Salute E PREVENZIONE

PreSa prevenzione e salute

Rischio bruciagrassi

Quei pericolosi cocktail di farmaci

di **Giuseppe Cenname**

Il paradosso della moderna società è quello di glorificare l'immagine ma di vivere nell'obesità, che l'Oms considera tra le maggiori sfide da affrontare in questo secolo. Alla ricerca di una panacea nascono cocktail di farmaci «scioglipancia» e «bruciagrassi» che spesso portano a esiti disastrosi. Il risultato è l'aumento vertiginoso in quest'ambito del contenzioso medico-legale per *malpractice* medica, con medici (e, spesso, anche personale non medico) condannati per aver colposamente provocato danni, talvolta mortali, alla salute di pazienti a volte ingenui, spesso votati all'esposizione a qualunque rischio, comunque sempre poco o per nulla correttamente informati.

È allora necessario ricordare che questi cocktail di farmaci «galenici» (ossia preparati in farmacia) non sono, nella maggior parte dei casi, prodotti «omeopatici» o «naturali» né rappresentano una rivoluzione nel panorama della farmacopea, quasi fossero formule segrete: sono un mix di sostanze note, spesso con attività contrastanti fra loro, con un rapporto rischio-beneficio inaccettabile, il cui ricorso non solo è pericoloso e diseducativo, ma a volte francamente vietato dalla legge.

On line Ritrova tutti i contenuti di questo numero di Salute e prevenzione sul sito www.corrieredelmezzogiorno.it

Il ministero della Salute, difatti, ha chiaramente vietato l'uso della miscela di alcuni principî attivi, come triac, clorazepato, fluoxetina, furosemide, metformina, bupropione e topirimato, sostanze peraltro già utilizzate per la cura di altre patologie per le quali, prese singolarmente, restano autorizzate in funzione della loro indicazione ufficiale, riscontrabile da chiunque nella lettura del «bugiardino» del farmaco. Queste miscele, inoltre, non solo sono vietate per i potenziali gravi effetti collaterali e il rapporto «rischio-beneficio» sfavorevole, ma anche perché sprovviste di un foglietto illustrativo chiaro a cui il paziente possa fare riferimento per sapere cosa assume e dare il suo consenso. Acquisire consapevolezza è il primo indispensabile passo verso il raggiungimento del benessere. I coktail, quelli veri, beviamoli in spiaggia, non in ambulatorio.

A tavola salute è bellezza

In estate si pensa all'estetica, ma è determinante il benessere

alle pagine **2** e **3** **Raffaele Nespoli, Sofia Gorgoni**

Alimentazione e salute

A tavola, le scelte giuste non sono soltanto questione di estetica

Alla vigilia delle vacanze molti pensano soprattutto al proprio aspetto, ma gli esperti sostengono che chi sta attento al proprio benessere in spiaggia non dovrà preoccuparsi della linea

Antonino De Lorenzo
Direttore della Scuola di specializzazione in Scienza dell'alimentazione a Roma Tor Vergata

Katherine Esposito
Docente di endocrinologia e malattie del metabolismo alla Seconda Università di Napoli

di **Raffaele Nespoli**

Con l'arrivo dell'estate quello dell'alimentazione diventa per molti un tema «caldo». L'imperativo è la temutissima prova costume e per questo la maggior parte delle perone cerca più che altro una qualche dieta miracolosa che possa cancellare un anno di abbuffate e di «peccati di gola». Vale invece la pena scoprire come una corretta alimentazione possa incidere positivamente anche sul benessere e sulla salute. E la cosa più bella è che se a tavola ci si preoccupa della salute, in spiaggia non ci si deve preoccupare della linea.

La professoressa Katherine Esposito, docente ordinaria di endocrinologia e malattie del metabolismo alla Sun, è una delle principali esperte in fatto di alimentazione ed è stata proprio lei a inventare il piatto della Dieta mediterranea. «I concetti di base — spiega — sono quelli di scegliere prodotti di stagione, favorire la biodiversità e soprattutto il largo consumo di olio d'oliva extravergine». I suoi non sono consigli astratti, ma vere e proprie «dritte» da portare nella vita di tutti i giorni. «Metà del piatto — dice — deve essere a base di verdura (30 per cento) e frutta (20 per cento), povere di calorie ma ricche di fibre, fonti di vitamine, antiossidanti, minerali e molti composti biologici attivi che aumentano le difese dell'organismo contro le malattie del secolo; soprattutto quelle cardiovascolari e tumorali. Poco più di un quarto del piatto (30 per cento) è composto da alimenti a base di cereali (come la pasta, il pane, il mais e così via), che contengono soprattutto carboidrati complessi e una percentuale di proteine (in media 10 per cento). Il restante 20 per cento del piatto è composto da proteine salutari di origine animale (preferire pesce, carni magre) oppure, e meglio, di origine vegetale (legumi e frutta secca) che andrebbero consumate tutti i giorni. I legumi (fagioli, piselli, ceci, fave, lenticchie, fagiolini) possono essere mangiati a pranzo e a cena al posto del secondo piatto, mentre la frutta secca (noci, mandorle, pinoli, nocciole, pistacchi e anacardi) è ideale a colazione e negli spuntini».

Latte e derivati vanno assunti con moderazione, anche in questo caso dando la preferenza a formaggi locali e certificati (Dop e Igp). Il condimento? Sempre e solo l'olio extravergine d'oliva, preferibilmente a crudo.

La professoressa Esposito suggerisce qualche piatto estivo, veloce e salutare. Per esempio: insalata di farro con pomodori, tonno, basilico e olio extravergine d'oliva. Oppure insalata di orzo con pomodori, primo sale e olio extravergine d'oliva. O ancora, insalata di pollo grigliato, lattuga, gherigli di noce, yogurt magro bianco e cetrioli. Chi ama la pasta può cucinarla con ceci, pomodorini, melanzane, peperoni e olio extravergine d'oliva, gli stessi condimenti possono essere usati per il riso integrale.

Interessanti sono poi i risultati di una ricerca condotta proprio dalla professoressa Esposito e oggi pubblicata sulle più importanti riviste scientifiche. Si tratta di uno studio sui benefici che la Dieta mediterranea ha rispetto alle disfunzioni sessuali in pazienti affetti da diabete, disfunzioni purtroppo molto frequenti. «Problemi — dice la docente — che hanno anche le donne. Ad esempio: secchezza vaginale, dolore durante il rapporto o calo del desiderio». Difficoltà che a quanto pare si possono affrontare a tavola. «La Dieta mediterranea — conclude l'esperta — migliora di molto la vita sessuale dei nostri pazienti».

Quello dell'alimentazione, insomma, non è un argomento che si possa banalizzare. Ne è convinto anche il professor Antonino De Lorenzo, direttore della Scuola di specializzazione in Scienza dell'alimentazione all'Università di Roma Tor Vergata. «La dieta evolve nel tempo — spiega — perché è influenzata da molti fattori e da complesse interazioni. Si pensi al reddito, ai prezzi, alle

Chiara Pastore
Nata a Napoli il 4 agosto '86, è alta 175 centimetri e gioca da playmaker. Ha esordito in Nazionale nel 2005 e ha indossato 50 volte la maglia azzurra

«Gli gnocchi mi ricordano la famiglia»

La campionessa di basket Chiara Pastore: «Sono attenta ma amo la pizza»

La pizza è una delle cose che più le piace; di quelle che vengono sfornate «al metro», e possibilmente con salsiccia e friarielli. Ride Chiara Pastore nel descrivere il suo rapporto con il cibo, nel confessare la propria autentica e carnale passione per i sapori della sua terra. «Lo so — afferma scherzando — dovrei dire che mangio solo verdurine, ma non sarebbe la verità. Certo, gli strappi sono pochi e sempre molto moderati, ma ogni tanto bisogna pur concedersi qualcosa».

Fuoriclasse partenopea del basket, Chiara Pastore è l'esempio di come si possa trovare il giusto equilibrio tra gusto e salute. Anche se, confessa, il suo rapporto con il cibo non è sempre stato dei più sereni. «Come tutte le adolescenti — racconta — ho avuto molte difficoltà ad accettare e capire il mio corpo».

Problemi di peso?

«A 15 anni dicevo sempre che il mio era un problema di corporatura. A tutti i miei preparatori ripetevo come un mantra: "Ho le ossa grosse, non posso essere più magra". Poi con il tempo le cose sono cambiate».

Le pesa dover essere sempre attenta alla forma?

«Mi pesava prima, quando ancora non avevo capito che alcuni cibi mi fanno male. Che mi appesantiscono».

La pizza come la classifichiamo?

«La pizza è il premio, la mangio per festeggiare. Ma ovviamente non posso eccedere».

C'è un piatto che evoca qualche ricordo felice?

«Gnocchi alla sorrentina, cucinati nel coccio. Quando li mangio mi sento più vicina alla mia famiglia. Da piccola capitava di doversi dividere, tra impegni sportivi o altro giravamo l'Italia. Prima di ogni partenza ci ritrovavamo in un ristorantino che ne cucinava di deliziosi. Era il nostro rituale per salutarci. Ora che ci penso, alla tavola sono legati molti bei ricordi, momenti passati con le persone alle quali voglio bene. Spesso fotografo i piatti che mangio: non c'è un motivo in particolare, semplicemente quelle foto mi ricordano occasioni felice».

Riesce ancora a trascorrere un po' di tempo a cena con gli amici?

«Il tempo lo troviamo sempre. Non frequento solo atleti, ma in generale la mia comitiva è attenta all'alimentazione. Nulla di particolare, diciamo solo che non ci piace mangiare cibo da fast food. Del resto la cucina napoletana è ricca di piatti squisiti».

Per lei giocare a Napoli sarà stata una tortura, le tentazioni non mancano.

«Certo qui la cucina è molto saporita, ma va bene così. Ormai ho imparato a pormi dei limiti, non è più un problema. C'è stato un periodo durante il quale il cibo ha rappresentato un problema. Poi, quando ho capito che non potevo essere ossessionata dal peso, tutto si è risolto».

Chi cucina a casa?

«Faccio tutto da sola, la mia è una cucina molto "pulita" e leggera. "Sgarro" un po' solo quando ho ospiti. Del resto non posso tenere a stecchetto anche loro».

Presto tornerà in campo dopo un infortunio. Segue una dieta particolare?

«Cerco di essere molto attenta e di fare pochi strappi alle regole. Ho una gran voglia di rimettermi in gioco e di riprendere da dove ho lasciato. L'infortunio mi ha fermata nel mio miglior momento di forma. Ora ho voglia di tornare e di "assaporare" il gusto della vittoria».

Raf. Nes.

Il disegno qui sopra e quello in prima pagina sono di Daniela Pergreffi

preferenze e alle convinzioni individuali. Ma anche alle tradizioni culturali, ai fattori geografici, ambientali, sociali e economici. Tutti questi elementi interagiscono in maniera complessa nel plasmare modelli di consumo alimentare». La cosa allarmante è che negli ultimi decenni si è passati dal consumare alimenti a base di cereali, frutta e verdura, ad alimenti ricchi di grassi saturi e di zuccheri semplici. Caratteristiche tipiche del cosiddetto cibo spazzatura. «Questo cambiamento — aggiunge De Lorenzo — sta creando grandi preoccupazioni, perché sta favorendo il dilagare di malattie croniche non trasmissibili (Mnt). Soprattutto malattie cardiovascolari, diabete e alcuni tipi di tumore».

Il professore spiega che importanti studi epidemiologici hanno dimostrato le associazioni tra la dieta, lo stile di vita e l'aumentata incidenza e severità di queste malattie. «Negli ultimi vent'anni — dice — queste patologie hanno raggiunto proporzioni epidemiche. E pensare che potrebbero essere facilmente evitate, o almeno ridotte in maniera significativa con l'adozione finalmente, anche in Italia, di una politica alimentare che vada a eliminare o a ridurre i fattori di rischio».

I dati parlano chiaro: le più diffuse sono le malattie cardiovascolari, che rappresentano il 48 per cento delle Mnt, seguite dai tumori con il 21per cento, dalle patologie respiratorie croniche (12 per cento) e dal diabete con il 3,5 per cento.

De Lorenzo chiarisce che l'obesità rappresenta il più efficace esempio di patologia strettamente dipendente, se pur multifattoriale, dalla transizione nutrizionale. E i costi, non solo in termini di salute, sono altissimi. «Una persona obesa — sostiene il professore — costa al Sistema sanitario il 25 per cento in più di una persona normopeso (circa 1.700 euro), di cui più della metà per costi sanitari diretti e oltre 300 euro a persona per anno per costi indiretti. Volendo stimare una vita media attesa della persona obesa di 75 anni, un diciottenne obeso comporta un costo sociale totale di circa 100 mila euro in più rispetto a un coetaneo normopeso. Se consideriamo come punto di partenza il 2010, la spesa sanitaria pubblica ammontava a 113,5 miliardi di euro pari al 7,3 per cento del Pil. In una proiezione della spesa sanitaria pubblica al 2050 solo sulla stima dell'impatto della componente demografica e di quella economica, le variazioni demografiche e la crescita del reddito disponibile impattano per oltre 168 miliardi di euro sui conti della sanità rispetto al 2010». Una somma enorme.

Anche il professore De Lorenzo è un sostenitore della Dieta mediterranea e proprio in uno studio condotto all'Università Tor Vergata è stata verificata l'efficacia di un regime alimentare moderatamente ipocalorico, secondo il modello della Dieta mediterranea. La perdita di peso legata alla dieta ha mostrato anche benefici in termini di composizione corporea, con una perdita significativa di massa grassa, ma non magra, e riduzioni dei fattori di rischio cardio-metabolici.

«Tutte le analisi economiche a supporto delle pianificazioni sanitarie, politiche ed economiche dicono che la Dieta mediterranea, tra gli interventi nutrizionali, insieme con il cambiamento dello stile di vita, conduce al miglior rapporto costo-beneficio. Basta pensare che i cambiamenti di stile di vita per la prevenzione del diabete hanno un costo differenziale di 860 euro e un rapporto tra costo e beneficio di 9.300 euro. La terapia farmacologica con beta-bloccante o statine ha un costo differenziale di 2.000-5.500 euro, il bypass coronarico costa circa 25 mila euro», conclude De Lorenzo. La prova ulteriore, qualora ne servissero altre, che la migliore prevenzione parte dalla tavola.

La celiachia dilaga ma esistono soluzioni

Oltre 170 mila i pazienti in Italia. Ormai sono diffusi gli alimenti privi di glutine

Scelte
È ormai abbastanza facile trovare alimenti privi di glutine adatti alle persone affette da celiachia Chi non ne soffre, però, deve seguire una dieta normale Meglio se scegliendo molte verdure e adeguandosi ai dettami della Dieta mediterranea

In tutto il mondo la celiachia è la più frequente delle intolleranze alimentari: basta pensare che il numero delle persone che ne sono affette è aumentato di oltre il 15 per cento in soli due anni, dal 2012 al 2014. In Italia i pazienti sono circa 172 mila 200, secondo i dati del ministero della Salute, di cui il 48 per cento è concentrato al Nord, il 22 per cento al Centro, il 19 al Sud e l'11 nelle Isole. La Regione dove risiedono più celiaci è la Lombardia, con 30.541 soggetti, seguita da Lazio con i suoi 17.355 e la Campania con 15.509 celiaci. In proporzione la cliachia colpisce più le donne che gli uomini (sono 121.964 le donne che ne sono affette e «solo» 50.233 gli uomini).

Si tratta di una malattia autoimmune dell'intestino tenue, per la quale l'unica cura oggi è una dieta priva di glutine. Spesso viene diagnosticata già in età infantile, anche se i bimbi celiaci sono soltanto il 9,3 per cento, creando disagi nella vita sociale dell'adulto e del bambino. È stata inserita nel programma statistico nazionale: l'obiettivo è capire meglio le cause che la scatenano.

Nel 2014 il ministero ha stanziato 950 mila euro per la fornitura di pasti senza glutine nelle mense scolastiche pubbliche e negli ospedali. Alla formazione del personale di mense e alberghi sono stati destinati, invece, 43 mila euro.

La celiachia viene di solito rappresentata come un iceberg, di cui solamente una piccola parte emerge in superficie. La prevalenza (una misura di frequenza usata in medicina) della celiachia sulla popolazione italiana è dell'1 per cento circa.

I campanelli d'allarme sono sintomi molto variabili: vanno dai disturbi intestinali cronici (dolore addominale, stipsi e diarrea), all'insorgenza frequente di fastidiose afte in bocca, orticaria, disturbi della fertilità (aborti spontanei, infertilità, menopausa precoce), fino alla carenza di ferro.

Gli strumenti per la diagnosi sono vari: dagli esami del sangue agli esami genetici (test del Dna), fino ad arrivare alla biopsia. A differenza delle allergie al grano, la celiachia e la dermatite erpetiforme non sono scatenate dal contatto epidermico con il glutine, ma solo dalla sua ingestione. Se un celiaco ingerisce glutine, il sistema immunitario si attiva, danneggiando i villi intestinali e provocando malassorbimento delle sostanze nutritive. La celiachia non trattata può portare a complicanze anche drammatiche, come il linfoma intestinale.

Insomma dalla celiachia non si guarisce, bisogna solo seguire una dieta giusta per tutta la vita.

Dal punto di vista clinico è fondamentale combattere l'autodiagnosi ed evitare di escludere il glutine prima ancora di un consulto medico. Questo, infatti, impedisce l'accertamento di una intolleranza vera, con tutte le conseguenze del caso, e rende assolutamente necessaria la riesposizione al glutine. Per alcuni, anche se non affetti da intolleranza, mangiare senza glutine è una moda, altri pensano che possa far dimagrire; in realtà il glutine è solo la frazione proteica alcol-solubile di alcuni cereali, quali frumento, orzo e segale. Non fa male (tranne a chi è affetto da celiachia) ed è presente in molte diete, anche quelle ipocaloriche.

Sofia Gorgoni

Alimentazione e salute

La ricerca

Il Cnr «lancia» i biscotti ipoglicemici con farina di fagioli

La farina ottenuta da varietà di fagioli privi di composti antinutrizionali riduce l'indice glicemico dei prodotti da forno. La notizia arriva da uno studio pubblicato sulla rivista «Frontiers in Plant Science», realizzato da un gruppo di ricercatori guidato da Francesca Sparvoli dell'Istituto di biologia e biotecnologia agraria (Ibba) del Cnr. La ricerca illustra la produzione di biscotti ipoglicemici, biofortificati e gluten-free. I ricercatori per la cottura dei biscotti, in combinazione con diverse proporzioni di farina di mais e di frumento, hanno isolato e utilizzato la farina del fagiolo Ipa1 e della tipologia Lady Joy. I biscotti a base di farina Lady Joy sono particolarmente ipoglicemici e non contengono lectine tossiche attive. Nel laboratorio di analisi sensoriale dell'Università di Milano sono stati anche portati avanti test sulla gradevolezza di tali prodotti da forno che non sono ancora disponibili sul mercato.

Chirurgia bariatrica, doppia soluzione

Sugli obesi si può utilizzare infatti la tecnica restrittiva con la quale si riduce lo stomaco e in questi questi casi si raggiunge in circa la metà dei pazienti anche il controllo del diabete

di **Alessandra Grassi**

Ludovico Docimo
Docente di chirurgia generale e direttore del Dipartimento di Scienze mediche, chirurgiche, neurologiche e metaboliche della Seconda Università di Napoli, è responsabile della Divisione di chirurgia generale e dell'obesità al Nuovo Policlinico. Da oltre 10 anni ha iniziato la moderna cura del diabete e delle malattie metaboliche

Diabete e obesità viaggiano su binari paralleli. Una correlazione strettissima. In oltre il 60 per cento dei casi gli obesi sono affetti anche da diabete. E soprattutto, dato ancora più rilevante, la via chirurgica per la riduzione del sovrappeso è una strategia risolutiva anche per la guarigione dal diabete. «In Italia ci sono tre milioni di diabetici e in Campania oltre 350 mila», spiega Ludovico Docimo, professore di chirurgia generale della Seconda Università di Napoli e direttore del Centro di Chirurgia dell'obesità del Policlinico Nuovo di Napoli. Dati sottostimati ma destinati a crescere nei prossimi anni.

Esistono due forme di diabete: quello di tipo 1 — in cui il pancreas non produce insulina, ossia l'ormone capace di bruciare il glucosio, lo zucchero che circola nel sangue — e il tipo 2, caratterizzato da una quantità di insulina insufficiente rispetto alle esigenze dell'organismo. «Per il tipo 2 — spiega il professore Docimo — se l'alimentazione povera di carboidrati e zuccheri non è sufficiente a tenere sotto controllo l'alterazione metabolica, si affiancano i farmaci, gli ipoglicemizzanti orali. Se poi anche questi sono inefficaci il paziente ha necessità di assumere dosi di insulina tramite iniezioni sotto pelle. Però circa nel 70 per cento dei casi il diabetico non controlla bene il livello di zucchero nel sangue, cioè non usa con regolarità l'apparecchio per il controllo della glicemia, mentre il 20 per cento dei pazienti dimentica di prendere i farmaci. Con dannosi sbalzi glicemici e conseguenze negative per la salute, a cominciare dalle malattie cardiovascolari, neurologiche, renali e oculari, cui il diabete è strettamente connesso.

L'artista
«Picnic», opera del 1999 di Fernando Botero, artista noto per i quadri che ritraggono personaggi di grande stazza

Ma una data ha segnato una svolta storica per il trattamento dei pazienti diabetici: il 2007. «A Roma — aggiunge il professore Docimo — si tenne un congresso cui parteciparono le più importanti società scientifiche del settore: tra le quali l'American Diabetes Association e l'American College of Surgeons. Si prospettò in quella sede che la terapia chirurgica per l'obesità poteva essere una realtà per la risoluzione del diabete. Si era osservato infatti che dopo gli interventi per l'obesità, i pazienti affetti anche da diabete, tornavano in poco tempo ai livelli nomali del glucosio nel sangue, senza assumere farmaci».

Da quella data a oggi si è arrivati a un numero molto alto di casi trattati nel mondo. «In particolare — spiega il professore Docimo — la tecnica più efficace è quella malassorbitiva. Per la chirurgia dell'obesità, meglio nota come bariatrica, si può utilizzare infatti la tecnica restrittiva con la quale si riduce il volume dello stomaco, e in questi questi casi il controllo del diabete si raggiunge in circa la metà dei pazienti; mentre negli interventi malassorbitivi, che deviano il corso degli alimenti e dei succhi biliopancreatici, si riduce drasticamente l'assorbimento di grassi e zuccheri, con percentuali di successo sul diabete e sul dimagrimento molto più alte. In poche settimane si modificano gli ormoni gastrointestinali e migliora l'attività del pancreas». A giugno di quest'anno la comunità scientifica internazionale ha segnato un ulteriore passo in avanti. Su *Diabetes Care*, la rivista dell'American Diabetes Association, tra le più prestigiose riviste internazionali che si occupano del diabete, è stato pubblicato un articolo in cui si afferma che la chirurgica dell'obesità è una valida alternativa per i pazienti diabetici anche quando il sovrappeso non è tale da richiedere l'intervento chirurgico. L'importanza di quest'affermazione sta in un numero: quello dell'indice di massa corporea. «Per decidere se eseguire un intervento di chirurgia dell'obesità — sottolinea Docimo — uno dei parametri principali è il body mass index, cioè il rapporto tra peso del paziente in chili e altezza al quadrato. Se tale valore è maggiore di 40 è indicato l'intervento. Ma l'American Diabetes Association ha stabilito nelle linee guida che la chirurgia bariatrica ha un ruolo terapeutico efficace anche con un indice di massa corporea minore di 40 quando il paziente è diabetico. Dunque per i pazienti affetti da tale alterazione del metabolismo è possibile trovare una strada molto più efficace e più stabile rispetto a quella legata a farmaci e insulina». Una strada che apre sicuramente nuovi scenari ma che tuttavia si scontra spesso anche con la paura dei pazienti e dei familiari verso l'intervento chirurgico. Ma insieme al diabete la cura dell'obesità merita maggiore attenzione. «L'obesità non rappresenta un problema estetico, bensì una malattia, e per altro il suo trattamento chirurgico rientra tra gli interventi a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Negli obesi operati presso centri qualificati — evidenzia Docimo — i risultati in termini di sopravvivenza e qualità di vita sono notevolmente migliori rispetto ai non trattati, un dato per tutti, le malattie cardiovascolari si riducono di oltre l'80 per cento».

Piede diabetico, Sos in Campania

Ogni anno seicento amputazioni per le complicanze della malattia Fondamentale la prevenzione e la diagnosi precoce in centri specializzati

Rosario Mancusi
Chirurgo vascolare, specialista in chirurgia toracica, è il responsabile di settore di Villa dei Fiori ad Acerra

Tiziana Spinosa
Specialista in Igiene e in Endocrinologia, è responsabile dell'assistenza di base del distretto 25 a Napoli

Allarme diabete in Campania, quasi 400 mila i pazienti in cura. Un trend in crescita che porterà tra 20 anni a più di mezzo milione di malati. Un record negativo che si sposa con i casi di obesità infantile e di malattie cardiovascolari. La Campania è la seconda regione italiana per incidenza dopo la Lombardia, davanti a tutti in rapporto alla popolazione. Numeri allarmanti: la giunta regionale è corsa ai ripari approvando il fabbisogno di centri diabetologici definendo lo standard di 1 centro ogni 100 mila abitanti. Sono 59 i centri necessari in tutta la regione a fronte di 25 già accreditati. Sul versante pubblico è in corso una puntuale ricognizione delle strutture ambulatoriali di secondo livello esistenti. La prevalenza della patologia diabetica in Italia, secondo i dati Istat 2014, è del 5,5 per cento mentre in Campania è del 6,9 per cento. Proprio il governatore De Luca ha più volte richiamato il dato relativo all'eccessivo numero di amputazioni legate al piede diabetico. Patologia di cui sono afflitti circa 60 mila pazienti di cui ogni anno in 600 sono costretti ad amputazioni totali o parziali degli arti inferiori in seguito a complicazioni. Circa l'80% delle amputazioni non traumatiche degli arti inferiori sono oggi effettuate su soggetti diabetici. Grande assente è la prevenzione. Diagnosi precoce e terapie innovative, mediche e chirurgiche, le armi contro il piede diabetico. Ma che cos'è e come si cura? «La presenza di un'ulcera del piede è il fattore premonitore più importante — spiega Rosario Mancusi, chirurgo vascolare in forze al centro specialistico dedicato al piede diabetico di recente inaugurato a Villa dei Fiori ad Acerra — è quindi necessario riconoscere precocemente il problema e impostare tempestivamente un corretto trattamento. Dopo venti anni o più di malattia le alterazioni delle terminazioni nervose e dei vasi sanguigni che accompagnano il diabete possono determinare arteriopatie e neuropatie che quando colpiscono le estremità prima si manifestano con la difficoltà a camminare (*claudicatio intermittens*) dovuta alla mancanza di ossigeno ai muscoli e alla difficoltà del sangue di raggiungere gli arti inferiori, poi evolve verso la necrosi con necessità di amputazione delle estremità colpite. Nei centri che si sono specializzati nella cura del piede diabetico è stata rilevata una riduzione significativa del numero di amputazioni maggiori». Rivascolarizzazione, chirurgica del piede, calzatura da prevenzione primaria o secondaria, trattamento podologico e riabilitazione sono i principali interventi per trattare e prevenire il piede diabetico.

«Il piede diabetico — aggiunge Tiziana Spinosa, diabetologa, esperta in management direttore assistenza di base del distretto di Bagnoli della Asl Na 1 — è comunque nella maggior parte dei casi la punta di un iceberg al di sotto del quale coesistono un insieme di altre patologie, legate direttamente o meno al diabete, che necessitano a loro volta di essere curate». In Campania sono deputati a questo la rete delle strutture pubbliche distrettuali e i centri diabetologici accreditati. Oltre alla chirurgia vascolare, a seconda della complessità del problema, vengono coinvolte competenze specialistiche di branche diverse come per esempio quelle ortopediche, chirurgo-plastiche, infettivologiche, diabetologiche, riabilitative, chirurgiche, vascolari. «In Campania — aggiunge Pierpaolo Polizzi, presidente Aspat — l'assistenza diabetologia è un nodo irrisolto. Una disciplina assistenziale che rappresenta solo una piccola fetta dell'assistenza pubblica accreditata con 25 strutture accreditate a gestione privata che assistono quasi 100 mila pazienti per un budget annuo totale di otto milioni a fronte dei 337 assorbiti dall'intera specialistica. Un solo milione in più nel piatto garantirebbe la cure e i controlli a tutti i pazienti diabetici campani fino a fine anno senza interruzioni. Ma intanto a Na 2 Nord il commissario D'Amore da gennaio ha impresso uno stop a una dozzina di centri in provvisorio accreditamento. Decisione che ha disorientato i pazienti, ridotto i livelli di assistenza e polverizzato le competenze.

E. M.

Salute e vacanze

Medicinali in valigia
I consigli del farmacista per chi sta partendo

La scelta dipende dalla destinazione, ma è opportuno portare con sé antidolorifici, antinfiammatori e antipiretici

Vincenzo Santagada è il presidente dell'Ordine dei farmacisti della provincia di Napoli e docente ordinario di chimica farmaceutica e tossicologia all'Università Federico II

di **Raimondo Nesti**

Le vacanze sono ormai cominciate, in tanti aspetteranno i primi di agosto per raggiungere località di mare o di montagna, ma molti altri stanno già preparando le valigie. Il look e importante, certo, ma quando si parte la prima cosa alla quale è bene pensare è la salute, quindi oltre a costumi, parei e jeans, non si deve dimenticare una selezione di farmaci che si spera non servano, ma all'occorrenza potrebbero rivelarsi molto utili. Quali siano questi farmaci e come vadano conservati lo spiega il professore Vincenzo Santagada, presidente dell'Ordine dei farmacisti della provincia di Napoli. «La prima raccomandazione — dice — è rivolta a quanti seguono una terapia medica legata a una malattia cronica. E bene che queste persone abbiano in valigia tutto ciò che serve, per esempio antidiabetici, antipertensivi, antiepilettici, antianginosi e così via. Insomma, qualunque sia il problema, meglio avere una scorta che copra in eccesso il periodo di tempo in cui ci si troverà lontani da casa».

Santagada spiega anche che esiste una connessione tra ciò che è importante portare e la meta scelta. «Dipende — chiarisce il professore — dalle caratteristiche del viaggio, dalla destinazione, dalla durata e dal tipo di alloggio. In genere è consigliabile portare, oltre ai farmaci abituali, anche alcuni prodotti che teniamo abitualmente nell'armadietto di casa. Per esempio antidolorifici, antinfiammatori e antipiretici, un antidiarroico, un antibiotico a largo spettro, un collirio, creme e pomate contro le irritazioni della pelle, vale a dire antistaminici e cortisonici e creme contro ematomi e distorsioni. Visto che si va in vacanza suggerirei anche un filtro solare, disinfettanti per la gola, farmaci contro la cattiva digestione (antiacidi e pro cinetici), lassativi, melatonina e altri prodotti contro il jet-lag. Sarebbe buona norma avere il kit del pronto soccorso e ovviamente un prodotto repellente contro le zanzare e altri insetti».

Qualche attenzione in più è necessaria nel caso in cui si scelga un paese particolarmente caldo o con condizioni igienico-sanitarie a rischio. «Se la meta è questa, è necessario informarsi sulla situazione epidemiologica e ambientale della zona, e certamente farsi consigliare dal medico l'eventuale profilassi farmacologica e vaccinale». E poi c'è il rischio che i farmaci si rovinino per il caldo. «Questo — dice Santagada — è un aspetto che va tenuto in debita considerazione. Di recente l'Agenzia italiana dei farmaci (Aifa) ha pubblicato un opuscolo intitolato "Farmaci & Estate" in cui vengono dispensati tutta una serie di consigli e accorgimenti che possono tenere a riparo il cittadino, nel periodo estivo, da spiacevoli inconvenienti legati alla cattiva conservazione (o trasporto) dei medicinali in presenza di temperature elevate. La guida parla anche dei rischi connessi con l'esposizione al sole a seguito dell'assunzione di determinati farmaci». In altre parole «alcuni farmaci possono causare reazioni da fotosensibilizzazione (reazioni fototossiche o fotoallergiche che solitamente sono costituite da manifestazioni cutanee come dermatiti, eczemi, e così via. È bene leggere attentamente il bugiardino con le istruzioni in caso di assunzione di antibiotici (tetracicline, chinolonici), sulfamidici, contraccettivi orali, antinfiammatori non steroidei (Fans) e prometazina (antistaminico)».

Il caldo, ricorda Santagada, può provocare l'abbassamento della pressione anche in soggetti ipertesi, quindi la terapia dell'ipertensione arteriosa e di altre malattie cardiovascolari potrebbe richiedere un riadattamento da parte del medico o dello specialista nel periodo estivo. «È bene tener presente — conclude — che le terapie in corso non vanno mai sospese autonomamente e che è opportuno effettuare un controllo più assiduo della pressione arteriosa. Il miglior consiglio che posso dare è di leggere, prima della partenza, la guida pubblicata dall'Aifa. È veramente un importante supporto e la si può consultare o scaricare oltre che dal sito dell'Aifa, dal sito dell'Ordine dei farmacisti della provincia di Napoli».

Aiuto è estate, la stagione dei problemi
Altro che relax, in questo periodo dell'anno emergono le difficoltà sopite e in vista delle ferie le richieste di sostegno psicologico aumentano

Ferdinando Ivano Ambra Psicologo e neuropsicologo, è professore a contratto dell'Università Suor Orsola Benincasa e tutor didattico presso l'Iter

di **Ferdinando Ivano Ambra**

L'estate è più o meno per tutti un sogno di relax dopo le fatiche dell'inverno. In realtà in questo periodo sembrano confluire diversi eventi stressanti, e anche le problematiche psicologiche che fino a qualche tempo prima sembravano sopite o sostenibili in estate sembrano diventare ingestibili. Succede, per esempio, ai pazienti affetti da disturbo affettivo stagionale (Sad). Le ricerche epidemiologiche e l'esperienza clinica, infatti, dimostrano che proprio in questo periodo dell'anno aumentano le richieste di aiuto psicologico, in particolare con l'approssimarsi delle ferie. Il dato clinico, inoltre, dimostra che la domanda di aiuto non riguarda quei disturbi esorditi proprio al momento della richiesta, ma molto spesso è connessa a problematiche cronicizzate da tempo.

Le cause sottese all'acuirsi di questi problemi sono diversificate. La più intensa esposizione al sole comporta una maggiore attivazione neuroendocrina (aumento di alcuni ormoni presenti nel nostro cervello) con naturali conseguenze sul funzionamento fisico e psichico. Dunque, con risvolti positivi o negativi, la nostra mente e il nostro corpo sono molto più attivi proprio durante questo periodo.

Sin dalla giovane età siamo abituati a considerare l'inizio dell'estate come il periodo dei bilanci e degli «esami»: un intero anno sembra essere valutato e soppesato minuziosamente, e inevitabilmente molte scelte vengono messe in discussione. Queste riflessioni non dovrebbero essere considerate in sé patologiche, anzi, in qualsiasi momento dell'anno accada, prendere coscienza del proprio percorso, tra limiti e risorse, può rivelarsi un fruttuoso e proficuo check-up psicologico. Le problematiche emergono quando al bilancio dell'anno trascorso si associano pensieri ansiogeni, o componenti depressive con rimuginazioni continue, disagi che risultano poco sintonici con la spensieratezza che dovrebbe precedere l'organizzazione di una vacanza.

Un altro punto nevralgico è senz'altro costituito dalle relazioni interpersonali, in particolare quelle familiari. Se da un lato esse consentono di sperimentare sentimenti di appartenenza e di sicurezza, consolidano il senso dell'identità e l'autostima soggettiva, nel contempo possono generare tensioni quando limitano la libertà individuale.

L'organizzazione della famiglia, a seconda della fase del suo ciclo vitale, richiede continui aggiustamenti per soddisfare le esigenze di tutti. La gestione degli anziani è tra i maggiori fattori di criticità per la complessa rete assistenziale di cui talvolta necessitano e per l'indispensabilità di dare continuità anche all'accudimento in termini relazionali e affettivi. Il necessario coinvolgimento della famiglia allargata genera talvolta conflittualità o può rivelarsi un banco di prova delle reali dinamiche relazionali sottese a quello specifico nucleo familiare. Il tema centrale verte sostanzialmente o sul ricatto morale, con condotte colpevolizzanti, o sulla definizione rigida delle funzioni, con assunzioni a oltranza del ruolo mitico e salvifico. Non meno complessa è la gestione dei figli adolescenti: le loro istanze di autonomia e di inclusione nel gruppo dei pari si contrappone decisamente al bisogno crescente dei genitori, proprio in questa fase, di «controllare».

È forse proprio il periodo estivo quello in cui maggiormente emergono le disfunzionalità: i criteri di priorità, sia che gli adulti si adeguino alle esigenze dei giovani, che viceversa, non hanno alcun parametro oggettivo e assoluto.

Le criticità descritte assumono un particolare significato se inserite in una cornice storica e culturale in cui si assiste al trionfo dell'individualità e a una debole disponibilità alla ricerca del bene comune: il divertimento è sempre più spesso un evento egoistico, totalizzante, che suona più come un bisogno che come un desiderio. Dunque la vacanza intesa come momento per la famiglia di incontrarsi e sperimentare un modo differente di stare insieme al di fuori delle routine quotidiane, si trasforma in un momento di fuga dalla realtà familiare stessa, un tentativo di sommergere le problematiche irrisolte.

Sarebbe auspicabile una dedizione costante, fruibile in ogni stagione, che consenta sia all'individuo che alla famiglia di preoccuparsi del proprio benessere psicologico, propedeutico al meritato relax.

VILLA CAROLINA
MESE DELLA
PREVENZIONE DENTALE IN GRAVIDANZA

Dal 20 GIUGNO
a 20 LUGLIO.

La gravidanza un dolce momento che non può trasformarsi in un incubo per i tuoi denti

Prenota la tua visita senza impegno

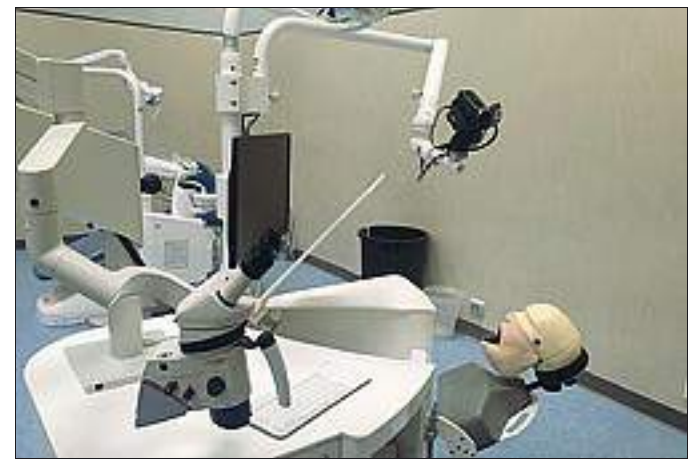
Aperti anche il sabato

Numero Verde
800-000045

Villa Carolina, invita tutte le mamme in dolce attesa, ad effettuare un controllo per affrontare il periodo di gestazione con l'adeguata preparazione.

VIA CESARE BATTISTI, 22 – 80059 TORRE DEL GRECO (NA)
Studio: Tel. 081 882.33.35 Fax 081 882.61.58
Poliambulatorio: Tel. 081 881.98.00
e-mail: villacarolina86@tiscali.it

Università e salute



Nell'aula dei manichini si «curano» **pazienti-robot**

Federico II, 46 postazioni odontoiatriche consentono agli studenti di riprodurre le tecniche illustrate dal docente

Sandro Rengo
Ordinario di malattie odontostomatologiche alla Federico II

Francesco Riccitiello
È docente di morfologia del dente alla Federico II

di **Olga Fernandes**

Settecentomila euro è il costo del nuovo, avveniristico laboratorio dell'Università di Napoli Federico II, un'aula hi-tech che servirà per le esercitazioni dei laureandi in Odontoiatria e che è stata realizzata con fondi europei. Un risultato al quale si è arrivati grazie agli forzi sinergici della Regione e dell'Ateneo federiciano. L'aula è la cosiddetta «stanza dei manichini», così chiamata perché al suo interno ci sono 46 postazioni odontoiatriche con altrettanti pazienti robot (manichini appunto) sui quali gli studenti possono operare come se si trattasse di pazienti in carne e ossa, mettendo in pratica quanto appreso dai libri di testo. Il vantaggio è evidente, come spiega il coordinatore del corso di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria Sandro Rengo. «Queste tecnologie — dice — ci permettono di garantire un'offerta didattica altamente competitiva con le migliori eccellenze europee, nonostante i fondi a disposizione siano ridotti rispetto a quelli di altre nazioni».

Va detto che l'aula manichini della Federico II è, tra le poche esistenti in Italia, quella con il maggior numero di postazioni e anche quella che sfrutta le tecnologie più innovative. La terza per importanza se si volesse stilare un'ideale classifica a livello europeo. Un nuovo esempio di come anche al Sud Italia e in Campania in particolare sia possibile raggiungere livelli di eccellenza nella medicina e nella ricerca grazie all'impegno degli addetti ai lavori.

Del resto, basta analizzare i dettagli di questa aula-laboratorio per rendersi conto che ci troviamo davanti a una struttura all'avanguardia. Ciascuna delle 46 postazioni è dotata di schermo ad alta definizione e manichini che riproducono fedelmente la bocca di un paziente.

Su ogni postazione è installata un'applicazione che consente la trasmissione video dalla postazione insegnante a tutte quelle studenti. Una piattaforma software-hardware consente la condivisione di audio-video tra le postazioni di lavoro, consentendo così agli istruttori di inviare le immagini dal proprio pc a un singolo studente o a tutti contemporaneamente. Allo stesso tempo, il docente può anche visualizzare le immagini dalla fotocamera sul posto di lavoro dello studente e controllarne i movimenti e il relativo apprendimento.

Spetterà al professore Francesco Riccitiello, docente di morfologia del dente, il primo approccio con i nuovi studenti e queste tecnologie: «Quarantacinque studenti — spiega — saranno collegati alla mia postazione grazie a una telecamere a circuito chiuso. Mi vedranno lavorare sul mio manichino e potranno riprodurre fedelmente il mio operato. In tempo reale potrò verificare il loro operato e eventualmente correggere gli errori».

A lato, la stanza dei manichini della Federico II con le postazioni odontoiatriche destinate agli studenti

La struttura, come sottolinea il professor Sandro Rengo «è stata voluta con forza dal direttivo del corso di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria della Federico II». Corso di laurea risultato ai primi posti in Italia nell'ultima «valutazione della qualità della ricerca». L'Università di Napoli insomma si conferma come vera e propria fucina di eccellenze, dalla quale ogni anno escono centinaia di giovani capaci di distinguersi in Italia e spesso anche all'estero.

«Quest'aula — commenta il professor Luigi Califano, presidente della Scuola di Medicina e chirurgia — rientra nell'ambito delle aule della Scuola di Medicina che sono state implementate con attrezzature didattiche tecnologicamente avanzate. Lo sforzo è quello di migliorare costantemente la didattica». Entusiasta anche l'ex rettore, Guido Trombetti: «È una soddisfazione vedere finalmente completata un'aula così importante e ben attrezzata, abbiamo lavorato molto perché potesse essere realizzata e oggi siamo contenti di vedere premiato il nostro impegno». E per l'attuale rettore Gaetano Manfredi quella creata è un'aula all'avanguardia «che consentirà ai laureandi di esercitarsi in maniera efficace. Proseguiamo sulla strada di una sempre maggiore attenzione alle esigenze degli studenti, attraverso l'utilizzo delle più avanzate tecnologie».

Prevenzione e scienza

L'intesa
Sun e Gsk si alleano per la ricerca

È stato siglato la scorsa settimana l'accordo che vede «alleate» per la ricerca la Seconda università di Napoli e Gsk, il principale gruppo farmaceutico in Italia per presenza industriale e numero di occupati. L'iniziativa è stata presentata in occasione dell'evento «Ricerca collaborativa tra accademia e impresa. Nuovo modello di sviluppo della scienza, della salute, del lavoro in Italia» tenutosi nella sala conferenze della Scuola di Medicina della Sun. «La parternship tra università e ricerca in campo farmacologico — dice il rettore Paolisso — rappresenta un'utile opportunità per i nostri ricercatori e per consentire lo sviluppo di nuovi farmaci, che al di là di quelli che possono essere i naturali interessi di una grande azienda come Gsk possono rappresentare la soluzione di importanti problemi di salute per tanti pazienti. L'alleanza tra università e azienda rappresenta il futuro degli atenei e il presente delle aziende nell'ambito del progresso del sistema Italia».

Un progetto per limitare l'uso scriteriato di **antibiotici**

Il piano dell'Osservatorio campano Resistenze batteriche è il prototipo di intervento per mettere sotto controllo prescrizione e consumo dei medicinali in ambito extraospedaliero

di **Emanuela Di Napoli Pignatelli**

Pina Tommasielli è medico di medicina generale ed è responsabile del consorzio Campania medica per il rapporto con le istituzioni

Nella lotta ai batteri gli antibiotici sono armi essenziali, ma se la malattia è causata da virus allora sono del tutto inutili. Al medico spetta o compito di individuare la terapia migliore, capendo prima di tutto se la causa è di origine batterica o se invece si tratta di un virus. Già questa prima differenziazione non è così semplice, infatti in diversi casi i sintomi sono sovrapponibili e neanche gli esami di laboratorio permettono di fare chiarezza. A volte succede anche che sia il paziente, senza consultare il proprio medico, a decidere di prendere degli antibiotici per mettersi al riparo da rischi in realtà inesistenti o pensando di guarire più velocemente.

L'utilizzo smodato di antibiotici ha però due gravi conseguenze: la prima è quella di innalzare senza ragione i costi dell'assistenza sanitaria, la seconda è quella di rendere, lentamente ma inesorabilmente, non più efficace il farmaco utilizzato. Un antibiotico attivo su di una determinata specie batterica è in grado di eliminare tutti i microorganismi appartenenti a quella specie. Reiterandone l'utilizzo, i batteri continuamente esposti a quel farmaco «imparano» a difendersi, modificando le proprie caratteristiche; nascono cioè ceppi resistenti. Fino a quando questi sono una minoranza, il loro impatto pratico resta modesto. Tuttavia, se si continua a usare quell'antibiotico, questo continuerà a eliminare i batteri sensibili ma lascerà inalterati quelli resistenti che, progressivamente, diventeranno la maggioranza. A questo punto quell'antibiotico è perso perché usarlo vuol dire esporre il paziente a un elevato rischio di fallimento terapeutico.

Il fenomeno della selezione delle resistenze è inevitabile perché gli antibiotici hanno una loro innegabile utilità e vi sono condizioni in cui sono indispensabili. Tuttavia un loro impiego scriteriato accelera la selezione e accorcia inevitabilmente la vita media di un farmaco, rendendo sempre più difficile affrontare le malattie per le quali gli antibiotici servono veramente.

Qui si inserisce un importante progetto dell'Osservatorio campano Resistenze batteriche, frutto di un protocollo d'intesa tra l'Ufficio scolastico regionale campano, l'Università degli studi di Milano, il Consorzio nazionale delle cooperative mediche e alcuni laboratori distrettuali, che hanno dichiarato guerra ai «super batteri».

Il progetto rappresenta, nell'ambito della medicina di comunità, il prototipo di intervento più completo per mettere sotto controllo la prescrizione e il consumo degli antibiotici in ambito extraospedaliero, intercettare le resistenze batteriche agli antibiotici sul territorio regionale, cercando di diffondere nella popolazione una diversa cultura sull'uso dei farmaci antibatterici. «Nell'hinterland di Napoli — spiega la dottoressa Pina Tommasielli, medico di medicina generale e responsabile del consorzio Campania medica per il rapporto con le istituzioni — e precisamente nelle zone di Avellino e Afragola, attraverso i test di urino-coltura ed espettorato si è evidenziata una resistenza assoluta ai chinolonici, altri dati sono in via di elaborazione. Il progetto Ocra è particolarmente interessante perché prevede un'informazione continua dei medici e di altri operatori sanitari, ad esempio farmacisti e dentisti, sulle resistenze che vengono evidenziate in quel determinato territorio, invitandoli a sospendere la prescrizione per circa un biennio. Questo è il tempo necessario al paziente per "disintossicarsi" dalla classe di antibiotici verso cui i batteri hanno sviluppato la resistenza, in modo da favorire il ritorno di una efficacia terapeutica. La battaglia contro le resistenze agli antibiotici deve essere combattuta con tenacia anche in zootecnia — prosegue Pina Tommasielli — progetto Ocra ha coinvolto anche l'istituto zooprofilattico di Portici. È uso comune nell'allevamento degli animali utilizzare gli antibiotici, bisogna tenere conto quindi anche delle resistenze che possono svilupparsi ai medicinali attraverso la dieta personalmente seguita, le zone di provenienza e il tipo di alimentazione dell'animale».

HSL
Health Safety Law
Empower Your Health
HEALTH MANAGEMENT | HEALTH COMMUNICATION | ANTIFRAUD HEALTH MANAGEMENT
www.hslandpartners.com
MILANO|ROMA|NAPOLI

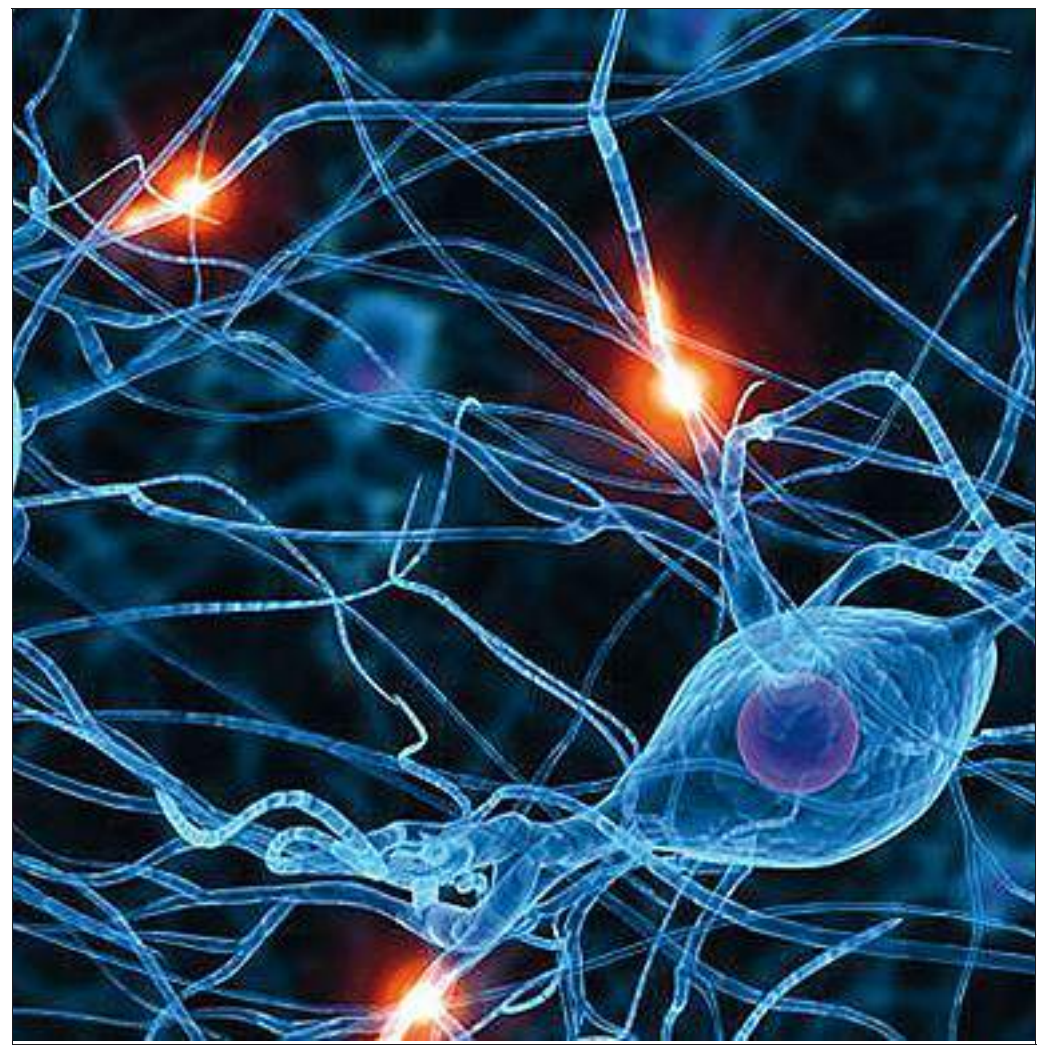
Malattie rare

Sclerosi multipla, percorso di gravidanza per le pazienti

Le strategie del centro della Federico II Per i ragazzi è stato disegnato un fumetto

Vincenzo Brescia Morra è il responsabile del centro per la sclerosi multipla presso la clinica neurologica dell'Università Federico II di Napoli

Uno dei centri d'eccellenza per il trattamento della sclerosi multipla è senza dubbio quello guidato dal professore Vincenzo Brescia Morra della Federico II. Un centro che da sempre ha scelto di occuparsi di pazienti con sclerosi multipla garantendo una presa in carico globale. «Nella nostra struttura — spiega il professore — garantiamo supporto psicologico e percorsi realizzati sulla base delle reali esigenze di chi è colpito da sclerosi multipla. Questo sia che il paziente sia un under 25, sia che si tratti di un over 50». Anzi proprio per i più giovani di recente il centro di Brescia Morra ha dato vita a un vero e proprio fumetto, che in maniera semplice e con gli strumenti comunicativi più adeguati spiega ai ragazzi in cosa consiste la malattia. Altrettanto utile è il percorso per le donne in gravidanza, il cosiddetto «percorso per il desiderio di maternità». Del resto la genitorialità è una delle questioni più sentite dalle giovani donne colpite da sclerosi multipla. A loro viene messa a disposizione la consulenza di un ginecologo, capace anche di gestire tutti gli aspetti pratici del parto. «Inoltre — dice Brescia Morra — abbiamo realizzato un interessante studio che analizzando i fattori ambientali e metereologici ci ha permesso di capire se e quali effetti il clima potesse avere, sia negativi che positivi, sulla malattia». È già moltissimo, ma in quest'ultimo anno si è fatto anche di più. Sono infatti state attivate due sperimentazioni con altrettanti distretti Asl (il 54 della Napoli 3 e il 33 della Napoli 1) con il preciso intento di garantire la continuità assistenziale. «In questo modo — chiarisce il professore — è possibile recuperare i pazienti che per diverse ragioni non riuscivano più ad avere assistenza».



L'immagine ingrandita delle lesioni alla mielina causate dalla sclerosi multipla

È nato anche uno sportello con un care manager che si occupa di ogni aspetto. «Stiamo arrivando a un certificato medico legale condiviso a un percorso terapeutico sempre più completo e corretto». Senza dimenticare la fragilità psicosociale del paziente, un tema sempre più centrale. A questo si aggiungono le molte novità che sono arrivate negli ultimi tempi sul fronte delle terapie. «Ormai — sottolinea Brescia Morra — usiamo nuove molecole che hanno permesso di ampliare di molto il paniere terapeutico e farmacologico per la gestione dei pazienti. Non solo, ora abbiamo a disposizione terapie orali che consentono di aumentare l'aderenza alle cure e di liberare il paziente dalla paura dell'ago, ma abbiamo anche un farmaco a somministrazione endovena, l'Alemtuzumab, che viene impiegato nelle forme ad alta aggressività della malattia». Il farmaco è una valida alternativa a quelli di seconda linea. Le sue caratteristiche più interessanti sono legate al fatto che preveda una somministrazione di soli cinque giorni l'anno, anche se ovviamente serve un monitoraggio mensile per la gestione dei possibili effetti collaterali. È diventato realtà anche il farmaco iniettivo di prima linea Plegridy; si tratta di un interferone pegilato che va somministrato ogni 15 giorni e che dunque coniuga una buona libertà dalla siringa all'efficacia e alla sicurezza degli interferoni.

«Le armi a nostra disposizione sono ormai molte e molto sofisticate, serve però una grande capacità di profilare il paziente e di gestire le terapie. Credo che la sfida per i prossimi anni sia in questo cambiamento di mentalità».

Raimondo Nesti

Ranieri Impiantistica
Il clima ideale per la sanità.

Ranieri Impiantistica è leader nella progettazione, realizzazione ed installazione di impianti tecnologici per le strutture sanitarie.

Lunga esperienza e referenze di centri di primaria importanza a garanzia di soluzioni impiantistiche di ultima generazione con ottimi risultati in termini di benessere ambientale e di risparmio energetico.

Ranieri Impiantistica,
operare nelle migliori condizioni ambientali.

Ranieri Impiantistica srl
via Zabatta, 25 - 80044 Ottaviano - Napoli - tel. 081 529 54 21 - fax 081 529 31 90
www.ranierimpiantistica.it - info@ranierimpiantistica.it

Oncologia

Radioterapia

Policlinico Federico II C'è il nuovo acceleratore lineare

Radioterapia dei tumori, al Policlinico Federico II arriva il nuovo acceleratore lineare «Truebeam stx», ottenuto grazie al finanziamento europeo Pon 2007-2013. I pazienti oncologici di Napoli, della Campania e del Sud ora possono contare su una moderna apparecchiatura per la radioterapia dei tumori, entrata in funzione presso l'Azienda ospedaliera universitaria, che consente di erogare tutti i tipi di trattamenti possibili con i raggi X, quali la radioterapia conformazionale, a intensità modulata, stereotassica e la radiochirurgia. «L'acquisizione del grande impianto costituisce un poderoso passo avanti per la sanità campana che ha per troppo tempo assistito a fenomeni di migrazione sanitaria a causa dello scarso numero di centri pubblici di radioterapia», sottolinea Arturo Brunetti, vicedirettore del Dipartimento di Radioterapia del Policlinico Federico II.

Screening e interventi in **Terra dei fuochi** Il progetto è bloccato

Per andare avanti non è sufficiente la buona volontà

Francesco Bianco è il responsabile della chirurgia di III livello dello screening delle neoplasie colorettali

di **Raimondo Nesti**

Da situazioni negative, anche da quelle più terribili, possono nascere esperienze positive. In Campania, una regione con intere aree martoriate dalle ecomafie, si è pensato di dare vita a una convenzione tra l'Asl Napoli 3 Sud e il Pascale. Vale a dire tra l'Azienda sanitaria responsabile della salute di molti cittadini che vivono a ridosso o all'interno della Terra dei Fuochi e uno dei più importanti istituti d'Italia per la lotta al cancro. Tutto questo è successo tra il 2011 e il 2012, soprattutto per volontà (e volontariato) di un uomo, il dottore Francesco Bianco, responsabile di chirurgia di III livello dello screening delle neoplasie colorettali, e della sua equipe: due medici precari e uno specializzando. Hanno iniziato così, senza finanziamenti, ma con una voglia di fare talmente grande da realizzare un protocollo che oggi è riconosciuto dal commissario di governo Joseph Polimeni e dalla commissaria per la Terra dei fuochi Tiziana Spinosa come una «best practice».

Quello che è stato realizzato in Campania non ha eguali in Italia e nel resto d'Europa, non a caso il percorso è stato presentato dallo stesso Bianco al ministero nell'ambito dei «Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (Pdta) colorettali», celebrato in occasione dei più importanti congressi sul tema e il 10 novembre prossimo farà scuola a Londra. Nonostante questo, il progetto oggi è in grandissima sofferenza. Il paradosso, tipico della nostra bella Italia, è che negli ultimi cinque anni nessuna risorsa è arrivata. Restano i medici «volontari» del territorio e del Pascale, e l'equipe di Bianco. Lui è sempre lì in prima linea a lavorare a testa bassa. Il progetto ha portato numeri incredibili: decine di migliaia le persone sottoposte a screening (più di 150 mila), più di 10 mila le endoscopie realizzate e circa 800 gli interventi chirurgici che hanno salvato molte vite.

«Siamo riusciti — dice Bianco — in una cosa difficile come realizzare un percorso che dallo screening si prende cura del paziente sino a un eventuale intervento. La nostra idea vincente è stata quella di creare un percorso oncologico che abbinasse concetti riconosciuti a livello internazionale a un protocollo di screening, in modo da affiancare diagnosi precoce e trattamento ottimale. Colleghi di tutta Europa ci riconoscono un grande merito, sarebbe un peccato dover finire per consunzione».

I soldi in realtà ci sarebbero, da reperire nei 16 milioni stanziati per il 2016 e il 2017. Per rintracciare la genesi di questi stanziamenti si deve partire dalla legge del 6 febbraio 2014 per la «Terra dei fuochi», che prevedeva che entro due mesi la Regione avviasse programmi ad hoc per quel territorio. Il secondo step è contenuto nel decreto 38 del commissario Polimeni, «Programma Regionale per l'attuazione delle misure sanitarie disposte dalla legge 6 del 6 febbraio 2014». Ora la speranza è che si riesca ad arrivare presto allo step 3 di questa odissea, chiedendo anche alle altre Asl di applicare un percorso simile, dopo aver valutato gli indicatori di risultato. Del resto se in Campania è nato un protocollo che l'Italia intera ammira, sostenerlo è un obbligo i primo luogo per il rispetto dovuto alla salute dei cittadini. Anche perché il protocollo messo a punto da Francesco Bianco ha il pregio di garantire alle persone meno abbienti un accesso immediato a cure altrimenti difficili da ottenere, tra lungaggini burocratiche, consultazione di esperti e liste d'attesa. Facile immaginare che molti dei pazienti sottoposti a screening in questi anni, alcuni dei quali poi anche operati, sarebbero stati costretti a viaggi della speranza facendo crescere i numeri della migrazione sanitaria.

Angiografo guasto, i **pazienti emigrano**

Microsfere di vetro radioattive contro i tumori epatici, in Campania solo al Pascale Un nuovo apparecchio è stato acquistato subito però non è stato ancora installato

Roberto D'Angelo (a destra nella foto) è specialista in radiologia ed esperto di ecografia, dal 2008 è incardinato presso l'Unità di Radiologia interventistica del Pascale. **Francesco Fiore** (a sinistra) è il direttore della struttura complessa di Radiologia interventistica del Pascale, una delle poche in Italia a essere dotate di posti letto

di **Ettore Mautone**

Tumori al fegato primitivi e metastasi epatiche: una delle terapie più efficaci, soprattutto quando si ha a che fare con una singola lesione tumorale (talvolta anche più d'una) è la radioembolizzazione. Questa terapia contro l'epatocarcinoma è basata sull'uso di microsfere radioattive (Ittrio – 90) somministrate direttamente all'interno della massa tumorale tramite un ago e un catetere (via percutanea) e sotto guida radiologica (angiografo), La tecnica è collaudata ed efficace, utilizzata in Campania solo all'Istituto Pascale di Napoli dal gruppo di radiologi interventisti guidati dal primario Francesco Fiore. Altri centri al Sud Italia ci sono solo a Latina e a Bari.

«Questa tecnica — avverte Fiore — è utilizzata nel trattamento dei tumori primari e secondari del fegato, come il carcinoma epatocellulare e il cancro epatico metastatico. La tecnica prevede l'uso di microsfere di Ittrio dal diametro pari a 20-30 micrometri, ossia un terzo della circonferenza di un capello umano, contenenti isotopi radioattivi. Le microsfere sono iniettate direttamente nell'arteria epatica attraverso un catetere. Percorrendo poi i vasi sanguigni che alimentano la lesione la radioattività raggiunge direttamente il tumore depositandosi nei suoi capillari. Qui le sfere continueranno a emettere radioattività per diverse settimane durante le quali distruggerà il tumore risparmiando i tessuti sani circostanti».

In genere la radioembolizzazione non richiede un ricovero prolungato ed è a bassa tossicità per i tessuti sani. Richiede due fasi. «Nella prima — spiega Roberto D'Angelo, radiologo del Pascale — il paziente è sottoposto a esami preliminari per valutare l'anatomia del fegato e, se necessario, praticare l'embolizzazione delle arterie gastroduodenale, gastrica destra e sinistra e pilorica. Dopo circa due settimane si procede all'iniezione delle microsfere in anestesia locale praticando una piccola incisione a livello dell'inguine. Rispetto ad altre terapie contro il cancro del fegato, la radioembolizzazione è associata a effetti collaterali generalmente più lievi». I più comuni sono l'affaticamento lieve o moderato, dolore, nausea, febbricola e, in alcuni casi, la perdita dell'appetito o l'alterazione della funzionalità epatica che scompaiono nell'arco di una settimana. La presenza di effetti avversi più gravi (gastriti, colecistiti, pancreatiti) è inferiore all'1 per cento. Fiore e D'Angelo hanno effettuato circa 250 trattamenti dal gennaio 2005 al gennaio 2013, tra tumori epatici complicati o meno dalla trombosi portale, colangiocarcinomi, metastasi epatiche del cancro del colon, della mammella, di melanomi e di altri tumori. Tre anni fa si è però guastato l'angiografo, apparecchio di supporto per la metodica che, pur riacquistato quasi subito nuovo (sono stati spesi 375 mila euro in una gara Consip) non è ancora installato per interminabili lavori di adeguamento delle sale e degli impianti. Intanto in questi anni è stato fittato un muletto, un piccolo agiografo con cui è possibile tuttavia eseguire solo gli interventi più semplici.

Una consistente fetta di pazienti (circa 40 all'anno) è costretta a «emigrare» a Latina alimentando quel flusso di pazienti che ogni anno dalla Campania, per scelta o per necessità, si reca in altre regioni limitrofe o del Nord Italia per ricevere cure specialistiche.

Su questo fronte a guidare la classifica delle Regioni in attivo è la Lombardia (533,9 milioni), l'Emilia (327,9) e la Toscana (151,2). Dal fronte opposto, a causa di un saldo negativo nei flussi, dovranno rinunciare a 270,4 milioni di euro la Campania, a 251,6 la Calabria e a 201,5 il Lazio con l'aggravante che le regioni in cui la vita media è più breve sono proprio la Campania (78,0 anni gli uomini e 82,8 le donne) e la Sicilia (78,8 anni gli uomini e 83,2 le donne) mentre le regioni dove si vive più a lungo sono il Trentino (80,7 anni gli uomini e 85,5 le donne) e le Marche (80,6 anni gli uomini e 85,3 le donne).

Assistenza

Buona sanità

Premiata la Casa di cura San Michele

Un riconoscimento per la buona sanità è andato alla Casa di cura San Michele di Maddaloni, che ha conquistato la targa della Presidenza del Consiglio regionale della Campania «con riconoscenza e apprezzamento per il traguardo di eccellenza raggiunto nella sanità». Per l'amministratore Crescenzo Barletta, «quello ricevuto è un riconoscimento alla qualità delle tecnologie ma anche all'impegno di tutti i collaboratori. Essere premiati quale eccellenza in sanità onora tutti noi e contribuisce a dare un segnale di fiducia e a valorizzare quanti si impegnano costantemente e quotidianamente nell'assistere e curare con grande responsabilità le persone malate». Molti i riconoscimenti già ricevuti dalla struttura tra i quali il premio Buona Sanità 2013, 2014 e 2015, il bollino rosa 2011, 2013 e 2015 e il premio per la Medicina 2009 De Matteis.

Campania, un dramma nel dramma Niente hospice per le **cure palliative**

Sono attive soltanto nove strutture, in Lombardia ce ne sono 72

Sergio Canzanella è il direttore dell'Osservatorio regionale campano sulle cure palliative e la medicina del dolore

di **Raffaele Nespoli**

Esistono bambini in Italia che non hanno diritto a veder lenita la propria sofferenza. Sono bambini malati di malattie incurabili, che avrebbero bisogno di cure palliative almeno per rendere meno doloroso il cammino verso il «sollievo». Il luogo dove questi bambini vivono è la Campania, spiega Sergio Canzanella, direttore dell'Osservatorio regionale cure palliative e medicina del dolore. «Nella nostra regione — dice — non esistono hospice pediatrici, per questo molte famiglie sono costrette a spostarsi verso altre regioni». E i numeri di questo dramma sono enormi, basti pensare che in regione ogni anno si ammalano di cancro dai 160 ai 180 bambini, con una sopravvivenza che in media non supera il 50 per cento. Il che significa che alla fine un bambino ogni due muore.

Questo è il dramma dei più piccoli, ma la carenza di strutture in regione è tale da creare un allarme generalizzato, per il quale di recente Canzanella ha lanciato un appello al presidente De Luca, da sempre molto sensibile si questi temi. «La nostra regione — afferma Canzanella — da questo punto di vista è drammaticamente ultima, abbiamo solo 9 hospice per malati che necessitano di cure palliative. La Lombardia ne ha 72». Ovviamente tale carenza, oltre a generare un mare di sofferenza e di disagi, produce anche un enorme spreco di risorse pubbliche.

Il direttore dell'Osservatorio regionale cure palliative denuncia da tempo una condizione per la quale i pazienti finiscono ricoverati nei reparti di rianimazione, nelle medicine e in altri eparti che sarebbero deputati a compiti diversi.

Secondo i dati diffusi alla fine di giugno nel corso dell'incontro dal titolo «Cure palliative, mai più ultimi», nella regione Campania l'incidenza dei tumori è di 735 casi l'anno per 100 mila abitanti. Il tasso standardizzato di mortalità per tumore è di 368 persone l'anno su 100 mila abitanti. Questo significa che ogni anno il numero dei malati terminali è di circa 19 mila 500, visto che il 90 per cento dei malati deceduti per tumore, 21.300 circa attraversano una fase terminale di malattia caratterizzata da un andamento progressivo irreversibile. «A questi — dice Canzanella — vanno aggiunti tutti quei pazienti che pur affetti da un tumore non sono in fase di "inguaribilità" e quelli affetti da forme inguaribili di patologie non oncologiche, come quelle neurologiche, polmonari, infettive e metaboliche».

Senza adeguate strutture tutto questo si traduce in una spesa folle a carico dei contribuenti. Canzanella spiega che il costo giornaliero di un ricovero in hospice varia da 252 a 385 euro, contro i 2.000 euro della degenza in rianimazione. Senza contare l'inutile sofferenza dei pazienti. Il quadro che ne emerge è realmente da quarto mondo. Stando così le cose, l'unica alternativa possibile è spostarsi verso altre regioni. Partire per viaggi che non possono neanche essere definiti della speranza, ma che servono a conquistare almeno un po' di dignità nella sofferenza. L'auspicio è che presto, nel clima di ritrovato ottimismo che sta investendo la sanità, nonostante resti il dramma di un costante taglio della spesa da parte dei commissari di governo, possano nascere gli hospice programmati da tempo. E si potrebbe dare priorità alla creazione di almeno un hospice pediatrico, per poter garantire ai piccoli pazienti che soffrono cure palliative senza dover abbandonare casa. Sarebbe un gesto importante nei confronti di chi soffre e cerca almeno di non perdere il sorriso.

Per cercare di migliorare l'assistenza ai pazienti che necessitano di cure palliative e di medicina del dolore è nato a gennaio 2016 il portale Hospicecampania.it. Uno strumento in più al servizio dei cittadini ma anche della politica.

Con il supporto di

SANOFI GENZYME

www.genzyme.it

Dermatologia

La terapia
Ringiovanire la pelle con Day Light

Gabriella Fabbrocini parla di Day Light, terapia fotodinamica con la luce solare per le cheratosi attiniche e il ringiovanimento cutaneo. «Il dermatologo applica un fotoprotettore sull'intera area esposta alla luce, incluse le lesioni da trattare. Poi rimuove le croste o le desquamazioni dalle lesioni prima di applicare uno strato sottile di metil aminolevulinato sull'area di trattamento. Fatto questi i pazienti devono uscire all'aperto, al massimo entro 30 minuti e restare in piena luce per due ore continuative. Trascorse le quali basta lavarsi con acqua e nei giorni successivi con detergenti delicati e idratanti per evitare la formazione di croste nella settimana successiva. L'efficacia terapeutica è stata dimostrata indipendentemente dalle condizioni meteo (soleggiato o nuvoloso), la valutazione viene effettuata dal dermatologo a 2 mesi dal trattamento.

Melanoma, tutte le precauzioni da adottare

Il sole non è un nemico, purché non siano sottovalutati gli effetti che può produrre
È molto importante fidarsi più del medico che delle pubblicità di creme protettive

Nicola Mozzillo
È il direttore della divisione di chirurgia del melanoma e dei tessuti molli del Pascale di Napoli

di **Raffaele Nespoli**

La lotta al melanoma inizia da piccoli, e naturalmente è affidata al buon senso dei genitori che devono evitare ai figli brutte scottature al mare o in montagna. «Questo è l'inizio di quella che noi medici chiamiamo prevenzione primaria», spiega il professor Nicola Mozzillo che in fatto di melanoma è uno dei massimi esperti. Una delle curiosità che rivela è legata all'attenzione che si è creata attorno a questo tumore della pelle. «Fortunatamente — dice — se ne sa più che in passato, la gente sta più attenta e si protegge con filtri solari. Mi spiace però che in alcuni momenti si arrivi a demonizzare il sole, che invece è un grande alleato della nostra salute». Come sempre tutto è nel buon senso. Per capirlo basta guardare ai dati e alle statistiche, che per esempio evidenziano una prevalenza di melanoma in Svezia ben più alta che in Italia, e in Piemonte più che nell'assolata Sicilia. Non a caso il melanoma è definito il *tumore dei colletti bianchi*, «vale a dire — spiega Mozzillo — delle persone che non prendono normalmente sole e che concentrano l'esposizione in una o due giornate». Al di là di questo conta molto il «fototipo» ovvero, semplificando un po', il tipo di pelle che si ha. «La questione — dice l'esperto — non è tanto legata a quanto sole si è preso nel corso della vita, conta molto il "come" e il tipo di carnagione». Volendo provare a disegnare l'identikit del soggetto a rischio bisogna parlare di bambini, come detto, e del fototipo nordico. Vale a dire pelle chiara, molte lentiggini, occhi azzurri e spesso anche molti nei. «Queste — aggiunge il professore — sono persone che devono stare molto attente». Per tenersi il più possibile al riparo da brutte sorprese le armi sono quelle di sempre, facendo attenzione a non fidarsi troppo di pubblicità che promettono «protezione totale per ore e ore». Nicola Mozzillo spiega infatti che messaggi di questo tipo possono indurre nel consumatore un senso ingiustificato di sicurezza. «Si mette la crema e via, credendo che questo basti a giustificare ore di esposizione in assoluta libertà. Non è così. Al di là di quello che dicono le pubblicità in tv, il termine "protetti a lungo" non ha molto senso. Alcune condizioni che al mare sono molto frequenti, per esempio l'acqua o il sudore, cancellano o attenuano l'effetto della crema anche in pochi minuti. Diciamo che in condizioni ideali il filtro solare andrebbe messo ogni due ore, e comunque ogni volta che si fa il bagno. A tutti io do sempre lo stesso consiglio: ombrellone, cappello o foulard e maglietta sono il solo modo di stare al sicuro quando il sole scotta». Il problema è che la fascia oraria che va dalle 13 alle 15, la più pericolosa, è invece anche la più gettonata dai vacanzieri che non hanno alcuna voglia di svegliarsi presto al mattino.

Altro aspetto al quale Nicola Mozzillo tiene particolarmente è quello della prevenzione secondaria, che tradotto significa «diagnosi precoce». Come accorgersi di un problema è la domanda da porsi. «Con i nei — spiega — vale sempre la regola dell'A, B, C, D, E. Quindi attenzione all'asimmetria, a bordi irregolari, a un cambiamento di colore o alla mancanza di uniformità del colore e attenzione alle dimensioni, che dovrebbero essere mai più di tre millimetri. Infine, bisogna controllare l'evoluzione, se la macchia si modifica velocemente cambiando aspetto, forma, colore o dimensioni, oppure se inizia a diventare pruriginosa è bene rivolgersi al dermatologo. Senza mai dimenticare che una visita dermatologica andrebbe fatta una volta l'anno. Cinque minuti spesi bene, perché possono salvare la vita».

Come per il tumore al seno è importante l'autopalpazione, per individuare un melanoma bisogna conoscere il proprio corpo. Nicola Mozzillo consiglia di fermarsi allo specchio per una decina di minuti almeno una volta alla settimana. «Senza mai dimenticare che a un melanoma preso in tempo si sopravvive nel 99% dei casi e che questo tumore della pelle scrive la diagnosi sulla pelle con il suo inchiostro».

Non c'è più soltanto la chirurgia, ma la **prevenzione** è l'arma migliore

Adesso sono disponibili anche i cosiddetti vaccini terpaeutici

Gennaro Maietta
Direttore del centro di immunologia della Asl Lecce 1

Al di là delle strategie più adeguate per una corretta prevenzione, la lotta al melanoma è fatta anche di chirurgia e terapie innovative. «Non esiste — spiega il dermatologo Gennaro Maietta — una sola strada: si valuta caso per caso. Tutto dipende dallo stadio della malattia al momento della diagnosi». Bisogna infatti valutare il livello di profondità al quale la malattia è arrivata perché, a seconda della profondità, ci sono diverse prospettive. Il dottore Maietta spiega che al principio il melanoma è sempre localizzato solo a livello dell'epidermide, ma con il passar del tempo si espande verso strati più profondi, verso il derma papillare e il derma reticolare, sino a raggiungere anche lo strato sottocutaneo. Se individuato nel suo stadio primordiale, quando ancora ha uno spessore inferiore al millimetro, il tumore può essere rimosso con una percentuale di completa guarigione molto vicina al 95%.

«Tutto cambia — dice lo specialista — quando aumenta lo spessore. Da un millimetro a un millimetro e mezzo circa, la sopravvivenza a 7 anni si riduce al 20 o al massimo al 30% dei casi». Questo non significa che non ci siano oggi armi per combatterlo. Se la prima terapia è quella chirurgica, una volta asportato e dopo aver fatto l'esame istologico si può capire a quale stadio fosse arrivato, e quindi rispondere di conseguenza. «Con uno spessore superiore a 0,75 millimetri — dice Maietta — è necessario togliere il linfonodo sentinella, vale a dire il linfonodo al quale arrivano i vasi linfatici che drenano la zona in cui era localizzata la lesione. Questo permette di capire se bisogna cercare metastasi». Un melanoma piccolo che non abbia dato metastasi non ha bisogno di altre terapie se non quella chirurgica. È il medico a definire controlli periodici per individuare in tempo eventuali problemi. Diversa la questione se ci sono metastasi. «Quello che possiamo fare in questi casi è implementare il sistema immunitario, che oltre alle infezioni contrasta anche le cellule neoplastiche. Parliamo non a caso di trattamenti "adiuvanti", cioè che aiutano a stimolare le difese immunitarie». Nella lotta ai tumori l'immunoterapia è l'ultima frontiera. Maietta chiarisce che si può avere un'immunoterapia attiva non specifica, somministrando molecole che il sistema immunitario normalmente usa per distruggere elementi estranei, e un'immunoterapia specifica, che si avvale dell'uso di vaccini terapeutici. «Grazie alle ricerche fatte negli anni — aggiunge — abbiamo identificato le strutture molecolari delle cellule del melanoma. Nel paziente vengono quindi inoculate molecole "disattivate" del tumore così da stimolare il sistema immunitario in maniera attiva e specifica. In altre parole è come se addestrassimo i nostri anticorpi a riconoscere e attaccare quel bersaglio».

Una terza opzione è legata all'uso di anticorpi monoclonali. In questo caso le «armi» del sistema immunitario sono caricate con *pallottole* speciali. Gli anticorpi monoclonali sono infatti capaci di riconoscere e legarsi alle cellule tumorali e sono collegati in laboratorio con radioisotopi e tossine. In tal modo quando si legano alla cellula tumorale la distruggono. «Al di là di questo — conclude Maietta — esistono anche altri tipi di immunoterapia. Una consiste nell'usare i linfociti T del paziente che in laboratorio vengono artificialmente stimolati a "diventare più combattivi" (tecnicna Til) prima di essere reinoculati».

In presenza di metastasi si deve sempre procedere anche con la chemioterapia, che però resta un trattamento altamente distruttivo ed è per questo che la diagnosi precoce è l'unica arma davvero efficace.

Raf. Nes.

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO
Salute E PREVENZIONE
PreSa prevenzione e salute
Coordinatore tecnico-scientifico
Marco Trabucco Aurilio
In questo numero hanno scritto: Ferdinando Ivano Ambra, Giuseppe Cenname, Emanuela Di Napoli Pignatelli, Olga Fernandes, Sofia Gorgoni, Alessandra Grassi, Ettore Mautone, Raffaele Nespoli, Raimondo Nesti.
Sono stati intervistati: Bruno Accarino, Francesco Bianco, Vincenzo Brescia Morra, Sergio Canzanella, Francesco Corcione, Antonello Cutolo, Roberto D'Angelo, Antonio De Lorenzo, Ludovico Docimo, Katherine Esposito, Francesco Fiore, Gennaro Maietta, Rosario Mancusi, Nicola Mozzillo, Chiara Pastore, Sandro Rengo, Francesco Riccitiello, Vincenzo Santagada, Tiziana Spinosa, Pina Tommasielli.

Supplemento della testata
CORRIERE DEL MEZZOGIORNO
Distribuito con il Corriere della Sera non vendibile separatamente
Enzo d'Errico
direttore responsabile
a cura di
Angelo Lomonaco
Editoriale del Mezzogiorno s.r.l.
con socio unico, soggetta a direzione e coordinamento da parte della società RCS Mediagroup S.p.A.
Alessandro Bompieri
presidente
Domenico Errico
amministratore delegato
Redazione, produzione, amministrazione e sede legale:
Vico II S. Nicola alla Dogana, 9 - 80133 Napoli - Tel: 081.760.20.01
Fax: 081.58.02.779
Reg. Trib. Napoli n. 4881 del 17/6/1997
© Copyright Editoriale del Mezzogiorno s.r.l.
Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questo quotidiano può essere riprodotta con mezzi grafici, meccanici, elettronici o digitali. Ogni violazione sarà perseguita a norma di legge.
Stampa: Sedit Servizi Editoriali srl
Via delle Orchidee, 1 - 70026 Z. I. Modugno Bari
Tel. 080.585.74.39
Sped. in A.P. - 45% - Art.2 comma 20/B Legge 662/96 - Filiale di Napoli
Diffusione:
m-dis Distribuzione Media Spa
Via Cazzaniga, 19 - 20132 Milano
Tel. 02.25821
Pubblicità:
Nazionale: Rcs MediaGroup S.p.A.
Dir. Communication Solutions,
www.rcscommunicationsolutions.it
Vico II San Nicola alla Dogana, 9
80133 Napoli - Tel. 081.497.77.11
Fax 081. 497.77.12
Locale: Piemme S.p.A.
Via G. Arcoleo, snc - 80121 Napoli
Tel. 081 2473.111 - Fax 081 2473.220
www.piemmeonline.it
Proprietà del Marchio:
CORRIERE DEL MEZZOGIORNO
RCS MediaGroup S.p.A.
Divisione Quotidiani
Distribuito con il
CORRIERE DELLA SERA
Direttore responsabile
Luciano Fontana

Tecnologia e salute

Studio In-Cnr

Prostata, ogni anno 36 mila nuovi casi di tumore in Italia

Il tumore della prostata è tra i più diffusi con circa 36 mila nuovi casi l'anno in Italia. Per monitorarlo in chiave epidemiologica, la sezione Invecchiamento dell'Istituto di Neuroscienze del Consiglio nazionale delle ricerche (In-Cnr) di Padova ha promosso lo studio «Pros-It» (Prostata Italia). Il progetto triennale serve a fotografare la situazione nel nostro paese attraverso il coinvolgimento di 97 centri specialistici (51 di Urologia, 39 di Radioterapia, 7 di Oncologia) su tutto il territorio nazionale e l'arruolamento di pazienti che hanno avuto diagnosi di questa forma di cancro. Pros-It è il primo studio epidemiologico, multicentrico e multispecialistico di monitoraggio del profilo di cura del tumore della prostata in Italia e mira a valutare caratteristiche cliniche, demografiche e protocolli di terapia, per individuare i fattori su cui lavorare per migliorare la qualità di vita del paziente.

Tac, Pet, radiografie: gli esami sotto la scure dell'appropriatezza

Che cosa ricade tra le limitazioni previste dal decreto Lorenzin. E che cosa no

Bruno Accarino
È il presidente campano del Sindacato nazionale radiologi (Snr) e rappresentante dei Liberi professionisti radiologi nell'ambito dell'organismo sindacale.

Tac, risonanze, ecografie ma anche semplici radiografie, esami del sangue e controlli del colesterolo: i primi ad alto costo per il Servizio sanitario nazionale, i secondi dalla spesa irrisoria ma effettuati tante volte da prosciugare le limitate risorse. Esami richiesti dai pazienti pensando di «curarsi meglio» ma spesso non esenti da rischi per la salute (si pensi alle radiazioni) e talvolta prescritti a manica larga dai medici, soprattutto durante i ricoveri, trascurando l'effettiva utilità in nome della «medicina difensiva», ossia il timore di incorrere in contenziosi legali in caso di eventi avversi.

A tirare il freno ai cosiddetti esami inutili è stato nei mesi scorsi il cosiddetto decreto Lorenzin emanato dal ministro a gennaio. Nel mirino 208 esami ad alto rischio di inappropriatezza. Un decreto poi congelato a marzo con la sospensione sia delle sanzioni ai medici sia delle limitazioni ai pazienti: oncologici, cronici e invalidi. Quel che resta, tuttavia, è l'altra faccia della medaglia: una notevole confusione tra pazienti e prescrittori su cosa e quando sia possibile prescrivere a fronte di una contrazione della spesa che in questo scorcio di 2016 è di circa il 15 per cento in tutte le Regioni del Sud. Dato che si lega al fenomeno della mancata prescrizione a carico del Servizio sanitario anche quando tali esami sono dovuti e necessari.

«Tra tutte le prestazioni limitate nel decreto Lorenzin — avverte Bruno Accarino, presidente campano del Sindacato nazionale radiologi — sono soltanto dieci quelle di radiologia. Più precisamente le Tac e le risonanze magnetiche, limitatamente alla colonna e alle articolazioni, che invece risultano liberamente prescrivibili in caso di malattia tumorale, nei controlli post chirurgici e dopo un trauma, o anche in caso di sintomi dolorosi e persistenti. È bene chiarire che tutte le altre prestazioni, quali radiografie, ecografie, ma anche Tac e risonanze magnetiche di cranio, cervello, torace addome, pelvi, mammella e altre ancora non sono oggetto di restrizioni. Tuttavia nell'applicazione quotidiana, forse per scarsa informazione da parte degli organi competenti, i medici e gli specialisti ambulatoriali limitano le erogazioni ai pazienti adducendo come motivazione proprio il decreto Lorenzin peraltro sospeso da una circolare. Lo stesso accade per il dosaggio di colesterolo e trigliceridi che solo di fronte all'assenza di valori elevati, assenza di modifiche dello stile di vita o in mancanza di interventi terapeutici da monitorare, sono limitati a uno ogni 5 anni. L'importante è dunque garantire quello che la legge prevede senza limitazione degli esami utili e necessari. Le ricadute del provvedimento vanno spiegate bene ai cittadini evitando confusione e incertezze». D'altro canto a fronte di prestazioni negate ce ne sono altre, ad alto costo, che sono spesso erogate a carico del Servizio sanitario quando non dovute. È il caso della Pet: (dall'inglese Positron emission tomography) tecnica diagnostica di medicina nucleare non invasiva utile in diversi ambiti medici, quali l'oncologia, la neurologia, la cardiologia e l'ortopedia. La Pet (tomografia a emissione di positroni) fornisce immagini dettagliate sul metabolismo degli organi e dei tessuti seguendo le tracce di un radiofarmaco immesso endovena. «La Pet — conclude Accarino — è a carico del Ssn solo in alcune condizioni cliniche, dopo una diagnosi di tumore per stadiare una neoplasia, fare una diagnosi differenziale e verificare gli effetti di chemio e radioterapia. Eppure nel 2013 ha assorbito 25 milioni di cui la metà probabilmente non prescrivibili a carico del Servizio sanitario. Ancor più selezionate sono le indagini Tac-Pet che uniscono la valutazione strutturale della Tac e utile solo nel monitoraggio di un paziente oncologico già in cura». Qui la struttura commissariale della Campania ha di recente definito il fabbisogno di 31 macchine a fronte delle 32 attive in strutture pubbliche (8) accreditate (17) e private autorizzate (7). Le apparecchiature mobili dovranno essere inoltre considerate temporanee e non sostitutive di quelle fisse e utilizzate per non oltre tre mesi.

E. M.

Tecnologia e salute

La **realtà virtuale** entra in sala operatoria per aiutare il chirurgo

Al Monaldi i primi interventi in Italia con il «navigatore»

Francesco Corcione
Dirige la divisione di Chirurgia, il dipartimento e il centro di Chirurgia laparoscopica e robotica avanzata del Monaldi di Napoli, e presiede la Società italiana di Chirurgia (Sic). Nel 2007 ha eseguito, primo in Italia e secondo nel mondo, una colecistectomia laparoscopica per via transvaginale

di **Ettore Mautone**

La realtà virtuale sbarca in sala operatoria, dopo il robot chirurgico arriva il «navigatore». Al Monaldi eseguiti i primi interventi in Italia. «L'uso intra-operatorio di tale metodica — avverte Franco Corcione, primario di Chirurgia generale dell'ospedale collinare di Napoli e presidente della Società italiana di Chirurgia (Sic) — può letteralmente guidare il chirurgo, quasi come farebbe un Tom tom per un guidatore, fornendo un modello anatomico tridimensionale del paziente estremamente accurato».

Lo scenario è dunque quello di un ambiente totalmente integrato, in cui le immagini virtuali ottenute in digitale si completano con quelle del reale campo operatorio. Il lancio del primo navigatore satellitare per auto, nei primi anni 2000, ha segnato una vera è propria svolta cambiando radicalmente il modo di muoversi di milioni di guidatori. Si calcola che sono più di 800 milioni gli utenti che oggi sfruttano questa tecnologia. Dalle mappe digitali ai servizi accessori che danno informazioni in tempo reale sul traffico, sulla presenza di autovelox, sull'ubicazione delle aree di servizio. Voci digitali diventate presenza costante e familiare, talvolta indispensabile per giungere dal fatidico «punto A» di partenza al «punto B» di arrivo.

«Guidare — aggiunge Corcione — non è difficile quanto operare e l'approccio mini-invasivo accresce sicuramente le difficoltà. La percezione della profondità è drasticamente ridotta, il campo visivo limitato e il senso del tatto solamente trasmesso da uno strumento. Tuttavia, questi inconvenienti possono essere drasticamente ridotti dalla tecnologia. Da semplici immagini radiologiche di un paziente (solitamente Tac o risonanza magnetica) è possibile "aumentare" la visione intraoperatoria grazie alla cosiddetta *realtà aumentata*. Questa si basa su due procedimenti fondamentali: la visualizzazione tridimensionale delle strutture anatomiche o patologiche che appaiono nell'immagine radiologica e la registrazione di tale visualizzazione sul paziente in corso di intervento chirurgico».

La chirurgia del domani è su questa strada: «Nelle sale operatorie integrate da me dirette — aggiunge ancora Corcione — abbiamo applicato (per primi in Italia, secondi in Europa) tale modello di realtà aumentata a un paziente affetto da diverticolite complicata del colon, con risultati estremamente incoraggianti. La rielaborazione digitale ci ha permesso di programmare con esattezza l'intervento da eseguire, valutando tutte le eventuali anomalie anatomiche, offrendoci la possibilità di avere durante l'intervento le indicazioni sulla strada giusta da eseguire. È ovvio che siamo ancora in una fase embrionale e sperimentale ma l'auspicio è che tale tecnologia diventi presto un requisito standard in chirurgia generale e oncologica, facilitando così la vita al chirurgo e offrendo altresì uno standard sempre più elevato ai pazienti. Non dimentichiamo però che la pianificazione più precisa e dettagliata di un viaggio e il navigatore satellitare più moderno e tecnologico non escludono i possibili incidenti di percorso».

Intanto domani a Napoli, proprio nelle sale operatorie del Monaldi, si svolge la nona edizione della Scuola di chirurgia laparoscopica avanzata della Società italiana di Chirurgia. Quaranta discenti assisteranno in diretta a interventi eseguiti per via laparoscopica 3D dall'equipe di Corcione e da alcuni dei chirurghi più importanti d'Italia. Durante la seduta operatoria di giovedì 16 giugno è stato mostrato il terzo caso in Italia d'intervento con il navigatore chirurgico.

«Abbiamo bisogno che gli specializzandi siano formati all'utilizzo delle nuove e nuovissime tecnologie in modo da essere equiparati ai loro colleghi europei — conclude Corcione — e rimettere al centro della sanità italiana questa figura professionale non solo dal lato scientifico ma anche dei processi decisionali e del governo della salute che tanto incidono sul lavoro dei colleghi. La chirurgia non è una torre d'avorio ma una disciplina a stretto contatto con pazienti e territorio che ha però peculiarità e criticità uniche».

CISAS
Sentirai la differenza.
ECCELLENZA PER IL TUO UDITO

NUOVA TECNOLOGIA INVISIBILE OTICON BrainHearing™

Nel Centro Ricerche Oticon in Danimarca, da oltre 110 anni, le migliori soluzioni per l'udito nascono dall'innovazione tecnologica. Nuova tecnologia Oticon. Design, innovazione, invisibilità. La *psicologa Annalisa* ha scelto la nuova soluzione acustica che aiuta a capire e non solo a sentire.

- RENDE CHIARA LA VOCE E LA SEPARA DAI RUMORI DI FONDO
- SCOMPARE QUANDO INDOSSATO
- AIUTA A CAPIRE I SUONI CHE SENTI

› PROVA GRATUITA di 45 GIORNI
› SOLUZIONE RATEALE A PARTIRE DA 60€ al mese
› ASSISTENZA PERSONALIZZATA GRATUITA
› 4 ANNI DI GARANZIA ESCLUSIVA CISAS "KASKO PLUS"

"Sono tornata a sentire e nuovamente a vivere"
Annalisa, psicologa

SOLO PER QUESTO MESE UN'OFFERTA IRRINUNCIABILE!

NAPOLI CENTRO (NAPOLI FUORIGROTTA (NAPOLI VOMERO/ARENELLA (AVERSA (CE) (PORTICI (NA) (SORRENTO (VICO EQUENSE (GRAGNANO

081-5514409
www.cisas.info

Tecnologia e salute

ValveTech

Una valvola aortica di nuova generazione

Si chiama progetto ValveTech, è coordinato da Giorgio Soldani (foto) dell'Ifc-Cnr di Massa e sta per portare alla realizzazione di una valvola aortica di nuova generazione che potrà essere impiantata con tecniche di chirurgia mininvasiva grazie a un braccio robotico. «La valvola polimerica a corpo unico che abbiamo brevettato — spiega Soldani — prevede ancora una protesi (stent) di supporto come quelle tradizionali, ma è allo studio una nuova valvola dotata di uno stent flessibile, ripiegabile ed espandibile». Che sarà in grado di autosostenersi attraverso l'espansione di una «gabbia» di cromo-cobalto, che ne consentirà l'impianto senza punti di sutura.

L'**anestesia** epidurale 2.0

Arrivano gli aghi ultrasottili ingegnerizzati con fibre ottiche grazie alla ricerca sviluppata dal dipartimento di Optoelettronica dell'Università del Sannio

Antonello Cutolo
Ingegnere, ordinario di elettronica e fotonica dell'Università del Sannio, è il presidente della Scarl per le Tecnologie Optoelettronich e per l'Industria nell'ambito del Centro regionale di competenza (Cerict) sulle Ict presso l'Ateneo sannita. Ha insegnato anche nelle università di Copenhagen, Parigi, Stanford e North Caroline

Rendere l'anestesia epidurale più sicura ed efficiente dal punto di vista medico e meno costosa: sono questi gli obiettivi di un'originale ricerca scientifica condotta dal Polo di Optoelettronica e Nanofotonica del dipartimento di Ingegneria dell'Università del Sannio, guidato dai professori Antonello Cutolo e Andrea Cusano (Centro regionale di competenza sulle Ict presso l'ateneo). Il gruppo è attivo da circa quindici anni nello sviluppo di nuove tecniche di monitoraggio basato sull'uso di sensori in fibra ottica e, insieme con gli ingegneri Marco Consales, Marco Pisco e Armando Ricciardi, ha conseguito risultati di rilevanza internazionale in vari settori industriali.

Il lavoro di presentazione dei nuovi aghi sottili arricchiti con fibre ottiche ha ricevuto, di recente, un prestigioso riconoscimento a Limerick, in Irlanda, nel corso della conferenza internazionale sull'optoelettronica e fibre ottiche: il primo premio come migliore innovazione nella categoria dei sensori chimici, biologici e medici. Tra gli autori anche i giovani ricercatori sanniti Benito Carotenuto, Alberto Micco e Armando Ricciardi che hanno lavorato in stretta collaborazione con i medici Ezio Amorizzo e Marco Mercieri del dipartimento di Medicina traslazionale dell'Università La Sapienza (ospedale Sant'Andrea) di Roma.

«Il dispositivo — spiega Antonello Cutolo, docente di elettronica fotonica all'Università di Benevento — è sostanzialmente un ago epidurale sensorizzato, ossia integrato con sensori in fibra ottica, capaci di rilevare, mediante misure continue di pressione, i passaggi dell'ago, durante la penetrazione, attraverso i differenti tessuti cutanei. Il prodotto è già pronto per essere lanciato sul mercato, mancano soltanto i certificati necessari alla messa in commercio dei dispositivi medici ma sono già stati depositati due brevetti per proteggerne la proprietà intellettuale». Si tratta di una vera e propria ricerca di frontiera che vede il Polo di Optoelettronica in primo piano e che potrebbe aprire nuovi scenari applicativi importanti per la medicina e in particolare per la lotta al cancro. L'innovativo prodotto è basato sulla nuova tecnologia «Lab-on-needle», fiore all'occhiello della ricerca in sensoristica in fibra ottica del polo di ricerca sannita. Grazie a questa metodica si possono realizzare aghi intelligenti e multifunzionali grazie a micro e nanosensori che sfruttano le proprietà della fibra ottica (biocompatibilità, dimensioni ridotte, flessibilità) per identificare lo spazio epidurale. Il risultato è la possibilità di superare le attuali limitazioni associate all'anestesia epidurale.

«Fino a ora — aggiunge Cutolo — i medici si basavano sulla loro esperienza soggettiva per identificare il corretto posizionamento dell'ago nello spazio epidurale, uno dei più ricercati per l'anestesia loco regionale e per la terapia del dolore. Basti pensare che è utilizzata in circa il 50 per cento dei parti. Se non effettuata correttamente, tuttavia, l'anestesia epidurale può comportare diverse complicanze. La più comune è un'acuta cefalea, che costringe il paziente a una prolungata degenza, con conseguente aumento dei costi ospedalieri».

I dati raccolti durante la fase di sperimentazione del dispositivo dimostrano una percentuale di successo, nell'identificazione dello spazio epidurale, superiore al 98 per cento dei casi. I medici che hanno testato il prodotto ne hanno esaltato la facilità di utilizzo, la specificità e la possibilità, per la prima volta, di registrare i tracciati delle epidurali. In futuro sarà possibile effettuare direttamente in vivo analisi biologiche (biopsie) piuttosto che ecografie ad alta risoluzione.

La scoperta è solo l'ultimo dei successi del Polo di Optoelettronica e Nanofotonica del Dipartimento di Ingegneria sannita. Il team svolge attività di ricerca di eccellenza riconosciuta e apprezzata a livello nazionale e internazionale per lo sviluppo di dispositivi innovativi in diversi settori industriali, da quello biomedicale e della sicurezza fino a quello dei trasporti e dell'aerospazio.

E. M.

Attività Medico-Chirurgiche: Direttore Sanitario dott. A. Vetrella

Area Chirurgica:
Chirurgia Generale
Chirurgia Vascolare
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
Urologia
Oculistica
Otorinolaringoiatria
Ortopedia e Traumatologia
Area Medica:
Medicina Generale
Cardiologia
Neurologia e Neurofisiopatologia
Area Materno Infantile:
Ostetricia e Ginecologia
Centro di Procreazione Medicalmente Assistita

CASA DI CURA
VILLA DEI FIORI
- ACERRA -

Area Critica:
Terapia Intensiva Neonatale
Terapia Intensiva Cardiologica
Rianimazione e Terapia Intensiva
Area Servizi di Supporto:
Diagnostica di Laboratorio
Diagnostica per Immagini
- Radiologia Tradizionale
- T.A.C.
- Risonanza Magnetica
- Ecografia/Mammografia
Videoendoscopia Digestiva
Pronto Soccorso Ostetrico

Struttura Medico – Chirurgica e Riabilitativa di Elezione e di Emergenza

Pronto Soccorso

Attività Riabilitative: Direttore Tecnico dott. V. Saviano

Degenza di tipo estensivo
Semi-Convitto
Ossigenoterapia Iperbarica
Terapia Occupazionale
Pedagogia e Musicoterapia
Riabilitazione Cardiologica
Idrochinesiterapia
Psicomotricità
Fisiokinesiterapia
Logopedia
Osteopatia
Onde d'urto

Villa dei Fiori S.r.l.
Corso Italia n. 157 – 80011 Acerra (NA)
Centralino Pbx: 081.31.90.111
www.villadeifioriacerra.it e-mail: info@villadeifioriacerra.it

VUOi iL MiO NUMERO?

#VUOIILMIONUMERO?

dejavu.it

95051730109

"LA TUA FIRMA È LA NOSTRA FORZA."
IVAN, GIOVANE PAPÀ CON UNA FORMA GRAVE DI SCLEROSI MULTIPLA.

PRENDI NOTA, DAI IL TUO 5X1000 A FISM.

Scegli di donare il 5x1000 alla Fondazione Italiana Sclerosi Multipla, firmando nel riquadro "finanziamento della ricerca scientifica e della università" e inserendo il codice fiscale 95051730109.

CODICE FISCALE FISM: 95051730109 | NUMERO VERDE: 800.094.464 | www.sostienici.aism.it

SCLEROSi MULTiPLA ONLUS
fondazione italiana
un mondo libero dalla SM