

RASSEGNA STAMPA

a cura dell'Ufficio Protocollo dell'A.O.U. Federico II

29 GIU. 2018

Amazon acquista la farmacia online PillPack

Crollano a Wall Street i titoli dei servizi «tradizionali» per la salute

Marco Valsania
NEW YORK

Amazon sbarca con un'ambiziosa acquisizione nei servizi farmaceutici e sanitari americani, settore che ha da tempo messo nel mirino come terreno di conquista. Sfidando direttamente i giganti dei drugstore, da Cvs Health a Walgreens Boots Alliance che proprio ieri ha deciso nuovi buyback e dividendi, il re

americano del commercio elettronico ha acquistato Pillpack, una farmacia online che considera a forte potenziale di crescita. L'operazione, i cui termini finanziari sono rimasti riservati ma che sarà completata a tambur battente nella seconda metà del 2018, vede il gruppo di Jeff Bezos impadronirsi di una società che vende e distribuisce farmaci in dosi già pronte all'uso in quasi tutti gli stati del Paese, unica eccezione le Hawaii. La nuova espansione annunciata da Amazon - ormai un impero internet con attività dal retail allo streaming, dalla logistica ai servizi cloud per il business - ha scosso i tradizionali rivali: i titoli sia di Cvs

e Walgreens che di Rite Aid hanno sofferto a Wall Street davanti allo spettro dell'intensa concorrenza. Questo nonostante il ceo di Walgreens Stefano Pessina si sia affrettato a dichiarare, durante una già programmata conference call con gli analisti sui robusti risultati del suo terzo trimestre fiscale, che la società «non è particolarmente preoccupata» dall'ultima iniziativa di Amazon. «Resto convinto che il ruolo della farmacia fisica resterà molto importante in futuro», ha aggiunto. Walgreens è appena entrata nell'indice Dow Jones, sostituendo General Electric, e ieri ha reso noto un piano di riacquisto di titoli propri da dieci

miliardi di dollari e incrementi delle cedole ai soci, frutto delle risorse «liberate» dalla riforma delle tasse aziendali scattata quest'anno negli Stati Uniti che ha abbassato le aliquote dal 35% al 21 per cento.

PillPack, la preda di Amazon, è una startup nata nel 2013 che finora aveva raccolto 118 milioni in venture capital per il suo decollo. Secondo i suoi vertici ha conquistato in poco tempo decine di migliaia di clienti e prevede di raggiungere a breve il traguardo di un giro d'affari da cento milioni di dollari l'anno. Amazon aveva già dimostrato la propria serietà sulla frontiera della sanità americana: alle insistenti voci sull'interesse per innovative farmacie online che le consentissero un ingresso più veloce nel campo rispetto alla crescita organica, concretizzatosi adesso con la cattura della startup, si era affiancato il lancio a inizio anno di un'iniziativa assieme al leader della finanza JP Morgan e all'Oracolo di Omaha Warren Buffett di Berkshire Hathaway per sviluppare soluzioni mirate al contenimento dei costi e al miglioramento dei risultati nell'assistenza. Bezos aveva inoltre lasciato trapelare strategie per trasformare Amazon anche in un grande fornitore di tecnologie mediche e prodotti per ospedali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Dono i miei ovociti Così regalo ad altre la maternità»

Martina Colomasi, 29 anni: l'idea dopo che un'amica non riusciva ad avere figli

MARIA NOVELLA DE LUCA, ROMA

HO deciso quando ho visto la sofferenza di una mia cara amica. Chiara, che non riusciva ad avere figli.

L'ho vista tentare ogni tipo di terapia, tre fecondazioni assistite, tre fallimenti, tre tragedie. Ho condiviso il suo dolore. Per lei, hanno detto i medici, non c'era altra scelta che l'eterologa, ossia una gravidanza grazie all'ovocita di un'altra donna. Ma in Italia è quasi impossibile, le donazioni sono inesistenti. Così ho deciso di donare i miei di ovociti. Tre giorni fa mi hanno fatto il prelievo, ho prodotto 14 "uova" sanissime, sono felice e già tornata al lavoro.

Martina Colomasi è nata a Siracusa, ha 29 anni, fa l'avvocata civilista a Roma. È una tra le rarissime donne italiane che ha scelto di "regalare" i propri ovociti e di rendere pubblica la sua scelta. Seduta in un caffè del quartiere Prati, accanto al suo ufficio, Martina racconta il perché.

Martina, ha ricevuto un compenso?

«No, in Italia è vietato. Naturalmente la clinica si è fatta carico di tutti gli esami necessari al prelievo. Analisi, ecografie, indagini genetiche, stimolazioni ormonali. Anche una serie di colloqui per valutare quando fossi consapevole della mia scelta. Ma trovare la clinica è stato tutt'altro che facile».

Non le hanno spalancato le porte? Nel nostro Paese l'eterologa è legale ma le banche dei gameti sono vuote. Gli ovociti in particolare vengono acquistati all'estero.

«Buffo vero? Prima di arrivare in questa clinica romana su suggerimento dell'Associazione Coscioni, mi ero proposta in altri due centri, uno privato e uno pubblico. Mi hanno detto che non sapevano come fare, non mi hanno mai richiamato. Incredibile».

Per donare bisogna sottoporsi a stimolazioni ormonali lunghe e pesanti. Perché l'ha fatto?

«Credo che non poter avere figli sia una sofferenza

insopportabile. Oggi la mia amica, grazie a una eterologa in una clinica greca, aspetta due gemelli e mi ha fatto sentire il loro cuore che batte. Per questo ho anche pubblicato su Facebook la mia storia. Andate a leggere i commenti. La gratitudine delle mamme che hanno avuto un figlio con gli ovociti di altre donne. Mi hanno anche mandato le foto dei loro bimbi. E in tante mi hanno chiesto come si diventa donatrici».

Dunque una scelta quasi "politica" la sua.

«Direi umana più che politica. Ma è vero, sono un'attivista, faccio l'avvocata, mi occupo di diritti civili, sono stata capo Scout, ho un fratello gay e pur essendo etero ho deciso di occuparmi con "Rete Lenford" di questioni Lgbt. Ci vorrebbero campagne per incentivare la donazione sia di ovociti che di sperma e ci vorrebbero anche dei rimborsi spese. Un sostegno economico non toglie nulla alla bellezza di questo gesto. Il percorso è impegnativo, ci sono giorni in cui non puoi lavorare, gli ormoni...».

Ma lei vorrebbe un figlio?

«Sì, moltissimo, pronta ad averlo anche da sola se non troverò il compagno giusto. Guardi, io ho ben chiaro che ciò che ho donato sono cellule, non figli.

Ho riflettuto molto sulla mia scelta. Allo stesso modo penso che potrei affrontare una maternità surrogata, cioè portare in grembo un figlio per altri».

Una scelta estrema però.

«Un atto d'amore. Basta avere chiaro che quel bambino non è tuo figlio. Ma ora è prematuro».

Cosa le ha detto la sua famiglia?

«Erano preoccupati per le stimolazioni ormonali. Ma hanno sostenuto la mia scelta».

E in clinica?

«Stupiti. Grati. Il ginecologo che mi ha seguito ha ammesso che non avevano mai ricevuto un'offerta di ovociti. Le infermiere mi stringevano le mani, dicendo che con le mie uova renderò tante altre donne finalmente mamme. Capite perché donare è stata per me una grande felicità?».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La svolta De Luca-Fontana patto sulla sanità: obiettivo efficienza

► I governatori di Campania e Lombardia siglano l'accordo di collaborazione tra gli ospedali Niguarda e Cardarelli

L'INTESA

Ettore Mautone

Campania e Lombardia unite per la buona sanità. Due Regioni che per la prima volta dialogano a viso aperto, avvicinando così il proprio asse politico in vista di possibili intese che incrociano la strada del governo centrale. Due Regioni oggi più vicine e destinate a confrontarsi con spirito collaborativo anche ai difficili tavoli della Conferenza Stato-Regioni.

LO SCENARIO

È questa la prospettiva, più politica che tecnica, che viene in primo piano nella sigla, ieri a Milano, di un accordo di collaborazione tra l'ospedale Cardarelli e il Niguarda, eccellenza sanitaria del capoluogo lombardo. Presenti alla firma oltre ai manager dei due ospedali (Ciro Verdoliva e Marco Trivelli) il governatore De Luca e il suo collega Attilio Fontana (Lega nord). Due leader che si incontrano per la prima volta da presidenti di Regione ma che già si conoscevano da amministratori,

quando il primo era sindaco di Salerno e l'altro primo cittadino di Varese. Due politici che parlano lo stesso linguaggio e che s'intendono alla perfezione sul piano della concretezza amministrativa. De Luca apre a un confronto sui costi standard e non indietreggia rispetto alle prospettive di autonomia amministrativa intraprese di recente per referendum, dalla Lombardia (ma anche dal Veneto e poi dall'Emilia): Regioni di punta di un fronte che rischia di sottrarre proprio sulla Sanità risorse drenate dalla fiscalità generale.

LA COLLABORAZIONE

Dialogo e collaborazione, ma anche una sana competitività sulla sanità. L'obiettivo dell'intesa è instaurare sinergie sul piano scientifico per trasferire tra le due realtà quanto di buono si è realizzato nel tempo e sfruttare il know how altrui per crescere e innovarsi reciprocamente. Un confronto e una collaborazione su aree di attività omogenee tra le due organizzazioni, come l'area di emergenza e accettazione con i processi operativi in Pronto Soccorso, la gestione delle ustioni gravi, le reti tempo-dipendenti (dal politrauma maggiore alla gestione dello Stroke alla rete infarto miocardico acuto), l'area chirurgica, quella medica con il percorso

peri-operatorio dei pazienti fragili. Ma anche un focus sui progetti di trapianto di pancreas, sulla gestione delle infezioni ospedaliere, sulle attività del Centro antiveleni, della banca del tessuto muscolo-scheletrico e cute. «Certo non possiamo impedire che i cittadini campani si rechino in Lombardia per ricevere cure - ha detto De Luca - ma siamo qui anche per raccontare un'altra Campania rispetto a quella narrata dai media quando per un cattivo consiglio a una

paziente questa si ritrova in una lista di un ospedale che non fa parte della rete oncologica. Come lo sono invece il Pascale, il Cardarelli e il Ruggi dove quella stessa paziente, può ricevere cure di eccellenza in 15 giorni». De Luca ha poi citato con orgoglio il lavoro fatto in due anni di lavoro, ricordando le premialità incassate all'ultimo tavolo di verifica con i ministeri, vigilanti sul piano di rientro: Novecento milioni incagliati (300 per ogni anno dal 2014 al 2016) che non si riusciva ad incassare per la mancata presentazione dei bilanci delle Asl.

IL TAVOLO

La sanità per unire e non per dividere dunque. E dopo le parole pronunciate nei giorni scorsi dal nuovo ministro della Salute Giulia Grillo, ricordando che il suo dicastero non sarà subalterno a quello dell'economia e che lavorerà per riequilibrare l'assegnazione delle risorse, i presupposti di una stagione nuova ci sono tutti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cure palliative, medici in attesa da due anni di veder riconosciuta l'esperienza maturata

Con ricoveri impropri si spreca sino a 2.700 euro al giorno a paziente

di **SERGIO CANZANELLA***

In Campania non esiste la rete regionale delle cure palliative. La mancanza crea di fatto una grave disparità con le regioni del Nord Italia, nelle quali, equipe multiprofessionali e multidisciplinari assicurano una risposta efficace ai malati. Ciò che in Campania manca in fatto di cure palliative è l'integrazione ospedale-territorio e viceversa. Questo è un tema che la politica non può continuare ad ignorare. L'allarme va letto anche alla luce dell'incidenza di malattie neoplastiche che si registra in Campania. Per questi motivi sarebbe giusto formare equipe composte dai medici di medicina generale, infermieri, operatori socio-sanitari e medi-

ci specialisti in cure palliative.

E, in relazione ai bisogni del paziente, coadiuvate da altri medici specialisti, assistenti

sociali, sociologi, psicologi, fisioterapisti, terapisti occupazionali, assistenti spirituali, musicoterapisti e arteterapisti.

In Campania, non si riesce a coprire in maniera organica le esigenze di salute dei malati in ambito oncologico e non.

Nella migliore delle ipotesi si sperpera denaro pubblico, visto che un ricovero giornaliero in una rianimazione o terapia

intensiva o in un reparto di medicina di ospedale, varia dagli 800 ai 3.000 euro, mentre un ricovero in hospice costa 252 euro al giorno e quello in Adi costa in media 80 euro. Ai sensi della Legge n. 38/10, le cure palliative sono gratuite e sono garantite dai Lea anche in ricovero ordinario. Le cure palliative prevedono un'organizzazione a rete che permette alle diverse equipe di integrarsi per rispondere ai bisogni dei malati e delle loro famiglie e garantire la continuità assistenziale da un luogo di cura attraverso accoglienza tempestiva, valutazione del bisogno sanitario e sociale, definizione di un percorso assistenziale appropriato e risparmi per il sistema sanitario regionale. Infine, da oltre due anni ai sensi della Legge n. 147/13 la Regione ha approvato il Dca n. 57/16 senza che la Campania abbia provveduto a certificare l'esperienza triennale acquisita da medici in cure palliative presso gli hospice, ambulatori, day-hospice e domicilio.

IL DIVARIO

Oggi un paziente su 4 si cura al Nord



40 ml di
la spesa
sanitaria privata:
655 € a famiglia
7 mln di italiani
indebitati e
2,8 mln vendono
la casa per cure

La sanità si conferma a due velocità: un Centro Nord con strutture ospedaliere e reparti di alta specializzazione al top e un Sud molto indietro. Ad esempio, in Lombardia ci sono 17 IRCCS mentre 2 sono quelli presenti in Campania. Le regioni con la quota più alta di mobilità in uscita sono Campania, Molise, Basilicata e Calabria. Mentre le regioni più attrattive per l'assistenza ospedaliera sono la Lombardia e l'Emilia-Romagna che, rispettivamente, effettuano 3 e 2,4 ricoveri in entrata per ciascun ricovero in uscita. Al contrario, Sicilia e Campania hanno un saldo negativo ed effettuano 0,4 ricoveri in entrata per ciascun ricovero in uscita. Dai dati Istat

2018 emerge che il 47% della spesa sanitaria pubblica è destinato alle prestazioni ospedaliere, il 20% all'assistenza ambulatoriale, il 16% all'assistenza farmaceutica e altri presidi medici e il 10% all'assistenza di lungo periodo. L'assistenza territoriale assorbe il 31% della spesa sanitaria pubblica: il 18% per cura e riabilitazione, l'8% per diagnostica di laboratorio e immagini, trasporto di pazienti o soccorso di emergenza e il 4% alla lungodegenza. In Italia operano 1.344 strutture ospedaliere del Servizio sanitario nazionale, per un totale di 217 mila posti letto, per l'84% destinati alla cura di patologie acute, il 12% alla riabilitazione e il 4% alla lungodegenza.

Mangiare sano ci aiuta a restare in salute

A tutti è capitato di mangiare una bruschetta, una salsiccia, della carne cotta alla brace o con il barbecue o una pizza con il bordo o il fondo bruciato. Quando la fiamma è troppo forte l'impasto brucia e nel processo di combustione si formano gli idrocarburi policiclici aromatici, un gruppo di composti collegati all'aumento del rischio di tumori, compresi quelli associati a squilibri ormonali, ad esempio. Quando il pizzaiolo aumenta la temperatura del forno per ridurre i tempi di cottura e guadagnare tempo la pizza può presentare vistosi segni di bruciatura. Tuttavia, se questo accade

è perché di fondo c'è una scarsa professionalità. C'è anche il pizzaiolo che ha fretta e, per guadagnare minuti preziosi aumenta la temperatura del forno, per cui si brucia il bordo o la parte a contatto con la superficie del forno, oppure ci si dimentica la pizza troppo tempo in cottura. La questione della pizza bruciata è trattata nel disciplinare della Pizza Napoletana approvato a Bruxelles che ha ottenuto la denominazione di marchio collettivo dove si legge: «Il pizzaiolo deve controllare la cottura della pizza

sollevandone un lembo, con l'aiuto di una pala metallica e ruotando la pizza verso il fuoco, utilizzando sempre la stessa zona di platea iniziale per evitare che la pizza possa bruciarsi a causa di due differenti temperature. È importante che la pizza venga cotta in maniera uniforme su tutta la sua circonferenza». Il concetto è ribadito nel decalogo della vera pizza napoletana in cui si precisa che «il cornicione di 1-2 cm della pizza deve essere gonfio, di colore dorato, e privo o con pochissime bolle o bruciatu-

re. Sollevando la pizza la parte inferiore deve essere anch'essa dorata e priva di bruciatore evidenti». La pizza bruciata è un problema di professionalità e di regole non rispettate. Che fare allora? Basta seguire i consigli dell'Efsa e il decalogo sugli interferenti endocrini pubblicato dal ministero dell'Ambiente e dall'Istituto superiore di sanità: ridurre il consumo di alimenti affumicati, rimuovere le parti grasse dagli alimenti prima della cottura alla griglia (carne), ed evitare di carbonizzare la carne, usare pentole antiaderenti non rovinate per scongiurare la formazione di parti bruciate durante la cottura.

Alimenti bruciati? No Grazie!

Si muore meno, soprattutto nelle regioni del Nord. Al Sud si registra invece un aumento del tasso di mortalità

Campania: aprire gli Ospedali di Comunità Oncologici

Realizzare la rete regionale delle cure palliative e quella sulle cure domiciliari di IV livello

di SERGIO CANZANELLA*

Dove la prevenzione funziona, tumori e malattie croniche fanno meno vittime. Si muore meno soprattutto al Nord, mentre al Sud il tasso di mortalità è maggiore e la forbice varia dal 5 al 28 per cento in più. In Campania, neanche a dirlo, si registra un più 28% di mortalità per queste malattie rispetto alla media nazionale (che è del 2,3%).

L'obiettivo è: più diagnosi in fase precoce, pazienti curati a domicilio, decongestionamento degli ospedali e stretta collaborazione con i medici di medicina generale nella gestione delle visite di controllo. I vantaggi delle reti oncologiche sono evidenti e si traducono nella possibilità per tutti di accedere alle cure migliori in modo uniforme sul territorio; ma anche in un consistente risparmio per il Servizio sanitario nazionale grazie ad un approccio multidisciplinare e multiprofessionale.

La rete si deve orientare anche verso la medicina generale nella programmazione del follow up, degli interventi riabilitativi e delle cure palliative, con un coinvolgimento dei distretti, dei medici di medicina generale e delle associazioni dei pazienti.

In Campania, dopo l'istituzione della rete oncologica, bisogna realizzare la rete regionale delle cure palliative e quella sulle cure domiciliari, ma anche aprire i cosiddetti ospedali di comunità oncologici, che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. Queste strutture sono destinate a diverse tipologie di pazienti. In primis, agli anziani a rischio di non autosufficienza o temporaneamente non autosufficienti, affetti da patologie croniche ad alto fabbisogno assistenziale, durante i periodi di riacutizzazione o nelle fasi post-acute.

In secondo luogo, devono accogliere malati oncologici e terminali

(non affetti da immunodeficienza acquisita). E ancora, pazienti non sostenuti o con scarso supporto familiare, in alternativa all'assistenza domiciliare integrata, pazienti in fase di pre-ospedalizzazione o di recupero successivo al momento acuto ospedaliero.

L'ospedale di comunità oncologi-

co è una struttura di 15 o al massimo 20 posti letto, gestito da personale infermieristico. Luoghi in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale e da medici delle Asl. L'accesso avviene dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia, dai

reparti oncologici o direttamente dal pronto soccorso. Deve essere assicurata la funzione dell'infermiere "case manager". La degenza deve avere come obiettivo l'abbreviazione dei tempi di diagnosi e terapia mediante l'utilizzo, da parte dei medici di medicina generale, della dotazione diagnò-

stica e tecnologica di base del presidio territoriale dell'Asl. Deve anche puntare al consolidamento dei risultati ottenuti durante il ricovero in reparto per acuti per tutti quei pazienti in condizioni di fragilità che necessitano di ulteriore monitoraggio clinico. Serve alla prevenzione delle complicanze e recupero dell'autonomia finalizzata al rientro al domicilio o a posticipare il più possibile l'ingresso in strutture residenziali. Questi ospedali devono garantire assistenza, sollievo dal dolore fisico e psichico, mantenimento della qualità di vita e delle relazioni significative per i pazienti affetti da malattie neoplastiche inguaribili non gestibili a domicilio. Con l'apertura degli ospedali di comunità oncologici in Campania si possono ridurre i ricoveri inappropriati, con un risparmio di oltre 100 milioni di euro ogni anno. Tutto questo con una maggiore serenità per i malati oncologici e i familiari, che possono sentirsi tutelati anche dai venerdì alla domenica, senza ricorrere al pronto soccorso.

*Direttore Generale Associazione House Hospital onlus

Infermieri, spina dorsale dell'assistenza sanitaria

di ANTONIO CANNAVALE*

L'arte dell'infermiere è una delle più difficili. La compassione può fornirci la motivazione, ma la conoscenza è l'unico strumento di lavoro. Nel corso dei secoli molte donne si sono dedicate all'assistenza infermieristica. Elisabetta di Turingia figlia di Andrea II, Re d'Ungheria, durante una carestia nel 1226 organizzò una distribuzione di cibo. In seguito, fece costruire ospedali, dove assisteva personalmente i lebbrosi. Elisabetta morì a soli 24 anni; dopo aver dedicato quasi tutta la sua breve vita all'assistenza dei pazienti. Non si può non menzionare Florence Nightingale che con un gruppo di 38 infermiere riorganizzò l'ospedale militare di Scutari a Costantinopoli, durante la guerra di Crimea del 1853-56. Al suo arrivo il tasso di mortalità dei pazienti era quasi del 60%; quando se ne andò, nel 1856, era sceso a meno del 2%. Un altro contribuì alla storia dell'assistenza infermieristica l'ha da-

to l'Istituto delle Diaconesse Protestanti di Kaiserswerth, in Germania. Nel 1903 Agnes Karll fondò l'Organizzazione Professionale delle Infermiere Tedesche. Un'altra infermiera Cicely Saunders negli anni 60 diede vita all'assistenza infermieristica in cure palliative. Oggi, l'infermiere svolge un ruolo essenziale nel processo di guarigione concentrandosi

più sulla reazione generale del paziente alla malattia che sulla malattia stessa. Deve assistere le persone in diverse situazioni sanitarie e spesso deve prendere decisioni rapide e agire senza indugio quan-

do la situazione lo richiede. Non può permettersi errori o dimenticanze e deve sapersi adattare a fare lo stesso lavoro anche quando c'è meno personale, senza sacrificare la qualità. La professione dell'infermiere non cesserà mai d'esistere. Fino a quando esisterà l'umanità, ci sarà sempre bisogno di assistenza, compassione e comprensione.

*Avvocato - Infermiere

*Gli infermieri
rappresentano
circa il 70%
del personale
nel S.S.N.*

ECCELLENZA SANITARIA Protocollo tra i presidenti di Lombardia e Campania. De Luca: «Al pulcinellismo rispondiamo con il lavoro»

Patto di ferro Niguarda-Cardarelli

Di **FRANCESCA DI LELLO**

NAPOLI. Ospedale Cardarelli di Napoli e Niguarda di Milano, nasce la partnership per puntare all'eccellenza sanitaria. L'accordo di collaborazione è stato illustrato nella città meneghina dai rispettivi presidenti delle regioni, Vincenzo De Luca e Attilio Fontana.

IL GOVERNATORE CAMPANO.

«Milano è l'unica città internazionale in Italia e all'avanguardia nella sanità. Noi ci presentiamo come un Sud con un volto diverso, radicalmente opposto all'immagine che circola: siamo contro pulcinellismo e la superficialità, a cui contrapponiamo il rigore e il lavoro serio». Con queste parole il presi-

dente della Regione Campania, **Vincenzo De Luca**, presenta alla stampa il neonato accordo tra le due aziende ospedaliere. «Ci confrontiamo con Milano in uno scambio di esperienze medicoscientifiche ma, anche, su formazione, ricerca, sistemi gestionali e organizzativi - continua il governatore - La Regione Campania, negli anni '90 «ha accumulato un debito di 8-9 miliardi di euro per il quale è ancora commissionata ma concluderemo il

piano di rientro entro la fine di quest'anno - assicura De Luca - Il Cardarelli, per anni, è stato un ospedale di frontiera. Tutti ricordano lo scandalo delle barelle del Cardarelli ma era l'unico pronto soccorso attivo. Imponendo un'organizzazione rigorosa, che ha coinvolto tutti gli

ospedali di Napoli, abbiamo raggiunto punti di eccellenza sanitaria assoluta». Parla di «rivoluzione» il numero uno di Palazzo Santa Lucia. «Stiamo voltando pagina in maniera radicale: abbiamo fatto le nomine dei direttori generali senza contrattare nulla con nessuno, fuori dalle logiche politiche, abbiamo i conti in ordine». E sull'apertura del pronto soccorso dell'Ospedale del Mare, dice: «Sarà un'eccellenza internazionale, aprirà a settembre 2019, e abbiamo investito 100 milioni di euro dai Fondi europei su 5 linee di ricerca oncologica».

Per il direttore generale del Cardarelli, **Ciro Verdoliva**, «la parola chiave di questa collaborazione è il confronto tra due aziende ospedaliere con lo scopo di condividere le migliori esperienze per individuare come migliorare i nostri modelli organizzativi» e non solo «con l'obiettivo

comune di curare i pazienti al meglio».

IL GOVERNATORE LOMBARDO. È un protocollo quello siglato tra gli ospedali Niguarda di Milano e Cardarelli di Napoli «tra due eccellenze sani-

tarie, per confrontarsi e mettere insieme le buone pratiche per migliorare il servizio - afferma il governatore lombardo **Attilio Fontana** - Sono orgoglioso della possibilità di collaborare, per creare, in due realtà distinte, servizi migliori».

LA RISOLUZIONE DI LESIONI ALTRIMENTI DIFFICILMENTE TRATTABILI»

aprono nuove frontiere per la cura

belicale inferiore. Tale tessuto spiega ancora Crinisio - viene sottoposto in maniera atraumatica a una fase di processazione purificazione dai residui ematici ed oleosi a carattere pro-infiammatorio, ottenendo un tessuto adiposo ricco di cellule mesenchimali autologhe vitali in grado di promuovere la spontanea guarigione dei tessuti». Crinisio aggiunge che «tale prodotto finale viene quindi inoculato attorno e dentro la lesione, ottenendo già in pochi giorni ottimi risultati locali con forte tendenza alla guarigione della lesione che da molti mesi non dava segni di miglioramento. Nel secondo caso il paziente risultava invece affetto da diabete mellito e da una estesa perdita di tessuto in sede dorsale di piede con esposizioni tendinee e scarsa tendenza alla guarigione, il che avrebbe comportato con alta probabilità l'amputazione dell'avampiede».

**Di particolare interesse
i casi di due pazienti
presso l'U.F.
di Chirurgia vascolare**

Ebbene, in questo caso, si è proceduto dapprima, come nel caso precedente, al prelievo di cellule mononucleate concentrate da sangue periferico del paziente stesso e alla loro inoculazione sia in sede perilesionale che sull'angiosoma corrispondente, ottenendo effetti rigenerativi e angiogenetici locali; successivamente «si è proceduto all'innesto sulla lesione di un sostituto dermico a doppio strato, composto di collagene e silicone (per proteggere la ferita con pseudo-epidermide) - aggiunge Crinisio -, ottenendo già dopo qualche settimana un notevole miglioramento locale con tessuto dermico vascolarizzato su cui poter effettuare eventualmente un innesto di pelle per ricreare la cute. In entrambi in casi il ricorso alla medicina e chirurgia rigenera-

tiva rappresenta un importante fattore di innovazione nell'armamentario terapeutico per lesioni altamente difficili e complesse, contribuendo alla guarigione delle stesse anche in pazienti critici. Tale ulteriore successo terapeutico si aggiunge alle già consolidate procedure di Chirurgia innovativa mini-invasiva e di Chirurgia Ibrida, presso la U.F. di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare della Casa di cura "Salus" di Battipaglia, sia nell'ambito delle patologie aneurismatiche, sia delle patologie arteriose che venose degli arti. E tale tipologia di interventi, altamente svariati e complessi, effettuati alla Casa di cura Salus - conclude Crinisio - è resa possibile quasi routinariamente presso la U.F. di Chirurgia vascolare ed endovascolare, grazie alla attività coordinata e "appassionata" di personale altamente specializzato attribuendo alla struttura stessa un ruolo centrale nel panorama sanitario della regione e dell'area salernitana in particolar modo».

PASCALE L'assessore Palmeri: «Nasce un accordo con l'Istituto Tumori». Russo (F): «C'è sempre stato»

Cancro al seno, visite gratuite per i dipendenti regionali

NAPOLI. Dopo la lotta al tabagismo e la formazione ai primi soccorsi, «ora è la volta della prevenzione e salute delle dipendenti regionali verso il carcinoma mammario». A dirlo Sonia Palmeri, assessore regionale alle Risorse Umane. «Nel programma di valorizzazione ed efficientamento della Pubblica amministrazione - spiega - abbiamo inteso inserire un'attenzione particolare alla salute, sicurezza e benessere dei dipendenti». Ancora oggi «risulta la prima patologia neoplastica che affligge le donne, con circa 50mila nuovi casi all'anno e diagnosticarlo in tempo può fare la differenza». Grazie alla sensibilità del presidente De Luca verso il tema, «realizzeremo già dalle prossime settimane un progetto che prevede, in cooperazione con l'Istituto Pascale Irccs di Napoli, visite gratuite al seno effettuate direttamente sul luogo di lavoro, rivolto alle dipendenti della giunta regionale della Campania». Per le prenotazioni sulla piattaforma predisposta, le dipendenti potranno utilizzare le credenziali di accesso alla propria postazione di lavoro. Sulla proposta



⊕ L'Istituto Nazionale Tumori Fondazione Pascale

INTESA CON L' ASSOCIAZIONE ACTO NAPOLI Tumore alle ovaie, quattro incontri contro la mancanza di prevenzione

NAPOLI. È uno dei tumori più subdoli: ben l'80 % delle pazienti con tumore ovarico se ne accorge quando la malattia ha raggiunto il terzo se non il quarto stadio. Ogni anno circa 500 nuovi casi in Campania. Un'emergenza che si alimenta soprattutto della mancanza di prevenzione. Acto Napoli è un'associazione presieduta da Mirosa Magnotti, nata nel 2010, con lo scopo di indirizzare le donne ai centri specializzati. Da qui l'iniziativa del Pascale di organizzare quattro meeting con lo scopo di accrescere le conoscenze sulla malattia e mettere in luce gli aspetti critici del percorso diagnostico e terapeutico del sistema sanitario.

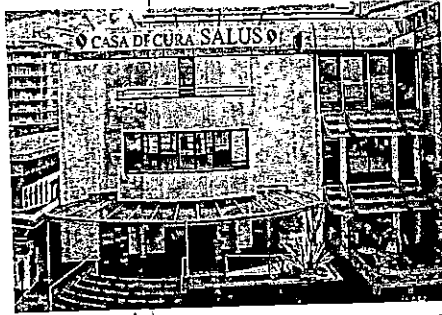
della Palmeri interviene il vicepresidente del Consiglio regionale della Campania, Ermanno Russo, già delegato, alle Politiche sociali della giunta Caldoro. «Leggiamo con stupore che l'assessore alle Risorse umane, Sonia Palmeri, presenta come una novità assoluta il programma di prevenzione per le dipendenti della Giunta regionale sul carcinoma mammario - dichiara in una nota - ignorando, forse, che si tratta di un prosieguo, peraltro doveroso, di una campagna che in Regione esiste dal 2006 e che, in qualità di assessore all'assistenza sociale, ho personalmente portato avanti sin dal 2012 in collaborazione con l'Alts e con il conforto scientifico del professor Giuseppe D'Aiuto». Secondo il vicepresidente del Consiglio regionale «strano sarebbe stato se De Luca non avesse rinnovato un progetto ed un protocollo di questo tipo, che di nuovo non ha davvero nulla ma di cui si sente sempre di più la necessità». La partnership nata nel 2012 con l'Istituto Pascale «c'è sempre stata ma è stato, anche qui, un bene averla rinnovata».

BATTIPAGLIA. CRINISIO: «MEDICINA E CHIRURGIA RIGENERATIVA SONO FONDAMENTALI PER

Piede diabetico, alla Casa "Salus" interventi

DI GIOVANNI ROCHIRA

BATTIPAGLIA. Presso la Unità Funzionale di Chirurgia vascolare ed endovascolare della Casa di cura "Salus" di Battipaglia (nella foto), responsabile Adolfo Crinisio, sono stati effettuati interventi che aprono nuove frontiere nella cura del piede diabetico e nella cura e gestione di ulcere e ferite "difficili" degli arti inferiori, anche nei pazienti affetti da ischemia cronica critica, utilizzando la Medicina o Chirurgia rigenerativa. Le ferite "difficili" comprendono ulcere "vascolari", ulcere diabetiche o in piede diabetico, ulcere post-traumatiche, ulcere in pazienti con immunopatie, ulcere da complicanze chirurgiche, da infezioni locali o da altre cause. «In tutti questi casi - spiega Crinisio - i tessuti colpiti hanno scarsa capacità di autoguarigione e l'ausilio di quella che oggi viene definita "medicina rigenerativa" risulta fondamentale nell'armamentario terapeutico disponibile per la cura e la



risoluzione di lesioni altrimenti difficilmente trattabili e destinate talora ad esiti infausti quali amputazioni maggiori o minori. La "medicina e chirurgia rigenerativa" - aggiunge Crinisio - sfrutta la capacità biologica di alcune cellule dell'organismo di invertire i processi degenerativi avviando processi di autoriparazione e autorigenerazione dei tessuti danneggiati. Le lesioni cutanee croniche interessano, nel nostro Paese moltissime persone, specie oltre i 65 anni, e hanno un forte impatto so-

cio-economico e nella spesa del Servizio sanitario nazionale. Tra i pazienti recentemente trattati con chirurgia rigenerativa presso la U.F. di Chirurgia vascolare ed endovascolare della Casa di

Cura "Salus" due casi sono di interesse particolare. Il primo prende in considerazione un paziente affetto da lesioni croniche inveterate e ischemia critica non rivascolarizzabile degli arti inferiori, cardiopatia ischemica con pregressi by-pass coronarici ed esiti di ictus cerebri. «In tale caso si è sfruttata la capacità di due tipi di cellule dell'organismo (cellule mononucleate e cellule mesenchimali) di contribuire alla rigenerazione tissutale e alla riparazione e guarigione delle lesioni di cui il

paziente era affetto - spiega Crinisio -. Si è proceduto infatti dapprima al prelievo di cellule mononucleate concentrate da sangue periferico dello stesso paziente mediante un sistema a filtrazione elettrostatica selettiva, eliminando le cellule pro-infiammatorie e, dopo aver effettuato una "toilette chirurgica" della lesione, si è proceduto ad infiltrazioni profonde col preparato sia attorno alla lesione sia lungo il decorso dell'arteria più prossimale alla lesione (angiosoma). Tali cellule inoculate, infatti, rilasciano alte quantità di citochine e fattori di crescita, ottenendo effetti angiogenici (formazione di nuovi vasi sanguigni), effetti trofici (riparazione dei tessuti) differenziandosi e richiamando cellule staminali residenti, effetto immunomodulante (polarizzando i macrofagi dalla fase infiammatoria a quella rigenerativa). Successivamente si è proceduto a prelievo di tessuto adiposo purificato mediante lipos aspirazione in area addominale in regione om-

belicale inferiore. Tale tessuto - spiega ancora Crinisio - viene sottoposto in maniera atraumatica a una fase di processazione purificazione dai residui ematici ed oleosi a carattere pro-infiammatorio, ottenendo un tessuto adiposo ricco di cellule mesenchimali autologhe vitali in grado di promuovere la spontanea guarigione dei tessuti». Crinisio aggiunge che «tale prodotto finale viene quindi inoculato attorno e dentro la lesione, ottenendo già in pochi giorni ottimi risultati locali con forte tendenza alla guarigione della lesione che da molti mesi non dava segni di miglioramento. Nel secondo caso il paziente risultava invece affetto da diabete mellito e da una estesa perdita di tessuto in sede dorsale di piede con esposizioni tendinee e scarsa tendenza alla guarigione, il che avrebbe comportato con alta probabilità l'amputazione dell'avampiede».

Ebbene, in questo caso, si è proceduto dapprima, come nel caso precedente, al prelievo di cellule mononucleate concentrate da sangue periferico del paziente stesso e alla loro inoculazione sia in sede perilesionale che sull'angiosoma corrispondente, ottenendo effetti rigenerativi e angiogenetici locali; successivamente «si è

Di particolare interesse i casi di due pazienti presso l'U.F. di Chirurgia vascolare

proceduto all'innesto sulla lesione di un sostituto dermico a doppio strato, composto di collagene e silicone (per proteggere la ferita con pseudo-epidermide) - aggiunge Crinisio -, ottenendo già dopo qualche settimana un notevole miglioramento locale con tessuto dermico vascularizzato su cui poter effettuare eventualmente un innesto di pelle per ricreare la cute. In entrambi in casi il ricorso alla medicina e chirurgia rigenera-

tiva rappresenta un importante fattore di innovazione nell'armamentario terapeutico per lesioni altamente difficili e complesse, contribuendo alla guarigione delle stesse anche in pazienti critici. Tale ulteriore successo terapeutico si aggiunge alle già consolidate procedure di Chirurgia innovativa mini-invasiva e di Chirurgia Ibrida, presso la U.F. di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare della Casa di cura "Salus" di Battipaglia, sia nell'ambito delle patologie aneurismatiche, sia delle patologie arteriose che venose degli arti. E tale tipologia di interventi, altamente svariati e complessi, effettuati alla Casa di cura Salus - conclude Crinisio - è resa possibile quasi routinariamente presso la U.F. di Chirurgia vascolare ed endovascolare, grazie alla attività coordinata e "appassionata" di personale altamente specializzato attribuendo alla struttura stessa un ruolo centrale nel panorama sanitario della regione e dell'area salernitana in particolar modo».

**AL VIA IL SECONDO INCONTRO DEL CORSO ORGANIZZATO DALLA SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA DELLA FEDERICO II
Vaccini, l'importanza di segnalare reazioni avverse dopo la somministrazione**

NAPOLI. Parte il secondo appuntamento del corso "L'importanza della segnalazione delle reazioni avverse successive alla somministrazione dei vaccini". Oggi l'incontro dalle 8,30 presso la Sala Idelson Gnocchi organizzato dal Dipartimento di Sanità Pubblica della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, diretto dalla professoressa Maria Triassi, e finanziato dall'Uod 08 (Politica del Farmaco e Dispositivi della Regione Cam-

pania), di cui è responsabile Ugo Trama. Da oltre un secolo, i vaccini costituiscono la pietra miliare nella prevenzione della morbilità e mortalità di numerose malattie infettive. Tuttavia negli ultimi anni, anche nel nostro paese, si stanno avvertendo gli effetti di un crescente e scelerato attacco contro questo importante strumento di prevenzione primaria a difesa di tutta la collettività. Vi è quindi l'esigenza di mettere in atto specifici eventi formativi come il corso sull'im-

portanza della segnalazione delle reazioni avverse successive alla somministrazione dei vaccini, che si rivolge prevalentemente ai professionisti operanti a vari livelli in ambito vaccinale.

«Saranno trattate le strategie da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Nazionale Vaccini - afferma la Triassi, responsabile del progetto e a capo del Comitato Scientifico - Ad affrontare l'argomento i dottori Rocco Russo e Antonio Sardu, in qualità di relatori, con il dottore Francesco Giugliano presidente e la dottoressa Maria Grazia Panico moderatrice. In particolare - precisa - il secondo appuntamento analizzerà la storia dei vaccini, le modalità di somministrazione, la vaccinazione in casi particolari e la percentuale di copertura raggiunta».

L'incontro successivo, dei sei previsti fino a novembre, è datato 14 settembre e affronterà gli eventi avversi e come ottimizzare la sorveglianza.

Pompei ed Ercolano alle origini del mito

L'ALLESTIMENTO

Un affresco esposto al Mann, il satiro recuperato dai depositi e, accanto, la sala

Ugo Cundari

La mostra inaugurata ieri al Mann racconta come nacque il mito delle città sepolte dall'eruzione del Vesuvio. In programma fino al 30 settembre, «Ercolano e Pompei. Visioni di una scoperta» è stata organizzata in collaborazione con il museo m.a.x. di Chiasso. «Questa esposizione ci fa capire perché a distanza di trecento anni il mito di Pompei ed Ercolano sia rimasto inalterato, anzi si sia rafforzato», dice Paolo Giulierini, direttore del Nazionale. «In particolare la nostra curiosità è stata cercare di svelare i meccanismi attraverso i quali la scoperta dei grandi siti archeologici campani ha influenzato intellettuali e artisti, dal Settecento sino agli albori del Novecento».

In esposizione trecento opere tra lettere, taccuini, disegni, matrici, gouache, reperti conservati nei depositi del museo, tra cui la statuetta di un satiro tornata visibile dopo più di un secolo di oblio. In una postazione di primo piano anche il plastico della casa del poeta tragico, restaurato per l'occasione. C'è anche il celebre anello di re Carlo di Borbone, con la pietra incastonata proveniente dai primi ritrovamenti di Pompei, lasciato a Napoli dal sovrano prima di partire per tornare in Spagna. Accompagnò il suo gesto, dicendo: «Questo anello appartiene al popolo». C'è la prima raffigurazione cartografica di Pompei ad opera del naturalista-botanico François de Paule Latapie e, poco distante, riunite per la prima volta, tre piante di Pompei ed Ercolano firmate dall'ingegnere svizzero Karl Jakob Weber. Il taccuino con disegni acquerellati e annotazioni del nobiluomo inglese William Gell, i diari di scavo dei primi addetti ai lavori, ancora consultati dagli archeologi contemporanei,

UN VIAGGIO NELLA STORIA E NELL'ARTE PER CAPIRE COME TRECENTO ANNI DOPO L'INTERESSE SIA SEMPRE PIÙ VIVO

cartoline, libri antichi e moderni con le più significative citazioni, foto private e del museo. Grazie a questi documenti si coglie anche il passaggio di scala nella percezione di Pompei. Agli inizi dell'Ottocento l'interesse non sarà più rivolto solo ai singoli oggetti e monumenti, ma alla città nella sua interezza. Alla vita quotidiana che vi si teneva. Alle abitudini di quel popolo in quella determinata epoca. Altro cambio di passo nella percezione di Pompei tra la fine dell'Ottocento e gli inizi del Novecento, è l'apparizione delle cartoline che raffigurano i calchi degli uomini e delle donne trovate sotto la cenere, e che erano prodotti per andare incontro

al gusto delle prime ondate di turismo di massa.

«Abbiamo riunito carte e oggetti che hanno segnato la storia degli scavi di Pompei ed Ercolano, la loro fortuna, la riuscita della loro suggestione, la loro interpretazione. Possiamo rivivere da chi fu testimone di quei tempi la sorpresa nel vedere che dalla polvere venivano fuori uomini e cose, e poi renderci conto di come l'eco di queste scoperte si diffondesse in poco tempo in tutta Europa», dice Maria Rosaria Esposito, curatrice della mostra insieme a Nicoletta Cavadini e Pier Giovanni Guzzo. «Dietro la fama di queste città ci sono artisti, scienziati, architetti, tecnici che hanno scritto e disegnato, ma soprattutto si sono interrogati».

Ad accompagnare l'esposizione anche il libro *Visioni di una scoperta. Otto racconti su Ercolano e Pompei* (Dante&Descartes) in cui alcuni scrittori, tra cui Théo Ananissou, Gaston-Paul Effa, Mamadou M. N'Dongo, Gael Octavia, José Vicente Qui-rante Rives, si sono fatti ispirare guardando, con gli occhi del presente, l'eredità viva delle rovine delle grandi città vesuviane.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

