



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

17 MARZO 2015

RASSEGNA STAMPA



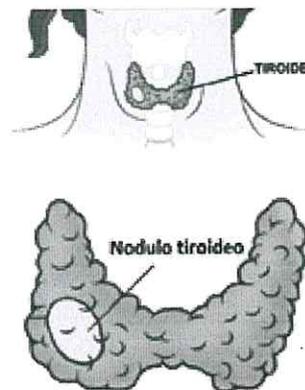
L'addetto Stampa
Massimo Bellomo Ugdulena

I noduli tiroidei – Uno studio tutto italiano apre nuovi scenari di cura

Solo nello 0,3% dei casi un nodulo tiroideo diagnosticato come benigno può trasformarsi in maligno. Lo ha accertato un importante studio coordinato da un team di medici del Dipartimento di Medicina interna e specialità mediche dell'Università di Roma La Sapienza guidato dal professore Sebastiano Filetti, condotto insieme ad un gruppo di medici ricercatori di otto strutture sanitarie pubbliche italiane fra i quali il dr. Marco Attard, dell'Unità operativa di Endocrinologia dell'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello, che da oltre dieci anni fa parte di questo gruppo di ricerca. Lo studio, effettuato su un campione di 992 pazienti in tutta Italia, è stato pubblicato oggi su JAMA (Journal of the American Medical Association), una fra le più note e diffuse riviste mediche al mondo ed è destinato ad influenzare sensibilmente le attuali linee

guida internazionali sulla gestione dei noduli tiroidei. Un argomento, quello dei noduli tiroidei, che interessa buona parte della popolazione in quanto dal 30 fino al 50% dei soggetti adulti può presentare noduli tiroidei. I noduli possono essere scoperti incidentalmente nel corso di un esame radiologico del collo richiesto per motivi non strettamente legati allo studio della ghiandola tiroidea, come per esempio nel caso del doppler dei vasi del collo effettuato nell'ambito della prevenzione cardiovascolare. Oltre il 90% dei noduli così scoperti sono di piccole dimensioni, non danno disturbi, si presentano benigni all'esame citologico su ago aspirato e senza caratteristiche ecografiche di malignità. Tuttavia la loro scoperta può essere fonte di stress per il paziente che comincia a porre diversi quesiti sul fatto se il nodulo possa crescere negli anni, determinare disturbi o

peggio ancora possa trasformarsi da benigno in maligno. Lo studio messo a punto risponde a queste domande e permette di definire protocolli di sorveglianza efficaci. "I pazienti oggetto dello studio - afferma il dr. Attard - sono stati controllati annualmente mediante un esame ecografico del collo per misurare nel tempo il cambiamento dei noduli tiroidei e il dato emerso è che la grande maggioranza dei noduli rimane stabile nelle dimensioni nell'arco di 5 anni ed anzi una parte di essi va incontro ad una riduzione spontanea del volume. La loro crescita è stata rilevata solo nel 15% dei casi e l'aumento è risultato lento e graduale, pari a circa 5 millimetri in 5 anni. La maggior parte dei noduli che sono aumentati di volume sono risultati benigni e nel complesso noduli tiroidei inizialmente diagnosticati come benigni si sono trasformati in maligni solo nello 0,3%



dei casi. Questi dati servono a rassicurare un gran numero di pazienti, perché tali noduli non richiedono alcuna terapia e non necessitano di un controllo ecografico frequente. Questo significa inoltre che i controlli ecografici possono essere diradati negli anni, con un notevole risparmio economico per la nostra sanità".

Redazione

SANITÀ. Manca la pulizia, poi saranno collocati gli arredi: disponibili 18 posti. Migliore: «Per ora nessuna emergenza, ma meglio prevenire»

Lavori finiti, ultimi ritocchi al Di Cristina Riapre il reparto di malattie respiratorie

Monica DiIberti

●●● Ultimi ritocchi per il reparto di malattie respiratorie dell'Ospedale dei Bambini che sarà operativo entro questa settimana dopo un *tour de force* di 60 giorni: tanto sono durati i lavori di ristrutturazione di quest'area al terzo piano del padiglione «Biondo» del nosocomio. Sono stati rifatti gli impianti, collocate le travi testate, rinnovati i bagni, tinteggiate le pareti. Ora restano la pulizia finale e la collocazione degli arredi.

Sono 18 i posti letto disponibili. Di questi, 8 saranno dedicati alle patologie di bassa complessità che, insieme ai 12 posti letto dell'area d'emergenza, permetteranno di creare una zona di «prima accoglienza» per filtrare i ricoveri ed evitare situazioni di sovrappienezza come quella delle scorse settimane, con letti nei corridoi, bambini con patologie diverse ricoverati insieme e genitori «accampati» alla bell'e meglio. «Al momento - dice Giovanni Migliore, direttore generale dell'Arnas-Civico - al «Di Cristina» la situazione è sotto controllo, non ci sono «fuori posto», ma vogliamo prevenire disagi. Gli altri 10 posti dell'Unità operati-



Il manager del Civico Giovanni Migliore con il progettista Agostino Cangemi nel nuovo complesso operatorio (FOTO: FETVX)

va, ristrutturata in tempi record, con gli operai al lavoro anche nei week end, saranno destinati ai bambini con patologie respiratorie, bronchioliti, polmoniti, bronchiti e quant'altro, che sinora sono trattate in due stanze di un altro

reparto. Proprio queste due camere saranno sottoposte a una ristrutturazione e adibite alla degenza dei piccoli con malattie metaboliche rare, una realtà che al momento non esisteva, pur essendo l'Ospedale dei Bambini cen-

tro di riferimento regionale per la prevenzione, la diagnosi e la cura di queste patologie.

«Sono 200 i bambini che seguono per malattie metaboliche rare, ad esempio la mevalonico aciduria - afferma

Marilù Furnari, medico della direzione sanitaria - e, in effetti, abbiamo avuto questo problema dei ricoveri». Disagio che pare risolto con le due nuove camere. «Questo intervento - continua Migliore - è destinato a soddisfare le richieste che da anni provengono dalle associazioni di pazienti e che, finora, non hanno trovato alcuna risposta. Oggi incontrerò i genitori. Entro un paio di mesi le stanze saranno pronte».

Nei giorni scorsi, sul tema è scesa in campo anche la politica. La deputata grillina alla Camera Giulia Di Vita aveva sollecitato la realizzazione del reparto e il M5S ha già presentato un'interrogazione alla Camera.

I lavori di ammodernamento del presidio pediatrico procedono a ritmo serrato. Entro fine mese è previsto il taglio del nastro dei nuovi reparti di chirurgia e nefrologia, mentre le sale operatorie e la rianimazione sono praticamente pronte. Resta il nodo dei fondi per la seconda tranche dei lavori, circa 13 milioni euro che ancora non ci sono, ma che serviranno a rendere il «Di Cristina» più moderno e accogliente. A dispetto dell'inciviltà di qualcuno. Proprio ieri, per la sesta volta, è stato rubato il sifone di un bagno al piano terra. Non solo: è stato portato via anche lo specchio. (MGG)

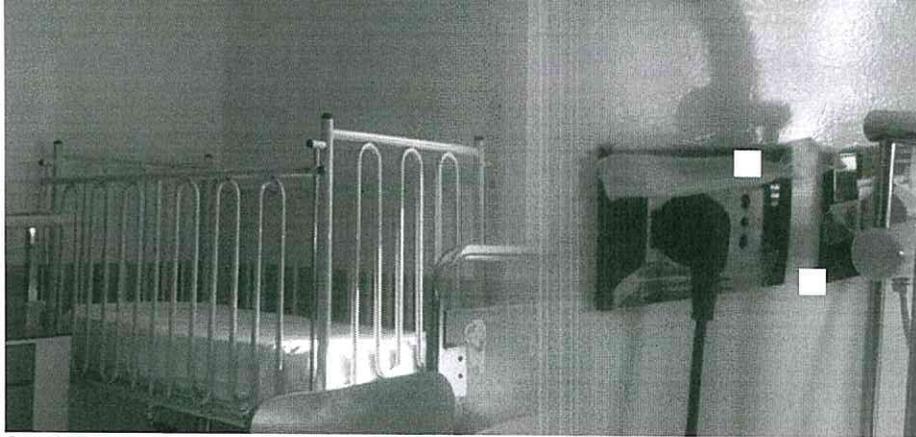
PALERMO, OSPEDALE DEI BAMBINI

Reparti strapieni, sporcizia e disagi Il calvario di una mamma al Di Cristina

Domenica 15 Marzo 2015 - 16:59 di Monica Panzica

Articolo letto 3.894 volte

"Per gli esami d'urina utilizzati i bicchieri di carta, niente luce, prese elettriche rotte, pareti scrostate". Sono soltanto alcune delle parole di un racconto angosciante, un'esperienza vissuta in prima persona da una giovane mamma palermitana.



Ospedale dei Bambini di Palermo

PALERMO - C'è la paura per il proprio bimbo che soffre, poi arriva la sensazione di non trovarsi in un posto adeguato, un luogo che non soddisfa le esigenze dei più piccoli. Stanze minuscole con troppi letti, prese della corrente elettrica danneggiate, pareti scrostate, bimbi ricoverati in condizioni di promiscuità sia per fascia d'età che per genere di patologia. Una raffica di vicissitudini e di disagi che moltiplicano il peso della malattia che mamme e piccini si trovano ad affrontare.

E ne sa qualcosa Valeria Scozzari, madre di un bimbo di due mesi e mezzo ricoverata all'ospedale Di Cristina dal 25 gennaio. "A ventidue giorni dalla nascita - spiega a LiveSicilia - mia figlia ha avuto una violentissima crisi respiratoria provocata da una bronchiolite minore. Siamo andati subito al pronto soccorso dell'ospedale dei Bambini dove è stata rianimata in codice rosso, ma è stato necessario trasportarla all'Utin del Cervello ed è stata ricoverata diciassette giorni in Terapia intensiva. Alle tante attese dimissioni - prosegue - è seguita purtroppo una ricaduta dopo due giorni ed è subentrato un nuovo ricovero, stavolta insieme a me al terzo Maggiore del reparto di Pneumologia. In quella stanza si trovavano quattro letti a distanza di pochi centimetri l'uno dall'altro e la diversità di patologie e di età dei bambini ricoverati (c'erano bimbi con problemi intestinali, convulsioni febbrili), ha purtroppo permesso che mia figlia venisse a contatto con tanti virus che, così piccola, non è in grado di combattere".



"La bronchiolite - continua Scozzari - è così peggiorata, precipitando al terzo stadio ed è sfociata in polmonite. Ho visto inoltre somministrare alla bambina dei farmaci troppo pesanti per la sua età, ma l'hanno anche sottoposta ad una quantità di esami evidentemente superflui: un elettroencefalogramma ed una ecografia transfontanellare davanti alla quale necessitò anche il neurologo era perplesso. Fatto sta che la bambina, dopo crisi respiratorie a raffica ed un trasferimento da me chiesto in subintensiva all'ospedale Cervello, ma mai concretizzato, è stata ricoverata in Rianimazione. In quei giorni si è aggravata per atelattasia polmonare migliorata soltanto successivamente. Da quel momento in poi il paradosso dei paradossi - precisa la giovane mamma - La bambina, appena uscita da Rianimazione e senza difese immunitarie, viene ricoverata nel reparto di Malattie infettive. Anche lì abbiamo trovato una stanza troppo piccola per i letti effettivamente presenti, alcuni dei quali non dotati degli appositi dispositivi per flebo e quant'altro. Hanno messo con la forza un quarto letto dicendo che la stanza è omologata per quattro nonostante la presenza di due sole unità di servizio e le dimensioni. Una vera e propria impresa, considerando che eravamo circondate da pareti sporche e scrostate e che anche mettere una spina nella presa della corrente era un problema: erano tutte danneggiate, attaccate con lo scotch, abbiamo rischiato di restare al buio ogni notte".

Ad alimentare l'incredulità, oltre che alla sofferenza, c'è però altro. "In queste settimane hanno raccolto gli esami delle urine nei bicchieri di carta - dice Valeria Scozzari - non riesco a credere ai miei occhi. Rivolgendosi alle mamme dei bambini più grandi, gli infermieri chiedevano di cercare un bicchiere e raccogliere le urine dei propri figli. Davvero assurdo". A febbraio a finire nell'occhio del ciclone era già stato un altro reparto dell'ospedale Di Cristina, quello delle Malattie pediatriche rare, dove il numero dei ricoveri supererebbe di gran lunga quello dei posti disponibili, al punto da far stazionare i più piccoli nelle corsie, accampati nelle brandine. LiveSicilia ha tentato di ottenere una replica dalla struttura ospedaliera, ma non è stato possibile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SANITA' I mezzi, acquistati in comodato d'uso, saranno quattro da soccorso e uno di rianimazione

Al "Civico" cinque nuove ambulanze

ANTONIO FIASCONARO

L'azienda ospedaliera "Arnas Civico" rinnova il suo parco ambulanze. Da tempo, infatti, l'azienda deve fare i conti con mezzi ormai "datati" e obsoleti, in grado soltanto di essere utilizzati all'interno del perimetro e non all'esterno come accade ancora oggi per un eventuale trasferimento al vicino ospedale pediatrico "Di Cristina" e viceversa.

Sembra, infatti, che l'amministrazione abbia pensato bene di affidarsi al cosiddetto "comodato" d'uso per l'acquisto di 5 nuove e fiammanti ambulanze.

Stando alle notizie che rimbalzano dalla direzione strategica si tratterebbero di 4 mezzi per il soccorso tradizionale ed 1 di rianimazione.

Andrebbero a sostituire le attuali tre ambulanze che hanno più di dieci anni di vita e con oltre 150 mila chilometri percorsi, quindi non più idonei a dover uscire dall'area di competenza.

Secondo i "rumors" i nuovi mezzi dovrebbero varcare l'ingresso principale del civico nel prossimo mese di maggio.

Mezzi, grazie al personale autista dell'azienda che potrebbero essere utilizzati "h24".

Acquisto in comodato d'uso, dicevamo, anche se i prezzi di mercato per quanto riguarda i mezzi di emergenza sembra che si aggirano sui 70-80 mila euro per un'ambulanza di soccorso tradizionale e sui 100-120 mila euro per una di rianimazione.

Una notizia che farà piacere a tanti palermitani che periodicamente frequentano per ragioni di salute l'azienda ospedaliera, anche se da più parti viene segnalato che sarebbe stato più opportuno acquistare, naturalmente con il sistema del comodato d'uso, anche un'ambulanza per la rianimazione neonatale che potrebbe "stazionare" 24 ore su 24 davanti l'ingresso dell'ospedale pediatrico "Di Cristina".

Infatti, sembra così come abbiamo scritto qualche giorno fa che, di recente per trasferire un neonato dall'ospedale dei "Bambini" all'unità di terapia intensiva neonatale del vicino ospedale "Civico" sarebbe stata utilizzata una normale ambulanza da trasporto, quella per adulti dove sarebbe stata adattata la "culetta" termostatica con il piccolino.

Dall'ospedale dei "Bambini" si chiede, quindi, l'impiego di mezzo idoneo per il trasporto di neonati o piccoli pazienti e non di ambulanze utilizzate per ammalati adulti.



A MAGGIO L'AZIENDA OSPEDALIERA "ARNAS CIVICO" RINNOVERÀ IL PARCO AMBULANZE

SANITA' La prossima settimana si firma la convenzione. Cento posti letto per 93 milioni di euro all'anno

Ismett, via libera ma con gli stessi fondi

ANTONIO FIASCONARO

La prossima settimana sarà quella buona. La Regione firmerà il rinnovo della convenzione con Ismett e UPMC, dopo mesi e mesi di "braccio di ferro", polemiche, proteste.

Si metterà fine ad una "querelle" che, contrariamente, avrebbe portato all'uscita di scena degli americani che dopo vent'anni avrebbero lasciato Palermo e l'Istituto Mediterraneo per i trapianti.

Di conseguenza, con l'arrivo del sereno, l'Astrea e le associazioni di trapiantati che avevano deciso di scendere in piazza martedì prossimo con un sit-in davanti la sede dell'assessorato regionale alla Salute, in piazza Ottavio Zino, hanno deciso di non manifestare più, malgrado erano state raccolte, attraverso una petizione oltre 22 mila firme chiedendo il rinnovo della convenzione che, com'è noto, la deroga scadrà il prossimo 31 marzo.

Ma vediamo cosa cambia, anzi cosa non cambia. La Regione firmerà la nuova convenzione sulla base di 100 posti letto, così come previsto dal piano di rimodulazione della rete ospedaliera che prevede 20 unità rispetto agli attuali 80.

Per quanto riguarda, invece, i fondi vengono confermati gli attuali 93 milioni anche se l'Ismett ne avrebbe chiesti 103, 10 milioni in più.

Per quanto riguarda, invece, il personale medico, in particolare i 104 "camici bianchi" assunti da una società satellite, UPMC Italy dell'Università di Pittsburgh, invece, passeranno sotto l'egida dell'Istituto Mediterraneo per i trapianti. Un accordo che arriva grazie anche ad una mediazione romana. Infatti, com'è noto, era stato prima lo stesso sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, Graziano Delrio e poi anche il sottosegretario all'Istruzione, Davide Faraone, a sollecitare il governo presieduto da Rosario Crocetta.

E' stata lo stesso assessore regionale alla Salute, Lucia Borsellino, come anticipato ieri che ha dato la notizia dell'esito positivo del tavolo tecnico.

«Grazie alla disponibilità ed alla leale collaborazione di tutte le parti intervenute - commenta Borsellino - questa vicenda è stata incanalata nella giusta direzione. Possiamo, ora, procedere a trasformare gli accordi raggiunti in documenti che ci portino verso la firma di un accordo quadro e, dunque, alla nuova convenzione».



TROVATO L'ACCORDO PER LA NUOVA CONVENZIONE DELL'ISTITUTO MEDITERRANEO PER I TRAPIANTI

ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA

Vendita uova pasquali per l'associazione Aslti

«Ops... abbiamo fatto l'uovo!», con questo slogan ieri e oggi in piazza a fianco dei bambini che sono ion cura nel reparto di Oncematologia dell'ospedale "Armas Civico", ma anche per quelli che vengono seguiti dall'omologo reparto dell'ospedale di Catania. Raccolta di fondi, con la vendita di uova pasquali grazie all'intervento di due associazioni, Aslti Liberi di Crescere di Palermo, e Ibisus di Catania. Grazie all'acquisto del tradizionale uovo di Pasqua (gazebo in via Mazzini, angolo via Libertà) si può sostenere così nel loro prezioso lavoro le attività delle associazioni Aslti e Ibisus nelle unità operative di Oncematologia pediatrica dell'Azienda Ospedaliera Civico di Palermo, e del Policlinico di Catania.



LO STAND DELL'ASLTI

La campagna di informazione vuole sensibilizzare i cittadini sulle realtà dei reparti di Oncematologia pediatrica siciliani, "raccontando" i successi consolidati negli ultimi anni sul fronte delle cure e delle terapie, e i traguardi che sono ancora da raggiungere. «Ogni anno circa 140 bambini si ammalano di tumore in Sicilia - sottolineano Giuseppe Lentini - Presidente dell'Aslti, e Daniele Mannino, Presidente di Ibisus- i due centri di cura regionali, l'unità operativa di oncematologia pediatrica dell'Armas Civico di Palermo e la clinica pediatrica del Policlinico di Catania, sono in prima linea per dare a tutti loro le cure migliori senza bisogno di partire presso i centri del nord Italia o all'estero».

A. F.

La sanità

PER SAPERNE DI PIÙ
www.ismett.edu
www.salute.gov.it

Ismett, sì alla convenzione ma niente fondi in più

Il finanziamento resterà di 93 milioni all'anno. Ne erano stati chiesti 103

I posti letto saranno cento e i 140 medici dell'Upmc verranno assunti dall'Istituto

GIUSTI SPICA

Gli americani restano a Palermo. L'università di Pittsburgh e la Regione hanno trovato l'accordo per il rinnovo della convenzione intorno alla quale ruota il futuro dell'Istituto d'eccellenza per i trapianti Ismett. Il sì è arrivato ieri sera al termine di un vertice-fiume in assessorato che chiude la querelle tra due fronti contrapposti: l'asse renziano di Palazzo Chigi Delrio-Faraone, che premeva per il rinnovo alle condizioni degli americani, e il duo di Palazzo d'Orleans Borsellino-Crocetta, che poneva paletti su budget e posti letto. Dopo il parere del ministero che ha gettato le condizioni per l'intesa, è arrivato il via libera: si all'aumento dei posti letto da 80 a 100, no all'incremento del finanziamento pubblico da 93 milioni a 103, e passaggio obbligato all'Ismett dei 140 medici assunti da una società esterna controllata da Pittsburgh.

«Sono state poste le basi per un accordo condiviso che garan-



LA SEDE
L'edificio che ospita l'Ismett tra le palazzine dell'ospedale Civico di Palermo

tisca i livelli di efficacia, efficienza e sostenibilità», ha confermato l'assessore al termine del vertice, al quale hanno preso parte i rappresentanti dei ministeri della Salute e dell'Economia, la direzione strategica dell'Arnas Civico che detiene il 51 per cento delle azioni, il socio privato Upmc, il cda e il direttore di Ismett. «Durante il tavolo — continua Lucia Borsellino — si è sancito che quella di Ismett è una sperimentazione gestionale stabilizzata e sono stati definiti ruoli e responsabilità di tutti gli attori di questa vicenda ponendo

LA SENTENZA

La Corte dei conti: "Promozioni illegittime" Ex vertici Seus-118 condannati a risarcire

TRA il 2010 e il 2011 concessero promozioni a una decina di dipendenti della Seus, che gestisce il 118, «senza procedure concorsuali e in violazione del divieto di assunzione». La Corte dei conti ha condannato gli ex vertici a risarcire 350 mila euro per danno erariale. Sono l'ex direttore Giorgio Maria Vinciguerra, i membri del Consiglio di gestione Salvatore Geraci e Michele Battaglia e quelli del Consiglio di sorveglianza Maurizio Guizzardi e Bernardo Alagna.

le basi per una soluzione condivisa». Ora non rimane che mettere nero su bianco, entro la fine di marzo, un documento che suggelli l'intesa molto apprezzata anche dal direttore di Upmc.

All'università di Pittsburgh rimane la gestione sanitaria della struttura che vale 93 milioni di euro di budget all'anno e 100 posti letto. Un aumento che spiana la strada per altre 200 nuove assunzioni. Mai 140 medici che per adesso sono contrattualizzati con Upmc Italy, una società controllata dall'ateneo americano che finora ha "prestato" i camici

bianchi all'Istituto al costo di 17 milioni all'anno, dovranno diventare dipendenti di Ismett a tutti gli effetti. Ai sanitari sarà applicato il contratto dell'ospitalità privata.

Era proprio questo uno dei nodi sollevati dal governo Crocetta: «Si tratta di fondi pubblici che vanno a una società privata senza gara», aveva detto il governatore. Ma l'Upmc Italy ha assicurato trasparenza: «Per qualunque lavoro, bene o servizio, le selezioni del personale avvengono secondo una procedura concordata con la Regione e con avvisi pubblici» e «sulla base di criteri di meritocrazia ed esperienza che hanno garantito gli elevatissimi standard di qualità clinica».

L'accordo, trovato anche grazie alla mediazione ministeriale, fa tirare un sospiro di sollievo alle associazioni dei pazienti trapiantati che da settimane lanciano l'allarme per la possibile uscita di scena degli americani. Un'ipotesi che adesso sembra del tutto scongiurata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Malasanità

PER SAPERNE DI PIÙ
www.giustizia.it
www.palermo.repubblica.it

Bimba morì dopo il parto nella "clinica di Nicole" I genitori al ministro "Evitate altre vittime"

La tragica fine di Alessia alla Gibiino di Catania imputato il ginecologo ma si rischia la prescrizione. L'appello della coppia: "Giustizia per nostra figlia"

GIUSTIZIA

C'è una bambina rimasta al mondo solo 40 minuti che da sette anni aspetta giustizia. Il medico non si accorse dell'infezione al liquido amniotico della madre e, quando finalmente impugnò il bisturi per estrarla dall'utero, era già troppo tardi. C'è un processo che vede alla sbarra un ginecologo della casa di cura Gibiino di Catania, ormai lanciato in corsa verso le nebbie della prescrizione. Ci sono un padre e una madre "orfani" della loro figlia che chiedono giustizia «almeno per Nicole», la bambina nata nella stessa clinica sei anni dopo la loro piccola e morta durante una disperata corsa in ambulanza a caccia di un posto in Rianimazione. Per la sua morte sono indagati quattro medici della Gibiino.

Alessia e Nicole. Due storie parallele che si incrociano nell'inchiesta di una lettera-appello inviata al ministro della Salute Beatrice Lorenzin, al ministro di Grazia e Giustizia Andrea Orlando e all'assessore Lucia Borsellino. «Perché - scrivono i genitori Francesco Abate e Maria Agata Triggilla - abbiamo il diritto di sapere per quale motivo la nostra Alessia non può vivere la vita che meritava».

Muratore di 38 anni lui, casalinga di 35 lei, ripercorrono le tappe del calvario. La corsa verso la clinica per la rottura delle membrane il 28 febbraio 2008, alla trentacinquesima settimana di gravidanza. La visita dal ginecologo di fiducia, Sebastiano Gullisano, tutt'oggi nello staff della Gibiino. E quella strana richiesta di aspettare fino al 5 marzo per in-



IL DELITTO

Il giovane medico ucciso in discoteca commozione in chiesa allo Zen

LA CHIESA di San Filippo Neri allo Zen era gremita per il trigesimo di Aldo Naro, il giovane medico ucciso la notte di San Valentino da un calcio sferrato da un minore mentre si trovava nella discoteca Goa. I residenti del quartiere si sono stretti alla famiglia del giovane. Il padre Rosario Naro, ufficiale dei carabinieri, ha detto: «Questa partecipazione conferma che c'è speranza per chi vuole vivere in pace con il prossimo. Dimostra che mio figlio non è morto invano».

tervenire «altrimenti - spiegò una infermiera - il servizio sanitario non avrebbe pagato». È la legge: prima della trentaseiesima settimana, il parto va fatto in una

struttura dotata di Terapia intensiva neonatale.

Maria Agata, allora ventottenne e già madre di due figlie, resta ricoverata per quattro giorni. La



I GENITORI
Sopra, i genitori della piccola vittima. Accanto, la clinica Gibiino a Catania

piccola in grembo viene monitorata coi traccianti. Tutto «nella norma», è scritto nella cartella clinica. Fino alle 13,20 del 4 marzo, quando dopo il solito esame cardiocografico la signora viene portata d'urgenza in sala operatoria per il cesareo. Alessia nasce nove minuti dopo. «Cianotica, ipotonica e ricoperta da vernice di colore verde», scrive il neonatologo della clinica. Muore dopo 40 minuti «per una asfissia tanto grave da rendere assolutamente vano ogni tentativo di rianimazione», emergerà dall'autopsia. Dietro le porte del reparto papà Francesco aspetta di conoscerla. Invece si ritrova «un piccolo cadavere nudo sistemato in un sottoscala tra i cartoni vuoti e un condizionatore a una temperatura di 16 gradi. Era questa la camera mortuaria»,

ricorda con la stessa rabbia. Il resto è negli atti giudiziari.

L'autopsia eseguita dai consulenti della procura, Giuseppe Ragazzi (lo stesso del caso Nicole) e Claudia Giuffrida, evidenzia un grave distacco della placenta non diagnosticato e l'assoluta incompatibilità dell'ultimo tracciato della bambina con le condizioni di grave sofferenza respiratoria in cui nacque. Un particolare che convince gli avvocati della famiglia, Maurizio Veneziano e Vanessa De Santis, che la cartella clinica è stata manipolata e che è necessario agire anche contro la clinica. Ma il 23 luglio 2009 il pubblico ministero chiede l'archiviazione per l'unico indagato, il dottor Gullisano. La famiglia si oppone e nel gennaio del 2010 il gip ordina nuove indagini. Una integrazione alla consulenza tecnica stavolta non lascia dubbi: «Se il taglio cesareo fosse stato eseguito tempestivamente, la bambina avrebbe avuto apprezzabili possibilità di salvarsi». Finalmente c'è il rinvio a giudizio. La casa di cura viene citata solo come responsabile civile. Il reato, omicidio colposo, si prescrive in sette anni e mezzo e tra indagini e dibattimento ne sono già trascorsi sette. Ora il processo iniziato il 9 ottobre del 2013 è tutto da rifare. Il giudice monocratico è stato sostituito dal presidente del tribunale per incompatibilità. Una beffa per i genitori: «Il nostro caso - dicono - non ha avuto la stessa risonanza della piccola Nicole ma se si fosse intervenuti già nel 2008 sulla casa di cura, forse anche lei sarebbe viva». Solo dopo Nicole la Regione ha avviato l'iter per la revoca dell'autorizzazione ai parti nella clinica Gibiino.

IO PENSO CHE... Un'opinione ormai diffusa, ma errata, scarta l'ipotesi di eventi infausti. E sollecita dibattiti spesso sterili su strutture e formazione sanitarie

Morire di parto o in culla: troppe polemiche, pochi fatti

Vincenzo Giambanco*

Di Medicina Perinatale, disciplina che si occupa della gravidanza, del parto e del neonato, si è cominciato a parlare agli inizi degli anni '70. Ci si rese conto allora, confrontando i dati di mortalità neonatale alla nascita, che l'Italia, con il 35/1000, era al penultimo posto in Europa, seguita solo dal Portogallo. Iniziò in quegli anni un percorso virtuoso che, anche per incremento di parti cesarei, determinò una progressiva riduzione della mortalità perinatale, cioè compresa tra la 38ma settimana di gravidanza ed un mese dopo la nascita.

Nei decenni successivi l'indice di mortalità neonatale si è progressivamente ridotto fino ad attestarsi, negli anni '90, su valori corrispondenti alla media europea. Ciò non è stato solo frutto, beninteso, dell'aumento dei parti cesarei,

giunti anzi a proporzioni tali da diventare essi stessi allarmanti. Si era infatti verificato gradualmente un cambio di mentalità, cioè di cultura diffusa.

Chi, come il sottoscritto, ha memorie giovanili remote ricorda che di fronte ad un parto complicato e difficile l'ostetrica ed il ginecologo ponevano ai familiari il quesito se salvare la madre o il nascituro. Oggi tale quesito non è più immaginabile. Il risultato sperato di tutte le gravidanze (anche se talora più preteso che sperato) è di un figlio sano di una madre sana.

Il progresso tecnologico e la ricerca scientifica hanno reso possibile prevenire e curare molte affezioni del neonato e della gestante. La diagnosi prenatale e la interruzione legale della gravidanza hanno ridotto la nascita di feti con malformazioni incompatibili con la vita. I controlli durante la gravidanza sono molto più frequenti (anche troppo per un even-



Il professor Vincenzo Giambanco

to fisiologico) specie dove è operante la interazione tra ospedali e territorio.

Si è così strutturata una opinione diffusa, purtroppo sostenuta dai media, che «oggi non si può

morire di parto», «non è concepibile che nel terzo millennio muoia un neonato» e via con banalità di questo tipo, non confermate da alcun dato statistico e dal confronto con le realtà più progredite dei Paesi più avanzati.

Negli ultimi anni poi è divenuto evidente che:

le esperienze individuali, pure essenziali per la formazione professionale, non costituiscono regole valide erga omnes, che scaturiscono piuttosto da precisi criteri di indagine epidemiologica; per una formazione professionale completa è indispensabile un numero critico di esperienze specie considerata la scarsa frequenza degli eventi gravi;

per evidenti criteri di compatibilità economica alcune risorse umane e tecnologiche devono essere concentrate in centri di riferimento.

Si è quindi compreso che la impossibilità materiale di garantire una formazione completa del per-

sonale sanitario (per esempio per un numero insufficiente di nascite) costituisce di per sé un fattore di rischio alla nascita, sia per la madre che per il feto.

Questa considerazione è stata recepita in documenti ministeriali (Progetti Obiettivi Materno-Infantili) realizzati in collaborazione programmatica tra organi dello Stato, Regioni (Sicilia compresa) e Società scientifiche come la SIGO (Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia) e l'AGOI (Associazione dei Ginecologi Ospedalieri).

I maggiori ostacoli ad una razionalizzazione dei servizi, a parole invocata, provengono immancabilmente dalle proteste delle popolazioni che si vedono private del servizio sotto casa da cui attendono, senza chiedersi come, una assistenza perfetta. Sindaci con tanto di fascia, consiglieri comunali e qualche deputato molto «legato al territorio» non mancano di guidare marce e presidi per la

difesa di un «diritto alla salute» che in realtà guarda ad una presunta maggior comodità di accesso.

La scelta drammatica tra madre e figlio in un parto complicato può oggi diventare la richiesta di esito fausto per entrambi, ma a patto di non indulgere a demagogici populismi e facendosi anzi portavoce di quanto determina qualsiasi cambio di mentalità: la cultura diffusa.

Ginecologi, Ostetriche, Neonatologi sono sicuramente disponibili alla diffusione di elementi dimostrati e comprensibili, ma fino a quando dovranno scontrarsi con la becera ricerca del consenso, che intercetta ogni tentativo di razionalità?

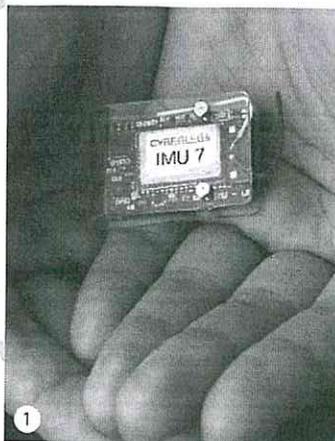
L'assessore Borsellino sembra determinata ad interrompere il solito giro vizioso: evento infausto-provvedimenti di emergenza-proteste locali-pantano decisionale, aspettando un nuovo evento infausto. A Lei affidiamo la speranza della ragione.

*Primario Emerito di Ginecologia ed Ostetrica
Già Presidente della SIGO

UN SISTEMA STUDIATO IN ITALIA IL TEST SU 11 VOLONTARI

di Salvatore Fazio

GAMBE BIONICHE PROTESI E SENSORI: COSÌ SI PUÒ TORNARE A CAMMINARE



Dopo le mani, arrivano anche le gambe bioniche. E sono nate in Italia. Una combinazione di protesi intelligenti, sensori e robot indossabili consente di camminare anche a chi ha perso l'uso degli arti inferiori. C'è uno zainetto che aiuta a muovere le anche, ma ci sono pure le scarpe intelligenti equipaggiate con sensori di pressione, accelerometri indossabili, dispositivi motorizzati che aiutano le articolazioni.

Si tratta del primo progetto al mondo che unisce protesi e dispositivi robotici in un vero e proprio kit hi-tech per far camminare con meno fatica chi ha subito un'amputazione delle gambe, ma anche persone anziane per le quali camminare è faticoso o addirittura impossibile senza un bastone o un deambulatore.

Le prime gambe bioniche sono pronte e hanno superato con successo i primi test sull'uomo. Sono nate nella Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, hanno mosso i «primi passi» nei test condotti presso l'istituto Don Gnocchi di Firenze e gli esperti prevedono un'evoluzione che nei prossimi anni le farà uscire dagli istituti di riabilitazione, facendone sostituti hi-tech del bastone per chi ha difficoltà a camminare.

Le gambe bioniche sono nate in Italia, nell'ambito del progetto europeo Cyberlegs, coordinato dall'Istituto di BioRobotica della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, in collaborazione con Belgio e Slovenia. Durato tre anni, il progetto è stato finanziato dalla Commissione Europea con 2,5 milioni.

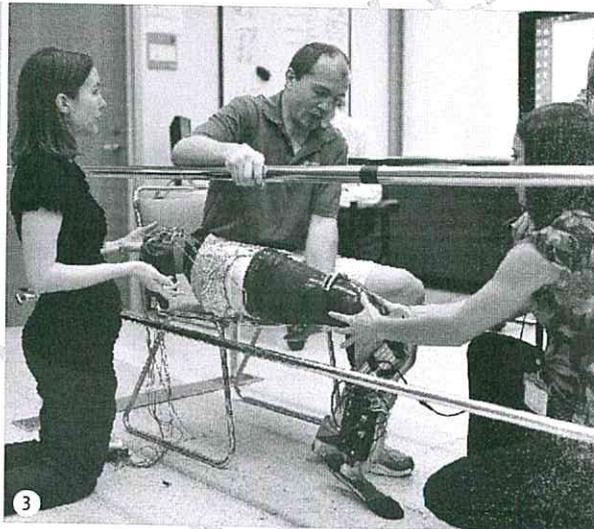
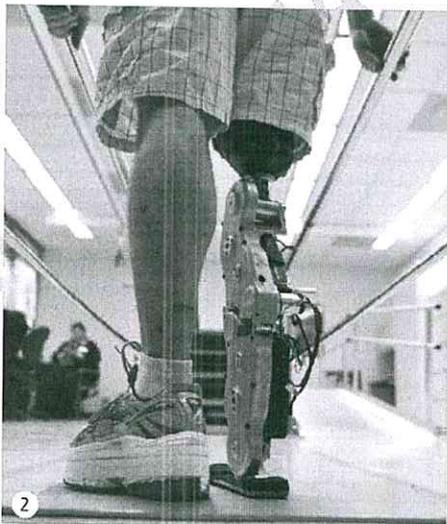
Il risultato è una combinazione unica di protesi intelligenti, sensori e robot indossabili, come esoscheletri leggeri poco ingombranti, sperimentati su 11 volontari, tutti uomini di età compresa fra 33 e 80 anni.

«Ho provato un po' tutti i dispositivi - ha detto Daniele Bellini, 67 anni, amputato in seguito a un trauma -. Il peso è molto più contenuto rispetto a quello delle prime versioni. Io mi sposto normalmente senza stampelle, ma la mia autonomia viene aumentata perché l'energia della macchina aiuta a fare il passo».

Il kit consiste in «un insieme di moduli che posso-

no essere utilizzati sia singolarmente che in combinazione». «Sappiamo quanto sia faticoso camminare per le persone che hanno subito un'amputazione: di qui l'idea di un dispositivo che le aiuti a muoversi in modo più naturale - spiega il coordinatore del progetto, Nicola Vitiello -. Per questo si è deciso di puntare su tecnologie che "si indossano" e che permettono dunque a chi è in difficoltà di camminare con meno fatica».

UNA TECNOLOGIA CHE «SI INDOSSA»
E PERMETTE DI ESSERE AUTONOMI
UNA START-UP PER METTERLA
IN COMMERCIO FRA DUE ANNI



1. Un microprocessore che collega gli impulsi cerebrali alla protesi. 2. Una «gamba bionica», protesi di nuovissima generazione. 3. Esperienze in laboratorio su un volontario

GIORNALE DI SICILIA

CRONACHE DALL'ISOLA

SABATO 14 MARZO 2015
PAGINA 15

CORTE DEI CONTI. Direttore generale, consiglio di gestione e di sorveglianza dovranno risarcire 350 mila euro

«Promozioni e concorsi illegittimi» I vertici della Seus pagheranno i danni

PALERMO
●●● Trentacinquemila euro per oltre 25 promozioni avvenute nella Società emergenza urgenza Sicilia (la Seus) che gestiva il 118. È il risarcimento - stabilito dai giudici della Corte dei Conti presieduta da Luciana Savagnone - che i vertici della Seus dovranno pagare. La Sezione giurisdizionale della Corte dei Conti con sentenza 244/2015 - accogliendo l'impostazione della domanda risarcitoria della Procura regionale - ha condannato il direttore generale, i componenti del Consiglio di Gestione e del Consiglio di Sorveglianza della Seus

al risarcimento del danno erariale. Secondo la procura è stato contestato il danno per le promozioni disposte senza concorsi e in violazione del divieto legale di assunzione, previsto dalla normativa regionale per il contenimento della spesa pubblica nelle società regionali. Direttori dell'assessorato e della Seus erano stati citati a giudizio per le promozioni avvenute tra il novembre 2010 e il febbraio 2011, e successivamente revocate dal Consiglio di Gestione nell'adunanza del 14 gennaio del 2014, in concomitanza all'intervento della Procura della Corte dei conti. L'attività istrutto-

ria definita dalla Procura regionale «rientra nell'azione a tutela delle risorse pubbliche mirata a contrastare i fenomeni di reclutamento di personale operato in alcune società regionali in violazione di espliciti divieti amministrativi e legali». Nella sentenza i giudici contabili hanno così ripartito il danno erariale: Gaetano Bonfiglio, presidente Consiglio Gestione, 82.389,16 euro; Salvatore Geraci, componente Consiglio Gestione, 82.389,16; Michele Battaglia, componente Consiglio Gestione, 56.848,52 euro; Maurizio Guizzardi, presidente Consiglio Sorveglianza, 3.747,68 eu-

ro; Bernardo Alagna, Consiglio Sorveglianza, 4.519,26 euro; Giorgio Maria Vinciguerra, direttore Generale, 140.499,65 euro.
Ai vertici della società erano state contestate circa 27 promozioni alla Seus negli anni scorsi, e sono costate circa 400 mila euro finiti nell'indagine della Corte dei conti. Questa condanna rappresenta un secondo passo rispetto a quella che ha portato alla condanna di 17 politici per un risarcimento per le circa 1.200 assunzioni tra il 2005 e il 2006 nella società che all'epoca gestiva il 118 nell'Isola. La giunta Cuffaro, fra il 2005 e il 2006, era stata condannata in primo grado a pagare 37 milioni di euro. In appello era arrivato in parte un colpo di spugna. Uno speciale collegio della Corte, con una nuova decisione, aveva ricalcolato la somma a circa 30 mila euro. (MATTIA IGNAZIO MARCHESI)

SANITÀ. Tre su tre assenti: l'ospedale prima annuncia la chiusura del reparto e il trasferimento dei bambini. Poi, dopo una segnalazione alla polizia, il dietrofront

Il reparto non chiude, ma di fatto fin quando non rientrerà l'emergenza i bambini che giungeranno in reparto ad Enna saranno mandati a Piazza Armerina.

Angela MONTALTO
ENNA

●●● All'Umberto I di Enna chiude il reparto di Pediatria. Anzi no. Tre medici su tre sono in malattia compreso il primario e la direzione, alle 14.30, dispone il trasferimento dei piccoli pazienti all'ospedale Chiello di Piazza Armerina e quindi la chiusura del reparto. Ma dopo qualche ora, durante le quali i genitori segnalano l'accaduto alla Polizia, la direzione dell'ospedale cambia idea e revoca le disposizioni. Le bambine di 1 e 3 mesi e 4 anni «saranno temporaneamente seguiti dai medici di Neonatologia che si sono pre-stati», assicura il direttore sanitario, Emanuele Cassarà.

Dopo i terribili fatti di cronaca degli scorsi giorni che ha visto vittime bambini, i genitori della provincia hanno scelto l'ospedale ennese anziché gli altri tre presenti sul territorio per via dell'Utin, l'Unità di terapia intensiva neonatale. Invece ieri, come denunciavano, erano stati abbandonati a se stessi. Il reparto quindi non chiude ma di fatto «per cause maggiori e fin quando non rientrerà l'emergenza - spiega ancora Cassarà - i bambini che giungeranno in reparto ad Enna saranno mandati a Piazza Armerina». Conclude il direttore sanitario: «Abbiamo già fatto una delibera per reclutare un neonatologo e un pediatra. Fino a qualche giorno fa il reparto era pieno, tanto che alcuni bambini sono rimasti in attesa di un posto letto in ludoteca, ma nell'arco di pochi giorni tutti sono stati dimessi, forse in prospettiva della chiusura. Sono rimasti in reparto una bimba colpita da bronchiolite, una seconda con un broncopneumonia e la più grande con un virus ai polmoni. Sono stati i genitori che non hanno voluto sentire ragioni e dopo aver appreso che il reparto era ri-



Vlad Raluca Giorgia, Giovanna Armerio con il marito Antonio Mazzola presso il reparto di pediatria di Enna (FOTO CAPPA)

ENNA, MEDICI MALATI PEDIATRIA NEL CAOS

I PICCOLI SARANNO SEGUITI DAI NEONATOLOGI SINO A FINE EMERGENZA

masto privo di medici hanno contattato le forze dell'ordine: i medici si sono visti solo di mattina e poi i nostri bambini sono stati seguiti dagli infermieri che non potevano far altro che attenersi alle indicazioni e alle terapie prescritte», spiegano i coniugi Mazzola, che venerdì notte hanno portato la bambina al Pronto soccorso di Enna. La più agguerrita è Vlad Raluca Giorgia, che giunta da Leonforte spiega: «Siamo stati abbandonati e i nostri bambini non me-

ritano di essere trascurati. Io inoltre non posso permettermi di andare a Piazza Armerina, ho un altro bimbo piccolo che sta male», dice la donna, rumena d'origine. Un paradosso emerge dal racconto della signora Patrizia Oliva, che arriva da Piazza Armerina: «È stato il reparto di pediatria del nostro ospedale a consigliarci di portare nostra figlia all'Umberto I di Enna piuttosto che lì, perché se ci fossero state complicanze qui c'è la Terapia intensiva e

adesso ci rispediscono indietro. Io a questo punto riporto mia figlia a casa...». Anche la Uil è intervenuta con un esposto alla questura di Enna e una lettera aperta all'assessore Borsellino: «Addebitiamo questi gravi disservizi - dicono i segretari Adamo e Faraci - alla mancanza del piano per l'organizzazione del lavoro che l'Azienda non ha ancora aggiornato e stilato in seguito alla nuova rete ospedaliera». (FAMO)

AVRÀ PIÙ POSTI LETTO La Regione rinnova l'accordo con l'Ismett

●●● La Regione rinnoverà la convenzione con l'Ismett. Dopo mesi di roventi polemiche e scontri seguiti alle dichiarazioni che l'intesa non sarebbe stata siglata, ieri l'annuncio. Si va verso la conferma dei 53 milioni all'anno e il socio privato americano dovrebbe continuare con la gestione attuale. Previsto addirittura l'aumento dei posti letto in base alla nuova rete ospedaliera: da 76 a 100. «Si avvia a positiva soluzione la vicenda del rinnovo della Convenzione fra la Regione Siciliana e l'Ismett. Si è, infatti, concluso positivamente il tavolo tecnico che ha posto le basi per un accordo quadro di rinnovo ampiamente condiviso: lo ha detto l'assessore regionale per la Salute, Lucia Borsellino, al termine del tavolo tecnico tenuto nei locali dell'assessorato regionale per la Salute e al quale hanno preso parte i rappresentanti dei ministeri della Salute e dell'Economia, la direzione strategica dell'Anas Civico, il socio privato Umpc, il cda ed il direttore di Ismett, oltre ai rappresentanti istituzionali dell'assessorato. Durante il tavolo si è sancito che quella di Ismett è una «sperimentazione gestionale stabilizzata» e sono stati definiti ruoli e responsabilità di tutti gli attori di questa vicenda ponendo le basi per una soluzione condivisa. «Grazie alla disponibilità ed alla leale collaborazione di tutte le parti intervenute - commenta l'assessore Borsellino - questa vicenda è stata incanalata nella giusta direzione. Possiamo, ora, procedere a trasformare gli accordi giunti in documenti che ci portino verso la firma di un accordo quadro e, dunque, alla nuova convenzione». L'assessore sottolinea che «abbiamo oggi la certezza che potremo predisporre, in tempi ragionevolmente brevi e comunque utili ad assicurare la continuità operativa dell'istituto, un documento che garantisca i necessari livelli di efficienza, efficacia e sostenibilità sia dal punto di vista economico che puramente sanitario». (SARFAT) SALVATORE FALZO

MINISTERO E REGIONE. L'obiettivo è promuovere corretti stili di vita che diminuiscano l'incidenza delle malattie. Promozione pure per la donazione di sangue e organi

«Mi prendo cura di me», al via campagna per la salute

PALERMO
●●● Promuovere corretti stili di vita nella popolazione siciliana, comportamenti salutari che ne migliorino la qualità, accrescano lo stato di salute e diminuiscano l'incidenza delle malattie ed educare la popolazione alla prevenzione, promuovere la donazione di sangue ed organi. Sono alcuni degli obiettivi strategici fondamentali individuati dall'Organizzazione Mondiale della sanità e recepiti tanto dal Ministero della Salute quanto dall'assessorato Regionale della Salute.

Per perseguire questi obiettivi nasce, in Sicilia, la campagna per la pro-

mozione della salute. Divisa in cinque grandi aree essa promuove i «comportamenti salutari»: il contrasto alle dipendenze di ogni tipo - droga, alcol, gioco d'azzardo; la salubrità e sicurezza sui luoghi di lavoro; promuove gli screening per la prevenzione come quelli oncologici e punta ad accrescere la donazione di sangue e organi. «Sai che c'è, io mi prendo cura...» è il «must» della nuova campagna nella quale possiamo già imbatterci in Sicilia in varie forme comunicative. Parlando, ad esempio, di alimentazione si parte dalla constatazione che un maschio su 2 è in sovrappeso. Uno su 10 è obe-

DALLA PREVENZIONE CONTRO L'OBESITÀ ALLA LOTTA AD ALCOL E GIOCO D'AZZARDO

so. Una donna italiana su 3 è in sovrappeso. Una su 10 è obesa. L'obesità è in crescita, con un incremento percentuale del 9 per cento nel 2005 rispetto al 2000, mentre dal 2005 a oggi il dato è rimasto stazionario. Il 30 per cento dei bambini italiani è so-

vrappresso, con punte del 40 per cento nel centro-sud.

Ma non si tratta certo dell'unico tema. La ludopatia, la dipendenza da gioco d'azzardo, si stima, invece, che possa coinvolgere una quota fra il 2 e il 4% della popolazione. La febbre del gioco considerata per anni un semplice vizio è, in realtà, una vera e propria malattia tanto da essere stata recentemente inserita nei «Lea» ovvero i livelli essenziali di assistenza.

Ci sono poi le dipendenze da alcol e droghe che oltre agli evidenti effetti dannosi per la salute sono anche alla base di ulteriori problemi di natu-

ra traumatica primo fra tutti gli incidenti stradali. In Sicilia se ne registrano circa 13 mila l'anno, in media 36 al giorno e molti sono proprio legati all'abuso di alcol e droga.

Obiettivo prioritario, anche alla luce di questi dati, è la prevenzione. E per prevenire è necessario coinvolgere i siciliani in un processo che porti sempre una fetta maggiore della popolazione ad utilizzare giusti e corretti comportamenti e stili di vita. Così ecco nascere gli «slogan» della campagna: «Sai che c'è, io mi prendo cura di me e contrasto le dipendenze da fumo, alcol, droga e gioco d'azzardo»; «Sai che c'è, io mi pren-

do cura di me e sto attento alla mia sicurezza sul lavoro»; e così via utilizzando come base sempre il «Sai che c'è, io mi prendo cura...» declinato nelle varie forme per veicolare il messaggio salutare.

«Puntiamo molto su questa campagna - dice Salvatore Requizez, responsabile del Servizio Promozione della Salute della Regione Siciliana - per migliorare il futuro dei siciliani». Oltre al beneficio diretto che ne avrà il cittadino, se ne avvantaggerà anche il sistema sanitario visto che le nuove frontiere del risparmio non sono certamente i tagli ma proprio la prevenzione che abbate l'incidenza delle malattie e dunque il ricorso al sistema sanitario ed il relativo costo pro capite» dice Ignazio Tozzo, Dirigente generale del Dipartimento attività sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico.

Il piede e il diabete, "attenti a quei due"

Da sempre si è ritenuto ingiustamente il piede come parte poco nobile del corpo umano. A volte, è anche usato per indicare, nel linguaggio comune, cosa mal fatta. In realtà, il piede è una struttura complessa e perfetta nella sua funzione di sostegno e dinamica. Quest'organo è composto da una pianta spessa e robusta, da cinque dita per lato pronte ad ancorarsi e scattare nel movimento, oltre a un complesso sistema di tendini che garantiscono l'articolazione di numerose ossa. Questa struttura fa di quest'organo un gioiello d'ingegneria dinamica. Quante cose sarebbero impossibili al genere umano senza questo versatile strumento, utile nell'offesa o nella difesa (es. arti marziali), nello sport (es. calcio), nella musica (per battuta s'intende una battuta di piedi!), nell'armonica espressione della danza. L'importanza del piede per l'uomo si deduce anche dai frequenti riferimenti ad esso nella vita quotidiana, come battere i piedi per indicare rabbia o freddo, andare con i piedi di piombo per indicare l'agire con prudenza, avere le ali ai piedi sinonimo di entusiasmo e di velocità o non pestare i piedi quale consiglio a non interferire negativamente; etc. etc. Tuttavia, sono scarse l'attenzione e la cura che sono prestate a questo complesso

ingranaggio composto da 26 ossa, 15 articolazioni e 42 muscoli che lavorano insieme in maniera perfettamente coordinata. Il secondo elemento della nostra trattazione è il diabete. Senza dilungarmi su questa diffusa e molto trattata patologia, vera piaga mondiale ad enorme incidenza economico-sociale, è importante segnalare fra le complicanze del diabete. Oltre a quelle che colpiscono occhi, reni, nervi e vasi, quella che colpisce il piede (piede diabetico appunto) dà una séquela di ulcerazioni, d'infezioni spesso gravi e di amputazioni altamente invalidanti. Persistenza ultraventennale del diabete, età anagrafica superiore a 65 anni, ridotta circolazione periferica specie agli arti inferiori, maggiore tendenza a contrarre infezioni per riduzione delle difese immunitarie e scarsa sensibilità al calore, al freddo ed al dolore sono tutti fattori di rischio favorevoli all'istaurarsi della complicanza denominata piede diabetico. Una vescicola causata da una scarpa molto stretta, un'unghia incarnita o una callosità che s'infetta possono, infatti, divenire un'avversità che, se trascurata o mal trattata, si trasforma in un dramma. Infatti, occorre, nei casi estremi, amputare le dita del piede, di tutto il piede, la gamba o addirittura la coscia. Attenzione, dunque, ad osservare spesso e bene i

piedi! È necessario ricercare nel piede, sia o no diabetico, screpolature, piccole fessurazioni, ferite, vescicole che si ulcerano, scottature, macerazione fra le dita, unghia incarnita. Queste possono aprire la porta ad infezioni con gonfiore, arrossamento, dolore e grave compromissione della sua integrità e funzione. Per evitare questo esito, è necessario mantenere la cute del piede, specie al dorso, massaggiata ed idratata, cosa che limiterà le screpolature. Tagliare le unghie dritte solo con forbicine a punte arrotondate, limiterà traumi ed incarnimenti. Non usare lamente o callifughi liquidi per rimuovere callosità, possono danneggiare la pelle. Non bisogna camminare a piedi scalzi, ricordandosi che il paziente con diabete può parzialmente perdere la sensibilità ai piedi. Occorre indossare sempre delle calze, (possibilmente di cotone o di lana), terranno asciutti i piedi evitando macerazioni cutanee ed isolandoli dall'interno delle scarpe che andranno ispezionate alla ricerca di cuciture o pericolose sporgenze. È necessario proteggere i piedi dal calore intenso, stando lontani da raggi solari, stufette, termosifoni, caminetti e dal freddo, evitando i geloni con l'uso di scarpe imbottite all'interno che terranno i piedi al caldo. Per mantenere una buona cir-



colazione agli arti inferiori, occorre appoggiare i piedi in alto su uno sgabello quando si è seduti, non accavallando le gambe per lungo tempo. Non bisogna usare calze troppo strette, non fumare e correggere il colesterolo nel sangue con opportuna dieta e cura. Non ultimo, è consigliabile svolgere una vita attiva camminando, nuotando, ove possibile, e usando giornalmente la cyclette in camera o la bicicletta in esterno. In conclusione oggi è scientificamente riconosciuto che l'educazione all'autogestione, la presa di coscienza della complessità della propria malattia, l'attenta osservazione del proprio corpo, la comprensione e fiducia nell'efficacia delle cure ed in se stessi, costituiscono elementi essenziali nella delicata gestione del diabete e delle sue complicanze.

Dott. Gaetano Giardina
Dirigente Chirurgo Emerito
U.O. Az. Osp. "V. Cervello"
Per il trattamento chirurgico
del Piede diabetico e delle
Ulcere Trofiche

Ricerca: nella birra composto promettente contro l'Alzheimer e il Parkinson



Dopo i molti studi sui benefici del vino per la salute, arrivano notizie interessanti anche per gli amanti della birra. Secondo uno studio cinese, finanziato dalla Lanzhou University e dalla National Science Foundation della Provincia di Gansu, un composto presente nella birra - o meglio nel luppolo -

potrebbe proteggere le cellule cerebrali e potenzialmente contrastare lo sviluppo di malattie come Alzheimer e Parkinson. La ricerca è descritta sul 'Journal of Agricultural and Food Chemistry'. Il team diretto da Jianguo Fang, dello State Key Laboratory of Applied Organic Chemistry, ha deciso di testare il

composto presente nel luppolo, lo xanthohumol, indagando su tutti i suoi potenziali benefici: dal potere antiossidante alle proprietà protettive per la salute cardiovascolare, fino all'effetto anti-cancro. Il team ha testato il composto su cellule cerebrali umane, scoprendo così che potrebbe proteggere i neuroni e poten-

zialmente aiutare a rallentare lo sviluppo di malattie neurologiche. Insomma, si tratta di un interessante candidato per nuove terapie mirate a combattere Alzheimer e Parkinson.

Fonte: Bon Vivre
www.bonvivre.it
Partner nell'attesa...



Ciclo completo, consumi di carburante (l/100 km): 3,4 - 3,8 - 4,2. Emissioni CO₂ (g/km): 91 - 104 - 116.

Audi A1.
A tutta avanguardia.

Scopri di più

Audi Zentrum Palermo
Viale Reg. Siciliana 1514

All'avanguardia della tecnica 

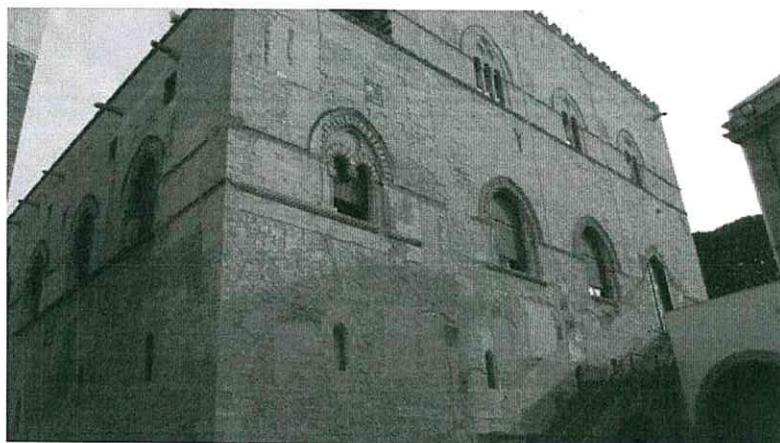
[Home](#) > [Vita](#) > Dall'Università di Palermo un progetto sulle malattie auto-immuni

Vita

SALUTE

Dall'Università di Palermo un progetto sulle malattie auto-immuni

16 Marzo 2015



PALERMO. Diagnosi precoce di malattie autoimmuni come diabete e celiachia nei Paesi del Mediterraneo attraverso un sistema informatico innovativo messo a punto dall'Università di Palermo. Il progetto, chiamato Aida (sigla di Auto-Immunità: Diagnostic Assisté par ordinateur) e riconosciuto come progetto strategico internazionale finanziato dall'Unione europea, presenta adesso i suoi risultati. La presentazione domani, allo Steri.

Parteciperanno il rettore Roberto Lagalla, l'assessore regionale alla Salute Lucia Borsellino, il sindaco Leoluca Orlando, il presidente della Regione Rosario Crocetta, il console tunisino a Palermo Farhat Ben Sohis, il coordinatore del progetto Giuseppe Raso (ordinario di Fisica applicata all'Università di Palermo), il rettore dell'Università di Tunisi, Fethi Selaouti. Tra gli interventi, quelli di Nabil Ben Salah del ministero della Salute della Tunisia; di Linda Vancheri, assessore alle Attività produttive della Regione siciliana; di Vincenzo Falgares, direttore della Programmazione della Regione siciliana.

L'idea progettuale nasce dal gruppo di ricerca del dipartimento di Fisica e Chimica dell'Università di Palermo, che da anni svolge attività nell'ambito del supporto alla diagnosi tramite applicazioni fisico-computazionali alla medicina.

Obiettivo di Aida, il miglioramento della diagnosi delle malattie autoimmuni (Mai) realizzata tramite immuno-fluorescenza indiretta (Ifi), grazie all'installazione e alla validazione di un sistema informatico di acquisizione di immagini e di trattamento di dati. Il progetto ha consentito l'installazione di sistemi informatizzati per il supporto del test Ifi in alcuni ospedali in Sicilia e in Tunisia; lo sviluppo di collaborazioni scientifiche nell'ambito delle malattie autoimmuni tra le strutture implicate nel progetto per realizzare ricerche, corsi di formazione e studi epidemiologici.

L'utilizzo dei cookie su questo sito serve a migliorare l'esperienza di navigazione.

[Sono d'accordo](#)

[Leggi tutto](#)

... saranno pronti da installare nelle loro strutture i sistemi di diagnosi per immagini; il servizio sanitario, con riduzione dei costi, miglioramento delle prestazioni e riduzione dell'intervallo tra i tempi di analisi e quelli di reporting.

TAG: **malattie autoimmuni**

Offerte Valide dal 16 al 24 Marzo 2015
**Prima, Vera e Unica
 CONVENIENZA!**



Tonna all'Olio
 d'Olive Due
 Pavoni g 80
 al kg/lt 6,25

€0,50

ARD
 discount
 MASSIMA RESA, MINIMA SPESA

LOGIN REGISTRATI CAMBIA HOME CONTATTI NEWSLETTER PUBBLICITÀ -A A+

Cerca nel sito

P.zza Castelnuovo 35
 (al Politeama) Palermo

LIVESICILIA

Fondato da Francesco Foresta

P.zza Castelnuovo 35
 (al Politeama) Palermo

Lunedì 16 Marzo 2015 - Aggiornato alle 10:05

HOME CRONACA POLITICA ECONOMIA CUCINA LAVORO SALUTE FOTO VIDEO METEO Caltanissetta6*

LIVESICILIA PALERMO LIVESICILIA CATANIA LIVESICILIA SPORT TRAPANI AGRIGENTO MESSINA CALTANISSETTA ENNA RAGUSA SIRACUSA

Home > Cronaca > Appalto revocato all'Asp Il Tar dà ragione a Candela

PALERMO

Appalto revocato all'Asp Il Tar dà ragione a Candela

Domenica 15 Marzo 2015 - 06:30 di **Riccardo Lo Verso**

SEGUI

Articolo letto 4.568 volte

La gara per le manutenzioni degli impianti tecnologici poteva essere annullata. L'azienda sanitaria, scrivono i giudici amministrativi, ha scelto "una soluzione economicamente più vantaggiosa".

Cosa leggono i tuoi amici?

Abilita la lettura sociale

1 trucco per un ventre piatto

Perdi 1Kg ogni giorno.
 Basta usare questa regola strana

Suggerimento

La regola #1 per una pancia piatta

Perdi 2 kg al giorno con questa strana ed antica regola

Leggi l'articolo >>

CONDIVIDI QUESTO ARTICOLO

45

4

0

6

Condividi

Tweet

g+1

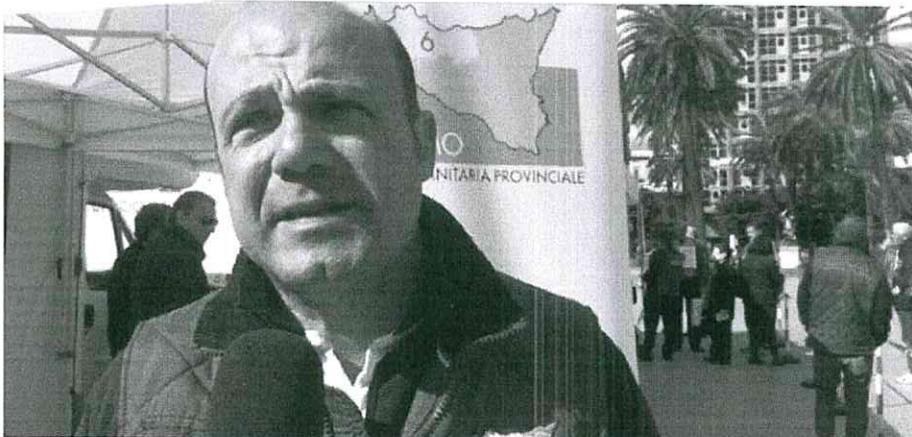
VOTA

12 COMMENTI

3,4/5
 5 voti

PREFERITI

STAMPA



Il direttore generale dell'Asp di Palermo, Antonio Candela

PALERMO - Alla fine ha avuto ragione il manager dell'Asp 6 Antonio Candela. La gara per le manutenzioni degli impianti tecnologici poteva essere annullata. Lo ha stabilito il Tar con una sentenza che non è stata appellata e che, dunque, è ormai definitiva.

Era stata la Cofely Italia, aggiudicataria provvisoria per 15 milioni e 400 mila euro (la base d'asta era di 18 milioni e mezzo), a fare ricorso per annullare la decisione con cui l'Azienda sanitaria aveva revocato in autotutela la gara. Il Cga, accogliendo la richiesta di sospensiva avanzata dall'impresa, aveva chiesto al Tribunale amministrativo regionale di trattare nel merito la questione.

La Cofely riteneva che l'aggiudicazione provvisoria fosse nel frattempo divenuta definitiva. Di parere opposto il collegio presieduto da Caterina Criscenti, secondo cui, "l'insieme di tutti gli atti posti in essere dall'Asp denotano l'univoco intendimento di porre nel nulla, per una diversa e legittima

expert pistone

NEXT IS NOW

SAMSUNG
 Galaxy S6 | S6 edge

PRENOTALO SUBITO
 e acquistalo entro il 30 aprile per ricevere
 l'anno valido caricatore wireless.

Tag

antonio candela, appalto, Azienda sanitaria, gara manutenzione tecnologica asp di palermo, manager, manutenzioni, palermo, revoca, tar, tribunale amministrativo regionale

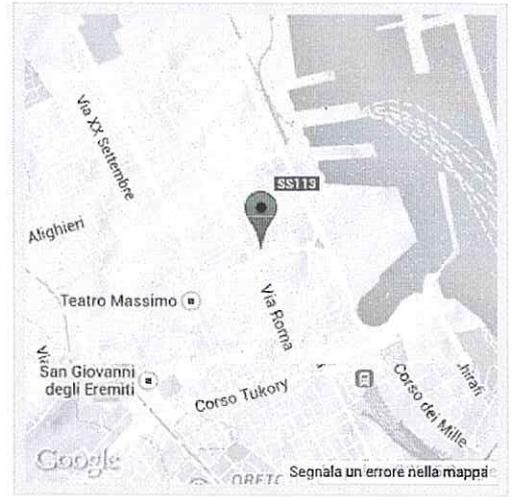
GEOTAG

VALUTAZIONE dell'interesse pubblico a conseguire consistenti risparmi di spesa, la prima gara". Ed ancora: "Era chiara la volontà di non definire la gara, bensì di ottenere un nuovo capitolato per il servizio integrato di **GESTIONE** energetica, sicché nella sostanza si stava chiarimenti orientando "verso una soluzione economicamente più vantaggiosa, in quanto fonte di risparmi di spesa anche a medio e lungo termine". Il riferimento è al fatto che con la nuova indizione della gara è stato individuato un risparmio immediato di tre milioni di euro, che sale a 21 milioni per tutta la durata dell'appalto.

L'appalto per le manutenzioni che è ancora in fare si aggiudicazione - se ne sta occupando l'Urega, l'ufficio regionale per l'espletamento delle gare - è uno dei quattro stoppati dal manager con un risparmio di decine di milioni di euro. A cominciare da quello per i pannoloni che è costato il processo all'ex manager Salvatore Cirignotta, accusato di turbativa d'asta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sponsored by Ufficio UBU



VIDEO CRONACA



Ragusa, rapina violenta in farmacia VIDEO



Ragusa, l'eroina nascosta e...ritrovata



Gli scontri alla Mondadori del 2011



Leonforte, cancello dell'eliosoccorso chiuso



Mafia di Porta Nuova, sequestro al boss Milano



'Deve abbussare? Colpi di legno?'

ARTICOLI CORRELATI



Appalto milionario revocato all'Asp Il Tar dà ragione al dg Candela



Asp Palermo, gara per impianti Il Tar conferma l'annullamento



Asp Palermo, appalti revocati e di nuovo banditi



Il Tar dà ragione all'Asp 6 Giusto fermare la gara dei pannoloni



'Turbò la gara dei pannoloni' Cirignotta sotto processo



'Il progetto è sovrastimato' L'Asp revoca 2 gare milionarie



È l'antidoto all'obesità. 1 dose stimola il metabolismo. Perderai peso per sempre!



Le gare di Cirignotta Il Cga sospende la revoca

» ARCHIVIO

ULTIMI COMMENTI

16 Mar 09:55
una tra tante su Tagli, la finanziaria è pronta La Cisl: "Nessuna strategia"

16 Mar 08:41
anna torregrossa su Reparti strapieni, sporcizia e disagi Il calvario di una mamma al Di Cristina

16 Mar 08:37
nino su E' il momento di scegliere la propria scala dei valori

16 Mar 08:26
Roberto su Reparti strapieni, sporcizia e disagi Il calvario di una mamma al Di Cristina

16 Mar 08:20
obiettivamente su E' il momento di scegliere la propria scala dei valori

I Più Letti I Più Commentati

Oggi Settimana Mese

Da Crocetta a Ingroia a Lucia Borsellino Il teatrino di una Sicilia senza pudore (9.285)

Cerca mappe e indicazioni stradali
GRATUITE per la tua area ora!

Terapie. Il Nobel Ciechanover riassume le tappe fondamentali del progresso dei trattamenti. E annuncia la nuova e imminente fase, con i grandi benefici che porterà. Ma anche i rischi economici e sociali per l'umanità

La terza rivoluzione per ogni malato farmaci "su misura"

LA SCOPERTA di Aaron Ciechanover premiata nel 2004 col Nobel per la Chimica è la soluzione di uno dei grandi misteri della vita, che si può riassumere in queste poche domande: perché la gran quantità di proteine prodotte dalla cellula ogni giorno per funzionare non si accumula sino a soffocarla? Come le distrugge? E come distingue quelle da conservare da quelle da rottamare? Ciechanover ha dato le risposte svelando il sistema sofisticato e complesso che fa tutto ciò, basa su particolari proteine (ubiquitine) che legandosi e quelle da eliminare ne avviano la rottamazione.

AARON CIECHANOVER*

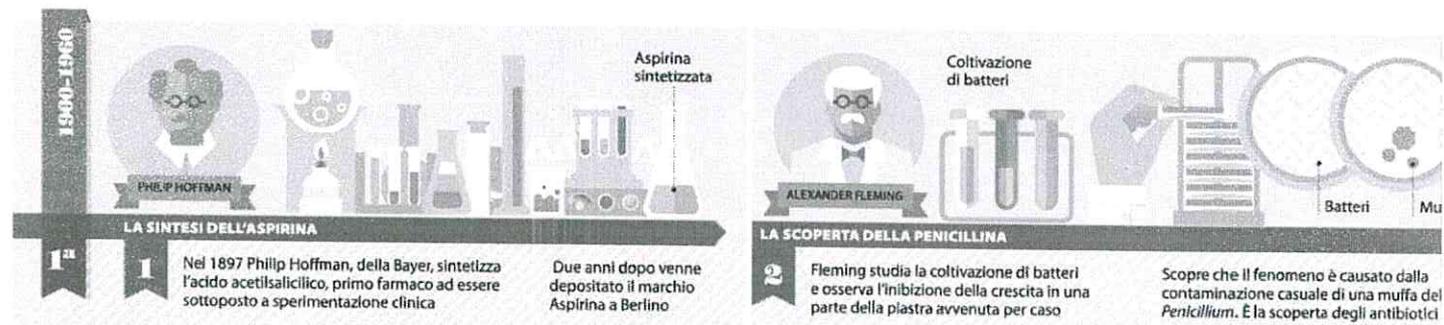
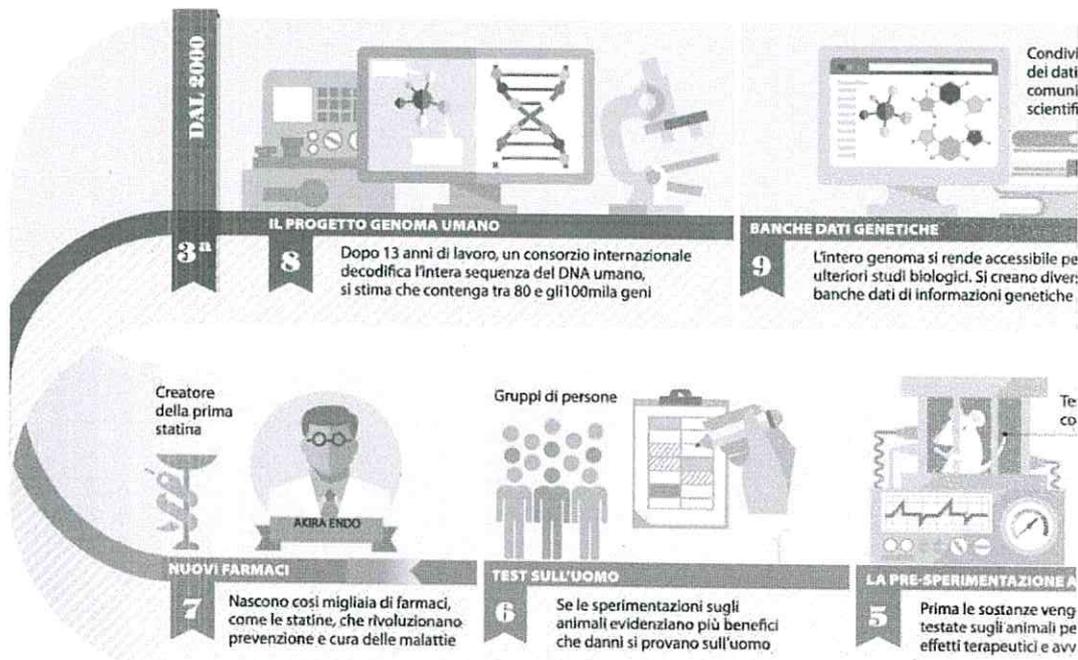
RIMARREMO giovani per sempre? Troveremo cure per tutte le malattie? A queste domande cercherà di rispondere la terza rivoluzione della medicina.

Le prime due rivoluzioni si identificano con la scoperta di farmaci: la prima (1930-1960) accidentalmente (la penicillina), la seconda (1970-2000) attraverso la sperimentazione di migliaia di composti (le statine). La terza è affidata alla medicina delle 4P (personalizzata, preventiva, predittiva e partecipativa) e si basa "farmaco giusto per la giusta persona". Questo obiettivo si raggiunge grazie alla conoscenza del Dna che velocizza il processo di scoperta di nuovi farmaci, mediante l'identificazione di nuovi bersagli biologici ("il bersaglio più appropriato per ciascuna malattia") e migliorare efficacia e tollerabilità del farmaco attraverso la personalizzazione del trattamento preventivo o terapeutico sulla base delle caratteristiche genetiche del paziente ("il farmaco più appropriato per ciascun paziente").

L'EVOLUZIONE DELLE CURE MEDICHE

Un percorso dalle scoperte casuali dei farmaci alle conoscenze genomiche che stanno cambiando radicalmente il modo di attuare della medicina

LE TRE RIVOLUZIONI DELLA MEDICINA



Con il termine di Medicina Personalizzata o Medicina di Precisione (MP) s'intende la possibilità di identificare la suscettibilità di una persona alle malattie, misurarne il livello di rischio, personalizzare la cura in base alla sua costituzione genetica e offrire nuove opzioni terapeutiche basate sulla interazione dei farmaci con nuovi bersagli molecolari per assicurare il miglior esito possibile. Ogni persona può e deve essere trattata come un individuo unico e non come una media statistica: nel giro di 10 anni il genoma sequenziato sarà parte della cartella clinica di ogni individuo per prescrivere farmaci e terapie individuali.

Lo sviluppo della Medicina Personalizzata dipende dalla disponibilità di test genetici

La prima svolta, 1930-1960: la scoperta accidentale dei farmaci, come la penicillina

utilità clinica. La velocità con cui procederà questa rivoluzione dipenderà da quella con cui la ricerca svelerà: quanti e quali passaggi nel complesso flusso di informazioni genetiche e nell'espressione dei geni influenzano il risultato finale? Quali implicazioni hanno i processi chimici e biochimici della cellula che modificano le proteine prodotte dai geni (modificazioni multiple post-traslazionali). Le implicazioni etiche, legali e sociali della

me elaborate per quest'ultima possono di principio valere ancora, seppur con alcune specificità. Tali implicazioni, riguardano essenzialmente la gestione delle informazioni genetiche e gli aspetti relativi al consenso informato, alla privacy e alla confidenzialità; l'individuazione di tratti genetici comuni (stratificazione) o diversi tra i pazienti; l'equità nell'accesso alle cure mediche.

Essenziale è il controllo del flusso delle informazioni. Per identificare la relazione tra variabilità genotipica, predisposizione alla malattia e risposta ai farmaci, la ricerca deve raccogliere, conservare e analizzare campioni di Dna in grado di generare una quantità enorme di informazioni correlate ad altre caratteristiche della persona. Si tratta di un

La seconda svolta, 1970-2000: avviene attraverso i test su migliaia di composti (statine)

stituzione di banche dati genetiche. Si devono creare le condizioni per perseguire i benefici evitando i possibili rischi in termini di giustizia ed equità nell'accesso alle cure. Importanti saranno anche le politiche di investimento nella ricerca da parte delle società farmaceutiche.

La base etica per l'arruolamento negli studi clinici dei soli soggetti rispondenti e per l'esclusione dei non rispondenti è già presente

90mila sono la quantità stimata dei geni che compongono il genoma umano



20mila geni attivi nell'uomo cifra simile nei topi e il doppio che in alcuni tipi di vermi



99,99% è la similitudine genetica tra uomini di diverse etnie. Le differenze razziali non hanno base genetica ma culturale

precisivi, sia di malattia che di risposta alla terapia. Come tutti i test, entreranno nella pratica medica dopo aver dimostrato valore e

Medicina Personalizzata non sono qualitativamente diverse da quelle della ricerca genetica in generale. E le analisi bioetiche e le nor-

rattensticne della persona. Si tratta di una esigenza comune a tutta la ricerca genetica, oggetto di ampio dibattito in relazione alla co-

nelle regole delle sperimentazioni sull'uomo per evitare rischi inutili o eccessivi e comunque non compensati da alcun beneficio.

EXIKO IL 2025

Mutazioni Prevenzione

12 **LA MEDICINA DELLE 4 P**

La Medicina personalizzata cambierà la medicina pratica: sarà personalizzata, preventiva, predittiva e partecipativa

LA CARATTERIZZAZIONE DEL DNA

Ogni cittadino avrà il suo genoma sequenziato inserito nella propria cartella clinica

13

LA TERAPIA PERSONALIZZATA

Ogni terapia verrà personalizzata in base alla costituzione genetica del paziente: "il farmaco giusto per la persona giusta"

14

Farmaco ad hoc

IL PRESENTE

Tumore Farmaco specifico

FARMACI INTELLIGENTI

11 Agiscono su un bersaglio, riducendo gli effetti avversi dei farmaci chimici

NUOVE TECNOLOGIE DI SEQUENZIAMENTO

10 Si rendono disponibili tecnologie di sequenziamento esteso del genoma, sempre più veloci ed economiche

1970-2000

Test di laboratorio

UNA ENORME LIBRERIA DI SOSTANZE

4 La chimica sforna ogni anno migliaia di sostanze diverse, di cui non si conoscono gli effetti biologici

Isolamento della muffa Penicillina

Zona di inibizione

L'INIZIO DELLA SCIENZA MODERNA

3 Il merito di Fleming è osservare e interpretare il fenomeno casuale in cui devono essere incappati altri ricercatori prima di lui, senza accorgersene

Una delle criticità sollevate dalla ricerca genetica riguarda le popolazioni omogenee su base etnica (ebrei, neri, cinesi, ecc) o sociale (gli abitanti di una regione o chi fa un certo lavoro, ecc). Ad esempio, una persona, anche se non ha partecipato a una ricerca, potrebbe essere stigmatizzato o discriminato proprio dai risultati di quella ricerca. Ad esempio, escluso da una cura perché il suo gruppo etnico è risultato insensibile. Ma la variabilità genetica all'interno di un gruppo può essere persino superiore a quella tra gruppi diversi. Il problema non è scientifico, ma di percezione pubblica. Indispensabile quindi una profonda opera di formazione e informazione della popolazione.

** premio Nobel per la Chimica 2004, presidente del comitato scientifico Università Tor Vergata*

INFORMAZIONE PUBBLICA

PERICOLI.

Dal caso di Angelina Jolie all'emarginazione genetica la chiave è essere informati

EMBLEMATICA la nota vicenda di Angelina Jolie. Portatrice di una mutazione con elevatissimo rischio di sviluppare cancro al seno, si è sottoposta a mastectomia bilaterale. Ora è una pratica clinica regolare. Ma vorremmo essere informati di un'eventuale altissima probabilità di sviluppare una malattia gravissima, in un futuro non identificato, se non curabile? Chi conserva questi dati? Se qualcuno li sfrutta per scopi commerciali? Può il datore di lavoro usarli per non assumere lavoratori? O un'assicurazione per valutare se, e a quanto, concedere una polizza sanitaria? L'identificazione di eventuali predisposizioni in un gruppo di popolazione potrebbe "discriminare" l'intero gruppo con conseguenze mediche (esclusione da specifiche terapie), psicologiche e legali. I problemi quindi escono dalla competenza del mondo scientifico, ed entrano nella opinione pubblica, nella psicologia, nella giurisprudenza e nella politica. Indispensabile una profonda opera di formazione, informazione e di consultazione con al-

tre competenze culturali sociali e politiche.

L'appropriata introduzione della Medicina Personalizzata richiede la validazione scientifica della sua efficacia con verifiche della relazione causale tra genotipo (sequenza genetica del Dna) e fenotipo (predisposizione alla malattia o risposta alla terapia) da realizzare in gruppi selezionati di persone.

L'ulteriore sviluppo richiede una appropriata gestione delle implicazioni etiche sociali e giuridiche e, soprattutto, un'adeguata formazione dei medici, dei comitati etici, degli operatori e degli amministratori sanitari, dei cittadini e dei pazienti. E quindi, informazione, informazione e ancora informazione.

(aaron ciechanover)

ORIGINAZIONE: REPERITA

IL GLOSSARIO

Bersaglio

Molecolare o biologico, è la proteina prodotta da una cellula malata, ad esempio cancerosa, e non dalle altre cellule di quel paziente. Questa proteina è esclusiva perché prodotta dal gene colpito dalla mutazione che ha innescato il tumore. Le conoscenze genetiche permettono già ora, e sempre più in futuro, di "confezionare" un farmaco che colpisce solo quella proteina e quindi solo le cellule malate che la hanno.

Sequenza

Il genoma sequenziato o decodificato è la successione dei tre miliardi di molecole-base che contengono e trasmettono l'informazione biologica del Dna di un determinato individuo. Le tecniche di sequenziamento stanno progredendo rapidamente. Nel 2000 servivano alcuni anni per decodificare un Dna umano. Oggi, pochi giorni, il che permette già di farlo per ogni malato.

Genotipo

È l'informazione genetica di una certa persona, diversa, anche se di poco, da quella di tutte le altre. La diversità è causata dalle piccole mutazioni che avvengono nel suo Dna.

MELATONINA ACT

MELATONINA ACT INTEGRATORE ALIMENTARE

MELATONINA ACT GOCCE INTEGRATORE ALIMENTARE

150 COMPRESSE

120 COMPRESSE

MELATONINA 1 mg 5 COMPRESSE

90 COMPRESSE

1 mg - 2 GOCCE

300 GOCCE

IL BUON SONNO A SOLI € 9.90 IN FARMACIA

NOVITA' Da oggi anche in gocce

MELATONINA 1 mg FORTE 5 COMPRESSE e VALERIANA 45 mg INTEGRATORE ALIMENTARE

VALERIANA ACT INTEGRATORE ALIMENTARE 125 mg

Distribuito da: F&F s.r.l. - tel. 031 525522 mail: info@f&f-act.it - www.linea-act.it

VALERIANA ACT

R2 Salute

Terapie.

Il Nobel Ciechanover riassume le tappe fondamentali

del progresso dei trattamenti. E annuncia la nuova e imminente fase, con i grandi benefici che porterà. Ma anche i rischi economici e sociali per l'umanità

La terza rivoluzione per ogni malato farmaci “su misura”

LA SCOPERTA

di Aaron Ciechanover premiata nel 2004 col Nobel per la Chimica è la soluzione di uno dei grandi misteri della vita, che si può riassumere in queste poche domande: perché la gran quantità di proteine prodotte dalla cellula ogni giorno per funzionare non si accumula sino a soffocarla? Come le distrugge? E come distingue quelle da conservare da quelle da rottamare? Ciechanover ha dato le risposte svelando il sistema sofisticato e complesso che fa tutto ciò, basato su particolari proteine (ubiquitine) che legandosi e quelle da eliminare ne avviano la rottamazione.

AARON CIECHANOVER *

RIMARREMO giovani per sempre? Troveremo cure per tutte le malattie? A queste domande cercherà di rispondere la terza rivoluzione della medicina.

Le prime due rivoluzioni si identificano con la scoperta di farmaci: la prima (1930-1960) accidentalmente (la penicillina), la seconda (1970-2000) attraverso la sperimentazione di migliaia di composti (le statine). La terza è affidata alla medicina delle 4 P (personalizzata, preventiva, predittiva e partecipativa) e si basa “farmaco giusto per la giusta persona”. Questo obiettivo si raggiunge grazie alla conoscenze del Dna che velocizza il processo di scoperta di nuovi farmaci, mediante l'identificazione di nuovi bersagli biologici (“il bersaglio più appropriato per ciascuna malattia”) e migliorare efficacia e tollerabilità del farmaco attraverso la personalizzazione del trattamento preventivo o terapeutico sulla base delle caratteristiche genetiche del paziente (“il farmaco più appropriato per ciascun paziente”). Con il termine di Medicina Personalizzata o Medicina di Precisione (MP) s'intende la possibilità di identificare la suscettibilità di una persona alle malattie, misurarne il livello di rischio, personalizzare la cura in base alla sua costituzione genetica e offrire nuove opzioni terapeutiche basate sulla interazione dei farmaci con nuovi bersagli molecolari per

assicurare il miglior esito possibile. Ogni persona può e deve essere trattata come un individuo unico e non come una media statistica: nel giro di 10 anni il genoma sequenziato sarà

parte della cartella clinica di ogni individuo per prescrivere farmaci e terapie individuali. Lo sviluppo della Medicina Personalizzata dipende dalla disponibilità di test genetici predittivi, sia di malattia che di risposta alla terapia. Come tutti i test, entreranno nella pratica medica dopo aver dimostrato valore e clinica. La velocità con cui procederà questa rivoluzione dipenderà da quella con cui la ricerca svelerà: quanti e quali passaggi nel complesso flusso di informazioni genetiche e nell'espressione dei geni influenzano il risultato finale? Quali implicazioni hanno i processi chimici e biochimici della cellula che modificano le proteine prodotte dai geni (modificazioni multiple post-translazionali).

Le implicazioni etiche, legali e sociali della Medicina Personalizzata non sono qualitativamente diverse da quelle della ricerca genetica in generale. E le analisi bioetiche e le norme elaborate per quest'ultima possono di principio valere ancora, seppur con alcune specificità. Tali implicazioni, riguardano essenzialmente la gestione delle informazioni genetiche e gli aspetti relativi al consenso informato, alla privacy e alla confidenzialità; l'individuazione di tratti genetici comuni (stratificazione) o diversi tra i pazienti; l'equità nell'accesso alle cure mediche.

Essenziale è il controllo del flusso delle informazioni. Per identificare la relazione tra variabilità genotipica, predisposizione alla malattia e risposta ai farmaci, la ricerca deve raccogliere, conservare e analizzare campioni di Dna in grado di generare una quantità enorme di informazioni correlate ad altre caratteristiche della persona. Si tratta di una esigenza comune a tutta la ricerca genetica, oggetto di ampio dibattito in relazione alla correttezza di banche dati genetiche. Si devono creare le condizioni per perseguire i benefici evitando i possibili rischi in termini di giustizia ed equità nell'accesso alle cure. Importanti saranno anche le politiche di investimento nella ricerca da parte delle società farmaceutiche.

La base etica per l'arruolamento negli studi clinici dei soli soggetti rispondenti e per l'esclusione dei non rispondenti è già presente nelle regole delle sperimentazioni sull'uomo per evitare rischi inutili o eccessivi e comunque non compensati da alcun beneficio.

Una delle criticità sollevate dalla ricerca genetica riguarda le popolazioni omogenee su base etnica (ebrei, neri, cinesi, ecc) o sociale (gli abitanti di una regione o chi fa un certo lavoro, ecc). Ad esempio, una persona, anche se non ha partecipato a una ricerca, potrebbe essere stigmatizzato o discriminato proprio dai risultati di quella ricerca. Ad esempio, escluso da una cura perché il suo gruppo etnico è risultato insensibile. Ma la variabilità genetica all'interno di un gruppo può essere persino superiore a quella tra gruppi diversi. Il problema non è scientifico, ma di percezione pubblica. Indispensabile quindi una profonda opera di formazione e informazione della popolazione. * premio Nobel per la Chimica 2-004, presidente del comitato scientifico Università Tor Vergata

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La prima svolta, 1930-1960: la scoperta accidentale dei farmaci, come la penicillina La seconda svolta, 1970-2000: avviene attraverso i test su migliaia di composti (statine)

Ortopedia. Un arto bionico in soccorso delle persone amputate e degli anziani in difficoltà. Positivi i primi test. Il progetto partito dall'Italia

La gamba hi tech che ci aiuterà a camminare

MICHELE BOCCI

TECNOLOGIA che si indossa per tornare a camminare. La gamba bionica sta diventando realtà. Un insieme di parti meccaniche, molle, plastiche, motori, batterie è la speranza per chi ha subito un'amputazione. Di quelle più serie, sopra il ginocchio. È stato presentato ieri il sistema robotizzato Cyberlegs su cui un gruppo di ricercatori di cinque paesi europei, con a capo la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, sta lavorando da tre anni. E i risultati della sperimentazione su 11 volontari sono incoraggianti. La gamba bionica funziona. Aiuta i malati a camminare con meno fatica rispetto alle protesi tradizionali, proprio perché si tratta di un sistema robotizzato in grado di accompagnare i movimenti. Un po' come fanno le biciclette con pedalata assistita.

L'apparecchiatura è complessa, e formata da vari elementi. Adesso si lavora per ridurre il peso di certe parti e, assicurano i ricercatori, nel giro di 2 o 3 anni e con l'aiuto di partner industriali disposti ad investire, potrebbe arrivare sul mercato. È quello che si augurano i ricercatori ma anche i malati che trarrebbero beneficio dal nuovo strumento. Oltre che dalla protesi il sistema è composto da un esoscheletro, cioè da fasce e parti metalliche che si mettono sulla gamba sana, da elementi che vanno sul bacino e da un zaino che gestisce una decina di sensori. Sono questi ultimi a valutare gli impulsi del corpo per trasmetterli alla protesi. Una tecnologia che tra l'altro aiuta a prevenire il rischio di scivolare e di cadere. L'idea è quella di monitorare costantemente le parti sane coinvolte nel gesto di camminare per dare fluidità al movimento della protesi. E per questo è molto importante anche una soletta delle scarpe "intelligente". Ci sono anche dei motori che danno energia in fase di appoggio e aiutano anche nel passaggio dal-

Un sistema robotizzato accompagna i movimenti. "Fra due-tre anni potrebbe arrivare sul mercato"

la postura a quella eretta e viceversa. «A ogni passo l'ortesi robotizzata — spiega Nicola Vitiello, coordinatore del progetto — fornisce all'amputato un surplus di energia e permette in questo modo di ripristinare un cammino più fisiologico. Durante il progetto questo dispositivo è stato testato con successo da alcune persone, che hanno potuto interagire con il dispositivo in maniera intuitiva e, al tempo stesso, hanno sperimentato un cammino più fluido». Conferma il successo Daniele Bellini, uno dei pazienti che hanno sperimentato la gamba bionica. «Quando la uso mi affatico meno e per questo le mie possibilità di spostamento vengono prolungate, un aspetto fondamentale», dice. Ha 67 anni e nel 2003 ha perso l'arto per un incidente in campagna. In questi anni ha utilizzato vari tipi di protesi ma mai una robotizzata. Ieri era alla presentazione e ha indossato il sistema Cyberlegs per farne dimostrazione e funziona. «La ricerca sta avanzando tantissimo in questo settore — spiega — E io ho partecipato con entusiasmo, perché l'idea di aiutare altre persone che si trovano nel mio stato mi entusiasma. Quando, per varie ragioni, arrivi a dover indossare una protesi devi ricominciare tutto da capo, imparare di nuovo a camminare. E questo sistema dà la possibilità di spostarti in modo molto più fluido». Ogni anno in Europa circa 30 mila persone devono affrontare un'amputazione all'altezza del femore. La causa principale non è

progetto. «I risultati sono prima di tutto rilevanti dal punto di vista scientifico, con una significativa dimensione strategica e socio-economica — spiega — La presenza dell'università sul territorio ha permesso di sviluppare un approccio che permette alla scienza e la tecnologia di promuovere innovazione sociale». Queste nuove tecnologie aprono a sviluppi futuri molto interessanti, come spiega Vitiello. «Nel lungo periodo — dice — è possibile immaginare che saranno adottate in maniera progressiva e che il loro impatto sulla società sarà tangibile. Le persone amputate potranno contare su una nuova generazione di sistemi robotici leggeri per ottenere una più alta mobilità, unita a una migliore qualità della vita». Anche Carrozza insiste sul punto: «Potranno essere un valido aiuto per restituire la possibilità di camminare senza fatica agli anziani e alle persone in difficoltà: la mobilità è un requisito chiave per essere autonomi».

DIRIPROCCAZIONE: WELFARE

FONTE: RIELABORAZIONE DATI REALTÈ / CYBERLEGS

COME FUNZIONA LA PROTESI



Il sistema delle anche (Apo)
PESO: 4 KG
È il centralino robotizzato che gestisce i dati dei sensori e permette di flettere e di estendere l'anca

Il sistema Kafo
Rileva il movimento dell'arto sano

Protesi
PESO: 5 KG
sostituisce l'arto mancante. Agisce in sintonia con l'arto sano e il sistema Apo

Solette Intelligenti
Hanno sensori di pressione per monitorare in tempo reale la camminata

I sensori
Sono 7 più due scarpe con le "solette intelligenti"

- 1 Il movimento del malato viene percepito da alcuni sensori che danno l'impulso alla protesi
- 2 Grazie ai sensori intuisce i movimenti del paziente e fa sì che la protesi si muova da sola
- 3 Gli esoscheletri, appoggiati al corpo della persona, danno assistenza motoria
- 4 Il sistema dà un surplus di energia al malato per assistere e facilitare i movimenti

FOTOGRAFIA: PAULA SAKNETI

Per i Tuoi Capelli, un miracolo della Natura!

NOVITÀ ORA ANCHE PER UOMO

MiglioCres Capelli Uomo
Integratore alimentare con Zinco e Selenio

OFFERTA
60 CAPSULE + 60 CAPSULE
€ 24,50 (€ 49,00)

CON SERENOA REPENS

MiglioCres

Stress, cambi di stagione, inquinamento, trattamenti estetici e squilibri alimentari e/o ormonali, minacciano la salute dei tuoi capelli?

Dalla natura, MiglioCres® è la risposta per avere:

- **CAPELLI FORTI** grazie all'estratto di Miglio
- **CAPELLI FOLTI** grazie alla Serenoa Repens e all'estratto di Ortica
- **CAPELLI NUTRITI E RIGENERATI** grazie al Selenio, alla Metionina, al Rame, allo Zinco

MiglioCres® è anche in Fiale e Shampoo.

FLASH

La robotica

Quello di Pisa è uno dei centri di robotica più importanti d'Europa. Alla scuola Sant'Anna non si studiano solo modelli di arti bionici ma si approfondiscono i vari temi sanitari legati a queste nuove tecnologie. Mesi fa è stata presentata una ricerca su una mano bionica dotata di tatto. È una protesi mossa neurologicamente e permette di far riconoscere a chi è stato amputato quale superficie oppure quale oggetto sta toccando. Nello stesso settore è nata anche un'azienda "spin off" che realizza protesi di mano bioniche. Al Sant'Anna si lavora anche su una sala operatoria robotizzata, già installata a Firenze. Ma gli studi dei ricercatori della Scuola riguardano anche "robot maggiordomi" che possono servire ad assistere gli anziani a domicilio. Interessante anche il progetto di un "braccio robotico" in grado di fare le endoscopie

R2 Salute

Ortopedia.

Un arto bionico in soccorso delle persone amputate e degli anziani in difficoltà Positivi i primi test. Il progetto partito dall'Italia

La gamba hi tech che ci aiuterà a camminare

MICHELE BOCCI TECNOLOGIA che si indossa per tornare a camminare. La gamba bionica sta diventando realtà. Un insieme di parti meccaniche, molle, plastiche, motori, batterie è la speranza per chi ha subito un'amputazione. Di quelle più serie, sopra il ginocchio. È stato presentato ieri il sistema robotizzato Cyberlegs su cui un gruppo di ricercatori di cinque paesi europei, con a capo la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, sta lavorando da tre anni. E i risultati della sperimentazione su 11 volontari sono incoraggianti. La gamba bionica funziona. Aiuta i malati a camminare con meno fatica rispetto alle protesi tradizionali, proprio perché si tratta di un sistema robotizzato in grado di accompagnare i movimenti. Un po' come fanno le biciclette con pedalata assistita.

L'apparecchiatura è complessa, e formata da vari elementi. Adesso si lavora per ridurre il peso di certe parti e, assicurano i ricercatori, nel giro di 2 o 3 anni e con l'aiuto di partner industriali disposti ad investire, potrebbe arrivare sul mercato. È quello che si augurano i ricercatori ma anche i malati che trarrebbero beneficio dal nuovo strumento. Oltre che dalla protesi il sistema è composto da un esoscheletro, cioè da fasce e parti metalliche che si mettono sulla gamba sana, da elementi che vanno sul bacino e da uno zaino che gestisce una decina di sensori. Sono questi ultimi a valutare gli impulsi del corpo per trasmetterli alla protesi. Una tecnologia che tra l'altro aiuta a prevenire il rischio di scivolare e di cadere. L'idea è quella di monitorare costantemente le parti sane coinvolte nel gesto di camminare per dare fluidità al movimento della protesi. E per questo è molto importante anche una soletta delle scarpe "intelligente". Ci sono anche dei motori che danno energia in fase di appoggio e aiutano anche nel passaggio dalla postura a quella eretta e viceversa.

«A ogni passo l'ortesi robotizzata — spiega Nicola Vitiello, coordinatore del progetto — fornisce all'amputato un surplus di energia e permette in questo modo di ripristinare un cammino più fisiologico. Durante il progetto questo dispositivo è stato testato con successo da alcune persone, che hanno potuto interagire con il dispositivo in maniera intuitiva e, al tempo stesso, hanno sperimentato un cammino più fluido». Conferma il successo Daniele Bellini, uno dei pazienti che hanno sperimentato la gamba bionica. «Quando la uso mi affatico meno e per questo le mie possibilità di spostamento vengono prolungate, un aspetto fondamentale», dice. Ha 67 anni e nel 2003 ha perso l'arto per un incidente in campagna. In questi anni ha utilizzato vari tipi di protesi ma mai una robotizzata. Ieri era alla presentazione e ha indossato il sistema Cyberlegs per far dimostrare come funziona. «La ricerca sta avanzando tantissimo in questo settore — spiega — E io ho partecipato con entusiasmo, perché l'idea di aiutare altre persone che si trovano nel mio stato mi entusiasma. Quando, per varie ragioni, arrivi a dover indossare una protesi devi ricominciare tutto da capo, imparare di nuovo a camminare. E questo sistema dà la possibilità di spostarti in modo molto più fluido». Ogni anno in Europa circa 30 mila persone devono affrontare un'amputazione all'altezza del femore. La causa principale non è traumatica ma sono le malattie del sistema vascolare periferico.

La professoressa Maria Chiara Carrozza, già ministro dell'Istruzione, è stata l'ideatrice del progetto. «I risultati sono

prima di tutto rilevanti dal punto di vista scientifico, con una significativa dimensione strategica e socio-economica — spiega — La presenza dell'università sul territorio ha permesso di sviluppare un approccio che permette alla scienza e la tecnologia di promuovere innovazione sociale». Queste nuove tecnologie aprono a sviluppi futuri molto interessanti, come spiega Vitiello. «Nel lungo periodo — dice — è possibile immaginare che saranno adottate in maniera progressiva e che il loro impatto sulla società sarà tangibile. Le persone amputate potranno contare su una nuova generazione di sistemi robotici leggeri per ottenere una più alta mobilità, unita a una migliore qualità della vita». Anche Carrozza insiste sul punto: «Potranno essere un valido aiuto per restituire la possibilità di camminare senza fatica agli anziani e alle persone in difficoltà: la mobilità è un requisito chiave per essere autonomi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un sistema robotizzato accompagna i movimenti. “Fra due-tre anni potrebbe arrivare sul mercato”

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

Down. Uno studio del Bambino Gesù individua le cause della vulnerabilità dei bimbi con la sindrome. La terapia? Vaccinarli e stabilire una serie di richiami

Infezioni gravi e più frequenti. Ecco la soluzione

ELVIRA NASELLI

PERCHÉ i bambini con sindrome di Down sono molto più soggetti a infezioni ricorrenti e spesso severe? Partendo da questa constatazione i ricercatori dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, con uno studio pubblicato di recente su *European Journal of Immunology*, hanno scoperto che i bambini Down hanno un minor numero di cellule che producono anticorpi, fino a dieci volte in meno rispetto ad un bambino senza la sindrome, e per giunta queste cellule si esauriscono quando vengono a contatto con virus e batteri lasciando l'organismo sformato per i contatti successivi.

«Siamo partiti da una quarantina di campioni di sangue richiesti alle famiglie che utilizzano l'ambulatorio multispecialistico dedicato del nostro ospedale — attacca Rita Carsetti, responsabile Immunologia dell'ospedale romano — confrontandoli con quelli di bambini della stessa età non Down che erano stati sottoposti

alle stesse vaccinazioni, in modo da poter confrontare bambini con una storia immunologica simile. L'obiettivo era quello di testare in vitro sia la popolazione di anticorpi che il loro funzionamento. Anche su pochi campioni la differenza è stata subito chiara e significativa».

In poche parole i bambini Down (il 21 marzo è la giornata mondiale) hanno meno linfociti B

Altri due microRna sul cromosoma 21 influirebbero sull'aumento di incidenza di leucemie. L'ipotesi degli inibitori

della memoria che vengono prodotti per rispondere alle infezioni o alle vaccinazioni. Nei bambini Down queste cellule della memoria, numericamente molto ridotte, vengono tutte utilizzate per produrre gli anticorpi, esaurendosi, mentre negli altri bambini resta una quota che si attiva per ottenere una risposta immunitaria più veloce ed efficace per i futuri contat-

ti con virus e batteri.

Ma non solo. Il processo di trasformazione dei linfociti B in cellule della memoria è regolato da due microRna specifici (155 e 125B) che vengono prodotti dal cromosoma 21, quello che causa la sindrome di Down, caratterizzata da una sua terza copia anziché le due di regola. I due microRna, quindi, sarebbero sovraespressi e questa sovraespressione sarebbe proprio la causa della bassa produzione di linfociti B della memoria.

«A questo punto basterebbe vaccinare di più, e con più richiami, i bambini Down — continua Carsetti — in modo da garantire una risposta immunologica migliore ed evitare le infezioni ricorrenti, riducendo anche i ricoveri ospedalieri e il rischio di mortalità da infezioni. Nella prassi, invece, questi bambini vengono in genere vaccinati meno». Già, ma quanti richiami servirebbero? «La risposta è oggetto di un altro studio che stiamo conducendo — racconta l'immunologa — esperiamo di poter arrivare ad una scheda vaccinale ad hoc. Abbiamo vaccinato contro l'influenza bambini Down dai 3 agli 8 anni, e anche i loro fratelli. Nel primo gruppo abbiamo contato 40 cellule della memoria su un milione, nel secondo gruppo 400». Lo studio adesso prosegue per cercare di individuare la frequenza e lo schema vaccinale ideale per i bambini Down.

Ma la scoperta non finisce qui. I microRna 155 e 125B (i microRna fanno parte di una rete più grande di geni regolatori, ndr) hanno tutte e due funzioni oncogene e potrebbero infatti essere loro la causa delle leucemie frequentissime nei Down, mentre, al contrario, essendo presenti nel cromosoma 21 anche i microRna 99 e let7C, che sono invece antioncogeni per i tumori solidi, si spiegherebbe perché i Down non hanno quasi mai tumori solidi.

Ovviamente i risultati di questo studio aprono la strada a possibili interventi terapeutici. «Si potrebbero utilizzare gli inibitori dei microRna 155 e 125B in modo da poter curare il deficit immunitario dei bambini con sindrome di Down — conclude Carsetti — ed evitare l'alta ricorrenza di leucemie. E questo studio ci fa ben sperare che si possa fare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

13 marzo 2015

Autismo e terzo settore avanti, Ddl Ordini fermo (causa Cantone?) La settimana in Parlamento

Autismo, terzo settore, «dopo di noi». Questi i temi forti del Parlamento nell'agenda delle commissioni in materia sanitaria la prossima settimana. Ma attenzione anche al Ddl delega per la riforma della Pa su cui in commissione Affari costituzionali al Senato prosegue la votazione degli emendamenti. Una riforma al palo ormai da oltre 340 giorni. Con Renzi suo malgrado alla mordacchia, a dispetto della sua gran voglia di correre. E intanto il Ddl sulla concorrenza – leggi: farmacie, catene e farmaci C - non è ancora arrivato in Parlamento dopo 3 settimane dal varo in Consiglio dei ministri. Ma chissà che non arrivino sorprese sui senatori presidenti di Ordini, dei farmacisti e degli infermieri.

Ancora poca "sanità" nell'agenda del Parlamento. Almeno in via ufficiale. Quella che si apre martedì 17 sarà una settimana come tante altre alla Camera e al Senato, dove i provvedimenti «sanitari» faticano a farsi largo. Anzi, addirittura a emergere. Un caso tra tutti: il Ddl omnibus della ministra Lorenzin, scomparso dai radar. Chissà se anche perché intanto infuria, su altri lidi, la battaglia sui senatori-presidenti (e vice presidenti) di Ordine professionale: segnatamente, dei farmacisti e degli infermieri che peraltro finora hanno solo l'Albo. Un fronte effervescente, questo, soprattutto dopo le decisioni dell'Anticorruzione guidata da Raffaele Cantone dopo l'audizione di mercoledì sera davanti alle due commissioni Affari costituzionali e Affari sociali della Camera. Chissà che in settimana non esca allo scoperto il comitato del senato, magari mettendosi sulla scia dei ragionamenti bipartizan dei deputati Pd e Forza Italia che hanno difeso i loro colleghi, di Pd (Silvestro, Ipasvi) e Fi (Mandelli e D'Ambrosio Lettieri) appunto. Anche se sarà dura. Per inciso, Fofi e Ipasvi non hanno ancora annunciato chi saranno i prossimi candidati alle vicinissime elezioni. Preoccupazioni?

Autismo in pole, attenzione agli Ordini. Intanto i calendari delle commissioni sono fissati. In commissione Igiene e sanità, al Senato, dovrebbe essere la volta buona per approvare, in sede deliberante, il Ddl sull'autismo. Che peraltro non assegna risorse, quelle sì necessarie, ma proclama organizzazione ecc ecc. Meglio che niente. Nessuna notizia del Ddl della ministra Lorenzin, come detto: quella su cui gli Ordini (e i loro rappresentanti in Senato) tanto si stanno dando da fare. Perfino (è il caso di Mandelli e D'Ambrosio Lettieri) con tanto di emendamenti al Ddl sulla riforma della Pa all'esame della Affari costituzionali del Senato, che in questi giorni prosegue la votazione della carrellata di emendamenti dei senatori. E delle lobby burocratiche e non solo. Terzo settore, mina Antitrust. Poco, addirittura meno, se possibile, arriva invece dalla camera. Dove in commissione Affari sociali i radar sono diretti su due provvedimenti. Anzitutto la delega presentata dal Governo per la riforma del terzo settore (martedì e mercoledì), sulla quale sono arrivate pochi giorni fa le bordate dell'Antitrust. Quindi la Pdl sul cosiddetto "dopo di noi" per l'assistenza ai disabili privi di sostegno familiare, che mercoledì approda in commissione plenaria dopo il comitato ristretto. E giovedì ecco in referente gli indennizzi per i danni da talidomide. (r.tu.)

13 marzo 2015

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | Chiudi

13 marzo 2015

ANTEPRIMA/ Dolore e cure palliative, la 38/2010 compie cinque anni: una legge a metà

di Guido Fanelli (estensore della legge 38 e presidente della Commissione ministeriale Dolore e cure palliative)

Sono trascorsi cinque anni dalla promulgazione della legge 38. Una ricorrenza che al di là della convenzionalità rappresenta un tempo sufficiente per osservare e misurare il cambiamento. Il bilancio è positivo: sul 75% del territorio nazionale le Regioni hanno infatti formalizzato l'impegno a recepire gli indirizzi dettati dalla normativa, che andranno poi resi operativi in Asl e ospedali. Ma uno degli obiettivi di questo strumento legislativo è di evitare che si creino disuguaglianze. E questo è un fronte ancora caldo. Resta infatti fuori un 25 per cento. E nei fatti a godere dei diritti previsti dalla legge 38/2010 è solo il 60% della popolazione distribuita principalmente in cinque regioni, dove la rete «hub and spoke» è pienamente attiva. Si tratta di Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Piemonte e Veneto. Le altre regioni si stanno pian piano allineando e l'estensione delle cure palliative e della terapia del dolore sull'intero territorio nazionale richiederà tempi un po' più lunghi.

Benché io sia considerato con una certa enfasi «il padre della legge 38», l'esperienza del processo legislativo è stata «corale», condotta insieme a tanti altri colleghi, giuristi e responsabili della sanità. E il lungo percorso applicativo mi ha fatto toccare con mano che la legge sarebbe restata lettera morta se tutti gli attori della filiera sanitaria – dai responsabili del ministero ai pazienti – non fossero pian piano approdati a due convinzioni: che il dolore è una malattia a tutti gli effetti, e che è assurdo soffrire inutilmente nel secondo decennio del duemila, quando gli strumenti diagnostici e terapeutici disponibili consentono di controllare la sofferenza e di restituire ai pazienti la dignità della quale sono titolari in quanto persone.

L'ho detto infinite volte: l'accesso alle terapie è il vero tema che ci deve occupare quando ci riferiamo alla tutela e alla cura efficace dei pazienti con dolore. Se la legge ha un merito, quindi, è quello di aver compiuto un riconoscimento, una riaffermazione del diritto a non soffrire. In questo modo la normativa ha reso ineludibile un dialogo – fra cittadini, medici e pubblici decisori – che è cresciuto e si è arricchito fino a divenire un vero e proprio movimento culturale. Tutto considerato, quindi, le riserve sullo strumento legislativo in sé – diffuse in altre culture che giudicano superflua la legge 38 – non intaccano il mio convincimento che, nel contesto italiano, essa ha rappresentato e rappresenta il motore di una rivoluzione, concettuale e organizzativa, altrimenti impensabile.

Ma quali trasformazioni concrete la legge ha prescritto o stimolato? Innanzitutto la definizione delle tariffe: grazie a un questionario inviato dal Ministero alle principali unità di terapia del dolore di tutta Italia, abbiamo calibrato i budget e codificato le singole prestazioni a partire da un preciso livello di "reimbursement" medio. Poi abbiamo lavorato affinché la prima visita specialistica di terapia del dolore riceva una specifica categorizzazione, e non sia più genericamente individuata come "visita medica". Abbiamo ritoccato anche le schede di dimissione ospedaliera, per far sì che riportino chiaramente se il paziente è stato sottoposto o meno a terapia del dolore e se il trattamento sia stato efficace. Sul versante della formazione del personale sanitario, sono attualmente quattro i Master in terapia del dolore attivi e rispondenti ai dettami della legge. In più, a prescindere dai percorsi universitari, sono stati formati migliaia di medici di famiglia. Grazie a questi professionisti, adeguatamente preparati, i pazienti in trattamento con cure palliative non devono stare più in ospedale, ma possono ricevere a domicilio le terapie di cui hanno bisogno.

Sempre sul versante dell'organizzazione territoriale, sta procedendo la strutturazione della Rete di terapia del dolore in hub e spoke. L'Ospedale universitario di Parma – nel quale ho il piacere di lavorare ogni giorno – ha presentato non più di due settimane fa il suo Centro di Terapia del Dolore, primo hub individuato dalla Regione come punto di riferimento per un'area vasta di 2 milioni di abitanti. Ciò non rappresenta un'eccezione, ma un modello virtuoso al quale tante altre regioni si stanno allineando. Se non altro, perché lo prevede la legge.

Passando ai limiti del nostro sistema – giacché ogni bilancio che si rispetti contiene anche le voci passive – sono costretto a stigmatizzarli con una battuta: il suo peggior difetto è che lo devono applicare gli uomini. La grande carenza del modello, infatti, continua a essere la sottovalutazione del problema dolore. Non amo farlo, ma per quantificare questa inadeguatezza è utile accennare alle sue ricadute economiche: l'impatto totale degli 8 milioni di pazienti italiani con dolore cronico è di circa 37 miliardi di euro l'anno, vale a dire il 2,3 per cento del Pil. La spesa farmaceutica, a fronte di questi oneri totali, è una goccia nell'oceano. Eppure è mal ripartita. Infatti spendiamo per gli antinfiammatori, i famosi Fans, circa 280 milioni di euro l'anno, contro 180 milioni per gli

oppioidi, di cui poco più di 100 milioni per gli oppioidi forti. Tra i principali Paesi europei, l'Italia si conferma agli ultimi posti per uso di oppioidi e ai primi per impiego di Fans. E poiché da specialista posso affermare che gli oppioidi rappresentano spesso l'opzione terapeutica più appropriata ed efficace per la gestione del dolore cronico – sia oncologico che non oncologico – allora devo denunciare che il loro impiego insufficiente rappresenta una delle principali sacche di inappropriatazza terapeutica, e quindi di inefficienza, che ancora caratterizza il nostro sistema.

All'inizio di questa settimana ho partecipato, presso le Nazioni unite, a un importante consesso dei massimi esperti mondiali sulla cura del dolore. Ho portato a casa alcune informazioni preziose, che mi suggeriscono quale potrebbe essere la strada per applicare al meglio la legge 38 nei prossimi 5 anni. Anzitutto, il mondo è diviso fra chi consuma forse troppi oppioidi e chi non ha affatto accesso a questi medicinali: basti pensare che i Paesi più sviluppati, nei quali vive il 17% della popolazione, consumano il 92% della morfina. Non mi stupisce che in queste nazioni si registrino anche la maggior parte dei casi di addiction e di abuso di queste sostanze. Sono anomalie fondate sull'irrazionalità dell'utilizzo delle terapie antalgiche, e soprattutto sull'utilizzo dei farmaci sbagliati, perché la tecnica farmaceutica ha già reso disponibili da anni oppioidi "abuse deterrent", ossia che non possono essere impropriamente usati come droghe.

E in Italia, a che punto siamo? Da noi crescono, benché lentamente, i consumi di oppioidi: come riportato nel rapporto Osmed sui primi 9 mesi del 2014, l'aumento generale del consumo varia dal 2,8% (dati a unità espressi in dosi giornaliere, DDD) per gli alcaloidi naturali dell'oppio al 7,9% per altri oppioidi. E i dati di farmacovigilanza restano costanti e non destano nessun allarme. In sostanza, per volumi di consumo e per controllo della filiera, non siamo fra le nazioni esposte ai rischi di abuso e di addiction. Da noi, semmai, c'è ancora un deficit di prescrizioni e di accesso agli oppioidi, che non è dovuto alla mancanza di policy adeguate o a una legislazione restrittiva – come avviene, purtroppo, in tanti Paesi del mondo – ma a carenze organizzative e al persistere di una certa riluttanza da parte dei prescrittori. L'Italia spende infatti per gli oppioidi 1,7 euro per abitante l'anno (nel 2008 eravamo a 0,60 euro) a fronte dei 9-10 spesi in Germania.

E così il cerchio si chiude, e torniamo al problema originario: un mix di barriere culturali e strutturazione tuttora inadeguata della rete di terapia del dolore e cure palliative. Due limiti, tuttavia, sui quali sono convinto che la legge 38 – con le sue prescrizioni e la sua capacità d'inclusione di tutti gli attori del sistema – abbia inciso e possa continuare a incidere assai meglio di qualunque altro strumento.

13 marzo 2015

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

16 marzo 2015

Lorenzin, vaccini: nuovo calendario entro l'anno. Stop a disinformazione

«Ormai da qualche anno è in atto una grossissima azione di disinformazione in tutto l'occidente con delle campagne anti-vaccino che sono estremamente dannose, pericolose per la popolazione, e purtroppo mortali»: lo ha detto la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, giungendo all'Institut Pasteur di Parigi, a cui è stata invitata come ospite d'onore per le Deuxièmes Assises Nationales du Vaccin, le seconde assise nazionali del vaccino.

Lorenzin ha ricordato che «ogni giorno ci sono in Europa e anche in Italia casi di bambini che muoiono per non aver fatto le vaccinazioni, come accaduto recentemente per il morbillo o la pertosse. Addirittura - ha avvertito - c'è chi costituisce delle correlazioni totalmente inesistenti tra le vaccinazioni e l'autismo, correlazioni smentite da tutto il mondo scientifico internazionale».

Focus sull'Italia. «L'Italia in questo momento è leader mondiale per le strategia di vaccinazione per i prossimi cinque anni», ha puntualizzato.

«L'obiettivo che ci siamo prefissi è l'adozione entro l'anno del nuovo Piano e del nuovo Calendario, che includa tutte le vaccinazioni per le quali disponiamo di vaccini efficaci e sicuri». Il Comitato permanente sulle strategie vaccinali, ha precisato Lorenzin, sta predisponendo l'aggiornamento del Piano nazionale della prevenzione vaccinale e del Calendario. «Ritengo che solo attraverso strategie di concertazione e condivisione sia possibile influenzare la società e orientare la ricerca, alleggerendo le procedure di registrazione e sorveglianza vaccinale, in accordo con le Autorità regolatorie, come strumento di garanzia e non di ostacolo allo sviluppo e all'adozione di nuovi vaccini», ha sottolineato Lorenzin.

Secondo il ministro, è necessario garantire ai cittadini «una protezione ampia, che tenga conto del nostro contesto epidemiologico, determinato dalla posizione geografica dell'Italia, via di transito, e, spesso, meta finale, di flussi migratori dai Paesi del sud del Mediterraneo. L'offerta vaccinale - ha aggiunto Lorenzin - è naturalmente estesa ai migranti di tutte le età, sulla base delle informazioni accertabili sul loro stato vaccinale». Per agire anche in questo campo in maniera mirata è necessario lavorare «in un'ottica di anagrafe vaccinale europea che - ha detto - ritengo sia indispensabile anche alla luce delle politiche di circolazione transfrontaliera».

Educazione sanitaria nei banchi di scuola. «L'educazione sanitaria che alfabetizzi i nostri figli sulle malattie infettive, sui rischi sanitari, sui vaccini e sul loro valore, deve far parte della vita quotidiana, inserendo i dati sulle vaccinazioni nei curricula scolastici, già dalla scuola primaria». Lo ha detto il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, nel suo intervento a Parigi alla II Assise nazionale del vaccino.

«È auspicabile che aumenti anche l'investimento complessivo nella prevenzione che oggi, purtroppo, è ancora molto basso in tutti gli Stati membri. In questo ambito - afferma Lorenzin - occorre lanciare un segnale di discontinuità. La prevenzione esige stili di vita e comportamenti diversi, iniziando dall'età scolare». Non solo. «È poi, necessario investire nella ricerca avanzata, in collaborazione con Università, Enti di Ricerca e settore privato, superando ogni contrapposizione tra sistema pubblico ed imprese, a favore di una concertazione etica e strategica per promuovere lo sviluppo di vaccini e la predisposizione di calendari vaccinali efficienti ed attuali».

Il ministro della Salute si sofferma anche sulla formazione tecnica e scientifica degli operatori sanitari, «che dovrà includere la capacità di comunicazione e interazione con l'utenza». Per garantire un'informazione coerente, autorevole e documentata, che arrivi correttamente al cittadino, «sono opportune e auspicabili - dice Lorenzin - anche altre misure innovative, come il monitoraggio dei siti web e dei social network e l'utilizzazione, anche a livello istituzionale, dei social media come strumenti utili per diffondere la cultura vaccinale e prevenire la disinformazione, che, come sappiamo, ha un impatto emotivo spesso devastante nei confronti di genitori e famiglie».

16 marzo 2015

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

15 marzo 2015

Migliorare l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza ai trattamenti. I dati Aifa e una guida Nice

di Aifa

L'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza alle terapie sono aspetti di grande rilevanza sia per l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici sia per l'efficiente allocazione delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale. Per tale ragione l'Aifa, nell'ambito del monitoraggio dei consumi e della spesa dei farmaci, ha da tempo individuato alcuni indicatori in grado di sintetizzare le scelte prescrittive del medico e le modalità di utilizzazione del farmaco da parte del paziente.

Tali indicatori, ad esempio, hanno mostrato, nei primi nove mesi del 2014 (OsMed gennaio-settembre 2014), un andamento verso l'inappropriatezza nell'utilizzo dei sartani a brevetto scaduto, degli inibitori di pompa e degli antidiabetici (vedi la scheda tratta dal Rapporto OsMed). L'Agenzia è impegnata sia a livello nazionale che a livello comunitario per promuovere l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza ai trattamenti.

Anche in altri Paesi si conducono iniziative con lo stesso obiettivo. Il National Institute for Health and Care Excellence (Nice) ha appena sviluppato una guida per ottimizzare l'uso dei farmaci, che fornisce una serie di dati e raccomandazioni orientate prevalentemente a un maggior coinvolgimento del paziente nel processo decisionale di cura.

«Circa 15 milioni di persone in Inghilterra soffrono oggi di una malattia di lunga durata – scrive il Nice – un numero destinato a crescere a causa dell'invecchiamento della popolazione, così come è destinata ad aumentare la quota di pazienti con più di una malattia di lunga durata (multimorbidità) che assume in contemporanea più farmaci, non tutti necessariamente prescritti dal medico. La politerapia e la polifarmacia rappresentano tra i più importanti fattori di rischio per l'insorgenza di reazioni avverse da farmaci, ritenute responsabili, tra l'altro, di scarsa qualità di vita, ricoveri ospedalieri frequenti e incremento dei costi e della mortalità.

In Italia, nel 2013 (dati OsMed 2013), nell'ambito dell'assistenza convenzionata, ogni italiano ha consumato in media poco più di una dose al giorno (1.031,5 DDD/1000 ab. die), in aumento rispetto all'anno precedente del +2,5%, mentre in termini di confezioni si è registrato un incremento del +2,2% (oltre 1 miliardo di confezioni nel 2013, corrispondente a 18,7 confezioni pro capite). Il numero di prescrizioni è aumentato del 2,5% rispetto allo scorso anno e ha toccato le 608 milioni di ricette.

I dati dell'Health and Social Care Information Centre (Hscic) mostrano che tra il 2003 e il 2013 in Inghilterra il numero medio di prescrizioni all'anno per ogni persona è aumentato da 13 (nel 2003) a 19 (nel 2013). Se da una parte, spiega il Nice, molte patologie a lungo termine vengono trattate con medicinali, dall'altra, le stime indicano che tra il 30% e il 50% dei farmaci prescritti non sono assunti come dovrebbero (Oms, 2003). Inoltre, tra il 30% e il 70% dei pazienti commette un errore o uno scambio involontario di farmaci, specie quando passa da un regime o da un ambito di cura a un altro.

Ottimizzare l'uso dei farmaci – scrive il Nice – significa garantire al paziente una corretta aderenza al trattamento e consente una migliore gestione delle patologie croniche, delle multimorbidità e dell'uso contemporaneo di molti farmaci. L'ottimizzazione dei medicinali richiede un approccio centrato sulla persona. La decisione condivisa – sottolinea il Nice – è d'altra parte una componente essenziale della medicina basata sulle evidenze (Greenhalgh et al. 2014; Sackett et al. 1996). In questo senso, un punto importante è comprendere quale sia il livello di coinvolgimento desiderato dal paziente.

Un'altra sfida continua – scrive il Nice – è garantire che i farmaci siano utilizzati in sicurezza. Un rapporto commissionato dal Dipartimento della Salute (Exploring the costs of unsafe care in the Nhs), ha rivelato che tra il 5% e l'8% dei ricoveri ospedalieri non programmati sono dovuti a problemi connessi all'uso di farmaci. Il rapporto si è incentrato sugli eventi avversi prevenibili che possono essere attribuiti a uno o a più errori specifici.

Gli incidenti che riguardano i farmaci possono avere diverse cause: scarsa conoscenza, mancata osservanza di sistemi e protocolli, interruzioni (ad esempio, durante la prescrizione, la somministrazione o la fornitura di un farmaco), difetti di comunicazione. Sistemi e processi efficaci – scrive il Nice – possono ridurre al minimo il rischio di problemi prevenibili relativi ai medicinali come gli effetti collaterali, gli eventi avversi o le interazioni con altri farmaci o comorbidità. Il rischio di subire danni dai farmaci aumenta naturalmente con la polifarmacia.

Gli eventi avversi da farmaco rappresentano un onere notevole per i servizi sanitari e hanno un impatto significativo sui pazienti. Quando chi fornisce le terapie farmacologiche cambia, come ad esempio al momento del ricovero in ospedale o della dimissione, vi è un maggior rischio di difetti di comunicazione e di modifiche indesiderate ai farmaci in uso. Il paziente che cambia impostazione di cura, in una percentuale tra il 30% e il 70% dei casi, va incontro a un errore o a un cambiamento involontario nell'assunzione dei suoi farmaci.

La guida Nice raccomanda una serie di metodi per identificare possibili incidenti legati alla sicurezza dei pazienti nell'utilizzo dei farmaci, tra cui il coinvolgimento del paziente nel processo decisionale e la condivisione delle informazioni, tra cui alcuni dettagli, quali le allergie e le reazioni note al farmaco o a sue componenti.

La guida contiene inoltre raccomandazioni sulla cosiddetta "medicines reconciliation", che consiste nel predisporre un elenco completo di tutti i farmaci che il paziente sta assumendo – includendo il nome del farmaco, il dosaggio, la frequenza e le modalità di somministrazione – per verificare eventuali discrepanze e/o cambiamenti, specie quando si modificano le impostazioni di cura o cambia l'operatore sanitario che ha in carico il paziente (ricovero in ospedale, dimissione ecc.). Un processo che dovrebbe coinvolgere attivamente il malato e i suoi familiari o chi se ne prende cura.

15 marzo 2015

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

16 marzo 2015

Tumori maschili, nasce il primo team urooncologico

Per la prima volta nel nostro Paese cinque società scientifiche si uniscono nella lotta ai tumori della prostata, della vescica, del rene, del testicolo e del pene. Aiom (Associazione italiana di Oncologia medica), Airo (Associazione italiana radioterapia oncologica), Cipomo (Collegio italiano primari oncologi medici ospedalieri), Siu (Società italiana di Urologia) e Siuro (Società italiana di Urologia oncologica) hanno siglato un accordo per realizzare un vero e proprio team multidisciplinare urooncologico.

L'obiettivo è migliorare il dialogo fra gli specialisti per creare percorsi di cura condivisi e uniformi su tutto il territorio, individuare i centri di riferimento e favorire il lavoro in team, definendo anche i requisiti minimi che le strutture devono raggiungere per trattare queste malattie. «In Italia siamo all'avanguardia nella gestione dei pazienti colpiti dalle neoplasie urooncologiche, come dimostrano le alte percentuali di sopravvivenza nel carcinoma della prostata (91%), del testicolo (94%) e della vescica (80%) – commentano i presidenti delle Società scientifiche coinvolte, Carmine Pinto (Aiom), Riccardo Maurizi Enrici (Airo), Gianpiero Fasola (Cipomo), Maurizio Brausi (Siu) e Giario Conti (Siuro). Ma persiste ancora la problematica della comunicazione fra urologo, oncologo, radioterapista e le altre figure chiave coinvolte. Partendo da questa base, come società scientifiche ci siamo riuniti e abbiamo dato vita ad un processo per la condivisione culturale e la definizione del team multidisciplinare per i tumori urologici. Si tratta infatti di un processo insieme culturale e clinico-organizzativo. La patologia oncologica in ambito urologico necessita sempre più di una formazione e di un approccio di questo tipo. In quest'ambito rientrano alcune fra le neoplasie più frequenti nella popolazione italiana».

Il cancro della prostata, che nel 2014 ha fatto registrare 36.000 nuove diagnosi, è il terzo più frequente (11% di tutti i casi) e quello della vescica, con circa 26.000 nuovi casi (21.000 tra gli uomini e 5.000 tra le donne), si colloca al quinto posto (7%). «Abbiamo costituito cinque gruppi di lavoro – continuano i presidenti – che si occuperanno di temi specifici, che spaziano dall'organizzazione all'analisi della gestione economica fino agli aspetti istituzionali e normativi. Il risultato del loro lavoro sarà formalizzato il prossimo dicembre durante una Consensus Conference a Milano in cui i rappresentanti delle società scientifiche con il board dei presidenti saranno chiamati a produrre un documento condiviso, che diventerà immediatamente operativo. In questo processo saranno coinvolti i rappresentanti delle istituzioni e delle associazioni dei pazienti».

16 marzo 2015

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati