



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



REGIONE. 6

Laboratori, via alla rete: arrivano nuove norme

RIDUZIONE DELLA SOGLIA minima di efficienza a 70 mila prestazioni per anno svolte sia a carico del Servizio sanitario nazionale sia per i committenti privati (persone fisiche e giuridiche), ambiti territoriali estesi anche a livello regionale senza limitazione del numero di prestazioni. E poi modifica dei coefficienti tecnologici e dei requisiti organizzativi di personale e la possibilità, per le strutture che si aggregano in Consorzi, di mantenere il proprio codice regionale e l'identità degli assetti societari. Infine la riconfigurazione del singolo aderente al Consorzio rispetto alla tipologia organizzativa posseduta e l'adozione del valore medio della prestazione attorno alla quale valutare il fabbisogno finanziario di ciascun centro in relazione al volume di prestazioni annue da erogare per contratto con le Asl. Sono i punti qualificanti del riordino della rete dei laboratori di analisi in Campania attuata per decreto firmato dal sub commissario per la Sanità **Mario Morlacco** e dal commissario ad acta **Stefano Caldoro**. La norma prevede un regime transitorio di un anno per l'attivazione delle forme consortili. Il decreto è il n. 109 del 19 novembre scorso, in via di pubblicazione sul bollettino regionale e dà attuazione al decreto commissariale n. 55 del 30 settembre del 2010. Il nuovo decreto mette in atto l'attesa riorganizzazione dell'offerta di prestazioni di diagnostica di laboratorio diventate diseconomiche per i centri erogatori dopo l'adozione, il 13 febbraio del 2013, del nuovo nomenclatore tariffario che taglia del 40 per cento circa il valore delle prestazioni.

In pratica le strutture che erogano meno di 70 mila prestazioni annue saranno costrette a consorziarsi per garantire economie di scala individuando un centro di riferimento o anche detta unità di rete che stabilirà il contratto con le Asl. Le strutture consorziate potranno restare operative nelle fasi pre e post analitica configurandosi come interfaccia territoriale con l'utenza garantendo la capillarità del servizio, fiore all'occhiello della rete

erogativa campana. La norma che recepisce gran parte delle osservazioni e proposte emendative formulate dalle associazioni di categoria, segnatamente la Federlab e l'Aspat che hanno seguito passo passo le trattative al tavolo con la controparte regionale. "Salutiamo con moderata soddisfazione l'emanazione del decreto - avverte **Pier Paolo Polizzi**, presidente dell'Aspat - e il riordino della rete dei laboratori cui pensiamo di aver dato in corso d'anno un contributo fondamentale e, pertanto, rivendichiamo con forza i risultati raggiunti nell'interesse dei nostri associati e dell'intero comparto". Rivendicazione, primariamente sul piano politico - ribadita anche da **Vincenzo D'Anna** leader di Federlab Italia, senatore di Fi/Pdl vicepresidente della commissione Affari Ue.

"La riorganizzazione della rete dei laboratori - conclude Polizzi - è, a nostro avviso, un processo ineludibile della trasformazione del sistema organizzativo un'opportunità di crescita delle strutture". ■■■

Ricetta elettronica, Campania in ritardo

RICETTA ELETTRONICA obbligatoria dal 12 gennaio 2014, la Campania è in ritardo. Alla sesta edizione di Pharmexpo, in programma a Napoli alla Mostra d'Oltremare ne parla il presidente nazionale Federfarma **Annarosa Racca** e **Michele Di Iorio**, presidente Federfarma Napoli.

Dal Sparirà dunque la classica ricetta in formato cartaceo per far largo ad una formula elettronica che consentirà ai clienti, attraverso la propria tessera sanitaria e la prescrizione del medico di base, di acquistare il farmaco necessario in qualsiasi farmacia regionale.

Un procedimento che se da una parte trova già attivi e pronti i farmacisti dall'altra, medici di base e clienti, non appaiono pronti alla variazione di legge come conferma il presidente nazionale dell'Utifarm (Unione tecnica italiana farmacisti) **Eugenio Leopardi**. "I farmacisti operano da diversi anni attraverso i computer ed i sistemi informatici per gestire i propri archivi e depositi, l'attuazione del procedimento di legge sarà molto facile, ma temo che il sistema soffrirà l'innovazione. Molti medici di base e gli stessi clienti non sono così avvezzi ai sistemi informatici per gestire la novità della ricetta elettronica in particolare in alcune regioni come la

Campania dove almeno il 50 % dei medici opera ancora con il sistema cartaceo".

Anche **Michele Di Iorio**, presidente dei titolari di farmacia di Napoli ha perplessità a riguardo: "Sicilia, Valle D'Aosta e Liguria sono già partite con l'attuazione del decreto e purtroppo le notizie che giungono dalla Sicilia dimostrano che almeno il 40 per cento delle ricette dematerializzate presentano delle criticità per una cattiva didattica della regione nei confronti dei medici di medicina generale. Ecco perché sarebbe opportuno, per evitare criticità simili in Campania, realizzare un accordo di programma per individuare le criticità e stabilire le tolleranze operative prima di determinare la data di inizio del procedimento".

Al momento la data di inizio della rivoluzione copernicana delle ricette, da cartacee ad elettroni è fissato per il 12 gennaio 2014, ma allo stato delle cose il caos sarebbe dietro l'angolo. Al convegno interverrà anche la presidente nazionale di Federfarma **Annarosa Racca** e potrebbe prendere parte al confronto anche il ministro alla salute **Beatrice Lorenzin** presente a Napoli alla mostra d'oltremare. Organizzazione telematica della farmacie e dei medici, e la nutraceutica, evoluzione dei farmaci e della farmacia le novità

emerse nella kermesse che si conclude oggi a Napoli. Nel prossimo futuro esiste una previsione di apertura di 300 nuove farmacie in Campania e Angelo de Negri, della Progetta, che organizza l'evento partenopeo commenta: "La crisi rappresenta un'opportunità e le farmacie sono, nella maggioranza dei casi, aziende familiari, snelle e capaci di gestire i rapidi cambiamenti delle esigenze, ma anche delle nuove normative".

Le farmacie possono essere anche grandi imprese come quelle che gestiscono i prodotti con la robotica. Sono quasi il 10 per cento quelle che hanno grandi apparecchiature con un sistema robotizzato che permette di ricevere direttamente dal magazzino al banco di vendita, il prodotto richiesto, con gestione che arriva sino a 10 mila farmaci ed il controllo di quelli in scadenza. Negli ultimi anni, il numero di farmaci di origine biotecnologica è aumentato esponenzialmente. Et. Mau.

I numeri

Farmacie nazionali: 18.039

-7.850 farmacisti

Campane: 1615

-2.900 medici

Napoli: 771 circa

- 12.500 presenze professionali

Farmacie in apertura:

- 2.500 partecipanti ai corsi Ecm

300 in Campania e 2500 in Italia

- 88 relatori

(Dati Ferderfarma)

- 24 convegni

Alla scorsa edizione Pharmexpo hanno partecipato

Quest'anno sono previsti

-218 espositori

26 convegni e corsi

Blitz del ministro della Salute al Pascale

«Tumori, il mio piano ora screening e registro»

Lorenzin: il Sud paga gli sprechi di ieri



Gerardo Ausiello

Un blitz, un'ispezione, un incontro ravvicinato, sul campo, con ammalati e operatori. Ore 16, sabato pomeriggio. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin varca la soglia del Pascale, l'ospedale che accoglie i pazienti oncologici. Medici e infermieri vengono colti di sorpresa. E, a proposito di tumori, la Lorenzin annuncia il suo piano: «Screening e registro. Il Sud paga gli sprechi di ieri».

”

Il divario

Inaccettabile il gap con il Nord: bisogna recuperare i ritardi

La Terra dei fuochi

Massima attenzione e azioni immediate subito la raccolta dati

Nuovo corso

Alta tensione in Campania dopo il blitz del ministro



(ch.ma.) - La visita a sorpresa che il ministro Beatrice Lorenzin ha fatto all'ospedale 'Pascala' di Napoli, dopo le verifiche fatte in incognito anche in alcune strutture romane, conferma l'attenzione che il governo riserva alla situazione della Campania.

A pochi giorni dalla investitura del nuovo sub commissario, la Lorenzin ha voluto constatare in alcuni reparti dell'ospedale il grado di soddisfazione degli utenti, ma anche il livello dei servizi resi nel Capoluogo campano. Secondo i beneinformati, il nuovo anno di commissariamento deciso dall'Esecutivo Letta punta a riordinare soprattutto l'area metropolitana. Il Ministro ha visitato i reparti di Chirurgia toracica, Senologia ed Ematologia, accertando anche lo stato delle attrezzature e le turnazioni del personale, anticipando la mission che avrà il sub commissario, destinato ad operare a stretto contatto con le direzioni generali delle aziende sanitarie e ospedaliere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità in Campania, gli esperti tracciano lo stato dell'arte

NAPOLI - Venerdì alle 18.30 a Napoli si svolgerà l'incontro-dibattito sul tema "Campania : spunti sulla Sanità". Partecipano: **Ferdinando Romano**, Capo Dipartimento Sanità e Risorse Naturali Regione Campania; **Giovanni Di Minno**, Direttore Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale "Federico II" di Napoli; **Mario Visconti**, primario Emerito di Medicina Interna. L'incontro fa seguito alla presentazione alle Autorità Regionali del documento sulla "Sanità in Campania".

La sanità malata

Cancro: risonanze e diagnostica il pubblico cede, i privati avanzano

Allarme salute, con il blocco delle convenzioni slittano diagnosi e cure

Maria Pirro

Veleni e tumori, la cura è una corsa ostacoli. Dalla diagnosi al follow up: solo una apparecchiatura ad alta tecnologia su quattro è nelle Asl e negli ospedali campani. «Per gli abitanti della Terra dei fuochi, che aspettano di avere una neoplasia, prenotare in una struttura pubblica partenopea significa aspettare, in alcuni casi settimane, in altri mesi, prima di poter eseguire l'esame. Invece se contattano un centro privato convenzionato fino al 31 dicembre quasi sempre è richiesto il pagamento delle prestazioni».

È preoccupata Pina Tommasielli, medico di famiglia che coordina l'Osservatorio oncologico del Comune di Napoli (nonché ex assessore). Segnala «una pericolosa riduzione nell'accesso alle cure e anche ai programmi di prevenzione». Ma, avvisa, «non è per nulla diminuita l'incidenza e la prevalenza delle patologie». Questo emerge dai dati estrapolati dalle cooperative dei medici di medicina generale, circa 200 sentinelle nella rete di sorveglianza epidemiologica.

Tommasielli fa notare: «A Napoli e Caserta chi ha un problema di salute non può pagare il prezzo richiesto dai privati per prestazioni costose come la risonanza magnetica o la Pet-tac». Anche per Bruno Accarino, responsabile regionale del Sindacato italiano dei radiologi, «il problema è grave». Per diversi motivi: «Chi è in terapia non può aspettare l'anno prossimo per effettuare accertamenti del caso. E scoprire un tumore con due mesi di ritardo può an-

che compromettere le aspettative di vita».

C'è un grande divario tra il numero di apparecchiature in dotazione nel-

le Asl e negli ospedali e quelle acquistate dai centri privati, come dimostra la tabella elaborata dal Sindacato italiano dei radiologi. «Nelle strutture pubbliche - spiega Accarino - si registra una carenza di macchinari e di personale, ma tutto il sistema è in crisi. E chi ne fa le spese è sempre il cittadino che ha bisogno di cure». Aggiunge il radiologo: «Nel corso degli anni, si è assistito alla progressiva riduzione dei fondi assegnati ai centri privati, per garantire le prestazioni sanitarie, e anche quest'anno, da ottobre, esaurito il budget, è scattato lo stop delle prestazioni in regime convenzionato».

Ecco come sono distribuite le apparecchiature ad alta tecnologia secondo l'indagine realizzata dal Sindacato italiano dei radiologi: non c'è neppure una Pet in Irpinia, i macchinari si trovano solo nei centri privati a Benevento, Caserta e Salerno. Su 77 apparecchiature di risonanza magnetica, con impianti di alto campo, cioè quelli che sono utilizzati per eseguire lo screening oncologico, solo 22 sono in funzione nelle strutture pubbliche. Di più: «Una sola risonanza è nell'Asl, nella provincia di Napoli, tutte le altre nelle aziende o nei presidi ospedalieri. Questo perché la gara per l'aggiornamento delle attrezzature è ferma da circa 3 anni. Per la Pet non è stata prevista, mentre per le tac è stata espletata nei tempi indicati dalla Sorsa, la società regionale per la sanità».

Accarino sottolinea altre conseguenze del gap di macchinari e apparecchiature: l'iperaffluenza al pronto soccorso e i viaggi della spe-

ranza. «Altro che risparmi, perché alla fine il conto verrà comunque presentato alla Regione Campania». Carlo Faletti è presidente della Sirm, la società italiana di radiologia medica. Indica una questione diversa: «È fondamentale stabilire chi

I dati

	pubblico					privato
	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli	Salerno	Totali
PET	0	0	0	4	0	4
	0	1	2	2	3	8
Totale	0	1	2	6	3	12
RM*	2	2	2	12	4	22
	2	2	13	27	11	55
Totale	4	4	15	39	15	77
* solo impianti di alto campo						
TC	8	4	4	44	20	80
	6	11	24	91	33	165
Totale	14	15	28	135	53	245

* dato 2008

Fonte: elaborazione del Sindacato nazionale radiologi

centimetri

L'appello
Nell'Agro
nocerino
il Comitato
dei pazienti
«Chilometri
e attese
per curarci»

di ritardo può an-

I numeri

200

I medici-sentinella

Sono i sanitari delle cooperative che costruiscono la rete di sorveglianza epidemiologica

22

Le risonanze

Sono gli impianti ad alto campo in funzione nelle strutture pubbliche poi le altre sono private

3

Anni di burocrazia

Acquisto di risonanze magnetiche: la gara di appalto regionale è stata bandita tre anni fa e mai definita

0

L'assenza di Pet

A Caserta, Avellino Salerno e nel Sannio non c'è una sola struttura pubblica con questa macchina

185

Tac in Campania

È il numero di quelle funzionanti nei centri privati: decisamente superiore a quelle della rete pubblica

ha bisogno e di cosa, migliorare l'appropriatezza nella prescrizione delle prestazioni. Quanto agli screening, è decisivo individuare con precisione aree a rischio e patologie, procedere prima a un attento esame clinico. Questo per evitare che le apparecchiature siano ingolfate da indagini inutili, con il rischio di non dare una risposta rapida quando necessario».

Ieri il Mattino ha raccontato che è inadeguato anche il numero di acceleratori lineari, pubblici e privati, per la radioterapia: la Campania ha 4,5 macchinari per milione di abitanti, la Lombardia 7. Pazienti oncologici insieme con una decina di associazioni di volontariato dell'Agro-nocerino-sarnese hanno costituito un Comitato per il diritto alla salute presieduto da Antonio Savino che denuncia: «È assurdo che gli ammalati che abitano in questa zona debbano andare in giro per le province campane e pure fuori regione per ottenere il trattamento sanitario in tempi rapidi, proprio perché mancano queste apparecchiature».

Con una lettera dagli Stati Uniti, interviene anche l'oncologo Antonio

Giordano, presidente dell'Istituto Sbarro di Filadelfia, che insegna anche all'Università di Siena ed è direttore scientifico del Crom di Mercogliano. Vuole sottolineare: «Da una parte è indispensabile assistere adeguatamente i cittadini nelle strutture pubbliche, dall'altra è urgente porre in essere seri programmi di prevenzione e di screening. Purtroppo, siamo costretti a constatare che a medici preparati e scrupolosi non sempre corrispondono strutture all'altezza: troppe le dispersioni di risorse e gli sprechi avvenuti in questi anni. Accanto a questi fenomeni siamo costretti a registrare anche gli effetti di comportamenti scorretti: luminari della medicina, in questi ultimi trent'anni, hanno più di una volta utilizzato il pubblico a favore di cliniche o case di cura private, per favorire i propri interessi. Ecco allora che la nostra Regione è vittima di territori compromessi, ma anche di uomini senza scrupoli. Non c'è molto ancora da dire, piuttosto da fare: ad opere di serie bonifiche dei territori dovrà corrispondere un ravvedimento degli uomini. Solo così potremo porre rimedio a un disastro assoluto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La Regione: fondi per la radioterapia, registro dei tumori in ogni provincia

L'assistenza

Romano, capo dipartimento: arriveranno presto altre venti nuove apparecchiature

«I macchinari per la radioterapia in Campania sono 38 ma nei prossimi mesi ne arriveranno altri 20». La Regione corre ai ripari. Il divario dell'assistenza tra Nord e Sud è profondo, allarmante. A Palazzo Santa Lucia ne sono consapevoli e assicurano che «qualcosa sta cambiando». Cosa si è fatto finora? Le prime azioni riguardano appunto il potenziamento dell'offerta sanitaria per garantire cure più efficaci: «In considerazione dell'importanza delle prestazioni specialistiche di radioterapia, con la legge regionale numero 5 del 2013 è stata prevista una deroga alla normativa in materia di accreditamento istituzionale definitivo - spiega il capodipartimento della Salute, Ferdinando Romano - Abbiamo così predisposto il piano del fabbisogno individuando le aree dove c'è maggiore carenza di apparecchiature. Alla fine di questo percorso il dato della Campania sarà allineato a quello nazionale».

E il registro tumori? «È partito in tutte le cinque province della regione e in Italia solo Umbria, Friuli, Veneto e Campania oggi assicurano una copertura regionale della rilevazione delle malattie oncologiche», chiarisce Romano. La strada, però, resta in salita. Già, perché in Campania è difficile curarsi ma si registrano pesanti ritardi appunto anche sul fronte della prevenzione e della diagnosi. «Qui si vive meno perché le condizioni socio-economiche del territorio sono drammatiche - avverte il capodipartimento - Molti abitanti di questa regione non hanno i sol-

di per curarsi né per sottoporsi agli esami di routine. È chiaro che in questo modo diventa tutto più difficile, si entra in un circolo vizioso». Da qui il pressing della giunta Caldoro sul governo per ottenere una rimodulazione dei criteri del fondo sanitario nazionale, e quindi più soldi: «Da Roma riceviamo 63 euro in meno pro capite perché si prende in considerazione solo il parametro dell'età media. Ma non è più possibile ignorare gli indici di deprivazione». Un altro nodo da sciogliere è quello delle liste d'attesa. Secondo gli esperti di Palazzo Santa Lucia «nel primo semestre 2013 oltre il 50 per cento delle prestazioni ambulatoriali di diagnostica per immagini è stato effettuato in un tempo contenuto entro 7 giorni dalla data di prenotazione per gli erogatori convenzionati ed entro 8 giorni per gli erogatori pubblici. Bisogna aspettare una settimana anche per quanto riguarda i ricoveri in cui il

principale motivo dell'assistenza erogata è un tumore». In una condizione di generale difficoltà, qualche passo in avanti si registra inoltre sul rafforzamento della rete territoriale: «Dopo dieci anni abbiamo approvato l'accordo con i medici di famiglia e stiamo lavorando agli accordi con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali - sottolinea Romano - Questo ci consentirà di attivare centri di offerta sul territorio 24 ore su 24, con potenziamento dell'assistenza domiciliare, della telemedicina e attivazione di ospedali di comunità (è già in opera una struttura nell'Asl di Caserta) per ospitare pazienti dimessi dall'ospedale che però necessitano ancora di cure e di un monitoraggio sanitario. Questo libera i posti letto in ospedale e consente di trasferire i pazienti in barella in pronto soccorso».

ger.aus.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



”

All'assessorato

Romano: dobbiamo superare il gap tra Nord e Sud

Salute

FARE MENO PER FARE DI PIÙ

**L'eccesso
di diagnosi
e di trattamenti
è una tendenza
da arginare**

di ROBERTO SATOLLI

Per un semplice mal di schiena non c'è motivo di fare radiografie e ancor meno TAC o risonanze magnetiche. Una frase di buon senso, che potremmo sentirci dire dal medico di famiglia, ma fa un altro effetto se è proposta da una società scientifica o professionale, che se ne assume la responsabilità. È questa la posta in gioco della campagna «Fare di più non significa fare meglio» (versione italiana dell'americana *Choosing wisely*) che alla fine di novembre, al congresso di Slow Medicine a Torino, raccoglierà i primi elenchi di test e interventi che nella pratica comune non si dovrebbero fare, ma invece si fanno comunemente. Dati i tempi, il sospetto è che si voglia risparmiare: in fondo un esame in più al massimo sarà inutile, ma non può far male. Invece nei Paesi ricchi l'inflazione delle cure è tale che tutti corriamo il rischio di essere "sovradiagnosticati"

e "sovratrattati" per malattie che, lasciate a sé, non ci avrebbero mai dato alcun disturbo. Diventiamo malati, con tutto quel che segue di negativo, per colpa della medicina. Il guaio è che trovare il punto in cui fermarsi è diventato difficilissimo e richiede ai medici molto più impegno e competenza che andare

avanti col paraocchi: per questo oggi si dice che «Less is more», cioè «fare di meno significa fare di più». Questo «di più» non può essere lasciato ai singoli pazienti col loro dottore, occorre uno sforzo comune di tutta la comunità scientifica e clinica e di tutte le rappresentanze dei cittadini e dei malati. La medicina tecnologica e industriale è una bellissima macchina da corsa cui ci si è dimenticati di progettare i freni. Se non ci vogliamo schiantare, è urgente provvedere. È un'ottima notizia che anche in Italia si faccia un primo passo in questa direzione, con gli Ordini dei medici e degli infermieri, e alcune delle maggiori società scientifiche — come quelle dei cardiologi, dei radiologi e dei diabetologi — pronti a indicare ciascuno nel proprio ambito le cinque pratiche comuni che si devono smettere, perché sono inutili e dannose.

Con il passare del tempo l'ipertensione danneggia la funzionalità di organi vitali come cuore e cervello

In guardia contro un nemico silenzioso

Il più delle volte ci si accorge dell'aumento della pressione arteriosa quando si manifestano già complicanze

AmicoMED: la telemedicina contro l'ipertensione

Le linee guida raccomandano un monitoraggio costante della pressione non solo in caso di effettiva necessità, ma anche nella vita quotidiana. Finora il monitoraggio era spesso incompleto perché era difficile avere un riscontro medico immediato delle misure pressorie. Oggi il problema è superato grazie ad AmicoMED, un servizio innovativo che offre valutazioni illimitate della propria pressione grazie a una centrale medica attiva 24 ore su 24. Il servizio è acquistabile da tutta Italia sul sito www.amicomed.com e al numero di telefono 02-8246.4040, oltre che (solo in Provincia di Brescia) in Farmacia. Il cliente può misurarsi la pressione comodamente a casa con il proprio apparecchio e poi trasmettere i dati alla centrale medica scegliendo tra chiamare un numero dedicato, l'App AmicoMED per Smartphone/Tablet oppure l'area dedicata sul sito. Ma qual è l'innovazione del servizio? La centrale medica analizza ogni misurazione rispetto a quelle inserite in precedenza e risponde con valutazioni che tengono conto della storia clinica, dell'andamento della pressione, delle fasce orarie e di molti altri parametri, e nel caso la situazione sia ritenuta meritevole di attenzione clinica, il cliente sarà direttamente contattato dalla centrale medica. Il servizio AmicoMED dà anche la possibilità al cliente di nominare fino a tre persone (caregivers) che possano visualizzare lo storico delle misurazioni dell'interessato e che, in caso di necessità, vengano contattate dalla centrale medica.

Per maggiori informazioni: www.amicomed.com

È necessario imparare a controllare periodicamente la propria pressione arteriosa. Perché è oramai ampiamente dimostrato che quanto più il suo valore è elevato, tanto maggiore è la probabilità che la vita non sia né lunga né di buona qualità. Si tratta, infatti, di uno dei principali fattori di rischio delle patologie cardiovascolari, ancora oggi la prima causa di morte nel mondo.

Secondo i dati dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare/Health Examination Survey, l'ipertensione colpisce nel nostro Paese il 56% degli uomini e il 43% delle donne. A renderla un problema di salute particolarmente temibile è il fatto che senza dare segnali della sua presenza, compromette la salute di organi vitali come cuore, reni e cervello. Come è stato però confermato da diversi studi, riducendo il valore della pressione il rischio che il proprio apparato cardiovascolare si guasti ridiventa quasi uguale a quello di

chi non è iperteso. Si calcola, ad esempio, che 10 millimetri di mercurio in meno di pressione arteriosa sistolica cioè di massima, o 5 mmHg in meno di pressione arteriosa diastolica, cioè di minima, comportino una riduzione della probabilità di essere colpiti da ictus del 40% e del 20-25% per quanto riguarda il rischio d'infarto e di altre patologie coronariche. In particolare è la pressione arteriosa sistolica negli uomini il fattore di maggior peso nel calcolo del rischio cardiovascolare globale a 10 anni.

SONO VALIDE PER TUTTI

È oramai ampiamente risaputo che il 90-95% dei casi d'ipertensione arteriosa è dovuta ad abitudini di vita non corrette e che solo il 5-10% dei casi di ipertensione è secondaria a una malattia del sistema endocrino o dei reni o dovuta all'assunzione di farmaci. Adottare, allora, alcune strategie di stile di vita sana ha un comprovato effetto antipertensivo e riduce il rischio cardiovascolare. Andrebbero seguite da tutti gli ipertesi e anche da chi sta seguendo la

terapia farmacologica. In pratica significa: mantenere il giusto peso corporeo perché più si è in sovrappeso e più la pressione tende ad essere alta; seguire un'alimentazione sana dando la preferenza ai cibi vegetali; diminuire il sale in quanto chi ne abusa la pressione è più elevata di 7-12 millimetri di mercurio; svolgere una regolare attività fisica, infatti riduce la pressione di circa 8-10 millimetri di mercurio; abolire il fumo, un fattore che accelera lo sviluppo dell'aterosclerosi; tenere a bada lo stress che stimola nell'organismo la secrezione di alcuni ormoni con una forte azione ipertensiva.

UNA MISURAZIONE INDISPENSABILE

Imparare un minimo di autogestione del 'problema pressione' è davvero fondamentale per tutti. Per chi non soffre di ipertensione permette di scoprire

eventuali deviazioni pressorie al più presto e di intervenire subito adottando le necessarie correzioni di stile di vita e qualora il medico lo ritenga necessario, affiancando a queste anche una terapia farmacologica. Per chi invece è già in terapia, sia che si tratti di quella non farmacologica sia di quella farmacologica o di entrambe, consente di fornire al medico curante tutte le indicazioni necessarie all'ottimizzazione delle cure. La misurazione della pressione viene effettuata sempre in posizione seduta, generalmente al braccio, utilizzando lo sfigmomanometro tradizionale o digitale automatico.

Salute

Farmaci equivalenti (più noti come "generici"): un'opportunità che coniuga efficacia e sostenibilità

Qualità, sicurezza clinica e attenzione alla persona

*È necessaria un'adeguata informazione, capace di chiarire i dubbi e dissipare le false convinzioni diffuse sui farmaci non branded**L'importanza
di una corretta
informazione**Sostenibilità,
ricerca
e massima
qualità*

Il farmaco generico o equivalente costituisce una preziosa alternativa ai prodotti branded, capace di garantire un'alta qualità, un'efficace risposta clinica e allo stesso tempo un interessante risparmio per i pazienti e per il Sistema Sanitario Nazionale.

"I farmaci generici hanno reso finalmente accessibili cure che prima non tutti si potevano permettere - afferma il dottor Giuseppe Nielfi, presidente del sindacato dei medici Sumai. - In alcuni casi l'avvento del generico è riuscito persino a cambiare il volto e il decorso di intere patologie, quali ad esempio la disfunzione erettile". La recente scadenza del brevetto di sildenafil, il principio attivo delle famose compresse blu utilizzate per la disfunzione erettile, infatti, ha prodotto un duplice effetto: da un lato il mercato complessivo in farmacia, sino all'anno scorso in leggero calo, ha visto una netta controtendenza, dall'altro

lato il farmaco generico da solo copre quasi la metà dei consumi. "Grazie ad un più economico accesso alla cura, i pazienti affetti da disfunzione erettile - continua Nielfi - possono affrontare meglio la loro patologia. Questo si traduce in un miglioramento anche degli aspetti psicologici e psicoaffettivi correlati alla disfunzione erettile, con un conseguente risparmio anche sulle terapie di supporto, quali ad esempio gli antidepressivi, spesso necessarie a chi non riesce a superare il problema originario".

IL RUOLO DELL'INFORMAZIONE

L'utilizzo di farmaci generici in Italia è ancora inferiore rispetto alla media europea. "Ciò è principalmente dovuto ad un problema culturale e spesso ad una mancanza di informazioni adeguate - sostiene Nielfi. - Lo stesso utilizzo del termine "generico", rispetto ad "equivalente" che ne connota immediatamente una pari efficacia rispetto al branded, può aver destato iniziali resistenze". Per que-

sto è importante promuovere campagne di informazione su caratteristiche, efficacia e qualità dei generici: solo una loro adeguata conoscenza ne può diffondere l'utilizzo, riducendo così la spesa sanitaria e liberando risorse per migliori servizi alla salute. "Noi come Sumai - spiega Nielfi - continueremo la nostra attività di formazione scientifica nei confronti dei colleghi, attraverso una serie di iniziative "sul campo" a livello locale. Contiamo di tradurre queste iniziative in corsi a distanza per facilitare l'accesso a chiunque ne sia interessato".

MEDICO E FARMACISTA: DUE FIGURE CHIAVE

Molto spesso Internet viene utilizzato come strumento di informazione da parte dei pazienti che vogliono saperne di più sulla propria patologia. "Attualmente mancano però fonti di informazioni autorevoli e certificate - puntualizza Nielfi - poste sotto il controllo delle Agenzie Istituzionali, che solo in tempi

recenti si stanno affermando anche nel ruolo informativo ai cittadini grazie a pagine di siti ufficiali". Riferirsi al proprio medico curante che, nell'eventualità, saprà identificare lo specialista di riferimento per un ulteriore approfondimento rimane comunque fondamentale. Di grande importanza anche la figura del farmacista, che, oltre a fornire informazioni sul farmaco prescritto dal medico, è tenuto a proporre l'alternativa equivalente con particolare attenzione al profilo di tollerabilità degli eccipienti. La positiva percezione degli equivalenti da parte del farmacista si riflette sulla scelta del paziente. "Informazione, sostenibilità e ricerca: sono questi i punti fermi dai quali non si può prescindere affinché i farmaci generici possano diventare veri e propri protagonisti in ambito sanitario - conclude Nielfi - ciò si tradurrà in una riduzione della spesa sanitaria pubblica, con la garanzia di un eguale livello di qualità delle cure per i cittadini".



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Tagli all'assistenza sanitaria, la denuncia di politici e associazioni

Il caso

D'Agostino: i cittadini non paghino le colpe della cattiva amministrazione Festa, le Acli e Federsanità protestano

Luigi Basile

Non è caduto nel vuoto il grido d'allarme lanciato dagli utenti irpini dei servizi di assistenza sanitaria, a causa dei tagli decisi dall'Asl di Avellino. Il deputato di Scelta civica, Angelo D'Agostino, chiede al direttore generale Sergio Florio «una revisione degli orientamenti in atto nella erogazione dei servizi». Secondo il parlamentare, la carenza di copertura dell'assistenza determina una grave penalizzazione delle fasce più deboli: «Nessuno può ignorare le difficoltà finanziarie in cui versa la Regione per l'eccessivo debito sanitario accumulato in decenni di gestione allegra e clientelare di questo comparto, per cui oggi siamo costretti a far fronte a quel deficit con sacrifici decisamente pesanti. Tuttavia, non è tollerabile che gli errori della cattiva politica del passato debbano essere pagati oggi da cittadini che non hanno alcuna colpa». Il consigliere comunale di Avellino, Gianluca Festa, chiede

che la questione venga affrontata nell'aula di Piazza del Popolo: «Considero inaccettabili i gravi disagi che l'Asl di Avellino sta arrecando agli utenti, limitando o addirittura negando servizi sanitari essenziali. È opportuno che su una questione così delicata sia convocata una seduta straordinaria del consiglio comunale della città. Il tema dovrebbe essere affrontato anche nella prossima conferenza dei sindaci dell'Asl, indetta da Paolo Foti. Gli enti locali irpini non possono restare immobili di fronte al grido d'allarme dei cittadini».

Da parte loro, le Acli denunciano l'indifferenza di partiti e rappresentanti istituzionali: «Lo smantellamento dei servizi avviene nel più totale silenzio della politica e delle istituzioni. Non una parola, ad esempio, è stata detta rispetto alla decisione del direttore generale dell'Asl di Avellino, Sergio Florio, di non investire preziose e consistenti risorse destinate all'Irpinia, per le necessità sanitarie dei cittadini. È diritto dell'opinione pubblica sapere per quale ragione la nostra provincia è stata privata di 30 milioni di euro, mentre agli utenti viene negata l'assistenza di base. In che modo la Regione ha utilizzato quei fondi?». Le Acli sottolineano che nell'ultimo anno hanno chiuso i battenti diverse strutture convenzionate, gestite dal terzo settore, a partire dal centro terapeutico per il disagio psichiatrico,

«La casa di Adele», di Atripalda. I tagli, inoltre, hanno colpito tutti i settori sanitari: i malati gravi rischiano di essere abbandonati al proprio destino, mentre gli accertamenti clinici ormai vengono effettuati solo a pagamento in laboratori privati. «Le forze civili e sociali - ha affermato Domenico Sarno, presidente provinciale dei lavoratori cristiani - incalzino la politica che non intende arrendersi di fronte al disastro, la politica che non si accontenta di presidiare il Palazzo, la politica capace di superare il limite dell'autoreferenzialità, per dare risposte concrete ai bisogni e per riaffermare i diritti fondamentali della democrazia».

Anche Giovanni Boccella, responsabile provinciale di Federsanità ha espresso solidarietà ai cittadini irpini che in queste settimane si vedono rifiutare l'assistenza sanitaria dall'Asl di Avellino: «Non è ipotizzabile che, soprattutto in una fase caratterizzata da una drammatica crisi economica, vengano meno anche i servizi primari alle persone ed alle famiglie, mentre sarebbe ragionevole, proprio ora, garantirli maggiormente ed estenderli. È inaccettabile che malati gravi ed utenti in condizioni di disagio siano lasciati completamente soli. I risparmi sui costi dei servizi non possono essere effettuati sulla pelle dei cittadini. Le scelte compiute dal vertice dell'Asl appaiono, quindi, incomprensibili ed irrazionali, ma soprattutto dannose per la collettività. In un'azienda sanitaria che si è contraddistinta per una gestione virtuosa delle risorse finanziarie non si ravvisava alcuna necessità di stringere ulteriormente la cinghia, fino a comprometterne addirittura le funzioni essenziali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'assistenza I dati sull'attività della Neurochirurgia dell'ospedale «Rummo»

«Fondi alla sanità, premiare la qualità»

Schiano: rivedere i criteri di assegnazione. Boccalone: puntiamo sulle eccellenze

Ora che i dati dimostrano che la sfida accettata dieci anni fa è stata vinta, è giusto lanciare un messaggio di tranquillità. In Campania, soltanto il "Rummo" sino al 2002 non aveva la Neurochirurgia che, con l'arrivo del professor Giuseppe Catapano nei primi mesi del 2003 registrò l'apertura del reparto e delle sale operatorie. «In ordine cronologico - tiene a precisare il direttore del dipartimento di Neuroscienze - è dunque la più giovane Neurochirurgia della regione». Dotata di 16 posti letto e di 2 camere operatorie, è sup-

portata da una unità di Neuroanestesia e Neuroranimazione, dotata di 6 posti letto, e da una Neuroradiologia distinta in una parte puramente diagnostica, con TC, RMN ed a Angiografia, ed una parte interventistica per le procedure endovascolari.

Ieri mattina, l'Azienda ospedaliera ha inteso comunicare all'utenza le risultanze di questa attività. Un apposito focus, voluto dal direttore generale Nicola Boccalone, per informare la comunità sannita che, se necessario, sul "suo" ospedale può confidare, poiché, come sottolineerà nelle conclusioni il presidente della commissione Sanità della Regione Campania, Michele Schiano, «nelle realtà più pic-



Il Focus Da sinistra, Giuseppe Catapano, Nicola Boccalone e Michele Schiano di Visconti

cole si può fare meglio come, appunto, Benevento ormai divenuto, con le sue molteplici eccellenze, uno dei poli attrattori». Schiano, inoltre, ha recepito l'invito rivoltagli dal sindaco Fausto Pepe, a proposito della distribuzione delle risorse: «Il criterio non può essere quello demografico, ma vanno incentivate quelle realtà che operano con professionalità e qualità».

La Neurochirurgia del "Rummo" è di sicuro una di queste. Boccalone, non a caso, ha ricordato di essersi sentito orgoglioso quando, poche settimane fa, Catapano ha rappresentato l'azienda negli Usa: a S. Francisco erano presenti, per presentare nuove tecniche operatorie, 60 ospedali da tutto il mondo, di questi 15 quelli europei e 2 soltanto quelli italiani.

Un'attività, peraltro, suffragata dai dati: oltre il 60% dei pazienti proviene da altre province della Campania o da altre regioni. Naturalmente, il prof. Catapano è stato bravo anche a fare squadra, ha ricordato il presidente dell'ordine dei medici, Vincenzo Luciani, mentre il direttore dell'Asl Michele Rossi, peraltro ex del "Rummo" ha evidenziato che l'Azienda si avvale anche di altre valide professionalità in grado di consentire all'ospedale di poter competere sul mercato della sanità. Tra i presenti, il direttore sanitario Gianpiero Berruti, l'assessore Pietro Iadanza, il comandante provinciale dei carabinieri Antonio Carideo, Mara De Feo della prefettura, il vice questore vicario Barretta.

MEDICI. 2 – Direttori sanitari, valzer di poltrone a Na 1.

Fiorella Cito è il nuovo direttore sanitario dell'ospedale Ascalesi, presidio ospedaliero della Asl Napoli 1. Prende il posto di Mariella Corvino a sua volta passata a dirigere l'ospedale Loreto Mare prendendo il posto di Giuseppe Matarazzo passato alla direzione sanitaria dell'ospedale San Paolo.

Il caso Risparmi per la sanità, è subito polemica

Napoli, un tetto per le analisi la rivolta dei medici di base

«Oltre il budget si va in ospedale»
La protesta dei camici bianchi:
ci hanno scambiato per vigili urbani

Gerardo Ausiello

I 900 medici di medicina generale di Napoli hanno ricevuto una lettera del manager dell'Asl Ernesto Esposito che indica i tetti di spesa per ciascuno di loro: il medico, prima di prescrivere accertamenti, dovrà fare un po' di conti. Il budget varia a seconda del numero di pazienti e della tipologia degli stessi. Un massimalista, circa 1500 assistiti, ha a disposizione 13mila euro per le visite specialistiche dei pazienti; fanno eccezione quelle cardiologiche, per le quali c'è un tesoretto di 15mila euro. La soglia da non superare per le analisi è 50mila euro, 40mila per la radiologia. Coperta cortissima per esami dei diabetici (2500 euro) e radioterapia (4mila). E se i medici raggiungono i tetti di spesa? Devono dirottare gli assistiti in ospedale. Reazione dura ed ironica: «Ci hanno scambiato per vigili urbani». Il manager Esposito si difende: «In passato troppi sprechi».

La sanità, i tagli

L'Asl Na 1: tetti di spesa ai medici di famiglia

Fissati budget per visite specialistiche e analisi. La rivolta: «Così prevenzione e cure a rischio»**Gerardo Ausiello**

La prossima volta che andate dal medico di famiglia per farvi prescrivere le analisi o una radiografia potreste sentirvi dire: «Mi dispiace, non posso autorizzare questa visita, ho esaurito il budget a disposizione». Non è uno scherzo. In queste ore, infatti, oltre allo stipendio i 900 medici di medicina generale che operano a Napoli hanno ricevuto anche una lettera che porta la firma del manager dell'Asl Napoli 1, Ernesto Esposito. Nella missiva, sulla base di quanto stabilito dal decreto commissariale 88/2013, vengono indicati i tetti di spesa a cui ciascun dottore dovrà attenersi d'ora in avanti nell'ambito della propria attività. Significa che il medico di famiglia, prima di prescrivere un accertamento, dovrà prendere la calcolatrice e fare un po' di conti. È la prima volta che accade.

Il budget varia a seconda del numero di pazienti e della tipologia degli stessi. Un massimalista, che ha circa 1500 assistiti, ha a disposizione 13mila euro per tutte le visite specialistiche di tutti i suoi pazienti; fanno eccezione solo le visite cardiologiche, per le quali è fissato un tesoretto di 15mila euro. La soglia da non superare per le analisi è invece pari a 50mila euro mentre per la radiologia sono previsti 10mila euro in meno. Le voci, poi, per le quali la coperta è cortissima sono gli esami dei diabetici (appena 2500 euro) e la radioterapia (4mila euro), anche se non si escludono deroghe. Ma cosa succede quando i camici bianchi raggiungono i tetti di spesa? A quel punto dovranno dirottare gli assi-



La protesta
«Dirottare i pazienti in ospedale? Liste d'attesa lunghissime. E non siamo vigili urbani»

stiti esclusivamente verso le strutture pubbliche, dimenticando i centri convenzionati. «Non siamo vigili urbani - tuona Giuseppe Tortora, vicesegretario nazionale del Sumai, il sindacato dei medici di famiglia - Va garantito il diritto alla salute delle persone, che devono essere libere di scegliere dove e da chi farsi curare. Si parla tanto di prevenzione, lo ha ribadito proprio ieri il ministro della Salute Beatrice Lorenzin nell'intervista al Mattino. Così, però, non si va da nessuna parte. Sarà sempre più

difficile puntare sugli screening e sulla diagnosi. I medici sono furiosi e non escludono proteste eclatanti come una serrata». Rincarare la dose Saverio Annunziata, dirigente nazionale del Sumai: «È impensabile che il medico possa imporre ai pazienti di recarsi presso le strutture pubbliche, in quanto da un lato dovrebbe violare il libero arbitrio del cittadino e dall'altro dovrebbe costringere quest'ultimo a sottoporsi a liste di attesa record».

Ce n'è abbastanza, secondo i sindacalisti, per chiedere un incontro urgente con Esposito. «Si vuole trasformare il medico di famiglia da curante di fiducia del paziente in guardiano di una spesa sanitaria che non assicura assistenza - insistono Tortora e Annunziata - Si guardi, ad esempio, all'assistenza per il paziente diabetico: era stata stabilita una spesa complessiva pari a 240 euro a paziente per anno ma, stando alla nota dell'Asl, il medico di famiglia potrebbe disporre in realtà di appena 30 euro all'anno da destinare ai centri diabetologici accreditati per ogni ammalato. Neanche il costo di una visita diabetologica nell'arco di un intero anno solare. Una follia». E allora «se non ci sono più risorse per garantire la giusta assistenza ai cittadini, la politica e le istituzioni se ne facciano carico e lo dichiarino apertamente, assumendosi direttamente le responsabilità di scelte drastiche, dolorose e impopolari. Non è accettabile che debba essere invece il medico di famiglia ad assumersene la responsabilità. Fino a 20 anni fa era l'Asl (all'epoca Usl) che si faceva carico di autorizzare o meno il cittadino a fruire di prestazioni sanitarie presso le strutture accreditate. Si ripristini quella procedura».



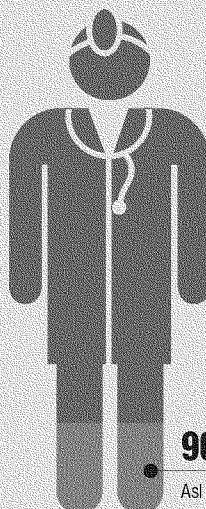
Le risorse A sinistra Giuseppe Tortora, vicesegretario nazionale del Sumai

I numeri dei medici di medicina generale

MEDICI DI FAMIGLIA

CAMPANIA

5.000



900

Asl Napoli 1



Massimalisti

1.500 pazienti

TETTI ANNUI PER UN MASSIMALISTA



VISITE SPECIALISTICHE

13mila euro



VISITE CARDIOLOGICHE

13mila euro



ANALISI

50.000 euro



DIABETICI

2.500 euro



RADIOTERAPIA

4.000 euro



RADIOLOGIA

40.000 euro

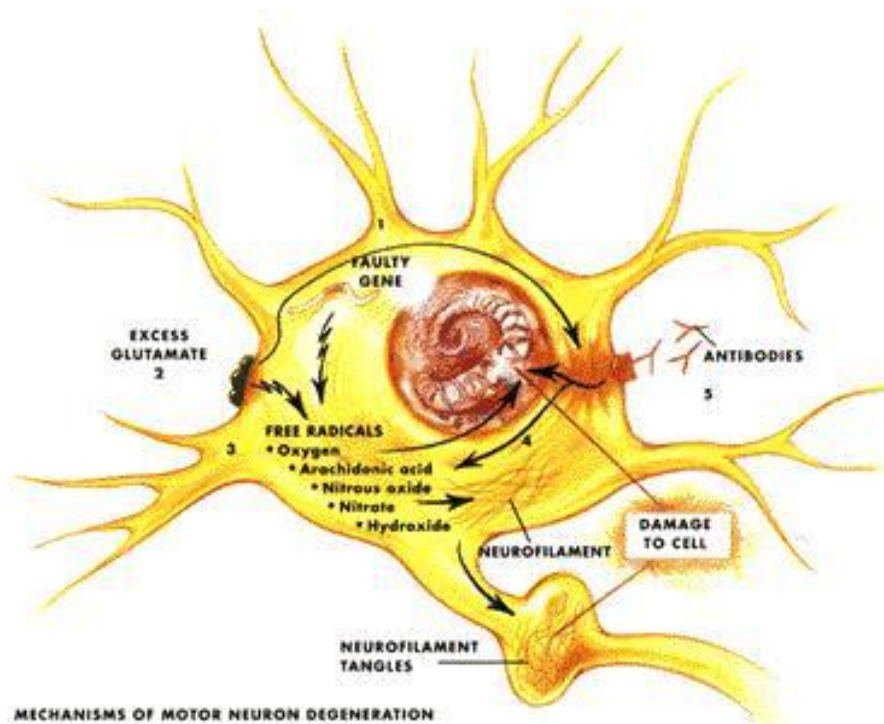


centimetri



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



TECNOLOGIA&INNOVAZIONE

a cura di Laura Celentano

Bioingegneria e nanotecnologia al servizio del corpo umano

Ent'anni fa le Comunità Scientifiche immaginavano macchine in grado di sostituire la maggior parte delle funzioni vitali umane; infatti, oggi, cuori meccanici, reni artificiali, protesi sono entrati nella pratica clinica. Ma la strada maestra, che si intravede per la risoluzione di molte patologie, è la capacità di ricreare in laboratorio vasi e tessuti, fino ad arrivare agli organi biologici o bioartificiali, e le cellule staminali potrebbero costituire il materiale di partenza più prezioso.

Se un organo del corpo umano non funziona in maniera adeguata, la soluzione più efficace viene ancora ritenuta il trapianto da donatore a paziente. Tuttavia i problemi legati alla sproporzione tra gli organi disponibili e quelli necessari, al fatto per cui non tutte le parti del corpo possono essere sostituite e le problematiche relative al rigetto giocano un ruolo rilevante.

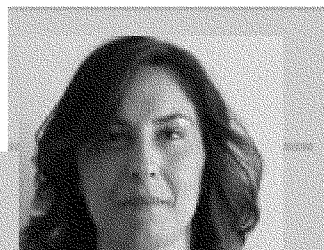
Per risolverli la bioingegneria propone dispositivi meccanici intelligenti capaci di svolgere le stesse funzioni degli organi naturali, sostituendosi ad essi in caso di bisogno: gli organi artificiali. Per organo artificiale si intende, nella sua accezione più ampia, qualsiasi macchina, apparecchio o altro materiale che viene utilizzato per sostituire le funzioni di un organo difettoso o mancante o altra parte del corpo umano. Gli organi artificiali, così intesi, includono i pacemakers, il cuore artificiale, l'uso di dialisi per eseguire funzioni renali e l'uso di sostituti artificiali per arti mancanti.

Riguardo le protesi, a seguito delle innovazioni ingegneristiche, per esempio, all'interno di una mano protesica viene inserito un motore elettrico che comanda il movimento delle dita e che è collegabile ad un PC. Inoltre, nuove tecnologie hanno messo a disposizione sensori per trasmettere al moncone sensazioni termiche e tattili simili a quelle della parte sana dell'arto, creando la cosiddetta mano sensorizzata.

Per quanto riguarda gli organi artificiali, il primo (ideato e costruito intorno al 1940) è la macchina per la dialisi, che filtra il sangue quando i reni non sono più in grado di farlo.

In ambito cardiologico, molti medici ritengono che la stragrande maggioranza dei malati possa trarre un grande giovamento da una macchina chiamata VAD (ventricular assist device), un dispositivo circolatorio meccanico utilizzato per sostituire parzialmente o completamente la funzione di un cuore insufficiente. Il VAD può essere impiegato in attesa che si renda disponibile un cuore per un trapianto, ma può rappresentare anche una soluzione definitiva.

Un importante passo in avanti in questo campo è stato fatto nel 2001, quando un'industria statunitense ha messo a punto AbioCor, un cuore artificiale di piccole dimensioni, in plastica e titanio, capace di funzionare senza bisogno di essere collegato ad ingombranti fonti energetiche.



che esterne. Con questo dispositivo nel petto, i malati possono lasciare l'ospedale e tornare a casa. Interessante è anche il cosiddetto impianto cocleare, un orecchio artificiale elettronico in grado di ripristinare la percezione uditiva nelle persone con sordità profonda, utilizzato quando le protesi uditive non ottengono il risultato sperato.

Nell'ambito degli organi bioartificiali, in ambito cardiologico, un'idea molto originale è quella dell'americano Joseph Vacanti. Essa consiste nel riprodurre, con materiale biodegradabile, l'impalcatura dei vasi sanguigni del cuore ottenendo una specie di stampo su cui far crescere vene e arterie e via via le cellule muscolari e le valvole cardiache.

In Michigan si sta provando a costruire una struttura tridimensionale su cui far crescere le cellule mammarie. Il bio-seno sarà l'alternativa alle attuali protesi di silicone. Altri hanno già brevettato un capezzolo ingegnerizzato di tessuto umano.

In ortopedia, un grande successo di ricercatori americani consiste nella ricostruzione dell'ultima falange di un pollice a un operaio che l'aveva persa in un incidente. L'osso e il rivestimento di pelle, ottenuti in laboratorio, sono stati reimpiantati senza rigetto. E' la tappa iniziale per chi pensa di far ricrescere un intero arto.

Il rene, invece, è molto più complesso; per ora l'organo bioartificiale consiste in una sorta di sistema di dialisi che associa i tradizionali filtri meccanici a cellule suine di rene. Quindi, dialisi e trapianto rimarranno ancora per molto le uniche soluzioni terapeutiche.

In ambito epatico, occorre tener presente che le cellule del fegato sono disposte secondo un'architettura complessa e difficile da imitare in laboratorio; a Boston gli esperti sono già riusciti a far crescere nuclei di epatociti secondo una struttura ben organizzata, un vero e proprio abbozzo di organo. In Svizzera un team internazionale di chirurghi ha effettuato con successo il primo trapianto al mondo di una trachea sintetica.

Un gruppo di ricerca dell'università di Yokohama ha annunciato di aver coltivato in vitro dei fegati umani rudimentali, prodotti a partire da cellule staminali, li hanno già trapiantati in topi sani e malati, dimostrando che potrebbero funzionare. L'ingrediente principale sono le cellule epidermiche adulte, riportate a una condizione di plasticità simil-embrionale grazie alla tecnica inventata dal Nobel giapponese Shinya Yamanaka.

Alla luce di queste notizie e considerazioni le prospettive nella risoluzione di importanti malattie, offerte dalla bioingegneria, dalla nanotecnologia e dalla ingegneria tissutale, appaiono molto incoraggianti.

Biotecnologia, Chimica e Farmaceutica

■ BIOUNIVERSA / Lo spin off dell'Università di Salerno è situato all'interno del campus

Un successo nella lotta al "killer silente"

Messo a punto un kit per la diagnosi precoce dell'adenocarcinoma pancreatico

"Identificare per tempo questo tipo di tumore, che ha un'incubazione anche di 10 anni, è l'unico modo per curarlo"

Biouniversa, spin off dell'Università di Salerno, ha sviluppato un kit per la diagnosi precoce del tumore al pancreas sulla base di un semplice esame del sangue. Il kit è in fase di certificazione Ivd, e sarà in commercio nel 2014.

Una notizia di notevole rilievo se messa in rapporto con le caratteristiche della patologia che intende intercettare: l'adenocarcinoma pancreatico (Pdac) è definito infatti "il killer silente", perché è una forma tumorale che dà segni solo quando il tumore è in una fase avanzata. Perciò la mortalità per questo tumore è vicina al 100%. Esso colpisce a livello mondiale circa 300mila persone l'anno, in Italia ci sono circa 12 mila diagnosi annue. I casi annui aumentano dell'1,5%. "Riuscire a diagnosticare precocemente il tumore, che ha bisogno anche di 10 anni per formarsi - sottolinea Maria Caterina Turco, Ceo di Biouniversa - è l'unica vera chance per la realizzazione di una terapia chirurgica e medica efficace.

Gli studi effettuati hanno dimostrato che il kit diagnostico di Biouniversa è in grado

di intercettare il Pdac anche 3-4 anni prima dell'insorgenza dei primi sintomi della patologia".

Agli inizi degli anni 2000, il gruppo di ricerca facente capo ad Arturo Leone ed a Maria Caterina Turco evidenzia il ruolo della proteina Bag3 nel carcinoma del pancreas. La proteina si ritrova specificamente nel siero di pazienti affetti da questo tumore, e non in pazienti affetti da altre patologie. Inoltre, come si scoprirà in seguito, la proteina si ritrova nel siero già quattro anni prima della diagnosi clinica. Grazie al sostegno dell'Università di Salerno la ricerca è andata avanti, con una notevole produzione scientifica (ad oggi, più di 30 articoli su riviste internazionali peer-reviewed) e di brevetti internazionali (attualmente 6, alcuni dei quali già concessi, oltre che nei principali Paesi europei, anche negli Stati Uniti e in Giappone). Nel 2009, con il fondamentale contributo del gruppo di supporto al trasferimento tecnologico di ateneo fortemente voluto dal precedente Rettore, Raimondo Pasquino, è nato lo spin off accademico Biouniversa.

La società è guidata da Turco ed ha tra i soci fondatori, oltre a docenti e ricercatori delle facoltà di Farmacia e di Medicina, docenti e ricercatori della facoltà di Economia. Della compagine fanno parte anche la Fondazione dell'Università di Salerno e, soprattutto, 2 fondi di Venture capital.

Vertis Venture e T'Tventure, infatti, fin dall'inizio hanno creduto nella tecnologia di Biouniversa e hanno investito 3,5 milioni nello sviluppo del settore diagnostico dell'impresa. Biouniversa è incubata nel Campus dell'Università di Salerno, che oggi ha alla guida un nuovo rettore, Aurelio Tommasetti.

Per la rilevazione di Bag3 è stato sviluppato un kit Ihc per l'analisi di biopsie e soprattutto un kit Elisa per la rilevazione di Bag3 nel sangue che è in fase di certificazione Ivd, che sarà in commercio il prossimo anno. Oltre a consentire la diagnosi precoce del carcinoma del pancreas, la rilevazione di Bag3 potrà dare indicazioni per la diagnosi differenziale del carcinoma pancreatico rispetto ad altre patologie e per il monitoraggio di soggetti a rischio familiare per lo sviluppo del carcinoma del pancreas. Inoltre, il test potrà avere applicazione per la scelta di protocolli terapeutici specifici per i diversi pazienti. Permetterà poi di seguire nel tempo i pazienti sottoposti a terapia monitorando la risposta alla stessa e rivelando precocemente la comparsa di eventuali recidive.

Salute

Fegato 1 Nuovo metodo messo a punto a Milano

Anche grandi tumori «nascosti» ora sono operabili

L'intervento

Una procedura impegnativa ma che ottiene risultati importanti

Un tumore inoperabile è una realtà dura da accettare. Recentemente tuttavia, per 10 pazienti, quella diagnosi è cambiata, grazie a una nuova tecnica messa a punto all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano dall'équipe di Vincenzo Mazzaferro, direttore della Struttura complessa di chirurgia dell'apparato digerente e trapianto di fegato. La procedura, descritta nei dettagli sulle pagine della rivista specializzata *Surgery*, ha salvato nove di loro (uno è deceduto tre anni dopo l'intervento per una metastasi al polmone). «In termini statistici, significa che persone che avevano il 100 per cento delle probabilità di morire entro breve tempo hanno invece, cinque anni dopo, l'83 per cento delle probabilità di vivere» spiega Mazzaferro.

I malati operati a Milano avevano tumori di grandi dimensioni nella parte postero-

re del fegato, ed erano tutti stati giudicati inoperabili in altri Centri. «Quella posizione, infatti, è particolarmente critica, perché con la tecnica chirurgica tradizionale c'è un rischio elevato che si verifichino emorragie molto difficili da controllare — dice il chirurgo —. Noi abbiamo indicato una via nuova, che permette di accedere alla sede del tumore e asportarlo, proteggendo allo stesso tempo la vena cava inferiore», il grosso vaso attraverso cui passano 2-3 litri di sangue al minuto, che corre posteriormente all'organo, diramandosi poi al suo interno.

Tecnicamente, l'intervento prevede in un primo tempo la separazione dei lobi destro e sinistro del fegato; poi si applica una fettuccia che protegge la vena cava e al tempo stesso espone la zona su cui si deve intervenire, consentendo ai medici di individuare con precisione il piano di sezione. «Asportiamo in blocco il tumore assieme alla parte destra del fegato; — continua Mazzaferro — in questo modo il territorio di sicurezza attorno al tessuto tumorale è abbastanza ampio da consentirci di minimizzare il rischio che la malattia si ripresenti in seguito». L'operazione dura in media sette ore e può aver bisogno della circolazione extra-

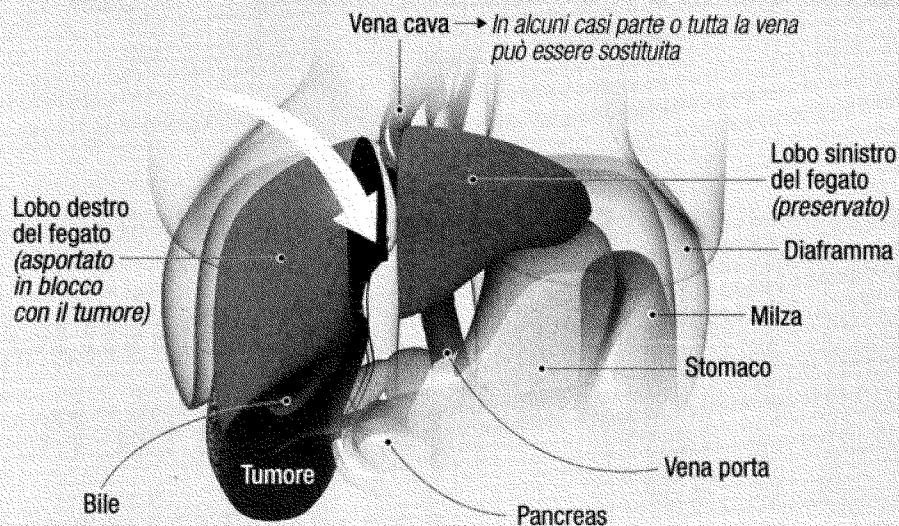
corporea (praticata in tre dei 10 casi descritti su *Surgery*), mentre in altri pazienti è sufficiente chiudere la vena cava per il tempo necessario a intervenire. Quando anche questo vaso è colpito dal tumore, è necessario eliminare la parte danneggiata e ricostruirla, avvalendosi di materiale biologico prelevato dallo stesso paziente, oppure di protesi in politetrafluoroetilene (teflon).

«La procedura richiede un grande sforzo tecnico e per questo è stata finora utilizzata solo in presenza di particolari caratteristiche, che indicavano che l'esito poteva essere favorevole» riprende Mazzaferro. In particolare, hanno potuto sottoporsi all'intervento pazienti che erano in buone condizioni fisiche nonostante la malattia, che non avevano metastasi, e nei quali la probabilità che il tumore si diffondesse ad altre sedi erano molto ridotte. «In futuro, con l'affinamento della tecnica, non escludiamo di poter operare anche in condizioni meno stringenti, ampliando quindi il numero dei possibili beneficiari — conclude Mazzaferro —. Già ora, comunque, altri gruppi stanno iniziando a usare il nostro metodo, negli Stati Uniti e in Giappone».

Margherita Fronte

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA TECNICA



Il fegato viene separato in due parti e il tumore viene raggiunto solo dopo aver separato i due lobi epatici. Il lobo destro del fegato rimane agganciato al tumore e con esso rimosso in un unico blocco

Salute

Fegato\2 Obiettivi di ricerca Test per ottenere diagnosi precoci

Gli esiti delle cure sono nettamente più favorevoli se la malattia è individuata presto

Le malattie tumorali che interessano la regione posteriore del fegato sono quasi sempre sarcomi o tumori della ghiandola surrenale. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, i tumori che colpiscono quest'organo nascono dalle sue stesse componenti cellulari: gli epatociti. Secondo l'ultimo rapporto dell'Associazione italiana registri tumori, l'epatocarcinoma colpisce ogni anno oltre 13 mila italiani, con una frequenza che è doppia negli uomini rispetto alle donne, e nei maschi rientra tra le prime cinque cause di morte per tumore.

Dagli anni Novanta, l'incidenza è in lieve crescita a causa principalmente dell'aumento della diffusione del virus dell'epatite C che, insieme a quello dell'epatite B, è responsabile della maggior parte dei casi (gli altri fattori di rischio sono l'abuso di alcol, la cirrosi e l'obesità, specie se accompagnata da diabete). Le probabilità di sopravvivenza a cinque anni sono inferiori rispetto a quelle riscontrate per tumori che colpiscono altri distretti, tuttavia sono nettamente più favorevoli se la malattia è individuata presto. Inoltre, anche il dato complessivo sta migliorando, grazie a nuovi farmaci che in anni recenti si sono affiancati alle altre terapie già in uso. Attualmente, comunque, il trapianto è la soluzione più effi-

cace, in grado di guarire l'80% dei pazienti che vi si sottopongono. In Italia il 40% dei circa mille trapianti di fegato che si eseguono annualmente ha come indicazione il tumore; tuttavia, soltanto una parte dei pazienti può essere trattata in questo modo.

La ricerca di nuove terapie prosegue soprattutto a livello molecolare, con l'individuazione di possibili bersagli per i farmaci, ma segue anche altre strade. Per esempio, ancora molto sperimentale ma dai risultati incoraggianti, è il tentativo condotto dall'azienda californiana Jennerex Biotherapeutics, che ha modificato il virus JX-594, rendendolo in grado di distruggere selettivamente le cellule tumorali del fegato. Gli ultimi risultati, pubblicati a febbraio su *Nature Medicine*, mostrano un aumento della sopravvivenza nei pazienti ai quali erano state somministrate alte dosi del virus. Infine, a ottobre un gruppo di ricercatori dell'Università di San Diego e dell'Università di Tokyo ha per la prima volta individuato e caratterizzato le cellule progenitrici dell'epatocarcinoma, isolandole da lesioni del tessuto che non avevano ancora le caratteristiche del tumore. La ricerca, pubblicata sulla rivista *Cell* e condotta su topi, ha quindi permesso di cogliere il tumore sul nascere e, secondo i suoi autori, potrebbe portare all'individuazione di test più efficaci per la diagnosi precoce, o di farmaci che riescano ad arrestare precocemente il processo che porta alla malattia.

M. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA