale. Il decreto è già scritto".

**Cosa manca per l'adozione del decreto che riforma il nomenclatore?** "Occorre solo il via libera del ministero. Sin dalla scorsa primavera, studiando il flusso informativo delle Asl, ho individuato in alcuni territori delle iperfatturazioni che sfioravano il tetto di spesa fino a 29 milioni dai 17 stanziati. Ho approfondito la questione ed è emerso l'improprio utilizzo del nomenclatore per remunerare la radioterapia con macchine di ultima generazione. In effetti il tariffario attuale non è in grado di coprire interamente i costi di gestione ma non si poteva andare avanti così. Ho pertanto chiesto l'intervento ministeriale che mi ha suggerito di spostare risorse all'interno di altri settori in convenzione, come la Case di cura. Ma ci sono vincoli e altri accordi che limitano ogni possibile manovra. Sono per questo andato a risollecitare l'intervento del ministero. Il problema sono due settori, Dialisi e Radioterapia, che hanno statisticamente un'incidenza e prevalenza in incremento. La Dialisi del 2 per cento all'anno la Radioterapia molto di più. Se aumentano i casi come si fa a dire che dobbiamo tagliare del 2%? La Radioterapia è del resto diventata sostitutiva della chirurgia...il direttore Botti ha preso nota e si è riservato di studiare la questione. A breve realisticamente si può pensare di superare il problema. Qualcosa dovrà avvenire. Da una parte ci sono i pacchetti. Li abbiamo pronti, il ministero ci deve autorizzare. Poi se sarà necessario attueremo un minimo riequilibrio tra le varie discipline, due tre milioni in più. I centri più attrezzati devono essere messi in condizione di lavorare ma non di abusare".

**Sulla stessa lunghezza d'onda si dichiara l'Snr:** "Abbiamo sottoposto alla Regione Campania una serie di profili terapeutici per tipologia di patologia da trattare, elaborati con la collaborazione delle nostre articolazioni extra-regionali della Lombardia e del Veneto, avvalendoci della loro maggiore esperienza in merito, proprio utilizzando il nomenclatore oggi ancora vigente nella nostra Regione con l'auspicio che la proposta possa essere accettata favorevolmente in sede ministeriale dati i vincoli cui la Campania deve sottostare per il piano di rientro".

**Ettore Mautone**

# La ripresa difficile

VERSO LA LEGGE DI STABILITÀ

## Tagli, almeno 4,5 miliardi da sanità e acquisti Pa

Partecipate, doppia opzione per la stretta - Nodo ministeri

### RENZI SUGLI ESAMI INUTILI

«Felici di ascoltare i medici se hanno modi diversi per tagliare gli sprechi, senza che si arrivi allo sciopero. Noi mettiamo più soldi nella sanità, non meno»

Marco Rogari

ROMA

■ Un cantiere nel cantiere della manovra. È quello della spending review 2.0. Con alcuni punti fermi, come il recupero di almeno 4-4,5 miliardi dalla centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (per via diretta e indiretta) e dalla sanità. Ma anche con diversi i nodi ancora da sciogliere. A partire dall'entità effettiva della stretta sui ministeri che, come al solito, giocano in difesa. Anche per questo motivo c'è chi non esclude il ripescaggio in extremis della regola del taglio del 3% sulle spese aggredibili imposta lo scorso anno a tutti i dicasteri dal premier Matteo Renzi. Ma, a tutt'oggi, il lavoro del commissario Yoram Gutgeld è tutto impostato per giungere a un'effettiva revisione selettiva della spesa a tappeto, dicasteri compresi. C'è poi il capitolo partecipate. Gutgeld sta lavorando, insieme ai ministeri della Pubblica amministrazione e dell'Economia a un intervento che dovrà diventare operativo dal 2016. Due le opzioni sul tappeto: l'eliminazione mirata di 1.000-1.500 "scatole vuote" o un giro di vite, anche attraverso accorpamenti e fusioni, su una più vasta gamma di società strumentali (oltre 3 mila).

Sulla questione sanità, e soprattutto della mobilitazione dei medici, interviene anche Renzi in un'intervista al Tg5. Bisogna «tagliare gli sprechi, se i medici ci vogliono suggerire modi diversi, saremo ben felici di ascoltarli senza chiesi arrivi allo sciopero. Ma deve

essere chiaro che noi stiamo mettendo più soldi nella sanità, non meno», dice il premier. Che aggiunge facendo riferimento al Fondo sanitario: «Segniamoci i numeri: nel 2013 106 miliardi, nel 2014 109 miliardi, più 3%, nel 2015 110 miliardi e il prossimo anno 111 miliardi. I soldi per la sanità non sono tagliati, ne abbiamo messi di più ma la gente invecchia, ha bisogno di cure, quindi dobbiamo trovare criterio per fare cose che servono davvero».

L'obiettivo della spending 2.0 resta quello di non rimanere troppo lontani da quota 10 miliardi di minor spesa. Molto dipenderà dalle scelte di tipo "politico" che saranno fatte a Palazzo Chigi su alcuni capitoli delicati, come partecipate e tax expenditures, in prossimità del varo della legge di stabilità attesa per metà ottobre. In ogni caso non si dovrebbe scendere sotto quota 7-7,5 miliardi. Ma il lavoro portato avanti da Gutgeld insieme a Roberto Perotti contempla opzioni che possono far posizionare l'asticella più in alto.

Il pilastro del nuovo piano di revisione della spesa è rappresentato proprio dall'intervento sulla sanità e dal rafforzamento del meccanismo di centralizzazione degli acquisti con sole 34 stazioni appaltanti. In quest'ultimo caso facendo leva sul cosiddetto metodo Consip potrebbero essere realizzati un paio di miliardi di risparmi ai quali si aggiungerebbero quelli ottenibili per via indiretta, ovvero in combinazione con altre misure su ministeri, regioni e sanità. Proprio la sanità potrebbe contribuire direttamente alla manovra con almeno 2-2,5 miliardi, in gran parte ricavabili dal parziale stop all'incremento del Fondo sanitario (si veda il Sole 24 Ore del 24 settembre). Una stretta che dovrebbe essere ac-

compagnata da un intervento di razionalizzazione sui piccoli ospedali. In questa partita resta da capire quanto inciderà l'adozione, già scattata, del meccanismo dei fabbisogni standard. Nella maggioranza c'è chi, come il presidente della commissione Lavoro del Senato, Maurizio Sacconi, sottolinea che «il taglio della spesa corrente di Comuni e Regioni non può più essere lineare né tale da premiare la spesa storica».

Tutt'altro che in discesa resta l'operazione che il Governo punta a mettere in moto sul terreno delle partecipate. La stessa Nota di aggiornamento del Def varata nei giorni scorsi dal Governo ricorda i ritardi accumulati da regioni, enti locali e università per la predisposizione dei piani di razionalizzazione delle partecipazioni previsti dall'ultima legge di stabilità. Un obbligo che in alcune Regioni è stato rispettato solo dalla metà degli enti interessati e in altre da una quota addirittura inferiore. Ora con i nuovi interventi allo studio dovrebbe scattare il processo di riorganizzazione vero e proprio. Un obiettivo che l'esecutivo intende centrare attivando due leve: l'attuazione delle apposite misure contenute nella legge delega sulla Pa e il riassetto dei servizi pubblici locali. Il Governo sta ancora valutando non solo il tipo di stretta da adottare. Anche in questo caso due le opzioni: utilizzare esclusivamente i decreti attuativi della riforma Pa oppure anticipare alcune norme di raccordo direttamente nella manovra. Nel 2016 comunque i risparmi si dovrebbero mantenere abbondantemente sotto il miliardo. E a questo nodo va anche aggiunto quello, noto, della revisione delle tax expenditures.

## La polemica

### **Lorenzin: «Il decreto va incontro ai medici»**

«Questo decreto ha suscitato parecchie polemiche. Spero potremo risolverle perché è una misura che va incontro ai medici». Lo ha detto il ministro della Salute Beatrice Lorenzin a Sorrento alla "Summer School di Costruiamo il futuro". «In questi anni di crisi i medici hanno tenuto in piedi il sistema sanitario a loro va il mio plauso. Noi vogliamo togliere abusi e sprechi per reinvestire in sanità, insieme ai medici». «La mia missione - ha aggiunto - è quella di dare cure a tutti e per farlo dobbiamo eliminare gli abusi». Il ministro della Salute ha poi fatto un esempio pratico: «Sono mamma di due gemellini appena nati, uno dei due ha avuto il reflusso sin dai primi mesi. Come tutte le mamme ho avuto un'apprensione fortissima per mia figlia e ho chiamato più volte il pediatra che mi ha detto: «Ministro la bambina ha il reflusso, potrei anche fare un'ecografia ma quello che troviamo già lo so. Ho dato retta al mio medico, perché ho avuto fiducia in lui, la bambina ha fatto il suo percorso e adesso sta bene. Cosa è accaduto in questo rapporto? Innanzitutto un rapporto di fiducia e lo Stato ha risparmiato 150 euro».

## Corruzione Sanità, persi 800 milioni in soli sei mesi

Carla Massi

**O**ttocento milioni da gennaio ad oggi. È il "bottino", per difetto, che sprechi e corruzione hanno sottratto al servizio sanitario in sei

mesi. Come si legge nel rapporto della Guardia di Finanza sui danni erariali. La sanità è assai appetibile per il malaffare: impegna oltre 110 miliardi di spesa pubblica. A pag. 15

# Corruzione nella sanità: 800 milioni in 6 mesi

► Il Rapporto della Guardia di Finanza sui danni erariali: da gennaio a giugno oltre 2.300 persone denunciate  
► Insediate commissioni al ministero per prevenire le truffe Cantone: «Rotazione degli incarichi, controllo sugli acquisti»

### IL PERSONALE, I RISARCIMENTI, LE CONSULENZE E GLI APPALTI I SETTORI IN CUI SI CONCENTRANO GLI "AFFARI"

#### IL CASO

ROMA Ottocento milioni da gennaio ad oggi. È il "bottino", per difetto, che sprechi e corruzione hanno sottratto al servizio sanitario in sei mesi. Come si legge nel rapporto della Guardia di Finanza sui danni erariali. La sanità è assai appetibile per il malaffare: parliamo di un mondo che riguarda oltre 110 miliardi di spesa pubblica e 35 miliardi di spesa dei cittadini.

Oltre gli 800 milioni di "buco" 2.325 persone sono state arrestate denunciate o arrestate, 264 le nuove pratiche aperte. Un super controllo in 18 Regioni della Finanza ha individuato 83 dirigenti medici che hanno provocato un danno al servizio sanitario pari a 6 milioni di euro.

#### IL MONITORAGGIO

Una situazione che mal si concilia con la volontà, attraverso il decreto anti-sprechi, quello sulla appropriatezza delle prescrizioni di analisi ed esami. Che, l'altra settima-

na, ha scatenato la polemica dei sindacati medici e dell'associazione dei pazienti.

Da qui, la necessità di cambiare i sistemi di monitoraggio: il Patto per la Salute tra Regioni e governo ha deciso di inserire un articolo che indica le norme di controllo. Il ministero della Salute con l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari) ha costituito una task force contro l'imbroglio in corsia prossimo venturo. Al ministero, pochi giorni fa, sono stati insediati tavoli tecnici per fermare il fenomeno. All'inizio del mese l'Agenas ha firmato un protocollo con l'Autorità nazionale anticorruzione (Anac). Ad occuparsi delle attività di questo settore, Lucia Borsellino. Il testo con il quale operare, il Piano triennale della corruzione 2014-2017.

Un caso tipo viene segnalato dalla Fiamme Gialle. All'ospedale di Gallarate è stato raddoppiato il valore di un appalto a una società esterna per la manutenzione, da 15 milioni e mezzo di euro a 36 milioni. A un manager sarebbe finita una lauta ricompensa.

«Le preoccupanti dimensioni assunte dalla corruzione e dal conflitto di interessi in ambito sanitario - spiega Francesco Bevere Direttore generale dell'Agenas - ci hanno spinto ad avviare un per-

corso strategico sui temi della trasparenza, dell'etica e della legalità. Anche sulla sperimentazione di nuovi modelli di gestione dei rischi».

#### IL PERSONALE

I settori sanitari in cui la malagestione sembra riuscire ad avere più spazio sono quelli del personale, dei risarcimenti per danni e le conseguenze non legittime. Ma anche le attività contrattuali e gli appalti. «L'obiettivo - aggiunge Raffaele Cantone presidente dell'Anac - è quello di introdurre i giusti anticorpi per prevenire. Occorre intervenire su tre settori specifici, cioè acquisti, rotazione degli incarichi e contratti con i privati. Vanno stabilite regole certe, è possibile invertire la tendenza ed avviare un processo finalmente virtuoso».

Regola numero uno: rotazione del personale. Buona regola di gestione che viene applicata solo nel 45% delle aziende sanitarie.

#### IL PIANO

Regola numero due: no alle candidature per poltrone al vertice delle Asl (e per altre figure amministrative) in caso di conflitto di interessi e "condannati anche con sentenza non passata in giudicato" e tutela per chi segnala l'illecito.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## ARSAN

### Montemarano revoca le nomine azzerati i dirigenti dell'era Caldoro

AZZERATI i dirigenti dell'Arsan, l'Agenzia regionale per la sanità. Dopo un messaggio della giunta e dell'Avvocatura relativo a un imminente verifica di tutti i contratti, il direttore generale Angelo Montemarano, ex assessore in carica da due anni, ha revocato in "autotutela" tutte le nomine che aveva firmato durante la gestione regionale dell'ex presidente Stefano Caldoro.

A saltare sono stati dunque i dirigenti Monica Laiso, fedelissima di Caldoro, assunta all'Arsan con l'incarico di responsabile dell'unità Affari generali, e Alfredo Savarese, da un decennio sempre al fianco di Montemarano fin dai tempi di Bassolino governatore, che all'Arsan ricopriva l'incarico di responsabile del coordinamento delle funzioni di indirizzo e programmazione.

Una delibera per Laiso e Savarese. Un secondo atto, sempre firmato da Montemarano, per altri tre dirigenti saltati: Maria Rosaria Caropreso, responsabile della sezione operativa ricerca e innovazione, Giuseppe Melone dalla sezione sistemi informativi, analisi e programmazione, Germano Perito responsabile della gestione economica.

Angelo Montemarano, ex assessore in Regione con Antonio Bassolino e poi direttore generale con Stefano Caldoro, ha firmato le due delibere dopo aver ricevuto una mail certificata dall'assessorato alla sanità in cui si segnalava che l'Avvocatura regionale stava verificando le procedure di nomina dei dirigenti da lui designati all'Arsan, una struttura che ha un "peso" complessivo di circa seicentomila euro al mese.

Ricevuta la pec, Montemarano non ha perso tempo, decidendo di intervenire in autotutela e di revocare ad horas tutti gli incarichi.

(o. l.)

La sanità, la polemica

# Arsan, la «capriola» di Montemarano azzerava gli incarichi che aveva firmato

**Gerardo Ausiello**

Azzerati gli incarichi dirigenziali dell'Arsan, quelli che erano stati firmati dal direttore generale Angelo Montemarano ben oltre la zona Cesarini, ad elezioni regionali già avvenute. Ora, a distanza di tre mesi, è lo stesso Montemarano ad annullare quelle delibere. Cosa è successo? Tra una decisione e l'altra c'è stata la presa di posizione del neogovernatore Vincenzo De Luca, che ha annunciato di voler annullare tutte le nomine fatte dopo le elezioni. Per farlo il presidente della Regione ha chiesto un parere all'Avvocatura, che gli ha dato sostanzialmente ragione.

A questo punto per Montemarano la strada è stata di fatto obbligata. Così con due atti, firmati ieri e l'altro ieri, il manager ha azzerato cinque nomine di altrettanti dirigenti, con funzioni diverse: si tratta di Giuseppe Melone, responsabile della Sezione operativa sistemi informativi, analisi e programmazione; Mariarosaria Caropreso, responsabile della Sezione operativa

ricerca e innovazione; Germano Perito, responsabile della Sezione operativa gestione economica finanziaria. E ancora il provvedimento in autotutela ha riguardato anche Alfredo Savarese, responsabile della Unità dirigenziale coordinamento delle funzioni di indirizzo e programmazione dell'Arsan, e Monica Laiso, responsabile della Uni-

tà dirigenziale affari generali dell'Agenzia sanitaria. La scelta di quest'ultima, avvocato con un curriculum di tutto rispetto, aveva suscitato polemiche tra gli schieramenti politici perché Laiso era stata in precedenza componente dell'ufficio di gabinetto dell'allora governatore Stefano Caldoro. Da qui l'intervento di De Luca, che aveva detto di voler fare chiarezza sugli incarichi affidati all'Arsan ma anche sulle gare di appalto della Sorsa, la Società regionale per la sanità.

Ma quali sono le motivazioni adottate dall'Avvocatura a sostegno della tesi di De Luca? Nel parere si

legge che l'Arsan «è tenuta a rendere conoscibili, anche mediante pubblicazione di apposito avviso sul sito istituzionale, il numero e la tipologia di posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica ed i criteri di scelta, al fine di acquisire le disponibilità dei dirigenti interessati e di valutarli». L'Avvocatura cita inoltre l'articolo 3 della legge 241 del 1990, che «pone espressamente l'obbligo di motivazione per gli atti amministrativi, ivi compresi quelli di organizzazione e gestione dei rapporti di lavoro»; e allora «la scelta fra una pluralità di aspiranti, prodromica alla successiva stipulazione del contratto di diritto privato, dovrà rendere conto del possesso dei requisiti richiesti e del rispetto dei criteri selettivi fissati nell'avviso pubblico sulla scorta dei parametri generali indicati dall'articolo 19, comma 1, del decreto legislativo numero 165 del 2001». Una serie di «paletti», dunque, rispetto ai quali Montemarano ha risposto appunto con revocche in autotutela.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il manager con due atti annulla cinque nomine dirigenziali  
Sullo sfondo la decisione di De Luca

**Il retroscena**  
Il governatore aveva annunciato di voler eliminare le nomine fatte dopo le elezioni  
L'Avvocatura gli ha dato ragione



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



La sanità

# Radiologia «assediate» dai pazienti

Boom di richieste di esami dopo che è scattato il blocco delle convenzioni esterne

Giuseppe Miretto

MADDALONI. Forte crisi di crescita per l'ospedale di Maddaloni. È boom inatteso di richieste di prestazioni diagnostiche a partire da quelle radiologiche. Complice l'esaurimento del budget 2015 riconosciuto alle strutture private accreditate, sono in serio affanno i servizi diagnostici, già sottodimensionati per lo smaltimento delle richieste di routine del nosocomio con la produttività più alta della provincia. Un disagio destinato ad aggravarsi fino al 31 dicembre. Tanto che il direttore sanitario Gennaro Ferraro ha dovuto varare un «piano organizzativo straordinario» taglia file addirittura per evitare ingorghi in radiologia. Sono stati separati i tempi e gli spazi di erogazione delle prestazioni da quelli di attesa per scongiurare assembramenti ingestibili, attese eccessive e difficoltà di accesso. Prolungate anche di pomeriggio le operazioni di prenotazione, accettazione e pagamento dei ticket. Ma l'impennata di richieste ha fatto emergere contraddizioni, ignorate e taciute, di un nosocomio ad alta affluenza ma incredibilmente costretto ad operare con tre diagnostiche antiquate, di cui solo una funzionante. E poi c'è la storia infinita della vecchia Tac. Lo scorso gennaio era stato annunciato il rilancio del «governo clinico e diagnostico» dell'ospedale di Maddaloni: rafforzamento dell'autonomia dei servizi «nella diagnostica collegata alle urgenza-emergenze chirurgiche e sani-

tarie» mediante l'acquisto di una nuova «Tac a 16 Multistrato» (spesa 210 mila euro). Obiettivo dichiarato: mettere fine a dieci anni di disservizi. Invece, ci si affida ancora ad un apparecchio sostitutivo (detto muletto). E questa volta parte la mobilitazione all'insegna della concretezza. In attesa del Policlinico l'ospedale di Maddaloni dovrà garantire la «gestione delle urgenze-emergenze sanitarie» del sud-est casertano e pure da «struttura di supporto dell'ospedale provinciale di Caserta». Già si parla di «Riqualificazione del nosocomio» con un summit alla presenza del consigliere regionale Gennaro Oliviero, del direttore sanitario Gennaro Ferraro, dei direttori delle unità operative e della Rsu aziendale. «Si è arrivati alla decisione - spiega Mario D'Addiego (consigliere comunale di Progetto Maddaloni, medico di ortopedia e promotore di un comitato civico per l'ospedale) - di comporre un tavolo tecnico permanente volto alla risoluzione delle diverse criticità esistenti». Risolvere i problemi: ben oltre le infinite discussioni sul riassetto territoriale della sanità. C'è una priorità che «assume un valore assoluto e riguarda la ristrutturazione dello stabile e il potenziamento dei servizi». Subito, rifare la facciata, completare il «Pronto Soccorso con i servizi Triage», riorganizzare e riammodernare la diagnostica, adeguare gli organici. Non ci sono alternative. «L'assistenza di base - precisa a chiare lettere D'Addiego - peculiare di questo nosocomio (distinta e non sovrapponibile a quella di Marcianise) deve essere fatta bene secondo gli standard previsti dal servizio sanitario nazionale e con gli strumenti idonei».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ospedale A Maddaloni enorme richiesta di esami diagnostici in radiologia

---

## L'assistenza

---

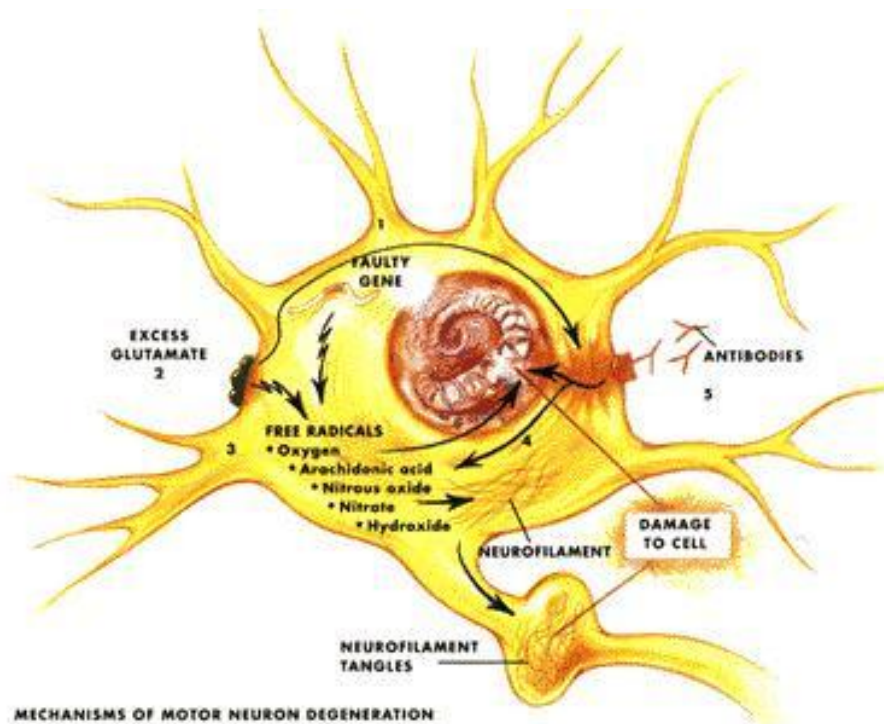
### Sanità digitale, al via il progetto dell'Asl Caserta

**Al via il progetto dell'Asl di Caserta sull'informatizzazione della qualità e della gestione del rischio clinico, denominato «Un percorso verso l'eccellenza». Obiettivo primario è quello di perseguire, grazie ad un percorso di sanità digitale, il miglioramento continuo della sicurezza e della qualità delle prestazioni. Con questo progetto il commissario straordinario dell'Asl, Gaetano Danzi, intende tracciare una rotta verso una salute universale, equa e sostenibile. Il presupposto di tutto ciò è un consolidamento della «via digitale» alla sanità. A tal fine il servizio Qualità e Risk Management, diretto da Salvatore Moretta, presenterà e darà l'avvio operativo al progetto con una serie di incontri di formazione rivolti innanzitutto ai presidi ospedalieri, con la partecipazione in primis di referenti qualità, infermieri addetti al controllo delle infezioni e due operatori sanitari, un medico ed un infermiere.**



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



 **Lo studio**

## L'autismo è genetico ma non si trasmette per via ereditaria

di **Edoardo Boncinelli**

L'autismo è un disturbo che può capitare in ogni famiglia e porta sconforto e disperazione. Influisce sul comportamento e sulla capacità di mettersi in relazione con gli altri fin dalla più tenera età. Un numero enorme di studi è stato condotto su questo disturbo. Questi studi hanno stabilito che ogni autismo è diverso da un altro, così che si parla di disturbi appartenenti allo spettro autistico (Asd). È abbastanza chiaro che il disturbo ha una componente genetica, ma nello stesso tempo non è ereditato in maniera chiara. Di più: la base genetica è anch'essa eterogenea e diversa quasi da caso a caso. Ora un grande studio genetico condotto su moltissime famiglie e pubblicato sulla rivista *Neuron* ha portato una messe di dati nuovi che si possono riassumere abbastanza facilmente. L'autismo in ogni manifestazione mostra una precisa base genetica, eliminando alla radice il sospetto che

possa derivare da qualche vaccinazione. Questo è molto importante oggi, perché troppe famiglie decidono di non vaccinare i figli contro le malattie infettive infantili. Nella grande maggioranza dei casi la comparsa del disturbo coinvolge mutazioni *de novo*, cioè comparse per la prima volta nel Dna di quello specifico individuo. Il dato conferma che non si tratta di un disturbo ereditario ed ereditato, e che sarà difficile, ma non impossibile, farne una diagnosi precoce. L'analisi delle mutazioni individua una sessantina di possibili geni «colpevoli», molti dei quali erano già indiziati. Un numero che sembra alto, ma permette studi accurati e approfonditi. Alcuni di questi mostrano un'influenza sulla struttura fine dei cromosomi e sull'architettura delle sinapsi, i contatti tra le diverse cellule nervose del cervello. La comparsa del disturbo non è legata al Quoziente Intellettuale degli individui affetti. L'insieme di questi dati rappresenta un vero inizio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Le conseguenze dell'immunoncologia

Dai companion test agli standard internazionali  
Come cambia la terapia

di **Agnese Codignola**

◆ Precisa, efficace, potenzialmente universale e poco tossica. È l'immunoterapia oncologica, la grande promessa degli ultimi anni, incoronata da Science nel 2013 come principale novità dell'anno, sulla quale tutta Big Pharma, non a caso, sta riversando fiumi di denaro.

L'idea di attaccare il tumore con le difese del malato, risvegliate con opportuni farmaci e strategie terapeutiche, offre diversi vantaggi rispetto alle terapie tradizionali, proprio per la sua intrinseca scarsa tossicità, e perché l'effetto, potente, dipende solo in minima parte dal tipo di tumore. I primi anticorpi sono già in clinica, e molti farmaci ai nastri di partenza. Ma, come tutte le cure, soprattutto in ambito oncologico, anche questa ha i suoi talloni d'Achille: per esempio, non tutti i pazienti rispondono, o rispondono allo stesso modo. E siccome, nel caso del cancro, dare una terapia che non funziona può rappresentare una perdita di tempo fatale, si cercano affannosamente dei marcatori di risposta, che aiutino cioè a prevedere chi è sensibile e chi no, con companion test da fare prima di iniziare le cure.

Spiega Michele Maio, direttore del reparto di immunoncologia dell'Ospedale Santa Maria alle Scotte di Siena, tra i massimi esperti della materia: «Le aziende stanno cercando marcatori in tutto il microambiente, ossia sulle cellule del sistema immunitario target dei farmaci, ma anche nella matrice extracellulare, e sulle cellule tumorali. La sfida è molto complessa, perché il microambiente è dinamico, e cambia continuamente». L'oncologo si riferisce, in particolare, a una delle ultime frontiere della ricerca: le trasformazioni epigenetiche delle cellule neoplastiche. Spiega infatti: «Le cellule malate hanno differenze non solo nella sequenza dei nucleotidi, cioè sul Dna, ma anche sui geni, che per esempio

possono sviluppare delle metilazioni (aggiunte di gruppi a un atomo di carbonio). Poiché sono proprio queste trasformazioni a rendere il tumore invisibile al sistema immunitario, si cerca di agire su di esse, possibilmente di concerto all'effetto sulle cellule immunitarie, per avere il massimo dell'efficacia». In altre parole, si cerca di rendere le cellule neoplastiche visibili, e poi di scatenare contro di esse il sistema immunitario al massimo della sua potenza di fuoco. Una strategia di attacco su due fronti, quindi, che tuttavia è possibile attuare solo se si sa esattamente se e quali trasformazioni epigenetiche ci sono in un certo tumore in un dato momento. Il che significa che c'è bisogno anche di questo tipo di marcatori, e relativi test. Allo stesso modo, si stanno cercando indicatori di efficacia per il lungo periodo, e altri nella matrice extracellulare. «La strada è obbligata, a causa dei costi» chiarisce Maio. «Le agenzie regolatorie tendono a dare sempre meno autorizzazioni ad ampio raggio, dati i costi dei farmaci e la loro estrema specificità. Il problema è mettere a punto standard internazionali e limiti di sensibilità e specificità buoni per tutti, che oggi, purtroppo, non esistono per quasi nessuna delle nuove terapie». Startup e rami di aziende più tradizionali avranno quindi di che lavorare, nei prossimi anni.

Ma c'è un altro settore che probabilmente avrà uno sviluppo oggi insospettabile: quello dei matematici e degli economisti sanitari, che probabilmente, in un futuro molto prossimo, saranno parte integrante degli organici delle aziende. Ancora Maio: «Da più parti si invocano e si propongono sistemi di pricing che tengano conto, oltreché dell'efficacia come accade oggi, anche della qualità di vita, della tossicità e dei costi per gestirla, dei ricoveri necessari e di quelli risparmiati, dell'allungamento reale della sopravvivenza (per molti dei farmaci approvati negli ultimi anni solo di qualche settimana) e così via, e con ogni probabilità saranno le stesse aziende a dover ragionare in modo diverso, se vogliono che i sistemi sanitari nazionali e le assicurazioni continuino a rimborsare le loro terapie».

## «Efficaci i defibrillatori impiantabili sottocutanei»

*Secondo le linee guida del congresso internazionale di cardiologia ESC 2015*

Arrivano dal congresso della Società Europea di Cardiologia "ESC 2015" che si è appena concluso a Londra le nuove linee-guida per il trattamento delle aritmie ventricolari e la prevenzione della morte cardiaca improvvisa. Ne emergono conferme importanti per i defibrillatori impiantabili sottocutanei S-ICD che le nuove linee-guida invitano a considerare come "una efficace alternativa ai defibrillatori transvenosi per i pazienti idonei all'impianto di un defibrillatore e per i quali non siano necessarie una terapia di stimolazione per la bradicardia, la re-sincronizzazione cardiaca o la stimolazione anti-tachicardica". Ad essi viene infatti riconosciuta la classe di raccomandazione IIa, il che significa che il peso delle evidenze è a favore della utilità ed efficacia. I nuovi orientamenti dell'ESC sono stati accolti con grande favore da Boston Scientific, produttore del primo e unico defibrillatore sottocutaneo al mondo. "Siamo estremamente lieti che siano state ufficializzate le nuove linee-guida della Società Europea di Cardiologia – ha affermato il Dottor Kenneth Stein, Chief Medical Officer, Rhythm Management, Boston Scientific – Vengono così riconosciuta la solidità scientifica dei defibrillatori sottocutanei e i benefici di un dispositivo che può proteggere una vasta popolazione di pazienti dalla morte cardiaca improvvisa, lasciando intatti il cuore e il sistema vascolare. La conferma che viene dall'ESC rappresenta una ulteriore, importante pietra miliare dopo l'introduzione nei mercati internazionali, all'inizio dell'anno, di S-ICD EMBLEM, la seconda generazione di S-ICD». (C. DON.)

*Serve un intervento sia a livello centrale che dei singoli Governi*

# «Inserire l'ictus cerebrale nei piani sanitari nazionali»

*L'Intergruppo Parlamentare italiano incontra alcuni parlamentari europei e l'OMS*

DI LARA LUCIANO

**N**on c'è più tempo da perdere: è urgente una presa in carico, a livello centrale e dei singoli Paesi, delle problematiche ancora aperte legate alla prevenzione e gestione dell'ictus cerebrale. Una patologia che ogni anno in Europa uccide 650mila persone e lascia conseguenze anche molto gravi in chi vi sopravvive con un impatto economico e sociale considerevole per le famiglie e la collettività; si stima che nei paesi dell'Europa occidentale l'onere economico a carico dei SSN sia pari al 3-4% dei costi totali per le spese sanitarie (Fonte dati SAFE). Lo ha affermato con decisione l'Intergruppo Parlamentare italiano per i problemi sociali dell'Ictus, che nei giorni scorsi ha incontrato a Bruxelles alcuni membri del Parlamento Europeo,

dell'OMS e la Rappresentanza Permanente d'Italia presso l'Unione Europea. L'Intergruppo Parlamentare per i problemi sociali dell'ictus, costituitosi nell'ottobre del 2014 su iniziativa dell'onorevole Gian Luigi Gigli e a cui aderiscono deputati e senatori Italiani di diversi gruppi politici, con il supporto di A.L.I.Ce ITALIA (Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale), è da mesi impegnato nell'analisi e discussione delle problematiche che ancora oggi limitano significativamente le possibilità di prevenire e gestire adeguatamente i casi di ictus cerebrale nel nostro Paese. Si stima infatti che l'ictus cerebrale sia in Italia la terza causa di morte e la prima di invalidità, dopo le malattie cardiovascolari e i tumori, colpendo ogni anno circa 200mila persone, delle quali 10mila al di sotto dei 54 anni. Una corretta prevenzione con il

controllo dei fattori di rischio, il riconoscimento tempestivo dei sintomi e la possibilità di poter ricevere, in tempi brevi, assistenza medica e cure appropriate sono elementi fondamentali per limitare l'impatto dell'ictus cerebrale, altrimenti devastante. L'incontro di Bruxelles promosso dall'Intergruppo Parlamentare si inserisce nel contesto della campagna mondiale Sign against Stroke (Firma contro l'Ictus) che ha visto tra l'altro lo sviluppo della Carta Globale del Paziente con Fibrillazione Atriale, patologia che rappresenta il principale fattore di rischio per l'Ictus in persone con oltre 75 anni, ai fini di porre la prevenzione dell'ictus come priorità nei piani sanitari nazionali.

## GIGLI: «SERVE UNA LEGGE DELLO STATO»

«Noi, come Intergruppo parlamentare sui problemi sociali dell'Ictus - ha detto l'onorevole Gian Luigi Gigli, coordinatore dell'Intergruppo Parlamentare per i problemi sociali dell'ictus - crediamo che l'approccio delle istituzioni sanitarie a questa patologia, per la considerevole incidenza e l'impatto socio economico ad essa associato, debba essere quanto prima regolato in tutti i Paesi dell'Unione Europea da una vera e propria legge dello Stato che definisca le indicazioni relative all'intero percorso di cura dei pazienti colpiti da ictus, compresa la delicata fase di riabilitazione».

SPECIALE  
RCS MediaGroup Communication Solutions  
graficocreative

GIORNATA MONDIALE DEL CUORE

Il 29 settembre si celebra la più grande campagna mondiale dedicata alle malattie cardiovascolari

## Dalla parte del cuore, per ricordarci di proteggere la sua salute

*Un sano stile di vita e un'alimentazione adeguata sono fondamentali per prevenire il rischio di ictus e infarto*

**Per la salute dell'apparato cardiovascolare la parola d'ordine è prevenzione**

**A**umentare la consapevolezza riguardo alla salute in ambito cardiologico e la prevenzione delle patologie cardio-cerebro-vascolari, che sono tuttora la prima causa di morte nei Paesi industrializzati. È il tema conduttore della Giornata Mondiale del Cuore, promossa dalla World Heart Federation e organizzata in Italia dalla Fondazione Italiana per il Cuore in collaborazione con Conacuore e Federazione Italiana di Cardiologia e il patrocinio di numerose società scientifiche italiane ed enti nazionali. Moltissimi gli eventi aperti al pubblico, con distribuzione di materiale informativo, organizzati liberamente da ospedali, ASL, associazioni di pazienti, enti pubblici e privati.

Anche l'Italia aderisce all'invito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che, con l'obiettivo "25 by 25", invita tutti i Paesi a mettere in atto alleanze e le migliori strategie per ridurre, entro il 2025, il 25% dei decessi prematuri causati dalle malattie croniche non trasmissibili come le malattie del cuore, dei vasi e il diabete. Durante questa edizione i riflettori saranno puntati in particolare sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nei luoghi dove si vive, si lavora e si gioca, che possono avere un effetto importante sulle scelte giuste per la salute del proprio cuore. In particolare l'attenzione sarà centrata sui corretti stili di vita da attuare per favorire la riduzione di quei fattori di rischio e delle cattive abitudini che sono

la causa principale delle patologie cardiovascolari. A tutt'oggi, infatti, queste malattie sono la principale causa di morte nel mondo; nel nostro Paese, in particolare, annualmente muoiono per infarto, ictus o scompenso di cuore ben 127 mila donne e 98 mila uomini, spesso prima dei 60 anni di età.

### LE ABITUDINI DA CORREGGERE

È ormai ampiamente documentato a livello scientifico che almeno l'80% delle morti premature per malattie cardiovascolari potrebbe essere evitato se i principali fattori di rischio venissero controllati. Infatti a parte tre fattori non modificabili, quali la familiarità, l'età e il sesso, gli altri dipendono da alcune abitudini e stili di vita non salutari per il cuore e che quindi si possono modificare. Uno dei principali è il fumo che oltre a favorire l'aterosclerosi e quindi le patologie cardiache ad essa correlate, interagisce con i meccanismi di coagulazione del sangue, riduce i quantitativi del colesterolo "buono" HDL, aumenta la frequenza cardiaca e provoca uno spasmo delle coronarie. Sono dannosi per la salute del cuore anche il sovrappeso e l'obesità in quanto facilitano la comparsa della sindrome metabolica, una condizione contraddistinta dalla presenza di diabete di tipo II, di ipercolesterolemia e di ipertensione arteriosa, che sono dei riconosciuti fattori di rischio delle malattie cardiovascolari. Non meno malsana è la sedentarietà, responsabile di una cattiva circolazione del sangue, di un muscolo cardiaco più debole e di un aumento del colesterolo, della pressione sanguigna e del peso corporeo: tre condizioni che comportano un vantaggio

per le malattie cardiovascolari.

### DIFENDERSI SUBITO DA QUESTI TRE

Per una prevenzione vincente del rischio cardiovascolare è fondamentale tenere sempre controllato il colesterolo: quando è presente in eccesso nel sangue, si deposita all'interno delle arterie e forma le placche aterosclerotiche che provocano con il tempo un'ostruzione del flusso sanguigno favorendo la comparsa di disturbi cardiovascolari, quali ictus e infarto. Ad essere pericoloso è il colesterolo chiamato Ldl, comunemente chiamato "cattivo", proprio in quanto è il principale responsabile della formazione delle placche aterosclerotiche nelle arterie. Particolare attenzione va data anche alla pressione arteriosa. Infatti quando presenta valori elevati, sottopone il cuore a un superlavoro e accelera la formazione di placche aterosclerotiche facilitando l'accumulo di grassi, specialmente di colesterolo, sulle pareti delle arterie. Prova ne è che il rischio di un incidente cardiovascolare aumenta linearmente con il crescere dei valori della pressione oltre quelli standard. Specialmente dai 40 anni in poi, si deve inoltre tenere sotto controllo il rischio di diabete di tipo II. È la forma che si manifesta in genere dopo quest'età e di cui spesso ci si accorge solamente quando la malattia è avanzata e ha già provocato un'alterazione di tutto il metabolismo e danneggiato le arterie e il cuore.

# Lo stile di vita è il vero argine contro i tumori

Gli ultimi studi confermano che attività fisica e alimentazione equilibrata, da sole, sarebbero in grado di ridurre in modo davvero significativo l'incidenza delle patologie neoplastiche. Con un guadagno netto in benessere e anche con un grande risparmio di risorse per esami e terapie

Quest'anno in Italia, per la prima volta, diminuiranno i casi di cancro negli uomini, ma non quelli nelle donne. La strada della prevenzione è quindi ancora lunga. Bisogna contrastare fumo, obesità e alimentazione scorretta. Ma si possono usare anche altre armi, dai test genetici alle vaccinazioni

## Almeno 4 tumori su 10 per abitudini sbagliate



**Origine infettiva  
Esiste il vaccino  
anti virus Hpv,  
che è causa di cancro  
alla cervice uterina  
e all'orofaringe,  
attualmente offerto  
alle ragazze**



e differenze non sono enormi, ma indicano una tendenza: per la prima volta, in Italia, diminuisce il numero di uomini colpiti da tumore, con 194.400 nuove diagnosi stimate nel 2015 (erano 196.100 nel 2014). Merito, secondo gli esperti, delle campagne di prevenzione. Purtroppo lo stesso non si può dire per le donne, visto che i nuovi casi sono in lieve crescita nel sesso femminile (circa 159.000 nel 2015).

«Il maggiore impatto della prevenzione si è avuta sul tumore al polmone — spiega Carmine Pinto, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) —. E questo è dovuto soprattutto alla lotta al tabagismo, grazie anche della legge Sirchia».

Le donne, però, non rinunciano alla sigaretta ed ecco perché pagano ancora un prezzo alto ai tumori, soprattutto a quello del polmone, che per loro ha avuto un incremento del

36 per cento fra il 1999 e il 2010.

I dati sono contenuti nel volume sui numeri del cancro in Italia, frutto del lavoro di Aiom e dell'Associazione Italiana Registri Tumori, appena presentato a Roma.

Incidere sugli stili di vita è, dunque, di fondamentale importanza nella prevenzione del cancro. Fumo, certo, ma anche alimentazione e attività fisica.

L'obesità, per esempio, sta superando il fumo come causa di tumori e sarebbe coinvolta in almeno sei tipi diversi di neoplasia (seno, pancreas, colon retto, esofago, rene, endo-

metrio).

«Secondo le statistiche, quattro tumori su dieci sono causati da stili di vita sbagliati — commenta Fortunato Ciardiello, Presidente eletto della Società Europea di Oncologia Medica (Esmo) che tiene il suo congresso annuale a Vienna in questi giorni —. Ecco perché è importante la prevenzione. Ma se è vero che al momento si assiste a un arresto dell'epidemia di tumori nella popolazione maschile, deve preoccupare, per il futuro, il fatto che sempre più giovani fumano e bevono».

Un secondo capitolo è quello della genetica. Possono i test sul Dna individuare situazioni di rischio e suggerire interventi? La vicenda di Angelina Jolie è nota a tutti: l'attrice americana, portatrice del gene Brca1, che indica una predisposizione al cancro del seno e delle ovaie, ha dichiarato, sulle pagine del New York Times, di avere optato per la mastectomia preventiva. E successivamente anche per l'asportazione delle ovaie.

«La predisposizione genetica — continua Ciardiello — interessa, però, una quota di tumori ridotta, attorno al 5 per cento. Con i test genetici oggi disponibili si possono identificare, oltre al gene Brca1, quello della poliposi adenomatosa familiare, una forma rara e familiare, che comporta il rischio del 100 per cento di sviluppare un cancro al colon».

Terzo capitolo: l'origine infettiva. Virale per la precisione. E qui entra in gioco l'Hpv, il virus del papilloma umano, causa di tumori della cervice uterina in primis, ma anche all'orofaringe (l'attore Michael Douglas ha confessato di essere stato colpito da questo tumore per aver ecceduto con il sesso orale). Oggi esiste una vaccinazione contro l'Hpv disponibile per le ragazze, ma si sta discutendo se estenderla anche ai maschi.

Ci sono poi i virus dell'epatite B e C, responsabili di forme croniche che possono evolvere in epatocarcinoma.

«La vaccinazione contro il virus B, da tempo obbligatoria, ha ridotto l'incidenza del tumore del fegato — commenta Pinto —. Rimane aperto il problema dell'epatite C: oggi esistono farmaci capaci di guarire la malattia, ma sono molto costosi e non disponibili per tutti».

E arriviamo alla Cenerentola della prevenzione: quella con i farmaci.

«È un passo oltre la prevenzione primaria, — dice Ciardiello — perché ha l'obiettivo di bloccare il passaggio da forme precancerose a cancerose in persone a rischio».

Molto in voga negli anni passati, non ha dato grandi risultati: per esempio l'uso di vitamina B per tumore al polmone è stata un fallimento. «Gli unici dati rilevanti — dice Ciardiello — riguardano la somministrazione di antiestrogeni, tipo il tamoxifene, in donne a rischio di tumore al seno (per esempio portatrici di lesioni preneoplastiche».

**Adriana Bazzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

#### Dagli Usa

La discussione è aperta. La United States Preventive Services Task Force, un'organizzazione medica molto influente, raccomanda, in un suo recente documento,

l'uso di aspirina nella prevenzione del tumore al colon-retto (il farmaco ne ridurrebbe l'incidenza del 40 per cento). Secondo molti esperti, però, questo tipo di prevenzione può distogliere dalla più utile colonscopia.

L'analisi del Dna oggi identifica, oltre al gene Brca1 per il tumore al seno, quello della poliposi adenomatosa familiare, forma rara di tumore al colon

## Piano europeo Massimo impegno in favore dei tanti malati giovanissimi

Ogni anno in Europa si ammalano di tumore 35 mila bambini e adolescenti e, nonostante i progressi delle cure, seimila pazienti muoiono. Così la Siope, l'European society for paediatric oncology, ha lanciato a Vienna, in occasione del congresso Esmo (European society of medical oncology), un piano strategico con sette obiettivi (da raggiungere in dieci anni): dalla possibilità di rendere disponibili i trattamenti più innovativi, all'utilizzo di test

molecolari per orientare le cure; dall'incrementare gli studi sulla biologia di queste neoplasie, al garantire uguale accesso alle cure in tutti gli Stati europei; dalla necessità di focalizzarsi sui bisogni specifici dei giovani pazienti, all'assicurare l'assistenza migliore a chi sopravvive. E da ultimo, ma non meno importante, l'esigenza di capire le cause del cancro pediatrico e studiare strumenti di prevenzione dove è possibile.

**A. Bz.**

## I tumori più frequenti

I primi cinque tumori con maggior numero di casi diagnosticati negli uomini e nelle donne. Le frecce indicano il trend più recente della frequenza (tra parentesi, il trend nell'altro sesso)

	↓ riduzione statisticamente significativa	↑ aumento statisticamente significativo	↔ trend stabile
<b>Maschi</b>			
1 Prostata	↓		
2 Polmone	↓		
3 Colon-retto	↓		
4 Vescica	↔	↔	
5 Stomaco	↓ (↓)		
<b>Femmine</b>			
1 Mammella	↓		
2 Colon-retto	↓		
3 Polmone		↑	
4 Tiroide		↔	↔
5 Utero (corpo)		↑	

Fonte: I numeri del cancro in Italia 2015 - Associazione Italiana Oncologia Medica, Registri Tumori AIRCUM, Centro nazionale prevenzione e controllo malattie

### COLON-RETTO

- Presenza di lesioni precancerose** (adenomi)
- Dieta:** troppa carne e insaccati
- Mancanza di esercizio fisico**
- Fumo ed eccesso di alcol**

**52 mila**  
I nuovi casi attesi in Italia nel 2015

### POLMONE

- Fumo di sigaretta**
- Inquinamento atmosferico**
- Esposizione professionale a sostanze tossiche** (radon, asbesto, metalli pesanti)
- Processi infiammatori cronici**

**41 mila**  
I nuovi casi attesi in Italia nel 2015

### PROSTATA

- Obesità**
- Uso di steroidi anabolizzanti**

**35 mila**  
I nuovi casi attesi in Italia nel 2015

### VESICIA

- Fumo di sigaretta**
- Dieta ricca di grassi**
- Esposizione professionale ad ammine aromatiche e nitrosamine**

**26 mila**  
I nuovi casi attesi in Italia nel 2015

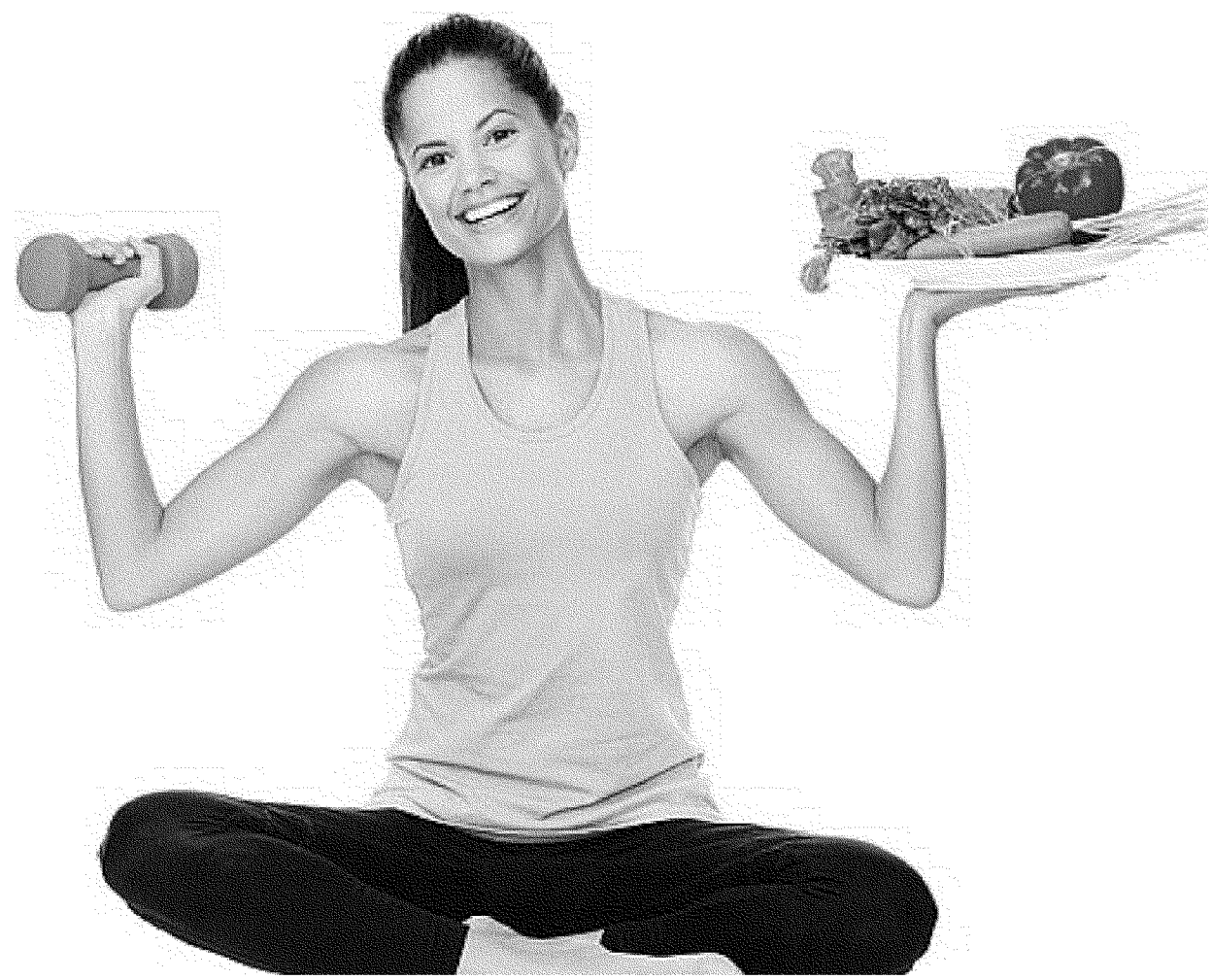
## I FATTORI DI RISCHIO

Per i cinque tumori più frequenti nella popolazione italiana (Dati Airtum)

### MAMMELLA

- Età:** il rischio aumenta fino alla menopausa, poi rallenta e torna a crescere dopo i 60 anni
- Storia riproduttiva:** lungo periodo fertile, assenza di figli, mancato allattamento al seno
- Stili di vita:** obesità, scarso esercizio fisico, abuso di alcol
- Utilizzo di contraccettivi orali**
- Predisposizione familiare e genetica**

**48 mila**  
I nuovi casi attesi in Italia nel 2015



centimetri

# Mammografia, un diritto da garantire

## Screening

**P**ensano di non averne bisogno, non la fanno per pigrizia, non hanno tempo. Sono questi i motivi principali che portano le italiane a non eseguire la mammografia, il test scelto in tutto il mondo per la diagnosi precoce del tumore al seno. In Italia tutte le donne tra i 50 anni e i 69 anni ogni due anni dovrebbero ricevere la chiamata dalla Asl a effettuare gratuitamente il test.

«Questo è il “minimo sindacale” che andrebbe garantito a tutti — spiega Marco Zappa, direttore dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), che ha sede presso l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze —. Lo screening è un servizio compreso nei Livelli essenziali di assistenza, cioè nelle prestazioni sanitarie che spettano a tutti i cittadini». Purtroppo, però, c'è una marcata differenza fra le varie aree del Paese: se al Nord a più di 9 donne su 10 arriva l'invito regolarmente e al Centro a più di 8, la lettera di convocazione al Sud giunge solo a 4 aventi diritto su 10.

È di fronte a questa fotografia che Fondazione Umberto Veronesi per il mese di ottobre, tradizionalmente dedicato alla prevenzione del cancro al seno, ha deciso di lanciare “Prevenzione Seno: obiettivo 100%”, una campagna nazionale che per la prima volta in Italia vede scendere in campo una grande

alleanza fra tutti gli “addetti alla salute femminile”. «Con la mammografia, un esame sicuro e poco invasivo, possiamo sconfiggere il tumore al seno diagnosticandolo in tempo, quando è molto piccolo e curabile — ricorda Umberto Veronesi —. Il nostro compito oggi, con questa campagna, è invitare le donne a essere più attente. Serve la loro collaborazione attiva, senza la quale la scienza non sarà mai efficace quanto noi medici vorremmo».

Come sottolinea Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica: «Numeri alla mano, grazie allo screening la grande maggioranza dei carcinomi scoperti ha dimensioni inferiori ai due centimetri, per cui possiamo intervenire subito con la massima efficacia possibile. Vanno poi messi a punto metodi “personalizzati” per le donne più a rischio, per la loro storia familiare o per il loro assetto genetico (mutazione dei geni Brca)».

Stando all'ultimo Rapporto dell'ONS, però, se oggi il 70 per cento delle donne italiane dopo i 50 anni riceve l'invito per sottoporsi gratis alla mammografia, meno di 6 su 10 colgono l'occasione che può salvare loro la vita. Perché? Se scarsa informazione, pigrizia e mancanza di tempo sono le prime tre motivazioni addotte dalle “negligenti”, nella classifica delle ragioni seguono: «Non ho ricevuto l'invito», «Non mi è stato consigliato di farla», e «Ho paura dei risultati».

«È su questo fronte che possiamo intervenire in modo efficace e rapido perché seguiamo le donne fin dalla più giovane età — dice Paolo Scollo, presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia —. Dobbiamo insegnare loro a non avere timore e a fare l'auto-palpazione, aggiungendo un controllo approfondito del seno durante la visita ginecologica. E poi, se pur vediamo le pazienti per altri motivi, dobbiamo spronarle a partecipare allo screening».

E per quanto riguarda i possibili aspetti negativi dello screening, ovvero le eventuali diagnosi e trattamenti in eccesso, i falsi positivi, le radiazioni accumulate tramite i ripetuti esami? «È ben dimostrato da più studi scientifici — conclude Veronesi — che i benefici superano i rischi. Il carcinoma mammario è il tumore femminile più frequente in tutto il mondo (sono 48 mila le nuove diagnosi nel 2014 in Italia), causa ogni anno di milioni di morti, ma 9 donne su 10 che lo scoprono ai primi stadi guariscono definitivamente e la mortalità è in diminuzione».

**Vera Martinella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'intera popolazione femminile tra i 50 anni e i 69 anni ogni due anni dovrebbe ricevere la chiamata dalla Asl per effettuare gratuitamente questo esame. Ma tra le donne che ricevono l'invito, meno di 6 su 10 colgono questa opportunità

# Verdura, frutta secca e legumi per conservare a lungo **muscoli forti**

**Minerale prezioso**  
Il segreto sta nel magnesio di cui sono ricchi questi cibi particolarmente consigliati dopo la menopausa

**Q**uando si parla di dieta e massa muscolare, si pensa solitamente alle proteine, specie quelle della carne, ma non si dovrebbero dimenticare ortaggi a foglia verde, frutta secca a guscio, cereali integrali e legumi, tutte buone fonti di magnesio, che secondo uno studio pubblicato sul *Journal of Bone and Mineral Research*, potrebbe avere un ruolo importante nel prevenire la perdita di massa e di forza muscolare dovuta all'età. Nello studio, su 2570 donne sane, tutte gemelle (già partecipanti allo studio *TwinsUK*), alcuni ricercatori dell'Università dell'East Anglia di Norwich e del King's College di Londra

hanno valutato le quantità di magnesio introdotte con la dieta (con un questionario rivolto alle donne e tabelle sui contenuti di magnesio nei cibi), la percentuale di massa magra, la forza muscolare e i livelli ematici di proteina C reattiva, uno dei marcatori dei processi di infiammazione nell'organismo.

A più elevati consumi di magnesio corrispondevano valori migliori di massa e forza muscolare e più bassi di proteina C reattiva. L'associazione fra magnesio assunto e massa muscolare è addirittura risultata da 3 a 7 volte maggiore rispetto a quella osservata fra assunzioni proteiche e massa muscolare.

«È del tutto plausibile che il magnesio, di cui è riconosciuta l'utilità per la prevenzione cardiovascolare e dell'osteoporosi, possa avere un ruolo anche nel mantenere la forza muscolare — commenta Jeanette Maier, professore di patologia generale all'Università di Milano —. Del resto, circa il 30% del ma-

gneseo presente nel corpo umano si trova nel muscolo, dove svolge funzioni fondamentali per il metabolismo, dato che è coinvolto in centinaia di reazioni enzimatiche ed è anche il componente essenziale della molecola usata dalle nostre cellule per immagazzinare energia».

«Inoltre, — conclude Maier — il magnesio potrebbe avere un'azione benefica anche contrastando l'infiammazione, che promuove la perdita di tessuto muscolare. Che il magnesio sia importante per l'attività muscolare è cosa nota: negli sportivi una carenza può portare a ridotta resistenza e facilità ai crampi. Ma questo studio ci dice qualcosa in più: che il magnesio può essere utile nelle donne oltre i 50 anni per evitare quella progressiva riduzione della massa muscolare, che si associa al passare degli anni».

**Carla Favaro** Nutrizionista

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## A confronto

Valori per 100 g di alimento a crudo

Alimenti	Magnesio mg	Energia kcal	Alimenti	Magnesio mg	Energia kcal
Mandorle secche	<b>264</b>	603	Ceci secchi	<b>130</b>	316
Anacardi	<b>260</b>	598	Mais	<b>120</b>	353
Fagioli secchi	<b>170</b>	303	Pane integrale	<b>75*</b>	224
Pistacchi	<b>158</b>	608	Grana	<b>63</b>	406
Riso integrale	<b>143*</b>	337	Spinaci	<b>60</b>	31
Orzo decorticato	<b>133*</b>	334*	Carciofi	<b>45</b>	22

Fonti: tabelle di composizione degli alimenti INRAN aggiornamento 2000; \*USDA National Nutrient Database for Standard Reference.

CdS