

PRIMO CASO AL MONDO

Trapianto di bacino a Torino: uno schiaffo alla malasanità

di **Stefano Zecchi**

Un trapianto di bacino mai provato prima ha salvato la vita di un 18enne malato di tumore osseo e dato lustro mondiale all'ospedale Cto di Torino. La protesi di titanio è il simbolo di una medicina che sa funzionare ed essere eccellente al di là degli scandali.

a pagina 21

Grossi e Materi a pagina 21

il commento

LA RIVINCITA DELLA SANITÀ PUBBLICA

di **Stefano Zecchi**

■ Pubblico e privato: meglio non metterli mai in contrapposizione, perché significherebbe che qualcosa non funziona nella nostra organizzazione civile. Si prenda in considerazione la sanità, ma anche la scuola: il grado di civiltà di uno Stato si misura dalla qualità del servizio pubblico. Una buona scuola pubblica per tutti con bravi insegnanti è un'importante conquista sociale che rafforza l'idea di comunità. E così, forse ancor di più, è il caso della sanità pubblica, perché si trova a gestire la malattia e la sofferenza delle persone. Ammetto di essere un tifoso del «pubblico». Ho studiato nelle scuole statali e insegno nelle università statali: vorrei illudermi con buoni risultati. Comunque, un'esperienza che mi porta anche a preferire la sanità pubblica. Mi sono recentemente fracassato, sciando, il bacino, una spalla e un braccio che mi hanno riattaccato con un bel pezzo di ferro all'ospedale «Codivilla» di Cortina, e alla fine mi sono ritrovato come nuovo. Esci dall'ospedale, dove oltre ad essere stato operato ho mangiato e dormito per alcuni giorni, senza pagare un euro. Un bel segno di civiltà. Esperienze positive come la mia sono la stragrande maggioranza, che nella routine degli in-

terventi non fanno notizia. La cronaca s'interessa della malasanità: da un lato c'è la vecchia storia che non fa notizia il cane che morde il padrone, mai il suo contrario; dall'altro c'è il dovere di denunciare l'incuria, l'ignoranza, il menefreghismo. E' giusto che sia così, non è un atteggiamento disfattista. Fanno inorridire i casi recenti della neonata morta perché non accolta in ospedale, l'anziano dimenticato su una barella, una meningite mortale scambiata per influenza.

Ma se la sanità pubblica si riducesse a queste situazioni criminali, bisognerebbe chiudere gli ospedali e il pronto soccorso. Che non sia questo il livello della nostra sanità, è testimoniato da una quotidianità che risolve positivamente malattie e infortuni simili al mio, e dagli straordinari risultati scientifici raggiunti proprio dalla ricerca che si sviluppa nelle strutture pubbliche. Per la prima volta al mondo, in un nostro ospedale, il Cto di Torino, viene trapiantato il bacino a un malato oncologico con un'operazione che ha del miracoloso e del fantascientifico. Senza fare i nazionalisti a buon mercato, si deve essere orgogliosi della nostra sanità, delle sue strutture di ricerca, dei suoi medici.



<http://www.adnkronos.com/salute/>

A Torino primo trapianto al mondo di bacino, salvato 18enne con tumore osseo



Eccezionale intervento a Torino. Per la prima volta al mondo è stato salvato un giovane paziente oncologico con un trapianto di bacino in titanio, all'ospedale Cto della Città della Salute di Torino. Protagonista un ragazzo appena diciottenne della provincia di Torino, affetto da circa un anno da osteosarcoma del bacino. Considerato da tutti inoperabile, aveva risposto abbastanza bene a ben 16 cicli di chemioterapia nel reparto di Oncoematologia, diretto dalla dottoressa Franca Fagioli dell'ospedale Regina Margherita.

Nel frattempo, i chirurghi ortopedici dell'ospedale Cto avevano fatto costruire in Usa un emibacino in titanio con rivestimenti in tantalio, un materiale che si integra con le ossa umane, realizzato con misure perfette prese da un calco ricavato dalla Tac del paziente.

Nella giornata di ieri, durante un intervento durato circa 11 ore e 30 minuti, sono stati rimossi da Raimondo Piana (responsabile Chirurgia oncologica ortopedica del Cto) l'emibacino destro e l'anca colpiti dall'osteosarcoma, successivamente sostituiti e ricostruiti con la protesi in titanio e tantalio da Alessandro Massè (direttore Clinica universitaria ortopedica Cto). La parte anestesiológica è stata seguita inoltre da Maurizio Berardino (Direttore di Anestesia e Rianimazione del Cto).

"L'intervento - spiegano i sanitari - è tecnicamente riuscito, con un ottimo esito finale e senza lasciare deficit alcuno. Ora il paziente è ricoverato in terapia intensiva, è già stato estubato e svegliato in mattinata. Nel pomeriggio - conclude l'ospedale - verrà trasferito nel reparto di Chirurgia oncologica". L'intervento, sottolineano i sanitari, è stato un esempio di collaborazione e di lavoro di equipe da parte di tutta la Città della Salute di Torino.

IL CHIRURGO

**“Si apre un’era nuova
finora l’unica scelta
era quella di amputare”**

TORINO. «Quella che si apre con questo intervento è una nuova frontiera che dà una speranza a molti». Raimondo Piana, responsabile della Chirurgia oncologica ortopedica del Cto di Torino, racconta il primo trapianto di anca e bacino affetti da osteosarcoma.

Cosa cambia rispetto a prima la vostra operazione?

«In casi simili a questo finora le alternative erano due: l’amputazione dell’arto o il decesso del paziente. La possibilità di impiantare protesi offre non solo un’qualità di vita più elevata, ma anche speranze di sopravvivenza maggiori. Ovviamente senza la chemioterapia, che ha ridotto il tumore, non avremmo mai potuto effettuare l’operazione».

Siete i primi al mondo in questo campo?

«Possiamo dire di sì. Ci sono stati tentativi in passato e in letteratura si parla di operazioni simili, ma mai una ricostruzione completa su misura di bacino e anca. L’unicità dell’intervento ha convinto la società che ha prodotto la protesi (l’americana Zimmer, ndr) a fornircela a prezzo di costo».

Potrete replicarla anche su pazienti più piccoli?

«Un impianto di protesi come questo dev’essere effettuato su una struttura ossea pressoché formata. Su dei pazienti in crescita sarebbe problematico». (j.r.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.corriere.it/salute/>

Nuova cura per il tumore al pancreas, ma non è rimborsata agli over 75

Approvata dall'Aifa una nuova combinazione di chemioterapia e nanofarmaco che migliora la sopravvivenza dei pazienti

di Vera Martinella



I casi sono in aumento e purtroppo anche i decessi. Il tumore del pancreas, che conta ogni anno nel nostro Paese circa 13mila nuove diagnosi, resta una malattia difficile da sconfiggere e le statistiche non lasciano dubbi: a cinque anni dalla scoperta della neoplasia è vivo soltanto il cinque per cento dei pazienti. La ricerca però non si lascia abbattere e c'è una nuova cura che è stata appena approvata anche dall'Agenzia Italiana del Farmaco: la combinazione di un nanofarmaco (nab-paclitaxel) e di un vecchio chemioterapico (gemcitabina), in grado di migliorare la sopravvivenza dei malati più gravi e, in una piccola percentuale di pazienti, di arrivare anche a una remissione duratura del tumore. Ma, contrariamente a quanto deciso a livello europeo dall'Ema (Agenzia europea per i medicinali), in Italia il farmaco non verrà rimborsato agli ultra 75enni.

La nuova cura, un mix che fa ben sperare

L'efficacia di questa combinazione era stata provata da uno studio (pubblicato a ottobre 2013 sulla rivista scientifica *New England Journal of Medicine*) che aveva arruolato 861 pazienti con adenocarcinoma pancreatico metastatico, mai sottoposti a chemioterapia precedente, seguiti in 11 Paesi tra America del Nord, Europa e Australia. Gli esiti della sperimentazione avevano dimostrato un miglioramento significativo della sopravvivenza media dei malati trattati con i due farmaci rispetto alla terapia standard con la sola gemcitabina, una riduzione del rischio di morte del 28 per cento e «quel che è ancora più importante – spiega Giampaolo Tortora, direttore dell'Oncologia all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona – c'è un quattro per cento di pazienti curati con questa combinazione che è vivo a 3 anni dalla diagnosi, un evento che non si verifica fra quanti hanno ricevuto soltanto la chemioterapia». E' proprio su questa piccola percentuale che ora si concentrano le ricerche, per capire quali siano i motivi (probabilmente una particolare mutazione genetica o forse qualche caratteristica biologica particolare della neoplasia) che rendono alcuni malati più responsivi alla cura di altri.

Un nanofarmaco che funziona come un cavallo di Troia

«Nab paclitaxel – spiega Tortora – è un nanofarmaco, creato in laboratorio legando il paclitaxel, un chemioterapico già largamente utilizzato, all’albumina in nanoparticelle. Le particelle di albumina (la cui naturale funzione è quella di trasportare nel sangue acidi grassi, ormoni e vitamine) circolano nel sangue e sono considerate dalle cellule cancerose come un nutrimento. Sono state così sfruttate come “cavallo di Troia” per raggiungere il tumore, altrimenti assai difficile da colpire per altre vie: una volta “agganciate” dalle cellule cancerose, le particelle di albumina trasportano il chemioterapico (concentrato in dose assai massicce) al loro interno e poi lo liberano, uccidendo la cellula malata». In questo modo si blocca la proliferazione delle cellule tumorali e si rallenta (o nei casi migliori si blocca per periodi prolungati) la crescita della neoplasia.

Gli over 75 non hanno diritto al rimborso

«La cura viene somministrata per via endovenosa ed è ben tollerata dai pazienti – aggiunge Michele Reni, oncologo del San Raffaele di Milano -, anche da quelli più fragili e avanti con l’età, che hanno sopportato senza troppe difficoltà gli effetti collaterali. Un fatto fondamentale, visto che l’età media di chi ammalia si aggira intorno ai 65 anni e molti di loro (oltre la metà) al momento della diagnosi hanno già un tumore in stadio avanzato». La sperimentazione su cui si basa la registrazione del farmaco non aveva posto limiti d’età alla partecipazione dei pazienti (potevano essere reclutati tutti gli adulti, dai 18 anni in su) e circa il 10 per cento degli 861 arruolati era over 75. «Anche l’Ema - spiegano gli esperti - non ha posto barriere quando ha approvato il farmaco. Mentre l’Aifa (come pubblicato in Gazzetta Ufficiale numero 30 del 6 febbraio 2015) ha stabilito che la cura, pur essendo indicata per tutti, non venga rimborsata a chi ha più di 75 anni, ritenendo che manchino dati sufficienti a provare l’utilità della cura e i suoi benefici (superiori ai rischi) nelle persone più anziane». Una decisione inaccettabile per Francesco De Lorenzo, presidente della European Cancer Patient Coalition che annuncia battaglia: «I malati hanno già dovuto attendere due anni perché la cura venisse approvata in Italia – dice – e non c’è alcun motivo per escludere una fascia di pazienti in base all’età. Tanto più che siamo un Paese che invecchia e il numero di malati colpiti dall’esclusione non è certo minimo, visto che la patologia insorge tipicamente dopo i 65 anni. Ci attiveremo per chiedere spiegazioni e perché questa barriera in Italia venga abbattuta».

Ecco perché è un tumore difficile

Il carcinoma pancreatico resta un nemico ostile per molte ragioni: «Ha una scarsa vascolarizzazione – spiega ancora Reni – il che significa che essendoci pochi vasi sanguigni è difficile raggiungerlo con i farmaci; ha una diffusione precoce delle metastasi; resiste alle terapie; è situato in una posizione anatomica complicata da raggiungere con la chirurgia; è raro ed è quindi poco agevole raccogliere dati su ampie casistiche di malati, indispensabili a far progredire le ricerche; è poco visibile all’ecografia e anche le Tac per scovarlo non sono semplici da eseguire». Come se non bastasse, mentre la neoplasia cresce in fretta, si arriva spesso tardi alla diagnosi perché in molti casi non dà sintomi o si manifesta con segnali vaghi (stipsi, nausea, calo di peso, dolore) che possono essere attribuiti a molte altre patologie. C’è però qualcosa che è possibile fare per prevenirlo: tenere presente che un caso su tre dovuto al fumo, il 10 per cento dei pazienti ha un parente colpito dallo stesso male e chi soffre di diabete o è obeso è più a rischio di altri.



Prova la protezione di **TENA Lady** e il suo sistema **neutralizza odori**.
Prodotti specifici per perdite urinarie.

la Repubblica | Mobile | Facebook | Twitter | Google +

LE INCHIESTE | L'Espresso | Network

la Repubblica.it

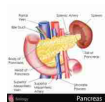
Salute

Cerca

Home | Politica | Economia&Finanza | Sport | Spettacoli | Cultura | Motori | Viaggi | D-Repubblica | Casa | **Salute** | Meteo | Lavoro | Annunci

Alimentazione | Forma & Bellezza | **Medicina** | Prevenzione | Ricerca | Benessere donna

ALTRI ARTICOLI DI
Medicina



Tumore pancreas, rimborsabile nuova terapia in nanoparticelle



Raffreddore, scoperto il "codice Enigma" del virus



Epatite C, ritardi in tutta Italia: tre Regioni non sono neanche partite



Adolescenti e tumore, allarme degli oncologi: "Servono protocolli per cure efficaci"



IMPRESA ITALIA

Sei in: [Repubblica](#) > [Salute](#) > [Medicina](#) > Tumore pancreas, rimborsabile nuova ...

Stampa | Mail

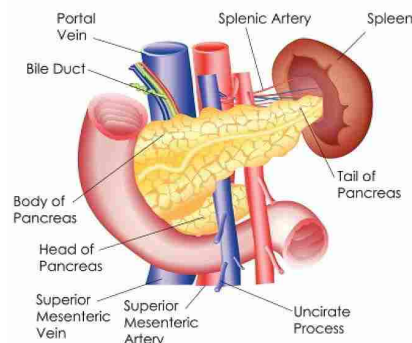
+1 0 Tweet 0 Consiglia 0

Tumore pancreas, rimborsabile nuova terapia in nanoparticelle

Via libera delle autorità sanitarie per il trattamento con il paclitaxel legato all'albumina, già utilizzato per le metastasi al seno. Una sorta di "chemioterapia intelligente" che grazie alle nanotecnologie assicura una maggiore precisione nel "colpire" la parte malata. Il farmaco presentato a Milano

di IRMA D'ARIA

Lo leggo dopo



Biology **Pancreas**

Aggressivo, ma asintomatico e per questo difficile da diagnosticare in fase iniziale, è considerato il più letale tra tutti i tipi di tumore. È il carcinoma del pancreas che in Italia colpisce ogni anno 5.500 uomini e 5.900 donne. Ora per combattere questo tumore che fa molta paura arriva dalla nanotecnologia una nuova chance terapeutica disponibile anche in Italia.

La "chemioterapia intelligente" - Dopo l'approvazione del farmaco da parte dell'FDA e della Commissione Europea già nel 2013, anche in Italia si è concluso positivamente l'iter di approvazione per la rimborsabilità a carico del Servizio Sanitario Nazionale del paclitaxel legato all'albumina formulato in nanoparticelle per il trattamento in prima linea di pazienti con adenocarcinoma del pancreas metastatico, in

combinazione con la gemcitabina. Si tratta di un farmaco già rimborsato in Italia dal 2011 per il trattamento del tumore della mammella metastatico. L'approvazione di questa nuova indicazione per il tumore metastatico del pancreas è particolarmente significativa perché, in Europa, negli ultimi otto anni non ci sono stati nuovi farmaci approvati per il trattamento di questa patologia.

La precisione della nanotecnologia - Ma qual è il valore aggiunto di questa nuova terapia? Gli esperti, intervenuti oggi a Milano nella conferenza stampa di lancio del nuovo farmaco, spiegano che ha un'azione chemioterapica più selettiva che aiuta a migliorare i risultati nei pazienti affetti da tumori incurabili e difficili da trattare. La tecnologia "nab" brevettata dall'azienda Celgene sfrutta in pratica la nanotecnologia per migliorare la somministrazione mirata delle terapie antitumorali. Questa tecnologia consiste nell'impiego dell'albumina, una proteina umana naturalmente presente nell'organismo di dimensioni quasi nanometriche, in cui vengono racchiusi farmaci chemioterapici che vengono così trasportati direttamente nella sede del tumore. Per avere un'idea, un nanometro corrisponde in scala 1/100 a una cellula ematica umana.

SCA **TENA**

PROMOZIONE

Soddisfatta o rimborsata!

VALIDA FINO AL 31 MARZO 2015

3 mesi di **QUOTIDIANO & FILM** a soli **19,99€**

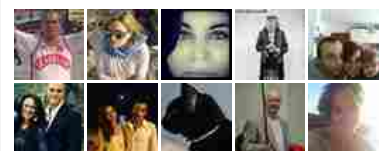
la Repubblica

M movies live

Trovaci su Facebook

la Repubblica 

la Repubblica piace a 2.084.119 persone.



Plug-in sociale di Facebook

Guarda Anche

Promoted Links



Grecia, il mistero dell'icona. "Piange dal



Milano, pensionato ucciso: il video che

Gli studi di efficacia - Nell'iter di valutazione che ha portato poi all'approvazione dell'indicazione per il tumore metastatico del pancreas, sono stati presi in considerazione i risultati dello studio MPACT (Metastatic Pancreatic Adenocarcinoma Clinical Trial), studio internazionale di fase III, pubblicato sul New England Journal of Medicine. Lo studio MPACT ha arruolato 861 pazienti con adenocarcinoma del pancreas metastatico, mai sottoposti a precedente chemioterapia e seguiti presso 151 centri in 11 Paesi in America del Nord, Europa Occidentale e Orientale e Australia. Nel corso dello studio, nab-paclitaxel in combinazione con la gemcitabina ha dimostrato un miglioramento statisticamente significativo della sopravvivenza globale mediana rispetto alla monoterapia con gemcitabina (8.5 vs. 6.7 mesi) e una riduzione complessiva del rischio di morte del 28%. Il farmaco Nab-paclitaxel è attualmente in varie fasi di studio anche per il trattamento di altri tipi di tumore: carcinoma polmonare non a piccole cellule, melanoma, carcinoma della vescica, carcinoma ovarico e carcinoma mammario (per estensione dell'indicazione attuale nella malattia metastatica).

Il tumore del pancreas - È una tra le patologie tumorali più gravi e letali, che si colloca tra le prime 5 per incidenza. La maggior parte dei pazienti che ne sono affetti non sopravvive trascorsi i primi mesi dalla diagnosi: dopo 5 anni la mortalità è ancora del 95%. In Italia, il tumore del pancreas rappresenta il 3% di tutti i tumori e il tasso di mortalità, pari al 7% l'anno, risulta essere la quarta causa di morte tra le patologie oncologiche dopo i 50 anni si prevede che possa diventare la seconda causa di morte per tumore entro il 2020. Il tumore del pancreas è caratterizzato da uno sviluppo spesso rapido, aggressivo ed una diagnosi tardiva; inoltre è particolarmente resistente ai farmaci. Quasi asintomatico al suo esordio, si manifesta solo quando le metastasi agli organi contigui (vie biliari e fegato) ne palesano la presenza. Di conseguenza il paziente ed i suoi familiari si trovano ad affrontare la malattia quando già è in stadio avanzato, senza prospettive di cura efficaci e con gravissime conseguenze immediate, sia fisiche che psicologiche. Infatti, per questi pazienti la sopravvivenza stimata a 5 anni è solo del 2%. Il 99% dei pazienti ai quali è stato diagnosticato un carcinoma pancreatico muore a causa della malattia, la maggior parte di essi entro un anno dalla diagnosi. L'aspettativa media di vita dopo la diagnosi di malattia metastatica è di soli 3-6 mesi. Oltre l'80% dei casi di carcinoma pancreatico vengono diagnosticati tra i 60 e gli 80 anni di età. L'adenocarcinoma, il sottotipo di carcinoma pancreatico con prevalenza e mortalità più elevate, rappresenta il 90% dei tumori pancreatici.

Fattori di rischio - Il rischio di ammalarsi di carcinoma del pancreas è circa doppio nei fumatori rispetto ai non fumatori. Tra gli altri fattori di rischio ci sono una storia familiare di carcinoma pancreatico; una storia personale di pancreatite, diabete o obesità; alcune sindromi genetiche, tra cui la sindrome di Lynch, una mutazione genetica ereditaria che predispone al carcinoma pancreatico e associata più frequentemente ad un rischio elevato di tumore al colon.

Le cure disponibili - Attualmente le opzioni terapeutiche per il carcinoma pancreatico sono limitate, in parte a causa della diagnosi generalmente tardiva. Le attuali opzioni terapeutiche includono chirurgia, chemioterapia e radioterapia. Sono poche le terapie oncologiche approvate in Europa e negli Stati Uniti per il trattamento del carcinoma pancreatico in stadio avanzato. Tra i farmaci più utilizzati ci sono la Gemcitabina, che interferisce con i processi metabolici delle cellule, arrestandone la crescita e causandone la morte, e la 5-fluorouracile (5-FU) che interferisce con i processi metabolici delle cellule tumorali. Altre terapie sono l'Oxaliplatino che danneggia il genoma delle cellule tumorali arrestandone la crescita e la Capecitabina che arresta la crescita delle cellule tumorali. Molti studi clinici stanno valutando nuove combinazioni chemioterapiche per il trattamento del carcinoma pancreatico e si stanno sperimentando le migliori combinazioni della chemioterapia con la radioterapia o con le cosiddette "terapie mirate" che interferiscono con la capacità delle cellule tumorali di svilupparsi, crescere e diffondersi. Il problema è che lo stroma che circonda le cellule tumorali pancreatiche è impenetrabile dai farmaci chemioterapici per la sua caratteristica di essere una massa densa scarsamente vascolarizzata. Per questo motivo i ricercatori stanno cercando di individuare sistemi di somministrazione più mirati ed efficaci, in grado di oltrepassare la barriera stromale e "guidare" i farmaci antitumorali direttamente al "cuore" del tumore, aumentandone l'efficacia e rendendone i profili di tossicità più tollerabili.

TAG **tumore, tumore pancreas, pancreas, nanotecnologie**

(24 febbraio 2015)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Consiglia Iscriviti per vedere cosa consigliano i tuoi amici.

+1 0

Tweet 0

ANNUNCI PREMIUM PUBLISHER NETWORK


I commercianti lo odiano!
Non vogliono farti scoprire il segreto dello shopping online
[Leggi tutto...](#)



Nuova Ford Focus Wagon
Nuova Ford Focus Wagon € 195 al mese con Idea Ford
www.ford.it



Gamma Dacia da 7.450€.
Scopri anche la gamma Stepway, 100% crossover.
[Vieni in concessionaria.](#)

giorno della vittoria di Tsipras" incastra l'omicida



Poveri in Italia, la storia di Mario



ADSL senza Limiti e Telefono a partire da 25€/mese. Attiva...
sponsorizzato da Vodafone


I più letti

Il giorno della fiducia a Letta, fallisce faccia a faccia Alfano-Berlusconi"/

Berlusconi, Giunta dice sì a decadenza. Lui: "Decisione indegna per eliminarmi" /

M5S alla 'ex' Paola De Pin: "Venduta". Lei scoppia in lacrime, Letta la difende"/

Il Pd cresce al 32% e Forza Italia crolla"/

La classifica degli ospedali: i top al Nord. In Toscana cure migliori. Napoli maglia nera"/

Madagascar, italiano uno dei tre linciati. Sospettati di traffico di organi"/

Crisi Pdl, stop a nascita nuovo gruppo. Berlusconi: "Decadenza, non sarò in giunta"/

Dissidenti, vertice notturno con Alfano E Berlusconi convoca a sorpresa i suoi"/

Imu, riapertura modifica Pd su case di lusso L'altolà del Pdl: "Nessun passo indietro"

Denunciati cinque saggi di Letta "Hanno truccato i concorsi"/

tvzap la social TV

Seguici su

STASERA IN TV

Rai 1 21:15 - 23:25
Sfida al cielo - La Narcotici 2

Rai 2 21:10 - 23:10
Una famiglia all'improvviso

5 21:10 - 23:50
Lo show dei record - Ep. 2

PRIMA VOLTA AL MONDO Intervento chirurgico fantascientifico al Cto

Un bacino in titanio contro il sarcoma

La struttura artificiale, costruita negli Usa, è stata impiantata a un ragazzo di diciannove anni

MARATONA

**L'operazione è durata quasi 12 ore
Il paziente sta bene**

Marco Traverso

■ Un intervento chirurgico fino a ieri impensabile, che può rappresentare una svolta, un precedente fondamentale per la cura di una forma di tumore, l'osteosarcoma, che purtroppo spesso colpisce anche i giovanissimi e che sovente attacca punti che non sono operabili. O almeno non lo erano fino a ieri. Infatti per la prima volta al mondo è stato salvato un giovane paziente oncologico con il trapianto dell'emibacino, presso l'ospedale Cto della Città della Salute di Torino. Il paziente, appena diciottenne proveniente dalla provincia di Torino, era affetto da circa un anno da osteosarcoma del bacino. Considerato da tutti inoperabile, era stato curato con la terapia anticancro tradizionale e i risultati erano già stati promettenti: il giovane infatti aveva risposto abbastanza bene a ben 16 cicli di chemioterapia nel reparto di Oncematologia, diretto dalla dottoressa Franca Fagioli dell'ospedale Regina Margherita. Una dura battaglia che però non era stata ancora vinta. Per vincerla ci voleva un miracolo. Come quello compiuto dai chirurghi ortopedici dell'ospedale Cto che mentre il ragazzo combatteva contro il suo male con l'aiuto dei farmaci avevano fatto costruire negli Stati Uniti un emibacino in titanio con rivestimenti in tantalio, materiale che si integra con le ossa umane, con misure perfette prese da un calco ricavato dalla Tac del paziente. Roba da film di fanta-

scienza. Si è così arrivati a martedì, il giorno dell'intervento durato circa 11 ore e 30 minuti. Durante l'operazione sono stati rimossi dal dottor Raimondo Piana (responsabile Chirurgia oncologica ortopedica del Cto) l'emibacino destro e l'anca colpiti dall'osteosarcoma e successivamente sostituiti e ricostruiti con la protesi in titanio e tantalio dal professor Alessandro Massè (Direttore Clinica universitaria ortopedica Cto). La parte anestesiológica è stata seguita dal dottor Maurizio Berardino (Direttore di Anestesia e Rianimazione del Cto). L'intervento è tecnicamente riuscito con un ottimo esito finale e senza lasciare deficit alcuno. Ora il paziente è ricoverato in terapia intensiva ed è già stato estubato e svegliato in mattinata. Nel pomeriggio verrà trasferito nel reparto di Chirurgia oncologica. L'intervento è stato un esempio di collaborazione e di lavoro di équipe da parte di tutta la Città della Salute unita.

L'osteosarcoma è un tumore maligno primitivo dell'osso. Si tratta di una malattia che colpisce più spesso soggetti di sesso maschile con due picchi di incidenza: tra i 10 e i 30 anni e negli anziani, le sedi più frequenti sono le metafisi delle ossa lunghe, soprattutto attorno al ginocchio: il femore, specie in zona diafisaria distale e la metafisi prossimale della tibia, e l'omero prossimale. Si manifesta con dolore intenso, tumefazione, cute calda, spesso con evidente reticolo venoso. Ne esistono due varietà: quella centrale e quella periferica. La varietà centrale a sua volta può essere osteolitica (provoca la distruzione del tessuto osseo circostante e, all'esame radiografico, dà un'immagine di osso "scoppiato") o osteoblastica (determina

la produzione di osso, spesso sotto forma di lamelle perpendicolari alla superficie dell'osso: all'esame ai raggi X può risultare un'immagine a pettine o a raggi di sole). La varietà periferica a sua volta si suddivide in parostale e periosteale a seconda che il tessuto osseo maligno cresce superficialmente al periostio oppure tra il periostio e la corticale dell'osso interessato dalla neoplasia. Le varietà centrali hanno un comportamento molto aggressivo in quanto crescono rapidamente e presentano una spiccata tendenza a dare metastasi ai polmoni e ad altri organi. Le varietà periferiche sono invece generalmente meno aggressive. Nelle forme centrali la terapia si basa sulla combinazione di chirurgia e sulla somministrazione di combinazioni di farmaci antineoplastici ad alte dosi - polichemioterapia prima ed opol'intervento chirurgico. A questi due approcci terapeutici si associa eventualmente la radioterapia qualora l'intervento chirurgico dovesse risultare intralasciabile o contaminato. Nelle forme periferiche, data la minore aggressività e tendenza alla disseminazione metastatica, in genere il trattamento mira unicamente ad una chirurgia a margini ampi o radicali. L'intervento unico al mondo che si è svolto al Cto rappresenta un precedente che può aprire nuove frontiere nella cura di questa subdola malattia.

Twitter: @marcotraverso75



Mercoledì 25 FEBBRAIO 2015

Ricerca shock australiana: "Due fumatori su tre moriranno per colpa delle sigarette. E vivranno 10 anni di meno di chi non fuma"

E' il primo studio a determinare l'impatto effettivo del fumo sulla mortalità. Sotto osservazione più di 200mila persone. Il rischio di morte prematura è triplicato rispetto a chi non ha mai fumato. Anche fumare appena dieci sigarette al giorno raddoppia il rischio di mortalità, mentre consumarne un pacchetto al giorno fa aumentare questo rischio di 4-5 volte

Due fumatori su tre moriranno di sigaretta. A stabilirlo è un ampio studio australiano condotto su oltre 200 mila persone e pubblicato su [BMC Medicine](#). Si tratta del primo studio in assoluto a determinare l'impatto del vizio delle bionde sulla mortalità. E le cifre sono impressionanti.

"Tutti sappiamo che il fumo fa male – commenta la professoressa **Emily Banks**, Direttore Scientifico dello studio '45 and Up' del Sax Institute e ricercatrice presso l'*Australian National University* – ma adesso abbiamo delle prove indipendenti che confermano la percezione generale a livello internazionale. Persino con i bassi tassi di abitudine tabagica che abbiamo in Australia (i fumatori da queste parti sono appena il 13% - un risultato incredibile se si considera che negli anni '30 a fumare era il 70% dei maschi e che fino agli anni '90 fumava ancora il 30% dei maschi e delle femmine), abbiamo rilevato che i fumatori hanno un rischio di morte prematura triplicato rispetto a chi non ha mai fumato; attraverso questo studio abbiamo potuto stimare anche che i fumatori muoiono in media una decina di anni prima dei non fumatori".

Lo studio ha dimostrato anche che, rispetto ai non fumatori, anche fumare appena dieci sigarette al giorno raddoppia il rischio di mortalità, mentre consumarne un pacchetto al giorno fa aumentare questo rischio di 4-5 volte.

Fino a qualche tempo fa, si riteneva che a morire di cause correlabili al fumo fosse la metà dei fumatori, ma studi recenti condotti su donne e medici inglesi, oltre che su volontari dell'*American Cancer Society* hanno decisamente alzato l'asticella, portando la percentuale al 67%. Lo studio australiano ha confermato questo risultato, ma su una popolazione molto più ampia.

L'Australia è una delle nazioni che ha implementato delle pesanti politiche anti-fumo, comprendenti anche una tassazione pesante e l'adozione del 'plain packaging', cioè del pacchetto solo in minima parte occupato dal *brand* e con in primo piano dei messaggi dissuasivi.

"L'aumento dei prezzi del tabacco – afferma **Kerry Doyle**, amministratore delegato della NSW Heart Foundation – si è rivelato il mezzo di intervento più efficace per ridurre la domanda di tabacco. Visto che il fumo è una delle cause principali di malattie cardiovascolari (infarti, ictus e arteriopatie periferiche), più deterrenti si mettono in campo tra la gente e il fumo, meglio è". E **Scott Walsberger**, Tobacco Control Manager presso il Cancer Council NSW non manca di ricordare che "non è mai troppo tardi per smettere di fumare, a prescindere dall'età e dal numero di sigarette fumate".

La ricerca pubblicata oggi ha richiesto quattro anni di lavoro ed ha riguardato oltre 200 mila tra uomini e donne, arruolati nel '45 and Up', il più ampio studio longitudinale sull'*healthy ageing*, condotto nell'emisfero australe. La sua realizzazione è stata resa possibile grazie al supporto della *National*

IL PRIMATO DI TORINO
Trapianto di bacino
Salvato un ragazzo

di Mario Pappagallo

La diagnosi era infausta: osteosarcoma inoperabile. Ma al Cto di Torino, con un intervento di 12 ore, gli hanno sostituito metà bacino con una protesi in titanio e tantalio.

a pagina 25

Il 18enne salvato da un tumore con il primo trapianto di bacino

Torino, 12 ore di intervento per la protesi al titanio. Il padre: sarebbe morto

16

I cicli di chemioterapia che ha dovuto affrontare il ragazzo affetto da osteosarcoma prima di essere operato

«Senza questo intervento, mio figlio non ci sarebbe più. Se mi dicono dove lo vogliono, a questi medici faccio un monumento...». Lacrime di gioia per il padre del diciottenne sottoposto, per la prima volta al mondo, alla sostituzione di metà del suo bacino con una protesi in titanio e tantalio costruita su misura per lui. Il figlio è già sveglio dopo l'intervento di quasi 12 ore. Affetto da un osteosarcoma inoperabile, fino a poche settimane fa per questo ragazzo la diagnosi era infausta. Nonostante avesse risposto abbastanza bene a 16 cicli di chemioterapia, probabilmente non ne sarebbe uscito.

L'osteosarcoma è un tumore giovanile (età media dei colpiti: 19 anni), con una sopravvivenza passata solo negli ultimi anni dal 20 al 60 per cento. Molto maligno. La sua incidenza è di un nuovo caso all'anno ogni 100 mila abitanti.

Il padre del giovane operato è nel corridoio antistante l'ingresso della rianimazione del Cto di Torino. Continua a ripetere una sorta di mantra: «Sveglia, bello, con la prospettiva di tornare a camminare». Scherza: «Con quella protesi al tita-

nio, ora è anche prezioso». Poi frena l'euforia, tra realtà e scaramanzia: «Aspettiamo prima di cantare vittoria». Ecco i medici: «Era inoperabile, l'abbiamo operato. Per ora tutto bene, anzi meglio del previsto. Ma...». Un «ma» giustificato dall'unicità dell'intervento, perché trapianti di bacino con ossa da cadavere sono stati fatti (in Italia, l'ortopedia fa scuola), anche se i risultati nel tempo non sempre sono stati buoni a causa del riassorbimento dell'osso donato. Di qui l'idea di usare un materiale che nel tempo si «integra» con l'osso, che diviene osso. È il tantalio, al momento esclusiva di una sola azienda al mondo. Azienda statunitense. Raimondo Piana, 44 anni, nato a Torino, è il chirurgo dei tumori ossei del Cto. Su insistenza del giovane ha ipotizzato la via della bioprotesi. Ha mandato negli Usa una Tac tridimensionale di quel bacino «mangiato» dal tumore, è stato fatto un calco e, finalmente, dopo 50 giorni è stata creata la protesi su misura. E anche il sistema di aggancio, in attesa di un'osteointegrazione. Dall'anca alla pelvi, la testa del femore, il femore. La parte destra. Il ragazzo dal bacino metà bionico è stato «progettato» a tavolino, nei minimi particolari. Continui i contatti con gli Usa. Cinquanta giorni di trepidante attesa per il ragazzo della provincia di Torino.

Il chirurgo Piana è stato al-

l'estero, ma sottolinea: «La migliore scuola è quella italiana». E cita il Rizzoli di Bologna come top. I protagonisti di questa storia sono però tutti all'ombra della Mole, nella Città della Salute. Il 18enne è stato curato con la chemio al Regina Margherita, da Franca Fagioli. Quindi al Cto. È entrato in sala operatoria l'altro ieri e ne è uscito ieri dopo circa 12 ore. Raimondo Piana gli ha rimosso l'emibacino destro e l'anca colpiti dall'osteosarcoma. Alessandro Massè, direttore della Clinica ortopedica, lo ha ricostruito con la protesi in titanio e tantalio. Maurizio Berardino (capo dell'Anestesia e rianimazione) lo ha fatto «dormire» e poi risvegliare senza strascichi.

Davanti alla stanza del giovane, che ora riposa, il padre racconta le sue prime parole al risveglio dall'anestesia: «Ci ha chiesto com'era la ferita. Pensa già al recupero e ha cambiato idea sul suo futuro: non più avvocato tributarista, ma medico. Per aiutare gli altri». Storie di buonasana.

Mario Pappagallo

 @Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.adnkronos.com/salute/>

Nuova mano bionica mossa col pensiero impiantata su 3 uomini a Vienna



La ricerca sugli arti bionici per sostituire quelli amputati a causa di malattie o incidenti segna un nuovo passo avanti. Dopo il progetto 'made in Italy' LifeHand 2, che due anni fa ha riunito una serie di istituti e centri di ricerca del Belpaese portando al primo impianto di una mano bionica mossa dal pensiero, un team di scienziati in Austria ha impiantato altre mani robotiche su tre pazienti. La ricerca è stata condotta insieme ai colleghi del Department of Neurorehabilitation Engineering of the University Medical Center di Goettingen.

I tre pazienti austriaci avevano subito delle lesioni del plesso brachiale, una rete critica di nervi che collega il braccio e la spalla alla colonna vertebrale e al cervello. Lesioni devastanti, causate da incidenti automobilistici o in montagna, che avevano reso i tre uomini incapaci di muovere le dita e afferrare gli oggetti. I pazienti, una volta subita un'amputazione, sono stati così dotati di un avambraccio bionico sostitutivo, direttamente collegato al loro sistema nervoso e controllato dal pensiero.

"In effetti le lesioni profonde del plesso brachiale rappresentano un'amputazione interna, che separa irreversibilmente la mano dal controllo neurale", spiega al 'Telegraph' Oskar Aszmann, direttore del Laboratorio Christian Doppler dell'Università di Medicina di Vienna, che ha aperto la strada alla nuova metodica. "Le tecniche chirurgiche esistenti per trattare queste lesioni sono inefficaci e determinano una scarsa funzionalità della mano". Così invece "siamo stati in grado di creare nuovi segnali neurali attraverso trasferimenti nervosi amplificati da un trapianto muscolare. Questi segnali sono stati poi decodificati e tradotti in funzione della mano meccatronica".

Prima dell'amputazione, tutti e tre i pazienti hanno fatto nove mesi di formazione cognitiva, innanzitutto per attivare i muscoli e quindi per imparare a utilizzare i segnali elettrici per controllare una mano virtuale. Dopo l'amputazione, i chirurghi hanno dovuto aspettare tre mesi per dotarli della nuova mano bionica. A questo punto - e per la prima volta dall'incidente - tutti e tre gli uomini sono stati in grado di realizzare vari movimenti come raccogliere una palla, versare acqua da una brocca, utilizzare una chiave, tagliare il cibo con un coltello. "Finora la ricostruzione bionica è stata fatta solo nel nostro centro di Vienna", ha aggiunto Aszmann. "Tuttavia, non ci sono limitazioni tecniche o chirurgiche che impedirebbero di ricorrere a questa procedura in centri con competenze e risorse simili". I risultati sono

incoraggianti, ma ora occorrerà valutare le performance con l'arto bionico a lungo termine, spiegano i ricercatori su 'Lancet'.

SALUTE & BENESSERE

I PROGRESSI DELLA CARDIOCHIRURGIA

Trapianti di cuore, 48 anni fa la storica impresa di Barnard

All'ospedale Niguarda di Milano è stato eseguito
l'intervento numero 1.000. Le nuove tecnologie

di Luigi Cucchi

■ Sono passati 48 anni da quando il cardiocirurgo Christian Barnard eseguì il primo trapianto di cuore al mondo su un essere umano: il muscolo cardiaco del 55enne Louis Washkansky era ormai privo di forza e l'ultima speranza era affidata all'abilità medica del valente chirurgo sudafricano, destinato a entrare nella storia della medicina. Specializzatosi in chirurgia cardiotoracica negli Stati Uniti, conseguendo anche un master, Barnard cercò di mettere a frutto quell'esperienza in Sud Africa, creando la prima unità coronarica del Groote Schuur Hospital di Città del Capo. Verso la fine del 1967 gli si presentò la grande occasione che attendeva da tempo: sostituì il cuore di un uomo (affetto da una grave forma di cardiomiopatia), con quello di una giovane deceduta a causa di un incidente stradale.

L'intervento fu eseguito alla perfezione, ma il paziente non sopravvisse a lungo. Morì infatti dopo 18 giorni per una polmonite. I progressi del trapianto d'organo furono consentiti dalla scoperta della ciclosporina il 29 dicembre 1971 a Basilea (Svizzera) l'immunologo belga Jean-François Borel, che lavorava ai laboratori Sandoz, scoprì la proprietà antirigetto di una sostanza estratta da un fungo, la ciclosporina. Questo farmaco, che sostituirà l'azatioprina, rivoluzionò i trapianti d'organo, consentendo una sopravvivenza sempre più elevata.

Il primo trapianto di cuore in Italia venne eseguito a Padova dal team del

professor Vincenzo Gallucci. Da quel 14 novembre del 1985 in un solo mese si eseguirono dodici trapianti di cuore: il 18 novembre Mario Viganò a Pavia, il 23 novembre in un solo giorno se ne fanno tre, a Bergamo, (Lucio Parenzan), a Udine (Angelo Meriggi), a Milano (Alessandro Pellegrini).

Senza grandi campagne di sensibilizzazione, la gente donava organi. Oggi l'Italia figura al primo posto per la qualità degli interventi. Un successo che si aggiunge ad altri importanti conferme: siamo secondi dopo la Spagna per i donatori (terzi al mondo dopo Spagna e Usa); secondi dopo la Spagna per trapianti di cuore; secondi anche per i trapianti di fegato da cadavere, e terzi dopo Spagna e Francia per trapianti di rene da cadavere. In Italia sono circa 656 i pazienti in lista di attesa di un cuore nuovo a fronte di 350 trapianti effettuati (a fine anno si stima di arrivare a 364). Il tempo di attesa medio per chi aspetta un organo è di 2 anni e la mortalità è del 10%.

A Milano, a trent'anni dal primo trapianto di cuore eseguito all'ospedale di Niguarda si è arrivati al paziente numero 1.000. L'operazione risale al dicembre scorso e ci sono volute diverse settimane di degenza in terapia intensiva per il recupero. La squadra, composta dall'équipe della Cardiologia, della Cardiocirurgia e dallo staff degli anestesisti e rianimatori, guarda già avanti, infatti, nei giorni scorsi è stata operata con successo la paziente numero 1.002.

A Milano, Niguarda è l'unico ospedale a effettuare il trapianto cardiaco, ed è uno dei tre centri autorizzati in

Regione Lombardia; vengono eseguiti i trapianti di cuore sia per i pazienti in età pediatrica sia per quelli in età adulta. Il primo trapianto di cuore è stato realizzato nel 1985 e da allora questa procedura è utilizzata per il trattamento delle forme più avanzate di insufficienza cardiaca.

Pochi giorni fa il Centro nazionale trapianti ha pubblicato sul sito del ministero della Salute un report sull'attività dei centri che in Italia effettuano il trapianto cardiaco, prendendo in esame la casistica che va dal 2000 al 2012. Sono dati importanti che testimoniano il ruolo leader di Niguarda che ha effettuato il 10% di tutti i trapianti portati a termine nei 20 centri nazionali. Inoltre, la sopravvivenza dei pazienti a 1 e a 5 anni è in linea con quella dei migliori centri. In particolare, il dato relativo alla sopravvivenza a 1 anno, corretta per le caratteristiche della casistica trattata, risulta essere la migliore.

Il centro può contare su tecnologie di alto livello, come il cosiddetto «cuore artificiale». Dal 1988 sono stati impiantati circa 250 dispositivi di assistenza ventricolare. Oggi a Niguarda vengono impiegati i device intracorporei più avanzati, miniaturizzati ed a flusso continuo, che offrono al paziente una migliore qualità di vita.



FOCUS SALUTE E BENESSERE

Il caso Così funziona il sistema Gisto

Le regole per trasportare un cuore da trapiantare

Dal contenitore dell'organo, ai documenti e all'etichettatura, fino ai mezzi da utilizzare

Riccardo Cervelli

■ Un organo, un tessuto o cellule staminali sono i doni più rari e preziosi che possono essere scambiati tra esseri umani, in grado di salvare vite o migliorarne la qualità. Gli ultimi dati rilasciati dal Centro nazionale trapianti pongono l'Italia a un livello di eccellenza per la quantità di interventi eseguiti (2.976 nel 2014: +4%) e di donatori (1.172 effettivamente utilizzati nel 2014 - anno record - contro i 1.102 nel 2013). Come tutti i regali di incalcolabile valore, anche ciò che deve essere trapiantato deve essere ricevuto dalle persone giuste, trasportato con tutte le cautele e giungere tempestivamente a destinazione. «Per il successo dell'attività trapiantologica - dice Alessandro Nanni Costa, direttore generale del Cnt - anche gli aspetti logistici sono importanti. Qualsiasi strumento consenta di aumentare la velocità del

trasporto di organi e la qualità della loro conservazione dev'essere preso in considerazione. La trasportistica è sempre esistita. Nuovi sono gli standard di sicurezza e di efficienza logistica che garantiscono la temperatura corretta di conservazione, l'uso di eventuali strumenti e materiali in grado di impedire il degradamento degli organi, i tempi di trasporto e la tracciabilità di tutto questo». Per garantire questi obiettivi, tutte le *best practice* già sviluppate in Italia negli ultimi anni sulla gestione e il trasporto di organi dopo il prelievo per il trapianto sono state standardizzate in un unico sistema nazionale denominato Gisto (Gestione integrata servizio trasferimento trapianto organi), supervisionato dal Cnt. Grazie a questo sistema dovrebbero restare un lontano brutto ricordo eventi in cui alcuni organi non hanno potuto essere trapiantati perché trasportati in borse termiche per alimenti.

Oggi reni, fegati, cuori o polmoni possono essere prelevati dall'ospedale di espianto e consegnati a quello di trapianto nel rispetto del tempo massimo di conservazione di ciascun organo. E questo tanto su tragitti intraregionali, effettuati su gomma, quanto su rotte nazionali o internazionali, servite da compagnie aeree private come la Avionord, dotata di una flotta di aerei gestiti da un'apposita divisione medica. Il sistema Gisto risponde anche a norme precise in termini di confezionamento degli organi, utilizzo di contenitori isotermici con eventuali sistemi di perfusione, documenti da inserire, etichette colorate da apporre sui box. Innovativi trasponder, dotati anche di antenne Gps, dopo aver memorizzato i dati delle etichette vengono assicurati ai contenitori per garantire l'invio - via sms ed e-mail - di informazioni in tempo reale sulla missione a chi è autorizzato.



Alessandro Nanni Costa, direttore generale del Cnt



STENOSI CAROTIDEE

RISCHIO ICTUS, LA MINACCIA DELL'INFARTO CEREBRALE

Conosciuto anche come "stroke", nel 75 per cento dei casi colpisce soggetti con più di 65 anni, soprattutto uomini. È favorito da ipertensione, fumo e obesità



di **Filippo Tradati**
Medico e docente universitario

In Italia un terzo circa dei decessi è dovuto all'infarto cerebrale, detto anche ictus o *stroke*. Il 75 per cento degli ictus colpisce soggetti con più di 65 anni, con una frequenza maggiore nei maschi rispetto alle femmine. Ha una mortalità del 30 per cento in fase acuta e determina, **in oltre il 40 per cento dei sopravvissuti, gravi invalidità residue**. Risulta quindi elevatissimo il costo sia in termini di sofferenza e di vite umane sia in costi puramente economici per l'assistenza delle fasi acute e della **riabilitazione dei soggetti sopravvissuti**.

Le arterie che irrorano il nostro cervello sono quattro: le due più importanti sono le arterie carotidi interne, destra e sinistra, situate ai lati del collo, che forniscono, insieme alle più piccole arterie vertebrali, il nutrimento e l'ossigeno al cervello. Come tutte le arterie anche le carotidi vanno incontro a **processi di aterosclerosi** con la formazione di una placca ateromatosa,

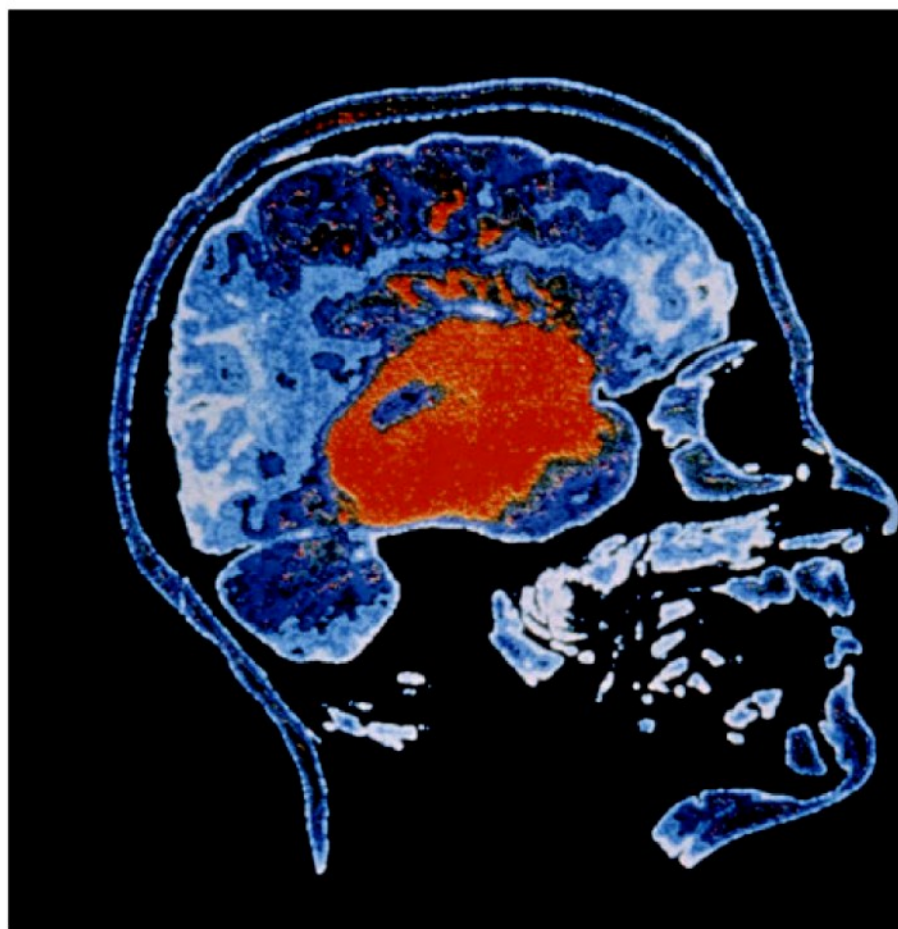
o ateroma, cioè un ispessimento della parete dell'arteria dovuto a fenomeni di deposito di grassi, piastrine, globuli bianchi e materiali circolanti su una parete arteriosa danneggiata.

CONTROLLO CON ECODOPPLER. L'ipertensione, il fumo, l'età, il diabete, l'obesità insieme a molti altri fattori possono favorire lo sviluppo di queste placche. La formazione di placche nelle carotidi determina un **progressivo restringimento delle arterie** stesse (stenosi) con diminuzione del flusso di sangue al cervello, sino ad arrivare, nei casi più gravi, a una completa chiusura delle carotidi. Per di più, le placche, sottoposte all'azione del flusso sanguigno, possono perdere dei frammenti (emboli) che, seguendo il letto vascolare, causano un **ostruzione del flusso sanguigno** laddove, restringendosi le arteriole, arrivano a occluderle completamente,

provocando quindi un ictus cerebrale.

È possibile controllare le nostre carotidi per vedere se abbiamo le placche e iniziare in tempo delle **terapie per diminuire il rischio** di questo ictus. L'esame più indicato è l'Ecodoppler delle carotidi, detto anche Ecodoppler Tsa (Tronchi sovra-aortici).

È un esame non invasivo, non doloroso, che non richiede alcuna preparazione e che mette il clinico in grado di capire la presenza, il grado della stenosi, la sua estensione, la posizione e la possibilità che la placca stessa sia friabile e frammentabile. Individuare eventuali stenosi carotidee è importante, in quanto vi è anche una **diretta correlazione tra grado di stenosi e rischio di infarto cardiaco**. Per cui, con una diagnosi precoce e le opportune terapie, si potrebbe diminuire in maniera significativa sia il rischio di ictus sia di infarto del cuore. ●



ANSA.it

TORNA SU ANSA.IT

Scienza&Tecnica

NEWS

DOSSIER

GALLERIA FOTOGRAFICA

VIDEO

ragazzi

cerca

Spazio & Astronomia | Biotech | Tecnologie | Fisica & Matematica | Energia | Terra & Poli | Ricerca e Istituzioni | Libri

Seguici su

ANSA > Scienza&Tecnica > Ricerca e Istituzioni > Salvate la ricerca di base, appello al Governo contro i tagli

Salvate la ricerca di base, appello al Governo contro i tagli

Associazioni scientifiche scrivono a Giannini e Lorenzin

25 febbraio, 16:48

Indietro | Stampa | Invia | Scrivi alla redazione | Suggestisci ()



Salvate la ricerca di base, appello al Governo contro i tagli

Salvate la ricerca di base dai tagli: è l'appello che sette associazioni scientifiche hanno rivolto al Governo scrivendo una lettera aperta indirizzata ai ministri per l'Istruzione, l'Università e la Ricerca, Stefania Giannini, e della Salute, Beatrice Lorenzin. Tra i firmatari, l'associazione AIRicerca, l'associazione scientifica Stem Cell Research Italy, l'Associazione italiana di Biologia e genetica e la Società Italiana di Farmacologia.

I ricercatori denunciano come la partecipazione ai bandi per l'erogazione dei fondi finisca troppo spesso col favorire le grandi realtà a discapito di quelle più piccole, cui viene così impedito di crescere e diventare competitive. "C'è bisogno di politiche di finanziamento alla ricerca diversificate - scrivono le associazioni - non solo più consistenti, ma anche sviluppate e formulate su piani diversi, a garanzia di una partecipazione equilibrata che non distribuisca finanziamenti a pioggia, ma possa prevedere bandi differenti indirizzati specificamente a centri di eccellenza da un lato ed a piccole ma valide entità dall'altro".

I firmatari dell'appello chiedono di essere più presenti ai tavoli tecnici sulla ricerca e ricordano al Governo che "che il prosciugare l'acqua dove nuotano le piccole realtà di studiosi di base, che si occupano anche di aspetti scientifici senza un risvolto economico e commerciale immediato, finirà in prospettiva per impoverire l'intera comunità scientifica e creerà un deserto culturale con poche cattedrali sempre più isolate".

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

Indietro

condividi:

PUBBLICITÀ

RICERCA E ISTITUZIONI

Salvate la ricerca di base, appello al Governo contro i tagli

Associazioni scientifiche scrivono a Giannini e Lorenzin



VAI ALLA RUBRICA

LIBRI

La mia vita con gli scimpanzé, una storia dalla parte degli animali

Un'inarristabile passione che ha portato una ragazza inglese di 26 anni a lasciare tutto per andare in Africa e dedicare circa 40 anni allo studio degli scimpanzé: l'etologa Jane Goodall racconta la sua esperienza in "La mia vita con gli scimpanzé. Una storia dalla parte degli animali" (Zanichelli, 176 pagine, 12,80 euro)



VAI ALLA RUBRICA

IN COLLABORAZIONE CON

ASI - Agenzia Spaziale Italiana

Assobiotech

Avio Aero

Commissione UE, Rappresentanza in Italia

ESA - Agenzia Spaziale Europea

INAF - Istituto Nazionale di Astrofisica

INFN - Istituto Nazionale di Fisica Nucleare

INGV - Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

National Instruments

RSE - Ricerca sul Sistema Energetico

Sapienza - Università di Roma

Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

L'intervista

Il ministro della Salute parla del disastro ospedal delle emergenze in corsia e della rete territoriale

L'impegno della Lorenzin "Tornerò a sorpresa tra le barelle del Cardarelli"

IL LIVELLI

La Campania è all'ultimo posto per i livelli essenziali di assistenza

L'ECCELLENZA

È un presidio sovraffollato ma con reparti di alta eccellenza

LE CRITICITÀ

La prossima verifica è sulle eventuali criticità del 118

LO SBLOCCO

Sul turn over Caldoro ha idea di cosa sono mille persone in più?

CONCHITA SANNINO

CONCHITA SANNINO

«**T**ORNERÒ, a sorpresa, al Cardarelli. È un impegno. Ovvio che non possono essere accettate le distese di barelle. Però sappiamo tutti una cosa: quell'ospedale è assolutamente sovraffollato, a causa di serie carenze nella rete del territorio, ma ha reparti di eccellenza e un'alta professionalità del suo personale, ai vari livelli».

Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin non si sottrae a un esame approfondito del caso Campania: dopo l'inchiesta di *Repubblica* sulla sanità dell'emergenza spremuta e ridotta in un diffuso degrado, sui presidi di pronto soccorso scivolati in una trincea ad alto rischio per pazienti, medici, infermieri. E, senza nascondere che «la Campania è ancora all'ultimo posto per i Lea, i livelli essenziali di assistenza», il ministro spiega come sarà sbloccato il turn-over del personale; riconosce il paradosso «degli straordinari: una montagna di soldi spesi al posto delle assunzioni»; annuncia che «un approfondimento che ho a cuore in Campania sarà su eventuali criticità del 118». E replica al governatore Caldoro, alle rigidità del ministero guidato da Padoan.

Ministro Lorenzin, discutere di barelle o di medici sotto pressione sull'onda di un'altra inchiesta

per un 68enne morto su una barella, è semplice. Il dramma comincia molto prima, e continua dopo quel clamore. Lei da ieri, cosa fa?

«C'è una buona notizia, intanto. Proprio ieri (martedì, ndr), la Campania ha messo la rete ospedaliera a sistema e noi possiamo andare a sostenere una regione che ha bisogno di personale e prestazioni».

Ieri? Può spiegare quali saranno i reali miglioramenti?

«Significa che 24 ore fa la Campania ci ha formalmente inviato il suo programma di rete ospedaliera, che ovviamente deve rispondere a dei parametri che prevedono la distribuzione di personale rispetto ai fabbisogni registrati. Io ho appena detto ai miei uffici di esaminarla con velocità, ma di esaminarla bene. E accanto a questo, bisogna andare rapidi con lo sblocco del turn over, di cui la Campania come altre regioni soffre moltissimo».

Lo sblocco prevede sulla carta

appena 272 assunzioni. Lei e il ministro dell'Economia Padoan ne concederete forse mille, ma Caldoro dice «Che cosa me ne faccio se ne abbiamo perso quasi 10 mila, dal 2009?» Come se ne esce?

«Caldoro lo sa quanti sono mille nuovi assunti negli ospedali? Sono tantissimi».

È anche vero che spendete per lo straordinario, che va a coprire i buchi, ben 250 milioni di euro l'anno. Una mostruosità.

«Loso. Vero. Questa Regione merita ora, dopo tantissimi sacrifici e un pareggio di bilancio raggiunto prima di altre regioni, che il governo mostri di saper essere equo. Però siamo sempre in questa crisi in un certo periodo, d'accordo?».

Sull'equità, ministro. È noto che, per i fondi del riparto Sanità, la Campania ottiene 300 milioni in meno della media nazionale: solo perché ha la colpa di essere la regione più giovane. Meno vecchi, che costano alla Sanità; quindi, meno risorse.

«Capisco che è stata calibrata in maniera eccessivamente penalizzante per la Campania. In parte già stiamo correggendo questo dato, a dire la verità. Ma non si può negare che lì dove insistono popolazioni mediamente più anziane, si erogano più cure, si spende di più per la



sanità. I problemi che stiamo affrontando vengono da lontanissimo. Li dobbiamo prendere di petto, per essere chiari. Ma, di fronte a una rete territoriale di medicina di base e di guardie che purtroppo non sono ancora efficaci, che non fanno da filtro, è evidente che poi i pronto soccorsi sono affollati, i pazienti sono esposti, e gli stessi medici, infermieri, operatori socio sanitari vivono anch'essi una condizione di enorme disagio e rischio».

Se il quadro è questo, perché allora affrontare la sanità esclusivamente da un punto di vista contabile? Ne è prova il dato che la Campania ostenta ma è paradossale: c'è un avanzo di circa 200 milioni, bloccato. Perché non investire in salute?

«Bella domanda. Sa che ogni tanto, la faccio anche io al ministro Padoa-Schioppa? Questa è la battaglia che fanno i ministri come me in tutto il mondo e in particolare in Europa, con i rigorosi ministri dell'Economia. Guardi il ministro della Salute non aveva voce, gestiva tutto il ministero dell'Economia: certo sì, anche nel governo Berlusconi. A me non sfuggono responsabilità, anche nostre, o di certe rigidità del ministero dell'Economia, appunto. Ma le regole vanno rispettate anche al governo: la Campania ha subito un trattamento choc, e dobbiamo rispettarle e regolerle noi: si devono fare queste assunzioni».

Ministro, perché quella battuta sull'emergenza al Cardarelli: lei ricordava che era svuotata di pazienti "nel giorno in cui giocava al Napoli?" Vero è che i cittadini in larga parte abusano del pronto soccorso, ma è giusto indicarlo come primo dei problemi?

«Sono contenta di spiegarlo ancora meglio. Quello che successe quel giorno accade a Genova, accade ovunque. Al sud di più. Ma più si abusa di pronto soccorso, più si sbaglia. E io so, ad esempio, su cosa intervenire in Campania: sulle criticità del 118, che è un nostro prossimo obiettivo».



IL MINISTRO
Beatrice Lorenzin
ministro della Salute
promette: "Tornerò a sorpresa al Cardarelli"

© RIPRODUZIONE RISERVATA

<http://www.lastampa.it/>

Parkinson e Alzheimer, la nostra pelle ce li svela

L'analisi dell'epitelio, utile nel diagnosticare con rapidità le malattie neurodegenerative



DANIELE BANFI

MILANO

Un test che potrebbe rappresentare una svolta nella diagnosi delle malattie neurodegenerative. Le cellule della pelle sembrerebbero custodire il segreto di Parkinson e Alzheimer. Attraverso un'analisi dell'epitelio è infatti possibile evidenziare se la persona è affetta dalla patologia. A mettere a punto l'esame sono stati i ricercatori messicani della University of San Luis Potosi. I risultati definitivi verranno presentati in occasione del prossimo convegno dell'American Academy of Neurology che si svolgerà in aprile a Washington.

DIAGNOSI NON SEMPRE CERTE

«Ad oggi -spiega Rodriguez-Leyva, uno degli autori dello studio- la conferma della presenza della malattia avviene attraverso una biopsia post-mortem del tessuto cerebrale. Ecco perché il rischio di una diagnosi errata e confusa con altra demenza non è così remota». Uno dei segni incontrovertibili della presenza di Parkinson e Alzheimer è l'accumulo di proteine tossiche a livello cerebrale. Una quantità facilmente rilevabile attraverso la biopsia ma effettuare l'analisi è impossibile quando la persona è in vita.

PELLE E CERVELLO: STESSA ORIGINE

Partendo da questo presupposto il gruppo di ricerca messicano si è messo al lavoro nel tentativo di individuare un modo indiretto per rilevare l'accumulo delle proteine. La scelta è ricaduta sull'analisi delle cellule della pelle in quanto hanno origine, a livello dello sviluppo embrionale, dallo stesso "materiale" che poi andrà a comporre il sistema nervoso. Origine comune che potrebbe essere sfruttata per la diagnosi precoce.

PROTEINE ANOMALE ANCHE NELLA PELLE

Nello studio i ricercatori hanno analizzato biopsie cutanee da 20 persone con malattia di Alzheimer, 16 con malattia di Parkinson e 17 affette da demenza causata da altre condizioni. I reperti sono stati confrontati con quelli di 12 persone sane della stessa fascia di età. Il test prevedeva la ricerca e la

quantificazione delle proteine associate a Parkinson e Alzheimer. Dalle analisi è emerso che in presenza del morbo i valori della proteina «tau» erano sette volte superiori rispetto agli individui sani e quelli affetti da demenza di altra origine. Non solo, in caso di Parkinson è stato riscontrato un livello di proteina alfa-sinucleina otto volte superiore.

TEST PER LA DIAGNOSI PRECOCE

«Anche se i risultati saranno da confermare in un più ampio numero di persone le prospettive aperte della nostra ricerca sono entusiasmanti. Potenzialmente, attraverso una semplice biopsia cutanea, potremo scoprire molto sulle malattie neurodegenerative» conclude Rodriguez-Leyva. Un test che se fosse convalidato potrebbe rappresentare la svolta nella diagnosi precoce di queste malattie.