

Rassegna del 28/06/2010

CORRIERE DELLA SERA - Intervista a Eugenia Roccella - "Così diventano fabbriche per gli aborti" - M.D.B. 1

CORRIERE DELLA SERA - Un test svela quando finisce la fertilità - Ravizza Simona 2

Eugenia Roccella

«Così diventano fabbriche per gli aborti»

ROMA — «I consultori non sono fabbriche di certificati. Da un provvedimento di riordino mi sarei aspettata altro».

Cosa si sarebbe aspettata?

«Più attenzione al percorso nascita, alla tutela della maternità, alla prevenzione. Sono servizi da non ridurre a semplici erogatori di ricette per l'aborto o per la pillola del giorno dopo», si unisce al coro degli anti Vendola il sottosegretario alla Salute, Eugenia Roccella. «Sono d'accordo con chi ha presentato un ricorso. L'aver escluso, come sembra, i medici obiettori è una discriminazione. Tanto più che c'erano altri strumenti per intervenire, se è questa la finalità della delibera».

Quali strumenti?

«La legge 194 già contiene in se gli appigli per garantirne l'efficacia. Mi riferisco al meccanismo della mobilità. Se in un consultorio c'è bisogno di un ginecologo non obiettore basta prenderlo da un altro centro pubblico. Eppoi chi ha detto che in ciascun servizio non sia necessario prevedere la presenza

Secondo le nostre indagini il 60% delle donne italiane aspettano in media una settimana, oltre a quella cosiddetta di riflessione, per interrompere la gravidanza in ospedale. Dunque, il sistema delle certificazioni funziona».

I medici denunciano il mancato rispetto dei loro diritti.

«Non entro nel merito della legittimità. Se l'obiettivo è assicurare l'efficacia della legge sull'aborto, il metodo è sbagliato».

Fra poche settimane sarà pronta la relazione 2010 sull'applicazione della legge 194. Cosa ci dicono i numeri?

«L'Italia si conferma uno dei Paesi col più basso tasso di aborti in Europa. La curva continua a scendere, da trent'anni a questa parte. Non dobbiamo abbassare la guardia sulla prevenzione che non è soltanto contraccezione ma accoglienza e dialogo con la donna».

M.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il sottosegretario alla Salute

«Un metodo sbagliato e discriminatorio. Serve più attenzione al percorso della nascita»

di entrambe le figure, obiettore e non?»

Già chi l'ha detto?

«In ogni caso la legge funziona.»



Maternità Sarà sufficiente un esame del sangue. Lo studio sarà presentato oggi al convegno mondiale di Roma

Un test svela quando finisce la fertilità

Anche una ventenne potrà calcolare l'età in cui arriverà la menopausa

La tecnica

L'analisi misura la concentrazione dell'ormone prodotto dalle cellule delle ovaie

Gli scienziati

La ricerca deve proseguire: i margini di errore oscillano ancora tra i quattro mesi e i quattro anni

I ginecologi

Giorgio Vittori: «Dopo i 37 anni le possibilità di una gravidanza diminuiscono drasticamente»

MILANO — Un esame del sangue per conoscere l'ultimo appuntamento con l'orologio biologico. Inutile negarlo. Almeno una volta durante la vita ogni donna se lo chiede: «Fino a quando potrò avere un figlio?». Per gli scienziati dell'Università di Scienze mediche di Teheran la risposta potrà arrivare da un test che misura la concentrazione dell'Amh, l'ormone prodotto dalle cellule delle ovaie. È una scoperta che s'annuncia rivoluzionaria: «Così le donne potranno riuscire a pianificare il momento di farsi una famiglia», ammette il ginecologo Luca Gianaroli, presidente della Società europea di riproduzione umana e embriologia (Eshre), che presenta i risultati della ricerca iraniana oggi a Roma durante l'annuale congresso scientifico. «Mai prima d'ora sono state elaborate previsioni simili sull'età fertile femminile».

L'esame del sangue per predire l'arrivo della menopausa è stato realizzato su 266 donne tra i 20 e i 49 anni. Cominciato nel 1998, lo studio è guidato dalla ricercatrice Fahi-meh Ramezani Tehrani. «L'obiettivo dell'indagine è arrivare a una valutazione più realistica della capacità riproduttiva — sottolinea Fahi-meh Ramezani Tehrani —. Per il momento il modello statistico elaborato sui livelli di Amh appare sufficientemente valido per guidare i medici nell'attività quotidiana e aiutare le donne nella pianificazione familiare». Tutto è legato alla concentrazione nel sangue dell'ormone antimulleriano che controlla lo sviluppo dei follicoli nelle ovaie: livelli elevati di Amh (superiori, per esempio, a 3,8 nanogrammi per millilitro a 25 anni) indicano l'arrivo della menopausa dopo i 50 anni: concentra-

zioni inferiori (come 2,4 nanogrammi per millilitro) fanno, invece, propendere per una fine anticipata della fertilità (intorno ai 30 anni). «I risultati della ricerca dovranno essere, comunque, corroborati da studi più ampi», confessa, però, la stessa Tehrani. «La comunità scientifica internazionale adesso dovrà validare la scoperta», ribadisce Gianaroli: «Saranno necessari almeno altri due anni».

Nell'Italia con il primato europeo della maternità tardiva non bisogna coltivare, dunque, troppe illusioni. «La vera sfida oggi è riuscire a convincere le donne, che nel 5% dei casi partoriscono dopo i 40 anni, ad anticipare di almeno dieci anni la scelta di avere un bambino — dice Giorgio Vittori, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia —. Solo così sarà rispettato davvero l'orologio riproduttivo. Dopo i 37 anni, comunque, le chance di concepire diminuiscono drasticamente». L'invito della Sigo? «Ritornare alle abitudini delle madri». Riflette Anna-Pia Ferraretti, tra i fondatori della Società italiana di Riproduzione (SidR): «Ormai le donne posticipano sempre più l'età del primo figlio. Di qui la rincorsa della scienza che cerca di offrire strumenti per programmare meglio la maternità. Ma scoperte come quella dell'Università di Scienze mediche di Teheran — anche se importanti — vanno prese con cautela per non alimentare false speranze».

I margini d'errore della ricerca presentata oggi a Roma oscillano tra i quattro mesi e i quattro anni. Assicura, però, la scienziata iraniana: «I risultati ottenuti indicano che l'ormone Amh è in grado di descrivere lo stato riproduttivo

di una donna in modo più realistico dell'età anagrafica in sé. Certo, ai fini di avvalorare con precisione la concentrazione di Amh nel siero per prevedere la menopausa nelle donne giovani, è necessario condurre studi più ampi su ragazze di vent'anni, seguendo nel corso del tempo con esami del sangue e visite mediche».

Insomma: non sembrano ancora del tutto superati i tempi in cui — come nella serie televisiva Usa *Ally McBeal* — l'orologio biologico perseguita le donne con allucinazioni per ricordarci che è meglio sbrigarsi a fare un figlio. «Ma l'individuazione di un (possibile) marker per predire la durata della fertilità — riconosce Ferraretti — è per molte donne una scoperta meravigliosa». E, magari, c'è già chi pensa a quando farsi congelare gli ovuli. Prima che sia troppo tardi.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le cifre

Sono sempre di più le donne che rimandano la maternità oltre i 40 anni ricorrendo anche alla fecondazione assistita

• IN ITALIA

5.7%

bambini, pari a **32.578**, nel 2008 sono nati da mamme che hanno superato la soglia dei 40 anni

12.383

nel 1985

• In Gran Bretagna

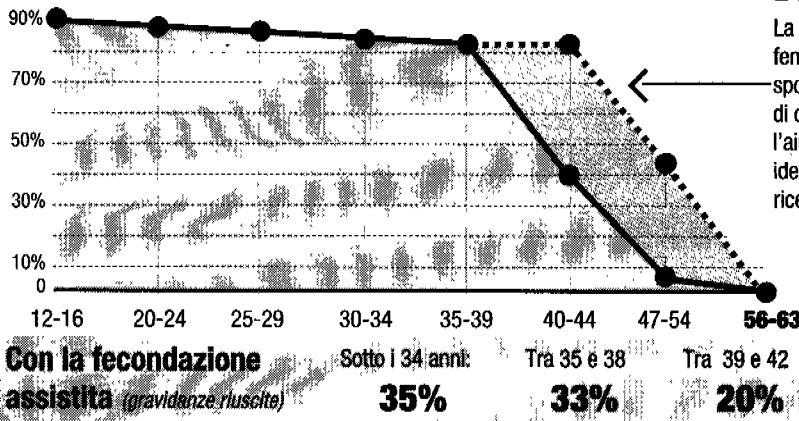
29.976

donne che nel 2009, in Inghilterra e Galles, hanno partorito a 40 anni e più. Il doppio rispetto al 1999, tre volte di più rispetto al 1989





L'inseminazione e la curva della fertilità

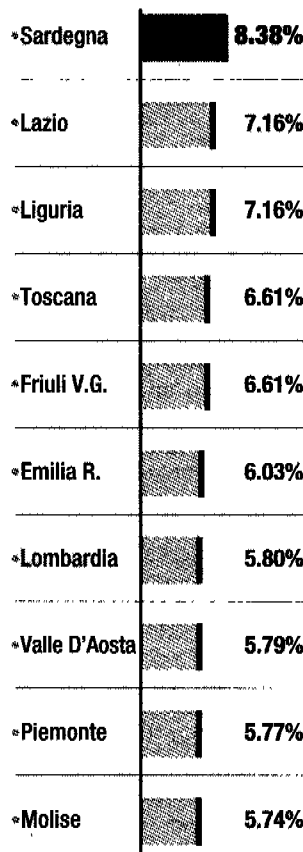


L'IPOTESI

La curva della fecondità femminile si potrebbe spostare in avanti di circa 8-9 anni con l'aiuto della proteina identificata dai ricercatori inglesi

L'Italia detiene il primato europeo delle maternità tardive

Le 10 regioni con più nascite tra le madri over 40 (% sul totale delle nascite)



Fonte: Fonte Istat 2008, Natalità e fecondità della popolazione residente D'ARCO

Rassegna del 28/06/2010

SETTIMANALE DIPIÙ - La piccola previene l'artrite reumatoide - ...

1



Una confezione di pillole anticoncezionali. Secondo una ricerca, questo farmaco protegge dall'artrite reumatoide.

LA PILLOLA PREVIENE L'ARTRITE REUMATOIDE

Usare abitualmente la pillola anticoncezionale riduce il rischio di essere colpiti dall'artrite reumatoide.

Lo rivela una ricerca condotta dagli esperti della Mayo Clinic di Rochester, negli Stati Uniti, e pubblicata sulla rivista di reumatologia *Journal of Rheumatology*. Gli scienziati americani

hanno analizzato per quaranta anni i dati relativi alle abitudini quotidiane e alla salute di un gruppo di quasi centomila donne di tutte le età: in questo modo hanno scoperto che quante, nella loro vita, avevano assunto regolarmente la pillola anticoncezionale avevano, poi, un rischio inferiore del quarantatré

per cento di ammalarsi di artrite reumatoide rispetto alle donne che non ne avevano mai fatto uso. Non solo: i ricercatori hanno calcolato che il numero di donne che si ammalano di artrite reumatoide potrebbe ridursi del trentotto per cento circa se l'intera popolazione femminile assumesse la pillola. ■

Il nuovo test scientifico che prevede l'età della menopausa Fertile? Non ditemi fino a quando LA VITA NON È UNA CARRIERA E IO NON USERÒ IL TEST DI FERTILITÀ

di SILVIA AVALLONE

Credo sia normale una certa agitazione al primo impatto con la notizia appena arrivata dall'Università di scienze mediche di Teheran. Basterebbe infatti un banalissimo esame del sangue per conoscere l'età in cui una donna andrà in menopausa. L'idea che un prelievo sia sufficiente a predire il futuro può entusiasmare o meno. Del resto ricorriamo ancora agli oroscopi e ai tarocchi per sapere se e quando avremo un figlio, e dovremmo gioire adesso che il responso potrà essere scientifico e non più vaneggiato.

Ma forse ricorriamo ai pianeti e alle magie proprio perché ci lasciano un margine di incertezza, di speranza e di fantasticheria. Quando penso alla menopausa, non penso tanto a un declino biologico, al termine ultimo della possibilità di riprodursi. Penso invece alla fatica che una donna deve fare per accettare che sta invecchiando. Allo stesso modo, quando penso alla fertilità, non immagino un ovulo efficiente a disposizione degli spermatozoi. Mi vengono in mente piuttosto delle coppie di innamorati, o delle donne sole, o dei matrimoni in crisi, insomma delle storie di persone che hanno un passato e un futuro e a un certo punto desiderano un figlio.

La scienza offre degli strumenti, e non dovrebbe mai essere osteggiata. Ma i suoi risultati andrebbero valutati con cura, e secondo prospettive esterne al mondo dei bisturi e dei laboratori. Se il fine resta sempre e comunque una vita felice, allora questa previsione del ciclo biologico della donna andrebbe gestita con misura. Una maternità programmata come si può programmare una gita al mare, penso svuoterebbe di molto signifi-

ficato questa esperienza e ne ridurrebbe il grado di felicità che comporta. Conoscere il mese esatto in cui diventeremo realmente vecchie non credo risolva il problema della vecchiaia, anzi.

Il fatto è che non sapere fa parte della vita. Che l'attesa di una nascita, la bellezza della gioventù che non è eterna, l'imminente o lontana maternità non sono cose organizzabili in agenda come una serie di appuntamenti di lavoro. La vita non è una carriera, e non ci va di sapere quando andremo in pensione. Possiamo ammetterlo tranquillamente: in pensione dalla vita non vorremmo andarci mai. Allora non ditemi, per favore, di quanto tempo siamo fatte. Il tempo non è una questione che si risolve

con un prelievo del sangue.

Resta il buon senso però, al di sotto dei massimi sistemi, e il buon senso ci dice che se questa scoperta può servire a realizzare il desiderio di tutte quelle donne che hanno difficoltà a concepire dei figli, allora bisogna applaudire e basta. Ché la natura non dovrebbe predestinare l'infelicità a nessuno, già che il tempo è poco.



— I PROCREAZIONE I —

Quattro milioni nati in provetta, in Italia uno su 100

ROMA - Entro un anno il numero di bambini nati grazie alle tecniche di fecondazione medicalmente assistita avrà raggiunto quota 4 milioni, quanto gli abitanti di un paese come l'Irlanda. Tanto ha contribuito la provetta in 30 anni alla fecondità mondiale. La stima arriva dal convegno Eshre (European Society of Human Reproduction and Embryology) sulla fecondazione artificiale che si tiene a Roma. In Italia si stima siano nati in questo

modo dal 1980 - ha spiegato il presidente del Convegno Luca Gianaroli - dai 100 ai 150 mila bambini.

IN DANIMARCA DUE PER CLASSE

Ogni 10-12 bambini danesi uno nasce così, quindi in ogni classe ce ne sono in media 2

In alcuni paesi come la Danimarca si conta ormai un bambino nato con queste tecniche ogni 10-12 bambini. «Ciò vuol dire che in ogni classe scolastica ce ne sono almeno due - ha proseguito l'esperto - mentre in Italia se ne stima uno su cento». Si stima, inoltre, che su scala mondiale siano nati oltre 3,75 milioni di bambini dalla nascita della prima (Louise Brown), avvenuta 32 anni fa grazie appunto alla procreazione medicalmente assistita, ma che ormai nell'arco di un anno

solo sarà raggiunta quota 4 milioni. La Francia (65.749 cicli di trattamento), la Germania (54.695), la Spagna (49.943) e il Regno Unito (43.953) rappresentano il 56% di tutti i cicli avviati in Europa. Gli altri paesi europei eseguono un numero significativo di cicli, come l'Italia (40.748), la Turchia (37.468), il Belgio (22.730), la Russia (21.274) e i Paesi Bassi (17.770). Le tecniche di procreazione hanno contribuito a fare nascere il 4,1% di tutti i bambini nati in Danimarca, il 3,3% in Belgio e in Finlandia, il 3,4% in Islanda, il 3,3% in Svezia, il 2,8% in Norvegia, l'1,6% in Francia, l'1,7% nel Regno Unito e l'1,5% in Germania. L'Italia, paese con il più basso tasso di natalità in generale, in coda con l'1,0%.



IL CASO

Nuova tecnologia sviluppata a Napoli per produrre farmaci con i microrganismi

Ernesto Fattorusso, ricercatore della Federico II, è stato finanziato dall'Unione Europea per le sue scoperte sui medicinali "naturali"

ILARIA FUSCO



Ernesto Fattorusso, ricercatore dell'università Federico II di Napoli

Il biotech cresce anche a Napoli: il gruppo di ricerca NeaNat della Federico II, in collaborazione con l'Università di Bonn, sta lavorando per produrre biotecnologicamente sostanze naturali per l'industria dei farmaci. Ernesto Fattorusso, fondatore del NeaNat, spiega: «Ci occupavamo da anni di prodotti naturali provenienti da organismi marini. Ora visti i costi alti della sintesi chimica e i progressi tecnologici, lavoriamo ad una nuova soluzione: la possibilità di isolare il gene produttore della molecola terapeuticamente utile e ottenerla per fermentazione. L'immissione del gene presso un microrganismo coltivabile a livello industriale permette una grande produzione molecolare, a basso costo ed ecologicamente sostenibile». Il progetto si chiama *Reinforcement of research potential for the realisation of a complete drug development scheme from natural compounds*, in breve NatPharma. Punta a realizzare uno schema di sviluppo di farmaci a partire da sostanze naturali identificando i geni biosintetici di esse e utilizzando tecniche computazionali *quantomeccaniche* per studiarne i meccanismi d'azione, il cosiddetto *Computer Aided Drug Design*. «Siamo attenti ai costi: stiamo lavorando ad un antimalarico, la pracortina, derivante da una spugna marina caraibica, un farmaco che deve avere un costo basso data la povertà delle zone affette dalla malaria».

Il progetto Nat Pharma è sostenuto dall'Unione Europea, che ha stanziato 800mila euro, utilizzati per completare le attrezzature scientifiche e creare un parco biotecnologico presso il dipartimento di chimica delle sostanze naturali dell'ateneo, e anche per promuovere sinergie con altre istituzioni di ricerca europee. L'idea è nata dall'esperienza di Alfonso Mangoni, che ha coordinato un progetto analogo presso l'università di S. Diego: le sostanze naturali sono capaci di interagire con i recettori biologici ed hanno una maggiore probabilità di risultare "biologicamente utili" rispetto ad una sostanza sintetica. I ricercatori si sono concentrati sul *bioprospecting*, l'analisi di sostanze contenute in organismi di un ampio numero di specie con riferimento a un'area geografica, allo scopo di studiarne le biodiversità. Ora si sta preparando il Nadd, un convegno di presentazione che si terrà a Napoli dal 5 all'8 Giugno 2011 e già si prevede la presenza di aziende quali Sigma Tau e Pharma Mar.

© F. RIVOLUZIONE RISERVATA



Talidomide, primo risarcimento

Torino, nata senza braccia a causa del farmaco: dopo 50 anni lo Stato riconosce 4 mila euro al mese

il caso

FLAVIA AMABILE

La pratica 48396 dopo mezzo secolo ora può dire ufficialmente di essere nata senza braccia a causa di un medicinale contro l'insonnia preso dalla madre. E' la prima ad aver ottenuto il diritto ad un risarcimento: 4 mila euro al mese esentasse aveva promesso il ministro del Welfare Maurizio Sacconi lo scorso anno. Ma non esistono fondi stanziati e i tempi prima di veder arrivare davvero dei soldi sono ancora lunghi: chi ha aspettato cinquant'anni probabilmente dovrà aspettare ancora.

Il governo l'aveva promesso in una norma della Finanziaria: risarciremo chi riuscirà a dimostrare il collegamento tra una madre che assume il talidomide durante la gravidanza e le infermità del figlio se si tratta di nati tra il 1959 e il 1965.

Era il 2008, la norma era stata oggetto di una lunga battaglia politica. Da quel momento è andata avanti un altrettanto lunga battaglia giudiziaria culminata due anni dopo in una raccomandata arrivata il 15 giugno all'avvocato Marcello Stanca che sta seguendo la vicenda. La raccomandata ha l'intestazione del ministero della Salute e ammette: «Sì, esiste nesso causale tra l'assunzione di talidomide dalla madre in gravidanza e l'infermità» nella pratica 48396.

La pratica 48396 è una signora torinese. Si chiama Antonella Bertana, ha 48 anni ed una vita segnata in modo indelebile da questo farmaco. Alla madre l'avevano prescritto il 3 agosto dell'anno precedente la sua nascita. La donna non sapeva ancora di essere incinta, soffriva d'insonnia e si era rivolta ad un medico. Lui aveva preso carta e penna e aveva scritto su un foglio il nome di un calmante a base di talidomide. Quando Antonella è nata il 5 maggio del 1962 non aveva delle braccia, e nemmeno le avambraccia. Il braccio destro oggi è lungo una ventina di centimetri, il sinistro sembra un dito attaccato alla spalla. Abbozzi anatomici sono definiti in gergo tecnico.

In quegli anni ne sono nati tanti di bambini così, focome-

lici e con abbozzi anatomici al posto delle braccia o delle gambe. Ci fu un'impennata paurosa nelle statistiche dei malati, e un'ondata di proteste contro la casa produttrice del farmaco e poi anche

contro il ministero della Salute che allora si chiamava in modo diverso. Nel 1965 finalmente il farmaco fu ritirato dal commercio ma intanto centinaia di bambini se ne andavano in giro per l'Italia - e dieci, venti, trenta volte di più in tutto il mondo - senza poter camminare o muoversi come i loro coetanei. Si stima che oltre 20 mila bambini nel mondo, di cui 10 mila in Europa, siano nati

affetti da focomelia, questo difetto che impedisce la crescita delle ossa lunghe. Ma è una stima probabilmente per difetto. «Molti sono morti, altri non hanno avuto genitori che abbiano partecipato alle richieste di risarcimento», spiega Antonella Bertana. E lo stesso ministero ha risposto che non se ne parlava neppure, quando l'avvocato Marcello Stanca ha chiesto ufficialmente una graduatoria di chi avrebbe avuto diritto al risarcimento.

«Siamo stati lasciati soli dallo Stato», racconta ora Antonella Bertana, che ha avuto la fortuna almeno di sopravvivere mentre 4 feti su 10 di donne che assumevano il talidomide sono morti. Ha studiato, lavora, insegna inglese alle elementari, ed è anche in grado di vivere per lunghi periodi da sola. Riesce infatti a compensare la mancanza di braccia con i piedi. «Capita a molti focomelici - spiega - sviluppare una capacità prensile agli altri arti». Insieme con lei ad avere fatto richiesta di risarcimento sono un'altra decina di vittime della talidomide. Nessuna notizia ancora. Il ministero ha avviato la procedura di esame delle condizioni per accedere al risarcimento solo dopo una sentenza del Tar del Lazio che ordinava di procedere visto che dopo la norma contenuta in Finanziaria nel 2008 sulla questione era sceso il silenzio. «Il ministero si è messo finalmente in moto nel 2009 ma ha delegato le Asl di tutt'Italia a effettuare la valutazione. Questo ha ritardato l'esame delle pratiche e anche reso diversi da luogo a luogo i parametri seguiti. Oltretutto ha diritto al risarcimento solo chi abbia una prova in grado di confermare l'assunzione da parte della madre del talidomide». La signora Antonella Bertana aveva ancora dopo tanti anni la copia della prescrizione del medico: ma gli altri?

LA BEFFA

Il governo ha promesso le indennità ma non ha stanziato i fondi necessari

Un flagello nato in laboratorio

Il sedativo

Il talidomide fu inventato a metà Anni 50 dalla ditta tedesca Chemie Grünenthal ed entrò in commercio dopo 3 anni di test su animali (ma nessuno in stato di gravidanza). Sedativo, anti-nausea e ipnotico, era destinato soprattutto alle donne in gravidanza. Si diffuse per il suo rapporto rischi/benefici decisamente favorevole rispetto agli altri medicinali per lo stesso scopo. Fu ritirato dal commercio nel '61.

Le vittime

Il talidomide venne ritirato dal commercio alla fine del 1961, dopo essere stato diffuso in 50 paesi sotto quaranta nomi commerciali diversi. Si stima che oltre 20 mila bambini, in tutto il mondo, siano nati affetti da focomelia (che impedisce la crescita delle ossa lunghe) o amelia (totale mancanza di arti); di quei 20 mila, la metà è nata in Europa e qualche centinaio in Italia.



LINEA DI CONFINE

MARIO PIRANI

L'estate da Terzo mondo degli ospedali italiani



Lapostaelettronica di chi si occupa della sanità è sommersa in questi giorni da reiterati messaggi di allarme. Non c'è che l'imbarazzo, anzi l'angoscia, della scelta. L'emergenza estate, quando la carenza ormai permanente del personale si somma alle ferie, quest'anno si coniuga con i tagli imposti dal governo e dalle Regioni. Il più grande ospedale romano, il San Camillo Forlanini che pure vanta una ristrutturazione straordinaria che ne ha mutato il volto in pochi anni, si trova alle prese, a causa dei tagli del personale e dei posti letto, con carenze da terzo mondo.

L'associazione medici ospedalieri, denuncia in un suo manifesto le attese per ore e ore in barella nel pronto soccorso «in condizioni che mortificano l'utente e chi, con enorme professionalità e disponibilità l'assistente». 187 persone hanno atteso oltre le 15 ore nel 2005, 3.824 nel 2009 e, se sarà confermato il trend attuale, diventeranno 5.820 alla fine del 2010.

Per avere una risposta rapida ho fatto una telefonata al pronto soccorso-medicina d'urgenza. Mi è stato detto: «L'organico stabilito sarebbe di 50 medici, nel 2009 eravamo in effetti 32 ed oggi siamo 27. Analogo il calo degli infermieri. Ma non basta: la mancanza di posti letto nei reparti ordinari fa sì che i pazienti che dovremmo dimettere dal pronto soccorso non sappiamo dove mandarli e questo intasa e ritarda l'affluenza di quelli che dovremmo accogliere subito». Faccio un'altra chiamata ad uno dei centri di eccellenza dell'ospedale, la Gastroenterologia, centro regionale di riferimento specialistico per le malattie infiammatorie croniche intestinali. «Se la Regione non concede il rinnovo dei contratti a termine in scadenza degli infermieri, il nostro centro verrà accorpato ad altri reparti, con la chiusura del 70% dei posti letto che sono viceversa ad altissima richiesta (anche in luglio-agosto il 100% dei posti risulta occupato) con casi gravi e complessi che necessitano di un alto grado di specializzazione in chi li assiste».

Chiedo il parere del direttore generale, Luigi Macchitella, che mi risponde: «La sanità della regione Lazio è gravata da un forte debito ed il governo ha preteso un piano di rientro. Personalmente, però, ritengo nei suoi contenuti il piano sbagliato e inefficace e con effetti disastrosi per le strutture. Due i punti più negativi: "blocco del turnover" e "riduzione dei posti letto". Il blocco delle assunzioni per la sostituzione di chi va in quiescenza ha un effetto imprevedibile sui servizi, in quanto determina una riduzione indiscriminata di personale senza selezionare dove c'è esubero e dove c'è carenza. Si determineranno così vuoti in settori cruciali per l'erogazione delle prestazioni. Giova anche ricordare che il sistema sanitario della regione è per il 50% gestito da privati cui il blocco del turnover non si applica, il che determina una evidente disparità di trattamento, considerando che il cosiddetto «privato» è interamente finanziato dal fondo sanitario regionale e partecipa attivamente alla produzione del debito. Si rischia che servizi essenziali non coperti dal settore convenzionato non saranno più erogati. Basterebbe varare una norma che in deroga ai contratti consenta una valutazione delle effettive esigenze di personale in relazione alla qualifica posseduta e alle prestazioni da erogare e ridistribuirlo nelle aziende. Per la riduzione del numero dei posti letto va tenuto conto che vi sono aree come l'emergenza o le rianimazioni che non possono essere toccate. Gli eccessi riguardano alcune specialità (chirurgie generali, medicina, ecc.). Il rischio che si corre è di un taglio indiscriminato. Ci sono strumenti oggettivi per misurare e valutare se le prestazioni erogate da singoli servizi sono efficaci o meno. Se si fanno queste analisi sapremo quali servizi chiudere e avremo un numero congruo di posti letto».

Non è venuto il momento in cui la politica si occupi dei posti letto e non delle spartizioni dei posti che contano?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tragedia in corsia Oggi l'autopsia del primario vascolare deceduto venerdì dopo undici ore di lavoro

Morte in ospedale, rivolta dei medici

Al Cardarelli la rabbia dei colleghi del chirurgo: turni massacranti. Le accuse dell'Ordine
La sanità, il caso

Chirurgo morto in corsia, la rabbia dei medici

Oggi l'autopsia. L'Ordine accusa: «È una morte bianca». I colleghi: «Turni massacranti»

L'accusa

Il documento della Rdb: deceduto così anche un infermiere È mattanza al Cardarelli

Adolfo Pappalardo

Per ora c'è solamente un burocratico «arresto cardiocircolatorio» scritto in fondo al referto di morte del chirurgo Filippo Minieri. È la prassi. Per oggi invece è stata fissata l'autopsia che dovrà chiarire, con certezza, la causa del decesso del chirurgo sessantenne in servizio al Cardarelli. Ma di certo pesa, e come un macigno, la maratona di lavoro tra sala operatoria e ambulatorio: 11 ore prima di accasciarsi a terra. Morto. Per i vertici dell'ordine dei medici di Napoli, a prescindere dalle indagini giudiziarie, «si tratta di una morte bianca». Basilio Crescenzi, primario di chirurgia vascolare del Monaldi, ma soprattutto amico e collega di Minieri, lancia pesanti accuse: «La gente lo deve sapere: accumuliamo ore di lavoro, turni massacranti. Spesso c'è noncuranza dei nostri amministratori, molto spesso stretti tra esigenza di tagli senza rendersi delle reali problematicità».

E la scomparsa del professionista, in servizio dal '78, colpisce e scuote l'intera categoria, e scatena la reazione dei sindacati che lanciano l'allarme sulle condizioni di lavoro nella sanità campana. «Il tragico episodio del Cardarelli non può lasciare indifferenti, bisogna rivedere i carichi di lavoro dei medici per evitare altre tragedie», spiega il presidente dell'ordine dei medici Gabriele Peperoni. Poi aggiunge: «Siamo vicini alla sua famiglia. Il problema va affrontato. Non si può lavorare a ritmi così sostenuti, il personale medico è sotto stress, sono necessarie forze fresche, chi ha ruoli di responsabilità dovrà tenerne conto». Dolore. Rabbia di colleghi turbati. Scendono in campo i vertici nazionali del sindacato dei medici per denuncia-

re «il profondo disagio di tutta la categoria medica per questa morte che rappresenta ancora l'emblema della criticità in cui sono costretti ad operare con abnegazione i medici e gli operatori sanitari campani». «Siamo ancora in attesa da parte del nuovo governo regionale di chiari segnali di svolta rispetto alla precedente gestione della sanità campana», afferma Saverio Annunziata, dirigente della segreteria nazionale dello Smi che spiega: «È vero che la situazione finanziaria è al collasso, tuttavia la situazione sanitaria continua ad apparire senza prospettive: il piano ospedaliero è aleatorio, è virtuale il processo di deospedalizzazione perché non compensato dalla stesura di un adeguato piano territoriale».

«La sanità campana non deve esprimere martiri, ma abbiamo bisogno di progetti su cui investire per rilanciare un settore così strategico e determinante per le risorse regionali», dice invece Giuseppe Tortora, vicesegretario nazionale dello Smi. «Mattanza all'ospedale Cardarelli. Le morti negli

ospedali campani non si contano più», è invece il crudo titolo di un documento diffuso in queste ore dalla Rdb (domani è fissata un'assemblea), che tiene a ricordare la vicenda di un infermiere, anche lui stroncato recentemente da un malore, «dopo tre notti consecutive trascorse in servizio». Un quadro che conosce bene il primario del Monaldi, Crescenzi. «È morto da eroe, sul campo. Come Filippo - racconta il chirurgo - ce ne sono tanti altri nella sanità campana e nella chirurgia vascolare campana costretti a lavorare tra carenza di personale e turni stressanti. Tutti lo devono sapere - attacca - è un lavoro che si fonda sul sacrificio, lavorando al di là delle ore prescritte perché altrimenti la sanità non funzionerebbe. E siamo penalizzati dai recenti provvedimenti del governo contro il deficit. Ma



invece di ridurre sacche privilegio si vanno a tagliare stipendi e si blocca il turnover». E sulla tragica vicenda interviene anche il consiglio regionale. «Occorre fare luce sulla morte dei Minieri», promette Michele Schiano di Visconti, presidente della commissione regionale sulla Sanità annunciando che oggi convocherà apposta un'audizione dei vertici sanitari e amministrativi del Cardarelli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Antonio Cardarelli"



4.200 dipendenti
di cui



900
medici

1.400
infermieri



400
impiegati

1.200 posti letto

Reparti



38 unità operative di degenza e

14 servizi speciali di diagnosi e cura



Utenti

250mila l'anno in media



CENTIMETRI.IT

Farmaci, l' "intelligenza" costa troppo

Sta per arrivare sul mercato la prima generazione di medicinali "targettizzati" soprattutto antitumorali, in grado di identificare con precisione le cellule da colpire limitando così gli effetti collaterali che in questi casi sono spesso micidiali: ma le terapie costano fra i 5 e i 50mila euro l'anno

ARNALDO D'AMICO

Mentre tra i malati di cancro, soprattutto in quelli colpiti da alcune forme particolari, torna la speranza e gli oncologi gridano al miracolo, un brivido corre tra amministratori di Asl e assessori alla Sanità. A scatenare le opposte reazioni basta il termine: farmaco "intelligente": ferma il tumore, a volte lo elimina ma arriva a costare anche 50 mila euro l'anno. E se il paziente lo deve prendere per tutta la vita il conto è astronomico.

Il farmaco "intelligente" (per gli americani "target therapy", cura a bersaglio) è una sostanza che, una volta diffusa nel corpo, attacca selettivamente un preciso meccanismo vitale della cellula cancerosa. Enormi i vantaggi rispetto alla classica chemioterapia: gli effetti collaterali (nausea, vomito, debolezza, caduta di capelli, ecc) quasi inesistenti, sopravvivenza in genere raddoppiata, in molti casi pari all'aspettativa di vita, ma soprattutto in alcuni arriva la guarigione definitiva.

Il tutto grazie a tanta ricerca, per scoprire le mutazioni del Dna che innescano il cancro, i meccanismi di moltiplicazione impazziti delle cellule, insomma gli obiettivi "sensibili" del tumore. Altra ricerca per mettere a punto decine di candidati-farmaci e infine le sperimentazioni su centinaia di animali da laboratorio e migliaia di malati per selezionare il più efficace, quando lo si trova. Un percorso che richiede in genere dieci anni e investimenti ingenti i cui riflessi si vedono sul costo di mercato: un

anno di cura di un singolo paziente costa dai 5 mila ai 50 mila euro, a seconda del farmaco. E ogni anno, tra i 250 mila italiani che si ammalano di cancro, si stima ve ne siano almeno 20 mila con forme vulnerabili ai farmaci "intelligenti". Una popolazione in crescita: per l'aumento dei tumori, per i progressi della ricerca che incrementa quelli aggredibili e infine per il prolungamento delle sopravvivenze.

«Nei prossimi quattro anni saranno avviate le procedure per la registrazione e la richiesta di rimborso per 50 nuovi farmaci anticancro», annuncia il professor Guido Rasi, direttore generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), l'ente pubblico che autorizza la commercializzazione dei farmaci e ne fissa il prezzo, «e ciò darà un notevole contributo all'aumento della spesa farmaceutica, già in crescita per l'invecchiamento della popolazione».

Il 60% dei tumori appare dopo i 65 anni e più s'ingrossa questa fascia d'età e più crescono i casi da trattare, che le nuove cure stanno trasformando in lungo-sopravvivenze e che quindi prendono questi farmaci per molti anni. C'è di che far saltare il banco, non solo della malconcia sanità italiana. Non è un caso che proprio Rasi di recente sia volato ad Atlanta per partecipare a un simposio con i

vertici degli enti di controllo dei farmaci europei ed americani. Il tema, detto in sintesi: le strategie comuni per non arrivare al razionamento dei nuovi farmaci.

«La crescita della spesa farmaceutica sta mettendo a rischio il bilancio sanitario e lo stesso accesso dei malati alle nuove terapie, specialmente per quelle che portano benefici limitati», dice Rasi. «La conseguenza è che Stati e assicurazioni, in Europa e negli Usa, stanno cercando di controllare la spesa farmaceutica contenendo i prezzi e istituendo registri per verificare che i farmaci vadano solo ai malati che ne traggono benefici. Ma non basta e si pensa anche a non concedere il rimborso a un numero crescente di nuove medicine o a introdurre delle forme di razionamento».

Purtroppo, solo di pochi di questi farmaci si può sapere in anticipo in quali malati saranno efficaci. Per il tumore del seno o del colon, ad esempio, esistono

test che svelano la presenza del "bersaglio" (in genere una mutazione particolare del Dna) nelle cellule neoplastiche dei malati. Solo questi trarranno benefici dal farmaco "intelligente". Gli altri, la maggioranza, no e quindi è inutile somministrargli la cura. Un bel risparmio. Ma nella maggior parte dei tumori il test non è fattibile, oppure avrebbe un costo di sviluppo non conveniente. In questi casi rimane il vecchio si-

stema empirico: dare il farmaco a tutti i malati per alcuni mesi e proseguire solo in chi ne ha tratto benefici.

«Sarebbero utili anche ricerche comparative, che mettendo a confronto farmaci simili scoprono il più efficace - aggiunge



Rasi - e sperimentazioni sui malati più lunghe e su un numero maggiore di casi. Ma, paradossalmente, la gran quantità di dati che si genera aumenta molto i costi di ricerca e sviluppo senza invece fornire informazioni determinanti per il contenimento dei costi. La soluzione va cercata prima di tutto nell'armonizzare le attuali pratiche europee e statunitensi di efficacia comparativa. Poi va migliorato il coordinamento internazionale fra le iniziative già esistenti, con lo scambio delle esperienze migliori, chiarendo bene le differenze nelle prospettive e nelle richieste di dati da parte delle diverse agenzie regolatorie. Altrettanto importante è rendere gli effetti economici delle decisioni più prevedibili, individuando e adottando modelli comuni nel processo di ricerca e sviluppo, utili anche nelle decisioni sui prezzi e i rimborsi. Infine è necessario stimolare un dialogo precoce fra chi produce i far-

maci, chi li autorizza e chi li rimborsa. E "lavorare" sugli sviluppi futuri legati, ad esempio, all'impatto della medicina personalizzata sulla individuazione dei soggetti che più beneficiano di una certa cura».

Alcune di queste strategie che legano il rimborso al numero dei casi in cui il farmaco si è rivelato efficace già si applicano in Italia. «Siamo tra i paesi europei più avanzati in questa forma di spesa "intelligente" - continua Rasi - e il "rimborso condizionato" è uno degli aspetti cui l'Aifa ha dedicato maggiore attenzione. Ciò è stato possibile proprio grazie alla peculiarità dell'Agenzia italiana che, comprendendo nel suo insieme tutti gli aspetti che riguardano il ciclo di vita del farmaco, dal suo sviluppo fino a tutta la sua permanenza in commercio, ha potuto utilizzare sia le informazioni prodotte durante la fase di sperimentazione clinica che quelle ottenute dal post-marketing per meglio definire il valore del farmaco a diretto be-

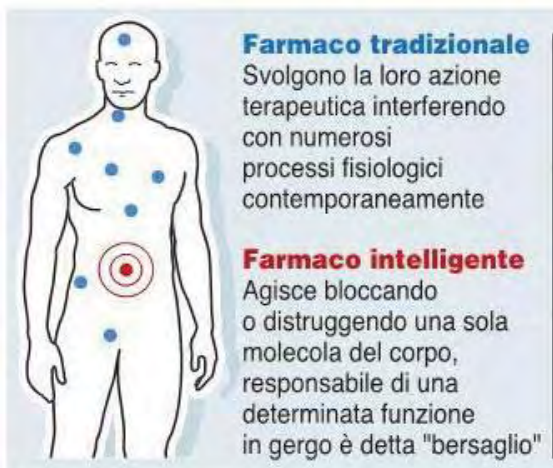
neficio della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Ciò che oggi in Italia dobbiamo ancora fare è un profondo lavoro di condivisione di questi meccanismi. Le Regioni che li applicano poco hanno rilevanti problemi di spesa pubblica mentre quelle li applicano in modo indiscriminato hanno problemi di accesso alla cura da parte del paziente. A rendere più impegnativo il nostro lavoro si è aggiunta poi la manovra varata dal Governo per rispondere alla crisi internazionale. Sarà nostro compito gestire appropriatamente le politiche di contenimento della spesa pubblica per non creare un effetto a catena sul settore produttivo. L'impegno dell'Agenzia è quello di partire dagli spunti offerti e da quanto emerso durante il Tavolo della Farmaceutica per sviluppare manovre strutturali che possano garantire la sostenibilità del sistema sul lungo periodo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“
Il bilancio sanitario italiano non può reggere sic et simpliciter l'impatto di queste spese



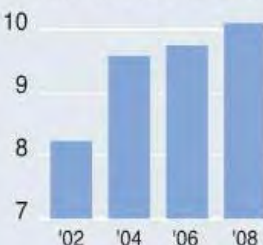
“
Non c'è assicurazione né pubblica né privata che possa sopportare questi oneri



DIRETTORE
Nella foto a destra, Guido Rasi, direttore dell'Agenzia Italiana per il Farmaco

L'industria farmaceutica in Italia

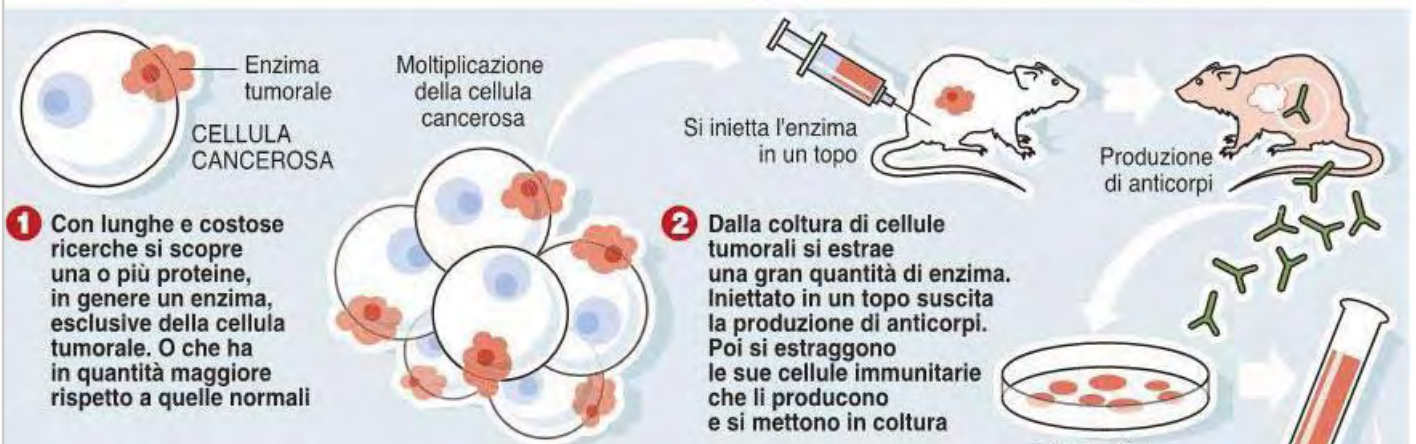
INVESTIMENTI IN R&S
(in % sul valore della produzione)



L'OCCUPAZIONE
(in % sul totale)



Fonte: Farmindustria su dati Istat



COME FUNZIONA L'ALTA INTENSITÀ ASSISTENZIALE

Tecnologia e attenzione 24 ore su 24

■ L'Unità Operativa di Riabilitazione ad Alta Intensità Assistenziale della Casa di Cura San Raffaele Cassino mette a disposizione venti letti, più uno in isolamento, separati da una vetrata dal personale medico e infermieristico per il continuo controllo delle persone ricoverate. Queste, spesso ancora in fase di stabilizzazione e, in alcuni casi, ancora di prognosi riservata, sono monitorate costantemente anche da una centrale di controllo. A ogni paziente vengono costantemente tenute sotto osservazione le funzioni vitali. A fianco di questo tipo di controllo è effettuato anche un monitoraggio neurofisiologico del segnale elettroencefalografico (Eeg) in continuo sino a tre posti letto contemporaneamente con tecnologia wireless. Nel sistema di monitoraggio dei parametri vitali è integrato anche un monitor Bis (Bispectral Index) che permette di valutare la profondità della sedazione durante procedure invasive e semi-invasive e che è fortemente consigliato nella chirurgia dei pazienti a bassa responsività o con Sindrome Locked-In. Presso il reparto sono disponibili un fibro-

bronscopio e un fibrolaringoscopia che permettono di migliorare l'assistenza alle persone che sono state tracheotomizzate e intubate nei reparti di rianimazione e terapia intensiva degli ospedali di provenienza. Peraltro, anche presso il reparto di Riabilitazione ad Alta Intensità Assistenziale della Casa di Cura San Raffaele Cassino sono disponibili quattro posti letto dotati di ventilatori meccanici ad alte prestazioni, cui si aggiungono altri due ventilatori di tipo Bi-Level; sono presenti

anche sistemi pneumatici per la tosse assistita (In-Ex sufflator). Tutti i letti sono articolati, controllati elettronicamente e dotati di sistemi antidecubito ad aria a celle indipendenti gestite da computer. Per ciascun paziente è prevista l'accessibilità a un impianto di gas medicali raddoppiato. Per quanto riguarda la diagnostica, il

reparto è dotato di un Point of Care interno che permette di effettuare analisi quali emocromo, emogasanalisi, elettroliti, enzimi cardiaci (troponina, Cpk-Mb), azotemia, creatininemia, coagulazione, elettroliti urinari D-Dimero e Pcr. È disponibile anche un apparecchio di riserva per l'emogasanalisi. Il Point Care interno è funzionalmente integrato con il laboratorio di analisi locale e con quello dell'Irccs San Raffaele Pisana di Roma. Questo collegamento permette, oltre a un miglio-

re supporto all'attività assistenziale, anche la sinergia tra le strutture ai fini della ricerca scientifica. A livello di base questa è un'attività di competenza dell'Irccs Pisana dove, oltre a sofisticate tecnologie di diagnostica, ha sede una Biobanca che raccoglie, classifica e conserva campioni biologici da mettere a disposizione della ricerca dei fondamenti biologici (oltre che neurofisiologici) del recupero da gravi lesioni cerebrali. Anche la Casa di Cura San Raffaele Cassino è comunque teatro di



un'intensa attività di ricerca. L'elevata tecnologia presente nell'Unità di Riabilitazione ad Alta Intensità Assistenziale del San Raffaele Cassino (all'interno della quale va sottolineata anche la presenza di un sistema per la Stimolazione Magnetica Transcranica, o Tms, che permette di esaminare, stimolandoli, il funzionamento dei circuiti e delle connessioni neuronali all'interno del cervello) mira a garantire una più efficace assistenza ai pazienti (ottimizzazione dello svezzamento dalle

procedure di assistenza intensiva, trattamento tempestivo delle complicanze, studio e capitalizzazione delle residualità funzionali per individuare un approccio riabilitativo ad hoc) e consente di condurre ricerche che si trasformeranno in terapie e trattamenti riabilitativi più efficaci.

MCus

DIAGNOSTICA Ma anche sinergie nella ricerca con i laboratori dell'Irccs San Raffaele Pisana di Roma

IL REPARTO Permette il proseguimento della stabilizzazione e poi la riabilitazione dei pazienti



L'interno dell'Unità operativa di riabilitazione

PAOLO MARIA ROSSINI, COORDINATORE SCIENTIFICO DEL SAN RAFFAELE CASSINO

Gli studi sul cervello e la coscienza perduta

Collaborazioni multidisciplinari, strumenti tecnologici e la maggiore casistica possibile. Sono questi i capisaldi delle ricerche in atto che mirano alla messa a punto di nuove terapie farmacologiche e di percorsi riabilitativi più efficaci

Matteo Cusumano

Da circa quattro anni il professor Paolo Maria Rossini, neurologo, coordina la ricerca scientifica del San Raffaele di Cassino. In questa attività Rossini collabora con il direttore scientifico dell'Irccs San Raffaele Pisana di Roma, il professor Massimo Fini. Per molte aree e patologie, la ricerca clinica a Cassino prosegue e integra quella attuata all'Irccs. Per il successo della ricerca biomedica, soprattutto nella riabilitazione, sono del resto necessarie collaborazioni multidisciplinari, strumentazioni ad alta tecnologia e la maggiore casistica possibile. Una rete di persone, conoscenze, strumenti e materiali, fondamentale per supportare la ricerca di terapie farmacologiche e percorsi riabilitativi che consentano un recupero soddisfacente di funzionalità compromesse e il reinserimento migliore possibile nella vita familiare e sociale. Di quali patologie si occupa, a livello di ricerca clinica, la Casa di Cura San Raffaele Cassino? «Nella nostra struttura - risponde il professor Rossini - trattiamo soprattutto pazienti affetti da disturbi della coscienza conseguenti a lesioni acute da ictus o da traumi, e persone affette da malattie neurodegenerative come l'Alzheimer o il Parkinson».

Per studiare il cervello e controllare l'effetto delle attività di riabilitazione, comprese le terapie farmacologiche, l'istituto si è dotato di risorse umane specializzate e altamente preparate e di tecnologie d'avanguardia. «Per molti tipi di ricerche in

ambito neurologico - continua il professor Rossini - è oggi necessaria la collaborazione anche di matematici, ingegneri e fisici. Nel nostro caso c'è anche da segnalare la forte presenza di ricercatori giovani, spesso rientrati da esperienze all'estero. Rispetto al fenomeno della fuga dei cervelli noi rappresentiamo un caso in controtendenza». Cruciale è anche la rete di collaborazioni con altri centri di ricerca italiani e esteri e con realtà operanti sul territorio. Quest'ultimo aspetto non è di poco conto: «La ricerca clinica - spiega Rossini - ha bisogno di seguire i pazienti dall'inizio del-

la patologia. Per questo è importante avere stretti rapporti con gli ospedali. Per noi è fondamentale la collaborazione stabilita con i geriatri di Frosinone e di Cassino, tra i quali vorrei ricordare il dottor Luigi Di Cioccio, responsabile dell'Area Geriatrica della Asl di Frosinone».

A livello tecnologico, sia per la diagnostica sia per lo svolgimento della ricerca clinica, la Casa di Cura San Raffaele Cassino è ben attrezzata per le attività di neuroimaging. Nei laboratori di neurofisiologia, tra le altre apparecchiature, sono installate una Tac, un sistema di risonanza magnetica da 1,5 Te-



Focus

Studiare gli effetti della riabilitazione

Obiettivo

Il recupero di funzionalità compromesse

All'avanguardia

Su protesi e riabilitazione robot-assistita



sla, un dispositivo Tms (Transcranial magnetic stimulation) e apparati per l'Eeg (elettroencefalografia) avanzati e spesso utilizzati in sinergia con altre tecnologie di diagnostica per immagini per lo studio di specifiche aree del cervello connesse alla funzionalità che si vuole cercare di riabilitare. In futuro, il centro si doterà di una nuova risonanza magnetica da 3 Tesla e di un'apparecchiatura per la magnetoencefalografia (Meg). «Per la ricerca che prevede l'uso di queste tecnologie - aggiunge il coordinatore scientifico della Casa di Cura - è importante l'essere in rete con i labo-

ratori di imaging dell'Irccs San Raffaele Pisana di Roma e, prossimamente, anche con l'ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina di Roma, dove è già in funzione da anni una Meg».

Tra i filoni di ricerca più attuali in cui il team del professor Rossini e il suo sono impegnati ne spiccano tre in particolare: quello relativo agli stati vegetativi, quello legato alle malattie neurodegenerative e quello connesso alla riabilitazione robot-assistita. Quello degli stati vegetativi è un settore molto delicato. «Proprio poche settimane fa - racconta Rossini - la Commissione sugli stati vegetativi

istituita dal ministero della Salute, di cui io faccio parte, ha presentato un libro in cui si fa il punto su questa problematica. Attualmente si calcola che vi siano circa 2.500 adulti in Italia in questa situazione. Sia in Italia sia all'estero vi è carenza di strutture per il trattamento di queste patologie. Troppo spesso, come è avvenuto nel caso di Eluana Englaro, ci si concentra più su discussioni sui massimi sistemi invece che sulla ricerca su queste patologie in cui i pazienti sembrano vivere in un

mondo diverso dal nostro, ma presentano capacità che ci permettono di definirle ancora vive. Eppure gli strumenti per effettuare studi ci sono». Per quanto riguarda invece il Parkinson e l'Alzheimer, il team di Rossini collabora in modo stretto, rispettivamente, con il gruppo del dottor Warren Olanow alla Mount Sinai School of Medicine di New York e con la rete degli ospedali Fatebenefratelli. Nella riabilitazione robot-assistita si segnala la ricerca legata allo sviluppo di protesi meccaniche in grado di essere comandate dal paziente attraverso il pensiero, quindi grazie a particolare interfacce tra la macchina e i neuroni del cervello (e non dei muscoli, come in altri casi). Particolare clamore ha avuto, alla fine dello scorso anno a Tokyo, la presentazione di Shadow Robot, una mano robotica creata dal professor Rossini e dal suo team dell'Università Campus Bio-medico di Roma in grado di eseguire movimenti decisi dal paziente e restituire a quest'ultimo sensazioni tattili.

Diagnostica per immagini con la nuova Tac a 64 strati

■ A supporto delle attività cliniche e riabilitative su persone che hanno subito lesioni midollari in seguito a traumi gravi o altre malattie, la Casa di Cura San Raffaele Sulmona si è dotata di un Servizio di Diagnostica per immagini di alto livello. Da luglio tutte le tecnologie utilizzate dall'Unità Spinale della struttura saranno messe a disposizione anche del pubblico in convenzione con il Ssn. Si tratta di un'importante novità per un territorio ampio e non particolarmente ricco di servizi di questo tipo, come quello che su cui insiste Sulmona: l'Abruzzo e parte di altre regioni del Basso Adriatico. Il reparto, inserito in una struttura di recente creazione, utilizza tecnologie di ultima generazione, sia nell'ambito delle metodiche più tradizionali che in quello dei sistemi di imaging più avanzati. Alle prestazioni di Radiologia convenzionale, Ortopantomografia, Mammografia, Ecografia (addominale, muscolo-scheletrica, mammaria, tiroidea, etc.), si aggiungono quelle realizzabili con la Tac (oggi più comunemente e semplicemente chiamata Tc) e la risonanza magnetica.

Grazie alle loro caratteristiche innovative, le attrezzature di Tc e Rm adottate dalla Casa di Cura San Raffaele Sulmona consentono di effettuare una notevole varietà di esami con e senza mezzo di contrasto. Per la Tc è disponibile un'apparecchiatura Siemens Somatom a 40 strati ampliabile a 64 strati.

«Con questa tecnologia - spiega il dottor Giorgio Felzani, responsabile dell'Unità Spinale del San Raffaele Sulmona - possiamo ottenere ricostruzioni ad alta definizione e tridimensionali di tutte le parti del corpo da studiare».

L'apparecchiatura è stata concepita per offrire prestazioni di eccellenza nella diagnostica clinica quotidiana e nella ricerca biomedica, ed è particolarmente indicata per esami dell'apparato scheletrico e del sistema cardiovascolare. Per la risonanza magnetica la scelta è caduta sul modello Rm Siemens Magnetom Espree da 1,5 Tesla. Si tratta di un sistema di tipo «open bore». Grazie all'uso di un magnete molto largo ma poco lungo, questa Rm permette ai pazienti di effettuare la maggior parte degli esami con la testa fuori dal tunnel. Una caratteristica che rende questa macchina utilizzabile senza problemi anche con persone che soffrono di claustrofobia. L'apparecchiatura permette, inoltre, qualsiasi studio anatomico (anche Rachide in toto) con un'altissima risoluzione e con tempi rapidi di acquisizione delle immagini.

In un prossimo futuro, a questo parco tecnologico già completo e all'avanguardia per l'imaging (che comprende anche un sistema avanzato per la videourodinamica, per lo studio delle alterazioni funzionali vescico-sfinteriche), si aggiungerà una risonanza magnetica da 3 Tesla.

MCus



Risonanza magnetica



Guidonia. Studio della Sapienza: mortalità maschile in lieve aumento

Esposizione lavorative: intestino e apparato respiratorio a rischio

di ELENA CERA VOLO

«Globalmente non si osservano a Guidonia eccessi di rischio per la mortalità generale e per tumori rispetto al dato provinciale; nel decennio tra il 1993 e il 2002 si riscontra un peggioramento della mortalità maschile per malattie dell'apparato respiratorio e digerente, alcune delle quali legate probabilmente a esposizioni professionali; nello stesso periodo tra le donne si osserva un lieve incremento del rischio per tumore del colon, per diabete, disturbi della tiroide, ipertensione e malattie dell'apparato urinario».

Sono le conclusioni dello studio portato a termine dal dipartimento di Biologia dell'uomo dell'università "La Sapienza", diretto da Irene Figà Talamanca, commissionato dalla Asl e finanziato dal Comune con l'obiettivo di valutare i possibili effetti dell'inquinamento delle attività industriali sulla salute della popolazione attraverso l'analisi delle cause di mortalità. Il confronto è con il resto della provincia e più direttamente con Monterotondo e Subiaco. Non ci sarebbe, dunque, un maggior rischio di tumore a Guidonia, le possibili spiegazioni: «Popolazione della provincia altrettanto esposta (traffico veicolare) o l'inquinamento presente a Guidonia non comporta rischio tumorale particolare».

Tuttavia si è osservato un lieve eccesso di mortalità per tumore del colon retto. Cause possibili: esposizione a polveri di cemento e, secondo precedenti studi, la presenza di discariche. Per le patologie non

tumorali gli eccessi di rischio rilevati su diabete, malattie dell'apparato circolatorio, digerente e della tiroide, avrebbero come possibili spiegazioni ritardi nella diagnosi, errati

stili di vita (come lo stress da pendolarismo e la dieta non equilibrata), esposizione ambientale alle diossine (nel caso di aumento di incidenza di diabete e malattie della tiroide).

de). Mentre gli eccessi di rischio dell'apparato respiratorio per i maschi potrebbero essere riferiti a un'esposizione lavorativa a polveri "silicotigene" (cementificio e estrazione del marmo).

«Questi dati - ha sottolineato la professoressa Figà Talamanca - non dicono che non ci sono problemi. Dicono che non ci sono differenze tra Guidonia e Roma. Ci sono però spunti degni di approfondimenti, come la maggiore mortalità per malattie respiratorie non tumorali». «E' uno studio - ha concluso il sindaco, Eligio Rubeis - che ci rincuora ma ci sprona a continuare la lotta contro l'uso indiscriminato del territorio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Una protesta degli ambientalisti in consiglio comunale a Guidonia