



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## Assistenza

### Tumori, al via Rete regionale con gli ospedali

**P**arte la rete oncologica regionale. È stato infatti pubblicato il decreto che definisce i percorsi diagnostici e terapeutici per 13 patologie neoplastiche che insieme rappresentano il 70% dei tumori in Campania. Inoltre, il decreto approva i criteri di qualità per la refertazione anatomopatologica, per il trattamento di alcuni effetti collaterali dei chemioterapici e per l'esecuzione secondo modalità standard dei trattamenti radioterapici. Si tratta di documenti importanti prodotti nel segno del miglioramento della qualità dell'assistenza oncologica regionale. La realizzazione della Rete oncologica è uno degli obiettivi prioritari della amministrazione regionale e si realizza in collaborazione con la cabina di regia della Rete e il coordinamento della stessa dell'Istituto Pascale. Il decreto definisce dei tempi certi da parte di

tutte le aziende ospedaliere per il recepimento e l'applicazione dei percorsi che sono stati definiti. La cabina di regia della Rete metterà in campo ogni sforzo affinché i processi vengano implementati per tempo. «La piattaforma informatica della rete oncologica campana, implementata dagli informatici del Pascale — dichiara Attilio Bianchi, Direttore generale dell'Istituto — sarà lo strumento operativo per il corretto funzionamento dei percorsi e anche per valutarne l'efficacia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**ORDINI**

## **Ddl Lorenzin, entro aprile il 1° decreto**

**DI MICHELE DAMIANI**

Sarà emanato entro aprile il primo decreto attuativo della riforma delle professioni sanitarie (il cosiddetto Ddl Lorenzin, legge 3/2018). Il provvedimento riguarda l'art. 4 della disposizione, che modifica i criteri per la composizione dei seggi elettorali e le procedure di svolgimento delle elezioni per il rinnovo degli organi degli ordini. La notizia è emersa nel corso dell'incontro del 7 marzo scorso svoltosi presso il ministero della salute. L'incontro ha visto la partecipazione della Fnomceo (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri), della Fofi (Federazione ordini farmacisti italiani), della neonata Fnopi (federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche) e della Fnovi (federazione nazionale ordini veterinari). Le quattro federazioni invieranno a giorni le proprie osservazioni al ministero.

## ***Inps, stato di ricovero comunicato dal Ssn***

Sarà il ministero della Salute a comunicare all'Inps lo stato di ricovero dei titolari di indennità di accompagnamento, indennità di frequenza, assegno sociale e assegno sociale sostitutivo di invalidità civile. Grazie alla convenzione siglata dall'Istituto di previdenza con il dicastero, l'Inps acquisirà le informazioni in possesso di quest'ultimo sullo stato di ricovero, allo scopo di operare la verifica del diritto delle prestazioni nei confronti dei soggetti che non presentano la prevista dichiarazione di responsabilità e il controllo di veridicità delle dichiarazioni o certificazioni presentate. Il ricovero in strutture con oneri a carico del Ssn (di durata superiore a 29 giorni), infatti, implica la sospensione o la riduzione di alcune prestazioni erogate dall'Istituto. I dati acquisiti, sottolinea una nota dell'Inps, «permetteranno di ridurre gli adempimenti per i cittadini, in quanto le informazioni relative a ricoveri gratuiti - che attualmente sono trasmesse dagli utenti all'Inps tramite la presentazione del Modello Invalidità civile ricovero (Ieric) - saranno prese direttamente dal ministero della Salute all'Istituto. Questo consentirà all'Inps di risparmiare fino a 9 milioni all'anno, attualmente spesi per il servizio offerto dai Caf in relazione alla presentazione dei moduli Ieric. La semplificazione consentita dal protocollo, inoltre, faciliterà l'Istituto nel contrasto agli abusi».

## ► CORPO E ANIMA

### L'obesità è diventata una malattia culturale

È la patologia simbolo dell'Occidente opulento, eppure colpisce soprattutto i poveri. Sempre più libri e programmi televisivi ne parlano e alimentano pregiudizi e stereotipi che rendono difficile affrontarla seriamente e sconfiggerla una volta per tutte

*Problema sociale: C'è pure chi ne fa  
ne soffre chi non ha una questione  
soldi per palestre di diritti e combatte  
e alimenti sani l'«obesofobia»*

di FABRIZIO LA ROCCA

■ Nel generale impazzimento che sta attraversando il mondo occidentale, un posto a parte merita l'ossessione per il grasso corporeo e l'obesità. Vera malattia dell'Occidente opulento, quest'ultima, ma sempre più spesso riguardante le classi subalterne: mentre una volta era la magrezza a essere simbolo di povertà, dato che la miseria si accompagnava all'assenza letterale di cibo, oggi gli ultimi della scala sociale sono quelli che devono ricorrere al *junk food* (il cibo spazzatura), quelli che non hanno tempo e soldi per la palestra, laddove i membri delle élite economiche assoldano personal trainer e prendono d'assalto i negozi di cibo biologico e macrobiotico.

Ma sul tema si innestano poi tutta una serie di interdetti morali tipici del nostro mondo, oltre che derivate ideologiche che investono il corpo e i suoi usi politici, come abbiamo visto per esempio nel caso del gender. Una che ha fatto filotto di tutte le paranoie dell'epoca è Roxane Gay, scrittrice bisessuale, femminista, obesa e pure nera. Fisicamente ricorda un po' Andrea Dworkin, una delle femministe più estremiste dell'ambiente, anch'essa dotata di un corpo debordante. Fatti loro, ovviamente, anche se dopo Nietzsche sappiamo bene come ogni pensiero sia sempre «incarnato» in un corpo, di cui è figlio. Roxane Gay, poi, al tema ha dedicato un libro appena uscito anche in Italia: *Fame*. Sottotitolo: *Memorie del (mio) corpo*. Il problema dell'obesità vi è descritto in tutta la sua crudeltà: «Sono, forse, troppo

ossessionata da me stessa. Ovunque io sia, mi chiedo sempre come sono messa rispetto agli altri e che aspetto ho. Penso, sono la persona più grassa in questo palazzo. Sono la persona più grassa in questa classe. Sono la persona più grassa dell'università. Sono la persona più grassa in questo cinema. Sono la persona più grassa su quest'aereo. Sono la persona più grassa in quest'aeroporto. Sono la persona più grassa su quest'autostrada. Sono la persona più grassa di questa città. Sono la persona più grassa a quest'evento. Sono la persona più grassa a questa conferenza. Sono la persona più grassa in questo ristorante. Sono la persona più grassa in questo centro commerciale. Sono la persona più grassa in questa commissione. Sono la persona più grassa di questo casinò. Sono la più grassa. È un ritornello costante e distruttivo e non riesco a sfuggirgli».

Secondo un meccanismo piuttosto tipico, il problema alimentare nasconde in realtà un trauma infantile, in questo caso un terribile stupro di gruppo. Evento agghiacciante, certo, ma che porta tutto il discorso sui soliti binari moralisti della colpa e dell'espiazione, un po' come, in modo decisamente più pop, avviene in trasmissioni come *Vite al limite*, e in generale in tutta quella produzione prevalentemente americana che tende a indagare morbosamente le vite di pazienti in situazioni parossisti-

che, le cui condizioni fisiche nascondono però sempre dell'altro.

L'obeso, in questo quadro, è sempre in bilico tra l'essere vittima e l'essere colpevole, tra «la colpa è della società» e «vergognati, non stai facendo nulla per migliorare te stesso». Come se non esistesse nessun altro approccio alla cosa oltre alla schizofrenia etica occidentale.

Paradossalmente, mentre pullulano queste trasmissioni vittimizzanti, ma anche segretamente colpevolizzanti, verso gli obesi, nell'elenco delle fobie da combattere spunta anche la «fatphobia» o, in italiano, «obesofobia», con tanto di modelle pericolosamente sovrappeso, pudicamente definite «curvy», che pretendono di lottare contro presunti canoni estetici occidentali e, ovviamente, patriarcali, come se fossero i cattivi maschi bianchi ad aver stabilito che l'eccessivo peso corporeo sia collegato a una serie pressoché infinita di patologie anche gravi.

Da una parte, quindi, l'obesità si carica di significati morali tetri e angoscianti, dall'altro, semplicemente, si afferma che essa non esiste, che è un parametro culturale, che si può essere alti un metro e mezzo e pesare un quintale ma essere comunque bellissimi, sanissimi, felicissimi, magari anche campioni di pattinaggio artistico. E chi dice il contrario è un obesofobo. A me-

no che, si capisce, l'obeso in questione non sia qualcuno che, per qualunque motivo, stia sulle scatole al twittatore collettivo, all'editorialista collettivo, all'indignato collettivo.

A quel punto le cautele morali non servono più e la caccia al ciccone diventa lecita, se non addirittura un preciso dovere morale del politicamente corretto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**SULLO SCHERMO** Il medico texano Younan Nowzaradan, esperto di obesità, in un episodio di *Vite al limite* su Real time

## L'Osservatorio, l'indagine Allarme infermieri in Campania: uno per 17 pazienti

Le cifre: maglia nera d'Italia, 50mila in meno dal 2009 perse 12mila unità contro 7mila medici



### Mariagiovanna Capone

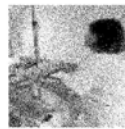
Sono sempre di meno, seguono un numero troppo elevato di pazienti e chi è in servizio è sempre più vecchio. Gli infermieri rappresentano una figura fondamentale dell'assistenza sanitaria, e in Campania emerge un quadro piuttosto squilibrato rispetto al resto dell'Italia. Negli anni il numero di infermieri alle dipendenze del Servizio sanitario nazionale è drasticamente e continuamente calato. In Campania si calcola che il numero degli infermieri dipendenti del Ssn nel 2016 era di 18.531, mentre nel 2009 era di 21.258. Si sono persi quindi in sei anni 2.727 unità, il calo più elevato registrato in Italia. Questi numeri, insieme a tante altre informazioni, emergono da uno studio dell'Osservatorio civico sulla professione infermieristica, promosso da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato insieme alla Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche e presentati al primo congresso. Dalla ricerca emerge che la nostra regione detiene anche un altro primato al negativo: ogni infermiere campano del Ssn segue ben 17 pazienti in media. Un valore che va assolutamente abbattuto poiché secondo un recente studio pubblicato sul *British Medical Journal*, la riduzione da 10 a 6 pazienti medi per ogni infermiere abbate il rischio di mortalità del 20 per cento. In Italia ogni infermiere ha in carico in ospedale in media 11 pazienti, e al pessimo valore campano rispondono quelli delle Regioni a statuto ordinario ossia Veneto, Toscana, Liguria e Basilicata dove ogni infermiere ha in media in carico 8-9 pazienti.

La Campania ha la maglia nera anche per il dato relativo all'età dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale: sono nostri gli infermieri più «anziani» con un'età media di 53 anni e mezzo, contro una media nazionale di 50 anni e mezzo, e regioni modello come Lombardia, Umbria ed Emilia Romagna dove l'età media è di 49 anni. In Campania inoltre gli infermieri del Ssn hanno anche 9 anni più della media degli iscritti campani all'Ordine (44 an-

ni).

Dall'indagine emerge ancora un dato scoraggiante: dal 2009 (anno dell'ultimo contratto e anno in cui sono iniziati i piani di rientro per le regioni fortemente in deficit economico, quasi tutte del Sud) si sono perse 12.031 unità di personale, contro, i 7.731 medici. Le perdite in entrambi le professioni però hanno paradossalmente mantenuto costante il rapporto medici-infermieri (1 ogni 2,5) che convenzionalmente a livello internazionale è fissato in 1 ogni 3. In Campania però questo rapporto è più basso così per ogni medico ci sono solo 2 infermieri, ma almeno stavolta non siamo primi: peggio di noi Sicilia e Calabria con un rapporto 1 ogni 1,9. «Il Paese ha bisogno di infermieri e di infermieristica. Eppure il Ssn vede un costante decremento del numero di professionisti in Sanità e conseguentemente una sempre minore capaci-

tà di rispondere ai bisogni di salute della popolazione. Su questa impostazione la comunità degli infermieri chiama a un confronto esplicito la politica Nazionale e Regionale» afferma la presidente Fnopi Barbara Mangiacavalli.



### L'indagine Diminuisce il numero aumentano efficienza e disponibilità nei confronti degli ammalati

Analizzando i dati tra carenze attuali e quelle future, emerge che se nel 2016, su una popolazione da assistere (pesata secondo cronici e non autosufficienti) di 1.443.331 unità, c'era bisogno di 5.279 infermieri nella nostra regione, nella proiezione del 2021 ne occorrono almeno 6.299. La carenza di infermieri a livello nazionale è di almeno 20mila in ospedale e 30mila per rendere efficiente l'assistenza continua sul territorio. Ben 50mila in meno, quindi, con un numero che continua ogni anno a calare: dal 2009 al 2016 se ne sono persi oltre 12mila. Al di là della grave carenza di personale «si deve riuscire ad aumentare rapidamente il rapporto infermieri-medici per accompagnare l'evoluzione dei bisogni e migliorare appropriatezza e sostenibilità del sistema, soprattutto nelle regioni in cui demografia ed epidemiologia rendono più ampio il gap tra bisogni e offerta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I problemi della sanità ospedaliera

# Liste d'attesa sotto accusa

«Prestazioni decentrate»  
I Comitati respingono  
la replica della manager

**Maria Elena Grasso**

ARIANO IRPINO. Liste di attesa: sale la polemica a distanza tra il Tribunale per i Diritti del Malato e Cittadinanzattiva di Ariano Irpino da una parte e l'Asl di Avellino dall'altra. Non convincono gli ultimi chiarimenti forniti ufficialmente dall'Asl di Avellino a proposito delle prenotazioni effettuate al Cup, dai Medici o presso le farmacie.

Né può bastare che «sia provveduto all'assunzione di personale medico e amministrativo presso unità operative strategiche per la riduzione delle liste d'attesa e all'aumento dell'offerta di ore di specialistica dove necessario al fine di ottimizzare l'attività di specialistica ambulatoriale».

In una nuova lettera inviata al manager dell'Asl di Avellino, Maria Morgante, il coordinatore di Cittadinanzattiva, Antonio Gambacorta e la coordinatrice del Tribunale per i Diritti del Malato, Cristiana D'Amico, sostengono che «appare quanto meno fuori luogo sia descrivere come «rivoluzione dei tempi di attesa» la semplice applicazione delle regole richieste dalla normativa regionale, sia asserire che quest'ultima ha riconosciuto l'operato della Asl «quale esempio di ottima gestione dei tempi di attesa per l'utenza».

I pazienti e gli operatori, infatti, come si evince da diverse denunce, non sono della medesima opinione e ritengono che il giudizio «eccezionale» espresso dagli Uffici Regionali sia dovuto ad una informazione, da parte della Asl di Avellino, ricca di espedienti tecnici che nascondono la realtà, le difficoltà e la lungaggine che ancora subiscono i pazienti necessitati a sottoporsi alle prestazioni sanitarie. In effetti basta fare delle semplici considerazioni: l'Azienda non garantisce il

«primo accesso» in maniera uniforme ed equo su tutto il territorio aziendale perché non ha ancora suddiviso il territorio della Asl in specifici «Ambiti di Garanzia» territoriale a valenza distrettuale o sovra distrettuale. I tempi vengono rispettati, per esempio, perché si offre al cittadino di Zungoli o di Montecalvo di effettuare la prestazione a Monteforte o a S. Angelo dei Lombardi. Ma non ad Ariano Irpino, località più vicina e accessibile.

Si comprende così come, ad esempio, si sia riusciti a ridurre a 10 giorni i tempi di attesa per una Risonanza magnetica all'encefalo mentre ne occorrevano 85 ad ottobre e 62 a novembre 2017. Altro caso atipico sarebbe l'Eco(color)doppler Tsa a riposo assicurato in tre giorni di attesa a gennaio 2018 mentre ne occorrevano 128 ad ottobre e ben 269 a novembre e che poi, improvvisamente e senza alcuna giustificazione, è scomparso dalla possibilità di effettuare la prenotazione. Secondo i due sodalizi la nuova normativa regionale considera l'informazione e la comunicazione come momenti fondamentali ed irrinunciabili nella strategia delle Aziende Sanitarie, insieme al coinvolgimento e alla partecipazione dei cittadini nel determinare l'organizzazione e la qualità dei servizi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## «Rummo», due assunzioni a tempo in Neonatologia

### L'ospedale

Ai medici contratto per otto mesi fino a quando non sarà espletato il concorso già in itinere

Sono due i dirigenti medici di Neonatologia che saranno immessi in servizio presso l'ospedale Rummo di Benevento. Si tratta di Angela Carla Borrelli e Lorenza Atonia Ferrante, prima e seconda classificata nella graduatoria stabilita in base ai titoli richiesti dall'avviso pubblico, che avranno un contratto a tempo determinato, della durata di otto mesi, almeno fino a quando non sarà espletato il concorso già in itinere.

Il reparto di Neonatologia, dotato di terapia intensiva neonatale, che svolge un compito di grande re-

sponsabilità nella tutela della salute dei piccoli pazienti, ha infatti bisogno di medici per il completamento dell'organico, a cui si è reso necessario sopperire con una soluzione a tempo determinato.

Il ricorso a questo tipo di assunzioni è una delle strategie messe in atto dall'azienda ospedaliera per cercare di sopperire alla carenza di personale medico. La direzione strategica sta lavorando su più fronti per cercare di reintegrare il personale medico mancante in tutti i reparti allo scopo di alleggerire il compito gravoso dei medici in servizio presso la struttura che, comunque, riescono a garantire i turni e il funzionamento dei reparti.

Per fine marzo si attendono gli esiti della convenzione con l'Asl di Salerno per il reclutamento dei cinque anestesisti, indispensabili all'azienda per il funzionamento

delle sale operatorie, che continuano ad avere difficoltà per quel che concerne gli interventi di elezione. È questa una condizione imprescindibile per consentire lo smaltimento delle liste di attesa. Non si tratta di una questione di facile soluzione perché, in questo momento, lo sblocco del turnover consente lo scorrimento delle graduatorie, che riguarda esclusivamente personale già in servizio presso altre strutture e quindi, che può decidere se accettare l'incarico al Rummo oppure rifiutarlo.

Soltanto i concorsi, aperti anche ai giovani medici, con la specializzazione specifica, potranno mettere un punto fermo alla carenza di personale, ma, in questo caso, bisogna attendere i tempi tecnici del bando e dell'espletamento dei concorsi di branca, che risolverebbero contemporaneamente, le necessità dei presidi sanitari e quelle della carenza di posti di lavoro per i giovani medici.

**I.d.c.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**La mobilità** Le procedure attivate dal management ospedaliero mirano a sopperire alla carenza di medici; per gli anestesisti «patto» con Salerno

### Le criticità

Il lungo blocco del turnover ha messo in difficoltà diversi reparti e non è agevole correre ai ripari

Torre del Greco Ospedale nel caos

## Maresca, lavori in corso si ferma la riabilitazione

Locali impraticabili, attrezzature in deposito  
Pazienti allo sbando: «Nessuna informazione»

**Teresa Iacomino**

TORRE DEL GRECO. Stop alle attività della Riabilitazione all'ospedale Maresca: pazienti sul piede di guerra. Prima trasferito dal seminterrato al secondo piano del padiglione nuovo, in locali in precedenza destinati ad ospitare gli uffici della direzione sanitaria e di quella amministrativa, il reparto è stato costretto ad un'inaspettata interruzione delle prestazioni a causa della inadeguatezza degli stessi locali dove era stato sistemato. Lavori necessari per cominciare ad adeguare l'intero reparto ai dettami del piano ospedaliero aziendale, che prevede per la Riabilitazione del nosocomio di via Montedoro la creazione di complessivi 25 posti letto più altri 25 per la lungodegenza riabilitativa. E allora le due stanze destinate a medici e soprattutto pazienti, da oggi sono interessate da ampi interventi di riqualificazione. In questo stato di cose, impossibile garantire una anche minima continuità agli assistiti.

Tra i quali però serpeggia un evidente malumore. Specie tra le persone anziane, che meno facilmente possono seguire le cure necessarie lontano dal Maresca: «Già la situazione era difficile da sostenere prima - racconta un anziano che sta svolgendo un percorso di riabilitazione dopo essere stato investito - adesso abbiamo superato il limite. Abbiamo apprezzato l'impegno dei medici e dei fisioterapisti, che nella fase di trasloco dal piano terra al secondo piano hanno collaborato con gli operai, e spesso si sono addirittura sostituiti a loro, pur di garantire a noi pazienti la continuità assistenziale».

La continuità appunto: nonostante le rassicurazioni del direttore generale della Napoli 3 Sud, Antonietta Costantini, i tempi per la ripresa delle attività non sono stati definiti. Se dal reparto qualcuno fa sapere di essere intenzionato di sua spontanea volontà a riprendere l'assistenza già a partire dalla prossima settimana, al momento appare impossibile ipotizzare che i lavori alle stanze destinate per ora ad ospitare i primi sei posti letto possano finire a stretto giro. Nel frattempo, le attrezzature utilizzate dal personale della Riabilitazione sono stipate all'interno di un unico stanzone.

Dopo dodici anni di lavoro continuati, uno dei reparti fiore all'occhiello del Maresca è stato dunque costretto a sospendere le attività. E tra i pazienti ser-

peggia la paura che questa stop possa nascondere altre sorprese: «Nessuno ci fa sapere nulla - spiega una donna che usufruiva delle attività del reparto - e anzi tra i corridoi sentiamo voci di possibili traslochi verso altri ospedali. Speriamo che sia tutto campato in aria».

Non sfiora l'argomento la direttrice sanitaria, Antonietta Costantini, che intervenendo sulla questione nel corso di una recente intervista ha parlato invece «della necessità di sospendere le terapie perché i locali non erano idonei» mettendo l'accento sulla «necessità di dotare il Maresca di una Riabilitazione seria. Attenzione, non che quella che c'era in precedenza non lo fosse, ma sicuramente mancava di alcune cose che ora questi interventi forniranno».

Per i vertici dell'Asl, insomma, i lavori di riqualificazione al reparto seguono il progetto di miglioramento della struttura sanitaria che ha visto l'avvio dei lavori prima al pronto soccorso e poi a branche importanti come Medicina e Gastroenterologia, oltre alla recente inaugurazione di un centro di secondo livello su diabete e obesità in età evolutiva.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### I disagi

Stop alle attività nel reparto di riabilitazione dell'ospedale Maresca per lavori urgenti nei locali, giudicati inadeguati per le prestazioni sanitarie. Nessuna informazione ai pazienti finora assistiti, che temono di dover proseguire le terapie in altre ospedali



Capri Vertice con il direttore generale Mario Forlenza. Subito una verifica igienico-sanitaria

## Capilupi, l'impegno dell'Asl: «Attrezzature e personale»

Ambulatori di cardiologia  
ortopedia e radiologia  
E c'è un'ipotesi day surgery

**Anna Maria Boniello**

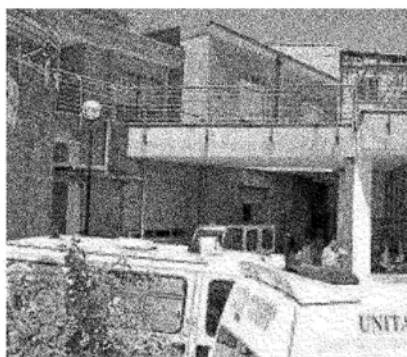
CAPRI. Le problematiche che investono il presidio ospedaliero di Capri, unico nosocomio isolano, sono state al centro di un incontro richiesto dai sindaci e delle amministrazioni dell'isola e convocato dall'Asl. Il vertice, svoltosi nella sede dell'azienda sanitaria locale Napoli 1 Centro, si è concluso con un documento congiunto sottoscritto da tutti i presenti nel quale il direttore generale Mario Forlenza ha preso l'impegno di attivare due giorni a settimana presso il Capilupi ambulatori specifici di cardiologia, radiologia e ortopedia e di fornire la struttura di figure professionali attualmente carenti e di attrezzature necessarie per garantire i «Lea». Inoltre, come si evince dal documento finale firmato dal direttore generale dell'Asl e sottoscritto da tutti i presenti, si procederà a una verifica igienico-sanitaria straordinaria del presidio ospedaliero, finito più volte al centro delle contestazioni.

Il direttore generale Forlenza ha annunciato di aver dato mandato al direttore del dipartimento ospedaliero di verificare se esistano le condizioni per attivare «in via sperimentale e per un massimo di due giorni alla settimana un'attività operatoria in day surgery». Nel corso dell'incontro, inoltre, è stato comunicato ai partecipanti, il sindaco di Capri Gianni De Martino, i consiglieri delegati alla sanità di Capri ed Anacapri, Paolo Falco e Federica Vivo, unitamente ai direttori e responsabili dei vari uffici e settori dell'Asl e al direttore dell'ospedale di Capri, Fernando Siani, e Concetta Spatola in rappresentanza del comitato civico Salviamo il Capilupi, che «a breve» saranno sbloccati i lavori di ristrutturazione con i fondi ex articolo 20 legge 67/88 «anche eventualmente se possibile mediante convenzione con la stazione appaltante del Con-

sortorio dei Comuni Capri e Anacapri, ciò al fine di accelerare le procedure previste». Nella nota la direzione dell'Asl Napoli 1 Centro ha inoltre comunicato che «da tutti i partecipanti è stata espressa viva soddisfazione», ribadendo anche che durante l'incontro «è stato rimarcato che la collaborazione sinergica tra amministrazioni pubbliche è fondamentale per dare le risposte di salute che i cittadini capresi, anche attraverso il Comitato, attendono».

Sull'esito dell'incontro tra amministratori isolani e rappresentanti dell'Asl si registra anche il consigliere regionale dei Verdi, Francesco Emilio Borrelli, componente della Commissione sanità della Regione Campania, che ha sottolineato l'importanza del vertice che ha coinvolto il territorio che ha visto a confronto rappresentanti del territorio e dell'Asl Napoli 1 per affrontare e discutere i problemi della sanità a Capri e in particolare del Capilupi, unico presidio sanitario, a cui possono ricorrere sia i residenti che le migliaia di turisti che affollano l'isola. «Non ci possiamo permettere di lasciare il Capilupi nelle condizioni in cui è perché, al di là dell'assistenza sanitaria, vista la vocazione turistica dell'isola, rappresenta un biglietto da visita per la Campania e l'Italia intera», ha detto Borrelli, annunciando «un'ispezione nell'ospedale di Capri per tornare a verificare personalmente la situazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



### I servizi

L'Asl si è impegnata ad attivare ambulatori presso l'ospedale isolano, due giorni a settimana, fornendo personale e attrezzature

8/3/2018 Distretto testa-collo: la chirurgia mininvasiva per guardare oltre la sopravvivenza e garantire una buona qualità di vita | Sanità24 - Il Sole 24 ...



# Sanità24

**8** mar  
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | e

MEDICINA E RICERCA

## Distretto testa-collo: la chirurgia mininvasiva per guardare oltre la sopravvivenza e garantire una buona qualità di vita

di Giancarlo Tirelli (direttore Clinica ORL Azienda Ospedaliero Universitaria di Trieste; Direttore Scientifico del Congresso Europeo di Chirurgia Transorale mininvasiva dei tumori testa-collo)

Sono la quinta neoplasia più diffusa in Italia: i tumori della testa e del collo hanno colpito 105.404 cittadini nel 2017 (prevalenza). Per lo stesso anno, l'incidenza è stimata in 9400 nuovi casi, 7200 fra gli uomini e 2200 fra le donne (dati Airtum 2017). In sala operatoria la nostra sfida si rinnova e guarda al di là della sopravvivenza. Detto in termini medici, puntiamo a raggiungere la radicalità oncologica garantendo una buona qualità di vita a fronte di una rapida ospedalizzazione.



L'obiettivo, in altre parole, è di potenziare gli interventi risolutivi attraverso tecnologie non demolitive: una prospettiva che potremmo definire "win win", mutuando i termini dell'economia sostenibile, perché vince l'assistito - che, insieme alla sopravvivenza, conquista una qualità della vita giudicata soddisfacente - e vince la sanità, che potrà contare su un'ospedalizzazione più breve e a basso tasso di complicanze. Questa filosofia è diventata pratica

8/3/2018 Distretto testa-collo: la chirurgia mininvasiva per guardare oltre la sopravvivenza e garantire una buona qualità di vita | Sanità24 - Il Sole 24 ...

clinica all'Ospedale di Trieste- Cattinara, per gli interventi legati a neoplasie testa-collo, in carico al reparto di Otorinolaringoiatria.

A cinque anni dagli interventi abbiamo ottenuto il 77,7% di casi di sopravvivenza (disease specific survival) in condizioni di vita soddisfacente (dati per il tumore orale): un timing che ci permette di parlare di radicalità oncologica con risultati analoghi, rispetto ai centri mondiali di riferimento per gli interventi sul distretto testa-collo: Liverpool (74%, fonte: Rogers et al. Oral Oncology) e New York (77%, fonte: Shah et Al Oral Oncology).

### **La rivoluzione della chirurgia mininvasiva trans orale**

La chirurgia oncologica dei tumori di bocca, gola e corde vocali è andata incontro nell'ultimo decennio ad una vera e propria rivoluzione sotto il nome di "chirurgia mininvasiva trans orale". Alla Clinica ORL di Trieste ogni giorno pratichiamo queste tecniche chirurgiche, in grado di garantire la qualità di vita post-intervento.

L'idea di base è quella di utilizzare nei distretti di pertinenza otorinolaringoiatrica gli strumenti che derivano dalla chirurgia laparoscopica addominale o toracica: in questi casi si accede agli organi bersaglio non in maniera diretta, attraverso ampie aperture della pelle, ma con piccole incisioni dalle quali vengono immessi gli strumenti chirurgici e una telecamera che proietta le riprese su un monitor esterno. Si evitano così ampie cicatrici e tutte le conseguenze ad esse correlate.

A Trieste applichiamo in sala operatoria le tecnologie mutate dalla laparoscopia, con un valore aggiunto: potenziamo la precisione del chirurgo con l' "occhio" NBI, un sistema di video-endoscopia che ci permette di individuare cellule patologiche invisibili all'occhio umano. In alcuni casi alla chirurgia mininvasiva vengono associati anche la robotica e il 3D.

La delicatezza delle sedi di intervento testa-collo ci ha portato a introdurre, per la prima volta a livello internazionale, anche il monitoraggio intraoperatorio sul nervo facciale durante gli interventi di svuotamento laterocervicale : una precauzione utile a ridurre le complicanze di questo tipo di interventi chirurgici sul nervo che permette di muovere i muscoli del volto. Questa innovazione permette di preservare il più delle volte la funzionalità del nervo anche nei casi in cui il tumore sia cresciuto molto vicino. Attraverso il controllo intraoperatorio della funzionalità del nervo facciale è risultato notevolmente ridotto il rischio di alterare la mimica del paziente nel decorso post intervento.

A questi temi, e a una formazione avanzata sul piano europeo è dedicato il congresso che si svolgerà a Trieste (Stazione Marittima) da giovedì 15 a sabato 17 marzo, con la partecipazione dei più importanti, e innovativi chirurghi italiani e internazionali.

8/3/2018 Distretto testa-collo: la chirurgia mininvasiva per guardare oltre la sopravvivenza e garantire una buona qualità di vita | Sanità24 - Il Sole 24 ...

Come Richard Hayden, della Mayo Clinica Phoenix – Arizona, che ci ha ispirato nella elaborazione di queste nuove tecniche. Il meeting di Trieste sarà sede di confronto per dibattere e affinare soluzioni innovative di intervento legate alle patologie tumorali nel distretto testa – collo. Sarà un appuntamento di rilievo mondiale, e con soddisfazione annunciamo il patrocinio del Ministero della Salute e della Confederation of European ORL – Head Neck Surgery: contiamo di arricchire l'esperienza professionale dei colleghi più esperti ma anche e soprattutto di avvicinare i giovani specialisti ai principi della chirurgia mininvasiva.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

[Privacy policy](#) | [Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie](#) | ISSN 2499-6599

Chi ne soffre può evitare l'infarto: è più attento e sensibile ai sintomi

## Niente paura: l'ansia fa bene e salva la vita

*L'angoscia costante è dannosa. Ma stare «in allerta» scarica le tensioni. E le patologie cardiache svaniscono*

Può evitare l'infarto al cuore

### L'ansia fa bene e salva la vita

di **MELANIA RIZZOLI**

Ebbene sì, l'ansia è utile, considerata terapeutica, e non va curata, perché spesso può addirittura salvarvi la vita.

Le persone ansiose infatti, vivono di paure irrazionali, sono in un costante stato di "allerta", accompagnato da apprensione

per il futuro e per quello che potrebbe accadere domani, hanno timore di ammalarsi o di avere qualche malattia nascosta, rendendosi spesso la vita difficile senza motivi reali. Questo tipo di ansia serve a queste personalità per scaricare le tensioni emotive accumulate e non espresse, ad alleggerire il peso del quotidiano e a diminuire il timore di non essere all'altezza di affrontare le prove della vita. A volte la loro ansia è talmente alta e radicata che questo disturbo predispone addirittura gli ansiosi allo sviluppo di vere e proprie patologie cardiovascolari, con sbalzi di pressione, tachicardie, extrasistoli, o senso di oppressione retrosternale, tutti sintomi che vengono certificati strumentalmente, senza però essere confermati dall'esistenza di una causa evidente dal punto di vista organico, e che vengono appunto curati con blandi ansiolitici, per cercare di diminuire lo stato di agitazione che li produce.

#### I SEGNALI CONTANO

Ma c'è un caso in cui essere ansiosi può rappresentare in qualche modo un grande vantaggio: il momento dell'infarto. Chi soffre di ansia grave infatti, tende a prestare più attenzione ai propri sintomi, anche al più lieve di essi, e si sforza nel cer-

care di interpretarli, di individuare una causa, e di conseguenza è indotto dal proprio stato psicologico a chiedere aiuto al medico in tempi brevi, cosa che, in caso di infarto cardiaco, è fondamentale, perché migliora molto le probabilità di sopravvivenza.

Ad evidenziarlo è uno studio guidato dalla Technical University of Munich, in Germania, pubblicato su Clinical Research in Cardiology, nel quale sono stati esaminati 619 pazienti con infarto grave del miocardio, e registrati i tempi in cui gli stessi hanno raggiunto un ospedale, un centro di terapia intensiva, o semplicemente sono arrivati al cospetto di un medico.

Ebbene, dai dati esaminati è emerso con chiarezza che tra il 29% dei pazienti affetti da un disturbo di ansia, proprio tra questi vi era stata la reazione migliore del decorso post-infartuale, come anche una minore incidenza di complicanze cardiache, perché quelle persone avevano appunto raggiunto l'ospedale entro le due ore dall'evento sintomatico, e due ore prima rispetto a quelle non ansiose che sono invece arrivate in un centro medico più tardi.

La maggioranza dei pazienti ansiosi esaminati era di sesso femminile, e poiché le donne sono notoriamente più inclini a questo disturbo psicologico, esse sono arrivate in un Pronto Soccorso in una media di 112 minuti dopo l'insorgenza di un attacco cardiaco, salvandosi quindi tutte la vita.

#### LA "GOLDEN HOUR"

Molti studi scientifici sottoli-

neano e dimostrano con dati, che arrivare in ospedale entro la prima ora, quella che in America viene chiamata la "golden hour", è fondamentale per la risoluzione di un accidente medico di qualunque tipo, anche chirurgico, ed assicura quasi certamente la salvezza, e che ogni mezz'ora in più che passa dopo questa ora dorata diventa cruciale per salvarsi con un infarto in atto. Quindi più tardi si ricorre alle cure mediche ed alle terapie emodinamiche, più basse sono le percentuali di risoluzione o di guarigione dell'evento cardiaco, poiché l'ostruzione delle arterie coronariche se affrontata in un arco di tempo considerato utile, si risolve con pochi farmaci e con pochi strumenti, mentre, una volta che la trombosi arteriosa si è consolidata nel vaso interessato, questo è quasi impossibile da disostruire con medicine anticoagulanti o con mezzi meccanici.

Il cuore dà sempre segnali di sé quando inizia ad ammalarsi, ed anche se questi possono essere molto vari e sfumati, essi si propongono proprio per allertarci, e di conseguenza ignorarli o solo minimizzarli può determinare spiacevoli conseguenze.

Lo studio succitato ha dimostrato inoltre che gli uomini ansiosi che sono arrivati in un centro cardiologico

attrezzato entro 48 minuti dai primi sintomi cardiaci, l'infarto è stato risolto sempre senza conseguenze, a dimostrazione dell'effetto 'protettivo' dell'ansia, che funziona come una specie di istinto, perché spinge i soggetti a ricorrere presto alle cure mediche, ed anche se lo stato di ansia è notoriamente minore nel sesso maschile piuttosto che in quello femminile, spesso gli uomini arrivano prima in un reparto di cardiologia.

#### FARE PRESTO

L'infarto del miocardio determina la necrosi del muscolo cardiaco che non riceve più un adeguato apporto di sangue ossigenato dalla arteria coronaria occlusa, deputata alla sua irradiazione, e si può manifestare a riposo o durante uno sforzo fisico, con un esordio lento o brusco, ma sempre con sintomi tipici, che sono facilmente individuabili nella maggior parte dei casi.

È una malattia tuttora associata ad elevata mortalità se non adeguatamente trat-

tata, che richiede l'attivazione di un sistema di soccorso urgente, l'arrivo del paziente presso un centro cardiologico nel più breve tempo possibile, e la mortalità è tanto maggiore quanto più tardivo è l'accesso del soggetto con infarto acuto del miocardio in ospedale, perché le complicanze fatali più note si verificano nelle prime ore dell'evento ischemico. È importante sottolineare che l'infarto cardiaco è un'esperienza soggettiva, poiché non tutte le persone che ne sono colpite descrivono la presenza degli stessi sintomi, che variano anche per intensità, ma nel dubbio è sempre utile cercare un soccorso medico il prima possibile.

Il 50% dei pazienti in crisi cardiaca infartuale muore prima di arrivare in ospedale, e la percentuale si riduce al 10% nell'insieme di coloro che giungono entro due ore in un reparto di emergenza, quindi non fatevi prendere dall'ansia, ma ascoltatela ed agite di conseguenza, perché può effettivamente salvarvi la vita.

Scoperta fondamentale, ora si tratta di sviluppare farmaci che ne blocchino l'azione

## Gli scienziati italiani «smascherano» la proteina che fa crescere i tumori

■ ■ ■ Si chiama Erk-5 (*Extracellular Regulated Protein Kinase*) ed è la proteina responsabile della crescita dei tumori. L'ha scoperta un pool di ricercatori italiani guidati da Emanuele Giurisato, del dipartimento di Medicina molecolare e dello sviluppo dell'università di Siena, con Cathy Tourmier, dell'Università di Manchester, e William Vermi, dell'Università di Brescia. La ricerca è stata pubblicata su *Pnas*, una delle riviste scientifiche più note a livello internazionale, e permetterà in futuro di sviluppare farmaci in grado di bloccare le cellule del sistema immunitario, che si chiamano macrofagi, le quali da tempo si sono rivelate tra le migliori e più efficaci nell'agevolare lo sviluppo dei tumori.

In pratica, quando la malattia si sviluppa all'interno del corpo umano, il sistema immunitario prova a rispondere cercando di eliminare le cellule portatrici di mutazioni dannose. A volte, però, questa risposta fallisce, anzi le stesse cellule del sistema immunitario, come i linfociti T e i monociti-macrofagi, prendono le parti del tumore, daci vengono inibite. I macrofagi sono quindi cellule che possono essere riprogrammate quando interferiscono con il micro-ambiente che si crea quando le cellule sane diventano tumorali. Da alcuni anni gli scienziati stanno studiando proprio il ruolo dei macrofagi nella progressione e nella malignità dei tumori in particolare nel nuovo ambito della immunoterapia.

Ora questo meccanismo d'azione

sembra essere regolato dalla presenza della proteina Erk5, che rende i macrofagi alleati dei tumori, favorendone la crescita e la malignità.

Il prossimo passo, per i ricercatori, sarà quello di trovare farmaci in grado di "disinnescare" tale proteina. Come hanno dimostrato alcuni esperimenti sui topi, i ricercatori sono riusciti a bloccare la crescita dei tumori eliminando la proteina e riducendo il numero dei macrofagi per bloccare la loro azione pro-cancro. Spiega, infatti, il professor Giurisato: «Con questa ricerca siamo riusciti a dimostrare come nei topi la crescita di carcinoma si sia ridotta in assenza della proteina Erk-5, mentre contemporaneamente si sia creata una situazione infiammatoria anti-tumorale. Questi risultati accrescono la possibilità che andare a colpire i macrofagi pre-tumorali attraverso una terapia che sopprima la proteina Erk-5 costituisca una nuova strategia per future cure anti-cancro».

Intanto la prevenzione si conferma sempre più decisiva nella lotta alla malattia. Secondo l'Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) le diagnosi di tumore aumentano, ma calano i decessi. E questo grazie all'adesione sempre maggiore agli screening. Soprattutto per il tumore al seno: 50mila nuovi casi nel 2016 (2.000 in più rispetto al 2015), ma con una percentuale di mortalità sempre inferiore. Quando la malattia è diagnosticata in fase precoce, le guarigioni superano il 90%.

AL SAN RAFFAELE

## Impiantato il primo occhio bionico: vede col microchip

**F**ino a pochi anni fa sembrava fantascienza. Oggi è realtà e potrebbe essere l'inizio di un percorso per ridare la vista a chi da anni vive nel buio più totale. All'ospedale San Raffaele di Milano è stato impiantato il primo occhio bionico: undici ore di operazione su una donna di 50 anni non vedente a causa di una retinite pigmentosa, una malattia ereditaria che l'ha progressivamente portata alla cecità. L'intervento, delicatissimo, ha permesso di impiantare sotto la retina della paziente un microchip in grado di inviare gli stimoli visivi che coni e bastoncelli non sono più in grado di dare. Si tratta di veri e propri impulsi elettrici che inviano informazioni al nervo ottico e al cervello. In sostanza, la paziente a breve potrà percepire luci e ombre, giorno e notte. E finalmente potrà anche vedere le sagome dei suoi due figli, che mai ha visto. «L'operazione è andata bene - spiega Marco Codenotti, responsabile del servizio di Chirurgia vitreoretinica, che ha diretto l'intervento - Ora stiamo aspettando che si riassorba totalmente l'edema post operatorio e poi accenderemo il microchip per dare il primo stimolo alla retina. Facendo leva sulla memoria delle immagini che ha incamerato prima di perdere la vista, la nostra paziente verrà rieducata a vedere».

L'occhio bionico, impiantato grazie a un intervento molto costoso e finanziato da banca Mediolanum, è una vera e propria retina artificiale, costituita da un microchip, Alpha AMS prodotto dalla compagnia tedesca Retina Implant, che misura circa tre millimetri e

contiene 1600 sensori. Il passo in più rispetto agli interventi già effettuati in passato, consiste nell'aver utilizzato un meccanismo più sofisticato che non necessita di nessuna telecamera da applicare sugli occhiali né ausili esterni. I fotorecettori ormai non più funzionanti vengono sostituiti da un fotodiodo, un microscopico apparato elettronico in grado di convertire la luce in uno stimolo elettrico. «È il sistema di visione artificiale in assoluto più evoluto al mondo, che può restituire una visione indipendente da supporti esterni, riservato a pazienti affetti da malattie genetiche che conducono alla completa cecità» aggiunge Codenotti che è stato affiancato, per la parte extra oculare, da Antonio Giordano Resti, responsabile del servizio di Chirurgia oftalmoplastica San Raffaele: dal chip parte infatti un fascio di cavi che raggiunge e collega l'amplificatore del segnale elettrico posto sotto la pelle vicino all'orecchio.

Ovviamente, non appena si è diffusa la notizia dell'intervento, i centralini del San Raffaele sono stati presi d'assalto. Per fornire tutte le informazioni possibili ai pazienti, i medici hanno deciso di aprire una casella di posta dedicata ([retina.artificiale@hsr.it](mailto:retina.artificiale@hsr.it)) dove gli oculisti risponderanno a tutti. Al momento non sono previsti nuovi interventi, tuttavia le persone affette da cecità a causa di malattie retiniche eredo-degenerative, come la retinite pigmentosa e le distrofie retiniche dei coni e bastoncelli, possono scrivere una mail. L'operazione invece non è contemplata per i casi di glaucoma o in pazienti non vedenti dalla nascita.

MaS

7/3/2018

Microbioma intestinale: potrebbe causare danni cerebrali in corso di sepsi

# quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 07 MARZO 2018

## Microbioma intestinale: potrebbe causare danni cerebrali in corso di sepsi

***E' la rivoluzionaria ipotesi scaturita da una ricerca condotta negli Stati Uniti: alcuni batteri del microbioma intestinale in corso di sepsi potrebbero traslocare nel cervello (e forse anche in altri organi) scatenando una reazione infiammatoria che può determinare danni cognitivi di lunga durata. Le normali emocolture non sono in grado di rivelare questo fenomeno che, se venisse confermato, potrebbe forse essere arginato somministrando ai pazienti con sepsi anche antibiotici per bocca, per distruggere la flora batterica intestinale.***

Sopravvivere ad una patologia grave, come la sepsi, può comportare delle conseguenze, anche a livello cognitivo che equivalgono a quelle di una trauma cranico lieve e che possono perdurare mesi o anni.

Quale ne sia la causa non è sempre chiaro tuttavia. Ma uno studio appena pubblicato su [American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine](#), avanza un'ipotesi interessante: il microbioma intestinale potrebbe essere il responsabile delle alterazioni cognitive osservate nei pazienti sopravvissuti alla sepsi.

“Sappiamo, da studi condotti in passato – afferma **Benjamin Singer**, professore associato di medicina interna presso Michigan Medicine (Usa) – che la sepsi determina una disfunzione cerebrale di lunga durata e che la neuro-infiammazione gioca un ruolo nel danno cerebrale che si produce nel corso dell'infezione. Noi abbiamo avanzato l'ipotesi che il danno cerebrale possa essere direttamente correlato ai batteri intestinali, che possono traslocare nel cervello, dove forse scatenano una risposta infiammatoria, causa di conseguenze di lungo termine”.

In passato alcuni studi hanno portato a ipotizzare che il microbioma intestinale possa aumentare il rischio di infiammazione polmonare in corso di sepsi; ma finora nessuno era andato a studiare un'eventuale influenza del microbioma sul cervello.

Il gruppo di Singer ha utilizzato modelli animali (topi) e campioni di tessuto cerebrale provenienti a soggetti deceduti per sepsi confrontandoli rispettivamente con il cervello di topi e di umani deceduti per cause non infettive.

I ricercatori americani sono inoltre ricorsi alla tecnica del sequenziamento genico 16S rRNA (che individua il DNA di batteri presenti in un campione biologico) per valutare la presenza di batteri intestinali nei tessuti murini e umani.

In questo modo gli autori dello studio sono riusciti a dimostrare che i batteri intestinali presenti nel cervello dei topi morti per sepsi, correlavano con i livelli di S100A8, un marcatore di neuro-infiammazione.

“Quando un individuo muore – spiega Singer – i batteri crescono senza controllo perché il sistema immunitario non riesce più a controllarli. Ma i batteri che abbiamo isolato dai pazienti morti di sepsi sono del tutto diversi da quelli che si trovano nel corpo di una persona deceduta e risultano associati a marcatori di neuro-infiammazione.”

Gli autori ritengono dunque che la sepsi consenta ai batteri intestinali di traslocare nel cervello per diversi giorni, sia nel modello animale che nell'uomo, e che questo fenomeno corredi con l'aumento dei marcatori di neuro-infiammazione nel cervello. In altre parole, il microbioma intestinale sembra giocare un ruolo anche nella disfunzione cerebrale che può comparire dopo una sepsi. Un dato molto importante sottolineano gli autori perché significa che i batteri che si disseminano nei diversi organi in corso di sepsi, non sono solo e sempre quelli che vengono individuati dalle emocolture e che diventano il bersaglio delle terapie antibiotiche.

7/3/2018

Microbioma intestinale: potrebbe causare danni cerebrali in corso di sepsi

“Ciò significa – conclude Singer – ma l’ipotesi andrà confermata da ulteriori studi, che la somministrazione di antibiotici per via orale, in grado di rimuovere questi batteri intestinali, potrebbe ridurre la disfunzione cognitiva di lunga durata che può comparire dopo una malattia critica”.

***Maria Rita Montebelli***

7/3/2018

Al Ceinge di Napoli scoperto un interruttore molecolare che blocca le metastasi del medulloblastoma

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 07 MARZO 2018

## Al Ceinge di Napoli scoperto un interruttore molecolare che blocca le metastasi del medulloblastoma

***I ricercatori hanno svelato la “regia” delle metastasi ed hanno sperimentato in vivo un nuovo farmaco in grado non solo di fermare la proliferazione metastatica, ma di invertire il processo da maligno in benigno. La molecola, frutto di una collaborazione internazionale, è stata testata su modelli murini ed è risultata pienamente efficace e senza controindicazioni.***

La ricerca campana segna un traguardo importante per la diagnosi e la cura di un tipo tumore pediatrico per il quale oggi esiste solo la possibilità di attuare un protocollo cosiddetto “ad alto rischio”. In pratica non esiste terapia. Lo studio, pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica internazionale “Brain” (Oxford, Journal of Neurology), è stato realizzato dall’equipe di ricercatori coordinata da Massimo Zollo, docente di Genetica presso l’Università Federico II di Napoli Dipartimento di Medicina Molecolare e Biotecnologie Mediche e “Principal Investigator” del Ceinge, responsabile di Unità e della “Banca dei gruppi rari” presso il Dipartimento assistenziale di Medicina trasfusionale della Azienda Ospedaliera Federico II.

**Gran parte degli esperimenti, avviati da Pasquale de Antonellis**, sono stati eseguiti da una giovane dottoranda della Semm (Scuola europea di medicina molecolare con sede al Ceinge). **Veronica Ferrucci** ha identificato il meccanismo di azione del processo metastatico che parte da medullosfere “cellule staminali tumorali” presenti nel cervelletto e genera metastasi nella colonna spinale del bambino affetto. Questa azione è stata replicata in modelli murini, che hanno subito xenotrapianto delle cellule di gruppo 3 ed è stato dimostrato che è possibile inibire il processo di proliferazione e di migrazione di queste cellule nel cervelletto dei topi le quali non sono più in grado di attivare il processo metastatico grazie all’uso di un nuovo farmaco messo a punto dal gruppo di ricerca e testato per la sua efficacia e tossicità nel modello murino.

**Un altro dato presente nel lavoro dimostra che la combinazione tra le radiazioni alle cellule metastatiche di MB gruppo 3 e la presenza del farmaco** raggiunge un effetto superiore rispetto al singolo utilizzo delle due componenti terapeutiche e che è quindi applicabile nell’ambito di protocolli di terapia “convenzionale” per i tumori definiti “ad alto rischio” nel bambino.

**Inoltre, grazie agli studi di Next-Generation-Sequencing svolti nella facility del Ceinge e coordinati da Francesco Salvatore e da Valeria d’Argenio**, sono state identificate le mutazioni occorrenti durante la progressione tumorale con il sequenziamento dell’intero genoma delle cellule metastatiche del bambino affetto da medulloblastoma del gruppo 3.

**“In questo modo sono stati identificati altri nuovi geni targets” – spiega Massimo Zollo** – le cui mutazioni erano sconosciute per la terapia nell’uomo. Questo studio definisce per prima volta che i tumori nel cervelletto del bambino presentano geni mutati che influenzano negativamente l’azione del sistema immunitario attivo nel cervello. Quindi l’approccio immunoterapeutico che agisce attraverso una sua specifica attivazione delle cellule immunitarie stesse per combattere il tumore deve essere usato con cautela proprio per la presenza di meccanismi genetici di evasione dall’azione del sistema immunitario nel combattere il Medulloblastoma. Si tratta del primo lavoro che dimostra una efficacia di terapia nei tumori di gruppo 3 di Medulloblastoma – sottolinea Zollo -, al momento lo studio dimostra efficacia in modelli murini e mostra assenza di tossicità nel topo, ma apre la strada all’utilizzo nell’uomo, che potrà essere attuato appena saranno completati gli studi di tossicità e farmacodinamica nell’uomo”.

**Collaborazione tra ricercatori internazionali.** Un lavoro di squadra quello che ha portato a tale risultato, a metà strada tra sala operatoria e laboratori, tra clinica e ricerca scientifica. In tanti e con diversi know how hanno

7/3/2018

Al Ceinge di Napoli scoperto un interruttore molecolare che blocca le metastasi del medulloblastoma

contribuito alla scoperta: genetisti, chimici, biochimici, farmacologi, structural biologist, chirurghi, patologi. Da Napoli a Londra, passando per Dusseldorf, Parigi e Uppsala, fino a Toronto e San Francisco.

**Il lavoro coordinato da Zollo ha collaboratori italiani.** In particolare, il team di neurochirurgia dell'Ospedale Santobono (**Giuseppe Cinalli, Lucia Quaglietta, Vittoria Donofrio** (Santobono) ha curato l'aspetto patologico e clinico insieme a **Felice Giangaspero** dell'Università la Sapienza di Roma e ad **Angela Mastronuzzi** dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma. Gli studi molecolari legati alla sintesi e alla definizione attraverso studi dinamici di interazione del farmaco con la proteina Prune-1 sono stati condotti da **Aldo Galeone** (Federico II di Napoli, dipartimento di Farmacia) e da **Roberto Fattorusso** (Università L. Vanvitelli). Hanno partecipato allo studio anche laboratori di ricerca internazionali. In particolare, in Inghilterra il Cancer Research Institute (Louis Chesler), col quale sono stati condivisi modelli murini del modello di medulloblastoma del gruppo 3, l'Istituto Curie di Parigi (Olivier Delattre), l'Università di Dusseldorf in Germania (Mark Remke e Pickard), l'Università di Uppsala in Svezia (Frederick Swartling), l'Università di San Francisco, California USA (William Weiss).

Infine, di enorme importanza è stata la collaborazione con il Sick-Kids Hospital di Toronto in Canada, coordinato dal professor **Michael Taylor**, soprattutto con i suoi collaboratori, due scienziati italiani, **Pasqualino De Antonellis** e **Livia Garzia**, ex studenti di Zollo.

**Leo, il bambino che ha donato una parte di sé alla ricerca.** Sono passati 28 mesi da quando Leo è volato in cielo. Così dicono i suoi compagni di classe, che portano il conto di una mancanza incolmabile, di una distanza crudele dall'amico eroe che combatteva contro un male allora incurabile. Leonardo era affetto da un medulloblastoma di tipo 3, che non gli ha lasciato scampo. Aveva 5 anni quando gli è stato diagnosticato.

«**Un giorno è venuto qui al Ceinge con i suoi genitori – racconta Zollo –** al suo papà aveva chiesto di trovare il migliore studioso del suo male. Leo è stato con noi, è entrato nei laboratori, ha conosciuto i nostri ricercatori. Ha voluto che gli spiegassimo cosa facciamo. Il suo coraggio non è stato vano».

**Lo studio del gruppo di Zollo è stato fatto proprio su un campione di Leo.** Da allora Zollo e i suoi non hanno smesso un attimo di studiare, di provare, di verificare. «C'è voluta tanta tenacia, fatica e determinazione per portare avanti questo studio e tutte le forze messe in campo, parlo di tutte le collaborazioni nazionali ed internazionali che abbiamo avuto, hanno avuto un ruolo importante. E non nascondo che Leo è stato ed è sempre nei nostri cuori, la nostra guida».

**Leo se ne è andato nell'ottobre del 2015.** Nessuno ha dimenticato quel coraggioso bambino, il suo sorriso, la sua forza. La scuola che frequentava, insieme alla famiglia, agli insegnanti e agli alunni, sostiene con una serie di iniziative la ricerca scientifica, che si svolge a Napoli.

**Forse proprio grazie a Leonardo oggi Massimo Zollo può finalmente dare la "buona notizia":** il medulloblastoma di tipo 3 si potrà sconfiggere. «Basta andare sulla pagina Facebook della scuola di Leonardo, leggere quello che fanno i suoi compagni di scuola, vedere tutto l'amore e la solidarietà che esiste, per capire perché lavoriamo senza sosta», ha detto Massimo Zollo, il ricercatore napoletano che lo stesso Leo ha voluto conoscere e al quale ha lasciato in eredità una parte di se stesso.

**Il futuro delle terapie.** I risultati della ricerca hanno implicazioni nel campo medico diagnostico e terapeutico. Sarà possibile effettuare diagnosi precoci della patologia per identificare l'asse di azione molecolare di questo gruppo di tumori, ma soprattutto sarà possibile curare i bambini grazie all'identificazione della molecola che è in grado di bloccare il processo metastatico indotto da Prune-1, al momento testata nei modelli murini di gruppi 3 di medulloblastoma.

«**Ora siamo in grado di fare diagnosi dei medulloblastoma del gruppo 3 - chiarisce Zollo –** che purtroppo hanno attualmente una prognosi infausta. Adesso finalmente abbiamo un arma, una piccola molecola che può essere usata per sviluppi clinici. Purtroppo, per avviare questa attività per studi nell'uomo occorrono investimenti, siamo pronti ad accogliere azioni di aziende farmaceutiche che vogliono investire in questo sviluppo e portare questa molecola a diventare farmaco. Siamo in grado di passare subito agli studi di fase 1, in Italia e all'estero».

**Ettore Mautone**



LE STORIE

Dal Politecnico un gel  
che rigenera il cuore

Fabrizio Assandri A PAGINA 20

## Dal Politecnico di Torino il gel che rigenera le cellule del cuore

Ricerca premiata dall'Ue: "Nuove speranze per il dopo-infarto"

**FABRIZIO ASSANDRI**  
TORINO

Un gel che, iniettato nel cuore, fa rinascere le cellule morte con l'infarto. È fatto con plastiche degradabili e compatibili con tessuti umani.

È la storia di una ricerca tutta italiana, che l'Unione Europea ha appena premiato con uno dei suoi riconoscimenti più prestigiosi, l'Erc: si tratta di due milioni di euro per portare avanti la ricerca da adesso per cinque anni, durante i quali è prevista la sperimentazione in vitro su un cuore umano. Ed è anche una storia di passione e di un successo femminile: «Quello del miocardio è, insieme con quello del cervello, uno dei tessuti più difficili da rigenerare e le patologie di cui soffre sono tra le più invalidanti: occuparsi di questo tema così complicato è per me molto affascinante», spiega Valeria Chiono, coordinatrice del progetto. Ligure, 42 anni, un dottorato in ingegneria dei tessuti, è professoressa associata del Politecnico di Torino. E si occupa di un filone dell'ingegneria al servizio della medicina. «Dopo l'in-

farto circa un miliardo di cellule responsabili del pompaggio del cuore muoiono e al loro

posto rimane una cicatrice, composta dai fibroblasti, più rigida, che causa in chi sopravvive insufficienze cardiache che nei casi più gravi rendono necessario il trapianto», spiega. Per risolvere questo problema ci sono già diversi filoni di ricerca all'interno della medicina rigenerativa, in cui Chiono s'iscrive. «Ci sono studi sulle cellule staminali, ma finora hanno dato risultati incerti, e l'uso di impalcature 3D per inserire le nuove cellule nel cuore, ma non sempre attecchiscono». La ricerca di Chiono parte da un nuovo approccio, che consiste nel tentativo di riportare il cuore alla stessa funzionalità che aveva prima dell'infarto.

«Questo filone di ricerca è stato sviluppato dal 2010 negli Usa. Consiste nel riprogrammare direttamente le cellule: in modo da trasformare i fibroblasti, le cellule morte, in cardiomiociti, ovvero cellule capaci di nuovo di contrarsi». La sfida è intervenire sulle cellule, iniet-

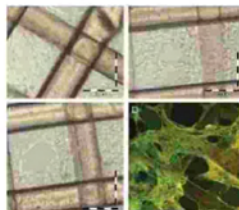
tando nel cuore il gel che contiene nanoparticelle che dovrebbero riuscire a favorire la riprogrammazione delle cellule morte per farle «resuscitare». In questo campo «siamo ancora ai primi passi, ma ci sono le basi per una rivoluzione», sostiene. Nei test, le cellule tornate alla loro funzionalità si coloreranno di un colore diverso, per segnare la differenza dalle altre.

Quella di Chiono è anche una storia di ricerca targata Italia: «Credo nel nostro Paese, voglio restare nonostante le difficoltà». E grazie ai due milioni assumerà due dottorandi, un ricercatore e tre assegnisti. Del team del progetto, intitolato Biorecar, fanno parte l'Università Federico II di Napoli, che tra l'altro fornirà le cellule infartuate, l'Inrim (l'Istituto di ricerca metrologica di Torino) e l'Istituto clinico Humanitas di Milano. «Il progetto testimonia le grandi potenzialità dell'applicazione delle discipline tecnologiche alle scienze della vita. Su 13 progetti Erc finanziati al nostro ateneo sei riguardano ricerche che vanno dalla biologia alla medicina», spiega il rettore in scadenza di mandato del Politecnico Marco Gilli.

© BY N. RIC. ALL'UBI. (F. ASSANDRI)



**L'ideatrice**  
Valeria Chiono, coordinatrice del progetto: un dottorato in ingegneria dei tessuti, è professoressa al Politecnico di Torino. Si occupa di un filone dell'ingegneria al servizio della medicina



### Le fasi della cura

Si inietta nel cuore il gel con nanoparticelle che trasformano i fibroblasti della cicatrice da infarto in cardiomiociti, capaci di contrarsi. Nella foto le fasi dell'impalcatura 3D in poliuretano con le cellule del cuore