



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



L'intervento

Dottore di ricerca, un titolo che conta ancora

di **Dario Giugliano**

Ho appena scoperto che la Campania è considerata una regione in «Ritardo di sviluppo». Colpa mia, non mi tengo informato. Anche se in buona compagnia, guarda caso tutte le regioni del Sud soffrono di questo ritardo, la cosa non mi fa piacere. Ho anche realizzato che per sviluppo va inteso quello industriale, quando il Ministero dell'Università e della Ricerca (noto come Miur) ha pubblicato il bando che assegna alle regioni zocpanti investimenti e risorse economiche per favorire lo sviluppo di nuove competenze professionali richieste dal mercato del lavoro. L'Università, come legittima e più elevata emanazione del Miur, diventa uno dei motori dell'auspicato riposizionamento competitivo delle regioni più svantaggiate; il dottorato di ricerca universitario è lo strumento ritenuto idoneo per tale scopo.

Quando nel 1980 il dottorato fu introdotto nel sistema universitario italiano, rappresentava il massimo grado di istruzione universitaria. Il nome suonava bene: dottore di filosofia per dirla alla moda anglosassone (*Philosophiae Doctor*,

o più semplicemente Ph.D.). Ancora oggi essere dottori di ricerca significa aver raggiunto il terzo livello di studi, un titolo che stando alla originale definizione della legge, poteva essere valutato soltanto in ambito della ricerca scientifica, o come percorso di formazione alla carriera accademica. Mi faccio dei conti grossolani: ogni anno circa 12.000 laureati nelle varie discipline accedono ai percorsi di dottorato in tutti gli atenei italiani, un numero molto più grande di quello che il mondo accademico, dentro e fuori l'Università, è in grado di accogliere e collocare degnamente. La sola Università della Sapienza a Roma accoglie ogni anno 823 nuovi dottorati. Non è un caso che il Rettore della Vanvitelli, Prof. Giuseppe Paolisso, abbia voluto fortemente incentivare la numerosità e la innovatività dei corsi di dottorati che afferiscono all'Ateneo Vanvitelli.

Statistiche alla mano, circa 2.000 dottori di ricerca (appena il 17% della carica iniziale) riuscirà realmente a trovare una sistemazione in ambito universitario. Ed il restante 83%? Gli altri stati europei hanno affrontato da tempo un'analogha situazione, individuando un sistema vincente, basato sulla cooperazione Università ed imprese. In pratica, i dottorati devono essere centri

di innovazione e trasferimento tecnologico. Come al solito le frasi più belle sono quelle coniate da altri, specialmente se in inglese. Ecco il «Learning by doing» letteralmente «imparare facendo» che poi a ben guardare resta ancora il cruccio dei nostri sistemi universitari, poca pratica rispetto al cumulo di teoria che si accumula ogni anno in modo esponenziale.

Gli aggettivi usati per definire questi dottorati innovativi sono tre: internazionale, industriale, interdisciplinare, e rispondono alle esigenze di collaborazione con altre istituzioni al di fuori dell'Italia e di integrazione con settori esterni all'accademia. Non è un caso se l'Ocse (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), scrive così: «Le aziende sono attratte dai Paesi che fanno di questo livello di formazione e ricerca una opportunità accessibile». Già oggi ottenere un titolo di Ph.D. può aiutare: dati alla mano (ISTAT 2015), il 91,5% del totale lavora dopo 4 anni dall'ottenimento del titolo di dottore di ricerca, anche se un 30-40% già lavorava prima di iniziare il corso di studi. Nonostante alcune difficoltà residue, legate alle differenti procedure amministrative tra pubblico e privato, e tra Italia ed altri paesi del mondo, il processo sembra avviato e difficilmente potrà essere invertito. Il PhDay - Un giorno per il dottorato alla Vanvitelli - rappresenta una ghiotta occasione per un confronto di idee tra i dottorandi che afferiscono alla Scuola di Dottorato in Scienze della Vita. Lo scopo principale è mostrare, nella maniera più informale e semplice, come dietro alla ricerca dei giovani vi siano soprattutto passione, curiosità, voglia di fare e speranza per il futuro. L'appuntamento è per giovedì 31 gennaio, presso la prestigiosa sede dell'Ateneo Vanvitelliano in Via Costantinopoli 104, dalle 8,30.

Direttore della Scuola di Dottorato in Scienze della Vita
Università della Campania Vanvitelli

IL CASO I dati dell'Oms segnalano 500mila casi in 22 Paesi

Antibiotici, in aumento le resistenze

ROMA. L'antibiotico resistenza, ovvero la resistenza da parte dei microorganismi patogeni all'azione dei farmaci utilizzati per combatterli, costituisce un problema gravissimo e, purtroppo, in costante aumento. L'ultimo allarme è stato lanciato oggi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha parlato di 500mila casi di persone infettate in 22 paesi in tutto il mondo. Tra i pazienti con sospetta infezione del flusso sanguigno, la percentuale di batteri resistenti ad almeno uno degli antibiotici più comunemente utilizzati varia enormemente tra i diversi

paesi, da zero all'82%. La resistenza alla penicillina - la medicina usata per decenni in tutto il mondo per trattare la polmonite - varia da zero al 51% tra i paesi segnalanti. E tra l'8% e il 65% di E.coli associato a infezioni del tratto urinario presenta una resistenza alla ciprofloxacina, antibiotico comunemente usato per trattare questa infezione. I dati raccolti dalla sorveglianza dell'antibiotico-resistenza dell'Istituto superiore di sanità (Ar-Iss) indicano che in Italia la resistenza agli antibiotici, per le specie batteriche sotto sorveglianza, si mantiene tra le più elevate

in Europa. Sul fronte dei batteri negativi, nel nostro Paese è diffusa soprattutto la specie batterica *Klebsiella pneumoniae* che è resistente a quasi tutti gli antibiotici disponibili, inclusi i carbapenemi. La percentuale di resistenza a questa classe di antibiotici in *K. pneumoniae* è pari al 34%, una delle percentuali di resistenza più alte d'Europa insieme a quella di Grecia e Romania. Le cause dell'aumento esponenziale delle resistenze batteriche non risiede solamente nell'abuso o nel cattivo uso degli antibiotici.

ANTIDOTO IN ARRIVO

Dalla sperimentazione sui pazienti un vaccino contro il tumore al fegato

A Verona i test per un farmaco innovativo e un cancro feroce

■ Ci sono vaccini e vaccini. Quello sperimentato sull'uomo a Verona è attesa e speranza. All'ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar è stata avviata per la prima volta sull'uomo la sperimentazione di un farmaco innovativo contro il tumore al fegato. Un antidoto che potrebbe bloccare il male, il vaccino infatti servirebbe a indurre una risposta immunitaria tale da ritardare il ripresentarsi del cancro o favorire un'ulteriore regressione dello stesso dopo il trattamento locale. Si tratta del vaccino IMA970A, specifico contro l'epatocarcinoma, tumore maligno temutissimo e tra i più frequenti che colpiscono il fegato. Lo scorso anno ha fatto registrare in Italia 13mila nuovi casi e che nel mondo ha un'incidenza di 750mila casi all'anno. Allo studio clinico di fase I e II Hepa-vac-101, finanziato dall'Unione Europea, partecipano numerosi centri europei. Per quanto riguarda l'Italia è coinvolto, oltre all'ospedale di Negrar (in collaborazione con l'Università dell'Insu-

bria), anche l'Istituto Nazionale Tumori Pascale di Napoli. Ma a chi è stata riservata la sperimentazione? La sperimentazione è riservata ai pazienti con epatocarcinoma in fase iniziale, che sono candidati ad un trattamento locale: intervento chirurgico, termoablazione o ablazione mediante radiofrequenza e microonde, chemioembolizzazione e radioembolizzazione. Nonostante questi trattamenti possano ottenere una distruzione del tessuto vitale del tumore, nel tempo la malattia è destinata a ripresentarsi o a peggiorare nella maggior parte dei casi, tanto che la sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi è del 20%. Da qui la necessità di trovare nuove opzioni terapeutiche. Scopo dello studio infatti è quello di valutare la tollerabilità del vaccino e verificare se questo, somministrato dopo la regressione della malattia ottenuta con il trattamento locale, è in grado di migliorare la prognosi e quindi di aumentare la sopravvivenza.

Il trattamento prevede una unica infusione endovenosa di una bassa dose di ciclofosfamide (un farmaco chemioterapico con funzione immuno-modulante). Dopo pochi giorni viene iniziata la vaccinazione vera e propria che consiste nella somministrazione intradermica (con ago sottile, a livello della cute del braccio) sia del vaccino IMA970A che di una sostanza adiuvante (che serve cioè a potenziare l'immunogenicità del vaccino e che contiene RNA). Sono previste 9 somministrazioni totali intradermiche del vaccino: le prime 4 vengono effettuate ogni settimana e le altre 5 ogni tre settimane.

La stessa sperimentazione è attiva anche in Germania, Spagna, Francia, Belgio e Gran Bretagna; tutti i centri europei coinvolti, compresi quelli italiani, fanno riferimento allo studio internazionale di fase I-II HEPA-VAC-101, che è stato sviluppato proprio per valutare la tollerabilità e l'efficacia del nuovo vaccino.



STUDIO

Avviata all'ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar la prima sperimentazione sull'uomo di un farmaco per pazienti affetti da epatocarcinoma

Lo studio all'ospedale di Negrar (Verona)

Al via i test per il vaccino che ferma il tumore

Pazienti volontari sperimenteranno un farmaco che combatte il carcinoma al fegato. Solo in Italia 13mila casi all'anno

■ ■ ■ **ALESSANDRO GONZATO**

■ ■ ■ Un vaccino contro il tumore al fegato. L'ospedale "Sacro Cuore Don Calabria" di Negrar, in provincia di Verona, è fra i primi al mondo ad averne avviato la sperimentazione sull'uomo, assieme all'Istituto Nazionale Tumori "Pascali" di Napoli. Si tratta di un progetto internazionale finanziato dall'Unione Europea che oltre all'Italia coinvolge anche Germania, Spagna, Francia e Inghilterra. Allo studio partecipano nove partner europei del settore farmaceutico e universitario.

Il nome del vaccino è IMA910A. È un farmaco innovativo contro l'epatocarcinoma - il tumore al fegato, per l'appunto - che ha lo scopo di indurre una risposta immunitaria in grado di ritardare il ripresentarsi del cancro o di favorire un'ulteriore regressione della malattia dopo il trattamento locale. L'epatocarcinoma è il tumore maligno più frequente legato al fegato. Lo scorso anno nel nostro Paese si sono verificati 13 mila nuovi casi. In tutto il mondo, invece, 750 mila. Al momento, per questo tipo di tumore le possibilità di cura sono molto limitate: in Italia, nel 2014, è stata causa di quasi 10 mila decessi. In più del 70 per cento dei casi l'epatocarcinoma è riconducibile a fattori di rischio come l'abuso di alcol e l'infezione da epatite C e da epatite B. L'epatocarcinoma è la quarta causa di morte dovuta a tumori negli uomini, in modo particolare dopo i settant'anni. In generale la prospettiva di vita media dopo la diagnosi della patologia è di cinque.

Ora, grazie a questo farmaco, la condizione di migliaia di pazienti potrebbe cambiare. «La sperimentazione è riservata a persone con epatocarcinoma in fase iniziale non ancora sottoposti a trattamento o a chi lo ha iniziato da poco» dice a Libero la dottoressa Stefania Gori, direttrice del Dipartimento Oncologico dell'ospedale di Negrar e presidente nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica. «Si tratta di nove vaccinazioni complessive. Le prime quattro vengono effettuate una volta alla settimana, le altre cinque ogni tre. L'obiettivo di questa prima fase - prosegue la dottoressa Gori - è quello di valutare la tollerabilità del vaccino, quindi di valutare eventuali effetti collaterali e di verificare se, somministrato dopo la regressione della malattia ottenuta tramite il trattamento locale, è in grado di provocare una risposta immunitaria nei confronti del tumore».

Nel 2018 l'ospedale "Sacro Cuore Don Calabria" tratterà quaranta pazienti. Poi, in base ai risultati, il numero potrebbe aumentare. «Tutti i pazienti che prenderanno parte alla sperimentazione verranno sottoposti ad alcuni esami preliminari per verificare la loro idoneità» sottolinea il direttore del Dipartimento Oncologico dell'ospedale di Negrar. «Chi dopo il trattamento locale, quindi dopo l'intervento chirurgico, la termoablazione o la ablazione mediante radiofrequenza e microonde, chemioembolizzazione, radioembolizzazione, non presenterà evidenza di tumore vitale potrà ricevere il trattamento sperimentale».

■ ■ ■ LA SCHEDA

IL PROGETTO

Il vaccino IMA910A è al centro di uno studio internazionale che si svolge in Germania, Spagna, Francia, Belgio, Gran Bretagna e Italia. Nel nostro Paese vede coinvolti due centri: l'ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar (Verona) e l'Istituto Nazionale Tumori "Pascali" di Napoli.

LA MALATTIA

Per quanto riguarda il tumore maligno al fegato, solo lo scorso anno in Italia si sono registrati 13mila casi e nel mondo si parla di 750mila diagnosi ogni anno. A 5 anni dalla diagnosi la sopravvivenza riguarda circa il 20 per cento dei casi.

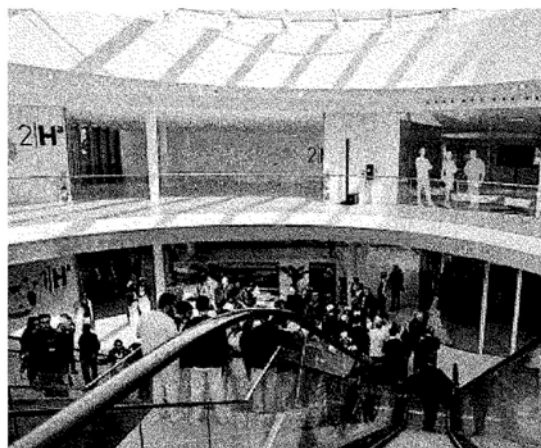
La sanità

Ospedale del mare parte neurochirurgia via agli interventi

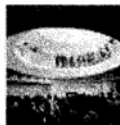
Ettore Mautone

Ospedale del Mare: da oggi iniziano a Napoli est le attività di Neurochirurgia con i primi interventi in lista già prenotati prima dello stop imposto dal trasloco di uomini e mezzi dal Loreto Mare, avvenuto il 22 gennaio scorso. Dal primo febbraio parte a pieno regime anche la Neuroradiologia interventistica per il trattamento degli ictus (Unità stroke). I pazienti saranno accolti a Napoli est sempre in seconda battuta, dopo l'approdo con il 118 in uno dei pronto soccorso della Asl Napoli 1 (Pellegrini, San Paolo e San Giovanni Bosco) mentre il Loreto Mare continuerà ad avere solo una semplice guardia Neurochirurgica attiva.

Nell'ospedale di Ponticelli muove i primi passi anche la Cardiologia, trasferita una settimana fa dall'ospedale di via Vespucci ma che per ora viaggia orfana dell'Utic che continua a garantire un presidio di cura per i cardiopatici al Loreto Mare. Utic che resterà nel centro di Napoli almeno fino a quando il pronto soccorso dell'Ospedale del Mare non consoliderà le sue routine.

> A pag. 37

Il futuro
La struttura
diventerà
anche «hub»
per tutti
i pazienti
affetti
da ictus



La sanità, il piano

Ospedale del Mare, al via alla neurochirurgia

Da oggi i primi interventi, in settimana parte a pieno regime anche neuroradiologia

Ettore Mautone

Ospedale del Mare: da oggi iniziano a Napoli est le attività di Neurochirurgia con i primi interventi in lista già prenotati prima dello stop imposto dal trasloco di uomini e mezzi dal Loreto Mare, avvenuto il 22 gennaio scorso. Dal primo febbraio parte a pieno regime anche la Neuroradiologia interventistica per il trattamento degli ictus (Unità stroke). I pazienti saranno accolti a Napoli est sempre in seconda battuta, dopo l'approdo con il 118 in uno dei pronto soccorso della Asl Napoli 1 (Pellegriani, San Paolo e San Giovanni Bosco) mentre il Loreto Mare continuerà ad avere solo una semplice guardia Neurochirurgica attiva. Nell'ospedale di Ponticelli muove i primi passi anche la Cardiologia, trasferita una settimana fa dall'ospedale di via Vespucci ma che per ora viaggia orfana dell'Utic (Unità di terapia intensiva coronarica) che continua a garantire un presidio di cura per i cardiopatici al Loreto Mare. Utic che resterà nel centro di Napoli almeno fino a quando il pronto soccorso dell'Ospedale del Mare non consoliderà le sue routine consentendo la piena apertura (fissata in primavera) del dipartimento di emergenza.

Sul fronte delle cure per i pazienti con ictus nell'ultima settimana le attività del primario, Giovanni Sirabella, si sono divise tra il San Giovanni Bosco (potenziato e diventato principale punto di riferimento della Asl in questa fase) e l'Ospedale del Mare, che continua a fornire pieno supporto anche per la diagnostica grazie alle due apparecchiature di Risonanza magnetica. L'obiettivo è concentrare gradualmente nell'Ospedale del Mare tutte le funzioni di hub (centro di riferimento ad alta intensità di cure) cui è deputato, lasciando al San Giovanni Bosco le funzioni di centro spoke per le attività collaterali e a minore complessità. Cominciano a funzionare, inoltre, sempre all'Ospedale del Mare i 15 posti letto della Medicina di urgenza. Siamo dunque in uno snodo molto delicato del riassetto dell'assistenza in emergenza sul

territorio della Asl Napoli 1 segnato dal passaggio di consegne da uno storico presidio come il Loreto Mare (dove molti pazienti continuano ad approdare con i propri mezzi) e il gigante di Napoli est. Il responsabile del dipartimento assistenza ospedaliera della Asl Giuseppe Russo ha dettato per questo precise procedure. «La centrale operativa del 118 - scrive Russo - è stata per tempo informata della chiusura del pronto soccorso neurochirurgico e neurologico del Loreto Mare. Nonostante l'ampia informazione all'utenza una certa quota di pazienti neurochirurgici, per traumi e ictus, continua tuttavia ad approdare al Loreto

con mezzi propri. In questi casi il paziente va valutato con la Tac, eventualmente stabilizzato e trasferito al Cardarelli nei casi indicati (età maggiore di 18 anni e deficit misurabile del linguaggio, cognitivo, motorio, sguardo e vista). Il trasferimento va concordando con contatto telefonico per garantire di centrare i tempi utili della finestra terapeutica (massimo 4 ore e mezza). I sintomi devono essere presenti per almeno 30 minuti e vanno distinti da una sindrome generalizzata ischemica a partenza cardiaca (sincope), da una crisi epilettica o emicrania.

Nel caso di ictus ischemico, in cui il paziente non sia eleggibile alle procedure neuro-interventistiche, l'invio al Cardarelli dovrà essere evitato per disporre invece il trasferimento in una delle medicine della Asl. In caso di ictus emorragico il trasferimento al Cardarelli è invece d'obbligo per consulenza neurochirurgica. Nel caso non sia necessario l'intervento il paziente dovrà tornare al Loreto Mare per un ricovero in Medicina. Un andirivieni da attuare con la massima cautela che comunque terminerà tra una settimana con il pieno decollo, ormai prossimo, della Neurochirurgia dell'Ospedale del Mare.

Benessere e buona informazione nelle mani delle «donne che sanno»

L'iniziativa

Sono le donne i pilastri della cultura per la salute nelle famiglie e nelle comunità. Sane abitudini alimentari, stili di vita corretti, controlli e prevenzione ruotano tutti attorno al ruolo delle donne centrali nell'alfabetizzazione sanitaria delle popolazioni del sud Italia che scontano circa 4 anni in meno di aspettativa di vita alla nascita rispetto al Nord. Ecco lo scopo di «Donne che sanno», ciclo di eventi promosso da «Fondo Mario e Paola Condorelli» e da Alta Napoli con il patrocinio di Regione Campania, Comune di Napoli, Società napoletana Storia patria, Istituto zooprofilattico sperimentale del Mezzogiorno, Ipasvi, Ordine dei Medici, Federazione italiana medici pediatri di Napoli, Federconsumatori e con il contributo di UniCredit, Fondazione Grimaldi Onlus, Ferrarelle e Banco Bpm.

Il primo appuntamento (Le Donne di cuore diffondono la salute, il cuore delle donne da chi è difeso?) si è svolto ieri al Maschio Angioino alla presenza del sindaco di Napoli

Le scelte

Celeste Condorelli:
«Mogli e madri indirizzano gli stili di vita delle famiglie: sono determinanti»

Luigi De Magistris. «Le donne - ha detto Celeste Condorelli - sono un obiettivo primario per migliorare la capacità di effettuare scelte consapevoli sui temi della salute. Una necessità che è di tutti, ma in particolare nostro. Perché alla donna è affidata tradizionalmente la scelta relativa agli stili di vita della famiglia. Se le scelte e le azioni sono adeguate e corrette, esse diventano uno strumento attivo di buone pratiche di prevenzione».

Nella prima parte dell'incontro, dal titolo «Donne di cuore» dedicato a Paola Condorelli, si è discusso con esperte di storia, epidemiologia, pari opportunità, sul ruolo delle donne nell'ambito della salute. Sono intervenuti Caterina Arcidiacono, docente di Psicologia di Comunità alla Federico II, Vittoria Fiorelli, docente di Storia moderna al Suor Orsola Benincasa di Napoli, Maria Triassi, direttrice del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Ateneo Federico II di Napoli, Monica Parrella, direttrice Pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Ad introdurre i lavori

Giuseppe Galasso, emerito di Storia medievale e moderna, Accademico dei lincei e presidente onorario della Società napoletana Storia Patria. A moderare la giornalista del Mattino Maria Chiara Aulizio. «Gli strumenti dell'informazione - ha aggiunto Condorelli - sono fondamentali per favorire una più ampia consapevolezza dell'universo femminile dei temi inerenti la salute». «Donne che sanno» vuole essere un punto di incontro, innanzitutto fisico e successivamente digitale, per focalizzarsi sui principali nodi della salute del nostro tempo. L'obiettivo è coinvolgere non solo le istituzioni e gli operatori del settore, ma specialmente i cittadini. «Quando si investe nelle donne, ci si affida alle persone che più di tutte investono negli altri - ha concluso la Triassi - obiettivo primario del progetto è dunque sfatare fake news e falsi miti della medicina. Perché la cura è un'attività storicamente femminile».

e.m.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Incontro sul ruolo centrale
del mondo femminile
nell'alfabetizzazione sanitaria



Gli antibiotici sono sempre meno efficaci Nel mondo 500 mila malati "resistenti"

IL RAPPORTO

**L'ALLARME DELL'OMS:
ENTRO IL 2025
I NUOVI VIRUS
POTREBBERO CAUSARE
IN EUROPA UN MILIONE
DI DECESSI L'ANNO**

ROMA Ogni anno mezzo milione di persone nel mondo sono colpite da infezioni resistenti agli antibiotici, ovvero da malattie infettive un tempo curabili ma nei confronti delle quali le nostre armi sono ormai spuntate. Il nuovo dato arriva dal primo rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità sulla sorveglianza dell'antibiotico-resistenza. In grado di mutare per sopravvivere agli antimicrobici comunemente in uso, i "superbugs" sono un killer silenzioso che potrebbe causare entro il 2025 un milione di decessi l'anno in Europa. Mentre di infezioni contratte in ospedale e spesso correlate all'antibiotico-resistenza, a morire sono circa 7 mila persone solo in Italia. Gli antibiotici sono uno strumento essenziale per contrastare diversi tipi di infezione, ma l'utilizzo eccessivo e inappropriato ne limita l'efficacia, dando vita ad una delle più gravi minacce alla salute pubblica. Per questo nel 2015 l'Oms ha lanciato il sistema di sorveglianza Global antimicrobial surveillance system, che ha appena emesso il primo rapporto ufficiale.

I NUMERI

I dati resi noti sono in realtà molto inferiori a quelli effettivi. Sono relativi infatti solo a 22 Paesi sui 52 iscritti e rappresentano quindi solo una parte del totale. Il rapporto non include inoltre dati sulla resi-

stenza del batterio che causa la tubercolosi: sempre secondo l'Oms, nel 2016 sono stati almeno 490 mila i casi di TBC multiresistente, da aggiungere quindi al computo totale. «La sorveglianza è agli inizi, ma è fondamentale svilupparla se vogliamo affrontare una delle più grandi minacce alla salute pubblica globale», afferma Carmem Pessoa-Silva, che coordina il nuovo sistema di sorveglianza.

I batteri resistenti più comunemente riportati nel rapporto sono stati *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pneumoniae* e molti di essi trovano nei nostri ospedali un veicolo di diffusione. In Europa, infatti, le infezioni batteriche ospedaliere causano oltre 37 mila decessi l'anno, di cui 7 mila in Italia. E proprio nel nostro Paese, dove la resistenza agli antibiotici è tra le più elevate, ogni anno dal 7 al 10 per cento dei pazienti va incontro a un'infezione batterica multiresistente.

IL CONTRASTO

Servono «urgenti politiche di ricerca e di investimento per rendere disponibili nuovi farmaci efficienti, economici e a disposizione di tutti». A lanciare l'allarme è l'Associazione Dossetti, che punta il dito contro il Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza. Si tratta, spiega il segretario Claudio Giustozzi, «di un mero piano di intenti, giacché non prevede l'impegno di un solo curo». Venti associazioni hanno firmato una lettera contro il Piano stesso. Tra i punti deboli, denunciano, il mancato obiettivo di proibire l'uso profilattico di routine degli antibiotici negli allevamenti.

R. I.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29/1/2018

Arriva dagli USA la dieta 'anti-demenza'. È un ibrido tra la dieta mediterranea e la dieta DASH

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 29 GENNAIO 2018

Arriva dagli USA la dieta 'anti-demenza'. È un ibrido tra la dieta mediterranea e la dieta DASH

Si chiama MIND ed è un regime dietetico forse in grado di rallentare il decadimento cognitivo, associato all'età, anche nei sopravvissuti ad un ictus che hanno un rischio doppio di sviluppare una forma di demenza rispetto alla popolazione generale. Ricca di vegetali, frutti di bosco, cereali integrali, frutta secca a guscio, pollo e pesce, consente anche un bicchiere di vino al giorno e qualche 'strappo' a settimana tra dolcetti, formaggi grassi, fritti o fast food

Il rischio di sviluppare una forma di demenza è circa il doppio nei sopravvissuti ad un ictus, rispetto alla popolazione generale. I ricercatori del *Rush University Medical Center* si sono concentrati sul regime dietetico di questi pazienti per valutare se, attraverso un'alimentazione ricca di alimenti che promuovono la salute cerebrale (vegetali, frutti di bosco, pesce, olio d'oliva), si riesca a rallentare il loro decadimento cognitivo.

A tale proposito è stata valutata la dieta MIND (Mediterranean-DASH Diet Intervention for Neurodegenerative Delay), in pratica una dieta di tipo mediterraneo che ha recepito anche degli elementi della DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). Entrambi queste diete si sono dimostrate efficaci nel ridurre il rischio di ipertensione, infarti e ictus. Ma la dieta MIND, in uno studio appena presentato all'*International Stroke Conference* dell'*American Stroke Association* (Los Angeles, 24-26 gennaio 2018) sembra avere anche il potere di rallentare il decadimento cognitivo nelle persone colpite da ictus. Studi precedenti avevano dimostrato che la dieta MIND è in grado di ridurre il rischio di Alzheimer tra gli anziani.

Uno studio condotto in passato sulla dieta MIND ha evidenziato che chi aderisce a questo regime dietetico presenta delle funzioni cognitive di 7,5 anni più 'giovani' rispetto a chi non segue questa dieta.

Lo studio sulla dieta anti-demenza nei sopravvissuti all'ictus

Lo studio presentato a Los Angeles, finanziato dal *National Institute of Aging*, è andato a vedere se questo potesse essere vero anche nei soggetti colpiti da ictus. Una popolazione come visto ad alto rischio di sviluppare demenza.

Dal 2004 al 2017, **Laurel J. Cherian**, neurologo vascolare e professore associato presso il dipartimento di scienze neurologiche della Rush e colleghi, autori di questo studio, hanno valutato 106 soggetti arruolati nel *Rush Memory and Aging Project*, con una storia di ictus e di decadimento cognitivo; queste persone sono state valutate ogni anno fino al decesso o alla conclusione dello studio (follow-up medio 5,9 anni), monitorando al contempo le loro abitudini dietetiche, attraverso diari alimentari.

I partecipanti allo studio sono stati divisi in vari gruppi in base alla loro aderenza alla dieta MIND (molto, in maniera moderata, poco); sono state inoltre tenute in considerazione una serie di altre variabili in grado di influenzare le performance cognitive (età, sesso, livello di istruzione, partecipazione ad attività stimolanti dal punto di vista cognitivo, attività fisica, abitudine al fumo, fattori genetici).

I risultati dimostrano che i 'fedelissimi' ai dettami della dieta MIND presentano un tasso di decadimento cognitivo decisamente più lento rispetto alle altre categorie; un effetto che non è stato evidenziato con i sopravvissuti ad un ictus che seguivano diete di tipo mediterraneo o tipo DASH.

"Le diete mediterranea e la DASH – spiega Cherian – si sono dimostrate protettive nei confronti delle coronaropatie e degli ictus, ma le sostanze nutritive incluse nella MIND sembrano avere un maggior impatto benefico sulla salute cerebrale in generale e sul mantenimento di un buono stato cognitivo." Secondo l'autore, il merito di questo rallentato decadimento cognitivo va attribuito a folati, vitamina E, omega-3, carotenoidi e flavonoidi; mentre al contrario gli alimenti ricchi di grassi idrogenati sono stati associati alla demenza

29/1/2018

Arriva dagli USA la dieta 'anti-demenza'. È un ibrido tra la dieta mediterranea e la dieta DASH

Cos'è la dieta MIND

La dieta MIND comprende 15 componenti dietetiche, 10 delle quali rientrano nei gruppi 'salutari per il cervello' e 5 nei gruppi 'non salutari per il cervello' (carni rosse, burro, formaggi, pasticcini e dolci, cibi fritti o fast food). Per aderire alla dieta MIND, un soggetto deve consumare almeno tre porzioni di cereali integrali, una di verdura a foglia e una di altro tipo di vegetali al giorno, oltre ad un bicchiere di vino; gli snack prevedono per lo più il consumo di frutta secca a guscio; a giorni alterni dovrebbe essere previsto il consumo di legumi; almeno due volte a settimana, pollo e frutti di bosco, almeno una volta a settimana pesce. Il limite massimo di consumo del burro è stabilito in un cucchiaino e mezzo al giorno, è necessario limitare il consumo di dolci e pasticcini ad un massimo di 5 porzioni a settimana, mentre formaggi grassi, fritti e fast food non andrebbero consumati più di una volta a settimana.

Il cibo come 'scudo' contro la demenza

"Se scegliamo i cibi giusti – conclude Cherian – potremmo proteggere meglio dal declino cognitivo i sopravvissuti ad un ictus. Il nostro è solo uno studio preliminare, di tipo osservazionale ma speriamo che questi risultati vengano presto confermati da altri studi, magari da un intervento dietetico randomizzato su una popolazione di sopravvissuti ad un ictus. Per il momento riteniamo tuttavia che vi siano elementi sufficienti per incoraggiare i soggetti con ictus a guardare al cibo come ad un importante strumento per ottimizzare la salute del loro cervello".

I ricercatori del *Rush Medical Center* stanno al momento reclutando volontari per un nuovo studio volto a valutare se un determinato tipo di dieta sia in grado di prevenire il declino cognitivo e le alterazioni cerebrali correlate all'invecchiamento.

Maria Rita Montebelli

L'allarme

Terapia dolore, piano regionale ma al Cardarelli rischia di sparire

GIUSEPPE DEL BELLO

L'hanno messo nero su bianco, ma nessuno sa quando diventerà realtà. È la "Rete di terapia del dolore e cure palliative" prevista su tutto il territorio campano dal piano sanitario ospedaliero regionale appena approvato. Dovrebbe essere distribuito in strutture più grandi che faranno da riferimento e varie sedi distaccate. Per ora però c'è un rischio, che quel poco che funziona (bene) venga cancellato. In bilico, nonostante le convinte rassicurazioni del manager Ciro Verdoliva, è il centro del Cardarelli diretto da Vincenzo Montrone, lo specialista che oltre vent'anni fa l'organizzò e ne promosse la crescita. È di pochi giorni fa l'allarme lanciato dall'associazione "No-Do", che spiega lo scandalo di un piano che non ha inserito il Cardarelli nella rete di terapia del dolore. Di fatto c'è il rischio che diventi un ambulatorio e che i letti spariscono. Il danno sarebbe enorme al momento: lo confermano gli stessi primari, da Giacomo Carteni (Oncologia Medica) a Montrone fino agli specialisti di branche importanti come la Pneumologia: «Se venissero meno i posti letto del Cardarelli centinaia di pazienti per i quali le terapie ordinarie non possono più sortire risultati rimarrebbero senza assistenza. Una cosa folle». Dal canto suo Verdoliva non molla di un centimetro la sua po-

sizione di assoluta intransigenza: «L'ospedale Cardarelli manterrà quei posti di degenza, almeno finché davvero il territorio non avrà attivato altre disponibilità. E lo dico a costo di mettere a rischio la mia funzione di direttore generale...». La voce di Verdoliva dovrà però trovare orecchie in grado di ascoltare. Lui ne è sicuro, i medici e l'associazione ci sperano. D'altronde l'articolo 32 della costituzione parla di "libertà di scelta del luogo di cura". Escludere le aziende ospedaliere dal circuito sarebbe un errore, spiega Montrone, anche perché sul territorio non c'è alcuna struttura se si escludono le poche private. Ma perché cancellare i posti letto ben definiti e demandare tutto alla rete territoriale? La risposta istituzionale va cercata nei presunti risparmi. Economie che però si rivelano totalmente infondate: l'assistenza in molti casi non costa meno. «Ho portato avanti uno studio - rivela Montrone - durato dieci anni. Ebbene, la ricerca ha dimostrato molte cose, e tra queste il costo reale della unità operativa che dirigo: 320 euro al giorno per un servizio che garantisce al malato nell'arco delle ventiquattrore assistenza medica e infermieristica». Il ragionamento è chiaro: se i numeri sono questi, certamente la rete territoriale costerebbe di più erogando un servizio scadente. Anzi, il più delle volte insuffi-

ciente. Basterebbe chiedere all'ente di Santa Lucia quanto sborsa in convenzione con i privati, chiedendo anche se questo tipo di servizio garantisce la presenza del medico e dell'infermiere a domicilio ogni giorno. Per ora le testimonianze dei pazienti rivelano che se va bene il dottore chiamato si fa vedere una volta a settimana. Poi, cosa succede senza i letti ospedalieri? «Qualche volta è accaduto di trasferire i pazienti in uno o due hospice privati e accreditati - aggiunge Montrone - Di pomeriggio non c'è il medico e se il malato sta male si può solo chiamare il 118. A questo punto diventa come il gioco dell'oca, perché il 118 rispedisce il paziente qui da noi. Si facciano un po' di conti e si controlli il costo definitivo dell'operazione». Il sistema del privato in genere funziona sul modello cooperativo che dà in appalto all'esterno la gestione del servizio. E spesso ci si trova davanti a situazioni paradossali, che vedono gli infermieri che seguono i corsi di formazione regionale essere utilizzati per le cure di terapie domiciliari. Ecco, se si fanno i calcoli, si può anche arrivare alla conclusione che i conti non tornano.

La Rete sarà dislocata in presidi ma senza i posti letto dell'ospedale "Una follia: penalizzati centinaia di pazienti"

L'iniziativa

L'allarme di Trimarco "Donne e rischi cardiaci statistiche in aumento"

Cuore, una su due a rischio infarto dopo i 50 anni. Donne da tutelare e troppo spesso poco monitorate sotto il profilo cardiovascolare. A ribadirlo, ed è un allarme, è il professor Bruno Trimarco, l'ordinario di Cardiologia alla Federico II che ieri è stato uno dei più attivi testimoni dell'iniziativa di "Donne che sanno". In sintesi, il progetto (diventato subito realtà) è frutto dello spirito imprenditoriale ed etico dell'imprenditrice Celeste Condorelli che ha ideato un ciclo di sei incontri (il primo ieri, poi uno al mese fino al 4 giugno). A promuovere l'iniziativa è, a sua volta il "Fondo Mario e Paola Condorelli" (www.donnechesanno.it, www.fondomarioepaolacondorelli.it), genitori di Celeste, entrambi con una vita dedicata alla sanità. Il padre Mario infatti è stato ordinario di Cardiologia e presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, la mamma Paola Chiariello, anche lei figlia d'arte, ha avuto un ruolo centrale nello sviluppo della clinica Mediterranea. Ieri dunque, con un parterre istituzionale e scientifico, ha preso il via il ciclo con "Cuore di donna", dedicato appunto alla salute cardiaca femminile.

«In Campania aumentano obesità e diabete. Il 51% delle donne non fa nessuna attività fisica e in poche si sottopongono a controlli e analisi, ritenuti costosi», avverte Trimarco. Oltre alla responsabilità genetica, nell'era moderna finiscono sul banco degli imputati fattori che un tempo erano esclusivo appannaggio del cosiddetto sesso forte, soprattutto stress lavorativo e familiare, vita sedentaria, fumo, calorie in eccesso, diabete e pressione alta. Le conseguenze si ripercuotono anche sul cuore con un aumento delle malattie cardiovascolari. Nel Belpaese una donna su due è a rischio - dicono i dati della Società Italiana di Cardiologia - soprattutto dopo la menopausa. Le patologie cardiovascolari sono la prima causa di mortalità e disabilità nelle over 50 (nel 55 % contro il 43 degli uomini), rivela Ona, l'Osservatorio nazionale salute donna. Ormai, sotto il profilo dei rischi, uomini e donne in questo si assomigliano. Eppure ancora oggi molte considerano l'infarto uno spauracchio per il maschio. Gianluigi e Momina Condorelli insieme a Celeste, hanno illustrato le finalità del Fondo in memoria dei loro genitori. Alla tavola rotonda dedicata a Mario Condorelli, oltre Trimarco hanno partecipato Domenico Bonaduce e Alaide Chieffo, mentre la moderazione è stata affidata al giornalista Mario Pappagallo.

-g. d. b.

CARDIOLOGIA CONDRELLI

Un ciclo di sei incontri ideato da Celeste Condorelli: il primo ieri "Crescono due fattori: obesità e diabete"

La ricerca

Una stimolazione al cervello per migliorare la memoria nei malati di Alzheimer

di Anna Rita Cillis

La prima fase ha dato risultati incoraggianti. Tanto che lo studio sugli effetti della stimolazione magnetica transcranica (Tms) nei pazienti affetti da Alzheimer per contrastare una delle conseguenze più caratteristiche e precoci della patologia, ovvero la perdita di memoria, è stato appena pubblicato sulla rivista scientifica *NeuroImage*. Il lavoro è di un gruppo di medici della Fondazione Santa Lucia di Roma, guidato dal neurologo Giacomo Koch. Sul tavolo c'è un solido spunto sul quale continuare a lavorare: il miglioramento del 20% della memoria nei 14 pazienti trattati con sedute di stimolazione del cervello.

Fino ad ora la Tms era stata applicata in diversi campi al punto da essere approvata dalla *Food and Drug Administration* americana per il trattamento delle depressioni resistenti ai farmaci. Ma è la prima volta che i ricercatori si concentrano su come la sua applicazione

possa migliorare o contrastare la perdita dei ricordi. «Visti i risultati sulla depressione abbiamo pensato che si potesse provare a stimolare la funzione della memoria agendo sulla rete neurale, il default mode network – spiega Koch – una zona che si trova in una posizione centrale e a sua volta connessa con l'ippocampo, altra regione sotto osservazione quando si parla Alzheimer e problemi di memoria in fase iniziale della malattia». Tecnicamente i ricercatori hanno stimolato per due settimane i 14 pazienti “risvegliando” i circuiti cerebrali messi anticipatamente in pensione.

Ora, accanto alla ricerca degli effetti neuroriabilitativi della Tms, che verrà estesa per altri sei mesi, al Santa Lucia si stanno concentrando sull'utilizzo della Tms come biomarcatore dell'Alzheimer, ovvero come strumento per rilevare in modo precoce segnali della malattia. E forse predire il grado di progressione della malattia.

E l'occhiale non serve più

di SIMONE VALESINI

L'operazione sostituisce il cristallino. Ma può anche correggere difetti di vista

Entrare in sala operatoria per un intervento di cataratta. E uscirne senza avere più bisogno degli occhiali. In mezz'ora è possibile rimuovere il cristallino opacizzato, sostituirlo con una lente artificiale, e mandare a casa il paziente con minime raccomandazioni da seguire. E non solo, perché questo intervento può migliorare o risolvere disturbi di vista preesistenti anche grazie alle lenti intraoculari di ultima generazione, realizzate in materiali moderni come l'acrilico, flessibili e disponibili in diversi modelli e gradazioni. I tipi principali sono tre, pensati per risolvere differenti difetti di vista. «Le lenti monofocali sono ottimizzate per avere un solo punto di messa a fuoco, e permettono di fare a mano di occhiali per vedere da lontano in persone miopi o ipermetropi», spiega Aldo Caporossi, responsabile dell'Unità di Oculistica del Policlinico Gemelli di Roma. Oltre a queste esistono anche le lenti toriche, che servono invece per correggere l'astigmatismo, e le multifocali che garantiscono una messa a fuoco ottimizzata per tutte le distanze. Miopia, ipermetropia e astigmatismo - assicura lo

specialista - si possono correggere piuttosto facilmente nel corso dell'operazione. Mentre per la presbiopia l'unica possibilità è rappresentata dalle lenti multifocali, un'opzione che stenta a decollare per il prezzo maggiore e una serie di aberrazioni ottiche per ora ineludibili, che creano problemi di visibilità con luce artificiale o scarsa illuminazione.

«Le più comuni - continua Caporossi - sono le lenti monofocali, utilizzate nel 92% degli interventi. Le toriche costano di più, circa 300 euro, ma permettono di risolvere l'astigmatismo che colpisce circa il 20% dei pazienti con cataratta, e di solito vengono utilizzate anche dalla sanità pubblica. Le multifocali invece costano circa 900 euro, e sfiorano il budget previsto dal Ssn per un intervento di cataratta». Per questo in molte regioni non sono disponibili se non nel privato. Anche se, sul modello francese e tedesco, è possibile talvolta accedere al co-payment: ovvero la possibilità

per il paziente di farsi operare in un ospedale pubblico o convenzionato pagando di tasca propria la differenza di costo.

Guardando ai numeri, le lenti intraoculari riescono a cor-

reggere i difetti refrattivi in circa il 70% dei pazienti. Ma come spiega Paolo Vinciguerra, responsabile del Centro Oculistico di Humanitas, la percentuale può crescere molto curando ogni singolo aspetto dell'intervento, anche nel periodo pre e post-operatorio. «Oggi - sottolinea - abbiamo a disposizione sistemi robotizzati che permettono di allineare la lente all'interno dell'occhio, sistemi con cui la pressione oculare viene mantenuta stabile durante tutto l'intervento, laser a femtosecondi che rendono le incisioni precisissime e ripetibili, formule che permettono di scegliere la lente più adatta per ogni paziente. Strumenti diagnostici e chirurgici che permettono un'altissima efficacia, e che bisogna saper utilizzare al meglio». Insomma: la cataratta è diventato un intervento di precisione al altissimo impatto tecnologico, e può garantire risultati un tempo insperabili. L'équipe di Vinciguerra, ad esempio, ha recentemente sviluppato una formula matematica che permette di ottimizzare tutti gli aspetti dell'intervento: i risultati garantirebbero una visione molto soddisfacente da vicino e da lontano anche con comuni lenti intraoculari monofocali.

Il sondaggio Quello che gli italiani non sanno

Un sondaggio realizzato nell'ambito della campagna More to See, a cui hanno partecipato più di cinquemila persone, svela che quasi l'80% degli intervistati ha

conoscenze minime sulla cataratta, i suoi sintomi e le opzioni terapeutiche oggi disponibili, che il 61% non è a conoscenza della possibilità di correggere altri disturbi della vista durante l'operazione, e che il 75% dei pazienti non viene avvertito in anticipo delle opzioni disponibili.



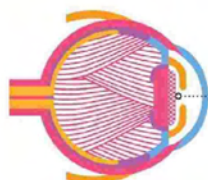
L'emergenza Miopi per troppo hi-tech

È in atto un'epidemia di miopia. In particolare in Cina, Taiwan e Corea del Sud, dove sistemi scolastici molto rigidi e la passione per la tecnologia portano i ragazzi a trascorrere

molte ore tra libri, computer e smartphone. Nei paesi più colpiti oggi 8-9 ragazzi su 10 sarebbero miopi al termine della scuola secondaria. In Occidente la situazione è meno grave, ma il problema è destinato ad aumentare.

-viola nta

L'intervento più comune

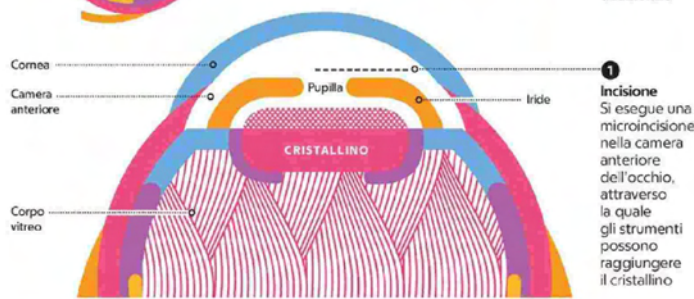


Cos'è la cataratta
È un processo di progressiva opacizzazione del cristallino con perdita graduale della visione

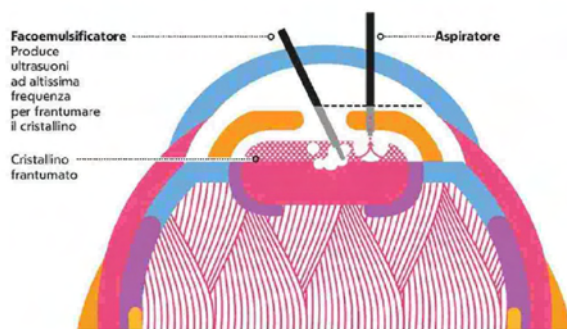


10-15

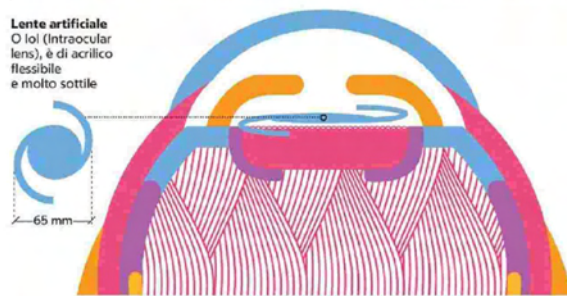
MINUTI
durata dell'intervento chirurgico tradizionale



1
Incisione
Si esegue una microincisione nella camera anteriore dell'occhio, attraverso la quale gli strumenti possono raggiungere il cristallino



2
Frantumazione e aspirazione
Una cannula inserita nel cristallino emette vibrazioni che frantumano il nucleo del cristallino, aspirandone allo stesso tempo il materiale prodotto



Lente artificiale
O Iol (Intraocular lens), è di acrilico flessibile e molto sottile



3
Impianto
La lente pieghevole viene inserita nel nucleo del cristallino, funziona come il cristallino naturale e consente inoltre di compensare eventuali difetti refrattivi preesistenti