



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



LA CONCORRENZA FA BENE ALLA SANITÀ LE REGIONI NON SIANO DI OSTACOLO

 Con tutti i suoi limiti, il nostro servizio sanitario nazionale ha almeno un pregio. L'infrastruttura federalista lascia a ogni Regione la libertà di provare a offrire le cure mediche a proprio modo. Simmetricamente, il cittadino è libero di scegliere il proprio luogo di cura. Ciò non permette soltanto ai malati di cercare il conforto della propria famiglia, qualora vivano distanti. Ma «premia» con pazienti e, dunque, risorse, chi offre un servizio migliore.

Anche questa larvata forma di competizione è un processo d'apprendimento. Idealmente, in un contesto nel quale i pazienti «votano con i piedi», i fornitori dei servizi dovrebbero copiare gli uni dai successi degli altri. Da questa capacità di migliorare dipende la sostenibilità del sistema nel lungo periodo. Sfortunatamente, le burocrazie tendono a imparare con più difficoltà degli esseri umani in carne ed ossa.

Soprattutto se possono ricorrere a delle scorciatoie. Con il decreto commissariale 156, la Regione Campania sta dando corso a una disposizione già prevista dalla finanziaria regionale dello scorso anno. I pazien-

ti che desiderano fruire di cure mediche in un'altra Regione dovranno infatti richiedere espressa autorizzazione alla loro Asl (presso ciascuna sarà disposta un'apposita commissione).

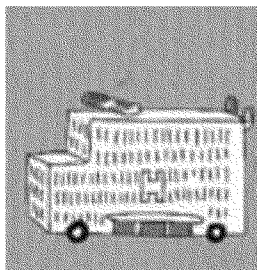
La misura per ora è limitata ad alcune prestazioni (di tipo oculistico e ortopedico), ritenute a rischio inappropriatezza. Dal punto di vista del governo regionale, è un comprensibile tentativo di frenare il drenaggio di risorse.

Se l'esperimento avesse successo, e venisse esteso anche ad altre patologie e altre Regioni, il paziente perderebbe di fatto la libertà di scegliere il luogo di cura: essa diverrebbe, al massimo, una gentile concessione. La limitata concorrenza fra Regioni e strutture ospedaliere si ridurrebbe ulteriormente.

E perché mai disturbarsi a cercare di far meglio, se i pazienti sono, a tutti gli effetti, mie proprietà? È importante risanare le finanze regionali. Attenzione però a un sollievo a breve termine che mette a rischio, nel lungo, la qualità delle cure che ciascuno di noi può ricevere.

Alberto Mingardi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CONC

CAMPAGNA INFORMATIVA

Farmaci generici, tutti i vantaggi

Incontri per scoprire i vantaggi dei farmaci generici e informare i cittadini, soprattutto i più anziani. Ha fatto tappa a Napoli la campagna informativa "Alla scoperta dei farmaci generici". Promossa dall'azienda Myla, in collaborazione con Federanziani, l'iniziativa ha messo i medici di famiglia a disposizione dei cittadini, ieri in piazza Trieste e Trento. Lo scopo: dare informazioni e sciogliere i dubbi sui farmaci generici. La campagna è arrivata a Napoli dopo l'avvio in Puglia, a Bari. Dopo, sarà la volta di altre città italiane: Firenze, Roma, Milano, Torino e Verona. «Ad oggi in Italia sono ancora in molti a non comprendere il possibile vantaggio e valore dei farmaci generici - spiega Cinzia Falasco Volpin, amministratore delegato di Mylan Italia - non sono a conoscenza del fatto che sono farmaci del tutto simili a quelli di marca. Contengono lo stesso principio attivo, hanno la stessa via di somministrazione e il principio attivo viene assimilato e reso disponibile nell'organismo con simile velocità ed entità. La popolazione ha inoltre bisogno di essere informata sui possibili vantaggi economici che i farmaci generici consentono».

LA SOSPENSIONE

“Tagli all’Inps, cancellate le visite fiscali”

L'ALLARME DEI MEDICI: MILLE
POSTI DI LAVORO A RISCHIO

L'allarme è lanciato dalla Federazione dei medici di famiglia, il sindacato professionale più importante della categoria. Con una lettera inviata ai dirigenti dell'Inps e al Ministero del Lavoro, la Fimmg lamenta la decisione di sospendere le visite mediche domiciliari di controllo richieste d'ufficio. Con il rischio di perdere 1000 posti di lavoro.

“Alle nostre organizzazioni - si legge nella lettera - risulta che l'Ente, in ottemperanza alle richieste di riduzione della spesa (*spending review*) degli Enti pubblici di previdenza, abbia già formalmente provveduto a rendere operativa a far data dal 1 maggio la sospensione delle visite mediche di controllo domiciliare disposte d'ufficio lasciando operative solo quelle richieste dai datori di lavoro”. Con questa decisione, infatti, l'Inps intenderebbe risparmiare una spesa che verrebbe considerata “non obbligatoria”. La Fimmg fa però notare che in questo modo l'Inps “rinuncia a svolgere il proprio ruolo sociale”. Non è difficile immaginare, in effetti, la soddisfazione di tanti lavoratori pubblici e privati che lucrano sui riposi di malattia e che in questo modo sarebbero del tutto introvabili. Secondo la decisione, infatti, solo quando a chiedere la visita fiscale sono i datori di lavoro i medici si mettono in azione.

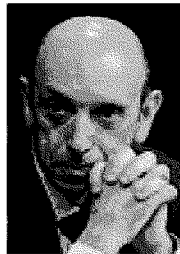
Questa decisione, ribadisce la Fimmg, “non farà altro che determinare, nel breve tempo

un consistente aumento dell'attuale spesa per l'indennità di malattia, in quanto le visite mediche di controllo hanno da sempre rappresentato un elemento cardine del contenimento del costo di questa voce del welfare e nella lotta all'abuso dell'assenteismo”.

Secondo il sindacato dei medici “l'eventuale crescita, anche di solo 1-2 decimali di punto della percentuale di assenteismo, comporta un aumento della spesa di gran lunga superiore a quanto l'Inps ha speso nel 2012 per le visite mediche di controllo”.

Il servizio, infatti, è assicurato da medici incaricati dall'Ente previdenziale che svolgono questa attività in modo prevalente. Anche perché devono sottostare a incompatibilità previste dalla legge. Ogni medico deve svolgere almeno 21 visite settimanali. In queste condizioni, la soppressione del servizio potrebbe portare al licenziamento di circa mille medici. La Fimmg ha chiesto un incontro al ministro del Lavoro Enrico Giovannini.

s.c.



LA CONTROVERSA
DELLA
SETTIMANA

Perché investire in ricerca aiuta la ripresa

Gli Stati Uniti hanno portato al 2,5 per cento la crescita dell'economia nel primo trimestre. Anche grazie alla spesa delle imprese per lo sviluppo che per la prima volta entra nella contabilità del pil e lo rende più grande del 2 per cento.



Domenico Lombardi*

IN 3 ANNI CREATI 6,5 MILIONI DI POSTI DI LAVORO

Gli ultimi dati sullo stato di salute dell'economia americana mostrano alcune sorprese e tendenze importanti. Secondo le prime stime rese note la scorsa settimana, il pil è cresciuto del 2,5 per cento nel primo trimestre dell'anno. Nell'ultimo quarto del 2012 la crescita era stata solo dello 0,4 per cento riflettendo un aggiustamento delle scorte e una contrazione significativa di alcune poste del bilancio federale, in particolare nel comparto della difesa.

Sebbene si tratti di un dato preliminare soggetto a revisioni nei prossimi mesi, l'accelerazione nella prima parte dell'anno, pur al di sotto delle aspettative, appare confermare che l'economia Usa si muove su un sentiero di moderata crescita sospinta dalla favorevole dinamica di consumi e investimenti. Questi ultimi riflettono il maggior vigore della domanda privata irrobustita dal progressivo miglioramento della situazione occupazio-

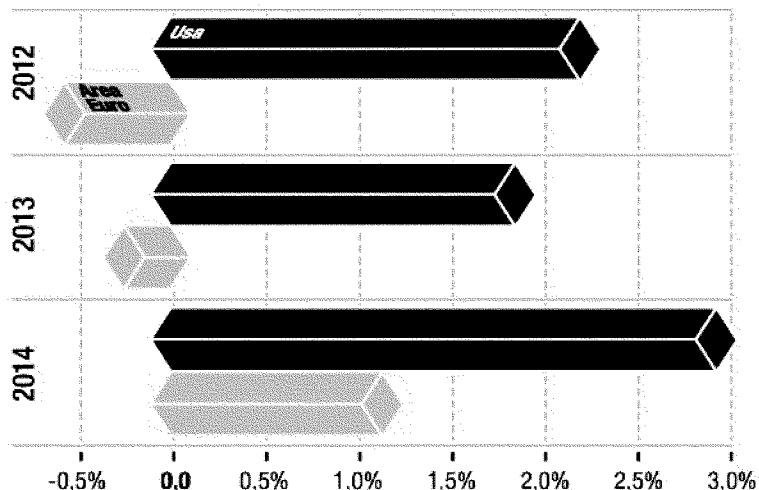
nale. Negli ultimi 3 anni, il settore privato ha generato qualcosa come 6,5 milioni di nuovi posti di lavoro. Persino il settore finanziario è tornato a contribuire alla crescita del valore aggiunto, elemento che sembra confermare l'inversione di tendenza manifestatasi già nell'ultimo trimestre dell'anno passato. Le migliori condizioni nel mercato del credito, il favorevole andamento dell'occupazione e il ridimensionamento dello stock di abitazioni residenziali disponibili stanno alimentando una risalita del mercato immobiliare.

A fronte della favorevole dinamica nella domanda privata, il bilancio federale continua a moderare lo slancio dell'economia contribuendo negativamente a causa dei tagli lineari di spesa entrati in vigore nell'ambito del «sequester» delle poste di bilancio messo in opera dal Congresso. Nel complesso, forse scontando un accordo tra l'amministrazione e il Congresso per il rientro del «sequester», l'indice elaborato da policyuncertainty.org conferma una diminuzione del grado di incertezza percepito dagli operatori economici nel primo trimestre, fornendo ulteriore trazione alle attese di crescita, pari ad almeno il 2 per cento per l'anno in corso e al 3 per il 2014.

La favorevole tendenza congiunturale potrebbe far passare in secondo piano il sostanziale sforzo di adeguamento, da parte dell'agenzia statistica americana Bea, della contabilità nazionale agli standard internazionali aggiornati sotto l'egida delle Nazioni Unite. A partire dal luglio prossimo, l'economia Usa sarà di circa il 3 per cento più grande, in seguito alla revisione di alcune poste, tra cui le spese in ricerca e sviluppo che verranno retroattivamente incluse tra gli investimenti. Queste ultime, da sole, faranno lievitare il pil di oltre il 2 per cento, confermando il ruolo che questa moderna forma di investimenti svolge nell'economia. In Italia, la ricerca e sviluppo è poco più dell'1 per cento del pil, un risultato che la rende fanalino di coda fra le economie avanzate. ■

* direttore del dipartimento di Economia globale presso il Center for international governance innovation (Cigi) di Waterloo, Canada

L'andamento del Pil negli Usa e nell'area euro secondo il Fondo monetario internazionale.





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Sanità

Mennitto nuovo direttore amministrativo dell'Asl Bn1

Antonio Mennitto 48 anni è il nuovo direttore amministrativo dell'Asl Bn uno. Lo ha nominato ieri mattina il direttore generale Michele Rossi. Mennitto da alcuni anni ricopre l'incarico di responsabile del settore legale dell'Asl. Un incarico che continuerà a ricoprire (per il duplice incarico non vi sarà doppia retribuzione).

Il posto era vacante perchè nel mese di dicembre il direttore generale dell'Asl Michele Rossi aveva notificato la revoca dell'incarico al direttore amministrativo Felice Pisapia, salernitano di 43 anni. In precedenza nel mese di luglio, Michele Rossi aveva presentato una denuncia sostenendo che dal computer del direttore amministrativo dell'Asl potevano essere partiti mandati di pagamento non conformi e soprattutto non rilasciati dal titolare della funzione.

E su questa vicenda sono tutto in corso indagini da parte della Guardia di Finanza e della Procura della Repubblica coordinate dal sostituto procuratore Tartaglia Polcini.



+

Vicenda ospedale. Nuovo dispositivo dopo lo stop dell'Asl ai ricoveri ordinari

Agropoli, il Tar ferma Squillante

Agropoli. Nuovo stop ai provvedimenti dell'Asl Salerno. Il Tribunale amministrativo regionale, infatti, con decreto cautelare ha disposto la sospensione dell'atto del direttore generale Squillante che prevedeva il blocco dei ricoveri presso l'ospedale civile di Agropoli dall'1 maggio

SERVIZIO A pag. 27

Ospedale di Agropoli. Potranno continuare ad essere effettuati Blocco dei ricoveri, stop dal Tar

Denuncia del sindaco Alfieri: "I politraumatizzati trasportati in altri nosocomi"

Agropoli. Nuovo stop ai provvedimenti dell'Asl Salerno. Il Tribunale amministrativo regionale, infatti, con decreto cautelare ha disposto la sospensione dell'atto del direttore generale Antonio Squillante che prevedeva il blocco dei ricoveri presso l'ospedale civile di Agropoli a partire dal primo maggio. Lo stesso Tar ha stabilito che l'udienza prevista per il 19 giugno è stata anticipata al 5 giugno. Soddisfazione per tale decisione dei magistrati amministrativi è stata espressa dalla Direzione Aziendale dell'Asl Salerno che depositerà la relazione richiesta entro il 31 maggio così come disposto dalla precedente ordinanza del Tar. E circa l'ordinanza emessa ieri dal Tar di Napoli, l'Asl Salerno precisa che "tale ordinanza del Tribunale Amministrativo interessa esclusivamente il Pronto Soccorso ed i ricoveri in urgenza ma non interviene in ordine al provvedimento assunto nei giorni scorsi dal Direttore Generale che vietava il blocco dei ricoveri in regime di elezione che pertanto si conferma che non potranno essere effettuati..

Intanto il primo cittadino di Agropoli, Franco Alfieri, interviene sulla gestione del servizio di emergenza 118: "E' da alcuni giorni che stranamente politraumatizzati non vengono trasportati al Pronto Soccorso di Agropoli, ma dirottati in altre strutture, addirittura prive di reparti quali la rianimazione. Un caso, un disguido, una strategia? Non si sa. Il tutto, però, mette in pericolo la vita delle persone. Si sta superando ogni limite con tentativi maldestri e pericolosi". Vicenda già denunciata anche da alcuni familiari di persone che hanno avuto bisogno di ricorrere al servizio di emergenza 118.

"Ad oltre un mese dalla richiesta di incontro avanzata da parlamentari, consiglieri regionali e sindaci, per discutere sulla vicenda dell'Ospedale di Agropoli, ancora non abbiamo avuto riscontro da parte del presidente della Regione Campania Stefano Caldoro, sordo e indolente alle esigenze del nostro territorio", conclude il sindaco Franco Alfieri. Convocare un tavolo di concertazione con i sindacati e sospen-

dere ogni iniziativa nell'ambito sanitario, a cominciare dalla chiusura dell'ospedale di Agropoli. Lo chiede la Cgil in una nota inviata all'Asl.

"Nel ritenere irricevibile e impraticabile il tentativo di razionalizzare, chiudere o modificare singoli elementi organizzativi dell'ASL Salerno (Presidi, distretti o altri), ritenendo tali tentativi forieri di campanilismi, territorialismi di per se negativi per qualsiasi tentativo di discussione o concertazione; nel continuare a ritenere utile e fondamentale, così come raccomandato anche dal Commissario Caldoro, - scrive la Cgil - nelle linee guida sugli atti aziendali, una concertazione complessiva e condivisa la Cgil chiede di sospendere qualsiasi iniziativa frammentaria e isolata, a cominciare dalla chiusura del Presidio di Agropoli e di convocare con urgenza un tavolo di concertazione con le Organizzazioni Sindacali provinciali e confederali su tale argomento e di condividere le scelte riorganizzatrici anche con gli enti territoriali".

gia.mur.

I casi Diktat del tribunale amministrativo: Caldoro e Pasquino s'incontrano entro 10 giorni per il manager a Salerno

Sanità, il Tar boccia l'Asl e la Regione Ruggi, stop all'incarico della Lenzi. Agropoli: sì ai ricoveri all'ospedale

SALERNO — Doppio colpo del Tar, il Tribunale amministrativo regionale, alla sanità salernitana. Ieri la sezione di Napoli ha bocciato, ed è la seconda volta, l'Asl e la Regione consentendo nuovamente i ricoveri all'ospedale di Agropoli. Mentre la sezione di Salerno, invece, ha accolto il ricorso dell'Università contro la proroga dell'incarico a Elvira Lenzi — per 45 giorni — alla direzione generale dell'ospedale Ruggi. Per il nosocomio cilentano è una nuova speranza di sopravvivenza dopo la delibera di chiusura, prodotta dal manager dell'Asl Antonio Squillante sulla scorta del piano di rientro sanitario predisposto dalla Regione. Il ricorso è stato presentato dal comune di Agropoli e sostenuto dalle amministrazioni di Santa Maria di Castellabate e Torchiara. E il tribunale amministrativo ha sospeso con efficacia immediata il provvedimento dell'Asl.

La sentenza ha, naturalmente, scatenato immediate polemiche. Il primo ad aprire il fuoco di fila contro Palazzo Santa Lucia è stato il sindaco di Agropoli. «Caldoro sordo e indolente rispetto alle richieste del territorio — ha detto il primo cittadino — da un mese gli è stato chiesto un incontro, sollecitato da istituzioni, parlamentari e cittadini, ma lui non risponde». Lo stesso provvedimento è, però, letto in maniera diversa dai vertici dell'Asl. A cominciare dal manager Antonio Squillante. Per il quale non si tratta di una bocciatura. «Io avevo bloccato solo i ricoveri ordinari —

spiega Squillante — il tribunale parla di pronto soccorso e non capisco perché. Ho dinanzi a me la sentenza che non fa riferimento alcuno alla mia nota di fine aprile. Certamente per adottare tale sospensione il tribunale avrà avuto dati ed elementi non rispondenti a quelli dell'Azienda». Nel frattempo, però, bisognerà attendere il 5 giugno per avere la sentenza definitiva del Tar sull'altro ricorso: quello relativo alla chiusura definitiva del plesso ospedaliero.

Sull'altro fronte, quello dell'ospedale Ruggi di Salerno, la situazione non è meno frenetica. Il Tar ha definitivamente detto no alla proroga di 45 giorni, con scadenza a giugno, dell'incarico alla manager del nosocomio: Elvira Lenzi. E ha intimato alla Regione di trovare subito - «nel termine perentorio di dieci giorni dalla data di notificazione del decreto» - l'intesa con l'Università per scegliere il nuovo direttore generale dell'Azienda ospedaliera Ruggi d'Aragona così come previsto dalla normativa vigente. Poi saranno disponibili solo altri dieci giorni per l'insediamento del nuovo direttore generale. Perché il Tar ha anche stabilito che prima dell'ultima settimana di maggio la Lenzi decadrà definitivamente dal suo incarico e la delibera di proroga dell'incarico della Regione Campania non avrà più alcuna validità. L'incontro tra Caldoro e Pasquino, per il Ruggi, davvero non è più procrastinabile.

Re. Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Strutture

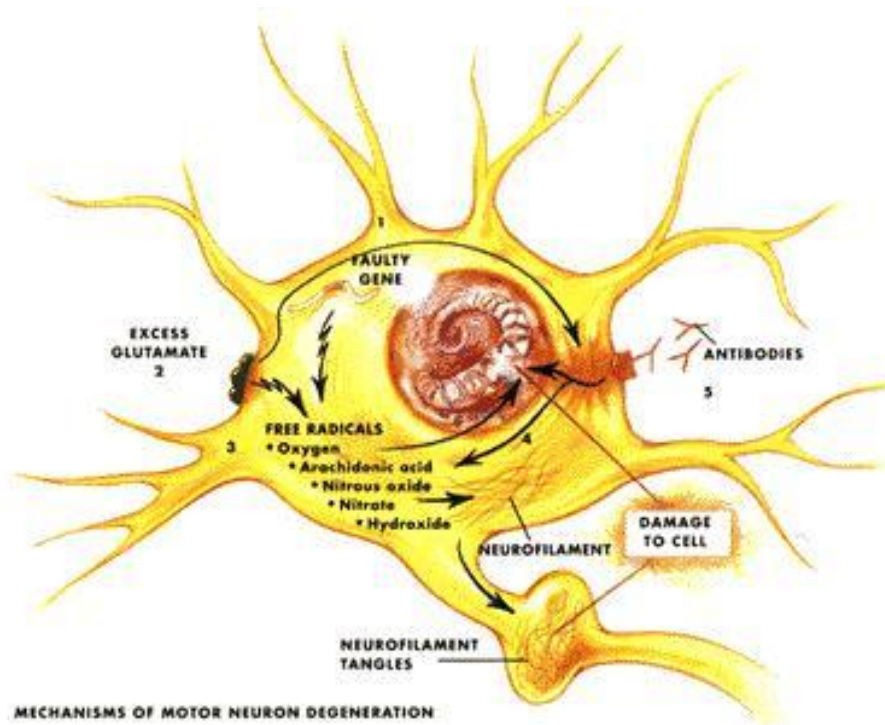
Nella foto grande, una veduta dell'ospedale di Salerno, San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona. In alto, l'ospedale di Agropoli, al centro di aspre polemiche





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Ore 9,30 - Napoli, Centro Congressi Federico II, via Partenope 36

Osteonecrosi: il punto al convegno Sotimi

E' in corso da ieri, per concludersi sabato 4 maggio, il 106° Congresso Sotimi 2013, sotto la guida scientifica del professore Francesco Sadile, primario dell'AOU "Federico II" e direttore della Scuola di Specializzazione di Ortopedia e Traumatologia dell'Università degli Studi di Napoli, Federico II. Il congresso ruoterà attorno a due temi principali: le osteonecrosi, delineando lo stato dell'arte delle cure e ipotizzandone gli scenari futuri, e i trattamenti biologici e protesici in ortopedia. *(servizio a pagina 25)*

Ortopedici, congresso della Sotimi Trombetti: Più fondi alle scuole

La formazione, sia tecnico-scientifica universitaria sia manageriale e gestionale, sono le uniche strade - per la sanità italiana - per tenere il passo dell'Europa e del mondo sulla qualità dei servizi per la salute e soprattutto per la sostenibilità del servizio sanitario.

Lo dicono a chiare lettere gli addetti ai lavori intervenuti ieri all'apertura dell'edizione n. 106 del convegno Sotimi (Società di Ortopedia e traumatologia dell'Italia meridionale ed insulare).

A guidare i lavori scientifici è **Francesco Sadile**, direttore del dipartimento di scienze chirurgiche ortopediche, traumatologiche ed emergenze dell'Università degli studi di Napoli Federico II.

Una risposta al nodo dei tagli previsti dalla Spending review alle scuole di specializzazione (500 in meno in Italia, 34 in Campania di cui due, una per Ateneo, in Ortopedia) giunge dall'assessore regionale alla Ricerca scientifica **Guido Trombetti** che da ex rettore si impegna a trovare la strada per mettere nel piatto i 3,4 milioni che servono per recuperare quel 10 per cento di finanziamenti finiti sotto la scure dei tagli decisi dal governo nazionale.

La formazione

A dare man forte alla tesi della formazione come chiave per tenere ferma la barra della qualità e per elevare la competitività della sanità italiana sono intervenuti **Giovanni Persico**, direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria Federico II, **Maria Triassi**, ordinario di igiene presso lo stesso Ateneo, **Lucio Annunziato** presidente della scuola di Farmacologia (quello che una volta era chiamato preside) e in remoto, con un clip preregistrato **Luigi Nicolais**, presidente del Cnr che ha rievocato la figura di **Nicola Misasi** con il quale Nicolais ha a lungo collaborato per le messa a punto di nuove protesi grazie all'utilizzo di materiali innovativi.

Oggi fari sulle oosteonecrosi

Oggi presso il centro congressi di via Partenope della Federico II la seconda giornata di lavori con la parte squisitamente scientifica. "Il congresso - spiega Sadile - ruota attorno a due temi principali: le osteonecrosi, delineando lo stato dell'arte delle cure e ipotizzando gli scenari futuri, e i trattamenti biologici e protesici in ortopedia. "Il primo tema - avverte Sadile - nasce dalla necessità di tracciare il punto sulle tecnologie di diagnosi corrente,



come la risonanza magnetica nucleare, e il valore delle nuove tecnologie biomediche di trattamento, come le onde d'urto, i fattori di crescita e le cellule staminali adulte. Il secondo invece - spiega il docente - è collegato strettamente al primo, cerca di fare il punto su tutte le esperienze maturate negli ultimi 10-15 anni in tema di pre-artrosi e artrosi di anca secondaria ad evoluzioni, a volte non ben spiegate, di osteonecrosi, apparentemente benigne, della testa del femore". L'obiettivo è fare luce su una patologia forse ancora non conosciuta in tutte le sue implicazioni: "C'è un'urgenza di chiarezza su questa patologia, nella quale spesso viene confuso il concetto di necrosi con quello di alterata rivascolarizzazione" afferma il presidente del congresso della Società di ortopedia e traumatologia dell'Italia meridionale e insulare

I quesiti scientifici

Per osteonecrosi o necrosi ossea si intende universalmente la morte del tessuto osseo con crollo strutturale e artrosi precoce secondaria. Tra le cause che portano a tale condizione, ce ne sono alcune ben note, mentre altre, la maggior parte, sono di natura idiopatica. Mentre le prime sono piuttosto secondarie a traumi o fratture - come nel caso dello scafoide carpale, della testa del femore e dell'astragalo - o a malattie come le tesaurisismi o da cellule falciformi, ove la etiopatogenesi è ben comprensibile e la prognosi ben valutabile, le altre, più numerose, sono per lo più riconducibili a disturbi del metabolismo in generale come l'ipercolesterolemia, l'alcolismo, il carico endogeno (Cushing) o terapeutico di cortisone o di altre sostanze non ancora note.

"Sul piano diagnostico, è d rimarcare lo scarso

contributo dell'esame clinico e anamnestico e della valutazione del dolore prima, durante e dopo la decisione terapeutica.

La radiologia

Sul piano dell'imaging radiografico, insieme alle radiografie standard, inefficaci nei primi stadi della necrosi, la Rnm costituisce il gold standard anche perché è in grado di poter disegnare con precisione, nei tre piani dello spazio, l'area di necrosi, e quella reattiva, con una percentuale molto bassa di falsi negativi".

Tra gli approcci terapeutici moderni ed efficaci delle necrosi dell'osso, il primo

è costituito dal forage o core-decompression con o senza tessuto spongioso autoplastico. L'effetto rivascolarizzante si mostra anche dopo interventi isolati di osteotomie di centramento o di direzione. Gli altri, senza una precisa cronologia temporale, si possono riassumere in conservativi e chirurgici. I primi sono costituiti dalla terapia con acido acetilsalicilico a basse dosi (100 mg pro die), dall'applicazione delle onde d'urto e di stimolatori biofisici.

Le opzioni del chirurgo

Quelli più invasivi sono costituiti dai trapianti di perone vascularizzato mentre i più testati attualmente sono i fattori di crescita come il Prp (pappa piastrinica prodotta da prelievi ematici sullo stesso paziente nell'immediatezza dell'intervento chirurgico) e le cellule staminali, di origine mesenchimale (MSC), presenti in vari distretti ossei umani. Oggi, sotto studio, sono quelle cellule staminali prodotte, in maniera pare molto abbondante e mini-invasiva, a partenza dal tessuto adiposo.

In caso di fallimento di una qualsiasi opzione terapeutica di tipo biologico non c'è che da considerare una sostituzione protesica parziale o totale per ridare funzionalità, senza dolore, all'articolazione affetta dall'evento necrotico. "Al momento attuale, da una accurata metanalisi della letteratura, che verrà presentata appunto durante i lavori congressuali da giovani ricercatori in formazione presso l'Università "Federico II" di Napoli, emerge che sul piano terapeutico la core decompression, con tutte le sue varianti tecniche sia nel senso del diametro del tunnel sia del loro numero o di altro, come quella di lavare la zona circostante il prelievo di carota ossea. •••

LA VITA VERA

C'è un gene che spazza via il colesterolo cattivo (e forse diventerà un farmaco)

La rivista *Nature*, che gli ha dedicato quattro pagine, lo ha definito «il gene più hot del momento». Entusiasmo giustificato: chi ha la fortuna di possedere la forma mutata del gene PCSK9 ha un colesterolo «cattivo» (l'Ldl, il colesterolo a bassa densità, fattore di rischio per il cuore) invidiabilmente basso. Senza sforzi, senza fatica, senza dieta. Fra questi privilegiati c'è una donna afroamericana di 40 anni, Tracy Sharlayne, che all'Università del Texas è diventata una celebrità per medici e genetisti: i suoi livelli di colesterolo Ldl sono 14 milligrammi per decilitro, mentre la soglia considerata ideale dovrebbe essere sotto i 100. Per Tracy, come per un altro gruppo di persone che ha ereditato la stessa mutazione, il rischio di malattie cardiovascolari è, secondo gli esperti, del 90 per cento in meno rispetto al resto della popolazione.

Cosa fa di speciale il gene PCSK9? Nella forma normale ha un ruolo chiave nel regolare il colesterolo Ldl nel sangue, nella forma mutata ne causa una spettacolare riduzione. «In alcuni studi preliminari» scrive *Nature* «si è visto che molecole in grado di influire sul gene portano a una diminuzione dell'Ldl, in alcuni pazienti, anche del 70 per cento».

Per l'industria farmaceutica si apre un nuovo filone d'oro. Oggi, per abbassare il colesterolo, milioni di persone assumono le statine, ma per molti pazienti gli effetti collaterali sono pesanti, e in altri casi questi farmaci non sono poi così risolutivi. La prospettiva di avere un medicinale più sicuro ed efficace, capace di agire in modo mirato su un singolo gene, è estremamente allettante. Potrebbe essere la prossima pillola allunga-vita.

Nell'attesa, se i vostri esami del sangue vi danno da pensare, potete ragionarci su mentre vi muovete: gli ultimi studi (pubblicati su *Arteriosclerosis, thrombosis and vascular biology*) dicono che camminare ogni giorno a ritmo sostenuto abbassa il rischio colesterolo del 7 per cento. Non sarà un calo sensazionale come quello di Tracy Sharlayne, ma vale la pena provare.

(Daniela Mattalia)



QUELLO CATTIVO

Colesterolo Ldl: è costituito da lipoproteine a bassa densità, che trasportano il colesterolo dal fegato ai tessuti. Favoriscono la formazione di placche aterosclerotiche.
Soglia ideale: sotto i 100 milligrammi per ogni decilitro di sangue.

QUELLO BUONO

Colesterolo Hdl: è costituito da lipoproteine ad alta densità; prelevano il colesterolo dai tessuti e lo riportano al fegato. Ostacolano la formazione delle placche.
Soglia ideale: sopra 60 milligrammi per ogni decilitro di sangue.

SCENARI FRONTIERE

Il mondo diviso in magri, grassi e obesi

Aumentano i paesi, non solo quelli occidentali, dove la popolazione è sempre più «pesante», con un indice di massa corporea oltre 25. L'Italia? È sovrappeso, sia pure di poco. Ma, da noi, ad avere troppi chili in più sono soprattutto i bambini.

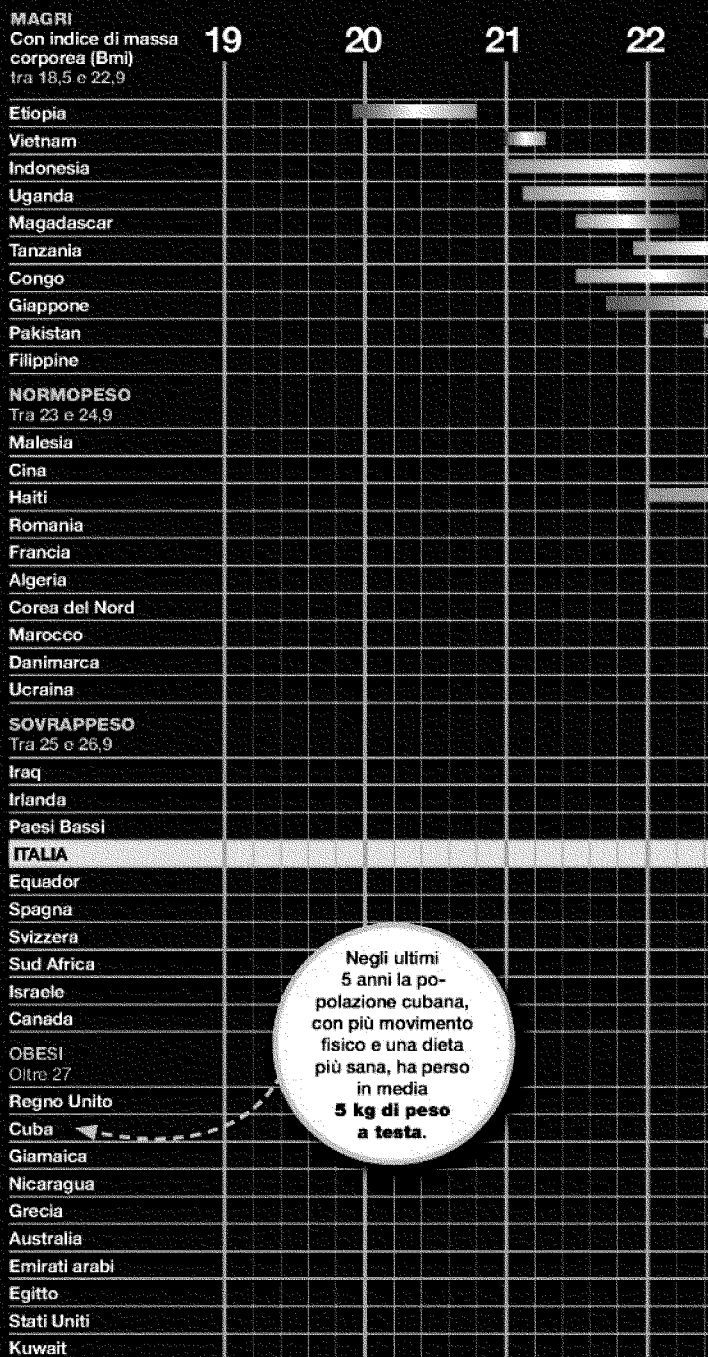
CALORIE BRUCIATE IN 10 MINUTI DI...



CALORIE ASSUNTE CON 100 GRAMMI DI...



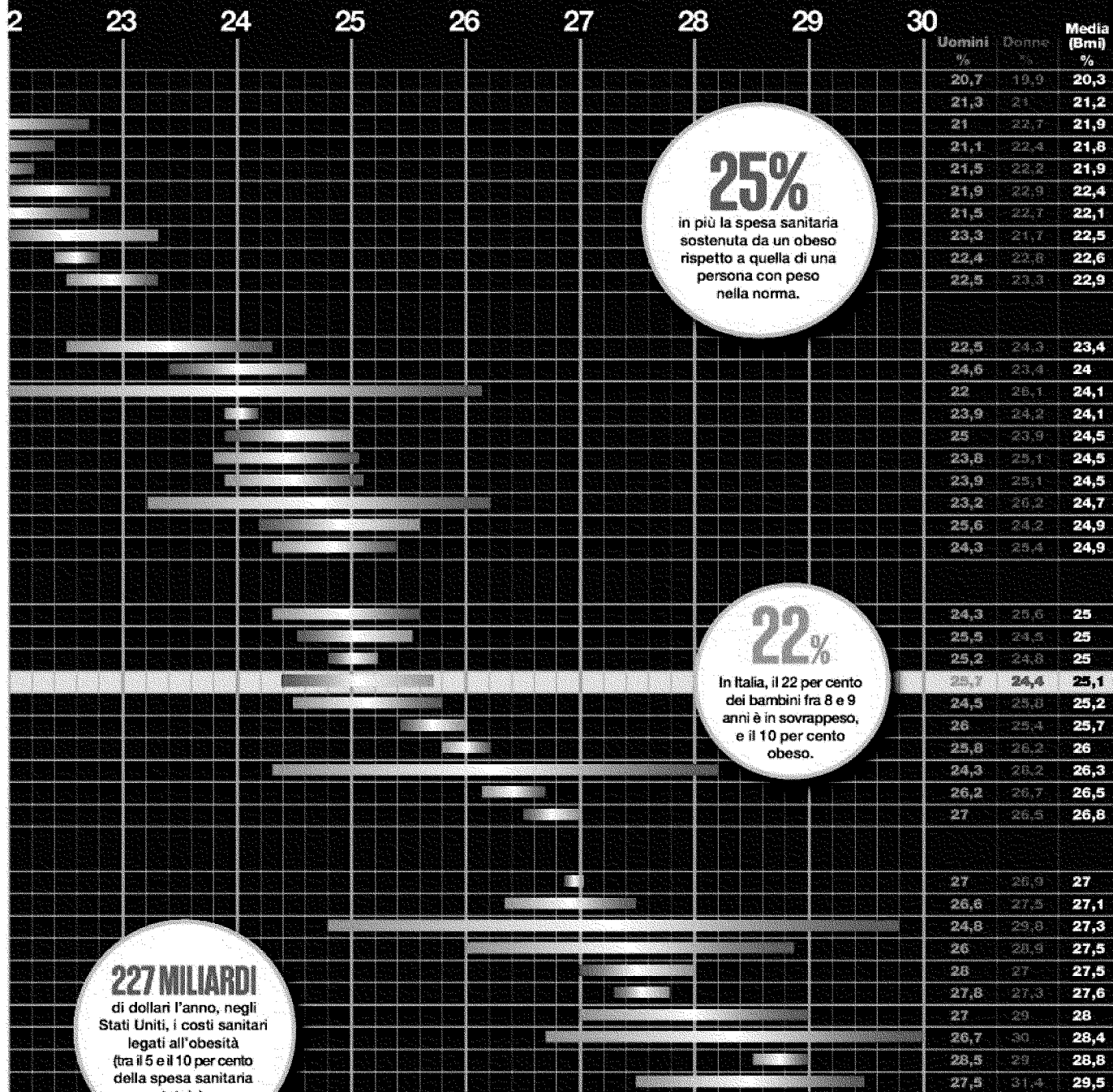
Fonte: Visual.ly



Negli ultimi 5 anni la popolazione cubana, con più movimento fisico e una dieta più sana, ha perso in media **5 kg di peso a testa.**

500 milioni

le persone obese al mondo. Nel 2015 potrebbero essere, secondo le stime, 700 milioni.



25%
in più la spesa sanitaria sostenuta da un obeso rispetto a quella di una persona con peso nella norma.

22%
In Italia, il 22 per cento dei bambini fra 8 e 9 anni è in sovrappeso, e il 10 per cento obeso.

227 MILIARDI
di dollari l'anno, negli Stati Uniti, i costi sanitari legati all'obesità (tra il 5 e il 10 per cento della spesa sanitaria totale).

Trachea ricavata da cellule staminali adulte trapiantata negli Usa a bambina di due anni

prima mondiale

L'intervento realizzato da un chirurgo italiano che lavora in Svezia
La piccola paziente era nata completamente priva dell'organo respiratorio

DI AMELIA ELIA

La piccola Hannah Warren è nata due anni e mezzo fa. Da allora ha sempre ha vissuto nel reparto di terapia intensiva di un ospedale di Seul, nella Corea del Sud, respirando attraverso un tubo inserito nella sua minuscola bocca. Hanna non poteva bere né mangiare da sola, impedita da quel corpo estraneo che non le ha mai permesso di pronunciare una parola e tantomeno di sorridere a mamma e papà. Perché Hanna non ha la trachea. O, sarebbe meglio dire, non l'aveva. A cambiare la sua vita è stata un'équipe internazionale di chirurghi che, negli Stati Uniti, ha condotto magistralmente un intervento mai tentato prima su un bimbo della sua età, impiantando alla piccola una trachea ottenuta con cellule staminali. La condizione di Hannah è estremamente rara, e si rivela fatale nel 99 per cento dei casi. I medici sono riusciti a ottenere un organo sostitutivo bio-artificiale utilizzando cellule staminali prelevate dal suo midollo osseo e poi coltivate in una provetta di plastica. La bambina è stata operata lo scorso 9 aprile al Children's Hospital of Illinois, e a tre settimane dall'intervento, durato oltre nove ore, sta bene, a parte qualche piccola complicazione post operatoria. Respira praticamente da sola, anche se – per adesso – attraverso un collegamento che sfocia nel collo e non direttamente in bocca. «In questi due anni abbiamo sognato di poter riportare la nostra piccola a casa, di poter essere una famiglia normale – ha confessato Darryl Warren, il

papà di Hanna, versando lacrime di sollievo – e non potremo mai ringraziare abbastanza chi ha trasformato il nostro sogno in una realtà».

A effettuare l'operazione, la sesta di questo genere ma la prima al mondo su un soggetto così piccolo, è stato l'italiano Paolo Macchiarini, l'inventore della tecnica. Il professore ha descritto al quotidiano *New York Times* lo sguardo sorpreso, quasi sconcertato, della bimba, quando ha visto che il tubo presente nella sua bocca non c'era più, e per la prima volta nella sua vita poteva chiudere le labbra. «È stato molto bello – ha commentato Macchiarini – ed è meraviglioso sapere che non sarà più prigioniera di un letto di ospedale ma potrà correre e giocare con la sua sorellina, divertirsi e condurre una vita normale».

L'organo trapiantato, riferisce il *New York Times*, è stato realizzato partendo da un tubo di materiale plastico immerso in una soluzione delle cellule staminali della piccola paziente. «Il trapianto su Hannah ha completamente cambiato il mio pensiero sulla medicina rigenerativa», ha detto Macchiarini, che ha eseguito anche gli altri cinque interventi simili a quello della bambina. Il chirurgo si è detto pronto a iniziare un vero e proprio test clinico sulla tecnica se otterrà il via libera dalla *Food and Drugs Administration*.

Un'operazione del genere richiede una lunga riabilitazione prima che il paziente possa respirare normalmente e, quando Hanna crescerà, avrà bisogno di una trachea più grande. Professore a contratto al

Karolinska Institute di Stoccolma, Macchiarini ha ottenuto anche un contratto triennale all'ospedale di Careggi di Firenze. Dallo scorso ottobre è oggetto di un'indagine da parte della magistratura fiorentina per le accuse rivolte da alcuni pazienti di aver suggerito ricoveri in cliniche private o straniere invece che nella struttura pubblica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La trachea da staminali

Fasi dell'intervento effettuato negli Usa su una bimba di due anni

- 1 Cellule staminali sono state prelevate dal suo midollo osseo e poi coltivate su di un'impalcatura di plastica
- 2 Le cellule si sono moltiplicate e hanno dato origine a una nuova trachea in meno di una settimana
- 3 Il nuovo organo è stato quindi implantato sulla piccola paziente che ne era nata priva

Grazie al trattamento con le staminali, l'organismo riconosce come proprie le cellule della nuova trachea evitando alla paziente l'assunzione di massicce dosi di farmaci immunodepressivi per scongiurare il rigetto del nuovo organo

ANSA-CENTIMETRI

Scienze **TUMORI**



Era il cancro degli uomini. Ma oggi colpisce la popolazione femminile. Ecco i due nuovi test per scovarlo. E per batterlo

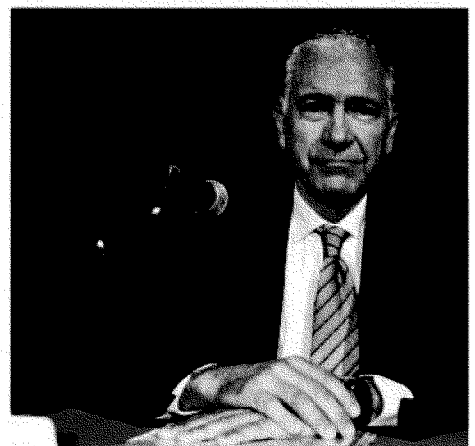
DI AGNESE CODIGNOLA

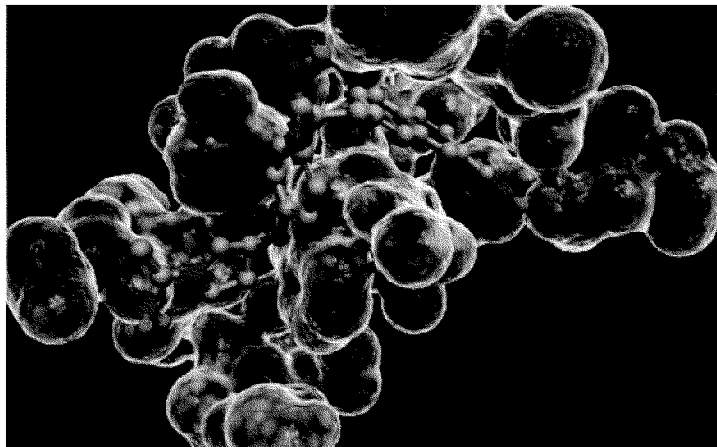
Attente ai POLMONI

Il sorpasso è previsto nel 2015. Quando, in Europa, le donne che moriranno a causa di un tumore del polmone saranno più di quelle che moriranno per un tumore al seno, che oggi ha ancora il tragico primato di oltre 89 mila decessi l'anno, contro 82 mila. Ma mentre le neoplasie delle mammelle sembrano sempre più controllabili, dalla diagnosi precoce e dalle terapie, quelle del polmone continuano a essere killer implacabili. Anche delle donne soprattutto a causa dell'abitudine al fumo, un tempo inopportuna per le signore, ma a partire da 20-30 anni fa diffusissima, e che adesso chiede il suo triste tributo.

Questo dato, pubblicato poche settimane fa sugli "Annals of Oncology" dai gruppi guidati dall'epidemiologo dell'Istituto Mario Negri e dell'Università di Milano Carlo La Vecchia e da Fabio Levi, dell'Università di Losanna, e che ha raccolto i dati di 27 paesi europei, fotografa quindi una situazione che, per il binomio polmone-donne, non è affatto rassicurante.

Le donne, tuttavia, rispetto agli uomini, possono avere qualche elemento di speranza in più, perché diagnosi precoce e nuove terapie stanno forse iniziando a scalfire in modo serio quella che fino a pochissimo tempo fa era una condanna certa. Spiega Ugo Pastorino, direttore della chirurgia toracica dell'Isti-





GRAPHIC DELL'RNA, ALLA BASE DEL NUOVO TEST DIAGNOSTICO PER IL POLMONE. SOTTO: UGO PASTORINO

Le terapie già disponibili

Chemioterapia. È imprescindibile anche nel caso si impieghino i nuovi farmaci. Non cura ma può rallentare la progressione, allungando la sopravvivenza. Ne esistono diversi assortimenti

Farmaci biologici. Sono diversi i nuovi farmaci utili per il polmone. Gefitinib ed erlotinib sono diretti contro una mutazione genetica (del cosiddetto fattore di crescita epidermico Egfr) presente nel 15-20 per cento dei malati. In sperimentazione c'è già

il rappresentante della seconda generazione, Afatinib. Appena arrivato è il Crizotinib diretto contro un gene (ALK) presente nel 10 per cento dei non fumatori e nel 4 dei fumatori. Infine il Bevacizumab che inibisce l'afflusso del sangue al tumore agendo contro il fattore di crescita vascolare-endoteliale Vegf.

Radioterapia. Può essere preferita all'intervento chirurgico e quasi sempre viene consigliata dopo la chemioterapia. Con gli strumenti più moderni può essere molto efficace.

tuto dei tumori di Milano, che da anni studia l'aspetto genetico di queste neoplasie: «Molte cose restano ancora da capire, ma tra gli approcci che potrebbero avere successo vi è senza dubbio quello basato sui cosiddetti micro RNA o miRNA, frammenti di materiale genetico misurabili nel sangue e caratteristici del tumore. Il dato da vero significativo è che, anche quando esami come la Tac spirale non mostrano assolutamente nulla, i test del miRNA segnalano già che sta succedendo qualcosa di negativo, e quindi anche che si deve intervenire o quantomeno controllare molto da vicino la situazione. Non solo. Questi frammenti di materiale genetico svolgono funzioni molto importanti nella crescita tumorale e potrebbero quindi essere bersaglio di terapie specifiche, che infatti sono già in studio».

Per ora l'Istituto dei tumori di Milano è l'unico ospedale che esegue questo test in persone a rischio e nell'ambito degli studi che sta conducendo, ma secondo Pastorino entro pochi anni l'esame - in fase di brevetto - diventerà routinario e servirà anche a dare maggiore specificità alla star degli ultimi anni, la Tac spirale. Che ha suscitato negli ultimi anni grandi polemiche alle quali ha posto fine in gennaio l'American Cancer Society che ha emesso nuove linee guida e indicato che i grandi fumatori sono invitati a sottoporsi alla Tac spirale a basso

dosaggio, ma ha anche ricordato che non ci sono dati sufficienti per consigliare l'esame a tutti. In Italia è in corso lo studio Cosmos 2, coordinato da Pier Paolo di Fiore e Giulia Veronesi e finanziato da Airc che, unendo Tac spirale e miRNA, dovrebbe fornire molte delle risposte attese.

Ma gli approcci innovativi non sono solo quelli che puntano sulla genetica. Michele Maio, direttore del centro di immunoterapia oncologica del Policlinico Le Scotte di Siena, crede nel potere degli anticorpi contro il tumore al polmone. Spiega Maio: «Stiamo sperimentando in tre studi sia l'anticorpo

monoclonale approvato per il melanoma, l'ipilimumab, sia altri simili, somministrati in associazione tra di loro o con la chemioterapia. E i primi risultati sembrano mostrare che l'aggiunta dell'anticorpo accresce la sopravvivenza». Gli anticorpi, sono diretti contro alcuni elementi che frenano il sistema immunitario impedendogli di difenderci dal tumore. «Togliendo il blocco», commenta Maio, «riusciamo a far sì che la risposta del paziente sia più adeguata».

Per quanto riguarda i farmaci tradizionali, il quadro si è fatto più articolato negli ultimi anni. Spiega Cesare Gridelli, primario della Divisione di oncologia dell'Ospedale Moscati di Avellino: «È di pochissimi giorni fa l'approvazione, anche in Italia, del crizotinib, un farmaco atteso da mesi, che funziona molto bene nei malati che hanno una mutazione specifica, di un gene chiamato ALK. La mutazione è presente circa nel 10 per cento di pazienti che non hanno mai fumato, spesso donne e giovani, e che sembrano rispondere meglio al farmaco». Quella delle donne non fumatrici, spesso giovani, che si ammalano anche senza aver mai toccato una sigaretta è una storia a parte che potrebbe fornire informazioni utili per tutti. Non si è ancora capito bene perché, ma queste pazienti (e in misura minore anche gli uomini in condizioni simili) sembrano rispondere in generale meglio dei fumatori alle nuove terapie: se si riuscisse a spiegare bene per quale motivo, si potrebbero fare ulteriori passi in avanti. E a ottenere così un'altra vittoria in una guerra che dura da decenni, ma che potrebbe presto imboccare una svolta decisiva. ■

Azalee in piazza

Seicentomila piantine di azalea vendute in oltre 3.000 piazze e negli istituti di ricerca dove lavorano oltre 600 ricercatori finanziati da Airc, per raccogliere circa 9 milioni di euro da destinare a progetti specifici sui tumori femminili. Questi i numeri della ventiquattresima edizione della giornata dell'Azalea in programma il 12 maggio. Quest'anno, oltre alla piantina, chi dona riceverà anche un opuscolo dedicato alla prevenzione e agli esami più adatti alla diagnosi precoce, le due armi che possono abbattere il rischio anche del 70 per cento. Per saperne di più: www.airc.it oppure 800 001 001.

12 MAGGIO

MILANO E CANCRO ALL'AMBITO

BENIAMO IL CANCRO SEMPRE PIÙ CURABILE AIRC

IL NUOVO SOSTEGNO DI COPERTURA IN PIAZZE, PER SAPERNE DI PIÙ: WWW.AIRC.IT - 800.001.001