

Salute

E PREVENZIONE

in collaborazione con
Salute Network
 prevenzione è benessere

C

Ospedali, università,
 medici, farmaci
 È cominciato l'anno
 delle svolte possibili

di Angelo Lomonaco

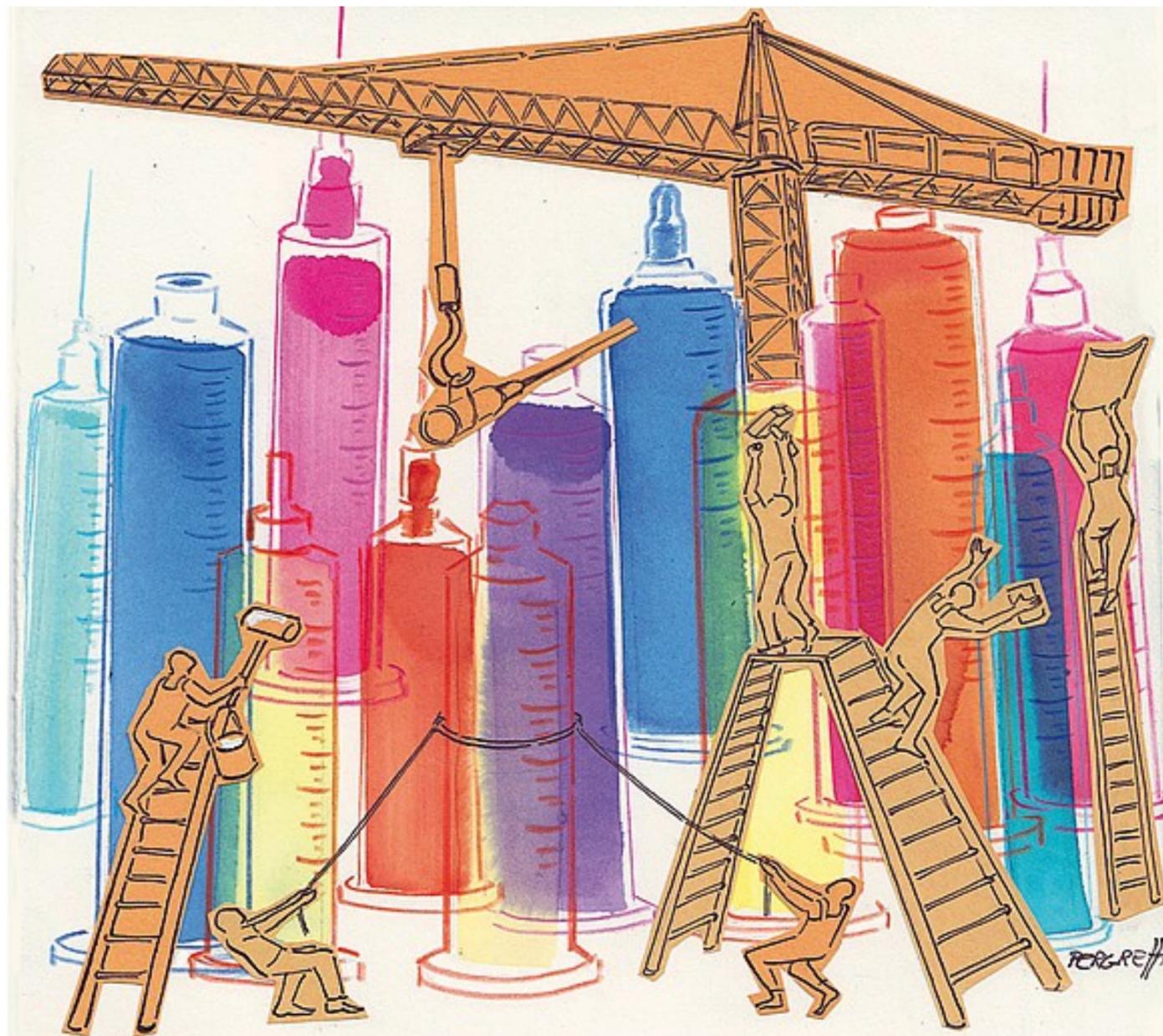
Nei prossimi mesi è attesa l'apertura dell'Ospedale del Mare, grande nosocomio complementare e di contraltare lungo la linea di costa al Cardarelli in collina. Al di là dei prevedibili annunci e dei probabili tagli di nastro in periodo pre-elettorale, la struttura dovrebbe effettivamente avviare la propria attività in estate. Assorbendo ben quattro ospedali già praticamente dismessi o in condizioni tali da non poter proseguire la propria attività. Se le cose andranno effettivamente così, ne beneficerà l'assistenza ospedaliera, che tra l'altro risulterà meglio distribuita sul territorio urbano decongestionando il Cardarelli, e quindi probabilmente ne guadagneranno anche i flussi del traffico di Napoli.

Resta invece a pieno titolo un'incompiuta, almeno per ora, l'altro grande ospedale campano del quale si parla da decenni. I lavori per la realizzazione del Policlinico universitario di Caserta sono più a lungo fermi che in corso. Però, il nuovo vertice della Seconda Università promette di accelerare le operazioni e portarle a compimento al massimo entro l'anno prossimo. È evidente che questo contribuirebbe a decongestionare ulteriormente Napoli e soprattutto il comprensorio collinare dove di ospedali ce ne sono fin troppi. Vedremo.

Intanto *Corriere Salute e Prevenzione* fa il punto sulle due grandi strutture con altrettanti servizi. Nel 2015 sono attese anche altre novità.

Negli ultimi mesi dell'anno passato, infatti, la Campania ha portato a compimento il (doloroso) percorso di risanamento dei conti della propria Sanità. La Regione ora attende il via libera per effettuare le assunzioni necessarie dopo anni di blocco. I cittadini-utenti, invece, attendono che siano finalmente attivati servizi territoriali mai partiti e che la prevenzione si trasformi da obiettivo in qualcosa di concreto. Sullo sfondo, infine, c'è l'arrivo sul mercato di farmaci molto innovativi, per esempio quelli contro l'epatite C e altre patologie molto diffuse. È possibile, insomma, che il 2015 segni un vero punto di svolta per la Sanità campana. Forse anche per questo, cioè per avere più «peso» nelle decisioni che dovranno essere adottate, per la prima volta gli Ordini dei medici provinciali si sono stretti in una federazione regionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cantiere Sanità

L'ANALISI

Investire
 sulla prevenzione,
 scelta obbligata

di Marco Trabucco Aurilio

a pagina 2

Ospedale del Mare a Napoli
 e Policlinico a Caserta, due
 grandi sfide per la Campania

di Raffaele Nespoli e Piero Rossano

da pagina 4 a pagina 7

MUSEO DELLE ARTI SANITARIE

Un «percorso»
 dedicato a Moscati,
 il medico-santo

di Olga Fernandes

a pagina 13



**Scuola di Specializzazione
 in Psicoterapia Sistemico-Relazione**
 Riconosciuta dal Ministero dell'Istruzione,
 Università e Ricerca

Borsa di studio per l'anno 2015

L'ITER istituisce annualmente 2 borse di studio, del valore di milleduecento euro ciascuno per le sedi di Napoli e Caserta per gli iscritti al primo anno della scuola di specializzazione.

Riviera di Chiaia 105 - 80122 Napoli - Italia - telefono/fax: 081 669195 - e-mail: infonapoli@iterscuola.it

SEDE DI NAPOLI

Piazza Vanvitelli 71 - 81100 Caserta - Italia - telefono/fax: 0823.351820 - e-mail: info@iterscuola.it

SEDE DI CASERTA

www.iterformazione.it

Idoneità 2015:

è necessario superare il colloquio di ammissione con il direttore della scuola.

PRENOTAZIONI COLLOQUI 2015:

tramite il sito www.iterformazione.it,

via mail agli indirizzi:

infonapoli@iterscuola.it o info@iterscuola.it,

prenotazione telefonica ai numeri:

0823.351820 - 081.669195 - 338.7107077

Società e Salute

Idea di Caldoro

«Un progetto regionale che parta dall'alimentazione»

«Perché non pensare a un progetto regionale che possa vedere protagonista i medici, soprattutto quelli che hanno uno stretto legame con il territorio. È importante mettere in campo una azione comune che sia basata sulla vicinanza al territorio e alle famiglie, puntando su temi che affermino l'importanza dei corretti stili di vita, quali ad esempio l'educazione alimentare». La proposta arriva dal presidente della Regione Stefano Caldoro, intervenuto in occasione del

congresso sindacale della Federazione italiana medici pediatri di Napoli (Fimp). La prevenzione, a partire dalle abitudini quotidiane dei cittadini, è dunque una delle priorità per gli anni a venire nell'azione di governo della sanità regionale. Un tassello importante che si va ad aggiungere alle azioni di controllo già fortemente incrementate sulla scorta dei problemi legati all'inquinamento ambientale.

L'analisi

di **Marco Trabucco Aurilio**

Investire in prevenzione è una scelta obbligata

Mangiare sano, una moderata attività sportiva, no a fumo e alcol: sembrerebbe questa la ricetta per vivere in salute; ma è sempre così? O meglio, oggi è sempre possibile? Da anni come un mantra si parla di corretti stili di vita per prevenire malattie come il cancro o patologie cardiovascolari, vere e proprie piaghe nei paesi industrializzati. La letteratura scientifica con molta frequenza fornisce nuovi dati, gli ultimi dalla Gran Bretagna ci dicono che più di 4 casi di tumore su 10 potrebbero essere prevenuti soltanto scegliendo un corretto stile di vita, eppure in prevenzione si investe sempre meno, con l'Italia fanalino di coda dei paesi Ocse. Una recente e molto discussa ricerca condotta alla Johns Hopkins School of Medicine del Maryland, ci dice al contrario che ammalarsi di cancro è principalmente una questione di *sfortuna*. Come spesso succede la verità sta nel mezzo: è senza dubbio un dato incontrovertibile che adottare uno stile di vita sano contribuisce non solo a prevenire molte malattie, ma soprattutto al benessere globale della persona. Ma è altrettanto vero che il fato qualche volta è *spietato* anche con i più salutisti. Appare evidente che al di là delle diatribe scientifiche investire in prevenzione, oggi, è una scelta obbligata anche in considerazione di un'ineluttabile riorganizzazione della spesa farmaceutica mondiale. È anche vero che la recente recessione non aiuta: le famiglie rinunciano progressivamente al cibo sano e all'attività fisica, entrambe costose, basti pensare che nel 2014 sono crollati i consumi di frutta e verdura. Non aiutano neanche le nuove tecnologie (tablet, smartphone e videogiochi) che aumentano progressivamente la nostra sedentarietà. Infine, l'inquinamento *criminale* di alcune regioni, che in aggiunta a scorretti stili di vita diventa un fattore di rischio pericoloso e molte volte, troppe volte letale per i cittadini. Dunque, cosa fare? Che lo stile di vita sano non sia più solo uno scontato slogan per convegni, ma il punto centrale di una nuova cultura della prevenzione che parta dalle abitudini quotidiane di ciascuno di noi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Antonio Giordano è direttore dello Sbarro Institute for Cancer Research and Molecular Medicine di Philadelphia, negli Stati Uniti



Michele Marzullo Specialista in cardiologia e cardiocirurgia, è docente di Medicina dello Sport alla Federico II di Napoli



Walter Ricciardi Commissario dell'Istituto Superiore di Sanità, Ricciardi è professore di igiene generale e applicata alla Cattolica di Roma

Stili di vita

La gran parte delle malattie sono collegate a quattro fattori di rischio: fumo di sigaretta, scarsa attività fisica, abuso di alcol e cattiva alimentazione

Si rischia meno solo abbandonando le cattive abitudini

di **Raffaele Nespole**

Ormai da tempo, soprattutto per le regioni del Mezzogiorno, si discute di inquinamento ambientale e stili di vita. Sono maggiori i rischi legati alle sostanze nocive che ci circondano o incidono di più le cattive abitudini? Per quanto sia impossibile dare una risposta definitiva a questa domanda, abbiamo cercato di fare un po' di chiarezza su questo punto chiedendo il parere di tre autorevoli interlocutori: Walter Ricciardi (commissario dell'Istituto Superiore di Sanità), Michele Marzullo (ordinario di medicina dello sport alla Federico II di Napoli) e Antonio Giordano (oncologo e direttore dello Sbarro Insti-

Benessere
«Tale cultura comincia a scuola»

In ritardo
«In Italia si fa ancora poco»

tute for Cancer Research and Molecular Medicine di Philadelphia).

«In Italia — spiega Walter Ricciardi — l'80 per cento delle malattie è legato a quattro fattori: fumo di sigaretta, scarsa attività fisica, abuso di alcol e cattiva alimentazione. Questi quattro fattori sono responsabili, singolarmente o associati tra loro, dell'80 per cento dei decessi. Dunque è facile capire che non solo gli stili di vita contano, ma sono determinanti». Ricciardi spiega anche che il rischio di sviluppare una patologia aumenta esponenzialmente quando più abitudini insane si uniscono tra loro. «In questo caso — aggiunge — due più due non fa mai quattro, il rischio cresce infatti in modo esponenziale».

Ma nel nostro Paese si fa abbastanza per creare una cultura del benessere? La risposta è no. Ricciar-



CLINICA VESUVIO S.R.L.
LO SCOMPENSO CARDIACO
UN'EPIDEMIAM DESTINATA A CRESCERE

Responsabile Scientifico:
Dott. Michele Zappalà
Responsabile U.O. di Medicina e Cardiologia
Clinica Vesuvio

21 MARZO 2015
CLINICA VESUVIO
Via L. Volpicella, 493 - 80147 Napoli

Evento sponsorizzato da:




DESTINATARI:
Cardiologi
Internisti
Pneumologi
Medici di Medicina Generale



di è convinto infatti che «si potrebbe fare molto di più per la cura della salute. A partire dalla scuola, che dovrebbe essere protagonista nell'instillare nei ragazzi pratiche sane». A proposito di giovani, uno dei problemi in crescita è quello legato alla dieta. «Gli italiani — conclude Ricciardi — hanno modificato molto le proprie abitudini alimentari, in parte anche a causa della crisi economica, perché i cibi insalubri sono spesso anche i meno costosi».

A questo si aggiunge la totale assenza di attività, compromettendo nel tempo la salute del cuore. A spiegarlo è il professor Michele Marzullo. «Tutti — dice l'esperto — dovrebbero dedicare qualche ora della giornata al movimento, perché in questo modo il rischio di incorrere in malattie cardiache cala sensibilmente». Lo specialista chiarisce anche che gli unici fattori di rischio che non posso-

L'illustrazione è di Daniela Pergreffi

no essere eliminati sono: ereditarietà, genere ed età. «Tutto il resto — dice — dipende solo da noi. L'attività fisica abbassa il colesterolo Ldl "cattivo" e aumenta invece il colesterolo "buono" Hdl. Inoltre, migliora la frequenza, l'ossigenazione e combatte l'ipertensione. Chi pratica il footing tenga a mente a mente una regola: attenzione alla frequenza cardiaca. Sarebbe sempre bene tenere i battiti entro un certo range. In generale la frequenza massima si calcola sottraendo a 220 la nostra età, teniamoci sempre in un range che oscilla tra il 60 e l'80% del valore calcolato prima. In questo modo avremo un esercizio aerobico».

Fare esercizio fisico e condurre una vita sana riduce di molto anche la possibilità di ammalarsi di tumore. Addirittura esistono neoplasie che sono correlate proprio all'obesità. «Si è notato come nel-

Nelle nostre mani
«Non si possono eliminare ereditarietà, genere ed età. Il resto dipende solo da noi»

le donne obese un eccesso di grasso sull'addome sia associato spesso a un maggior rischio di sviluppare un tumore della mammella», dice il professor Antonio Giordano. Anche procedere a una semplice mammografia può diventare un problema, perché si possono avere risultati anomali. Strettamente legati agli stili di vita sono anche i tumore dello stomaco e del colon, soprattutto se le cattive abitudini si sommano tra loro e vanno avanti per molto tempo. «Certo anche l'inquinamento ambientale si riflette sulla sullo stato di salute, soprattutto se si vive in zone "a rischio". Non si può guardare solo a una faccia della medaglia, è bene sempre valutare il quadro nel suo insieme. E comunque — dice Giordano — dobbiamo ricordare che la prevenzione inizia proprio dalle nostre abitudini».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Garanzia Giovani parte. Con le imprese

È partita la Garanzia Giovani, il Piano europeo con cui Stato e Regioni offrono ai NEET (giovani fra i 15 ed i 29 anni che non studiano e non lavorano) un'opportunità tra lavoro, tirocinio, apprendistato e formazione professionale.

Il Piano passa anche dalla tua impresa, che può cogliere l'occasione di conquistare giovani energie e formare professionisti per essere più competitiva.

Per questo, Garanzia Giovani offre alle aziende bonus economici per le nuove assunzioni e incentivi per tirocinio e apprendistato.

Informati sul sito www.cliclavoro.lavorocampania.it

garanzia
giovani

www.garanziegiovani.gov.it

REGIONE CAMPANIA

Investi
nel nostro futuro



UNIONE EUROPEA
Iniziativa a favore dell'Occupazione Giovanile
Fondo Sociale Europeo
Investiamo nel tuo futuro

L'inchiesta

1997

In quell'anno si parla per **prima volta** dell'Ospedale del Mare. Il primo progetto risale invece al dicembre 2003

286

È il **costo finale** in milioni della struttura, inizialmente previsto in 210 milioni. Gli ultimi 100 sono stati oncesi dal governo Monti

Nella gigantesca struttura confluiranno i nosocomi del centro di Napoli: San Gennaro, Ascalesi, Loreto Mare e Incurabili

Ospedale del Mare

Ambulatori già pronti, in agosto lavori finiti



Ernesto Esposito è il direttore generale dell'Asl Napoli 1 Centro e proprio alla Asl spetterà il compito di assicurare la piena funzionalità dell'Ospedale del Mare a mano a mano che le strutture saranno completate e consegnate

di **Raffaele Nespoli**

Poco meno di due settimane, poi i primi ambulatori dell'Ospedale del Mare saranno consegnati all'Asl Napoli 1. Ventuno in tutto, tra i quali quelli di diabetologia, nefrologia, angiologia, cardiologia, dermatologia, ematologia, endocrinologia, geriatria, neurologia, oncologia, pneumologia, senologia, allergologia, gastroenterologia e reumatologia. E nella stessa giornata saranno consegnati anche gli ambienti dedicati alla formazione, la hall e l'eliporto.

Insomma, da chimera il gigantesco ospedale è ormai una realtà. «Entro agosto 2015 - aveva detto Stefano Caldoro - tutti gli ambienti saranno completati e consegnati» e questo è certamente un importante passo affinché quella promessa possa essere rispettata. Poi i riflettori saranno puntati tutti sul lavoro dell'Asl, che avrà la responsabilità di evitare di gettare alle ortiche tutto il lavoro fatto.

Ma cosa avrà quest'ospedale di tanto straordinario, perché attorno alla sua realizzazione ruotano tante attese? La prima e più ovvia risposta è che l'Ospedale del Mare è il perno attorno al quale ruota la riorganizzazione della sanità cittadina, e non solo. In questa gigantesca struttura confluiranno quattro nosocomi del centro storico di Napoli: San Gennaro, Ascalesi, Loreto Mare e Incurabili. Inoltre l'Ospedale del Mare è, tra quelli di moderna concezione, il più grande di del Mezzogiorno d'Italia. Al suo interno ci sono ben 450 posti letto, e cioè 320 di degenza ordinaria, 75 tra degenza di day hospital e day surgery e 55 di «high care» (alta intensità di assistenza), più i 50 di «low care» (bassa intensità di assistenza) nell'edificio albergo, dove potranno pernottare anche i familiari dei pazienti.

Addirittura 16 le sale operatorie, suddivise tra le specialità di emergenza, neurochirurgia, chirurgia generale, oncologica, urologia, oculistica, emergenza ostetrica, ortotraumatologia, chirurgia robotica e day surgery. A queste si aggiungono 6 sale endoscopiche e 4 sale parto. Inoltre, l'Ospedale del Mare sarà qualificato come hub di terzo livello della rete di emergenza, centro hub di primo livello per quanto riguarda la rete dell'emergenza cardiologica (dotato dell'Unità operativa intensiva cardiologica ed emodinamica interventistica), centro hub di secondo livello per la rete dell'ictus cerebrale acuto, grazie a una stroke unit (dotata dell'Unità operativa di neurologia, di neuroradiologia e neurochirurgia), stone center per il trattamento della calcolosi renouretale, comprensivo della litotrissia extracorporea e della lasertrissia e centro trauma di alta specializzazione di riferimento per tutto l'ambito regionale (dotato di un reparto di Unità spinale unipolare). Insomma, un vero e proprio gioiello. Anche se in molti hanno criticato la decisione di costruire in quella che oggi è a tutti gli effetti «zona rossa» intorno al Vesuvio. Come mettersi al riparo dai terremoti? Sorprendente ma vero, evitando che l'edificio tocchi il terreno. Soluzione che fa dell'Ospedale del Mare la struttura isolata più grande in Europa, tra le più importanti al mondo. Grazie alle più moderne tecniche di ingegneria, l'intera struttura (14 mila metri quadrati) è poggiata su 327 isolatori. Il nosocomio di Ponticelli potrebbe resistere, senza subire danni, a un terremoto di magnitudo su-

periore a quello del 1980. Anche in tal caso la struttura resterebbe pienamente operativa durante e dopo il sisma. I critici però fanno notare che in caso di eruzione sarebbe tutt'altra storia. Ma del resto in quel caso nessun ospedale di Napoli sarebbe al sicuro.

Se sul piano politico va riconosciuto al presidente Caldoro il merito di essersi speso per reperire le risorse necessarie, dal punto di vista operativo la scelta decisiva è stata invece la nomina a commissario ad acta dell'ingegner Ciro Verdoliva, che sta trasformando un disastro annunciato in una vittoria per la Campania intera. Spulciando tra le carte che raccontano la storia dell'Ospedale del Mare ci si rende subito conto di una cosa: nel destino di questa struttura esiste una prima fase, caratterizzata da grossolani errori e irregolarità che hanno poi innescato con-

tenziosi (oltre a portare all'avvio di un'inchiesta), e un momento successivo nel quale si è cercato di trovare una soluzione. Nel mezzo, il 14 maggio 2009, la nomina del commissario ad acta. Vale allora la pena ripercorrere alcuni passaggi dell'epopea che ha prolungato i lavori sino al 2015. La prima volta che si è sentito parlare di Ospedale del Mare è stato nel 1997. Fu allora che venne approvata la proposta per l'individuazione dell'area dove costruire; l'anno successivo fu approvato il programma generale. Il primo progetto risale invece al dicembre 2003. Tutto questo sino alla firma del contratto con l'Ati che vede come capofila l'Astaldi spa. Si arriva così al 21 ottobre 2004. Da quel momento in poi sarà tutto un susseguirsi di problemi e di vicende surreali. Il principale nodo da sciogliere risulterà essere una variante in corso d'opera mai firmata dall'Asl che, secondo le imprese appaltanti, è stata la causa principale dei ritardi loro addebitati. Di qui la decisione da parte delle aziende coinvolte di risolvere il contratto con una richiesta di risarcimento astronomica, oltre 100 milioni. Grazie all'impegno di Verdeoliva si è poi arrivati a una transazione che ha permesso di ripartire.

La copertura finanziaria arriva invece dall'impegno del presidente della Regione Stefano Caldoro, che si spende personalmente e ottiene 180 milioni dal governo Monti. I costi finali dell'opera? Il progetto originario prevedeva una spesa di 210 milioni, alla fine dei lavori l'ospedale sarà costato invece 286 milioni (per quanto riguarda la struttura). Un investimento importante, ma il fine è modificare radicalmente il volto dell'assistenza sanitaria in Campania.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

C'è anche l'eliporto

Con i ventuno ambulatori saranno consegnati anche gli ambienti dedicati alla formazione, la hall e l'eliporto



Nella foto in alto, una vista panoramica del grande complesso dell'Ospedale del Mare ormai quasi completo. A destra, l'edificio nel quale potranno essere ospitati anche i parenti dei ricoverati



4

Nella grande struttura saranno assorbiti i **nosocomi** del centro storico di Napoli: San Gennaro, Ascalesi, Loreto Mare e Incurabili

450

sono i **posti letto** previsti, dei quali 320 di degenza ordinaria, 75 di day hospital e day surgery e 55 di «high care», più 50 di «low care»

16

sono le **sale operatorie**, alle quali si aggiungono altre sei sale endoscopiche e quattro sale destinate ai parti

«Il nosocomio avvicinerà Ponticelli al centro»

Il commissario **Ciro Verdoliva**: «Apriranno anche nuove aree pedonali e nuove strade»

«Il 15 febbraio consegneremo gli ambulatori, con un anticipo di otto mesi. Questi cinque anni e mezzo sono stati tra i più duri, ma anche i più entusiasmanti della mia carriera». A parlare è **Ciro Verdoliva**, commissario per la realizzazione dell'Ospedale del Mare.

Qual è stato l'ostacolo maggiore?

«Realizzare una struttura tecnologicamente complessa, che coinvolge più "attori", è qualcosa di inimmaginabile. Ma la sfida più grande è stata vincere la diffidenza della gente».

La sfida non è ancora vinta, le pare?

«Entro agosto consegnerò l'ospedale, lo ribadisco senza alcun dubbio».

Non crede sia stato azzardato costruire alle falde del Vesuvio?

«La decisione non è stata mia, ma se mai dovesse verificarsi un violento terremoto non ci sarebbe posto più sicuro. Comunque non è pensabile che l'intera area orientale resti priva di servizi».

Il progetto è cambiato molto, quali sono state le varianti più importanti?

«Un passaggio fondamentale è arrivato con il decreto 49 del presidente **Calodoro**, al quale l'Ospedale del Mare si è adeguato. Altrimenti ci troveremmo una struttura povera di specialità».

Si spieghi meglio.

«L'individuazione delle discipline



Il governatore **Stefano Calodoro** con l'ingegnere **Ciro Verdoliva** in un sopralluogo nel cantiere dell'Ospedale del Mare

cliniche e le alte tecnologie previste caratterizzano l'ospedale come modello innovativo sotto il profilo dell'edilizia sanitaria, ma soprattutto sotto il profilo assistenziale. Nella struttura di Ponticelli i cittadini

troveranno una risposta a ogni esigenza di cura».

Sarà un ospedale importante come il Cardarelli?

«Negli anni '40, quando fu costruito il Cardarelli, valeva il principio di una rigida suddivisione in specifiche aree. Una singola causa per ogni malattia, una singola cura per ogni causa, una singola sede per ogni cura. L'Ospedale del Mare va ben oltre, al centro del sistema assistenziale c'è il paziente».

Come cambierà il quartiere?

«L'ospedale avvicinerà Ponticelli al centro di Napoli, costituisce un primo passo per riqualificare la periferia orientale. Già dal 15 febbraio i cittadini potranno usufruire di un nuovo spazio pedonale davanti all'ospedale, poi apriremo varie strade che io stesso ho chiesto al Comune e che ho scelto di rimettere a nuovo».

Raf. Nes.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'UNICA COSA CHE NON RICICLIAMO SONO I SOLDI

REINSERIMENTO LAVORATIVO • TRATTAMENTO RIFIUTI • SOLIDARIETÀ

www.ambientesolidale.it



L'inchiesta

1991

Intorno alla prima facoltà di Medicina di Napoli, in quell'anno nasce la Seconda Università, che dovrà avere un Policlinico a Caserta

2004

Il 2 dicembre, il cda della Sun affidò i lavori per la realizzazione del Policlinico universitario di Caserta a un'azienda romana

2005

Nel febbraio di quell'anno fu posata la prima pietra. I lavori andarono avanti per 4 anni, poi emersero problemi con l'azienda

Ideata oltre vent'anni fa e progettata da un decennio, per la struttura universitaria della Sun si attende ora che siano sciolti i nodi dell'adeguamento alle nuove normative e dello sblocco delle risorse economiche

Policlinico di Caserta

Progetti vecchi e burocrazia l'ospedale resta «chimera»



Giuseppe Paolisso è il nuovo rettore della Seconda Università di Napoli. La sua elezione risale alla primavera dello scorso anno, sebbene si sia insediato ufficialmente solo ai primi di novembre del 2014. Proviene dal Dipartimento di Medicina

di **Piero Rossano**

L'eterna incompiuta. Un'opera da 206 milioni di euro, tra le più importanti mai progettate nel Mezzogiorno d'Italia ma con un futuro ancora pieno di incognite se è vero che sul capo di oltre la metà degli addetti rimasti nel cantiere «fantasma» (sono ormai più i giorni di chiusura che quelli di apertura) pendono dallo scorso dicembre le procedure di mobilità e i lavori sono di nuovo sostanzialmente fermi. Il Policlinico universitario di Caserta rischia di passare alla storia come un gioiello mai nato se non interverranno al più presto fatti nuovi e concreti. Che sono anzitutto il pagamento di due stati d'avanzamento dei lavori (anche il terzo è ormai in via di scadenza) per un totale di oltre 5 milioni di euro da parte del ministero dell'Economia e delle Finanze attraverso la Regione (la quota parte del Miur è stata versata, invece, dalla Seconda Università di Napoli). Concepito come struttura avveniristica, con soluzioni architettoniche d'avanguardia che negli anni hanno dovuto subire anche adeguamenti sotto il profilo progettuale, l'opera si candiderebbe a rivestire il ruolo di polo d'eccellenza sia per le funzioni didattiche che per quelle assistenziali dall'alto dei suoi 500 posti letto disponibili una volta ultimata. Eppure, nonostante queste credenziali, e nonostante la sua realizzazione risulti da un protocollo firmato quattro anni dopo l'atto istitutivo della Sun (il decreto dell'allora ministro dell'Università, Antonio Ruberti, è datato 4 giugno 1991), la sua storia altro non è che il racconto di un miraggio. Di un percorso che si sarebbe dovuto concludere in 1.461 giorni e che è invece diventato a ostacoli essendosi snodato attraverso continui stop prima al progetto e poi ai lavori, blocco degli interventi e repentine ripartenze, appalti annullati e poi riaffidati ad altre società, riconteggi delle risorse occorrenti per l'avanzamento dei lavori e rivisitazioni del progetto alla luce di nuove normative, proteste operaie e occupazioni del cantiere, incontri a livello ministeriale e tavoli in Regione.

I lavori per il Policlinico universitario di Caserta, che sorge in località Tredici (di fronte allo svincolo della variante Anas, luogo ben collegato con i caselli dell'A1 di Caserta Sud e Caserta Nord), furono affidati dal cda della Sun il 2 dicembre 2004 alla società Immobili Federici Stirling spa, con sede legale a Roma ma con i piedi ben piantati sul territorio casertano annoverando tra gli azionisti di riferimento grossi imprenditori locali e avendo realizzato — attraverso controllate — altre primarie opere pubbliche nel capoluogo (dal parcheggio interrato alla Reggia al nuovo mercato coperto). La posa della prima pietra ci fu nel febbraio del 2005. La realizzazione del rustico del manufatto, almeno di una consistente parte di esso, andò avanti per circa quattro anni tra alterne vicende. Il progetto prevedeva la realizzazione di 45 mila metri qua-

Il «muro d'acqua»

Una parete di cento metri di alti zampilli d'acqua dovrebbe fermare le polveri delle cave, che però nel frattempo sono state in parte chiuse



A sinistra e a destra, due plastici che mostrano come dovrà essere il Policlinico universitario di Caserta, i cui lavori sono in corso da anni. Nella foto del cantiere, invece, la situazione reale attuale



drati di superfici coperte (suddivise in oltre 15 mila metri quadrati per la ricerca, esclusi spazi a verde, oltre 11 mila metri quadrati per la didattica, quasi 17 mila per l'assistenza e oltre 2 mila per le centrali). E, inoltre, oltre 205 mila metri quadrati liberi da costruzioni comprese le aree destinate al project financing.

Il progetto prevedeva anche 47.108 metri quadrati di area destinata a parcheggio, di cui circa 18.568 per la sosta al coperto. Il numero complessivo di posti auto ammonta a circa 1.900. E, inoltre, il cosiddetto «muro d'acqua»: una parete d'acqua, appunto, per una estensione di circa un centinaio di metri generata da una serie di diffusori che riutilizzano sempre lo stesso liquido (ripreso da vasche di raccolta a valle e reimmesso nelle condotte) in modo da costituire una barriera alle polveri provenienti dai vicini impianti estrattivi. Il Policlinico, infatti, sorge a poche centinaia di metri in linea d'aria da alcune delle più grandi cave che insistono sulla corona dei monti Tifatini intorno a Caserta. Impianti che, naturalmente, mal si conciliavano già in sede progettuale con l'opera e che con il passare degli anni in parte sono stati dismessi, in parte sono in attesa di delocalizzazione, in parte sono ancora funzionanti.

Di fronte a una serie di inadempimenti da parte dell'impresa aggiudicataria dell'appalto e di lavori portati avanti ormai a singhiozzo, l'allora rettore Francesco Rossi il 31 marzo 2009 decise la risoluzione del contratto. Per oltre due anni il destino dell'opera rimase nella più totale incertezza: quando si stabilì di procedere allo scorrimento della graduatoria del bando, l'Università dovette registrare alcune rinunce quasi tutte riconducibili a motivi economici. La svolta arrivò l'11 novembre 2011, quando nella sede del rettorato a Napoli fu firmato il nuovo contratto per l'affidamento dell'appalto alla società Condotte d'acqua spa riunita in associazione temporanea d'impresе con la Cordoli & C. spa. I lavori

ripartirono dopo ulteriori mesi di incertezze legate al destino delle maestranze già precedentemente occupate.

I nodi che restano da sciogliere per l'ultimazione dell'opera sono ora legati all'adeguamento del progetto iniziale alle nuove normative in tema di lavori pubblici e di sanità e allo sblocco delle risorse occorrenti alla prosecuzione: i soldi ci sono ma l'iter burocratico da seguire li rende quasi inaccessibili. Nuove rassicurazioni sono state fornite a dicembre dal governatore Stefano Caldoro al neo rettore Giuseppe Paolisso ma, nel frattempo, la società Condotte ha dovuto avviare le procedure di mobilità nei confronti di 21 dei 40 addetti rimasti.



45.000

Tanti sono i metri quadrati coperti previsti, dei quali: 15 mila per la ricerca, 11 mila per la didattica e 17 mila per l'assistenza

500

Sono i posti letto del quale il nuovo ospedale dovrà disporre. Tanti erano previsti nel progetto iniziale e ne sono previsti tuttora

1.900

Sono i posti auto che il progetto prevede sia realizzati intorno alla grande struttura ospedaliera, parte dei quali al coperto

«Troppi errori nel passato ma nel 2016 ce la faremo»

L'ingegnere Di Natale, delegato del rettore Paolisso: «Siamo in condizione di accelerare, sono fiducioso»

Nonostante interrogativi e incognite che incombono sul completamento dell'opera il rettore della Sun, Giuseppe Paolisso, appena lo scorso dicembre si diceva convinto: «La parte edilizia dell'opera sarà conclusa entro il 2015». E per rafforzare la volontà, uno dei primi atti al momento del suo insediamento, il primo novembre, è stato quello di nominare l'ex preside della facoltà di Ingegneria di Aversa, Michele Di Natale, responsabile del procedimento e della cura di ogni aspetto che attiene l'ultimazione del Policlinico. E l'ordinario di Ingegneria idraulica si è calato anima e corpo nella causa.

Professor Di Natale, come stanno realmente le cose?

«Sono fiducioso che riusciremo a uscire da questa nuova momentanea impasse che fonda su una doppia motivazione: una di carattere economico, l'altra procedurale».

Delle vicende finanziarie abbiamo un'idea. Cos'altro frena l'ultimazione dell'opera?

«Siamo nella delicata fase dell'adeguamento del progetto al mutato quadro normativo. Essendo trascorsi anni dal concepimento dell'opera sotto il profilo progettuale sono intervenute nuove norme tecniche nei più disparati settori che hanno prodotto uno sconvolgimento significativo che ci obbliga adesso a fare delle varianti. Vi è un completo riassetto della parte impiantistica della struttura ma dobbiamo procedere anche a una rivisitazione della parte assistenziale. Se a ciò si aggiunge il contenuto della legge Gelmini riguardo le norme sulla didattica, ne viene fuori che le aule per le lezioni dovranno essere a loro volta adeguate. Alcune dovranno contenere fino a duecento studenti, cosa impossibile per quelle attuali».

Ma allora come fa a dirsi così ottimista?

«Quest'opera ha avuto trascorsi che hanno determinato grossi danni. Il primo appalto ha creato turbative diventate pregiudizievoli, problemi e contenziosi che si sono trasci-

nati anche dopo la rescissione del contratto. Adesso ci auguriamo di adeguare al più presto il progetto alle nuove normative e di ripartire di slancio per concludere i lavori entro il 2016, rispettando le tre finalità che l'Università si è poste».

Quindi i tempi ipotizzati dal rettore si allungano un po'...

«Credo di sì, inevitabilmente».

E quali sono le finalità?

«Quest'opera era nata con tre ambizioni che siamo ancora determinati a rispettare. La prima è che sia una struttura al servizio della didattica con pazienti veri, essendo annessa al Dipartimento di Medicina e Chirurgia. La seconda è che diventi davvero un'opera assistenziale, dall'alto di una capacità di 500 posti letto. La terza è che rappresenti per didattica e assistenza un polo di eccellenza a livello nazionale ed internazionale. Dobbiamo spingere perché questi tre obiettivi siano soddisfatti».



Michele Di Natale è ordinario di Costruzioni idrauliche al Dipartimento di Ingegneria. Dal 1996 alla Seconda Università di Napoli, è stato preside della stessa facoltà dal 2004 al 2012. È il responsabile del procedimento del policlinico

P. Ros.

Piero Rossano
© RIPRODUZIONE RISERVATA





POTITO
CENTRO MEDICO RADIOLOGICO



NUOVE TECNOLOGIE DISPONIBILI

- TAC 640 SLICE [CARDIO TC - CORONARO TC]
- MAMMOGRAFIA DIGITALE DUAL ENERGY [CESM]
- MAMMOGRAFIA DIGITALE CON TOMOSINTESI
- RM APERTA PER STUDI IN ORTOSTATISMO [G-SCAN]
- TC CONE BEAM 3D

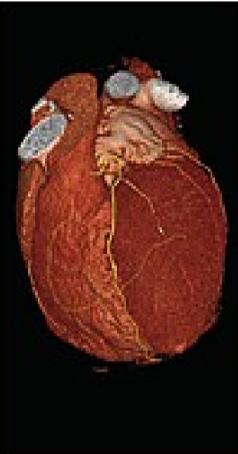
- TAC MULTISLICE (640 STRATI): CARDIO TC - CORONARO TC - COLONSCOPIA VIRTUALE - DENTAL SCAN - ANGIO TC
- RISONANZA MAGNETICA: RM AD ALTO CAMPO (1.5 T) - RM APERTA PER STUDI IN ORTOSTATISMO (G-SCAN) - ANGIO RM
- TC CONE BEAM 3D
- SENOLOGIA: MAMMOGRAFIA DIGITALE DUAL ENERGY (SENOBRIGHT) per studi con mdc (CESM) - MAMMO RM - ECOGRAFIA MAMMARIA
- RADIOLOGIA DIGITALE (DR)
- ECOGRAFIA - ECOCOLORDOPPLER
- DENSITOMETRIA OSSEA
- GASTROENTEROLOGIA: GASTROSCOPIA - COLONSCOPIA
- CARDIOLOGIA: DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE INTEGRATA
- NEUROFISIOPATOLOGIA: ELETTROMIOGRAFIA (EMG) - POTENZIALI EVOCATI (PEV)
- TERAPIA FISICA E MEDICINA RIABILITATIVA CON PISCINA DEDICATA

NUMERO VERDE
800-284114

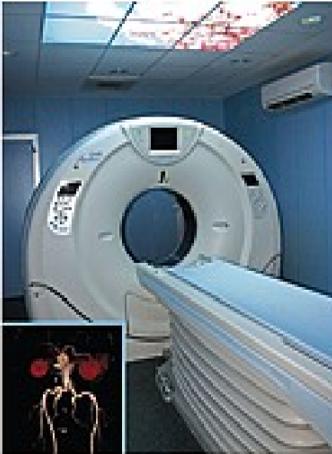


TUTTI GLI ESAMI DI RADIOLOGIA, RISONANZA MAGNETICA E TAC [COMPRESI CARDIO TC, CORONARO TC E COLONSCOPIA VIRTUALE] SONO ESEGUITI IN CONVENZIONE CON IL SSN CON BREVI TEMPI DI ATTESA

ACCREDITATA DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE AUT. N. 713 DEL 01/07/1994 - DIREZIONE SANITARIA: DOTT. NICOLA ZARRELLI



TAC 640 STRATI CARDIO TC
Il Centro Radiologico Potito ha recentemente introdotto in uso clinico la nuova tac 640 strati che rappresenta la più avanzata tecnologia oggi disponibile nel campo della Tomografia Computerizzata; dotata di 320 file di detectori copre un volume di 16 cm e quindi è ideale per esami cardiologici di cardio-TC rendendo possibile lo studio del cuore in un solo battito cardiaco (one beat) con notevole riduzione della dose di radiazione (pari o inferiore alla coronarografia convenzionale). L'apparecchio consente inoltre studi angiografici di tutti i distretti vascolari (circolo endocranico, vasi epiaortici, aorta e vasi periferici), studi di endoscopia virtuale (colonscopia virtuale), studi di perfusione cerebrale e miocardica, ecc.



TAC 640 STRATI COLONSCOPIA VIRTUALE
È un esame diagnostico non invasivo che consente di studiare il colon attraverso una visione virtuale del suo lume simile alla visione reale che si ottiene con l'endoscopia a fibre ottiche (endoscopia tradizionale). È un semplice esame TAC dell'addome ben tollerato dal paziente, sicuro con bassissimo rischio di complicanze.



RM APERTA PER STUDI IN ORTOSTATISMO
G-Scan è una innovativa apparecchiatura di Risonanza Magnetica dedicata allo studio completo dell'apparato muscoloscheletrico e della colonna vertebrale (rachide cervicale e lombosacrale); dotata di magnete aperto e rotante, consente pertanto di eseguire studi durante il fisiologico carico ortostatico. G-Scan grazie all'architettura del suo magnete a forma di "G" è ideale per soggetti claustrofobici.

Via Conte Verde 5/7 - 86100 Campobasso - Tel. 0874 91720 - www.centroradiologicopotito.it



Scienza e terapia

Genetica Telethon, ancora un record di solidarietà

Ben 31,3 milioni di euro alla ricerca sulle malattie genetiche rare grazie alla generosità degli Italiani. È questa la somma raccolta con la venticinquesima maratona televisiva di Telethon. Dal 1990 a oggi, Telethon ha sostenuto la ricerca con 420 milioni che hanno permesso di mettere a punto terapie per alcune malattie rare prima considerate. Attraverso un metodo unico nel panorama italiano, Telethon segue l'intera «filiera della ricerca», occupandosi della raccolta fondi,

della selezione e del finanziamento dei progetti e dell'attività stessa di ricerca portata avanti nei centri e nei laboratori della Fondazione. L'assegnazione dei fondi Telethon avviene attraverso un rigido processo di selezione affidato alla Commissione medico scientifica che si avvale del metodo della «peer-review» (letteralmente «revisione tra pari»), lo stesso strumento con cui le riviste scientifiche internazionali selezionano i lavori da pubblicare.

Quando il **trauma** resta nella memoria

Ci sono ferite psicologiche che continuano a sanguinare anche a distanza di anni
Nei casi di disturbo da stress post traumatico, l'Emdr è certamente un trattamento innovativo



Isabel Fernandez
Psicologa e psicoterapeuta, Isabel Fernandez è docente presso la scuola quadriennale di psicoterapia, Associazione italiana terapia cognitivo comportamentale (Aiamic) e presidente della Associazione per l'Emdr in Italia

di **Isabel Fernandez**

Tutti noi siamo esposti all'eventualità di sperimentare traumi psicologici. È chiaro che a seconda della gravità alcuni possono essere definiti traumi «con la T maiuscola», altri «con la t minuscola». La maggior parte delle persone traumatizzate riesce a recuperare un nuovo equilibrio, ma ci sono ferite che continuano a sanguinare anche a distanza di anni. Nel caso dei traumi con la T maiuscola le persone possono reagire con paura, senso di vulnerabilità e orrore; parliamo in questi casi di disturbo da stress post traumatico. Il trauma è sempre presente, le sensazioni sono vive, e sembra che l'evento sia successo poche ore fa, anche se risale a mesi o anni addietro.

La sofferenza psicologica dei traumi «con la t minuscola» può essere di minore impatto ma ugualmente invalidante. Sensazioni di insicurezza, mancanza di autostima, colpevolizzazioni, attacchi di panico, ansie sono gli strascichi più frequenti.

Il fatto è che quando un trauma rimane irrisolto, questo diventa parte di un circolo vizioso di pensieri, emozioni e sensazioni corporee disturbanti. Si è visto che i ricordi traumatici sono immagazzinati nel cervello in modo differente dai ricordi non traumatici. I primi si collo-



cano soprattutto nell'emisfero destro, separati da altri ricordi e informazioni, come se fossero congelati in uno spazio e tempo diversi dal resto dei nostri vissuti. Qui continuano ad agire ma queste cicatrici sono in realtà il ricordo di ciò che è successo.

In questo senso l'Emdr, ovvero la Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari, è certamente un trattamento innovativo. In un certo senso è la chiave che apre i giardini della memoria. Questo trattamento psicoterapeutico, scoperto nel 1989 dalla psicologa americana Francine Shapiro, oggi è considerato il trattamento *evidence-based* per il Disturbo da stress post traumatico validato da più ricerche e pubblicazioni di qualunque altra psicoterapia nel campo del trauma. Basti pensare che è approvato e indicato, tra gli altri, dall'American

Psychological Association (1998-2002), dall'American Psychiatric Association (2004), dall'International Society for Traumatic Stress Studies (2010), dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2013 e dal nostro ministero della Salute nel 2003.

I suoi punti di forza? La rapidità di intervento, l'efficacia e la possibilità di applicazione a persone di qualunque età, compresi i bambini. Lo psicoterapeuta che ha ricevuto la specifica formazione in Emdr raccoglie la storia del paziente, identificando con lui gli eventi che hanno contribuito a sviluppare il problema: attacchi di panico, ansie, fobie. Sono questi ricordi che saranno elaborati. Il paziente viene invitato a notare i pensieri, le sensazioni fisiche e immagini collegati con l'esperienza traumatica, nel contempo il terapeuta gli fa compiere dei semplici movimenti ocula-

ri, o procede con stimolazioni alternate destra-sinistra. Queste stimolazioni hanno lo scopo di favorire una migliore comunicazione tra gli emisferi cerebrali e si basano su un processo neurofisiologico naturale, simile a quello che avviene nel sonno Rem.

Dopo il trattamento il paziente ricorda ancora l'evento, ma sente che tutto ciò fa parte del passato ed è integrato in una prospettiva più adulta. Dopo una o più sedute i ricordi disturbanti legati all'esperienza traumatica si modificano: il cambiamento è molto rapido, indipendentemente dagli anni che sono passati dall'evento, i pensieri intrusivi si attutiscono o spariscono, le emozioni e sensazioni fisiche si riducono di intensità. Studi randomizzati controllati hanno dimostrato che nel giro di 3-6 sedute si ha dal 77 al 100% di remissione del Disturbo da stress post trauma-

Gli ultimi interventi realizzati dalla Associazione per l'Emdr sono stati rivolti ai sopravvissuti al naufragio del traghetti «Norman Atlantic» ma gli psicologi specializzati si occupano spesso di reduci di guerra



tico in vittime di traumi singoli; mentre occorrono almeno 12 sedute per vittime di traumi multipli come ad esempio nei reduci di guerra.

In seguito a una psicoterapia con Emdr la persona rafforza gli aspetti della sua autostima, è più centrata sui «qui» e «ora» e sul senso del sé, ha più fiducia nelle sue capacità e nel suo valore. Gli eventi traumatici perdono così l'iniziale impatto emotivo per venire trasformati in una risorsa positiva.

Da quando è stata scoperta, nel 1989 negli Stati Uniti, la terapia dell'Emdr è stata utilizzata da oltre centomila psicoterapeuti su tutto il territorio americano. Oggi è impiegata nella cura di milioni di persone in 70 paesi, tra cui l'Italia. L'Associazione per l'Emdr in Italia (www.emdr.it), nata nel 1999, ha finora svolto un assiduo lavoro di formazione certificando oltre 6 mila psicoterapeuti in Italia, più del 10 per cento degli abilitati alla psicoterapia. Gli ultimi interventi realizzati dall'Associazione, sono stati rivolti ai sopravvissuti al naufragio della «Norman» qualche settimana fa. Una volta arrivati nelle strutture che li hanno accolti in Puglia, un team di psicologi, tra cui molti specializzati in Emdr, ha potuto fornire un supporto importante dal punto di vista psicologico ed emotivo, in modo da aiutarli a tornare alla loro vita quotidiana, elaborando questa esperienza drammatica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Osteoporosi e malattie dello scheletro, **maxi premio di ricerca** a un napoletano

A Riccardo Muscariello della Federico II 40 mila euro per gli studi sulla vitamina D



Riccardo Muscariello
collabora dal 2007 con la cattedra di medicina interna della Federico II. Dopo la laurea in Medicina, nel 2009, è specializzando in medicina interna. È impegnato in attività di ricerca riguardanti il metabolismo minerale a livello nazionale e internazionale

di **Ettore Mautone**

Bevi il latte che contiene calcio e approfitta del sole che serve per dare forza alle ossa. Due verità sul metabolismo dello scheletro che affondano radici nella saggezza popolare e costituiscono il punto di partenza di tutti i progetti di ricerca sul ruolo della vitamina D nell'organismo umano. Tali studi, negli ultimi lustri, hanno rivoluzionato le conoscenze su questa particolare molecola. La D una vitamina è solubile nei grassi (insieme alla A, E e K), il cui comportamento ricorda molto da vicino quello degli ormoni. Assunta con alcuni cibi, tra i quali l'olio extravergine di oliva, è sintetizzata dall'organismo soprattutto solo grazie ai raggi Uv del sole a partire da un precursore presente in forma inattiva nella pelle. Le tappe segnate da tali ricerche rivelano oggi sorprendenti e inattese funzioni della vitamina D che vanno ben oltre il ruolo riconosciuto da secoli (favorire l'assor-



bimento di calcio dall'alimentazione e garantire il risparmio dello ione a livello renale), svelando addirittura un compito nel modulare le risposte del sistema immunitario a varie infezioni e la capacità di regolare la pressione del sangue con implicazioni anche nel cancro.

È proprio grazie ai suoi studi sulla vitamina D che un medico napoletano, Riccardo Muscariello, attivo presso il dipartimento di Medicina interna dell'Università Federico II di cui è

direttore il professore Pasquale Strazzullo, deve la conquista del prestigioso premio di ricerca da 40 mila euro destinato ai giovani scienziati italiani, bandito dalla Siomms, la Società italiana dell'osteoporosi, del metabolismo minerale e delle malattie dello scheletro per il biennio 2014-2016. Un progetto originale condotto nell'ambito delle malattie del metabolismo minerale e osseo. Lo studio clinico si chiama «Hypood» e ha l'obiettivo di valutare l'efficacia della supple-

Sole e latte sono fondamentali per dare «forza» alle ossa

mentazione della dieta con il precursore della vitamina D sul controllo della pressione arteriosa e sullo sviluppo di danno d'organo (anche il cancro) in pazienti amboessi carenti della vitamina. Si stima che nel mondo un miliardo di persone abbiano un deficit di D. «Il progetto di ricerca, che conduco con il collega Domenico Rendina — dice Muscariello — si propone di valutare che effetto abbia la somministrazione di vitamina D in persone che ne sono moderatamente carenti misurando i micro Rna specifici del tessuto osseo». Insomma si tratta di capire nel dettaglio come la vitamina D sia capace di rendere l'osso più sano e come una sua carenza renda l'osso malato ma anche quali ripercussioni abbia in altri organi e apparati. In particolare la possibilità che la supplementazione di vitamina D nella dieta possa ridurre l'assunzione di farmaci negli ipertesi. La ricerca allarga infatti l'orizzonte anche alle funzioni meno conosciute della vitamina D correlandoli con l'espressione periferica degli miRna. Sotto la lente

infatti il coinvolgimento dei messaggeri cellulari controllati dalla vitamina D nello sviluppo dei disturbi non-scheletrici. Il potenziale dei miRna è enorme sia come biomarcatori del turnover osseo sia quali bersagli terapeutici di nuovi farmaci. Lo studio «Hypood» è nella fase di arruolamento dei pazienti e si prevede di completare l'intero studio in 24 mesi.

Tra le malattie tipiche di chi non ne assume o sintetizza a sufficienza c'è il rachitismo, ma sono molteplici le modificazioni cui va incontro l'osso, non solo nell'anziano, in assenza di vitamina D. Tutte condizioni sintetizzabili nel concetto di «fragilità», condizione che può essere scongiurata sia con un'adeguata assunzione sia, soprattutto, con una regolare esposizione ai raggi del sole tenendo presente che per qualche mese il fegato funziona da serbatoio dopo la *scorpiata* di raggi del periodo estivo. «Alle nostre latitudini — conclude Muscariello — bastano venti minuti al giorno di esposizione al sole a torso nudo per attivare il precursore della vitamina D presente nella nostra pelle. I soggetti di pelle chiara sono più sensibili ma quelli di pelle scura possono manifestare carenze anche molto serie con ripercussioni sul metabolismo delle ossa e su molti organi e apparati».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Oncologia

Il programma
Pazienti oncologici,
al Ruggi d'Aragona
si preserva la fertilità

Per i pazienti oncologici il rischio di perdere la fertilità è molto alto, ecco perché al Ruggi d'Aragona di Salerno il centro di fisiopatologia della riproduzione ha ideato un nuovo servizio di onco-fertilità dedicato alle persone che, colpite da tumore in età fertile, vogliono preservare la propria capacità di procreare prima di sottoporsi a terapie che potrebbero mettere a repentaglio la possibilità di avere figli. Per le donne sarà possibile, prima della chemioterapia, fare richiesta per congelare

gli ovociti o il tessuto ovarico. Nell'ambito di questo programma il centro per la procreazione medicalmente assistita ha ottenuto dalla Regione Campania un finanziamento di 600 mila euro per il progetto di onco-fertilità e il potenziamento delle tematiche standard inerenti i percorsi di aiuto alla riproduzione nelle coppie. Il centro è diretto dal dottor Giorgio Colarieti, coadiuvato dall'endocrinologo ed esperto di endocrinologia ginecologica Francesco Orio.

Tumori alla tiroide, la rapidità è decisiva

Giovanni Docimo: «È molto importante intervenire al più presto possibile, i risultati sono incoraggianti. Chirurgia mini invasiva e Mivat hanno ridotto complicanze, dolore post-operatorio e problemi estetici»



Giovanni Docimo è professore associato di chirurgia alla Seconda Università di Napoli e responsabile dell'organizzazione dell'Unità di chirurgia tiroidea. È dirigente medico di livello di chirurgia al policlinico universitario della Seconda Università di Napoli

di **Raimondo Nesti**

Sempre più spesso si sente parlare di tumori della tiroide, patologia in aumento ma fortunatamente con ottime possibilità di cura. Su queste neoplasie abbiamo chiesto il parere di Giovanni Docimo, professore associato di chirurgia alla Seconda Università di Napoli e responsabile dell'organizzazione dell'Unità di chirurgia tiroidea. «Il tumore della tiroide — spiega — è quello che ha fatto registrare negli ultimi vent'anni il maggior aumento di casi: il 2% di tutti i tumori e un'incidenza particolarmente alta tra i 25 e i 60 anni, anche se non sono infrequenti casi sia prima dei 20 anni che dopo i 70. E le più colpite sono le donne. Guardando ai dati scopriamo che nel decennio 1990-2000 il cancro della tiroide colpiva circa il 3% della popolazione italiana, nel decennio 2000-2010 il 4% e negli ultimi cinque si calcola che la percentuale si sia attestata al 5%. Nelle donne il cancro della tiroide rappresenta il 5% di tutti i tumori diagnosticati, ma non lo troviamo nelle prime cinque cause di morte per tumore, a dimostrazione della sua curabilità;



più in basso nella classifica degli uomini».

L'incidenza è omogenea su tutto il territorio nazionale?

«Ogni anno vengono diagnosticati in Italia circa 15 mila nuovi casi di cancro della tiroide e sappiamo che il rischio di ammalarsi aumenta nelle popolazioni gozzigene, e la Campania rientra nelle regioni a maggiore incidenza».

Quali fattori di rischio possono influenzare l'incidenza dei tumori della tiroide?

«L'ambiente, gli stili di vita, la familiarità. L'incidenza aumenta quindi con familiari affetti da questa patologia, in caso di espo-

sizione a radiazioni ionizzanti (più esposti pazienti già sottoposti a radioterapia del collo), per l'inadeguata assunzione di iodio, in zone a più alto inquinamento atmosferico e ambientale, in presenza di alte quantità di radon. Si discute sull'associazione con l'obesità e la vicinanza ad ambienti vulcanici».

Quanto conta la prevenzione?

«Molto, perché consente di intervenire precocemente. Grazie alla chirurgia mini invasiva, indicata oltre che in caso di patologie benigne anche per le forme tumorali maligne non infiltranti e diffuse, è possibile ottenere an-

che ottimi risultati estetici. La diagnosi precoce, inoltre, consentendo di diagnosticare e operare tumori di piccole dimensioni, può affidare alla sola chirurgia, senza dover ricorrere alla successiva terapia radio-metabolica, la guarigione definitiva».

Quale la terapia e con quali risultati in termini di guarigione nei pazienti affetti da tumore della tiroide?

«La terapia è chirurgica e i risultati sono buoni. Solo nelle forme più aggressive, che incidono in circa il 2%, le forme anaplastiche o indifferenziate, i risultati non sono incoraggianti, mentre nelle forme differenziate (la maggior parte) la sopravvivenza libera da malattia a 10 anni dopo l'intervento chirurgico è superiore al 95%».

Quando si può ricorrere alla chirurgia mini invasiva?

«Nel 25 o 30% dei casi si può ricorrere alla Mivat, anche detta tiroidectomia mini invasiva video assistita, è quella che nei centri ad alta specializzazione e maggiore volume di chirurgia tiroidea ha trovato più consensi. Con questa metodica, se indicata, è possibile con incisioni ridotte a 2-3 centimetri eseguire interventi di tiroidectomia. Per stabilire se la procedura mininvasiva è indicata oc-

corre valutare il volume tiroideo, le dimensioni dei noduli e l'estensione della malattia».

Nel caso sia possibile, quali vantaggi comporta?

«Come detto la maggior parte dei pazienti sottoposti a intervento chirurgico sono giovani, e molte sono donne. Poter eseguire l'intervento con incisioni più piccole rappresenta da una parte un evidente vantaggio estetico e dall'altra consente un decorso post-operatorio più breve con dolore ridotto e una più rapida ripresa».

Quali sono le prospettive?

«La chirurgia mini invasiva e la Mivat hanno dato un contributo significativo nell'evoluzione chirurgica, nella riduzione delle complicanze, del dolore post-operatorio e nella riduzione degli esiti estetici. Attualmente sono in fase sperimentale l'esecuzione di interventi mini invasivi di linfonodectomia e la chirurgia robotica. Forse in futuro potranno rappresentare un'ulteriore possibilità ma oggi ci sono ancora dei limiti importanti soprattutto per la chirurgia robotica a causa dei tempi operatori particolarmente lunghi, dei costi esorbitanti, della oggettiva difficoltà di esecuzione e delle cicatrici decisamente maggiori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Carcinoma della prostata, un nemico «silenzioso»

Il professore Vincenzo Mirone: un'unità urologica mobile per la prevenzione sul territorio



Vincenzo Mirone è presidente della fondazione Prosud e ordinario di urologia dell'Università Federico II di Napoli



Il nuovo camper per la prevenzione mobile della Fondazione Prosud

È il tumore più frequente e la seconda causa di morte oncologica negli uomini. Il carcinoma della prostata è un nemico insidioso, perché soprattutto nelle sue fasi iniziali non produce alcun sintomo. «La maggior parte dei registri tumori — spiega Vincenzo Mirone, presidente della fondazione Prosud e ordinario di urologia dell'Università Federico II di Napoli — rileva un forte aumento dell'incidenza di questo carcinoma. Come per altre neoplasie è presente un gradiente Nord-Sud tra le diverse regioni italiane: rispetto ai 109,5 casi annui per i residenti del Nord-Italia, le regioni del Centro registrano un -22% e quelle del Sud addirittura un -44%. Questo dato va riferito di certo non a una reale minore incidenza e prevalenza della malattia, ma piuttosto a una più bassa «cultura» della prevenzione medica nelle regioni del Mezzogiorno. Infatti le stime epidemiologiche indicano un trend in costante aumento, laddove si applichino i corretti metodi di prevenzione, tant'è che si stima un'incidenza di circa 43 mila casi nel 2020 e di circa 50 mila nel 2030». Mirone spiega anche che non esiste alcun esame che da solo consenta di diagnosticare con certezza un cancro della prostata. «Per riconoscere una neoplasia prostatica è necessario avere in mano tre elementi: il dosaggio del Psa, l'esplorazione digito-rettale della prostata e una valutazione ecografica special-

stica della ghiandola». Dunque, la prevenzione e la diagnosi precoce permettono di individuare il tumore a uno stadio iniziale e oggi, grazie alla presenza di terapie efficaci, è possibile tenere sotto controllo la malattia. Questo si traduce in un significativo miglioramento della sopravvivenza e della qualità di vita dei pazienti.

A giustificare i dati riportati dal professor Mirone c'è la consapevolezza che in Campania non esiste una statistica specifica di quante persone si ammalano di cancro alla prostata, perché manca un registro di riferimento. La Prosud, per contrastare questa situazione, ha deciso di investire nella realizzazione di un database in cui vengono inseriti tutti i pazienti con tumore della prostata, gestiti nei centri della rete Prosud. Infatti, questo strumento, è messo a disposizione dei principali centri

regionali per il trattamento chirurgico del tumore prostatico e ha proprio lo scopo di creare un «registro campano» che possa essere poi impiegato per successivi studi clinici ed epidemiologici.

Per svolgere l'attività di prevenzione, la fondazione si è dotata di un'unità urologica mobile, che porta letteralmente la prevenzione in piazza. Un camper, da poco rinnovato con tutti i comfort necessari alle visite, che si muove nei capoluoghi di provincia e nelle principali città della Campania. E in sole trenta tappe sono state effettuate già più di mille visite. Gli urologi volontari, a bordo del camper, sono ormai concreta realtà della medicina solidale che scende in strada con le sue eccellenze per offrire controlli gratuiti e per favorire l'abitudine alla prevenzione. A questo si aggiungono anche le campagne di comunicazione; quelle «a tappeto» attraverso il web e un'intensa attività di distribuzione di brochure e leaflets sul territorio. Nel mese di dicembre, la Prosud ha dato vita anche a degli spot grazie all'impegno di una serie di testimoni d'eccezione: Germano Bellavia, Rosaria de Cicco, Mimmo Esposito, Francesco Paolantonio, Patrizio Rispo e Gino Rivieccio. La campagna si chiuderà il 19 marzo, giorno della festa del papà che da tempo ormai è stata identificata come la «Giornata Prosud».

Raf. Nes.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO

Salute
E PREVENZIONE

in collaborazione con
Salute
prevenzione è benessere

Coordinatore tecnico-scientifico
Marco Trabucco Aurilio

In questo numero hanno scritto:
Olga Fernandes, Isabel Fernandez, Alessandra Grassi, Ettore Mautone, Francesco Saverio Mennini, Raffaele Nespoli, Raimondo Nesti.

Sono stati intervistati:
Maria Ermonia Bottiglieri, Raffaele Calabrò, Michele Di Natale, Giovanni Docimo, Luisa Franzese, Vincenzo Mirone, Riccardo Muscarello, Giuseppe Paolisso, Cinzia Prisco, Bruno Ravera, Franco Salvatore, Silvestro Scotti, Ciro Verdoliva, Bruno Zuccarelli.

Supplemento della testata
CORRIERE DEL MEZZOGIORNO

Distribuito con il Corriere della Sera non vendibile separatamente

a cura di **Angelo Lomonaco**

Antonio Polito direttore responsabile

Maddalena Tulanti vicedirettore

Carmine Festa redattore capo centrale

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:
Rcs MediaGroup S.p.A.
Divisione Pubblicità,
Vico II San Nicola alla Dogana, 9
80133 Napoli
Tel. 081.497.77.11
Fax 081.497.77.12

Proprietà del Marchio:

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO
RCS MediaGroup S.p.A.
Divisione Quotidiani

Distribuito con il
CORRIERE DELLA SERA

Direttore responsabile
Ferruccio de Bortoli

Salute ed economia

Progetto Trilogy

Sclerosi multipla, uno studio per ottimizzare gli investimenti

Analizzare la prevalenza, il consumo di risorse e i costi a carico del servizio sanitario regionale dei pazienti residenti in Campania affetti da sclerosi multipla sulla base degli archivi sanitari informatizzati della Regione. È questo l'obiettivo che ha portato il Dipartimento di Sanità pubblica della Federico II a sviluppare il progetto Trilogy. La sclerosi multipla è infatti una patologia estremamente onerosa, che

colpisce oltre due milioni e mezzo di persone nel mondo, circa 450 mila in Europa, 60 mila persone in Italia e ben 7.000 in Campania. Una patologia da gestire al meglio per garantire sostegno ai malati e alle loro famiglie, dato che il costo sociale di un paziente con sclerosi multipla è stimato in circa 39 mila euro l'anno, con i costi sanitari che assorbono circa il 30 per cento del totale.

Farmaci, perché spendere meglio conviene più di tagliare ancora



di **Francesco Saverio Mennini**

Francesco Saverio Mennini è docente di economia Sanitaria per il Centre for economic and international studies (Ceis) dell'università di Tor Vergata, è inoltre professore di Economia Sanitaria presso l'Università di Roma La Sapienza, facoltà di Scienze Statistiche.

In Italia, così come nei principali Paesi d'Europa, il contesto socio-sanitario è in costante evoluzione e si colloca al centro di un acceso dibattito politico sulla sostenibilità e sulla ripartizione delle competenze tra governo centrale e istituzioni regionali. Il settore farmaceutico, inteso in senso lato (industria, spesa farmaceutica pubblica e privata) rappresenta uno degli aspetti più importanti in questo scenario, soprattutto se collegato al concetto di innovazione. In Italia la spesa sanitaria pubblica in percentuale sul Pil è inferiore a quella di molti Paesi Ue, con un tasso di crescita e un disavanzo, negli ultimi anni, relativamente bassi. In particolare giova ricordare che il finanziamento è cresciuto a tassi inferiori ed è stato caratterizzato, fino al 2012, da un decremento in termini reali compreso tra -0,6 e -0,8 per cento. Anche la spesa privata non ha avuto un aumento consistente e la sua quota rispetto alla spesa complessiva si è mantenuta in linea con gli anni passati. Questa situazione è il risultato di una serie di misure attuate negli ultimi anni con l'obiettivo di conte-



nere la spesa: tuttavia, i tagli effettuati hanno comportato anche dei ritardi nell'accesso ad alcune tecnologie, inclusi i farmaci, e un disincentivo all'innovazione. Oggi, l'equilibrio economico-finanziario è stato relativamente raggiunto sulla spesa corrente; tuttavia, sono ingenti i debiti pregressi, le variabilità interregionali e si sono sostanzialmente ridotti, se non annullati, gli investimenti nel Servizio Sanitario Nazionale e in particolare nel settore della farmaceutica.

In genere, il mondo del farmaco viene, erroneamente, percepito come un costo. Solo di recente si insiste sull'evoluzione del concetto di costo verso quello d'investimento per la salute, anche se vi

sono barriere che ne rallentano il consolidamento. Anche se le tecnologie innovative, più efficaci, rappresentano il *driver* principale per il miglioramento della salute e per attrarre investimenti in sanità, il ritorno dell'investimento in queste tecnologie non è tuttavia a breve termine, ma a medio lungo termine, e l'esito dell'investimento è spesso incerto. Ma come si possono valorizzare le innovazioni? Quali percorsi possono permettere al decisore di coniugare l'esigenza di rispettare i budget assegnati e, al contempo, garantire l'accesso a trattamenti farmacologici innovativi? Sicuramente, così come dimostrato in Eu, l'Hta e la farmacoeconomia rappresentano lo strumento chia-

Negli ultimi anni gli investimenti del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare nel settore della farmaceutica, si sono molto ridotti, se non annullati

ve tale da permettere di verificare l'effettivo valore di una nuova tecnologia. Al contempo, visto che non basta dimostrare se un farmaco è costo efficace, si ritiene necessario sviluppare degli approcci che, a partire dai risultati della valutazione farmacoeconomica, permettano anche di valutare/calcolare la disponibilità a pagare del sistema.

Alla luce, però, di alcune «resistenze» di carattere organizzativo e gestionale, affinché il processo sopra descritto possa incidere in maniera significativa è necessario superare alcune barriere che caratterizzano il nostro sistema sanitario. Tra queste, una delle più importanti è sicuramente rappresentata dall'approccio per «silos budget», tanto a livello centrale che regionale e locale. Infatti, la valutazione dell'impatto delle tecnologie e, in particolare dei farmaci, avviene considerando la spesa complessiva: in questo modo, tecnologie più complesse vengono ritenute troppo dispendiose (in quanto si fa riferimento esclusivamente al prezzo), trascurando gli effetti che si vanno a determinare in altri comparti di spesa a queste collegate quali: la spesa previdenziale (Inps e Inail), la spesa sociale e l'impatto in termini di investimenti e occupazio-

nali. Applicando la logica dei «silos budget» alla spesa farmaceutica, l'attenzione è stata incentrata sulla spesa della farmacia (quindi solo il prezzo del farmaco senza considerare i suoi possibili effetti positivi nella filiera del percorso diagnostico terapeutico), non considerando gli effetti che alcune scelte determinavano nella crescita della spesa di tutto il restante percorso terapeutico del paziente. Per le tecnologie più impattanti (tanto dal punto di vista del prezzo che dell'efficacia), si dovrebbe ragionare in un'ottica più allargata, tenendo in considerazione non solo la spesa farmaceutica (tanto a livello generale che regionale e locale) quanto tutto il percorso terapeutico.

Attualmente si assiste, invece, a una situazione di inefficienza tra norme e realtà di accesso, soprattutto per i farmaci innovativi: aspetti di budget impact, compensazione regionale, rivalutazione clinica, ecc., determinano allungamenti dei tempi di rimborsabilità e di accesso ai farmaci. Non occorre, quindi, tanto ridurre la spesa o approvare ulteriori tagli, quanto individuare i capitoli di spesa in cui si può spendere meglio. Una soluzione per rendere più efficiente la spesa potrebbe essere caratterizzata dall'utilizzo delle logiche di Hta accompagnate da: l'abbandono del «silos budget» così da garantire una valutazione del percorso terapeutico del paziente, e l'applicazione ragionata degli schemi di rimborso condizionato, come prezzo-volume, risk-sharing, cost-sharing e payment by result.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La professionalità... un valore infinito...
La sicurezza nei luoghi di lavoro a tutto tondo, medicina del lavoro e consulenze in campo ambientale tutto in un unico nome: "C.M.L. Vesuvio srl"



Sede Legale

Via Cav. Ferrante, 39 - CAP 83020 - Marzano di Nola (AV)

Sedi Operative

Via San Massimo, 539 - CAP 80035 Nola(NA) - Tel/Fax +39 0818214758

Via Calata Porto di Massa - Interno Porto di Napoli - CAP 80133 Napoli

Cell. +39 338 83 76 804 - +39 338 70 82 610 • info@cmlvesuvio.com - http://www.cmlvesuvio.com

Professione

Solidarietà

Dall'Ipassi
10 mila euro al Cnr
per la ricerca

Un gesto concreto per compiere un piccolo ma fondamentale passo avanti nella lotta all'Incontinentia pigmenti (I.P.), grave malattia genetica che colpisce in particolar modo le bambine nei primi mesi di vita e si manifesta con tipiche lesioni cutanee come bolle, croste, striature rosse e zone ipocromatiche. L'associazione Ipassi ha donato un assegno di 10 mila euro al Cnr di Napoli per l'acquisto di una minicentrifuga refrigerata utile per proseguire lo studio dei

meccanismi cellulari che provocano la malattia. Il denaro donato dall'associazione servirà ad acquistare anche altro materiale, oltre alla minicentrifuga; l'assegno è stato consegnato nella sede dell'associazione alle dottoresse Matilde Valeria Orsini e Francesca Fusco, responsabili del gruppo di ricerca dell'Istituto di genetica e biofisica Buzzati Traverso del Cnr di Napoli, diventato in pochi anni un centro di riferimento europeo per la diagnosi molecolare dell'Incontinentia Pigmenti.

Ordini dei medici, **alleanza** per la svolta

In Campania è nata la Federazione, che ha già incontrato la Regione per definire insieme la rete ospedaliera, l'integrazione con il territorio, il superamento del blocco del turn over



di Raffaele Nespole

Silvestro Scotti Medico di medicina generale, Scotti è stato eletto presidente dell'Ordine di Napoli con il voto di dicembre 2014. È stato nominato anche portavoce della neonata Federazione degli Ordini dei medici della Campania

«**L**cinque Ordini provinciali riuniti in unica Federazione capace di incidere in maniera fattiva nel dibattito di programmazione della politica sanitaria regionale, pronti ad analizzare i problemi e individuare soluzioni concrete che siano di vantaggio per i cittadini e per tutti i medici e gli operatori della sanità». Le parole di Maria Erminia Bottiglieri, presidente dell'Ordine dei medici di Caserta, salutano la realizzazione di un progetto rimasto per anni solo un'idea, e divenuto realtà grazie a un accordo tra i cinque neo eletti presidenti campani. Venerdì 23 gennaio la Federazione si è infatti ufficialmente costituita, delegando al presidente dell'Ordine di Napoli, Silvestro Scotti, uno dei più attivi sostenitori dell'iniziativa, il compito di fare da portavoce.

Arriva così una ventata d'aria nuova per un sistema ordinistico sino a oggi coeso, ma non certo capace di promuovere azioni coordinate. Un sistema che diversamente avrebbe rischiato di diventare poco più



che spettatore nel quadro della programmazione sanitaria regionale.

La Federazione avrà invece un ruolo da protagonista sin dai primi mesi di vita, si campisce dal fatto che già dal primo giorno della sua costituzione è stato attivato un tavolo permanente al quale prenderanno parte, con scadenze già defini-

te, rappresentanti delle istituzioni regionali e tutti i presidenti degli Ordini dei medici coinvolti. Ed è anche già stata definita la lista di priorità da affrontare, che vanno dal riordino della rete ospedaliera, ai problemi dell'emergenza urgenza (in particolare la necessità di favorire lo sviluppo di modelli di integrazione tra ospe-

dale e territorio), alle difficoltà causate dal blocco del turn over. E ancora, la questione del riordino della rete territoriale dell'assistenza, la formazione medica e molto altro. Tutti temi molto cari anche al governatore Stefano Caldoro, che ha mostrato una grande sensibilità nell'accogliere in Regione i presidenti degli Ordini dei medici, aprendo un canale di comunicazione e fissando sin da subito un calendario operativo.

Ma per capire meglio ciò che succede oggi è bene dare uno sguardo a quanto accaduto ieri, vale a dire in occasione del rinnovo di tutti i consigli direttivi.

A Napoli il rinnovamento prende le mosse dalla lista che ha portato all'elezione di Silvestro Scotti, il neo presidente (succeduto a Bruno Zuccarelli) è riuscito a coagulare attorno a sé tutte le diverse anime del panorama medico cittadino e provinciale; una sorta di «coalizione di larghe intese» nell'interesse della salute pubblica e della professionalità dei camici bianchi. Scotti, che si è molto speso per la nascita della Federazione, ha già dimostrato grande autorevolezza e pragmatismo; uno insomma che al-

l'esigenza non le manda a dire.

Carismatico e largamente apprezzato anche Bruno Ravera, storico presidente dell'Ordine di Salerno confermato per il triennio 2015-2017. Su questa elezione c'è veramente poco da dire, per comprendere la caratura del presidente di Salerno basti pensare che, a parte un breve intervallo, è in carica da 36 anni.

Diametralmente opposta, nel segno di un profondo cambiamento, l'elezione della presidente dell'Ordine di Caserta Maria Erminia Bottiglieri, la quale non solo è riuscita a ottenere la maggioranza dei consensi in occasione delle ultime elezioni, ma anche a portare con sé altri sette componenti di lista nel nuovo consiglio direttivo. Aria nuova anche a Benevento con Giovanni Pietro Ianniello, una nomina che ha interrotto i tre mandati di Vincenzo Luciani, alla guida dell'Ordine per nove anni.

Ad Avellino, infine, si riconferma Antonio D'Avanzo, anche lui capitano di lungo corso che ha accolto con grande soddisfazione la costituzione della neonata Federazione degli Ordini della Campania.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Toghe contro camici bianchi Ortopedici **sotto attacco**

Continuano a dilagare le richieste di risarcimento «Nel mirino» anche chirurghi generali e oculisti



Bruno Zuccarelli è stato sino alla fine del 2014 presidente dell'Ordine dei medici di Napoli. È direttore del Centro di medicina trasfusionale del Monaldi di Napoli ed è stato eletto segretario campano dell'Anao Assomed

Gia nei primi mesi del 2014 l'ex presidente dell'Ordine dei medici di Napoli, Bruno Zuccarelli, aveva detto in maniera molto chiara che il rapporto «medici-tribunale» sarebbe diventato sempre più complesso a causa del numero crescente di cause avviate (spesso anche in modo temerario) da parte di pazienti scontenti. «Il medico — spiegava Zuccarelli — rischia di sentirsi costantemente sotto attacco da parte dei pazienti, che in caso di esito non gradito di un intervento o di una prestazione professionale non hanno alcuna remora a chiedere un risarcimento». Di qui il perpetrarsi della cosiddetta medicina difensiva, ovvero la prescrizione di una serie infinita di accertamenti ed esami, utili a comprovare il buon operato del medico in caso di processo.

Nell'anno appena concluso la questione delle cause ai medici era anche stata oggetto di una grossa polemica, che aveva contrapposto i camici bianchi agli avvocati. In uno spot particolarmente incisivo i medici avevano definito gli avvocati (o almeno alcuni di loro) avvoltoi, pronti ad afferrare un paziente scontento e a convincerlo a rivoltarsi contro il suo medico.

Come sono andate le cose lo spiega il rapporto Pit Salute del Tribunale del malato-Cittadinanzattiva, presentato al convegno dell'Associazione italiana di chirurgia plastica estetica (Aicpe) dal titolo «Come prevenire e affrontare il contenzioso legale in chirurgia estetica». I più *attaccati* sono gli ortopedici (33,4%), seguiti dai chirurghi generali (16,8%) e dagli oculisti (9,6%); mentre i chirurghi plastici sono in fondo alla classifica (2%). «Dal convegno — spiega il vicepresidente di Aicpe, Luca Siliprandi — è emerso che si sta andando verso l'*americanizzazione* in tutti i settori del rapporto medico-paziente, con una maggiore litigiosità in tutti i

Allarme e liti

Nel 2014 i medici produssero uno spot in cui gli avvocati diventavano avvoltoi

Il convegno

Luca Siliprandi (Aicpe): «Ci stiamo "americanizzando" e le liti si moltiplicano»

campi, soprattutto nel pubblico. Il maggior numero di richieste di risarcimento si rivolge infatti agli ospedali». Rispetto alle altre specialità mediche, i chirurghi plastici rappresentano una delle categorie meno interessate dalle segnalazioni al Tribunale per i diritti del malato, con un basso numero di cause e un basso valore medio per risarcimento (40 mila euro circa). «Riscontriamo tuttavia — continua Siliprandi — un aumento delle cause intentate ai nostri danni. Molti pazienti minacciano cause civili ai colleghi anche per problemi inesistenti, con il solo scopo di ottenere un rimborso in seno ad accordi extragiudiziali».

I magistrati che hanno preso parte al convegno Aicpe hanno però mostrato una maggiore attenzione al comportamento del chirurgo estetico, soprattutto per quel che riguarda le diverse linee guida, in armonia con la recente introduzione della legge Balduzzi. Una legge molto criticata per diversi punti di vista, ma che ha il merito di rivolgere l'attenzione al comportamento professionale e, appunto, al rispetto delle linee guida. In questo senso il documento di consenso informato assume un significato centrale nel rapporto tra medico e paziente in chirurgia estetica.



Un fotogramma dello spot anti-avvocati prodotto dai medici

«Il consenso informato, ben lungi dall'essere un essere pezzo di carta da far firmare al paziente per sgravare le responsabilità del chirurgo o un mero atto burocratico, rappresenta l'attestazione finale dell'avvenuta informazione. Informazione — aggiunge il vicepresidente Aicpe — che deve essere adeguata, cioè comprensibile e completa. Questo documento, adeguatamente personalizzato per ogni specifico caso, dovrebbe essere consegnato al paziente al termine del primo colloquio e ritirato

dopo un adeguato lasso di tempo, comunque prima della data dell'intervento chirurgico, per concedere al paziente di meditare sulle informazioni e di poter chiedere al chirurgo ogni possibile chiarimento. Veniamo purtroppo a conoscenza che ancora oggi questo fondamentale documento viene a volte fatto firmare "al volo", talora subito prima dell'intervento, perdendo così ogni significato e anche la sua validità giuridica».

Raimondo Nesti
© RIPRODUZIONE RISERVATA



SPECIALE SALUTE

INFORMAZIONE PUBBLICITARIA

Sentire bene vuol dire capire bene ogni parola!

NOVITÀ PER L'UDITO

Ci sono voluti anni di ricerca per mettere a punto **BrainHearing™**, innovativa tecnologia Oticon per capire le parole in modo naturale. È uno straordinario passo in avanti, che restituisce alle persone il piacere di sentire e capire bene i suoni e le parole senza affaticarsi. Questa straordinaria innovazione è disponibile nei **centri acustici CISAS** ed è dotata di **3 funzioni innovative**:

➤ **SPEECH GUARD**, ESALTA LA CHIAREZZA DELLA VOCE PER RENDERE PIÙ NITIDE E COMPENSIBILI LE PAROLE;

➤ **SPATIAL SOUND**, RICONOSCE LA PROVENIENZA DEI SUONI E DELLE VOCI E PERMETTE DI SENTIRE IN MODO NATURALE;

➤ **YOUMATIC**, PERMETTE DI REGOLARE LA PERCEZIONE DEI SUONI SULLA BASE DELLE PROPRIE PREFERENZE INDIVIDUALI.

UN BUON UDITO CI MANTIENE PIÙ GIOVANI

Sentire bene ci aiuta a comunicare, muoverci e interagire con sicurezza. Al contrario, le difficoltà di udito ci rendono più fragili, confusi e possono portarci all'isolamento.

Molti studi dimostrano che esiste una stretta relazione fra difficoltà uditiva e declino cognitivo. Un grave deficit uditivo è in grado di aumentare sino a cinque volte il rischio di sviluppare con l'età deficit cognitivi importanti. Questo perché il sentire male porta progressivamente a distaccarsi dagli altri fino ad isolarsi e compromettere anche le capacità mentali. Fortunatamente, tornando a sentire con l'uso di un apparecchio acustico personalizzato, questo processo può essere invertito. L'importante è affrontare al più presto la perdita uditiva rivolgendosi ad un centro specializzato in grado, attraverso accurati test e la consulenza di un esperto dell'udito, di valutarne il grado e il tipo di perdita.

Chi ha problemi di udito lo sa. Non basta amplificare il suono: per sentire bene occorre mettere in grado il cervello di comprendere le parole.

È quanto è possibile con **BrainHearing™**, la rivoluzionaria tecnologia degli apparecchi acustici Oticon disponibili nei **centri acustici CISAS**.

L'IMPORTANZA DELLA PERSONALIZZAZIONE

Per sentire bene è indispensabile personalizzare l'apparecchio acustico sulla base delle proprie esigenze.

Diversamente dagli occhiali, i **dispositivi acustici** richiedono un'accurata personalizzazione, che nei centri **acustici CISAS** viene effettuata solo da Audioprotesisti specializzati. Poiché ognuno di noi sente in modo diverso dagli altri, una volta scelto

l'apparecchio acustico più adatto è infatti importante poterlo adattare alle proprie abitudini ed esigenze. Questa fase può richiedere qualche tempo. **Ci sono quasi trecento variabili da regolare!** Ma, una volta effettuata la personalizzazione presso un centro CISAS, si ottiene un udito naturale, che permette di sentire e comprendere bene ogni parola, senza sforzo e senza affaticarsi per tutta la giornata.

Con il cervello. Il modo più intelligente di sentire.

CISAS presenta **BrainHearing™ Oticon** la più piccola tecnologia wireless per capire le parole



La nuova soluzione **BrainHearing™** invisibile quando indossata



SOLUZIONI A PARTIRE DA 60* euro al mese

In più, solo questo mese, 3 offerte IRRINUNCIABILI!

- **PROVA DI ASCOLTO GRATUITA** delle nuove tecnologie senza impegno d'acquisto
- **PERMUTA DELL'APPARECCHIO ACUSTICO FINO A € 1.500** (offerta non cumulabile)
- **SCONTO 20%** sul prezzo di listino al pubblico

*L'importo si riferisce alla rata mensile, durata 18 mesi, Tasso Zero (tan 0%, taeg 4.91%), salvo approvazione della finanziaria. Importo riferito ad un singolo apparecchio acustico.

NAPOLI CENTRO • FUORIGROTTA • VOMERO/ARENELLA
• AVERSA (CE) • PORTICI (NA) Siamo presenti
anche a SORRENTO • VICO EQUENSE • GRAGNANO

TELEFONO 081 5514409

www.cisas.info
CISAS
Sentirai la differenza.

Le iniziative

I «Quaderni»
Federico II: salute e alta formazione post-universitaria



Il dipartimento di Scienze sociali della Federico II promuove il master di secondo livello in direzione, management e coordinamento delle strutture sanitarie, sociali e socio-assistenziali territoriali e il master di primo livello in management e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari. Nell'ambito di questi corsi si colloca il primo volume sul tema dedicato agli assetti istituzionali, organizzativi e gestionali del management socio-sanitario a cura della

coordinatrice dei master Gianfranca Raniso, docente straordinaria di antropologia culturale presso il dipartimento di Scienze sociali dell'Ateneo e vicepresidente della Siam (Società italiana di Antropologia medica) per i tipi di Ad Est dell'Equatore editore. Quaderni che non sono solo supporto cartaceo alla didattica, ma soprattutto spazio per una riflessione a 360 gradi sui temi della salute e modelli organizzativi e gestionali della sanità.

Scuola in ospedale, si studia in reparto

Progetto del ministero, l'organico in Campania è costituito da 90 insegnanti di ogni ordine e grado. La direttrice scolastica regionale Franzese: «L'attività aiuta i ragazzi anche a combattere la malattia»

di **Olga Fernandes**

A lezione
Nelle immagini, da sinistra, il «Mobile delle scoperte» appena consegnato al Santobono e un momento di una lezione nel reparto di cardiocirurgia del Policlinico Federico II diretto dal professore Carlo Vosa

Sorridono, sporchi di pastelli e plastichina, ed è già un piccolo miracolo. Siamo in un ospedale e sembra di stare in una scuola «vera». Con bambini affetti da patologie gravi ai quali viene garantito il diritto allo studio e quello a una vita il più serena possibile, nonostante i loro problemi. È il progetto «La Scuola in ospedale», il servizio di istruzione domiciliare oggi presente e diffuso su tutto il territorio nazionale che, dalla scuola dell'infanzia alla scuola secondaria di secondo grado, garantisce la presenza di maestre e insegnanti nelle strutture ospedaliere. Con le maestre che appendono i disegni degli alunni alle pareti dell'ospedale dove sono ricoverati; sono i loro capolavori, nei quali hanno ritratto se stessi e i medici che li stanno curando, i loro nuovi «supereroi».

Attualmente, in Campania, l'organico della «Scuola in ospedale» è costituito da 90 insegnanti di ogni ordine e grado, in 41 sezioni ospedaliere presenti nei principali nosoco-



mi e reparti pediatrici del territorio (si tratta di 19 ospedali in tutto il territorio campano): 9 sezioni di scuola dell'infanzia, 19 sezioni di scuola primaria; 11 di scuola secondaria di primo grado e 2 di scuola secondaria di secondo grado. Tante le attività del progetto «Scuola in ospedale», che per motivi logistici non riproduce pedissequamente quelle scolastiche: esami on line per ragazzi ricoverati nei reparti di trapianto del midollo dove, per l'elevato grado di immunodepressione dei degenti, è vietato l'accesso a persone, familiari e docenti, non autorizzate; insegnamenti relativi a discipline di indirizzo per alunni ricoverati in nosoco-

mi dove non è presente la sezione che dovrebbe accoglierli per lo svolgimento delle attività didattiche inerenti al proprio percorso di studi; lezioni a distanza per ragazzi che durante i periodi di degenza desiderano partecipare alle lezioni e alla vita di classe dei propri compagni; gemellaggi, all'interno dell'istituzione scolastica che presenta nel proprio organico sezioni di «Scuola in ospedale», tra classi ospedaliere e classi comuni; progetti con «Scuole Aperte» per i periodi estivi in cui i ragazzi ospedalizzati, purtroppo, non vanno in vacanza. «Ogni bambino ha una sua storia — spiega la maestra Cinzia Prisco, che lavora

nel reparto di cardiocirurgia del Policlinico della Federico II di Napoli, diretto dal professore Carlo Vosa — e una sua personalità. Noi cerchiamo di rendere la loro giornata come quella dei loro coetanei».

In questi giorni è arrivato all'ospedale Santobono anche il «Mobile delle scoperte», stracolmo di giochi, un contenitore di esperienze, stimoli e attività dedicato a insegnanti e alunni della «Scuola in ospedale» Viale delle Acacie. Un'iniziativa promossa nell'ambito del progetto della Fondazione Angelini «Imparare fa bene», realizzato in collaborazione con il Coni e patrocinato dalla Società Italiana di Pediatria. Al-

l'interno del mobile, realizzato appositamente e dipinto a mano dall'artista Silvia Zacchello, gli studenti hanno a disposizione schede didattiche operative e materiali per scoprire il corpo umano divertendosi in maniera interattiva. In più, spunti e curiosità correlati allo stile di vita attivo e alle discipline sportive a firma del Coni.

«La Scuola in ospedale — commenta Luisa Franzese, direttore scolastico regionale della Campania — garantisce due diritti costituzionali, quello alla salute e quello all'istruzione. E interviene, in rapporto alle tipologie dei degenti e alla durata del ricovero, soprattutto per evitare e contrastare l'abbandono scolastico dovuto alla malattia e all'ospedalizzazione. Non è inopportuno ricordare — aggiunge — che l'intervento della «Scuola in ospedale», in stretta sinergia con quello sanitario, costituisce parte integrante del protocollo terapeutico, perché sostiene il ragazzo in un momento di grande difficoltà, contribuendo a stimolare il desiderio di vita, l'impegno a combattere la malattia e alleviandone il senso di smarrimento e di paura».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

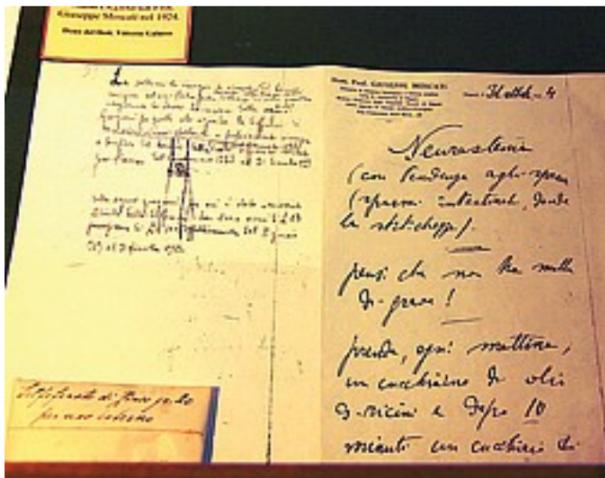
Così Giuseppe Moscati curava i suoi pazienti

Un percorso espositivo dedicato al medico-santo nell'ambito del Museo delle Arti Sanitarie



Gennaro Rispoli
Il primario chirurgo dell'Ascalesi è anche animatore e direttore del Museo delle Arti Sanitarie che ha sede nello storico ospedale degli Incurabili

Un luogo magico e pieno di storia, un luogo di cura e cultura, e da qualche settimana un vero e proprio museo aperto al pubblico. È l'ospedale Santa Maria del Popolo degli Incurabili, il cui nome, a dispetto di quanti credono stia ad indicare l'ultima chance per i moribondi, è invece un simbolo di speranza. Un ospedale in piena attività ma anche uno scrigno pieno di straordinarie ricchezze storiche, artistiche e culturali: è proprio qui, nel Museo delle Arti sanitarie degli Incurabili che è stato inaugurato un percorso espositivo dedicato al medico-santo Giuseppe Moscati. Il percorso si snoda attraverso alcune sale che restituiscono ai visitatori l'atmosfera dell'epoca, a partire da un autentico laboratorio di analisi d'inizio Novecento, che consente di conoscere le caratteristiche e la metodologia di ricerca dell'epoca di Moscati. Il medico santo che coniugò scienza e fede è il protagonista assoluto dell'iniziativa: tra i documenti che arricchiscono il Museo ci sono anche alcune prescrizioni che mostrano come Moscati, nonostante il piglio spesso severo, fosse dotato di una capacità di intuizione



fuori dal comune e come avesse grande attenzione per quegli aspetti che oggi chiameremmo psicosomatici: «Mi raccomando, non si prenda collera», si legge per esempio in una delle sue ricette.

In mostra anche la statua di marmo della Madonna delle Grazie dinanzi alla quale il futuro santo non mancava mai di trattenersi in preghiera all'entrata e all'uscita del suo reparto, la Terza Medicina Uomini, di cui fu anche primario. In un angolo c'è poi una grande cappelliera donata dallo stesso

Moscati alla signora Servino, ostetrica agli Incurabili, la cui famiglia ha donato al Museo anche altri oggetti del periodo. All'ingresso del suo studio, c'era un cappello capovolto con la scritta (un biglietto) che il professor Moscati vi aveva fatto apporre per spiegare ai pazienti come dovevano regolarsi per gli aspetti economici: «Chi ha da mettere metta, chi non ha prenda».

Il periodo natalizio ha fatto registrare un'altra iniziativa di grande rilievo culturale: un presepe assai singolare è stato



A sinistra, una «ricetta» di Moscati. Nelle altre foto, statuette di pastori malati, un applicatore di clisteri, monaci speciali e un cavadenti esposte nel Museo delle Arti Sanitarie (foto Pinde)

infatti allestito in una delle sale del Museo delle Arti sanitarie di Napoli. I «pastori malati» mostrano sui loro corpi i segni lasciati dalle pestilenze e dai vari malanni che affliggevano i napoletani del Settecento. Il presepe artistico partenopeo, infatti, non faceva alcun riferimento ai luoghi originari del racconto biblico (Betlemme e dintorni) ma era invece una fedele ricostruzione della vita napoletana del tempo. Un'esposizione che è stato possibile assemblare grazie alla preziosa disponibilità degli

artisti-artigiani del famoso atelier Fratelli Scutto (la celebre «Scarabattola»), che anche su questo tema hanno realizzato alcuni dei loro capolavori. Al lavoro dei fratelli di via Tribunali si è aggiunto quello di alcuni artisti, cultori e collezionisti che è doveroso ricordare: Roberto Caruso, il professor Fernando Gombos, Stefania Matera e lo stesso direttore del Museo di Arti Sanitarie, il professore Gennaro Rispoli.

O.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prospettive

Incontri da Sdn
Rendere la ricerca scientifica accessibile a tutti

Rendere la ricerca scientifica accessibile a tutti, informare medici e specialisti sulle ultime novità in campo medico, creare occasioni di confronto tra scienziati e ricercatori. È il filo conduttore che caratterizza il nuovo ciclo d'incontri «L'informazione al servizio della salute» promosso dall'Istituto Sdn di Napoli. Tanti gli argomenti trattati nel corso degli ultimi appuntamenti: dall'impiego degli ultrasuoni in campo diagnostico, alla trattografia, una moderna e sofisticata tecnica

di indagine utilizzata in campo neurologico. Sdn, centro recentemente acquisito dal gruppo internazionale Labco diagnostics, con il nuovo ciclo di incontri ha l'obiettivo di avvicinare i cittadini all'informazione scientifica e fornire un momento di confronto per gli specialisti. Si tratta di uno dei primi tasselli fissati dalla nuova direzione scientifica affidata al fondatore Marco Salvatore, direttore del dipartimento di Diagnostica per immagini del Policlinico Federico II.

Fibrillazione atriale, questione di equilibrio

Raffaele Calabrò: «Fortunatamente oggi abbiamo a disposizione strumenti che aiutano i medici a calibrare le terapie più opportune. Però sono importanti formazione e aggiornamento»



Raffaele Calabrò è professore ordinario di cardiologia presso la Seconda Università degli Studi di Napoli ed è stato direttore del dipartimento di cardiologia presso l'Azienda sanitaria Monaldi di Napoli. È stato assessore regionale alla Sanità ed è tuttora consigliere delegato del governatore Stefano Caldoro per il settore

di **Raimondo Nesti**

Ogni anno le malattie cardiovascolari uccidono più di 4,3 milioni di persone in Europa e sono causa del 48% di tutti i decessi (54% per le donne, 43% per gli uomini). In Italia, provocano il 35% dei decessi tra gli uomini e il 43% tra le donne. Sono solo alcuni dei dati emersi in occasione del secondo simposio scientifico di cardiologia della Sun, organizzato dai professori Raffaele Calabrò, Paolo Golino e Paolo Calabrò. «La Campania — spiega Raffaele Calabrò — è in linea con i dati nazionali e questo ha un notevole impatto sulla salute pubblica e sulle risorse sanitarie e economiche. Trattandosi di malattie con elevati tassi di morbilità e di mortalità, si hanno infatti elevati costi indiretti (riduzione dell'aspettativa di vita, produttiva e non, ndr), e notevoli costi diretti in termini di assistenza sanitaria». Basta pensare che la Società europea di cardiologia e l'European heart network hanno calcolato un costo per l'economia dell'Unione Europea di oltre 196 miliardi di euro l'anno. Stando



Una paziente sottoposta a visita cardiologica

ai dati più recenti, le malattie cardiovascolari sono costate nel 2006 circa 192 miliardi, dovuti per il 57% (circa 110 miliardi) alle spese sanitarie, per il 21% alla produttività persa e per il 22% alle cure informali (82 miliardi). Le spese sanitarie dirette ammontano a 223 euro all'anno pro capite: sono le malattie che hanno i costi economici, oltre che umani, più elevati d'Europa.

Nonostante i sostanziali pro-

gressi compiuti negli ultimi due decenni, queste malattie rappresentano ancora una delle principali cause di morte in Italia e in tutti i paesi occidentali. Proviamo allora a capire quali sono i principali rischi e le terapie oggi disponibili per il trattamento della fibrillazione atriale, la più diffusa tra queste patologie. «I più colpiti — spiega Raffaele Calabrò — sono gli anziani, anche se la fibrillazione atriale può essere associata ad

altre patologie cardiache. La malattia può essere acuta o cronica ed è un importante fattore di rischio per lo *stroke* (ictus). Semplificando un po', quando l'atrio non ha una buona capacità contrattile è facile che si formino dei piccoli trombi».

Va detto che le caratteristiche della fibrillazione atriale variano da individuo a individuo. Alcune persone non manifestano sintomi rivelatori anche per anni, mentre in altri casi i sintomi

cambiano di giorno in giorno, ragione per cui il trattamento congiunto dei sintomi e della fibrillazione atriale si rivela tutt'altro che semplice. Un dispositivo di monitoraggio continuo può fornire al medico un quadro clinico più completo, mettendolo in condizione di attuare un trattamento più mirato.

La gestione della fibrillazione atriale si fa con farmaci antiaritmici, mentre la gestione delle conseguenze si ottiene con farmaci anticoagulanti ma, spiega Calabrò, si tratta di una gestione difficile. «Fortunatamente oggi abbiamo a disposizione strumenti che aiutano il medico a calibrare la terapia più opportuna. Motivo per il quale abbiamo promosso questo e altri workshop di formazione e approfondimento sulla terapia antitrombotica e anticoagulante. Occasioni importanti per fare chiarezza sugli obiettivi che il medico deve prefiggersi nella terapia, al fine di ottenere il massimo beneficio possibile per il paziente, raggiungendo il migliore equilibrio nel rapporto tra rischio ischemico (risultato della terapia) e rischio emorragico (eventuale effetto collaterale)».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE

SALUS



A NAPOLI CENTRO

**COMUNICA
ALLA SPETTABILE CLIENTELA
CHE IL LABORATORIO È
APERTO TUTTI I GIORNI
INCLUSO IL SABATO POMERIGGIO
E LA DOMENICA MATTINA
(365 GIORNI ALL'ANNO)**

RISPOSTE IN GIORNATA

NAPOLI - PIAZZA V. CALENDÀ, 1-2
PIANO TERRA FRONTE STRADA - EDIFICIO OSPEDALE ASCALESI
PIAZZA DELLE MURA GRECHE
TEL. 081.20.13.97 - 081.554.85.68 - SALUSNOVISSIMO@GMAIL.COM

**LABORATORIO SPECIALIZZATO DI
GENETICA MEDICA - CITOGENETICA
BIOLOGIA MOLECOLARE
check-up checkupnapoli**

**SICUREZZA SUL LAVORO D.LG.VO 81/08
SICUREZZA ALIMENTARE H.A.C.C.P.
ANALISI ACQUA D.LG.VO 31/2001
LEGIONELLA - RADON
TESTS MICROBIOLOGICI AUTOCLAVI
STUDI ODONTOIATRICI D.G.R.C. 7301/01**

ANALISI CLINICHE

Il prelievo di sangue costituisce uno dei mezzi più efficaci per identificare un eventuale disturbo in atto. Le analisi cliniche consentono di ricevere diagnosi e terapia corretta. L'efficacia delle analisi cliniche dipende fortemente dalla tecnologia, dai reagenti e apparecchiature avanzate nonché personale altamente qualificato. I laboratori di analisi cliniche del dott. A. Novissimo si pongono al centro di queste problematiche privilegiando la qualità delle analisi per rendere il miglior servizio agli utenti che devono curarsi efficacemente.



PER PRELIEVI A DOMICILIO TELEFONARE A: 081.5548568 - 081.5448015 - 081.3722286

**80136 NAPOLI - VIA S. ROSA, 253 - TEL. 081.544.80.15 - 081.564.82.72
80131 NAPOLI - VIA G. JANNELLI, 544 / 566 - TEL. 081.372.22.86
www.checkupnapoli.it - checkupsrl@gmail.com - check.up@pec.it**

Ricerca

Natale Ferrara
Tesi in Medicina,
borsa di studio
della Fondazione

Una borsa di studio da duemila euro allo studente laureatosi tra il 2012 e il 2014 in Medicina e chirurgia che avrà prodotto la migliore tesi. Il premio sarà assegnato quest'anno dalla Fondazione medica Natale Ferrara. L'iniziativa nasce dalla lunga tradizione che la famiglia Natale Ferrara vanta nei campi della medicina e della farmacia fin dalle sue origini e all'amore per l'insegnamento nella scuola. La valutazione delle tesi sarà affidata al comitato scientifico in carica

che potrà avvalersi di esperti esterni. I concorrenti al premio dovranno inviare per via telematica, assieme alla tesi di laurea, domanda di partecipazione al concorso indicando i propri dati anagrafici e fiscali, nonché la votazione riportata nei singoli esami del corso di laurea e la votazione finale. Chiunque voglia partecipare è tenuto a rilasciare nella domanda (separatamente) espressa autorizzazione al trattamento dei propri dati personali.

Una proteina sfida i batteri **più resistenti**

Gli scienziati del Ceinge hanno scoperto le peculiarità della beta defensina umana 3 che può dare una nuova risposta ai microrganismi che non cedono agli antibiotici



Franco Salvatore, napoletano con origini pugliesi, è professore emerito di biochimica della Federico II. Nel 1984 ha fondato il Ceinge che, da piccolo laboratorio di ingegneria genetica, in trent'anni si è trasformato in un polo di eccellenza, con una sede di oltre ottomila metri quadrati nel Policlinico e 250 ricercatori

di **Alessandra Grassi**

Creare nuovi farmaci per il trattamento di infezioni resistenti ai vecchi farmaci. È l'obiettivo dei ricercatori alla luce della risposta sempre meno efficace degli antibiotici verso batteri comuni. Secondi i dati delle principali società scientifiche gli antibiotici sono diventati meno efficaci. Il rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2014 ha rilevato come le resistenze agli antibiotici rappresentino un problema per la sanità pubblica. Per questo i ricercatori stanno puntando su nuove molecole in grado di fornire una risposta adeguata a microrganismi diventati sempre più resistenti. Nell'elenco dei batteri «più vigorosi» compaiono *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter*, *Enterococcus faecalis* e *faecium*. Poco noti ai profani, ma responsabili di malattie frequenti come polmoniti, infezioni delle vie urinarie, diarree, infezioni sessuali. Un tassello importante è sta-



to fissato a Napoli dai ricercatori del Ceinge, il Centro di ingegneria genetica e biotecnologie avanzate diretto da Franco Salvatore. Anni di lavoro per giungere a un risultato che promette nuovi scenari nel campo della ricerca farmacologica. L'attenzione si è concentrata su una nuova funzione svolta da una proteina del sistema immunitario. È stato scoperto che la beta defensina

umana 3 (hBD3), una proteina, ha un efficace e particolare meccanismo di intervento. La proteina ha una forte azione tossica nei confronti di virus e batteri, nonché di batteri antibiotico-resistenti.

Nei laboratori del Ceinge hanno scoperto che l'hBD3 si lega a un'altra proteina, chiamata CD98, un recettore responsabile dell'invasione di virus e batteri a livello di diversi

Una ricercatrice al lavoro in un laboratorio del Ceinge, che ha sede a Napoli nel comprensorio del Policlinico Federico II

epiteli. L'hBD3, dunque, oltre ad avere funzioni antimicrobiche, lega direttamente con il recettore CD98 riuscendo così a penetrare all'interno delle cellule stesse. «In questo lavoro — spiega il coordinatore della ricerca Francesco Salvatore, fondatore e presidente del Ceinge — descriviamo un nuovo meccanismo antimicrobico di hBD3 che passa attraverso il legame di hBD3 stesso con il recettore CD98 su cellule epiteliali umane. È la prima volta che viene identificato un interattore di hBD3 su cellule epiteliali umane, proteina quest'ultima nota soprattutto per il suo meccanismo di uccisione diretta di batteri e virus. Il legame a un recettore umano, implicato nell'invasione degli epitelii da parte di numerosi batteri, apre la strada all'identificazione di un nuovo meccanismo d'azione di hBD3».

Il risvolto dello studio è la possibilità di disegnare nuove molecole-farmaco in grado di legare con maggiore affinità il recettore CD98 e inibire l'invasione batterica. Un trampolino di lancio per la realizzazione e la sperimentazione di nuove molecole destinate a contenere molte infezioni.

Il punto di partenza della ricerca napoletana sono stati i risultati di due studi del Ceinge. L'attività di ricerca si è focalizzata sulla possibilità di creare molecole analoghe alle beta defensine umane con un elevato potere antimicrobico. Un gruppo di studio molto attivo cui hanno partecipato numerosi esperti, tra i quali Olga Scudiero, ricercatrice presso l'Università Federico II che ha iniziato ad analizzare le defensine umane in Belgio nel laboratorio del professore J.J. Cassiman, Aurora Daniele della Seconda Università di Napoli, i ricercatori del Ceinge Irene Colavita, Ersilia Nigro, Antonello Pessi e Daniela Sarnataro, del dipartimento di Medicina molecolare dell'ateneo federiciano. La ricerca è in corso di pubblicazione sulla rivista scientifica internazionale *Chemistry & Biology* del gruppo *Cell*. «Siamo ancora una volta orgogliosi — evidenzia Francesco Salvatore — di una delle tante ricerche condotte nei nostri laboratori. Un risultato ottenuto grazie all'eccellenza nella ricerca e nella diagnostica che abbiamo raggiunto in questi anni diventando, per unanime consenso della comunità scientifica, punto di riferimento internazionale per la biologia molecolare e le biotecnologie avanzate».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

HAKEPA

HAKEPA SRL

è una società che si occupa di filtrazione aria.

Siamo presenti, grazie al notevole know-how acquisito sul campo, in tutti i settori dove maggiormente è richiesta aria purificata. Hakepa srl, infatti, opera da diversi anni sia nel settore industriale farmaceutico ed alimentare, sia nei maggiori presidi ospedalieri, sia nei grandi laboratori dove importante è, peraltro, la nostra attività di manutenzione e assistenza agli impianti di filtrazione ed alle cappe di sterilizzazione a flussi laminari. In ogni luogo dove si presenta un problema di purificazione dell'aria siamo pronti ad intervenire con velocità, efficienza e professionalità.

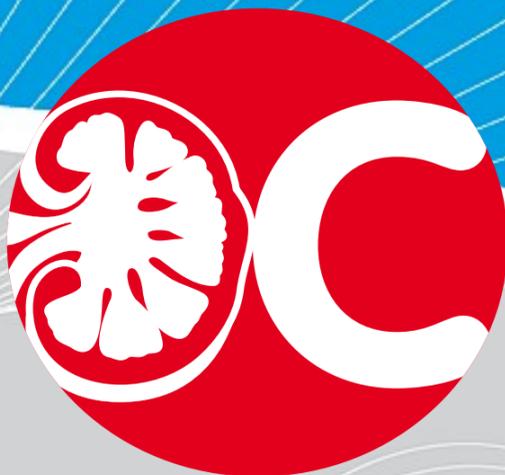
Hakepa srl
via Aniello Falcone, 88
80127 Napoli
Ph. 0039 081 5609565
081 5609569
fax 0039 081 7157461
e-mail sakes@hakepa.com

i professionisti della filtrazione



POMPEI

PBX
081.53.59.500
www.cimasadialisi.it



AMBULATORI DI EMODIALISI

GRUPPO CASA DI CURA MARIA ROSARIA

cimasa

POMPEI (NA)
081.535.95.17

centro emodialisi san giorgio

S. GIORGIO A CREMANO
081.48.98.79

centro emodialisi san giorgio

TORRE DEL GRECO (NA)
081.881.13.94

centro azzurro

TORRE ANNUNZIATA (NA)
081.536.50.31

dial sistem

PONTECAGNANO FAIANO (SA)
089.38.65.23

soreben

SCAFATI (SA)
081.863.85.06

seironos

SORRENTO (NA)
081.878.14.22

gest dial

BRUSCIANO (NA)
081.886.23.36

10 centri di emodialisi

**Trattamenti
convenzionati SSN**

**Ambulatorio specialistico
presso ogni centro**

cmm

CAVA DE' TIRRENI (NA)
089 34 54 23

dial nefro

NOCERA SUPERIORE (SA)
081.514.16.56