



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



le **i**nchieste del Mattino

# Radioterapia negata: l'allarme del Pascale

«Tutto esaurito e i pazienti fuggono»

**Maria Pirro**

**U**n mese d'attesa per la visita, due mesi per la radioterapia. La cura del cancro al Pascale, istituto tumori di Napoli, è in overbooking. E quindi non più garantita. Al punto che il primario del reparto ha organizzato i doppi turni, ma solo per dire agli ammalati che non può seguirli.

# Radioterapia, è tutto esaurito il cancro al Pascale può attendere

## Forfait dell'istituto di eccellenza, i malati dirottati nel business-privati

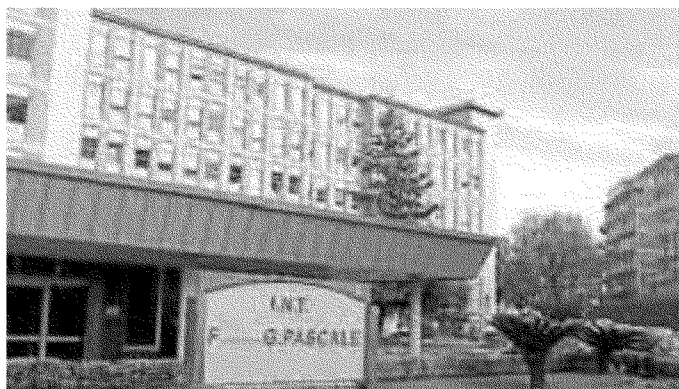
Maria Pirro

«La lista di attesa per la prima visita è arrivata a quattro settimane, cosa mai accaduta», spiega il dottore Paolo Muto. «Sono appena intervenuto con l'obiettivo di anticipare le prenotazioni fissate al 20 novembre, perché mi è parso brutto... Far aspettare un mese i pazienti, e poi comunicare di non poter accoglierli».

Respinti perché ce ne sono tanti altri già in attesa. Le strutture pubbliche indietreggiano, e il privato avanza. Difatti, al Pascale la lista per accedere alla radioterapia è lunga altri due mesi: un limbo insopportabile per cui non resta che rivolgersi ai centri convenzionati, che pure non riescono a intercettare tutte le richieste: 4 mila pazienti sono emigrati nel 2014 o, peggio, non hanno fatto la radioterapia (stima Muto).

Nell'istituto di rilievo nazionale, principale punto di riferimento per la cura e la ricerca, gli ammalati vengono così dirottati altrove, mentre le attrezzature restano sottoutilizzate perché manca il personale.

Muto, primario della radioterapia, prosegue: «Ho convocato i pazienti in un turno extra pomeridiano, tra una settimana, per spiegare le difficoltà». La linea dettata ai medici dal primario è questa: «Daremo indicazioni al trattamento terapeutico, ma non potremo accogliere altri pazienti». Rimandati a casa. «Perché abbiamo attrezzature di ultima generazione che ci consentirebbero di lavorare dodici ore al giorno e usare due macchinari contemporaneamente, ma non abbiamo abbastanza specialisti e tecnici di radioterapia per farlo, a causa del blocco delle assunzioni e dei trasferimenti. Ma in questo la Regione deve venirci incontro: abbiamo presenta-



**Ciardiello**  
Gli assistiti non vengono indirizzati adeguatamente e cominciano così i viaggi della speranza

to un piano che prevede almeno di dare a una ditta esterna la possibilità di venire qui a lavorare, se il servizio pubblico non può fare di più». Aggiunge Muto: «Il problema va risolto domani mattina, non tra sei mesi».

La carenza di personale colpisce al cuore il Pascale: costringe a tenere chiuse anche tre sale operatorie su sei, che peraltro non lavorano nemmeno fino a sera, nonostante l'enorme richiesta di assistenza. Difatti, si aspetta anche quattro mesi per un intervento chirurgico, ad esempio alla prostata. «I tetti di spesa non consentono di assumere altro personale», spiega il commissario straordinario dell'istituto, Loredana Cici, che per aggirare (in parte) l'ostacolo punta a trasferire gli infermieri dai reparti alle sale operatorie. «Stiamo razionalizzando le risorse interne con l'obiettivo di riaprire, agli inizi di novembre,

le sale operatorie chiuse. In più, stiamo cercando di potenziare il day hospital per eseguire con questa formula gli interventi meno complessi». Soluzioni che lo stesso commissario riconosce essere insufficienti. Così come sono a dir poco scarsi i programmi di prevenzione realizzati in Campania. Serve un intervento globale.

Basta un dato per rendersene conto, quello sul test per scoprire il tumore al colon retto. «Uno screening efficace significa vite salvate», interviene Grazia Grazzini, dell'Osservatorio nazionale screening. Invece, in Campania sono stati inviati ad aderire allo screening gratuito solo 170mila residenti su 810mila «aventi diritto» nel 2014. «A Pozzuoli il programma non è proprio partito», dice Domenico Adinolfi, medico di famiglia e consigliere dell'Ordine dei medici. A Napoli la lettera è stata mandata solo a 2.008 uomini e donne più a rischio d'ammalarsi, tra i 50 e i 74 anni, cioè all'1,6 per cento degli «obiettivi». «Ma la diagnosi precoce è decisiva per aumentare le probabilità di sopravvivenza e anche per evitare un intervento invasivo. La patologia colpisce 40 persone ogni 100mila abitanti», sottolineano Raffaele Palombino e Franco Bianco, che curano uno dei programmi di screening più avanzati. Lo sa bene Renato Pizzuti, esperto di livello che ha curato il programma di prevenzione della Regione Campania e da poco è stato nominato alla guida della Asl di Napoli. «Il proble-

mal'ho affrontato, ma non l'ho ancora risolto: ammesso che ci riuscirò». Il motivo? «Ci sono molte difficoltà organizzative». Ad esempio. «Manca- no gli endoscopisti, perché quelli in organico fanno attività clinica. E la questione degli screening non può essere scis- so dalla rete oncologica, altrimenti illudiamo le persone». Pizzuti si riferisce anche ai 92 mini- centri («o 115, a me ne risulta- no di più...») che accolgo- no le persone affette dal cancro in Campania. «Purtroppo, se il pazien- te non è ben indirizzato, inizia un viaggio della speranza che porta a ese- guire una moltitudine di esami inuti- li e costosi», fa notare Fortunato Ciardiello, professore di oncologia medi- ca della Seconda Università di Napoli, nonché presidente della European Society for medical oncology. Alla fine, la cura diventa anche un busi- ness. «C'è chi se ne approfitta», interviene Antonio Giordano, direttore dello Sbarro Institute di Filadelfia che si occupa di ricerca per il Pascale. «Addirittura - accusa Giordano - si- sono creati imperi economici basati sull'anomalia del sistema, il doppio binario pubblico-privato». Il «cancer divide», il divario Campania, si deve combattere anche su questa linea sot- tile.



**Giordano**  
Creati imperi economici basati sull'anomalia del doppio binario con il pubblico

guire una moltitudine di esami inuti- li e costosi», fa notare Fortunato Ciardiello, professore di oncologia medi- ca della Seconda Università di Napoli, nonché presidente della European Society for medical oncology. Alla fine, la cura diventa anche un busi- ness. «C'è chi se ne approfitta», interviene Antonio Giordano, direttore dello Sbarro Institute di Filadelfia che si occupa di ricerca per il Pascale. «Addirittura - accusa Giordano - si- sono creati imperi economici basati sull'anomalia del sistema, il doppio binario pubblico-privato». Il «cancer divide», il divario Campania, si deve combattere anche su questa linea sot- tile.

## PERCHÉ UNA CATTIVA ASSISTENZA FA PIÙ MALE DI UNA BISTECCA BRUCIATA



# Il commissario individuato non è disponibile tutto da rifare, assistenza pubblica senza guida

## Il retroscena

A vuoto i solleciti del governatore si tornano a esaminare i curricula mentre il sistema è paralizzato

**Gerardo Ausiello**

Sanità acefala. Sono quasi sei mesi che la Campania attende, come la manna dal cielo, la nomina del commissario. Eppure la fumata bianca non arriva. Nonostante il pressing del governatore Vincenzo De Luca, che ha sollecitato più volte il ministro della Salute Beatrice Lorenzin. L'ultima nel corso del faccia a faccia che si è tenuto a inizio ottobre. In quell'occasione una quadra era stata effettivamente trovata, tant'è che il presidente della Regione si sbilanciò parlando di una nomina imminente.

Eppure lo stallo continua. Perché questo ritardo? Possibile che non si riesca a individuare una figura in grado di svolgere questo difficile ma prestigioso incarico? In realtà le cose non stanno proprio così. Perché un nome nei giorni scorsi era stato appunto individuato e si era arrivati pure a un passo dalla designazione. Finché non si è registrata l'indisponibilità del prescelto, per motivi personali e di salute. Tutto da rifare, dunque. E così il ministro Lorenzin e i suoi collaboratori, d'intesa con il governatore campano, hanno ricominciato a leggere i curricula dei papabili. Ma, poiché il tempo stringe, sarà necessario accelerare al massimo. La deadline è fissata per metà novembre. Entro quella data, hanno convenuto Regione e governo, si dovranno sciogliere le riserve. Di ipotesi ne circolano diverse. Da Massimo Russo, giudice di sorveglianza al Tribunale di Napoli ed ex assessore alla Sanità della Regione Sicilia, a Vincenzo Panella, sa-



**I tempi**  
La scelta non prima di metà novembre: da Russo a Panella i nomi

lernitano di Atena Lucana con una laurea in Medicina alla Federico II, oggi direttore generale dell'Asl Roma D. Mentre non si esclude la conferma di uno dei due sub-commissari, Mario Morlacco ed Ettore Cinque. È invece tramontata l'ipotesi di un ritorno in Campania di Giuseppe Zuccatelli, già subcommissario con Bassolino prima e Caldoro poi.

Nelle ultime ore sull'asse Roma-Napoli si sta lavorando tuttavia, prima che sul nome, sul profilo del candidato alla poltrona di commissario. E sembra prevalere l'orientamento a designare un tecnico della materia più che un magistrato, un prefetto o un esponente delle forze dell'ordine. Questo perché il prescelto avrà una doppia missione da compiere: da un lato l'attenzione ai conti, dall'altro il rilancio dei servizi per ottenere il miglioramento della qualità dell'assistenza, che mostra livelli ancora preoccupanti e drammatici.

Non sarà sufficiente, insomma, un controllore perché in gioco c'è il futuro della sanità campana. Una volta nominato, infatti, il commissario dovrà affrontare tanti nodi in sospeso. In primis quello del bilancio. Nonostante abbia i conti in ordine, la Campania è ancora sottoposta al piano di rientro, ovvero alle rigorose e continue verifiche nonché ai veti dei ministeri dell'Economia e della Salute. De Luca punta invece a portare la Regione fuori dal piano di rientro nel 2016. In questo modo giunta e Consiglio tornerebbero ad avere piena titolarità in materia sanitaria. Il primo effetto di questa svolta sarebbe la fine del commissariamento e la nomina dell'assessore alla Sanità. Gli altri punti critici riguardano i servizi di assistenza ai cittadini. Che oggi, con il meccanismo dei tetti di spesa e con il blocco del turn over (a causa del quale il personale in uscita non viene sostituito), sono seriamente compromessi. L'idea di De Luca è da un lato di eliminare i tetti di spesa, istituendo però un costante monitoraggio sull'attività di laboratori e centri diagnostici convenzionati, e dall'altro di immettere nel sistema forze fresche, in particolare medici e infermieri. In questo senso Palazzo Santa Lucia ha già avviato la stabilizzazione dei precari storici della sanità, che in certi casi attendevano da oltre dieci anni.

le **Interviste**  
del Mattino **L'emergenza**

# «Prevenzione anno zero, via i mini-ospedali»

## Mea culpa di Coscioni, braccio destro di De Luca: niente banca dati e strutture fantasma

«Siamo indietro su tante cose, anzitutto sugli screening, e quindi sulla prevenzione: una parola vuota di significato, come stili di vita e controlli. E di questo la politica e tutti gli operatori del settore sono responsabili». Lo dice Enrico Coscioni, cardiocirurgo e braccio destro sui temi della sanità del governatore Vincenzo De Luca.

**Ma un'ammissione di colpe non basta a eliminare i pesanti disagi che colpiscono gli ammalati di cancro. Per affrontarli, che fa la politica, e quindi la Regione?**

«Il principale problema è che per rendere cure appropriate finora non è stato fatto nulla, si è pensato solo a far quadrare i conti. In più, prevale ancora una concezione vecchia del sistema sanitario che fa convergere tutta l'assistenza attorno nell'ospedale. Bisogna, invece, puntare su servizi accessibili ma si è creato un muro, perché abbiamo confuso il pronto soccorso con la risposta da dare ai cittadini. Questo è stato un grande errore».

**Sì, ma quali sono le soluzioni a breve e lungo termine?**

«Varazionalizzato il sistema, replicando le esperienze positive».

**Un esempio?**

«Penso al progetto screening per il cancro al colon retto realizzato dall'Asl Napoli 3 Sud con l'istituto tumori Pascale».

**Perché lo screening è stato realizzato lì e non altrove?**

«In realtà, la sanità campana è troppo autoreferenziale. Siamo all'anno zero anche da un punto di vista della raccolta dei dati attraverso un sistema informatico. Per questo, stiamo cercando di far funzionare i Big Data e cominciare a recuperare informazioni concrete dal territorio».

**Può bastare?**



”

### La denuncia

Il sistema è autoreferenziale e mancano le informazioni rispetto al territorio regionale

”

### La promessa

Presto arriveranno al vertice di Asl e presidi ospedalieri manager giovani e motivati

«Certamente no. Dobbiamo allineare le aziende sullo stesso livello di controlli. Sugli screening e i percorsi di cura del cancro c'è una gravissima e precisa responsabilità: i livelli essenziali di assistenza vanno rispettati. Ma finora, ripeto, si è razionato il sistema anziché razionalizzarlo».

**Ci sono decine di mini-centri in cui vengono operati gli ammalati di cancro: tutti autorizzati ma utili?**

«È follia farsi operare in una struttura che fa quindici interventi chirurgici di cancro al colon all'anno».

**Allora perché non chiuderli?**

«Questi mini-centri devono essere chiusi. Così come i punti nascita al di sotto dei mille parti all'anno e le cardiocirurgie senza standard di livello».

«È follia farsi operare in realtà che eseguono al massimo una quindicina di interventi all'anno»

«Per assumere c'è bisogno di un decreto ma non c'è ancora chi dovrebbe firmarlo»

**Intanto, al Pascale la carenza di infermieri in sala operatoria e tecnici in radioterapia non consente di lavorare fino a sera e costringe gli ammalati a rivolgersi al privato oppure a emigrare. Sindacati e direzione sanitaria da tempo chiedono rinforzi. L'appello cade nel vuoto?**

«Ma se diamo 30 infermieri al Pascale, ci troviamo la fila fuori alla porta...»

**Meglio le sale operatorie chiuse e pazienti fuori regione?**

«Per assumere al Pascale c'è bisogno di un decreto del commissario alla sanità».

**Quindi, che si fa?**

«Di certo, al Pascale che ha attrezzature di ultima generazione bisogna investire implementando il personale, ma va fatto un piano organico. Razionalizzare significa anche recuperare risorse e quindi recuperare infermieri lì dove non servono: su questo punto, è fondamentale fare una battaglia».

**La Regione l'ha avviata?**

«È un punto focale. Bisogna avere la credibilità e la forza politica di andare sul territorio e dire: questo personale non serve, e va spostato altrove. Altrimenti, giriamo attorno al problema».

**Il Pascale, come il Cardarelli e altri ospedali e Asl, è affidato a un commissario «precario», indebolito nel potere di intervento. Perché la Regione non decide?**

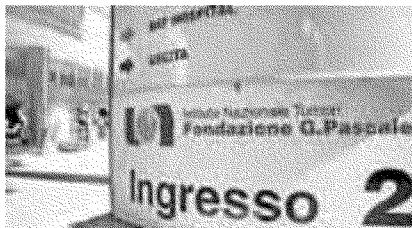
«Presto arriveranno alla guida di Asl e ospedali giovani manager».

**E il commissario del governo, quando sarà nominato?**

«Il pressing del governatore De Luca è incessante, ed è questione di giorni».

**m.p.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Le potenzialità

Le attrezzature non mancano sono di ultima generazione e consentono turni da 12 ore al di



## L'esperienza

Lo screening del cancro al colon realizzato dall'Asl Napoli 3 Sud con l'istituto nazionale dei tumori



## Il personale

Al Pascale sono pochi i tecnici in radioterapia e gli infermieri per le sale operatorie

DAL MINISTERO DELLA SALUTE

## *Lorenzin: promuovere le sinergie tra il settore pubblico e quello privato*

Pubblichiamo il messaggio inviato dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, al convegno «Cadiprof un modello in evoluzione: La nuova sanità integrativa nel rapporto con il Ssn», che si è svolto a Roma lo scorso 22 ottobre.

*Voglio far giungere, attraverso questo messaggio, il mio apprezzamento per l'importante iniziativa, incentrata su una tematica destinata a occupare uno spazio sempre più significativo nel nostro settore.*

*L'Italia sta attraversando una fase di declino demografico; la popolazione diventa sempre più anziana e di conseguenza aumenta il numero delle persone non autosufficienti. Di pari passo, negli ultimi anni, registriamo una preoccupante crisi dei sistemi di welfare e della loro sostenibilità nel medio periodo. In particolare, la sfida alla sostenibilità finanziaria del sistema dell'assistenza pubblica ci spinge a riflettere non solo sulla necessità di adottare politiche di razionalizzazione dei costi, attraverso la lotta agli sprechi e la promozione dell'appropriatezza, ma anche a*

*riflettere sulla promozione di sinergie tra il pubblico e il privato per affrontare le grandi sfide a cui stiamo andando incontro.*

*Ritengo che l'obiettivo che dovremmo cercare di conseguire sia quello di assicurare forme di assistenza efficienti ed efficaci, ferma l'esigenza di garantire l'adeguatezza e l'appropriatezza delle prestazioni; obiettivo che potrà sostenere sia la qualità del nostro sistema, sia il benessere dei cittadini. Lo sviluppo del settore dei fondi sanitari integrativi appare destinato a produrre externalità positive sulla stabilità del nostro Paese; ciò, grazie a formule innovative e complementari di assistenza alla persona, che si correlano alle forme tradizionali di impegno sociale in subiecta materia.*

*Sono certa che il Convegno rappresenterà un'occasione proficua per promuovere un dibattito costruttivo e per sviluppare, in merito, argomentazioni interessanti.*

*Pertanto, certa della miglior riuscita delle attività, colgo l'occasione per augurare un buon lavoro a tutti!*

**Beatrice Lorenzin**

Mercoledì 28 OTTOBRE 2015

## Epilessia. A Ferrara fino al 29 ottobre le novità da tutte Europa su questa patologia

***A Ferrara la ricerca europea sull'epilessia, sostenuta dall'UE con oltre 70 milioni di euro, si riunisce per la prima volta per condividere i risultati raggiunti. Tra le sperimentazioni più avanzate, farmaci "su misura" per ogni paziente, uso di fasci luminosi per bloccare le crisi e nuovi strumenti per la diagnosi precoce.***

Nel mondo 65 milioni di persone sono affette dall'epilessia eppure per questa patologia non esistono né forme di prevenzione né strumenti di diagnosi precoce né terapie efficaci, rendendola così una malattia nella grande maggioranza dei casi del tutto incurabile. A questo problema sociale e sanitario di grande rilievo è dedicato il convegno La ricerca sull'epilessia nell'Unione Europea, in corso a Ferrara sino al 29 ottobre e organizzato dalla Federazione Italiana Epilessie (Fie) e dal team dei ricercatori del progetto Epixchange. L'evento è il primo appuntamento scientifico in Europa che fa il punto sui progressi raggiunti e riunisce tutti i ricercatori impegnati nei sei grandi progetti di ricerca sull'epilessia che l'Unione Europea sta sostenendo con oltre 70 milioni di euro.

Tra le novità di maggiore rilievo presentate nel convegno, l'optogenetica, un'innovativa tecnologia che utilizzando la terapia genica, le fibre ottiche e la luce ha come obiettivo sviluppare un trattamento per "bloccare" le crisi epilettiche prima che si manifestino; la diagnosi precoce della malattia grazie a nuovi biomarcatori dell'epilessia e la mappatura dei codici genetici dei pazienti per produrre terapie personalizzate per ogni paziente.

Il convegno nasce dall'impegno della Federazione italiana epilessie (Fie), che riunisce le associazioni dei pazienti in Italia, per sostenere la ricerca contro l'epilessia e ha come obiettivo costruire una visione unica e coordinata dello studio di questa patologia, identificando le aree di indagine più promettenti, mettendo a sistema le scoperte raggiunte sinora dai diversi gruppi e ottimizzando la resa degli sforzi e degli investimenti sostenuti.

### **L'optogenetica**

Bloccare una crisi epilettica grazie a un fascio luminoso: è quanto si punta a fare con l'optogenetica, uno tra i trattamenti più avanzati per l'epilessia oggi in fase di sviluppo. La tecnica prevede di inserire nelle membrane dei neuroni proteine sensibili alla luce, attraverso la terapia genica. Queste proteine hanno la capacità di cambiare lo stato elettrico delle membrane stesse quando sono irradiate con raggi luminosi, fermando ogni attività. In questo modo è possibile interrompere una crisi epilettica, bloccando lo stato di ipereccitazione elettrica che ne è tipico. Per fare questo i ricercatori stanno sperimentando microscopiche fibre ottiche impiantate nel cervello.

### **Farmaci personalizzati contro l'epilessia**

Per una quota dei pazienti con epilessia compresa tra il 30 e il 40% i farmaci oggi disponibili sono del tutto inefficienti e molti di loro sono esposti a importanti effetti indesiderati. L'origine di questo fenomeno oggi non è conosciuta e si suppone che abbia cause genetiche. Per avere conferma di questa ipotesi e individuare quali varianti genetiche ne siano responsabili un gruppo di ricercatori dello University College London, coordinati da Sanjay Sisodia, sta seguendo un grande progetto finanziato dall'Unione Europea per comparare il genoma e la storia clinica di oltre 12.000 pazienti affetti da epilessia in tutta Europa.

### **Uno strumento per la diagnosi precoce dell'epilessia**

I microRNA, frammenti di materiale genetico che si trovano nel sangue, possono costituire un "campanello d'allarme" che consenta la diagnosi precoce dell'epilessia. Lo hanno dimostrato i ricercatori dell'Università di Ferrara, coordinati da Michele Simonato, analizzando campioni di sangue in modelli sperimentali di epilessia: infatti, chi è colpito dalla malattia ha livelli di queste molecole diversi e "disequilibrati" rispetto a quelli misurati in soggetti sani.

Oltre ad essere uno strumento per capire chi si ammalerà, i microRNA potrebbero essere il bersaglio di nuove terapie per l'epilessia, che intercettandole ne eviti le azioni dannose.

### **Epidemiologia dell'epilessia**

Oggi sono affetti da epilessia 65 milioni di persone nel mondo, 6 milioni in Europa e 500mila solo in Italia, con circa 32.000 nuovi casi all'anno. Rappresenta un problema sociale e sanitario di grande rilievo poiché nel mondo colpisce un numero di persone superiore alla somma di quante sono affette da sclerosi multipla, malattia di Parkinson e distrofia muscolare e le stime più recenti calcolano che almeno una persona su dieci svilupperà una qualche forma di epilessia durante il corso della propria vita. Uno specifico approfondimento va fatto per l'età pediatrica poiché l'epilessia rappresenta la principale

malattia neurologica nei bambini e ogni anno circa cinque bambini su 1000 sono colpiti da una forma di questa patologia. Inoltre, costituisce la causa principale di ricorso alla terapia intensiva neonatale tra i bambini prematuri e tra quelli nati a termine. Si tratta di un evento grave poiché l'insorgenza precoce della malattia causa in molti casi deficit neurologici a lungo termine.

Va sottolineato, inoltre, che un'ampia quota di persone malate, compresa tra il 30 e il 40%, non risponde a nessun trattamento terapeutico e anche i farmaci sviluppati negli ultimi trenta anni non hanno modificato questa percentuale di insuccesso.



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



## Lo scenario

# Tra Comune e sanità: una città sotto inchiesta

Il vento delle inchieste giudiziarie ha soffiato forte nei ultimi due anni sulla città di Caserta. L'interdizione dai pubblici uffici di uno dei più noti dirigenti comunali è solo l'ultimo anello in ordine di tempo di una lunga serie di ordinanze di custodia cautelare. Hanno colpito amministratori, dipendenti pubblici, politici con ruoli istituzionali. Tante, troppe vicende, anche se tra loro diverse, ma accomunate da un sottofondo di malaffare e, nella migliore delle ipotesi, di malcostume.

Nel mirino dei magistrati e delle forze dell'ordine, delle Procure della Dda e di S. Maria C. V., l'ospedale, l'asl e il Comune di Caserta. In fondo gli ultimi «centri di spesa» in una realtà economica segnata da una profonda crisi. E sullo sfondo, in molti casi, la camorra. Quella casalese e marcianisana che, stando a quanto emerso dal lavoro degli inquirenti, era pronta a lucrare inquinando il tessuto sociale ed economico. Tutto ha avuto inizio quando i magistrati, sconfitti l'ala militare della camorra, catturati i maggiorilatanti, si sono potuti concentrare sul secondo livello. Quello dei colletti bianchi, delle collusioni tra politica e criminalità o, il che non è meno preoccupante, hanno imboccato decine di filoni investigativi che conducono ad episodi di peculato e interessi privati nella gestione pubblica.

Le ordinanze di custodia non sono mai una condanna. Le responsabilità personali vengono individuate quando le accuse reggono ai processi e giungono ad una decisione del giudice. Ma nel frattempo la cronaca delle inchieste rimanda quotidianamente ad una situazione a tinte fosche che, pur rappresentando una minima parte di un territorio e delle sue molte energie oneste e positive, rischia di diventare quella più evidente.

**c.col.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**CARDITO**

**Esperti a consulto  
sull'obesità infantile**

Si svolgerà oggi (ore 15), presso il 1° circolo didattico «Gianni Rodari», in via Prampolini, il forum sul tema «Obesità infantile», messo a punto dallo stesso istituto, presieduto dalla dirigente scolastica Rosanna Mascoli, in collaborazione con l'associazione onlus Cen. C.i.t (Centro contro i tumori). Relatore del convegno sarà il nutrizionista Bruno Viscosi, specialista in endocrinologia. «Le percentuali di obesità infantile sono quasi triplicate negli ultimi 30 anni - spiegano alcuni docenti - e gli effetti possono essere duraturi e profondi. Pertanto prevenire l'insorgenza di obesità nell'infanzia è essenziale, perché la malattia provoca notevoli problemi di salute e le spese di trattamento di queste conseguenze possono essere molto elevate». L'happening sanitario sarà rivolto alle classi quarte.

## **ERCOLANO** Si studiano soluzioni alternative per ospitare uffici e ambulatori sanitari **Vertice Comune-Asl, sì alla delocalizzazione**

**ERCOLANO.** Si è tenuto l'altro pomeriggio un incontro tra Comune di Ercolano ed Asl Napoli 3 Sud per discutere della situazione dell'attuale sede del Distretto Sanitario di via Marittima. Al termine di una riunione, il sindaco **Ciro Buonajuto** ed il Commissario Straordinario dell'Asl Napoli 3, **Salvatore Panara**, hanno concordato sulla necessità di attivare in tempi rapidissimi tutte le procedure finalizzate alla delocalizzazione degli uffici e degli ambulatori dell'Asl.

«Ho manifestato al Commissario le esigenze dei cittadini di Ercolano e i disagi dovuti all'attuale

sede del Distretto Sanitario in via Marittima. Per questo motivo, ho chiesto di predisporre tutti gli atti necessari a dislocare gli ambulatori in un'altra struttura della città» ha detto il sindaco.

«Sin da subito, - ha aggiunto ancora il primo cittadino - il Commissario Panara si è impegnato ad attivare le procedure per l'individuazione di nuovi locali e, considerata l'indisponibilità di edifici di proprietà del Comune, ad avviare una manifestazione d'interesse al fine di valutare ipotesi alternative di strutture di proprietà di privati. A nome dell'intera cittadinanza ercolanese, rin-



grazie l'Asl per la disponibilità manifestata e mi auguro che nel più breve tempo possibile possa essere individuata una sede del Distretto sanitario funzionale e in

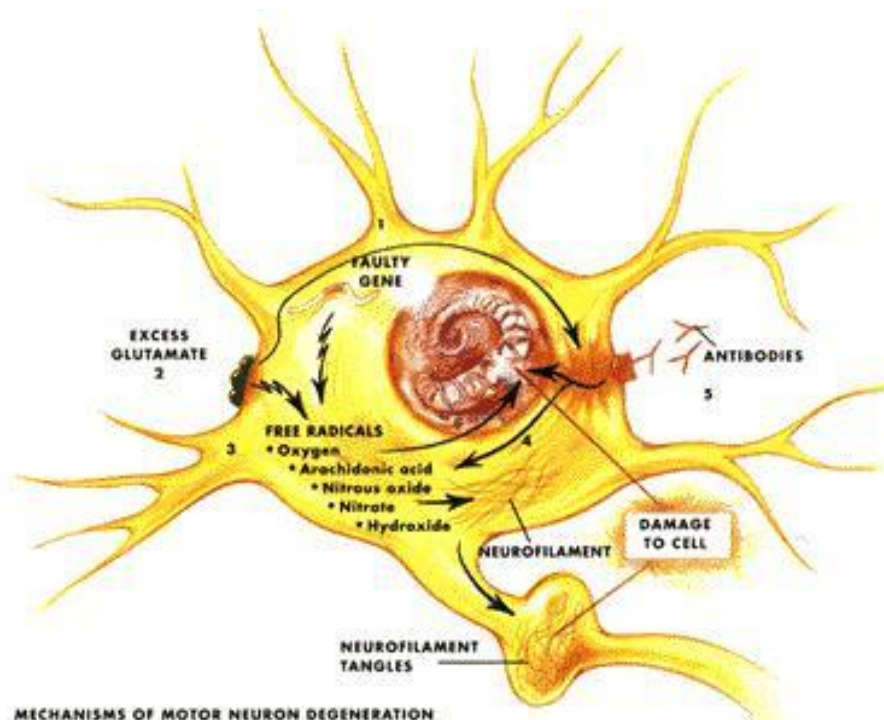
linea con le esigenze dei cittadini».

All'incontro hanno preso parte anche **Colomba Formisano**, presidente della Commissione Sanità e Servizi Sociali del Comune di Ercolano, e il direttore del Distretto **55 Luigi Esposito**: «Da medico prima che da amministratore comunale - dice Formisano - ho evidenziato la necessità di trasferire l'attuale sede dell'Asl di Ercolano. È indispensabile individuare una nuova struttura per il Distretto e continueremo ad impegnarci per garantire migliori servizi e migliore assistenza all'utenza ercolanese».



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



Giovedì 29 OTTOBRE 2015

## Cancro della prostata: individuato nuovo farmaco per le forme metastatiche e un test genetico per individuare i soggetti a rischio

***L'olaparib, un farmaco nato per trattare i tumori dell'ovaio e della mammella correlati alle mutazioni BRCA, dimostra la sua efficacia anche nei pazienti con tumore della prostata in fase avanzata, ma solo nei portatori di mutazioni che disturbano i meccanismi di riparazione del DNA. Lo studio TOPARP-A sul New England Journal of Medicine di oggi***

Gli esperti lo considerano una pietra miliare nelle terapie oncologiche oltre che un grande successo della medicina di precisione. Il primo nel campo del tumore della prostata.

Lo studio TOPARP-A, appena pubblicato su [New England Journal of Medicine](#), dimostra che l'olaparib, un farmaco sperimentale della classe dei PARP inibitori, utilizzato per il trattamento dei tumori dell'ovaio correlati a mutazioni dei geni BRCA (i geni malati di 'Angelina Jolie'), funziona anche nel tumore della prostata in fase avanzata. Precisamente in un paziente su tre.

Il *trial* di fase II ha interessato 50 pazienti con carcinoma della prostata in fase avanzata, resistente alla terapia (tutti erano stati trattati in precedenza con docetaxel, abiraterone o enzalutamide; il 58% con cabazitaxel). Tutti sono stati trattati con olaparib (compresse da 400 mg due volte al giorno) e 16 di loro (il 33% del totale) hanno mostrato una buona risposta oggettiva, definita da un insieme di criteri clinici. In particolare il farmaco ha arrestato la crescita del tumore, producendo un calo persistente delle concentrazioni di PSA e dei livelli delle cellule tumorali circolanti. E' stata inoltre documentata anche una risposta radiografica alla TAC e alla RMN.

Il messaggio scaturito da questo studio è che un paziente su tre di quelli affetti da cancro della prostata in fase avanzata presenta un difetto nei meccanismi di riparazione del DNA (evidenziabili da specifici test genetici); e sono proprio questi i soggetti che mostrano una risposta particolarmente buona all'olaparib. Tecniche di sequenziamento di nuova generazione hanno portato ad individuare delezioni omozigoti, mutazioni deleterie o entrambi nei geni deputati alla riparazione del DNA (BRCA 1 e 2, ATM, geni dell'anemia di Fanconi, CHEK2) in 16 dei 49 pazienti valutati.

L'interesse di questi risultati ha portato a far partire subito un altro studio, il TORPARP-B nel quale solo i pazienti portatori di mutazioni che interessano i sistemi di riparazione del DNA saranno trattati con olaparib. Se i risultati di questo secondo studio dovessero confermare le attese di TORPARP-A, l'olaparib potrebbe diventare un trattamento standard per i pazienti con tumore della prostata in fase avanzata, portatori di una mutazione dei sistemi di riparazione del DNA.

Il farmaco, sviluppato grazie alle ricerche dell'*Institute of Cancer Research* inglese e dell'Università di Cambridge, ha ottenuto importanti risultati nei *trial* di fase III nelle pazienti con tumori (principalmente dell'ovaio e della mammella) correlati a mutazioni ereditarie dei geni BRCA. Appartiene alla nuova classe dei PARP inibitori che dallo scorso anno vengono utilizzati in alcuni Paesi (paradossalmente non in Gran Bretagna, dove il farmaco è 'nato') per il trattamento delle donne con cancro dell'ovaio da mutazione dei geni BRCA.

"Il nostro studio – afferma l'autore senior, **Johann de Bono**, direttore del *Drug Development* presso l'*Institute of Cancer Research* (Londra) e il *Royal Marsden NHS Foundation Trust* – rappresenta un significativo passo avanti nel trattamento del tumore della prostata e dimostra che l'olaparib è molto efficace nei soggetti con difetti dei sistemi di riparazione del DNA. Dimostra anche che è possibile selezionare quelli che hanno maggiori probabilità di risposta, attraverso l'esecuzione di un test genetico e questo ci permette di effettuare un trattamento realmente 'su misura'."

La speranza degli autori è adesso che l'olaparib arrivi presto nelle corsie di ospedale e che la stratificazione genomica dei tumori diventi prassi di routine nella pratica clinica quotidiana.

Il TOPARP-A è uno studio molto importante anche perché dimostra 'l'imparentamento' genetico di tumori apparentemente molto diversi, quali quelli dell'ovaio, della mammella e della prostata.

"Essere riusciti a comprendere il legame tra il tumore della prostata e le mutazioni che interessano i meccanismi di riparazione del DNA è di enorme importanza – sottolinea **William Nelson**, direttore del *Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center* presso la *Johns Hopkins* di Baltimore (USA) – per i pazienti e per le loro famiglie. Da una parte siamo così in grado di individuare i pazienti con cancro della prostata in grado di rispondere a farmaci come l'olaparib; dall'altra

possiamo aiutare meglio il paziente e la sua famiglia a comprendere il loro rischio genetico di sviluppare un tumore della prostata metastatico. Esattamente come le donne portatrici di mutazioni dei geni BRCA fanno per valutare il rischio di cancro dell'ovaio e della mammella".

Lo studio TOPARP-A è stato condotto da un consorzio internazionale di ricercatori ed è coordinato dall'*Institute of Cancer Research* di Londra e dal *Royal Marsden NHS Foundation Trust*. Una serie di *charity* e associazioni hanno sostenuto questa ricerca da *Cancer Research UK*, alla *Prostate Cancer Foundation*, a *Stand Up To Cancer*, a *Prostate Cancer UK*, alla  *Movember Foundation*.

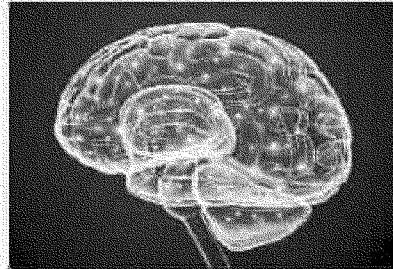
***Maria Rita Montebelli***

## “Le mie ricerche sull’epilessia malattia ancora ignorata”

MICHELE SIMONATO  
UNIVERSITÀ DI FERRARA

**C**'è una malattia che affligge 60 milioni di persone nel mondo: una ogni 100, soprattutto bambini e anziani. Nei due minuti che impiegherete a leggere quest'articolo, altri due nuovi casi saranno diagnosticati nella sola Europa. Dovremmo sapere molto di questa malattia e, invece, se ne parla poco, pochissimo. Sto parlando dell'epilessia.

Il termine «epilessia» identifica sindromi diverse tra loro per cause e profilo clinico, ma accomunate da un sintomo comune: la crisi epilettica, una scarica abnorme e incontrollata di gruppi di neuroni. Le crisi possono manifestarsi in modi diversi in funzione dell'area cerebrale coinvolta, da semplici movimenti incontrollati di una mano a convulsioni generalizzate associate a perdi-



ta di coscienza. Anche nei casi meno gravi la malattia comporta una drammatica riduzione della qualità della vita, per l'imprevedibilità delle crisi, per malattie associate come la depressione e per lo stigma sociale. Il problema è così grave che l'Oms ha definito l'epilessia una malattia di «primario rilievo sociale», invitando a investire risorse per combattere lo stigma, migliorare l'accesso ai servizi e sostenere la ricerca.

Quali sono dunque le priorità della ricerca? Esistono farmaci che, al meglio, impediscono la comparsa delle crisi, ma sono spesso mal tollerati e non proteggono circa un terzo dei pazienti. Esiste quindi la necessità, da una parte, di trovare il modo di prevedere chi effettivamente svilupperà epilessia fra i soggetti a rischio e il modo in cui la malattia evolverà in chi ne è affetto e, dall'altra, di individuare nuovi approcci terapeutici.

Il primo problema si risolverebbe individuando «marcatori» di specifiche caratteristiche o fasi della malattia. Potrebbero essere molecole rintracciabili nel sangue o particolari morfo-funzionali, identificabili attraverso la diagnostica per immagini, oppure onde registrabili all'Eeg. In clinica sono disponibili biomarcatori per molte malattie, come il diabete e molti tipi di tumore, ma non per l'epilessia. Per esempio, il mio gruppo ha scoperto alterazioni nei livelli plasmatici di alcune molecole (appartenenti alla famiglia dei microRna) in ratti che poi sviluppano epilessia: questo test potrebbe predire le conseguenze di un trauma cranico o di un ictus.

### Lo scenario futuro: «spegnere» le crisi utilizzando la terapia genica

MICHELE SIMONATO

Recentemente, un gruppo cinese ha scoperto che i livelli plasmatici di altri microRna sono alterati in pazienti epilettici farmacoresistenti, ma non in quelli sensibili ai farmaci. Insomma, in questo settore emergente la palla passa in continuazione dall'ambito clinico a quello pre-clinico: la ricerca clinica fa osservazioni e pone domande che la ricerca pre-clinica elabora, formulando ipotesi che possono essere testate in ambito clinico. È lecito pensare che l'interazione possa dare presto i frutti sperati.

L'altro problema è l'individuazione di nuove terapie. Un approccio promettente è quello della terapia genica: si tratta di trasferire geni terapeutici nell'area cerebrale che genera le crisi. Quest'approccio ha già avuto l'avvallo di numerose verifiche e potrebbe essere testato in pazienti farmaco-resistenti candidati alla terapia chirurgica. Più a lungo termine c'è chi pensa a strategie per «spegnere» la crisi epilettica in tempo reale. Un'idea sarebbe utilizzare la terapia genica per introdurre nei neuroni malati proteine che, quando esposte alla luce, bloccano la crisi. Queste e altre idee innovative sono studiate in pro-

getti di ricerca sostenuti dall'Ue. Di questi progetti, ma anche di politiche sanitarie e ruolo dell'industria farmaceutica, si parlerà oggi e domani a Ferrara, in un convegno promosso da Epixchange, il progetto che ha l'obiettivo di individuare terapie avanzate per l'epilessia, e dalla Federazione Epilessie. Il coinvolgimento di questa organizzazione è prezioso, perché aggiunge la visione della comunità dei portatori d'interesse e competenze specifiche nella gestione della ricerca attraverso il suo ufficio scientifico che sta predisponendo un piano strategico di rilancio della ricerca sull'epilessia.

Si comincia, finalmente, a fare squadra. Credo che solo così potremo muovere il settore verso le conquiste di cui milioni di persone con epilessia hanno urgente bisogno.

# A caccia degli "errori" che fanno resistere o soccombere un tumore

Perché gli anticorpi monoclonali non sempre funzionano? Ricerca dell'Irccs di Candiolo

## ONCOLOGIA

STEFANO MASSARELLI

**L**e speranze di cura contro i tumori del colon-retto in fase avanzata sono spesso affidate agli anticorpi monoclonali noti come anti-Egrf: sono farmaci come il Cetuximab e il Panitumumab, che si legano a particolari recettori di membrana per poi attaccare la massa tumorale in modo selettivo. Tuttavia solo il 15% dei pazienti risponde bene a queste terapie, per cause non completamente chiarite fino a oggi.

Ora, però, ad accendere nuove speranze di cura è una ricerca apparsa su «Nature»: coordinata da un team dell'Istituto per la ricerca e la cura del cancro di Candiolo (Torino) e condotta in collaborazione con la John Hopkins University di Baltimora, ha permesso di

conoscere più a fondo gli «errori» genetici che consentono a un tumore di resistere o di soccombere al farmaco. Notoriamente, infatti, in circa la metà dei casi la mancata risposta agli anticorpi monoclonali è legata a particolari mutazioni del Dna dei tumori che coinvolgono i cosiddetti geni Ras. I ricercatori dell'istituto torinese Andrea Bertotti e Livio

Trusolino hanno quindi deciso di esplorare il genoma tumorale di 129 pazienti con tecniche di ultima generazione, innestando poi piccole porzioni di tumore all'interno di un cam-

pione di topi sottoposti a trattamento con anticorpi monoclonali. «Abbiamo così potuto evidenziare una serie di alterazioni genetiche correlate a una maggiore resistenza o a una maggiore sensibilità al trattamento», racconta Trusolino. Un risultato che potrebbe aprire nuove prospettive terapeutiche per i pazienti giunti a uno stadio avanzato della malattia e incapaci di rispondere alle terapie oggi in uso.

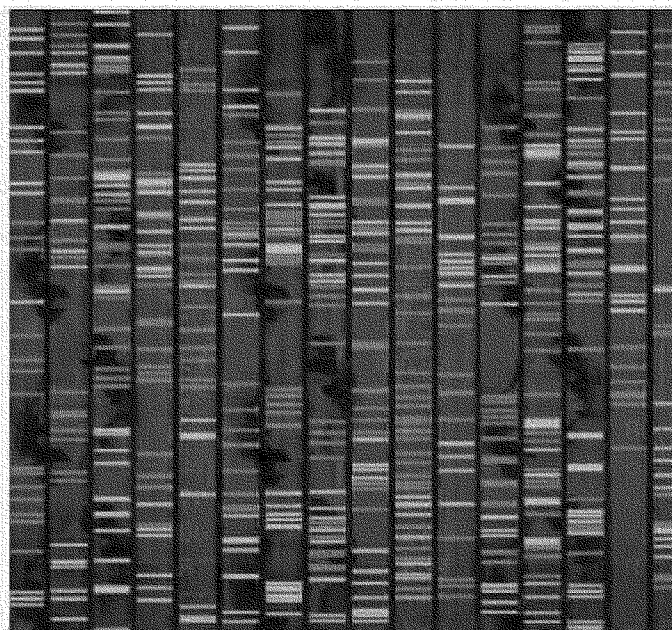
«L'idea è effettuare un'analisi genetica estensiva del Dna dei pazienti che includa le nuove mutazioni identificate nel nostro studio per poi effettuare scelte terapeutiche personalizzate», aggiunge Trusolino, il cui studio ha ricevuto i finanziamenti dell'Airc. Questa prospettiva è stata già in parte avviata presso lo stesso istitu-

to di Candiolo, in cui lo screening genetico delle varie mutazioni - e non solo quelle legate ai geni Ras - fa da preambolo alla scelta dei trattamenti.

Ma a migliorare le prospettive terapeutiche dei pazienti con cancro al colon è anche il fatto che molte mutazioni identificate dai ricercatori appaiono identiche a quelle che caratterizzano altri tumori e contro i quali esistono medicinali specifici. «Circa i due terzi delle forme tumorali da noi analizzate contengono mutazioni potenzialmente aggredibili con i farmaci esistenti», sottolinea Trusolino. In sei di queste mutazioni, inoltre, l'uso di farmaci di ultima generazione ha portato all'arresto o alla regressione della malattia nei topi. Ed è stata arrestata anche l'avanzata delle metastasi.

**Livio  
Trusolino  
Oncologo**

**RUOLO:** È PROFESSORE  
DI ISTOLOGIA E ONCOLOGIA  
ALL'UNIVERSITÀ DI TORINO  
E RICERCATORE ALL'IRCCS  
DI CANDIOLO-TORINO



I tumori si svelano attraverso il Dna

## RICERCA

### **Il sistema immunitario svela risposta a tumori**

Nel tumore al seno il sistema immunitario può contribuire a identificare le pazienti che possono trarre maggior beneficio dai trattamenti disponibili e a definire le pazienti ad alto e basso rischio di una recidiva, offrendo la possibilità di impiegare nuove terapie immunoterapiche. Questo è quanto emerso da due importanti studi pubblicati sulle riviste scientifiche *Annals of Oncology* e *Clinical Cancer Research*, condotti dai ricercatori del dipartimento di Oncologia medica dell'Ospedale San Raffaele e dall'Istituto nazionale dei tumori di Milano, in collaborazione con altri gruppi di ricerca stranieri e italiani. Gli studi sono stati sostenuti dall'Airc.

## Il nanotech ci riparerà il sorriso

**ORTODONZIA**

SIMONA REGINA

**L**e nanotecnologie al servizio della salute dei denti: «Il loro sviluppo nell'odontoiatria ha migliorato la prevenzione e le cure dentali e promette di farlo ancora di più in futuro». Lo sostengono gli autori di una review su «Trends in Biotechnology». Al centro dell'articolo la realizzazione di nuovi nanomateriali: dagli adesivi antimicrobici a base di nanotubi di carbonio, una sorta di dentifricio da «indossare», alle miscele di nanoparticelle per otturazioni e ricostruzioni più resistenti e dai risultati estetici migliori, fino alla rimineralizzazione dello smalto e della dentina.

«In prospettiva - spiega Amauri Jardim de Paula dell'Universidade Federal de Ceará, in Brasile - si pensa che le nanoparticelle incorporate nei materiali dentali potranno prevenire e controllare le malattie orali attraverso un sistema di rilascio a lungo termine». I nanomateriali, inoltre, potranno giocare un ruolo-chiave anche «nella rigenerazione dei denti: considerate le loro caratteristiche biologiche, infatti, la combinazione di cellule staminali e di nanomateriali faciliterà il rinnovo di dentina, cemento e smalto».

## Non sanno camminare, ma si orientano come adulti Ecco tutti i «super-poteri» dei neonati

FABIO DI TODARO

Stanno in braccio o, tutt'al più, fanno la spola tra il divano e il fasciatoio. Ma nello spazio, se fossero in grado di camminare, saprebbero già come muoversi. I neonati hanno una capacità di orientamento pari a quella degli adulti, pur non avendo la possibilità di metterla in pratica. L'ha svelato un team di ricercatrici italiane, tutte donne al lavoro a Pisa: tra l'Università e la Fondazione Stella Maris.

Il loro studio, pubblicato su «Plos Biology»,

rappresenta la prima mappatura del cervello effettuata - tramite risonanza magnetica funzionale - su neonati svegli e impegnati nell'osservazione degli stimoli visivi. Significativa l'età: appena sette settimane di vita. Quanto basta, però, per considerare mature le aree corticali che presiedono alle funzioni del movimento visivo e della direzione», spiega Maria Concetta Morrone, docente di fisiologia dell'ateneo toscano, tra le autrici della pubblicazione. Il team ha registrato l'attività cerebrale in 12 bambini intenti a seguire con lo

sguardo dei punti luminosi in movimento: in modo casuale o seguendo traiettorie coerenti. Così i ricercatori hanno scoperto che, al pari degli adulti, i bambini mostrano maggiori risposte al movimento organizzato, sfruttando la rete costituita tra diverse aree cerebrali: comprese quelle associate alla percezione del corpo e al sistema vestibolare.

Oltre a smentire la credenza secondo cui la percezione del corpo nello spazio maturi solo negli anni, sfruttando le interazioni che un bambino sviluppa con il mondo esterno, l'evidenza tornerà utile agli specialisti impegnati a tracciare nuovi percorsi terapeutici per quei disturbi - come l'autismo e la paralisi cerebrale - in cui la visione risulta compromessa.



## Tumore al pancreas, strategia italiana

*L'intuizione dell'équipe torinese guidata da Francesco Novelli supera la fase preliminare e ottiene 400mila euro dal Ministero della Salute: una scommessa per battere una malattia killer*

di **Danilo Poggio**

**I**l tumore al pancreas è uno dei più letali. Un male difficilissimo da curare, raramente operabile, e che può condurre alla morte in pochi mesi dopo l'insorgenza. Viene diagnosticato ogni anno in Italia a circa 10mila persone e, anche se sono noti i consueti fattori di rischio, le cause restano ancora sostanzialmente sconosciute.

Eppure qualche speranza c'è, affidata ora a un'équipe di ricercatori italiani. Il progetto coordinato dal professor Francesco Novelli, del Centro ricerche medicina sperimentale della Città della salute e della scienza di Torino, ha infatti superato la fase di valutazione preliminare ed è stato finanziato con un importo di 400mila euro dal Ministero della Salute.

«Il nostro lavoro – spiega Novelli – è iniziato dieci anni fa, sul versante diagnostico e terapeutico. Il tumore al pancreas è l'unico che non può essere rallentato con le attuali terapie, quarta causa di morte per tumore, e secondo le proiezioni potrebbe ulteriormente scalare questa triste classifica».

La ricerca torinese ha lo scopo di sviluppare una nuova terapia basata sulla combinazione di vaccinazione e Dna e sull'inibizione farmacologica dell'enzima PI3K, che aiuta le cellule mieloidi soppressorie a infiltrarsi nel tessuto tumorale e a paralizzare le funzioni dei linfociti killer anti-tumore. In questo modo si bloccherebbe l'attività del principale alleato del tumore stesso, ossia l'enzima che aiu-

ta a difenderlo dagli attacchi esterni.

Come sempre accade nella ricerca scientifica, il progetto è frutto di un lavoro tenace e condiviso: oltre all'unità di ricerca di Novelli, cui spetterà il coordinamento, nello studio sono coinvolte anche le unità di Paola Cappello (Cermis, Città della salute e della scienza) e di Alessandra Ghigo e Laura Conti (Centro di biotecnologia molecolare dell'Università di Torino).

L'originalità e i buoni risultati conseguiti in laboratorio hanno permesso al progetto di superare il severo processo di selezione. Numerosi esperti internazionali, in rappresentanza dei più avanzati centri di ricerca a livello mondiale, hanno valutato le quasi 3mila proposte in modo anonimo e indipendente, decidendo di finanziarne poco più di 200. Con 400mila euro sarà possibile proseguire la ricerca per combinare i due elementi chiave per la terapia, ma serviranno altri fondi per poter arrivare alla sperimentazione sull'uomo.

«I risultati sui modelli animali sono promettenti – continua Novelli –: siamo riusciti a rallentare sensibilmente il tumore, aumentando la sopravvivenza del 30 per cento. È un settore delicato, le aspettative sono altissime. Dobbiamo i nostri risultati anche ai pazienti che spesso, persino in fin di vita, collaborano con noi donando il sangue per far proseguire gli studi. Siamo consapevoli del dramma che vivono con le loro famiglie e per questo sentiamo ancora di più la responsabilità del nostro lavoro».

## RICERCA SCIENTIFICA/1 L'irisina batte l'osteoporosi e presto ci sarà un farmaco.

Irisina è la molecola scoperta tre anni fa da un'equipe di Harvard che trasforma il grasso bianco nel più salutare grasso bruno grazie all'attività dei muscoli durante lo sport. Si deve però a **Maria Grano**, dell'università di Bari, la rivelazione del suo ruolo primario: l'aumento di massa e resistenza ossea. Lo studio dell'istologa che nella foto nel suo ufficio sorride accanto a Rita Levi Montalcini, pubblicato il 15 settembre scorso su *Phas*, il giornale ufficiale delle scienze americane, dopo tre anni di sperimentazione sulle cavie, è stato appena ripreso da *Nature endocrinology review*.

«Nel 2012, con la mia equipe di ricercatori precari e il contributo di un'equipe di Oslo, una del Mount Sinai e soprattutto di Saverio Cinti dell'università di Ancona che aveva partecipato alla ricerca di Harvard, abbiamo rilevato che una concentrazione di Irisina molto più bassa rispetto a quella del "bruciagrassi" fortifica le ossa» racconta la docente «e che il suo ruolo principale non è quindi sul grasso ma sullo scheletro». Una ricerca che punta a cambiare la vita degli anziani e dei malati (l'osteoporosi affligge 4 milioni di persone in Italia) che impossibilitati a muoversi non producono naturalmente la molecola. Potranno farlo però con un farmaco che mimerà l'attività fisica: «Gli studi su modelli animali di osteoporosi sono promettenti» spiega Grano «ora devono essere confermati sull'uomo e quindi si potrà procedere alla produzione del farmaco». ■



Maria Grano nel suo laboratorio all'università di Bari.

## RICERCA SCIENTIFICA/2 Con l'analisi della Biofordrug il rischio Alzheimer è subito sotto controllo.

La correlazione fra la presenza di rame nel sangue e il rischio di sviluppare l'Alzheimer è stata una delle maggiori scoperte dell'ultimo decennio su questa terribile malattia. Ma per diventare davvero rivoluzionaria, la scoperta richiedeva una buona tecnica per «scovare» il rame incriminato e poterlo quantificare con precisione.

È quel che ha imparato a fare la Biofordrug, lo spin-off più promettente dell'Università degli studi di Bari, nato dall'iniziativa del docente di Chimica farmaceutica **Nicola Colabufo**, che ne è presidente. «Lavorando già da tempo sul rame nel sangue per altre patologie» spiega a *Panorama* «siamo stati in grado di mettere a punto un sistema di rilevazione semplice ed economico». Soprattutto, alla Biofordrug sono riusciti a farlo prima degli altri. Da diversi mesi è possibile mandare (attraverso uno dei molti laboratori di analisi convenzionati) un campione di sangue all'Università di Bari per valutare rapidamente questo fattore di rischio della malattia.

È stata la fortuna della Biofordrug, che cedendo il brevetto del kit alla società di apparecchiature medicali Canox ha ottenuto non solo un congruo incasso di liquidità, ma si è assicurata anche il 20 per cento della nuova società che è stata costituita per la sua commercializzazione. ■

