

Rapporto Il ministero «misura» l'offerta delle prestazioni dovute ai cittadini

Solo nove Regioni garantiscono i Livelli essenziali d'assistenza

Sono le prestazioni sanitarie cui hanno diritto tutti i cittadini, ma i Lea, ovvero i *Livelli essenziali di assistenza*, di fatto non sono garantiti dappertutto. Ancora una volta i più penalizzati sono coloro che vivono in Regioni con piani di rientro dal deficit sanitario, soprattutto campani, calabresi e pugliesi.

Lo rileva il rapporto 2013 (dati 2011) sull'erogazione dei Lea del ministero della Salute, realizzato attraverso l'utilizzo di una serie di indicatori per valutare le attività di prevenzione, l'assistenza ai malati sul territorio, in ospedale e in situazioni di emergenza-urgenza. Il rispetto degli adempimenti, peraltro, consente alle Regioni di accedere ai finanziamenti integrativi nell'ambito del riparto del Fondo sanitario nazionale (non vi partecipano Province e Regioni a statuto speciale, ad eccezione della Sicilia).

Ebbene, secondo l'indagine del ministero, sono nove le Regioni promosse: rispetto al monitoraggio del 2010 si aggiunge la Liguria a Veneto, Lombardia, Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata, l'unica del Sud. Rimane critica, invece, la

situazione in Campania, Puglia e Calabria che presentano valori non ancora sufficienti per la maggior parte degli indicatori analizzati.

Rispetto all'anno precedente migliorano Lazio, Sicilia e Molise che risultano quindi «parzialmente inadempienti» insieme all'Abruzzo: possono «recuperare» assolvendo alcuni impegni soprattutto sul fronte della prevenzione (in particolare per le coperture vaccinali e i programmi di screening), dell'assistenza ospedaliera e residenziale.

«Il sistema dei piani di rientro forse ha sortito effetti riguardo al contenimento del disavanzo, ma non è riuscito a colmare il gap tra Regioni nell'erogazione dei Lea — commenta Tonino Aceti, coordinatore del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva —. Il risultato? I cittadini non

sempre accedono a servizi sanitari essenziali, ma spesso pagano più tasse e più ticket».

Per migliorare le aree critiche, le Regioni con piani di rientro possono chiedere all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali di affiancarle. «A quelle che lo chiedono — spiega il direttore di Agenas, Fulvio Moirano — suggeriamo possibili soluzioni, poi spetta alle istituzioni locali recepirle o meno».

L'indagine del Ministero rileva, inoltre, che nessuna Regione raggiunge la piena sufficienza rispetto alle vaccinazioni contro l'influenza per gli anziani. E sono ancora carenti, soprattutto al Sud, i programmi di screening per la diagnosi precoce dei tumori a mammella, cervice uterina e colon retto.

Altre note dolenti: l'elevato ricorso ai parti cesarei e la bassa percentuale di pazienti con frattura del femore operati entro tre giorni. Questi ultimi dati sono confermati dal «Programma Nazionale Esiti» 2013, curato da Agenas. «Esistono differenze anche all'interno delle stesse Regioni tra le diverse strutture» riferisce Moirano.

«Il metodo per misurare il mantenimento dei Lea andrebbe rivisto perché non è in grado di verificare del tutto l'ac-

cesso a prestazioni essenziali, per esempio l'effettiva erogazione di farmaci ospedalieri innovativi — fa notare Aceti —. Inoltre, non tiene conto della qualità e della tempestività dei servizi erogati; un esempio: secondo un rapporto del ministero della Salute, in Campania si possono attendere anche due mesi e mezzo per la chemioterapia». Sempre in Campania alcune associazioni di pazienti si sono rivolte al Tribunale amministrativo regionale per chiedere l'annullamento di un accordo sulla fornitura di sacche per stomie, cateteri e altri dispositivi per incontinenza e piaghe da decubito. «Risparmiare su questi ausili acquistando un solo tipo più economico, oltre a peggiorare la qualità di vita dei pazienti, può provocare danni come infezioni o piaghe, peraltro con costi maggiori per il Servizio sanitario» sottolinea Francesco Diomedea, della Federazione italiana incontinenti. «E va ricordato — incalza Aceti — che i pazienti con malattie croniche o rare o che hanno una disabilità attendono ancora l'aggiornamento dei Lea, come pure quello del nomenclatore tariffario delle protesi e degli ausili».

Maria Giovanna Faiella



Rispetto alla verifica del 2010 ai «promossi» si è aggiunta la Liguria

Salute

Il progresso Le tecnologie diventano meno aggressive

Ora la chirurgia sperimenta le vie «naturali»

Attraverso gli orifizi corporei si raggiungono molti organi

Il sogno di superare la necessità di tagli e incisioni sulla superficie del corpo accompagna da sempre i passi in avanti della medicina

Evoluzione

L'approccio è reso possibile da nuovi strumenti a disposizione degli specialisti

In sala operatoria

Lo scopo è il massimo «rispetto» possibile del paziente

Esperienza

Il progetto più avanzato riguarda un tumore del retto piuttosto comune

Può sembrare strano, ma una delle attuali frontiere della chirurgia consiste nell'utilizzare le aperture naturali del corpo umano. A prima vista appare come la più primitiva delle metodiche. Ma in realtà il chirurgo, nell'antichità, nasce con il coltello in mano, coltello che nei secoli si trasforma in bisturi e poi in bisturi sempre più sofisticati, con i quali ricorre sempre e comunque a tagli e incisioni della superficie del corpo. Grazie all'evoluzione delle tecniche endoscopiche e robotiche i tagli i fori di accesso sono diventati sempre più piccoli e i chirurghi hanno imparato a operare usando questi "prolungamenti" della mano e della vista. Ora quelle stesse tecniche mettono a disposizione strumenti abbastanza sottili, precisi e affidabili da permettergli di accedere alle parti malate attraverso le aperture naturali, che sono sostanzialmente quat-

tro: bocca, ano, vagina e ombelico. In italiano questa nuova chirurgia viene definita *orifiziale*, termine poco poetico, in inglese si ricorre invece a un acronimo, NOTES, che vuol dire *Natural orifice transluminal endoscopy surgery*, cioè "chirurgia endoscopica attraverso le aperture degli orifizi naturali". Qualcuno preferisce chiamarla semplicemente chirurgia naturale.

«Quando si deve estrarre delle parti, come nel caso di tumori allo stomaco o al retto, è difficile valutare il vantaggio dell'endoscopia rispetto alla chirurgia tradizionale, perché comporta comunque dei fori e i tassi di infezione registrati sono di poco più bassi — dice Cristiano Husher, uno dei pionieri italiani delle tecniche endoscopiche e della chirurgia robotica e docente in molte università straniere, tra cui Harvard e la Johns Hopkins di Baltimora —. Ecco allora l'idea di utilizzare le vie naturali con gli

strumenti endoscopici, con minor rischio di infezioni, minori traumi e dolori per il paziente».

Attualmente il progetto più avanzato di chirurgia orifiziale riguarda il trattamento di un tumore del retto piuttosto comune che prevede la resezione della parte mediana dell'ultimo tratto dell'intestino. È un intervento sperimentato negli Usa dal 2011 e applicato sui pazienti dal 2012, quando ha preso il via un trial internazionale, al quale partecipano 12 centri nel mondo, fra cui l'unità chirurgica di Husher all'ospedale Rummo di Benevento. La sperimentazione controllata durerà ancora due anni prima di dire una parola definitiva. Ci sono naturalmente precise indicazioni che riguardano il tipo di tumore, le sue dimensioni e l'assenza di metastasi alle ghiandole, indicazioni che circoscrivono la possibilità di questo intervento a

circa il 60% dei casi».

Con questa tecnica, non viene stravolto l'intervento tradizionale, — spiega Husher — solo cambia il punto di accesso e di estrazione. Si ha una visione migliore, si può isolare il tumore e staccare la parte compromessa in sicurezza, evitando cioè la dispersione di cellule tumorali, e salvaguardare ovviamente la funzionalità anale. Rispetto all'accesso dall'addome, inoltre, si riduce decisamente il rischio di compromettere l'erezione nei maschi e la minzione nelle donne. Mi aspet-



to che constateremo meno complicanze, meno ricadute e una ripresa più rapida. Complessivamente poi l'intervento comporta minori spese».

«Nell'insieme ciò che finora è stato pubblicato riguardo a questa tecnica ne dimostra la flessibilità e la sicurezza procedurale e oncologica — dice Patricia Sylla, docente alla Medical School di Harvard e giovane chirurgo al Massachusetts General Hospital di Boston, che ha messo a punto il nuovo metodo —. Lo sviluppo e il miglioramento della tecnica e

degli strumenti potrà in futuro eliminare la necessità di interventi addominali per questo tipo di tumori del retto. Inoltre questo approccio potrà anche essere largamente impiegato nel trattamento delle infiammazioni croniche dell'intestino».

Oltre che in due centri americani (a Boston e Houston), in Europa gli ospedali con maggior esperienza sono a Barcellona (oltre 100 interventi), Amsterdam (40) e appunto Benevento, con 45 casi, mentre è in corso in Francia (Parigi e Bordeaux) un'analogo

sperimentazione.

Sarà una chirurgia per specialisti super addestrati?

«Qualsiasi chirurgia oggi richiede grande addestramento. — dice Huscher —. La chirurgia del tumore del retto, poi, è particolarmente operatore-dipendente, la riuscita cioè dipende molto dall'abilità del chirurgo. Ma l'approccio "naturale" in realtà semplifica le cose, riduce la possibilità di errori e complicanze. E anche questo è un vantaggio».

Riccardo Renzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La curiosità

Dall'ombelico si può anche rifare il seno

La meno intuitiva delle vie d'accesso naturali al corpo umano è l'ombelico, che tuttavia da "inutile" residuo della nascita si sta rivelando una risorsa per la chirurgia. Interventi trans-ombelicali, se non proprio all'ordine del giorno, sono ormai molto diffusi in tutto il mondo e in molti centri italiani. Di tratta di una via d'accesso quasi esclusivamente

femminile, sia perché è usata in prevalenza per interventi di tipo ginecologico (dalla legatura delle tube all'asportazione dell'utero), sia perché, trattandosi di un passaggio stretto, è più adatto a estrazioni di parti di piccole dimensioni. È utilizzato anche per l'asportazione della colecisti e per la mastoplastica additiva, cioè l'ingrossamento del seno. «Dall'ombelico si può arrivare quasi dappertutto — dice Cristiano Huscher —. Ma, sia chiaro, non si tratta di una scelta estetica: l'ombelico è una cicatrice e quindi ha meno terminazioni nervose del dolore e comporta un trauma minore, con minor abbattimento del sistema immunitario».

Il confronto con le altre tecniche

Validità e vantaggi sotto scrutinio

In Italia circa l'80 per cento degli interventi per tumore del retto (20 mila casi all'anno) sono eseguiti con la tecnica tradizionale, che comporta un taglio di 40 centimetri nell'addome, una degenza di almeno 10 giorni, una convalescenza fino a 3 mesi. Nel restante 20 per cento si opera in laparoscopia, che può essere effettuata anche con la tecnica robotica, che riduce trauma e dolore, ma comporta comunque da 4 a 6 fori di circa un centimetro. La chirurgia transanale dovrebbe rappresentare un ulteriore miglioramento.

«Per intervenire sul retto questa tecnica è in uso da tempo per "riparazioni" minori, di carattere locale. Ultimamente però si è superato l'antico tabù che non si potesse operare su questo tratto di intestino "dal basso" per interventi maggiori, come appunto la resezione di una parte in caso di tumore — dice Paolo Bianchi, direttore dell'unità di Chirurgia mininvasiva dell'Istituto Oncologico Europeo di

Milano —. Io, personalmente, penso che la tecnica cosiddetta robotica sia quella che garantisce di più la sicurezza oncologica, che cioè riduce il più possibile le probabilità di diffusione del tumore. Certo è attualmente la più costosa e quindi penso che la nuova tecnica transanale possa essere una buona alternativa una volta che sarà validata con studi di confronto. In generale è importante che la scelta della chirurgia orificiale sia dettata da motivazioni mediche, per il bene del paziente, e non da esigenze estetiche, come avviene per certi interventi dall'ombelico».

Anche Patrizio Rigatti, responsabile dell'unità di Urologia dell'Istituto Auxologico di Milano, guarda con favore allo sviluppo di un approccio "dal basso": «Ho utilizzato anch'io la via transanale per alcuni interventi urologici: dall'inizio di quest'anno, primo al mondo, ho operato per questa via 12 pazienti per recidive di tumori alla prostata. A maggior ragione mi sembra utile

utilizzarla per il tumore del retto, perché il chirurgo non deve toccare la vescica e l'uretra ed è più semplice rispettare i delicati tratti nervosi e vascolari che presiedono all'erezione».

Sulla necessità di approfondire gli studi riguardanti questo tipo di chirurgia insiste Francesco Corcione, direttore di Chirurgia generale laparoscopica dell'ospedale Monaldi di Napoli e presidente eletto della Società Italiana di Chirurgia: «La chirurgia orificiale è una grossa novità, che nasce dalla volontà di un approccio più "naturale", ma occorrono studi di confronto per stabilirne la validità e soprattutto per misurare i benefici per i pazienti. Quello del tumore del retto è certamente un campo nel quale gli sviluppi possono essere importanti, ma per ora abbiamo a disposizione una casistica troppo piccola per poterne affermare la validità».

R. R.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Una speranza per i più piccoli Scoperto vaccino contro l'Hiv

A Roma arriva il primo esperimento al mondo Lo studio su bimbi nati infetti per via materna

Niente farmaci

Al Bambino Gesù è stata somministrata ai baby pazienti una specifica proteina del virus

di LUCREZIA DE ANGELIS

È una piccola luce in fondo al tunnel. Dopo anni di ricerche, progressi e fallimenti, arriva da Roma una rivoluzione epocale che potrebbe cambiare la storia dell'Hiv. Il primo vaccino pediatrico al mondo contro la malattia, sperimentato all'Ospedale Bambino Gesù, ha avuto successo. Lo studio, condotto dall'immunoinfeziologo Paolo Palma, ha riguardato bambini nati infetti per via materna.

Meno medicine

In pratica, il vaccino potrebbe permettere di sospendere nei più piccoli la somministrazione delle cure antiretrovirali, i **farmaci** utilizzati nei pazienti per il trattamento dell'Hiv, mantenendo però sotto con-

trollo il virus. Non è ancora una guarigione, ma la strada ormai è aperta. Lo studio, durato due anni, è stato condotto su un gruppo di 20 bambini. ma solo a 10 di loro è stato somministrato il vaccino. Il sangue prelevato è stato successivamente bombardato con una dose extra di virus e il risultato è stato sorprendente. Il nuovo preparato, abbinato in uno dei due gruppi alla terapia antiretrovirale classica, ha determinato il significativo aumento di risposte immunologiche potenzialmente in grado di determinare il controllo della replicazione del virus dell'Hiv. Il risultato rende il trial dell'Ospedale della Santa Sede lo studio pilota per sperimentazioni future. Il successo del vaccino, infatti, potrebbe ridurre il rischio dei fallimenti terapeutici legati alla ridotta aderenza nel tempo alle cure antiretrovirali e diminuire sensibilmente i costi per i sistemi sanitari nazionali, che costituiscono, sempre di più, un impedimento alle cure, soprattutto nei paesi più poveri. Basti pensare che in media ogni anno di terapia di un singolo paziente costa sui 20 mila euro.

Funzione terapeutica

In pratica non è una vera e propria difesa dall'infezione, ma permette di addestrare il sistema immunitario con istruzioni in grado di ridurre la carica virale e quindi la possibilità che il virus si diffonda infettando nuove cellule, con lo scopo di ridurre nei primi anni di vita lo stato infiammatorio cronico. In questi casi si parla di vaccini terapeutici in quanto servono a curare persone già infette, mentre quelli profilattici, che attualmente non esistono rispetto all'Hiv, hanno una funzione preventiva (si prendono da sani per evitare i contagi).

Risposta immunologica

In pratica al bambino viene somministrato il dna di una specifica proteina del virus. Queste informazioni genetiche introdotte nelle cellule del paziente stimolano la risposta immunologica dell'organismo. La cellula umana che riceve il dna dell'hiv inizia a sintetizzarla, migliorando la risposta immunitaria.

Fase successiva

Da domani si guarda già alla fase successiva della sperimentazione che prevede la somministrazione precoce della terapia antiretrovirale, la successiva somministrazione del vaccino e, nell'adolescenza, la possibile sospensione della terapia antiretrovirale per periodi di tempo ristretti e sotto monitoraggio. Il vaccino sperimentato è stato realizzato dal Karolinska Institutet di Stoccolma, nel gruppo della professoressa svedese Britta Wahren, secondo le specifiche dei ricercatori del Bambino Gesù, e ha ricevuto il via libera dall'agenzia italiana del farmaco e dal comitato etico dell'ospedale.



Il numero

Giornata mondiale dell'Aids, una malattia dimenticata

140 mila

Le persone sieropositive
in Italia, quelle, cioè,
che hanno contratto
l'infezione
con il virus Hiv.
Nel 2012 ci sono stati
3.800 nuovi casi
nel nostro Paese

Secondo un'indagine Doxa realizzata per conto dell'organizzazione umanitaria Cesvi (Cooperazione e sviluppo), nel nostro Paese tra i giovani (16-34 anni) 1 su 3 non percepisce il contagio con il virus Hiv come un rischio reale, e quindi non si protegge. Dovrebbe essere ormai conoscenza diffusa che la via di trasmissione principale dell'Hiv è quella sessuale, eppure solo il 35% dei giovani usa abitualmente il preservativo nelle proprie relazioni e soltanto il 29% dichiara di aver fatto il test per il virus. L'Istituto Superiore di Sanità per il 2012 registra 3.800 nuovi casi di persone infette. In tutto, il numero di italiani sieropositivi tocca quasi i 140 mila. E, sempre tra i giovani italiani, 1 su 3 pensa che l'Aids «esiste ma è tenuta sotto controllo e non fa quasi più vittime». Infine: 1 giovane su 5 è a rischio perché non ne ha sentito parlare a scuola e, ormai, solo raramente sui media. Oggi, in occasione della Giornata mondiale contro l'Aids, Cesvi rilancia la campagna «Fermiamo l'Aids sul nascere». Da oggi al 21 dicembre 2013 si può contribuire con un sms al 45503.

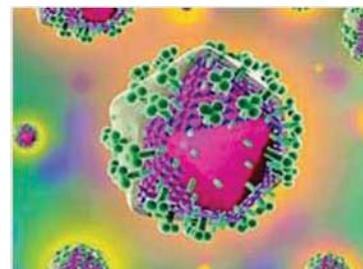




GIORNATA MONDIALE ANTI-HIV

Con vaccino Aids meno farmaci e più risparmi

In occasione della Giornata mondiale contro l'Hiv, che si celebra oggi, la ricerca italiana è in prima fila sia sul fronte della farmaco-resistenza sia sul vaccino terapeutico. Ottenere **farmaci** anti-Aids specifici e innovativi, attraverso lo sviluppo e l'ottimizzazione di piccole molecole, inibitori della proteina del nucleocapside del virus Hiv, e bypassare il fenomeno della farmaco-resistenza è l'obiettivo del progetto di ricerca Thinpad, coordinato da Maurizio Botta, dell'Università di Siena, che ha ottenuto un finanziamento europeo di circa 6 milioni di euro. Il progetto, che ha preso il via lo scorso settembre, mira ad arrivare in tre anni alle prime fasi della sperimentazione clinica delle nuove molecole, che verranno poi proposte a grandi aziende **farmaceutiche** perché ne proseguano lo sviluppo, fino alla commercializzazione. È stato invece sperimentato con successo all'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma il primo vaccino terapeutico pediatrico al mondo. «Lo scopo di questo progetto pilota è quello di diminuire l'approccio ai **farmaci**, ridurre i costi e consentire l'accesso alle cure anche da parte delle popolazioni che non possono permettersi il costo dei **farmaci** antiretrovirali» ha detto il presidente dell'Ospedale romano Giuseppe Profiti commentando la pubblicazione sulla rivista scientifica "Plos one" della sperimentazione, condotta secondo modalità non-profit (senza contributi di case **farmaceutiche**) dal dottor Paolo Palma, in collaborazione con la cattedra di Pediatria dell'Università di Tor Vergata. La somministrazione del vaccino, abbinata in uno dei due gruppi alla terapia antiretrovirale classica, ha determinato il significativo aumento di risposte immunologiche potenzialmente in grado di determinare il controllo della replicazione del virus Hiv.



TUMORI: COLESTEROLO ALTO AUMENTA RISCHIO DI CANCRO SENO

(AGI) - Washington, 30 nov. - Un sottoprodotto delle funzioni del colesterolo, con una struttura molecolare simile a quella dell'ormone estrogeno, potrebbe alimentare uno dei piu' comuni tipi di cancro alla mammella. A dirlo, uno studio condotto da Donald McDonnell e colleghi del Due Cancer Institute, pubblicato sull'ultimo numero della rivista Science. Gli scienziati hanno scoperto, inoltre, che le statine, farmaci anti-colesterolo, sembrano diminuire gli effetti di questa dannosa molecola. Si tratta della prima volta che viene spiegato il legame tra il colesterolo alto e il cancro alla mammella, soprattutto nelle donne in post-menopausa. Lo studio suggerisce che cambi nell'alimentazione o terapie di riduzione dell'ipercolesterolemia potrebbero offrire un modo semplice e accessibile per ridurre il rischio di cancro alla mammella. Indagini condotte su topi di laboratorio hanno mostrato che la molecola 27HC (27-idrossicolesterolo), un metabolite del colesterolo, ha un'azione simile all'estrogeno (responsabile del 75 per cento di tutti i tumori al seno), e hanno scoperto che da sola e' sufficiente a promuovere la crescita del cancro alla mammella e le sue metastasi. .

Da giovedì liberi di curarsi in tutta l'Ue

■ Ancora tre giorni e nei 28 Paesi Ue scatterà il liberi tutti per le cure mediche. Il decreto del ministero della Salute che dà il via alla Schengen sanitaria dovrebbe arrivare in Consiglio dei ministri entro il 4 dicembre. **Amabile e Russo** A PAG. 11

Sanità, libertà di cura in tutta l'Ue

Da giovedì si potranno scegliere anche ospedali oltre confine: ecco come fare e con quali rimborsi

LE PRATICHE

L'autorizzazione e successiva domanda devono essere presentate alla propria Asl

I COSTI

Vengono rimborsati solo entro le tariffe regionali
L'Asl ha tempo due mesi

PAOLO RUSSO
ROMA

Ancora tre giorni e in Europa scatterà il liberi tutti per le cure mediche nei 28 Paesi dell'Ue. Il decreto del ministero della salute di attuazione della direttiva europea che avvia la Schengen sanitaria è già pronto e dovrebbe arrivare in Consiglio dei Ministri entro il 4 dicembre, termine ultimo per recepire le norme Ue. Per scegliere di curarsi in un ospedale di Parigi o Berlino bisognerà attendere però ancora uno o due mesi, il tempo necessario perché il decreto ottenga il via libera della Conferenza Stato-Regioni e delle Commissioni parlamentari competenti. Ma oramai il dado è tratto e per una volta l'Italia non si è fatta trovare impreparata.

La nuova sanità senza frontiere sarà comunque sottoposta a regole rigide e limiti che sembrano garantire libertà di cura soprattutto ai casi di liste d'attesa troppo lunghe. «Per la prima volta abbiamo una direttiva che non parla di circolazione di merci e monete ma di europeizzazione del sistema di welfare», commenta il

ministro della salute, **Beatrice Lorenzin**. Che precisa: «Certo, in questo momento dobbiamo anche garantire un uso appropriato delle risorse per evitare sprechi, ma abbiamo molte eccellenze sanitarie per vincere questa sfida». Anche se, in caso di eccessive fughe all'estero, è previsto un decreto «salute-economia» che limiti in futuro l'applicazione della direttiva.

Cosa serve per curarsi all'estero

Prima di tutto occorre presentare richiesta di autorizzazione alla propria Asl, che entro 10 giorni risponde. Per la richiesta esistono moduli forniti dalla stessa Asl, nei quali bisogna indicare la prestazione sanitaria richiesta e il luogo di cura. Saltato il primo ostacolo si presenta, sempre alla Asl, la vera domanda, che deve avere risposta entro 30 giorni, 15 nei casi urgenti. L'autorizzazione preventiva è richiesta nei casi di ricovero, per «l'utilizzo di infrastrutture sanitarie e apparecchiature mediche altamente specializzate e costose» e quando le cure comportino un particolare rischio per il paziente. L'autorizzazione non può essere rifiutata quando non si è in grado di assicurare l'assistenza in patria «entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico», e questo anche in rapporto all'intensità del dolore della malattia. Le cure transfrontaliere comprendono la telemedicina.

Quando non si viene autorizzati

Tanto per cominciare l'assistenza oltre confine non sarà autorizzata per «servizi assistenziali di lunga durata», tra-

pianti d'organo, vaccinazioni. Poi, le prestazioni dovranno essere erogate da strutture pubbliche o che lavorano per il pubblico. Se si va in clinica privata, quindi, niente rimborsi. Il veto verrà posto anche se a giudizio della Asl l'ospedale o il medico stranieri destino «gravi e specifiche preoccupazioni rispetto agli standard di qualità dell'assistenza e alla sicurezza del paziente». Per valutare questi rischi negli Stati membri verranno individuati indicatori per misurare le performance di reparti ospedalieri e singoli medici. Una struttura tutta da inventare.

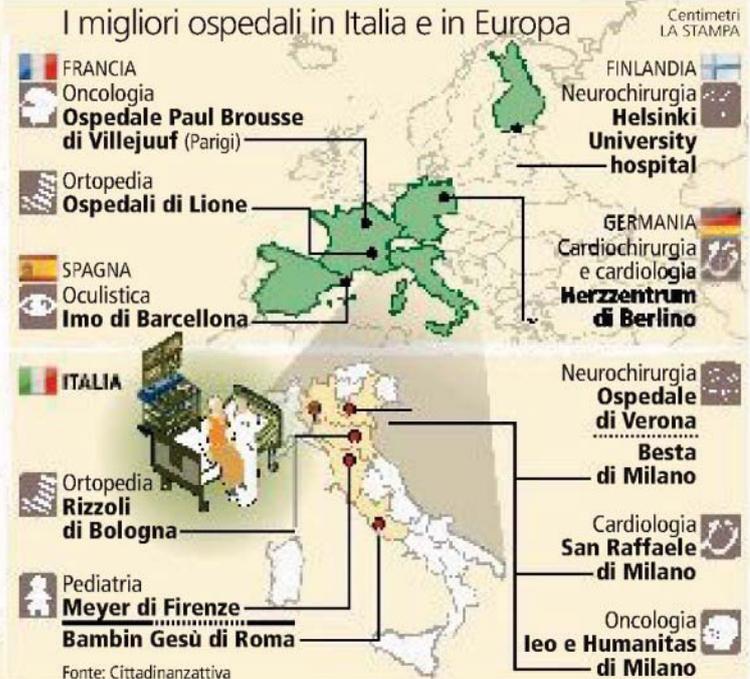
Costi e rimborsi

I costi sono rimborsati «in misura corrispondente alle tariffe regionali vigenti», la differenza sarà a carico del paziente il quale dovrà sobbarcarsi anche i costi di viaggio, vitto e alloggio, per sé ed eventuale accompagnatore. Sarà sempre il paziente ad anticipare i costi, presentando poi domanda di rimborso all'Asl con allegati certificazione medica e fattura. Il rimborso dovrebbe arrivare entro 60 giorni.

Punti di contatto ed eccellenze

Per aiutare i cittadini a orientarsi in questa babele burocratica il ministero ha già istituito un «Punto di contatto» che fornirà informazioni sugli ospedali in tre lingue. Inoltre un accordo Stato-Regioni sta per definire gli indicatori dei centri di eccellenza, compresi i singoli reparti, che consentiranno agli assistiti di orientarsi dove la sanità è da 10 e lode.





10

giorni

È il tempo entro cui l'Asl deve rispondere alla richiesta di autorizzazione preventiva presentata dal paziente che vuole farsi curare all'estero

60

giorni

È il periodo entro cui il decreto promette che l'Asl dovrà far arrivare i rimborsi una volta vagliata la domanda presentata dal paziente

il fatto. Dossier conferma il boom delle malattie
Orlando: subito la mappa delle aree a rischio

Roghi e tumori legame mortale

*Martedì arriva il decreto per inasprire
le pene contro chi avvelena i terreni*

- Medici e pediatri di famiglia: «Adesso tocca a noi vigilare»
- In crescita anche le patologie oncologiche pediatriche
- Provvedimenti entro 48 ore da Palazzo Chigi e Montecitorio
- De Girolamo: «Il decreto è la risposta al dolore di una terra»

CHIANESE E CIOCIOLA A PAGINA 9

Nella Terra dei fuochi brucia anche la salute

**CAMPANIA
VIOLATA**

I dati presentati nel corso
del Meeting di esperti
svoltosi a Frattamaggiore
Record ad Acerra dove

tra il 2009 e il 2012
l'incremento ha raggiunto
l'81,2 per cento
mentre a Giugliano il 63,6

*Tra adulti e bambini
nuova impennata
dei casi di tumore
nelle zone dei roghi*

DA ROMA PINO CIOCIOLA

I numeri continuano a sconcertare drammaticamente. Anche quelli venuti fuori ieri mattina durante il *Meeting di medici e pediatri di famiglia nei Comuni della Terra dei veleni*, organizzato dal tavolo medico-scientifico del Coordinamento comitati fuochi (di cui fa parte anche l'Isde, i medici per l'ambiente) a Frattamaggiore. Prendiamo la Asl Napoli2 Nord, cioè oltre un milione di abitanti distribuiti in ventisette Comuni, e vediamo qualche esempio: dal 2009 al 2012 le esenzioni dal ticket per tumori maligni sono passate ad Acerra da 427 a 774 (più 81,2%), a Giugliano da 1.236 a 2.025 (più 63,8%) a Marano e Quarto da 1.457 a 2.065 (più 41,7%) e via via tutti gli altri fino ad Afragola, dove quelle esenzioni (che tecnicamente vanno sotto il nome di "Co-

dice 048") sono passate da 698 a 793 (più 13%). Capitolo tumori infantili. Qui le cifre - ufficiali e ministeriali - le ha riportate Gaetano Rivezzi, presidente Isde Campania, e riguardano le patologie oncologiche in bimbi e ragazzi da zero a diciannove anni. In provincia di Napoli i bambini con tumore dal 2005 a oggi sono stati 3.720 e cioè il 3,15% di tutti i malati di tumore nella provincia stessa. Nel triennio 2009/2011 i dati sono ancora più affinati perché stretti solamente sui nuovi casi: 1.519, pari al 3,04%. Nella provincia di Caserta va anche peggio: dal 2005 a oggi i bambini con tumore sono stati 1.082 pari al 3,5% di tutti i tumori. E nel triennio 2009/2011 sui sono avuti 342 nuovi casi, cioè il 3,2%. Mentre a guardare le province di Avellino o Benevento si scopre che lì entrambe le percentuali non raggiungono il 3, quota che viene solo sfiorata in media nel nostro Paese.



Su scala nazionale, al 2008 nelle aree del Paese coperte dal Registro tumori si registravano tassi d'incidenza pari a 175,4 casi per milione all'anno fra zero e quattordici anni e 270,3 fra quindici e diciannove. Ancora. Nella Asl Napoli 3, cioè poco meno di 400mila abitanti distribuiti in dodici comuni, è stato condotto dalla "Cooperativa Golgi" (novanta medici che operano sul territorio) uno «studio osservazionale sulla prevalenza delle neoplasie maligne, utilizzando i dati estratti dalle cartelle cliniche informatizzate». Studio (presentato agli altri medici durante il *Meeting*) che ha riguardato i 76.680 assistiti dai medici della Cooperativa con oltre 15 anni, corrispondenti a un quarto della popolazione residente nel territorio della Asl stessa. «Al 31 maggio 2007 il numero di casi di neoplasia maligna erano 2.251», pari «al 2,9% della popolazione in studio». Non sarebbe neanche male, visto che la media nazionale è intorno al 4%. Se non fosse che fra gli uomini il primato di nuovi casi si registra proprio in Campania, dove sono aumentati dai 375 su 100mila abitanti nel 2000 ai 398 nel 2010.

Tornando allo studio, evidenzia come fosse il tu-

more al seno il più diffuso, con 400 casi corrispondenti al 17,8% delle neoplasie maligne della popolazione studiata e «al 33,3% delle sole donne dello stesso campione con neoplasia maligna». Sarebbe a dire che oltre una donna su tre colpite da tumore, lo aveva al seno. Sebbene lo studio su questo sottolinei «l'evidenza dell'elevata prevalenza di casi insorti nel quarto decennio di vita, età non coperta dallo screening mammografico gratuito per il carcinoma del seno».

Ultima annotazione, le sorprendenti parole sempre di Rivezzi, ma stavolta sull'agricoltura: «Siamo disposti, come medici di famiglia e pediatri, a mangiare in piazza i prodotti della Terra dei fuochi», perché «il rischio tossicologico correlato alla presenza di metalli pesanti rilevabile nella frutta, nella verdura e nelle mozzarelle, è più basso rispetto ad altri prodotti che arrivano, ad esempio, dall'Est Europa». Perché allora il servizio di Ostetricia e ginecologia della Asl Napoli Nord "suggerisce", fin dalla loro prima visita, delle donne in gravidanza di non mangiare più mozzarella, frutta e verdure locali?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DON MAURIZIO**«La camorra può uccidermi
Lo so da quando sono prete»**

«Ma io dei camorristi non ho paura. Lo so, potrebbero uccidermi e forse lo faranno. L'ho messo in conto fin dal primo momento in cui sono stato ordinato prete»: lo si legge sulla quarta



di copertina del libro di don Maurizio Patriciello – parroco al Parco Verde di Caivano – che si chiama "Vangelo dalla Terra dei fuochi" (176 pagine, 14 euro, per i tipi della "Imprimatur") e raccoglie i suoi editoriali pubblicati su "Avenire" insieme ad altri scritti. «Spendo i miei giorni – racconta il sacerdote della stessa diocesi di don

Peppe Diana – insegnando ai bambini, ai ragazzi, ai giovani che non devono temere niente e nessuno quando la loro coscienza è pulita». Lui non ha dubbi: «Sui poveri vanno a riversarsi i peccati di molta gente che nella scala sociale sta più in alto, perché in un modo o nell'altro sono sempre i primi a pagare il prezzo più salato anche quando non ne hanno colpa, come nella nostra Terra dei fuochi». Per questo ha deciso di dedicarsi a loro e per questo il suo libro raccoglie la sua esperienza per salvare una terra martoriata dai rifiuti tossici, dalla camorra e dalla troppa assenza dello Stato. (P.Cio.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE NOVITÀ**SI MUOVONO PALAZZO CHIGI E CAMERA:
IN ARRIVO ESERCITO E PENE PIÙ SEVERE**

Primi giorni della settimana decisivi. Si muoverà il governo e si muoverà la Camera, aspettando subito dopo il Senato. Infatti, al disegno di legge per mandare l'esercito a presidiare le campagne della Terra dei fuochi (contro gli sversamenti di rifiuti tossici), messo a punto dalla Commissione Difesa di Montecitorio manca solamente il parere (scontato) della Commissione bilancio, che arriverà domani nel primo pomeriggio. Entro dopodomani dovrebbe essere poi l'Aula ad approvarlo, così che passi subito dopo a Palazzo Madama. Prevede l'invio di millecinquecento uomini delle Forze armate tra Napoli e Caserta (non più di ottocotocinquanta per provincia, dietro richiesta del Prefetto e fino al 31 dicembre 2014) da impegnarsi per la «prevenzione di delitti di criminalità organizzata e ambientale». Militari che agiranno con «funzioni di agenti di pubblica sicurezza», ma «con esclusione di quelle della polizia giudiziaria». Nel frattempo, sempre dopodomani, i ministri dell'Ambiente e dell'Agricoltura, Andrea Orlando e Nunzia De Girolamo, presenteranno in Consiglio dei ministri un decreto per perimetrare le zone contaminate a sud di Caserta e nord di Napoli, definire le aree "no-food", inasprire le pene per chi inquina, incendia rifiuti o scarica abusivamente, rafforzare controlli e monitoraggio. «Uno strumento necessario – secondo la De Girolamo – per dare una risposta a una terra che urla il suo dolore e ha bisogno di essere ascoltata subito». (P.Cio.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'IMPEGNO**«TOCCA A MEDICI DI FAMIGLIA E PEDIATRI DARE RISPOSTE»**

«È necessario che medici e pediatri di famiglia, il cui ruolo è fondamentale nel Sistema sanitario, comincino a parlarsi e a dire la loro su quanto accade nella Terra dei fuochi», spiega Luigi Costanzo, medico di famiglia a Frattamaggiore e fra gli organizzatori del meeting di ieri mattina. I medici di base «comincino a dare risposte senza allarmismi né negazionismi». Anche perché – spiega Costanzo – «nei nostri database ci sono dati importantissimi a disposizione di quanti devono fare scelte per tutelare la salute dei nostri assistiti». Facendo «subito e a costo zero la foto del territorio, estraendo tutte le notizie che possono riguardare ad esempio patologie neoplastiche». Visto che dei pazienti «possiamo sapere tutto, dallo stile di vita ad eventuali patologie concomitanti» e quindi si può «"georeferenziare" la malattia, verificandone i "picchi" d'incidenza». Ecco perché – conclude il medico – «metteremo insieme i nostri dati e chiederemo con forza non solo la bonifica dei terreni, ma anche quella degli essere umani col potenziamento della prevenzione». (P.Cio.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

stampa | chiudi

LA STORIA

Così è stata disarmata «l'assassina» di Roosevelt

Iperensione: mezzo secolo dopo la messa a punto di uno strumento per una facile misurazione si cominciò a combatterla

NOTIZIE CORRELATE

Potrebbe fare parte di uno di quei giochi di società che tengono lontana la noia dall'ombrellone: «Cosa hanno in comune Franklin Delano Roosevelt e una sedicenne di Siena?» Lui, quattro volte presidente degli Stati Uniti d'America, ideatore del New Deal per il riscatto del Paese dopo la crisi del '29, firmatario dell'entrata in guerra, uno dei tre Grandi della Conferenza di Jalta; lei, ragazzina di gradevole aspetto prosperoso, con nulla che oggi sia dato ricordare, anonima e dimenticata. Cos'hanno in comune? L'ipertensione. Roosevelt, iperteso di antica data, si arrese al male per un devastante ictus il 12 aprile 1945, entrando direttamente nei libri di storia; la ragazzina il male lo vinse ma restò nell'ombra da dove era venuta.

IPERTENSIONE RENOVASCOLARE - Destini diversi, separati da una quindicina d'anni e da un abisso riguardo alla conoscenza e all'impegno profuso nei confronti dell'ipertensione. La "nostra" sedicenne ebbe la fortuna di incontrare il professor Alberto Zanchetti, che in quegli anni faceva base all'Università di Siena e che da quando era studente di medicina nella natia Parma si interessava di questa ancora piuttosto "nebulosa" patologia, sulla quale nel 1950 aveva anche redatto la tesi di laurea. La giovane era affetta da ipertensione renovascolare e al punto in cui allora si trovava, la scienza medica non era in grado di dare soluzioni farmacologiche e nel suo caso richiedeva l'asportazione dell'organo colpito. Così fu fatto. Per diverso tempo il professore seguì la ragazza, che si mantenne in ottima salute.

IL MISURATORE- Alcuni anni dopo riecco lo stesso problema in una paziente siciliana, ma nel frattempo la medicina aveva compiuto altri fondamentali passi: questa volta niente asportazione ma un poco cruento impianto di bypass. Prima della Seconda guerra mondiale dell'ipertensione era nota l'esistenza, anche perché nel dicembre del 1896 sulla Gazzetta medica di Torino era apparso un articolo nel quale il medico Scipione Riva-Rocci illustrava il suo modello di misuratore, con tanto di bracciale pneumatico e indicatore a mercurio. Nel mezzo secolo che seguì la pressione venne costantemente misurata, ma non esistevano armi per contrastarla quando troppo alta. Si constatava un dato di fatto espresso numericamente, tutto lì. Così se ne andò Roosevelt, così morirono molti anonimi ipertesi: ictus, infarto

miocardico, cedimento dei reni... Per lo più nemmeno sapevano di essere a rischio. La chiamavano «ipertensione maligna», progrediva nel tempo e alla fine portava al collasso di uno o più organi vitali.

I FARMACI - Questo lo stato delle cose fino ai primi anni '50, quando vennero messi a punto i farmaci bloccanti gangliari, atti a inibire l'azione di compressione dei vasi sanguigni esercitata dal sistema nervoso simpatico, il controllore delle funzioni corporee involontarie. Una prima vittoria ma certo non un trionfo: erano farmaci di difficile gestione con rilevanti effetti collaterali anche molto pesanti.

«Funzionavano bene se il paziente era seduto», ricorda il professor Zanchetti, «e venivano prescritti solo a chi era affetto da ipertensione maligna». Per gli altri il gioco non valeva la candela. Sottolinea Zanchetti, che quegli anni li visse doppiamente in prima linea, tra i malati e nei laboratori della ricerca: «La rivoluzione che ha reso l'ipertensione trattabile anche quando media o moderata, risale al passaggio tra gli anni '50 e i '60, con l'arrivo dei diuretici. Facili da "maneggiare", ben tollerati, con un bilancio rischio/beneficio molto favorevole per il paziente, costituirono un primo gradino anche per l'impiego dei farmaci che verranno dopo e che dal contemporaneo impiego dei diuretici trarranno beneficio». Azione essenziale del diuretico è quella di eliminare attraverso l'urina il cloruro di sodio (banalmente, il sale da cucina) e con esso l'acqua, riducendo in questo modo la massa liquida circolante e abbassandone la pressione sulle pareti dei vasi. A ruota dei diuretici sono arrivati betabloccanti, calcioantagonisti, inibitori del sistema renina-angiotensina e altro ancora, «farmaci che oggi possiamo modulare tra loro in funzione delle caratteristiche del soggetto in terapia». Ricorda il professore: «È stata fondamentale la ricerca, anche su modelli animali. Per esempio l'ipertensione renovascolare venne scoperta e studiata dapprima in laboratorio, su un benemerito cane. Si studiavano pure i meccanismi di regolazione della pressione, impegno niente affatto facile, perché a influire sulla pressione arteriosa concorrono in molti: il sistema nervoso simpatico, i vasi periferici, i liquidi corporei, il sale, l'obesità... Oggi, per fortuna, siamo arrivati ad avere le armi appropriate per ognuno di questi attaccanti».

RESISTENZE CULTURALI - Può sembrare strano, ma la ricerca sulle cure per l'ipertensione non ha avuto vita facile. All'inizio c'era chi la contrastava. Infatti anche in ambiente medico circolava un vecchio pregiudizio, secondo il quale l'ipertensione non era altro che un meccanismo di compensazione fisiologico e che quindi abbassarla poteva fare male. Per esempio, c'era una teoria che diceva che l'ipertensione dipendeva da un danno primitivo renale e che l'organismo, per mantenere la funzionalità dei reni, ricorreva al trucco di far salire la pressione. Una sorta di terapia autoindotta. Questa idea ostacolò a lungo la ricerca per lo sviluppo di farmaci realmente efficaci.

I TRIAL RANDOMIZZATI - Quando i farmaci arrivarono, con essi arrivò anche il momento di chiarire una volta per tutte la realtà. Divenne obbligatorio, a partire dagli anni '60, per tutti i '70 e oltre, dimostrare attraverso i cosiddetti trial randomizzati (il controllo della pressione di due gruppi di ipertesi scelti a caso, alcuni sottoposti alla terapia altri ai quali veniva somministrato un placebo) come le cose stessero veramente. Risultò con chiarezza che il gruppo al quale era stato somministrato il farmaco era molto meno esposto a danni cardiovascolari. Uno di questi trial (HOT, Hypertension Optimal Treatment), prese in esame 18.790 persone di età compresa tra i 50 e gli 80 anni, e venne coordinato dal professor Zanchetti insieme con un collega svedese. Zanchetti nel frattempo era stato tra i fondatori della International Society of Hypertension, della omologa europea e della rivista Hypertension.

I VALORI GIUSTI - Un tormentone quando si parla di ipertensione sono i suoi valori "ideali". «La definizione di ipertensione», sottolinea il professore, «è una definizione operativa. Il rischio cardiovascolare ha con l'ipertensione un rapporto continuativo, non c'è un preciso punto di rottura: compito del medico è decidere se intervenire oppure no. I limiti sono cambiati negli anni in funzione

dell'evoluzione farmacologica e oggi disponiamo anche di una sorta di pace-maker neurologico che collocato nel seno carotideo ne contiene gli eccessi. Ma vogliamo due numeri ? Eccoli, 90/140».

stampa | chiudi

Meglio i farmaci efficaci ma senza effetti collaterali

Dolore non solo sintomo ma malattia "Ma attenti ai farmaci che utilizziamo"

Parla Giovanni Zito, Ambulatorio di Cardiologia dell'ASL Napoli 3 Sud

■ LARA LUCIANO

■ ■ ■ I farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) sono tra i farmaci più usati al mondo, con indicazione al trattamento cronico di stati dolorosi legati a svariate patologie, soprattutto di tipo osteoarticolare. Il loro utilizzo è però limitato dalla presenza di importanti effetti collaterali, più frequenti negli anziani e nei portatori di insufficienza renale; è nota da



Giovanni Zito

tempo, inoltre, l'esistenza di una controindicazione all'uso per i cardiopatici con scompenso cardiaco.

Professor Zito, è vero che in Italia si abusa di FANS?

Gli esperti del 'dolore' hanno più volte spiegato che a tre anni dall'approvazione della legge 38/2010 essa è purtroppo tuttora ignorata da un medico su tre. Nel 2011 in Italia sono stati spesi 181 milioni di euro per i FANS (a cui si devono aggiungere i costi per i gastroprotettori che spesso si devono associare per limitare gli effetti collaterali). Nello stesso periodo per gli oppioidi, ben più efficaci, sono stati spesi 65 milioni di euro! L'AIFA ha sancito che i FANS e i gli inibitori selettivi della COX-2 sono controindicati nei pazienti interessati da scompenso cardiaco moderato e grave, cardiopatia ischemica, patologie cerebrovascolari e arteriose periferiche. Invece, secondo il Rapporto OSMED 2011 sull'uso dei farmaci in Italia, quasi il 4% dei soggetti a rischio cardiovascolare fa un uso improprio di FANS, assumendoli per oltre 90 giorni all'anno.

Quale è, secondo la Sua esperienza, l'abitudine 'sbagliata'?

I FANS e gli inibitori selettivi della COX-2 sono farmaci antinfiammatori il cui impiego, secondo la letteratura scientifica e le più recenti indicazioni delle Autorità regolatorie, andrebbe limitato al dosaggio minimo efficace e al più breve tempo possibile. In Italia, invece, abbiamo il primato europeo per la prescrizione di farmaci antinfiammatori non steroidei e non ce ne dobbiamo rallegrare assolutamente! Risultato: il dolore è tuttora gestito in maniera inadeguata in una larga parte dei pazienti.

E le possibili interazioni negative per i cardiopatici?

Si valuta che l'aumento del rischio di infarto miocardico indotto dai FANS sia intorno al 10%; nei soggetti in trattamento con aspirina l'aumento è ancora più marcato per l'interazione con l'effetto antiaggregante prima segnalata. L'OMS prevede una terapia del dolore cronico a gradini il primo dei quali, basato sull'uso dei FANS, non è praticabile dai pazienti portatori

o ad alto rischio di malattia cardiovascolare. Si tratterà quindi di utilizzare al meglio le altre categorie di antidolorifici ed in particolare gli oppiacei più efficaci, collocati al terzo gradino della terapia del dolore cronico dall'OMS come l'ossicodone e l'idromorfone. Questi farmaci possono essere usati nel contesto del dolore cronico senza rischi di dipendenza, utilizzando bassi dosaggi e sfruttando l'associazione con il naloxone che previene l'effetto collaterale più comune, la stipsi, attraverso un meccanismo di blocco dei recettori degli oppiacei nel sistema gastrointestinale.

www.ecostampa.it



Ricerca scientifica

I cervelli che mettono i virus in fuga

È rientrata in Italia per offrire il suo know how scientifico nella lotta contro le malattie genetiche. Maria Grazia Roncarolo descrive i notevoli passi avanti compiuti dalla terapia genica «anche in pazienti con patologie più complesse»

di Giacomo Govoni

Più di 50 milioni di euro investiti, di cui 11 nella ricerca sulla leucodistrofia metacromatica e 8 sulla sindrome di Wiskott-Aldrich. Sono le risorse che fino a oggi la Fondazione Telethon ha destinato alle attività dell'Istituto San Raffaele Telethon per la terapia genica (Tiget), centro di eccellenza sorto nel 1995 e diretto dal 2000 al 2008 da Maria Grazia Roncarolo, docente in pediatria all'Università Vita-Salute San Raffaele e presidente del Gruppo 2003 (associazione che raggruppa scienziati italiani che lavorano in Italia e figurano negli elenchi dei ricercatori più citati al mondo). «Il Tiget è considerato tra i migliori istituti di terapia genica al mondo» spiega l'immunologa, sotto la cui direzione il centro firmò nel 2002 il primo successo al mondo della terapia genica su bambini affetti da una rara immunodeficienza, quella da deficit di adenosina deaminasi (Ada-Scid).

«Tutto ciò - prosegue - non sarebbe stato possibile senza l'impegno costante della Fondazione Telethon, che ha creduto nella terapia genica anche in tempi in cui sembrava un miraggio».

Lei si occupa di ricerca traslazionale. Nell'ambito dell'aggressione alle malattie genetiche, quali nuovi approcci terapeutici sono stati scoperti negli anni?

«Grazie alla ricerca traslazionale la possibilità di curare molte malattie genetiche è oggi una prospettiva concreta. All'istituto San Raffaele Telethon per la terapia genica ci siamo occupati in questi anni soprattutto di malattie genetiche del sangue e del metabolismo, mettendo a punto protocolli clinici di terapia genica per diverse immunodeficienze primarie e malattie lisosomiali. Oggi l'unità di ricerca clinica del Tiget ha attivi studi clinici di terapia genica per la cura dell'immunodeficienza combinata grave da difetto di Ada-Scid, della sindrome di Wiskott-Al-

Maria Grazia Roncarolo

www.ecostampa.it



RICEVERE IL BELLISARIO È STATA PER ME UNA FORTE EMOZIONE, SPECIE IN UN PAESE IN CUI LE DONNE ANCORA FATICANO AD AFFERMARE IL LORO VALORE PROFESSIONALE

IL MINISTRO MARIA CHIARA CARROZZA CONSEGNA LA MELA D'ORO A MARIA GRAZIA RONCAROLO, PROFESSORE IN PEDIATRIA, UNIVERSITÀ VITA-SALUTE SAN RAFFAELE, UNIT HEAD, ISTITUTO SAN RAFFAELE TELETHON PER LA TERAPIA GENICA E PRESIDENTE DEL GRUPPO 2003

drich e della leucodistrofia metacromatica. Inoltre, abbiamo una ricca "pipeline", con previsione di trattare con terapia genica i pazienti beta talassemici e i bambini affetti da mucopolissaccaridosi di tipo 1 entro il 2014».

I livelli di eccellenza scientifica presenti al San Raffaele lo hanno reso un centro di riferimento mondiale nella cura delle immunodeficienze infantili.

«Oggi il Tiget vanta un primato mondiale nella cura dell'Ada-Scid, con il più alto numero di bambini curati provenienti da tutto il mondo. Inoltre, grazie all'innovazione inserita in questo protocollo di terapia genica, che prevede la preparazione dei pazienti con un trattamento chemioterapico a basse dosi prima della somministrazione di cellule staminali del midollo ingegnerizzate in laboratorio, si è aperta la strada all'utilizzo di tale terapia anche in pazienti con malattie più complesse e con un sistema immune competente».

Quali risultati legittimano questa fama?

«I risultati ottenuti nei due studi clinici pubblicati a luglio sulla prestigiosa rivista Science, utilizzando vettori lentivirali per la cura della sindrome di Wiskott-Aldrich e della leucodistrofia metacromatica costituiscono una pietra miliare nell'ambito della terapia genica. Infatti, la dimostrazione della sicurezza e dell'efficacia di questo approccio terapeutico, non solo rappresenta il raggiungimento di un importante obiettivo scientifico, ma sta anche generando nuova fiducia da parte dei pazienti e un rinnovato interesse da parte dell'industria».

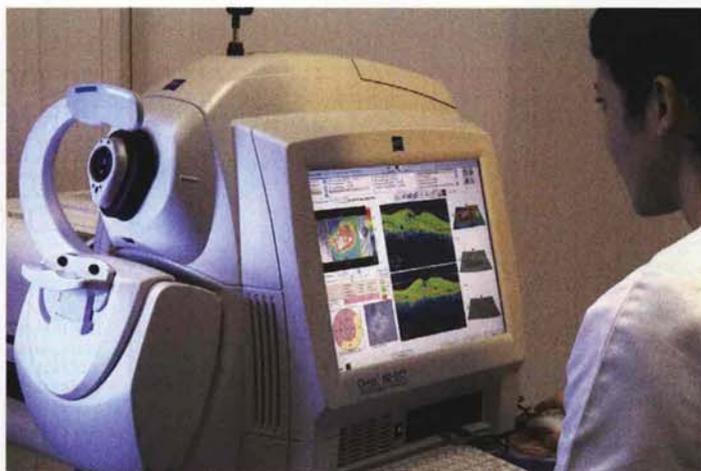
Che sviluppo sta conoscendo la collaborazione tra il San Raffaele e la Fondazione Telethon?

«Fin dalla sua creazione, sotto la direzione di Claudio Bordignon, il Tiget ha avuto nella Fondazione Telethon un partner fondamentale sia come fonte stabile di finanziamento sia come alleato strategico nella

097156

Ricerca scientifica Maria Grazia Roncarolo

OGGI IL TIGET VANTA
UN PRIMATO MONDIALE
NELLA CURA DELL'ADA-SCID
COL PIÙ ALTO NUMERO
DI BAMBINI CURATI
PROVENIENTI
DA TUTTO IL MONDO



definizione delle finalità dell'istituto. Durante la mia direzione, la fondazione ha promosso insieme al San Raffaele la creazione di un'unità di ricerca clinica pediatrica, finanziando gli studi clinici di terapia cellulare e genica. In questi ultimi anni, sotto la direzione di Luigi Naldini, il Tiget ha avuto un ulteriore impulso col trasferimento in clinica dei vettori lenti virali, considerati oggi il "golden standard" per la cura di molte malattie genetiche e anche del cancro».

Grazie alla sua attività nel campo della ricerca, di recente ha ricevuto anche il Premio Belisario.

«Ricevere il premio dal ministro Carrozza è stato un momento molto emozionante, specie in un Paese in cui le donne faticano ancora a veder riconosciuto il loro valore professionale. La motivazione che mi ha riempito il cuore è quella di essere un esempio di "cervello" tornato in patria per contribuire al progresso della medicina e della rinascita della ricerca».

Cosa l'ha spinto a tornare?

«La convinzione che fosse possibile lavorare in questo Paese seguendo le regole internazionali del merito. Non ho mai rimpianto questa scelta e sono grata alla Fondazione Telethon e all'istituto San Raffaele per avermi dato

la possibilità di dimostrare che anche qui si può fare ricerca eccellente e competitiva a livello internazionale».

Come si lavora in un Paese che non sempre mette la ricerca scientifica in cima all'agenda politica degli investimenti?

«Con la consapevolezza di lavorare in un contesto in cui il futuro dei nostri scienziati migliori è in pericolo. Stiamo perdendo un'intera generazione di giovani che vanno all'estero per completare la formazione e non tornano più perché il sistema non garantisce loro prospettive concrete e percorsi di carriera con regole chiare e trasparenti. Come hanno ben compreso altri Paesi, non ci può essere rilancio economico senza innovazione e investimento in ricerca. Il Gruppo 2003, che presiedo e che rappresenta il gruppo di scienziati italiani più citati al mondo in tutte le discipline della scienza, ha posto dieci domande al mondo politico in occasione delle ultime elezioni. Molti esponenti dei vari partiti hanno risposto a queste domande con un programma per rilanciare la ricerca italiana. Purtroppo a oggi nulla di concreto è stato fatto e come in passato la ricerca scientifica resta ai margini dell'agenda politica». ●