



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

20 GIUGNO 2017

## RASSEGNA STAMPA



**L'addetto Stampa**  
**Massimo Bellomo Ugdulena**



# PALERMO

Cerca nel sito

METEO

## CLICK SALUTE



di Giusi Spica

19 GIU 2017


### Smog e cambiamenti climatici sono i nuovi killer



E' l'inquinamento atmosferico la causa principale dell'aumento delle malattie respiratorie e cardiovascolari negli ultimi 25 anni. E tra il 2030 e il 2050 l'Organizzazione mondiale della salute stima 250 mila morti nel mondo a causa dei cambiamenti atmosferici. Se ne parla in un articolo scientifico firmato da Mario Cottone, professore ordinario di Medicina all'università di Palermo e direttore dell'unità di Medicina interna dell'ospedale Cervello. "La salute, la crescita della popolazione mondiale, il degrado ambientale ed il cambiamento climatico sono le sfide maggiori del 21esimo secolo", spiega il professore "Per questo - continua - una comprensione della interconnessione di questi problemi richiede una stretta collaborazione tra politici, organizzazioni non governative e scienziati". Negli ultimi decenni vi è una rinnovata attenzione alla comprensione delle condizioni che determinano la salute umana. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sottolineato i legami tra disuguaglianze in numerose condizioni di sviluppo, gli investimenti sociali e l'erogazione della salute. L'IPCC (Intergovernmental Panel on Climate change: un team unico che è costituito da più di mille scienziati) nel 2007 ha previsto un aumento della temperatura da 1.8 a 4 gradi nel 2100. Solo recentemente si è posta l'attenzione al rapporto tra salute e condizioni climatiche. L'aumento delle temperature con gli incendi conseguenti e le ondate di siccità, i cicloni e ed i tornado hanno un impatto diretto sulla salute mentre gli effetti dei cambiamenti climatici sull'ecosistema (distruzione dei raccolti e modifiche delle caratteristiche di malattie), sui sistemi economici e sociali (migrazioni, conflitti) hanno un effetto indiretto. Nel 2014 l'Organizzazione mondiale della sanità ha stimato 250.000 morti tra il 2030 ed il 2050 per cambiamento climatico. L'inquinamento dell'atmosfera contribuisce sostanzialmente al carico totale di malattie respiratorie (broncopatia cronica ostruttiva e asma) e cardiovascolari che sono aumentate negli ultimi 25 anni. L'aumento delle temperature e le modifiche nelle precipitazioni altera la distribuzione dei vettori di malattia come la malaria e la dengue che aumentano nelle zone più calde. La contaminazione delle acque predispongono alla diffusione di colera. La sensibilità dei raccolti agli aumenti della temperatura ha un impatto sulla sicurezza del cibo. Le migrazioni massive di popolazioni, prevalentemente malnutrite, favoriscono le malattie infettive e l'alterazione della salute mentale. La rivista Lancet ha istituito una commissione nel 2015 che avuto il compito di dare delle raccomandazioni per i prossimi 5 anni su salute e cambiamento climatico. Le raccomandazioni emerse da questa commissione sono sinteticamente le seguenti: a) investire in ricerca sui cambiamenti climatici, sul monitoraggio e la sorveglianza per assicurare una migliore comprensione dei potenziali benefici della mitigazione del clima; b) aumentare i finanziamenti per sistemi sanitari resilienti; c) prevenire le malattie cardiovascolari e respiratorie riducendo le emissioni di CO2 investendo sulle energie alternative; d) incoraggiare gli amministratori delle città a supportare e promuovere stili di vita salutari: a costruire edifici sostenibili, a favorire la mobilità a basso costo e non inquinante ed aumentare gli spazi verdi; e) adottare meccanismi che facilitano la collaborazione tra il ministero della Sanità ed altri dipartimenti governativi assicurando strategie che assicurano una integrazione dei problemi della salute con quelli del cambiamento climatico; f) implementare accordi internazionali per supportare i paesi ad adottare un'economia sostenibile. Thomas McKweon, sociologo della medicina, negli anni 70 dimostrò che i determinanti della salute erano il miglioramento delle condizioni di nutrizione e dell'igiene attribuendo un ruolo marginale alle terapie mediche. Oggi dovrebbe rivedere le sue posizioni perché non aveva previsto i cambiamenti climatici che sono un nuovo determinante della salute e che nonostante i progressi tecnologici della medicina rischiano di inficiare i benefici derivanti dalle terapie mediche (invia segnalazioni a [clicksalute@gmail.com](mailto:clicksalute@gmail.com)).

Scritto in *Senza categoria* | *Nessun Commento* »

# In Sicilia arriva il 112, il numero unico di emergenza: al via da domani a Catania e provincia

 [insanitas.it/in-sicilia-arriva-il-112-il-numero-unico-di-emergenza-al-via-da-domani-a-catania-e-provincia/](http://insanitas.it/in-sicilia-arriva-il-112-il-numero-unico-di-emergenza-al-via-da-domani-a-catania-e-provincia/)

19/6/2017

PALERMO. Arriva anche in Sicilia il numero unico di emergenza. L'**1-1-2** prenderà il via domani (martedì 20 giugno) nella Centrale Operativa CUR NUE (Centrale Unica di Risposta- Numero Unico Europeo) attivata presso l'Ospedale Cannizzaro di Catania. Il servizio sarà immediatamente attivo nei distretti telefonici di **Catania e provincia** e sarà progressivamente esteso alle province di Siracusa, Ragusa, Messina e parte della provincia di Enna.

Quella di Catania è una delle due Centrali Uniche di Risposta previste in Sicilia. L'altra verrà realizzata, entro 18 mesi, all'Ospedale Civico di Palermo, per servire la Sicilia occidentale.

Per distinguerlo dal classico 112, il nuovo numero unico prende il nome di 1-1-2 (uno – uno – due) e rappresenta un "Punto di Risposta di Primo Livello" che farà da filtro per tutti gli altri numeri di emergenza.

Da domani (20 giugno) quindi tutte le telefonate al 113, al 112 al 115 o al 118 provenienti dai distretti telefonici del Catanese verranno prese in carico dalla **Centrale Unica di Risposta** che farà da filtro per "smistare" le chiamate alle centrali operative di secondo livello: Polizia, Carabinieri, Vigili del Fuoco, S.E.U.S. Tutto questo con la garanzia di risposte in diverse lingue e di accesso ai cittadini diversamente abili.

**Quella di Catania sarà la prima CUR-NUE del sud Italia.** Il personale utilizzato proviene dalla **Seus** guidata da **Gaetano Montalbano** ed in questi mesi è stato formato per poter gestire al meglio il primo call center "laico" della Sicilia. Il percorso di attivazione è stato seguito dalla AREU Lombardia (Azienda Regionale Emergenza Urgenza), Ente incaricato di garantire l'operatività del 1-1-2 in tutta Italia.

«Inauguriamo in Sicilia un modello innovativo, in stretta collaborazione con il Ministero degli Interni- afferma l'assessore regionale alla Salute, **Baldo Gucciardi** (nella foto)- L'1-1-2 garantirà ai cittadini una qualità nell'attivazione della rete dell'emergenza urgenze molto più alta, offrendo così un contributo determinante alla ottimizzazione dei tempi e delle modalità di intervento in situazioni in cui spesso i nostri cittadini si trovano a lottare per la vita».

**IL RAPPORTO.** L'Ismett e il Civico si collocano ormai tra i primi centri italiani per volumi di attività. Occorrono, però, tra i 2 e 3 anni per curare tutti i pazienti in lista

## Cresce il numero dei casi risolti, ma i tempi d'attesa restano alti

\*\*\* Chi si trova suo malgrado a dovere fronteggiare i problemi che quarant'anni fa dovette affrontare Emilio Corona, con la sorella Fina tra i «pionieri» italiani del trapianto di rene da vivente, avrà quanto meno la consolazione di potere affidarsi alle strutture sanitarie presenti a Palermo. Delle quali non poterono beneficiare i fratelli Corona nel 1977, quando si dovettero rivolgere al «Rogovin Kidney center» di New York. A Palermo, nell'arco di circa vent'anni, si è passati da tre trapianti di rene effettuati nel 1999 all'Ismett, ai dieci del 2016 distribuiti tra gli interventi effettuati all'Ismett, al Civico e al Policlinico di Catania.

Stando a quanto riportato nei dati del Ministero della Salute, nel 2016 anche in Sicilia si è riscontrata una crescita dei donatori pari circa a tre punti in percentuale: si partiva dal 9,8 per cento del 2015, si è arri-

vati al 12,6. In termini di unità i donatori del 2015 furono 50, 64 quelli del 2016.

È in aumento il trend storico generale sulle attività di donazione in Italia tra il 1992 e il 2016. Ventisette anni fa i donatori di organi utilizzati in Italia erano appena il 5,8 per cento, oggi si è arrivati al 21,4: significa, in termini di unità, 329 contro i 1.298 dell'ultimo anno. A fronte di questi numeri, occorre differenziare tra i donatori cadaveri utilizzati e i donatori viventi di rene e di fegato. Nel 2016 i donatori viventi di rene sono stati 276, sette quelli di fegato, cifre che si vanno a sommare ai 1.298 donatori cadavere. In generale, dunque, il 2016 attesta la costante crescita del numero totale di trapianti: il numero complessivo di trapianti da cadavere e da vivente è 3.694 in tutta Italia.

Nel 2016 sono stati effettuati 1.796 trapianti di rene da cadavere.

Di questi, a Palermo ne sono stati effettuati 41 al Civico e 27 all'Ismett, mentre 29 è la cifra di Catania. Con i suoi 68 trapianti complessivi, Palermo città si attesterebbe al quinto posto dopo Torino (113), Padova (111), Verona (92), Bologna (91). Dei 276 trapianti di rene da vivente, invece, nel 2016 all'Ismett ne sono stati effettuati sette, e uno al Civico. Otto in tutto, in questo caso Palermo resta lontana dal primato di Padova, prima nella graduatoria con 50.

Nel 2015 i trapianti di rene da vivente a Palermo erano stati 14 (12 all'Ismett, 2 al Civico), uno in più rispetto all'anno precedente (12 all'Ismett, uno al Civico). Negli anni tra il 2006 e il 2008 la Sicilia aveva raggiunto il suo picco: nel 2006 erano stati effettuati complessivamente 38 trapianti (24 di fegato e 7 di rene all'Ismett, 7 al Policlinico di Catania), 35 nel 2007 (20 di fegato e



Il tempo di attesa media per un trapianto è di 2,4 anni

5 di rene all'Ismett, 10 a Catania), 28 nel 2008 (4 al Civico, 6 di fegato e 4 di rene all'Ismett, 10 a Catania).

Nell'ultimo anno all'Ismett sono stati effettuati 66 trapianti di fegato, Palermo si segnala anche in questo caso tra le prime città d'Italia ma è distante da Pisa dove solo nel 2016 i trapianti di fegato sono stati 136. Sempre all'Ismett, nel 2016, 13 i trapianti di cuore, 12 quelli di polmone.

Cifre più basse per i trapianti di pancreas, due nell'ultimo anno all'Ismett. In tutto, in Italia, stando ai dati del Ministero della Salute, sono 9.026 i pazienti in lista d'attesa per i trapianti: la parte più consistente di questi, 6.793, attende il trapianto di rene. Per loro il tempo medio di attesa in lista è di 3,1 anni, mentre il tempo medio di attesa al trapianto è di 2,4 anni. Ancora troppo. (GTA)

VILLA SOFIA. L'intervento avvenne nel 2005 e il virus sarebbe stato provocato da sondini maltenuti. Esclusa la responsabilità dei sanitari, già assolti in sede penale

# «Operata alle tonsille quando aveva 4 anni prese l'epatite C» Ospedale condannato

◆ I medici non pagheranno, ma l'azienda verserà 170 mila euro

Secondo una perizia, altri bimbi operati nello stesso periodo nella struttura sanitaria contrassero il virus. Per il giudice la «colpa» va attribuita solo all'azienda ospedaliera.

Riccardo Arena

◆◆◆ I medici non sono colpevoli in sede penale e non devono pagare nel civile: risponde solo l'azienda ospedaliera Villa Sofia-Cervello, per l'epatite C contratta da una bambina che aveva solo 4 anni, nel 2005, quando venne operata, nel reparto di Otorinolaringoiatria, di adenoidi e tonsille. Oggi la vittima è una ragazzina e vivrà tutta la vita con l'incubo che la sua malattia possa degenerare in cirrosi epatica, patologia che, se insorge, agisce lentamente ma inesorabilmente.

Nello stesso periodo, secondo quanto emerso nella causa, anche altri bambini furono infettati dal virus Hcv, a causa di sondini maltenuti. E per tutti il ceppo virale è lo stesso. Il risarcimento liquidato dal giudice civile per la sola adolescente e per i genitori, poco meno di 170 mila euro complessivi, oltre 14 mila euro di spese legali, può apparire così molto ridotto ma è contenuto nei limiti delle valutazioni di legge e di tabelle dai parametri complessi. In ogni caso il principio stabilito dal giudice della terza sezione civile del tribunale, Andrea Compagno,

esclude che anche i sei medici chiamati in causa (già scagionati in sede penale) debbano risarcire il danno: il rapporto, soprattutto in campo civilistico, è tra il paziente e l'ospedale, responsabile dei danni provocati dai propri dipendenti. Il giudice, accogliendo le tesi degli avvocati Giuseppe Geraci, Ermanno Zanca, Federica Licata, Francesco Provenzano, Marcello Assante, ha anche disposto il parziale pagamento, da parte degli «attori», delle spese legali affrontate in giudizio dai sanitari «convenuti». L'azienda Villa Sofia-Cervello era assistita dall'avvocato Eduardo Cirino, i genitori della parte danneggiata, ancor oggi minore, dagli avvocati Basilio Milio e Antonella Martina Nigrone.

La responsabilità dell'ospedale è proclamata, secondo quanto emerso nella causa: i principi civilistici ribattono l'onere della prova che vige nel campo penale, perché è il «convenuto», in questo caso il sanitario e l'ente, a dover dimostrare di avere adempiuto a tutti gli obblighi imposti dalle norme e dai regolamenti e che non sia avvenuta alcuna violazione di questi oneri. Il principio è di amplissima tutela, perché i danni non possono gravare sul paziente, «ma sul presunto responsabile che la prova non riesca a fornire». Nella sua consulenza tecnica d'ufficio, realizzata su richiesta del giudice, il perito, Salvatore Alessandra, ha ricondotto il contagio dell'epatite C a quanto avvenuto nel periodo del ricovero

della allora bambina a Villa Sofia, a partire dall'8 aprile 2005, con l'intervento che fu eseguito il 21 di quello stesso mese. Un'ispezione eseguita dai Nas un anno dopo, il 5 aprile 2006, fece rilevare come «i sondini di aspirazione venissero collegati al tubo di aspirazione senza la necessaria interposizione del raccordo monouso, il quale ha essenzialmente la funzione di prevenire eventuali infezioni tra pazienti». E difatti c'è «la prova clinico-laboratoristica, presente agli atti, che il ceppo virale infettante la povera bambina è lo stesso presente nei campioni esaminati e appartenenti ad altra paziente, operata nella stessa sala operatoria prima di lei».

Devono rispondere i singoli medici, allora? No, è la risposta del giudice: la responsabilità non può «essere ascritta» a coloro «che hanno partecipato all'intervento», ma essa «va inevitabilmente ascritta alla struttura ospedaliera», in via esclusiva, perché il danno materiale può essere pagato dall'assicurazione, dal servizio sanitario, dallo stesso ente. Quanto alla liquidazione, il danno fisico viene valutato come invalidante nella misura del 15 per cento delle capacità, oltre al danno psichico, che lo fa aumentare al 19. Vengono applicate le cosiddette «tabelle milanesi», seguite da quel tribunale e ritenute in tutto il Paese le migliori, in cui si tiene conto fra l'altro del fatto che, all'età che ha oggi la vittima, 16 anni, essa è ancora priva di reddito.



Il pronto soccorso dell'ospedale Villa Sofia. L'azienda è stata condannata a risarcire una paziente

SANGUE INFETTO. La donna contrasse l'Hcv nel 1977. «Colpevole» il ministero

## Morì di cirrosi dopo una trasfusione Risarciti con un milione i suoi 4 figli

◆◆◆ Quasi un milione di risarcimento per la morte di una donna, avvenuta a causa della cirrosi epatica, contratta con una trasfusione di sangue. Il giudice Giovanna Nozzetti, della terza sezione civile del Tribunale, accoglie le «domande» degli avvocati Ermanno Zanca e Chiara Carozzo e condanna il ministero della Salute a pagare complessivamente 956 mila euro ai quattro eredi, figli di R.G. Le trasfusioni incriminate avvennero nel 1977, ma questo non esclude il perpetuarsi del diritto al risarcimento a favore dei prossimi congiunti della vittima. Le cure furono tra l'altro apprestate alla donna al Policlinico Ge-

melli di Roma, ma la competenza del tribunale della città è collegata al luogo di residenza degli «attori», coloro cioè che promuovono la causa.

R.G., all'epoca cinquantenne, era una maestra elementare ed era già andata in pensione: fu ricoverata nelle cliniche universitarie della Capitale per essere sottoposta a un intervento chirurgico di emitorioctomia sinistra. Durante la degenza vennero fatte una serie di trasfusioni di unità di sangue. Successivamente, effettuando controlli di routine, R.G. scoprì di essersi infettata di epatite C. La malattia, nel corso degli anni, degenerò in cirrosi epati-

ca, che la portò alla morte nel 2010, dopo lunghe e terribili sofferenze.

Il giudice Nozzetti ha preso atto di un accertamento giudiziale con il quale era stata riconosciuta la sussistenza del nesso di causalità fra la malattia e la trasfusione: il risarcimento tiene conto non solo della sofferenza della donna ma anche di quella dei figli per la perdita della madre. «Ancora una volta - affermano gli avvocati Ermanno Zanca e Chiara Carozzo - viene punito e condannato lo Stato, per aver colpevolmente omissivo di rendere obbligatori e attenti i controlli sul sangue utilizzato per le donazioni negli anni '70 e '80». R. AR.

**SANITÀ.** Una dottoressa in servizio al pronto soccorso dell'ospedale di Castelvetrano ha avuto un malore ed è ricoverata in Cardiologia: «Siamo rimasti in pochi»

## Trapani, l'Asp cerca 11 medici e non li trova

● La Cassazione ha condannato l'Azienda di Enna a risarcire gli eredi di un radiologo di Nicosia morto di «superlavoro»

Un medico al pronto soccorso di Castelvetrano si è sentito male in servizio ed è ricoverato in Cardiologia. L'Asp di Trapani ha provato a colmare le carenze d'organico negli ospedali della provincia, ma il bando è andato deserto.

TRAPANI

«I contratti a tempo determinato sono poco graditi ai «camici bianchi». E così il bando per assumere undici medici da impiegare nelle aree di emergenza degli ospedali del Trapanese è stato disertato. Il caso è esploso dopo che un medico in servizio al pronto soccorso dell'ospedale di Castelvetrano è stato colto da malore per il «troppo stress» frutto, secondo la professionista, di turni massacranti. Adesso Antonella D'Angelo è ricoverata in Cardiologia. Il suo racconto è la sintesi di un disagio che colpisce tanti altri colleghi che come lei lavorano nelle aree a nevrologiche degli ospedali. «Non è più possibile - denuncia il medico - lavorare in queste condizioni».

«Recentemente - spiega il commissario straordinario dell'Asp di Trapani, Giovanni Bavetta - abbiamo cercato di assumere 11 medici per far fronte alle emergenze dei vari pronto soccorso della provincia, ma non si è presentato nessuno. In ogni caso entro la prima decade di luglio faremo l'impossibile per incrementare il personale medico a cominciare da Castelvetrano. È doveroso da parte mia porgere gli auguri di pronta guarigione alla collega».

«L'ospedale di Castelvetrano - dice Serena Navetta, presidente del tribunale del malato - copre l'intera zona della Valle del Belice. Annualmente si registrano 34 mila accessi. La situazione diventa più pesante in estate per la presenza di villeggianti e turisti nelle località balneari che vanno ad aumentare il numero dei potenziali pazienti». Allo stato attuale in servizio ci sono solo quattro medici. Cinque con Antonella D'Angelo che, però, ora è ricoverata. «L'Azienda - afferma proprio D'Angelo - sta facendo i salti mortali per ricoprire l'organico, ma molti miei colleghi si rifiutano di lavorare a Castelvetrano». L'altro medico, che aveva fatto il turno di notte, aveva lasciato al pronto soccorso dieci pazienti in sala di attesa. «Da premettere - rileva D'Angelo - che nel pomeriggio di giovedì avevo lavorato da sola con il servizio di radiologia che, peraltro, era sospeso. Quindi niente lastre per i pazienti traumatizzati o colpiti da ictus». Venerdì mentre era al lavoro, il medico ha avvertito un forte dolore al torace. In quel momento, in ospedale vi erano i carabinieri che stavano cercando di calmare un paziente in escandescenze che minacciava il personale. Dopo aver perso conoscenza, il medico è stata trasferita in Cardiologia.

«Servono nove medici per ricoprire i turni del reparto - ribadisce Navetta - . Ma con il tempo il numero si è assottigliato e i 4 disponibili non possono ricoprire l'intera giornata e la notte. Co-



Il commissario straordinario dell'Asp di Trapani, Giovanni Bavetta

**IL COMMISSARIO BAVETTA: «NESSUNO FINORA HA RISPOSTO AL BANDO»**

Il personale è costretto a turni massacranti, che mettono a rischio la loro salute. Nonostante l'Asp abbia cercato soluzioni nell'attesa dei concorsi, purtroppo la situazione è rimasta invariata. Un escamotage, tuttavia, è stato adottato. «Sì», spiega ancora Navetta - «si sono aggiunti nei turni del pronto soccorso alcuni medici presi da altri reparti dello stesso nosocomio, ma

non è stata una buona soluzione, perché rimangono sguarniti pure quelli. Probabilmente la rinuncia all'incarico a Castelvetrano, da parte dei medici, è legata alla brevità dei contratti che non risulta conveniente per chi risiede lontano». E a proposito di «superlavoro» negli ospedali, l'Asp di Enna è stata condannata dalla Cassazione a risarcire gli eredi di un tecnico radiologo, Giuseppe Ruberto di Nicosia, morto poco più che trentenne nel 1998, per i turni massacranti a cui era sottoposto. «L'imprenditore - scrivono i magistrati - è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro». Per i giudici il radiologo che avrebbe svolto la sua professione in condizioni «disagiate» e da «superlavoro» che, emerge dalla sentenza, sarebbero una conseguenza del suo decesso. E sottolinea la Suprema Corte è «irrelevante che il dipendente non si sia lamentato». Toti Amato, presidente della Federazione degli Ordini dei medici della Sicilia: «È drammatico - ha detto - che si debba arrivare dai giudici per aver riconosciuto un diritto, ma anche una necessità nell'interesse della salute delle persone. Ci sono norme e precise direttive europee che vengono disattese e la politica dei tagli ha peggiorato la situazione in corsia».

(L'10) - E7

# Attività dei laboratori di emodinamica in Italia, ecco tutti i dati dell'ultimo rapporto Gise

[insanitas.it/attivita-dei-laboratori-emodinamica-italia-tutti-dati-dellultimo-rapporto-gise/](http://insanitas.it/attivita-dei-laboratori-emodinamica-italia-tutti-dati-dellultimo-rapporto-gise/)

17/6/2017

Dopo la prima e la seconda parte, con le interviste a **Giuseppe Musumeci** (nella foto), presidente della **Società Italiana di Cardiologia Interventistica**, ecco ora i dati dell'ultimo rapporto GISE sullo stato dell'attività dei laboratori di emodinamica in Italia e in Sicilia, in relazione alle voci principali. (Fonte Registro Ufficiale GISE al 2016, ultimo aggiornamento)

**DATI PER L'ITALIA.** Nel nostro Paese sono state effettuate 291.593 coronarografie (il ricorso a questo tipo di esame è ormai sempre più frequente, visto il basso tasso di rischio legato all'introduzione meccanica dei cateteri nel torrente circolatorio attraverso l'arteria radiale, rispetto ai potenziali benefici diagnostici), 153mila circa delle quali si sono trasformate in un intervento di angioplastica per trattare una cardiopatia coronarica. Le **angioplastiche** coronariche primarie, in corso di infarto miocardico acuto, si sono più che triplicate negli ultimi 12 anni. Il numero delle angioplastiche primarie effettuate nel Paese (che risultano in costante crescita) è pari a 35.355 (erano 11.881 nel 2003) il numero di angioplastiche con stent medicati (DES o Drug-eluting-stent) è di 129.587; gli interventi strutturali sulle valvole aortiche sono stati 4.592 e su quelle mitraliche 989. L'utilizzo delle più moderne tecniche di imaging come la tomografia a coerenza ottica per l'analisi delle placche aterosclerotiche coronariche – OCT- si attesta intorno a 2.364, mentre la misurazione della riserva frazionale di flusso con guida di pressione – FFR – per valutare la gravità di un'occlusione parziale delle coronarie, a 10.951.

**DATI PER REGIONE** (si riportano: numero centri di emodinamica, operatività nelle 24 ore e principali attività dei laboratori): **Abruzzo:** 6, di cui 5 H 24; coronarografie 6198, n. totale di angioplastiche coronariche 2702, n. di pPCI (angioplastiche cd. primarie, ovvero in corso di infarto miocardico) 898; **Alto Adige** 1, H 24, coronarografie 1831, n. tot. angioplastiche coronariche 952, n. di pPCI 265; **Basilicata** 2 entrambe H24, coronarografie 2406, n. tot. angioplastiche coronariche 1187, n. di pPCI 282; **Calabria** 7, di cui 6 H 24; coronarografie 8247, n. tot. angioplastiche coronariche 4356, n. di pPCI 119; **Campania** 23 di cui 14 H 24, coronarografie 26921, n. tot. angioplastiche coronariche 15101, n. di pPCI 2994; **Emilia Romagna** 16 di cui 12 H24, coronarografie 22979, n. tot. angioplastiche coronariche 12045, n. di pPCI 2591; **Friuli Venezia Giulia** 3, tutte H 24, coronarografie 4734, n. tot. angioplastiche coronariche 1881, n. di pPCI 627; **Lazio** 24 di cui 20 H 24, coronarografie 24553; n. tot. angioplastiche coronariche 12769, n. di pPCI 2725; **Liguria** 10 H24, coronarografie 7587, n. tot. angioplastiche coronariche 3868, n. di pPCI 1262; **Lombardia** 56 di cui 52 H 24; Coronarografie 56292; n. tot. angioplastiche coronariche 29734, n. di pPCI 6306; **Marche** 4 tutte H 24, coronarografie 6357, n. tot. angioplastiche coronariche 3247, n. di pPCI 921; **Molise** 3 di cui 2 H 24, coronarografie 2353 n. tot. angioplastiche coronariche 1034, n. di 1pPCI 217; **Piemonte** 23 di cui 21 H 24, coronarografie 22659, n. tot. angioplastiche coronariche 14282, n. di pPCI 2896; **Puglia** 20 di cui 18 H 24, coronarografie 21625, n. tot. angioplastiche coronariche 9058, n. di pPCI 2238; **Sardegna** 7 tutte H24, coronarografie, 5206. n. tot. angioplastiche coronariche 3214, n. di pPCI 909; **Toscana** 14 tutte H24, coronarografie 17404, n. tot. angioplastiche coronariche 9279, n. di pPCI 2361; **Trentino** 2, di cui una sola H24, coronarografie 2095, n. tot. angioplastiche coronariche 1127, n. di pPCI 259; **Umbria** 3, tutte H24, coronarografie 3993, n. tot. angioplastiche coronariche 2393 n. di pPCI 610; **Valle D'Aosta** 1 H 24, coronarografie 691, n. tot. angioplastiche coronariche 488, n. di pPCI 107; **Veneto** 20 di cui 15 H 24, coronarografie 23816, n. tot. angioplastiche coronariche 11061, n. di pPCI 2461.

**DATI EMODINAMICA SICILIA** (Fonte Registro ufficiale GISE, da ultimo rapporto aggiornato al 2016. Sono pertanto da intendersi escluse eventuali modifiche postume all'entrata in vigore della recente rete ospedaliera, poiché ad ora non sono state trasmesse note di variazioni al suddetto database):

**Città e Numero di Laboratori di Emodinamica:** sono complessivamente 21, di cui 20 funzionano 24 ore su 24, eccetto Sciacca.

– AGRIGENTO, A.O. SAN GIOVANNI DI DIO ( Cardiochirurgia on-site: non presente).

– SCIACCA, A.O. OSPEDALI CIVICI RIUNITI GIOVANNI PAOLO II ( Cardiochirurgia on-site: non presente).

– CALTANISSETTA, OSPEDALE ASP. CALTANISSETTA – PRESIDIO SANT'ELIA (Cardiochirurgia on-site non

presente).

- CALTAGIRONE, A.O. GRAVINA E S. PIETRO (Cardiochirurgia on-site: non presente).
- CATANIA, OSPEDALE FERRAROTTO ( Cardiochirurgia on-site presente)
- CATANIA, OSPEDALE CANNIZZARO (Cardiochirurgia on-site non presente).
- PEDARA, CENTRO CUORE MORGAGNI (Cardiochirurgia on-site presente)
- MESSINA, A.O. PAPARDO (Cardiochirurgia on-site presente)
- MESSINA, A.O.U. POLICLINICO GAETANO MARTINO (Cardiochirurgia on-site non presente).
- TAORMINA, CENTRO CARDIOLOGICO PEDIATRICO DEL MEDITERRANEO BAMBINO GESU' ( Cardiochirurgia on-site: presente)
- TAORMINA, OSPEDALE SAN VINCENZO ( Cardiochirurgia on-site: non presente)
- CEFALÙ, OSPEDALE GIGLIO ( Cardiochirurgia on-site: non presente)
- PALERMO, A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA-CERVELLO (Cardiochirurgia on-site non presente).
- PALERMO, IRCCS – ISMET – UPMC ITALY ( Cardiochirurgia on-site presente)
- PALERMO, OSPEDALE CIVICO ARNAS (Cardiochirurgia on-site non presente).
- PALERMO, OSPEDALE G.F. INGRASSIA – A.S.P. 6 ( Cardiochirurgia on-site non presente).
- PALERMO, POLICLINICO UNIVERSITARIO – P. GIACCONE ( Cardiochirurgia on-site: presente)
- PALERMO- VILLA MARIA ELEONORA ( Cardiochirurgia on-site: presente)
- RAGUSA – OSPEDALE MARIA PATERNO' AREZZO (Cardiochirurgia on-site non presente).
- SIRACUSA- A.O. UMBERTO I ( Cardiochirurgia on-site non presente).
- TRAPANI – A.O. S. ANTONIO ABATE (Cardiochirurgia on-site non presente).

**Totale dei centri di emodinamica con presenza Cardiochirurgia on-site: 7.**

**Presenza di Sale ibride Sicilia. In totale sono 5. Distribuite così:**

- n. 1 a Catania, CENTRO CARDIOLOGICO PEDIATRICO DEL MEDITERRANEO – BAMBINO GESU'
- n. 1 a Pedara, CENTRO CUORE MORGAGNI
- n. 1 a Messina A.O. PAPARDO
- n. 2 a Palermo: 1 all' IRCCS – ISMET – UPMC ITALY; e 1 a Villa Maria Eleonora

Il dato di **Sala Ibrida** (ambiente multifunzionale, con contemporanea funzione di sala di diagnostica- radiologica, emodinamica ed interventistica, e di sala chirurgica) viene segnalato in quanto legato alla presenza di Cardiochirurgia on-site, a sua volta indispensabile per l'esecuzione di TAVI (impianto transcateretere di bioprotesi valvolare aortica), che è uno degli interventi di cd. emodinamica strutturale, che comprende anche altro, vedi PFO, ad es. (pervietà forame ovale), ovvero trattamenti per le cardiopatie strutturali, come la cd. "chiusura auricolare per fibrillazione atriale". Il dato va letto nel senso che, gli ospedali che non sono dotati di cardiochirurgia on-site non fanno TAVI, ma solo altra strutturale.

**Il quadro per Sicilia:** Coronarografie 23646; n. tot. Angioplastiche coronariche 13529; pazienti totali trattati con angioplastica coronarica 12018; numero di PCI eseguite durante esame diagnostico 11659; n. di pPCI (angioplastica primaria ovvero in corso infarto del miocardio) 3307; PCI con almeno un DES (STENT) 11684; n. STENT DES 18116; numero procedure con OCT 330 e con FFR 809; TAVI: 372, di cui 342 con valvuloplastica e 41 senza.

**Nel monitoraggio siciliano si evincono alcune criticità** che rendono gravoso, almeno in alcune aree, a causa di carenze organiche e/o strumentali, l'operato dei cardiologi emodinamisti, a cui va il merito di garantire anche in tali situazioni ai cittadini un servizio salva-vita. Sul punto si riportano alcune note del registro GISE. Ospedali Riuniti Villa Sofia- Cervello di Palermo: dal mese di luglio 2016 fino a fine anno il numero degli operatori emodinamisti si è ridotto a 4 unità, che hanno espletato attività in elezione, urgenza ed emergenza H24 per entrambi i laboratori.

L'attività di diagnostica ed interventistica periferica è stata svolta solo da Gennaio a Luglio 2016 per problematiche legate alla mancanza di posti letto nel reparto di degenza di Chirurgia vascolare.

Il conteggio finale del 2016 è la sommatoria dell'attività congiunta di 2 laboratori. 1 a Villa Sofia e 1 a V.Cervello. Ospedale San Vincenzo di Taormina: il centro Hub è stato chiuso per 99 giorni a causa di problemi all'angiografo obsoleto; si sono effettuati casi in elezione presso un altro angiografo sito in un altro reparto (CCPM DI



Cardiologia Pediatrica); A.O. Ospedali Riuniti Giovanni Paolo II di Sciacca: carenza personale medico con sole tre unità con fase di solo due unità presenti in organico.


Altra voce che rileva, è quella dell'**accesso radiale** (la radiale è l'arteria dell'avambraccio), poichè rappresenta nell'ambito dell'emodinamica una svolta rivoluzionaria. Infatti, questa tecnica di esecuzione (sia per la coronarografia che per l'angioplastica) comportando minori complicanze rispetto all'accesso nell'arteria femorale, garantisce maggior comfort al paziente (il foro che pratica il cardiologo interventista si chiude con maggiore facilità rispetto a quello femorale e il bendaggio che viene posizionato immediatamente al termine della procedura risulta molto più tollerabile.

E mentre l'**accesso femorale** costringe il paziente a letto con la gamba immobile per almeno 12 ore, grazie all'accesso radiale ci si può alzare anche subito dopo la coronarografia, con significativa riduzione dell'utilizzo di catetere vescicale) traducendosi il tutto in una contrazione dei tempi di ricovero e, dunque, in una riduzione dei costi di ospedalizzazione.

**Il totale di accessi radiali in Italia è pari a:** 264.384 (Fonte Reg. GISE). Nell'analitico per Regione spiccano i numeri di: Lombardia (50.288); Emilia Romagna (23.777); Lazio ( 22.474); Campania ( 22.773); Piemonte (21.889); Veneto (21.430) Puglia (19.294) Toscana (13172).

Anche la Sicilia quota una cifra di tutto rispetto, in totale, 21099 accessi radiali e sul punto l'Isola può vantare un importante risultato, nell'ambito del congresso mondiale "Aim Radial di Chigago" del 2014, in cui il riconoscimento per il miglior caso clinico da approccio radiale è stato assegnato al cardiologo emodinamista Giuseppe Migliore, dirigente medico presso gli Ospedali Riuniti- Villa Sofia Cervello, di Palermo.

# Osteonecrosi delle ossa mascellari, la più emergente delle patologie odontoiatriche croniche

 [insanitas.it/osteonecrosi-delle-ossa-mascellari-la-piu-emergente-delle-patologie-odontoiatriche-croniche/](http://insanitas.it/osteonecrosi-delle-ossa-mascellari-la-piu-emergente-delle-patologie-odontoiatriche-croniche/)

19/6/2017

PALERMO. **L'Osteonecrosi delle ossa mascellari (ONJ)** rappresenta la più emergente delle **patologie odontoiatriche** croniche severe ed è una malattia prevalentemente associata all'assunzione di molecole con proprietà anti-riassorbitiva, quali i bisfosfonati e il denosumab, o con attività anti-angiogenetica, utilizzati come terapia di riferimento per diverse patologie osteometaboliche ed oncologiche coinvolgenti l'apparato scheletrico, dalle metastasi ossee al mieloma multiplo e all'ipercalcemia neoplastica, dal morbo di Paget all'osteogenesi imperfetta ed anche alle varie forme di osteoporosi post-menopausale, maschile e da corticosteroidi.

**L'ONJ ha fatto il suo esordio nel 2003** in America ed è entrata all'attenzione della letteratura scientifica nel 2005.

Ne abbiamo parlato con **Giuseppina Campisi**, vice presidente nazionale della Sipmo (Società italiana di Patologia e Medicina orale), professore ordinario di Malattie Odontostomatologiche presso l'Università di Palermo e responsabile dell'Unità di Medicina orale del Policlinico Giaccone (Centro Sipmo per la diagnosi e cura di questa patologia) ed **Olga Di Fede**, ricercatrice dell'Ateneo palermitano e coordinatrice del progetto nazionale "CONTEST ONJ 2017".

**La prevenzione primaria gioca un ruolo centrale**, perciò il Ministero della Salute, già nel 2009, ha varato la cd. "**Raccomandazione 10**", successivamente aggiornata nel 2014 ([http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2139\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2139_allegato.pdf)).

«L'ONJ- spiega Giuseppina Campisi- è una reazione avversa farmaco correlata, caratterizzata dalla progressiva distruzione e necrosi dell'osso mandibolare e/o mascellare di soggetti esposti al trattamento con **bisfosfonati**, in assenza di un precedente trattamento radiante; la patogenesi della malattia è probabilmente multifattoriale. In letteratura, perciò, è stato introdotto il concetto di **osteonecrosi farmaco-correlata** (Drug Related Osteonecrosis of the Jaw, DRONJ) oppure, secondo altri autori, MRONJ (Medication Related Osteonecrosis of the Jaw) per definire l'insieme di tutti i processi osteonecrotici associati all'uso di farmaci, indipendentemente dal loro meccanismo di azione».

Gli esperti di medicina orale considerano una priorità l'attenzione verso questa patologia in quanto la prevenzione ed eventualmente il tempestivo riconoscimento dell'insorgenza dell'ONJ assumono un rilievo determinante per ridurre il rischio di insorgenza della malattia e per contenerne la portata. L'ONJ, infatti, non è mortale, ma il percorso clinico e gli esiti di cura dipendono dalla sua stadiazione.

«Se la lesione- precisa Campisi- da ONJ è appena iniziata e si diagnostica tempestivamente, la malattia può essere risolta già con una **terapia antibiotica** sistemica combinata. Se la lesione rimane focale può essere sufficiente un **intervento chirurgico** circoscritto, ma se è estesa, la terapia chirurgica, volta a rimuovere la porzione di osso infetto o necrotica, può essere di portata assai più impegnativa. In altre parole gli esiti e dunque anche la ripercussione sull'immagine estetica del paziente, con conseguente danno psicologico ed esistenziale, dipendono dall'estensione della patologia, dunque, la prevenzione primaria e, casomai, la **diagnosi precoce** sono fondamentali per bloccare il decorso della patologia, impedendo che l'ONJ vada ad intaccare in modo devastante le strutture ossee facciali, come accade negli stadi più avanzati. Ecco perché è necessario informare e formare i medici tutti, affinché prestino la massima vigilanza per i pazienti candidati a svilupparla, così da indirizzarli, al primo sospetto, verso gli specialisti di medicina orale, che possiedono una curva di osservazione obiettiva specifica e consolidata, tale da poter riconoscere tempestivamente la tipologia di lesioni, ovvero i segni di insorgenza».

**Quale fascia di popolazione può interessare?**

«La malattia- conclude Campisi- può essere riscontrata nella popolazione di **pazienti oncologici** o, meno frequentemente, osteometabolici, proprio perché spesso trattati con farmaci associati al rischio di ONJ. La presenza di comorbidità sistemiche, come il diabete, rappresenta un ulteriore fattore di rischio, così come la presenza di fattori locali, come per es. una **parodontopatia**. Nel paziente oncologico il rischio di ONJ dipende dal tipo di molecola, dalla via di somministrazione, dal dosaggio e dalla durata del trattamento anti-riassorbitivo, può essere aumentato dal concomitante uso di cortisonici, e/o di farmaci anti-angiogenetici».

### **I dati disponibili sull'ONJ associata a farmaco sono riconducibili a quali categorie di medicinali?**

«Principalmente- precisa Olga Di Fede- ai farmaci con prevalente attività anti-riassorbitiva, quali **bisfosfonati** (i cd. BP presentano un'alta affinità per le ossa, ne possono modulare il turnover e ridurre il rimodellamento in corso di riassorbimento, ma tendono a depositarsi nel tessuto osseo, dove possono determinare alterazioni persistenti anche dopo l'interruzione della terapia con un effetto prolungato) e **denosumab** (anticorpo monoclonale con attività inibitoria sul complesso RANKL (Receptor Activator of Nuclear factor-k B Ligand) e a quelli con prevalente attività anti-angiogenetica, di recente molto prescritti in oncologia, quali **bevacizumab**, **aflibercept** (inibitori del fattore di crescita endovascolare: Vascular Endothelial growth Factor VEGF); **sunitinib**, **sorafenib**, **cabozantinib** (inibitori della tirosin-chinasi: Tyrosine Kinase Inhibitors TKIs), **everolimus** e **temsirolimus** (inibitori del bersaglio della rapamicina nei mammiferi , mammalian Target of Rapamycin mTOR)».

Risulta ancora alquanto indefinito, invece, il **ruolo eziologico di altri farmaci** a prevalente attività anti-angiogenetica, quali talidomide e analoghi (lenalidomide e pomalidomide), ampiamente utilizzati nel trattamento di pazienti con mieloma multiplo, frequentemente già in terapia con BP, e di conseguenza già a rischio per ONJ.

«Esistono- continua l'esperta- in letteratura anche recenti segnalazioni di ONJ in pazienti con patologia oncologica, in trattamento con farmaci diversi da quelli sopra riportati (ad esempio anastrozolo, ipilimumab). Si ritiene che la lista di medicinali potenzialmente implicati nell'eziopatogenesi di ONJ tenderà progressivamente ad aumentare, sia per l'incremento dell'aspettativa di vita di tali soggetti, sia per l'introduzione di nuove molecole ONJ-associate, che per la migliore e più attenta diagnosi di ONJ».

### **Predisposizione genetica e problemi di coagulazione hanno un ruolo?**

«Se un altro modello patogenetico- conclude Di Fede- ha suggerito che i farmaci potrebbero inibire **l'angiogenesi** nelle ossa mascellari e determinare una riduzione dell'assetto vascolare con danno alla **microcircolazione**, ischemia dell'osso e successiva necrosi avascolare, la suscettibilità, in termini di predisposizione genetica (in particolare parrebbero maggiormente a rischio i carrier di taluni **polimorfismi** della farnesil-pirofosfato-sintetasi e del citocromo CYP450 CYP2C8) insieme alla disfunzione del sistema coagulativo, giocherebbe un ruolo almeno cofattoriale nell'insorgenza dell'ONJ».

**Fine prima parte.**

Lunedì 19 GIUGNO 2017

## Vaccini. Il documento dell'Iss sull'impatto sulla popolazione delle 12 malattie oggetto degli obblighi vaccinali previsti dal decreto Lorenzin

***L'Istituto superiore di sanità in occasione della sua recente audizione sul decreto vaccini ha consegnato alla Commissione Igiene e Senato un documento sul decreto dei vaccini. Nel testo, di cui pubblichiamo ampi stralci e che alleghiamo completo di grafici e tabelle, un'analisi dell'impatto epidemiologico delle patologie per i quali il decreto ha reso obbligatorie le vaccinazioni. IL DOCUMENTO.***

L'alto livello di copertura vaccinale osservato in Italia fino al 2012, per le vaccinazioni oggetto di programmi nazionali o di diffusi programmi regionali, ed in maniera più evidente per le vaccinazioni obbligatorie, ha determinato un significativo decremento dell'incidenza delle malattie prevenibili da vaccinazione, e all'eliminazione di polio e difterite.

Anche per le infezioni invasive da Hib è evidente l'effetto dell'introduzione della vaccinazione, se pur condizionato dal raggiungimento di adeguati livelli di copertura vaccinale solo in anni recenti; i pochi casi segnalati sono dovuti prevalentemente a sierotipi diversi da quello vaccinale. Le coperture per i vaccini contro il meningococco e lo pneumococco, disponibili per 14/21 regioni, che hanno avviato da anni, e in tempi diversi, specifici programmi regionali di vaccinazione universale dei nuovi nati, mostrano un incremento notevole in 5 anni (dal 2007 al 2011, si passa dal 47,1% al 71,7% per il meningococco C e dal 47,4% al 79,6% per lo pneumococco).

Come effetto, si osserva una diminuzione dei casi di N. meningitidis C, una riduzione nell'incidenza di Malattie Batteriche Invasive da pneumococco nella fascia pediatrica. Si osserva, invece, un incremento dei casi nella fascia di età  $\geq 65$  anni, forse attribuibile a una crescente attenzione alle sepsi dell'adulto e alla disponibilità di metodi diagnostici più sensibili. Infine, si registra una diminuzione dei casi da sierotipi vaccinali, con aumento della quota da sierotipi non contenuti nel vaccino.

Dati sull'epidemiologia dell'epatite B mostrano come ci sia un trend in netta diminuzione della malattia dopo l'introduzione della vaccinazione nei nuovi nati e nei dodicenni nel 1991, e di come oggi il 16,5% dei casi segnalati nel triennio 2011-2013 si è verificato in gruppi con comportamenti a rischio (rapporti non protetti in omo-bisessuali: 7,6%; convivenza con soggetti HBsAg positivi: 6,1%; tossicodipendenza: 1,7%; esposizione professionale in operatori sanitari: 0,6%; emofilia e politrasfusione: 0,5%); Il 20% delle epatiti B si è verificato in cittadini stranieri.

Il trend in diminuzione dell'incidenza della parotite è imputabile all'avvio del Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, in cui viene raccomandato l'uso del vaccino trivalente morbilloparotite-rosolia, anche come misura di controllo della parotite epidemica.

L'incidenza della varicella, per la quale non è ancora in atto un programma nazionale di vaccinazione dei nuovi nati, si mantiene a livelli elevati.

**Di seguito si riportano i dati relativi al carico di malattia che le malattie considerate all'interno del DL attualmente in discussione provocano in Italia:**

Malattia	Impatto nella popolazione
Poliomielite	Nessun caso di malattia
Tetano	Circa 60 casi e 20 morti l'anno, soprattutto anziani non vaccinati o che non hanno fatto i richiami

Difterite	Nessun caso di malattia (solo 3 forme di difterite cutanea, segnalate nel 2017 causate da ceppi non tossinogenici, che tuttavia potrebbero subire trasformazioni e diventare pericolosi)
Epatite B	Incidenza in diminuzione dal 1991 (anno di introduzione del vaccino) con scomparsa dei casi nei bambini. L'abbassarsi delle coperture espone al rischio i singoli individui a contrarre la malattia che come sappiamo essere causa di cronicizzazione in età adulta nel 5-10% degli infetti, mentre in età neonatale nel 90% degli infetti. La forma cronica porta ad una degenerazione progressiva del fegato che causa insufficienza epatica, cirrosi ed un elevato rischio di epatocarcinoma.
Hemophilus influenzae b (Hib)	In epoca pre-vaccinale era la principale causa di meningite nei bambini piccoli in Italia. Grazie all'introduzione della vaccinazione anti Hib nel calendario italiano nel 1999, il numero dei casi si è ridotto drasticamente. Sono più colpiti il primo anno di vita (3,70 x 100.000), i bambini (0,40 x 100.000) e gli ultra sessantacinquenni (0,94 x 100.000). Raggiungendo coperture elevate (95%) nei bambini permette di interrompere la trasmissione anche nelle altre fasce di età. Nel 2016 sono stati segnalati 140 casi di malattia batterica invasiva da Hib in Italia <sup>2</sup>
Pertosse	Numero di casi è notevolmente diminuito a partire dagli anni 2000 grazie al progressivo aumento delle coperture vaccinali, attestandosi annualmente sotto i 1.000. Tuttavia, ad oggi, il numero di bambini, al di sotto di 1 anno di età, ricoverati per pertosse è in aumento. L'incremento delle coperture è essenziale per ridurre e contenere la circolazione del microrganismo.
Morbillo	Ad oggi, dall'inizio dell'anno in corso, sono 3000 i casi di morbillo segnalati in Italia, la maggior parte dei quali registrati in adolescenti e giovani adulti. L'Italia è seconda in Europa, solo dopo la Romania, per numero di casi registrati. L'età media dei casi colpiti è di 27 anni, e circa un terzo sono stati ospedalizzati. Il rischio di complicanze nel corso dell'epidemia attualmente in corso è particolarmente elevato. Un'elevata copertura vaccinale in età scolare contribuirebbe ad aumentare l'immunità di gregge, proteggendo così anche le persone in età più avanzata, che hanno comunque diritto alla vaccinazione gratuita grazie al piano di eliminazione del morbillo (l'eliminazione del morbillo dall'Europa sarebbe dovuta avvenire già nel 2015).
Parotite	La parotite è una malattia infettiva acuta virale altamente contagiosa che può presentare varie complicanze, inclusa l'orchite nei pazienti maschi, la pancreatite, e la meningite asettica. Le complicanze sono più frequenti tra gli adulti rispetto ai bambini. Il trend della malattia è in netta riduzione anche se, non avendo raggiunto la soglia critica di copertura vaccinale (95%) necessaria ad interrompere la

	circolazione del virus, spesso si verificano epidemie sul territorio nazionale.
Rosolia	L'obiettivo dei programmi vaccinali contro la rosolia è quello di prevenire l'infezione in gravidanza e quindi la rosolia congenita. In Italia, nel periodo gennaio 2005 - agosto 2015 sono stati segnalati 163 casi di rosolia in gravidanza e 77 casi di rosolia congenita. Nello stesso periodo, tra le donne infette, è stato segnalato un nato morto, un aborto spontaneo e 32 interruzioni volontarie di gravidanza
Varicella	Dal 2009 il numero di casi è pari a circa 60.000 l'anno e si mantiene costante fino al 2013. Solo il mantenimento di coperture vaccinali elevate permette il contenimento della malattia e di evitare che la malattia possa spostarsi nelle fasce di età più adulte causando quindi maggiori complicanze.
Meningococco B	Nel 2016 sono stati segnalati 232 casi di malattia invasiva da meningococco, 67 (36%) dei quali sostenuti da meningococco B. La maggior parte dei casi di malattia si concentra nei bambini al di sotto dei 6 mesi di età.
Meningococco C	Nel 2016 sono stati segnalati 232 casi di malattia invasiva da meningococco, 80 dei quali (43%) è stato causato dal meningococco C che è risultato il sierogruppo predominante in Italia. I più colpiti sono rappresentati dai bambini fra 0 - 4 anni e negli e adolescenti e adulti fra 15 e 24 anni.

### Le coperture vaccinali in Italia

Proprio il successo delle strategie vaccinali, che ha determinato la scomparsa quasi totale di alcune malattie e, quindi, la riduzione della percezione della pericolosità del contagio, ha agevolato il diffondersi di movimenti di opposizione alle vaccinazioni per motivi ideologici o religiosi.

Di conseguenza, a partire dal 2013 (coorte del 2011), si è registrato un progressivo e inesorabile trend in diminuzione del ricorso alle vaccinazioni, sia obbligatorie che raccomandate, che ha determinato una copertura vaccinale al di sotto del 95%. Considerando che l'OMS raccomanda il 90% per tutti i vaccini, per garantire la cosiddetta «immunità di gregge», è necessario non scendere al di sotto del 95% per proteggere, sia, indirettamente coloro che, per motivi di salute, non possono vaccinarsi che i soggetti che non rispondono ai vaccini. Anche i dati di copertura relativi al 2016 (coorte del 2014) mostrano questa tendenza sia a 24 che a 36 mesi, tranne per il morbillo, per cui si osserva un ripresa ma ben lontana dal raggiungimento del 95% necessario per il raggiungimento dell'eliminazione.

Un calo che ha riguardato sia le vaccinazioni obbligatorie (anti-difterica, anti-polio, anti-tetanica, anti-epatite B), che alcune di quelle raccomandate. Le uniche coperture che hanno mostrato un incremento del dato nazionale sono pneumococco e meningococco (nei due anni precedenti avevano registrato bassi valori in alcune Regioni e PA). Anche i dati di copertura vaccinale per morbillo e rosolia sono passati dal 90,4% nel m2013 all'85,3% nel 2015 per poi osservare una lieve risalita nel 2016 ma comunque lontani dal raggiungimento della copertura necessaria per eliminare il virus (95%). Un trend confermato anche dalle coperture vaccinali nazionali a 36 mesi (relative ai bambini nati nell'anno 2012 e 2013), che permettono di monitorare la quota di quei bambini, inadempienti alla rilevazione vaccinale dell'anno precedente, che sono stati recuperati.

Le coperture a 36 mesi mostrano valori più alti rispetto a quelle rilevate per la medesima coorte di nascita a 24 mesi l'anno precedente arrivando al 95% nella coorte 2011 e del 2012 per le vaccinazioni contenute nell'esavalente, mentre per le coorti successive del 2013 le vaccinazioni a 36 mesi non raggiungono il 95% (vedi grafici di seguito).

Nelle Figure ([vedi documento allegato](#)) o sono riportati l'andamento delle coperture vaccinali a 24 mesi in Italia

dal 2000 al 2016 per: polio, difterite, tetano e pertosse, epatite B, Haemophilus influenzae e morbillo, parotite e rosolia; in di seguito è riportato il calo delle coperture vaccinali dal 2013 al 2016, utilizzando la copertura vaccinale per poliomielite come indicatore del vaccino esavalente.

Come si può apprezzare dalla figura, in Italia nel periodo considerato la copertura vaccinale è calata di circa un punto percentuale ogni anno. In successivamente si osserva invece il calo del periodo relativo al 2013-2016 delle coperture per il vaccino MPR, che è pari a circa 1 punto percentuale all'anno.

Nel documento sono riportate anche le figure con il confronto tra le coperture vaccinali tra Italia e Veneto e le coperture vaccinali a 36 mesi (coorte 2013 rilevazione 2016), il confronto fra coperture vaccinali a 24 e 36 mesi in Italia (coorte di nascita 2011, 2012, 2013) e per regione (2013) ed infine l'incremento percentuale e la percentuale di recupero tra i non vaccinati a 24 e 36 mesi per coorte di nascita, in Italia (coorte di nascita 2011, 2012 e 2013) e Veneto (coorte di nascita 2013).

### Strategie vaccinali ed obbligo in Europa

In Europa, nel 2010, in 29 dei 31 Stati (28 Paesi dell'Unione europea più Norvegia, Islanda e Liechtenstein) è stata condotta una indagine per valutare le differenti politiche vaccinali. Di questi (Bulgaria, Repubblica Ceca, Francia, Grecia, Ungheria, Italia, Latvia, Malta, Polonia, Portogallo, Romania, Slovacchia, Slovenia) presentano obbligo vaccinale per più o un solo vaccino (Vedi tabella sotto).

In Francia si sta considerando l'obbligatorietà vaccinale per 11 malattie infettive, del tutto in linea con quanto proposto in Italia.

A Country	Diphtheria	Haemophilus influenzae type B	Hepatitis A	Hepatitis B	Human papillomavirus*	Influenza	Invasive disease caused by <i>Neisseria meningitidis</i> group C
Austria	RA	RA	RR	RA	R	RR	RA
Belgium	RA	RA	RR	MR/RA <sup>b)</sup>	R	RR	RA
Bulgaria	MA	MA	RR	MA	R	RR	A
Cyprus	RA	RA	RR	RA	A	RR	RA
Czech Republic	MA	MA	MR	MA	R	RR	RR
Denmark	RA	RA	RR	RR	R	RR	RR
Estonia [6]	RA	RA	RA*	RA	R*	RA*	RR*
Finland	RA	RA	RR	RR	A	RA	A
France	MA/MR/RA <sup>c)</sup>	RA	RR	MR/RA*	R	RR	RA
Germany [7]	RA	RA	RR	RA	R	RR	RA
Greece	MA	RA	RA	MA*	R	RR	RA
Hungary	MA	MA	MR	MA	A	RR	A
Iceland	RA	RA	RR	RR	A	RR	RA
Ireland	RA	RA	RR	RA	R	RR	RA
Italy	MA <sup>d)</sup>	RA	A <sup>e)</sup>	MA	R	RR	RA/RR <sup>e)</sup>
Latvia	MA	MA	RR	MA	MA	RR	RR
Lithuania	RA	RA	RR	RA	A	RR	RR
Luxembourg [8]	RA	RA	RR	RA	R	RR	RA
Malta	MA	RA	RR	RA	A	RA	A
The Netherlands [9]	RA	RA	RR	RR	R	RR	RA
Norway	RA	RA	A	RR	R	RR	A
Poland	MA	MA	RR	MA	R	RR	RR
Portugal	RA/MR	RA	A	RA	R	RR	RA
Romania	MA	MA	RR	MA	R	RR	A
Slovakia	MA	MA	MR/RR <sup>e)</sup>	MA	R	MR/RR <sup>e)</sup>	RR
Slovenia	MA	MA	RR	MA	R	RR	RR
Spain	RA	RA	RR/RA*	RA	R	RR	RA
Sweden	RA	RA	A	RR	R	RR	A
United Kingdom	RA	RA	RR	RR	R	RR	RA

A: absence of recommendation, MA: mandatory for all; MR: mandatory for people at risk; R: recommended; RA: recommended for all; RR: recommended for people at risk.

*Un mondo praticamente sconosciuto fino a pochi anni fa. Oggi diagnosi, cura e ricerca sono unite nel portare alla gente la conoscenza. Ma l'obiettivo di aiutare i pazienti non passa solo dagli avanzamenti scientifici, ma anche da divulgazione, condivisione e lotta alla solitudine*

Procida, 19 giugno 2017 - “Il nostro compito non è solo fare ricerca, ma comunicarla, e comunicarla bene. Se i ricercatori non hanno rapporto diretto con medici di base e cittadini, si resta isolati. Una regola valida per tutte le discipline scientifiche, ma che nel campo delle malattie rare diventa cruciale”.

È con queste premesse che Maurizio D'Esposito, ricercatore del Centro di Genetica e Biofisica “A. Buzzati Traverso” del CNR, ha aperto a Procida il meeting “Malattie genetiche rare: dalla diagnostica alla comunicazione”.

Un corso di Educazione Continua in Medicina, promosso proprio da Neuromed e CNR, ma anche un momento di raccordo e comunicazione, come spiega il ricercatore: “Dare una speranza ai pazienti di malattie rare significa non solo essere nei laboratori per cercare nuove risposte, ma significa anche uscire tra la gente, divulgare, incontrare tutti i protagonisti della salute”.

E per questo scopo c'è stata la scelta di Procida, legata a un aspetto culturale, come illustra D'Esposito: “Procida ha una sua forte caratterizzazione culturale, pensiamo al Postino di Troisi, oppure a Elsa Morante. È in questo clima che vogliamo creare un rapporto tra il CNR, l'IRCCS Neuromed e questa isola”.

“Ancora una volta abbiamo cercato di spiegare il concetto di malattia rara confrontandoci con i nostri colleghi – ha detto Alba di Pardo, del Laboratorio di Neurogenetica e Malattie Rare del Neuromed – È necessario conoscere meglio e intervenire meglio in un campo difficile come questo, dove per la maggior parte delle patologie non vi è ancora una cura. Ma si stanno facendo passi in avanti nella diagnostica e nella pratica clinica, per dare un punto di riferimento ai pazienti. È per questo che siamo qui a Procida, per dare il corretto messaggio di comunicazione e sensibilizzazione. Fuori dalle porte degli ospedali e dei laboratori di ricerca”.

Proprio le prospettive che stanno nascendo nei laboratori di ricerca in tutto il mondo sono state esposte da Vittorio Maglione, anche lui del Centro Malattie Rare Neuromed. “Inevitabilmente, sono due gli approcci che vengono seguiti: da un lato quello genetico, che mira a 'riparare' l'alterazione genetica responsabile della malattia. Dall'altro, la strada farmacologica, nella quale si studiano molecole capaci di intervenire sui danni causati dall'alterazione presente nel DNA. Tra l'altro, è questa la strada che seguiamo al Neuromed. Penso che l'approccio genetico potrà offrirci prospettive notevoli, ma saranno necessari tempi lunghi. La farmacologia, invece, ci ha già messo a disposizione strade interessanti che potranno giungere ai pazienti in tempi più rapidi”.

“Da Procida un segnale di ottimismo. – ha affermato il Presidente della Fondazione Neuromed, Mario Pietracupa - Un luogo di cultura dal quale partiamo per affrontare problematiche importanti quali quelle relative alle malattie rare. Vogliamo dare un messaggio di speranza a tutti coloro che vivono una



situazione di disagio. La speranza nasce dalla ricerca e dal confronto. Per progetti importanti come questo sulle malattie rare bisogna confrontarsi con altre realtà. La collaborazione tra Neuromed e CNR è un esempio di due Istituzioni che si mettono in discussione e si aprono a nuove collaborazioni, condividendo la necessità di comunicare con il mondo 'esterno' ciò che fanno”.

Il meeting ha visto anche la consegna di un riconoscimento a un giovane ricercatore Neuromed, Enrico Amico, per il suo impegno nel campo delle malattie rare. Il premio, assegnato dall'Associazione “Paolo Balestrazzi, Lotta alla Neurofibromatosi e a tutte le Malattie rare” allo scopo di “sottolineare l'essenzialità della ricerca e spronare sempre più questi giovani a fare meglio. Senza la ricerca non avremo futuro – dice Palmira Giannini, Presidente dell'Associazione – non è semplice sopportare malattie come la Neurofibromatosi, la SLA, il cancro. Parlarne è già un traguardo”.

*Fsi-Usae scrive alla Prefetture: "La Regione continua a rinviare le assunzioni di personale sanitario"*

Palermo, 19 giugno 2017 – Gli ospedali siciliani si apprestano a vivere l'ennesima emergenza estiva. A denunciare la questione è la Fsi-Usae Federazione Sindacati Indipendenti aderente alla confederazione Unione Sindacati Autonomi Europei che, in una nota inviata ai nove Prefetti della Regione denuncia il rischio e le difficoltà a garantire i servizi minimi essenziali, per far fronte ad una popolazione che nei mesi estivi supererà i 7 milioni di abitanti per l'arrivo di più di 2 milioni di vacanzieri (dati Agenzia Nazionale del Turismo – ENIT).

E' arrivata l'estate e con essa tutti i problemi legati alla carenza infermieristica, medico e sanitario negli ospedali, puntualmente le stesse problematiche di ogni anno. Secondo le segnalazioni di cittadini e lavoratori giunte alle segreterie territoriali del sindacato, tante le inefficienze negli ospedali in particolare nei Pronto Soccorso.

“Il Pronto Soccorso si trasforma in una giungla, in cui pazienti, a volte anche rimangono in attesa anche 10-12 ore. Ma la Regione non ha ancora provveduto alle assunzioni promesse entro il famoso novembre 2015 nelle 18 aziende sanitarie e al 118”, denuncia la segreteria regionale della Fsi-Usae.

Nel merito di quanto accade nel sistema sanitario provinciale, la Fsi-Usae ha espresso e denunciato le enormi criticità delle aziende sanitarie relativamente alle dotazioni organiche e di conseguenza le difficoltà a garantire i servizi minimi essenziali. Il personale è sottoposto a turni massacranti, con evidenti ripercussioni sulla qualità delle prestazioni erogate, oltre che ovviamente sulle condizioni di lavoro di ogni singolo operatore.

Non si capisce come la Regione intende far fronte alla gravissima carenza di personale sanitario e quando, e con quali fondi, indire i concorsi. Tanti dunque i problemi che devono ancora essere affrontati, e in merito ai quali cittadini e singoli lavoratori attendono ancora risposte dalle aziende sanitarie.

Sulla rete ospedaliera è calato il silenzio e per ricorrere allo scorrimento delle graduatorie regionali valide e per bandire i nuovi concorsi non si può più aspettare, il personale che è andato in pensione non è stato ancora sostituito.

Una delegazione della Fsi-Usae Sicilia ha visitato, nei giorni scorsi, alcuni ospedali siciliani: grandi e piccoli, delle Asp di Palermo, Catania, Messina e Agrigento, raccogliendo varie lamentele.

“La Sicilia – ricorda il sindacato – ‘vanta’ il triste primato di casi di malasanità, presunti errori medici o di cattiva organizzazione sanitaria. 117 in Sicilia, 36 in Emilia Romagna, 34 in Toscana e Lombardia, 29 in Veneto, 24 in Piemonte, 7 in Umbria, 3 in Friuli, 1 in Trentino. Sono i dati stilati dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario analizzati dal 2009. Non si deve generalizzare e colpevolizzare tutti gli operatori sanitari, la maggioranza di loro opera con professionalità tra mille difficoltà strutturali ed organizzative per salvare vite, come il pochissimo personale del 118, che corre giorno e notte a soccorrere le vittime della strada. Inoltre molteplici le segnalazioni di cittadini che denunciano le lunghe e interminabili liste d'attesa. La sfiducia dei cittadini nei confronti della sanità

siciliana li induce a continuare la via dei viaggi della speranza verso il nord. La sanità siciliana regala fiumi di denaro pubblico ai privati e mantiene liste di attesa da terzo mondo”.

Altro problema sollevato dalla Fsi-Usae è la mancanza di posti letto. Ogni provincia dovrebbe avere una media di 3 posti letto per mille abitanti. “Ne servirebbero il doppio, per colmare il gap – scrive la Fsi-Usae – La Regione parla da tempo di assunzioni di personale sanitario medico e non medico, continuamente rinviate. E, invece, molti reparti specialistici nuovi potrebbero essere aperti. Ad esempio, un caso ancora irrisolto riguarda la mancata apertura dell’ospedale San Marco di Librino e del pronto soccorso del Policlinico di Catania: due monumenti allo spreco. Senza dimenticare l’ospedale di Sant’Agata di Militello: lo scheletro in cemento si può ammirare già dallo svincolo dell’autostrada Palermo-Messina”.

“Gli infermieri, come i medici, si trovano a lavorare negli ospedali siciliani in un clima di tensione – precisa il sindacato – La causa è la carenza del personale presente negli ospedali: in pochi, si sbaglia e scattano facilmente le denunce. I cittadini non si fidano più e gli infermieri in primis, professioni sanitarie ostetriche, riabilitative, tecniche, della prevenzione, e medici, sono sempre più a rischio di aggressioni”.

La Fsi-Usae Sicilia continuerà a lottare per i diritti del personale sanitario e a intraprendere tutte le iniziative che mirano a tutelare i lavoratori.

“Riteniamo che questo percorso normativo lungo e complesso sulle famose assunzioni non faccia altro che illudere i lavoratori. La Regione però continua a non avere consapevolezza della reale situazione in cui versano i reparti e del fallimento del suo operato, discute solo in termini ragioneristici e intanto la gente muore perché non trova strutture adeguate. Senza assistenza sanitaria si muore, non possono essere più tollerati risparmi dove è in gioco la vita umana. Il sindacato ha così scritto e allertato come l’anno scorso le nove prefetture siciliane”.

## Cuore. Si chiama valvola mitralica. E regola

il flusso nel muscolo. Se va in tilt deve essere riparata

Ecco le nuove regole per gli interventi mininvasivi

# Quando il sangue sbaglia strada

LO STENT

### 40 anni ben portati

Non li dimostra, ma in realtà i 40 li ha compiuti il "palloncino", che dello stent è stato il precursore. Il primo device che ha consentito l'angioplastica era infatti un sistema gonfiabile messo a punto dal medico tedesco Andreas Roland Grüntzig. Fu lui a concepire, per un soggetto colpito da angina, il prototipo da cui è nata l'angioplastica, la tecnica che continua a salvare pazienti infartuati o con stenosi delle arterie coronarie. Dopo il palloncino, arriva lo stent metallico nell'87 (in acciaio a maglie autoespandibili): pionieri sono stati lo statunitense Gary Roubin con l'italiano Cesare Gianturco e il tedesco Ulrich Sigwart. Un altro traguardo viene raggiunto grazie agli antiproliferativi, farmaci posizionati a copertura delle maglie: nasce così lo stent medicato, tra il '92 e il '93. Poi, a perfezionare l'angioplastica ci pensa il cardiologo emodinamista di Milano Antonio Colombo, che associa l'impianto dello stent alla doppia terapia antiaggregante (ticlopidina e aspirina). E infine, la storia recente, con l'approdo degli stent riassorbibili. Che però, di recente, hanno segnato una battuta d'arresto. «Ancora in via di sviluppo, hanno percorsi i tempi - è la tesi di Colombo - ma la tecnica risorgerà». A oggi, lo stent ha sostituito l'intervento cardiocirchirurgico nel 70 per cento dei casi, ma i bisturi è ancora, in molte situazioni, un'opzione imprescindibile e valida. «Per esempio nelle occlusioni complete», precisa Colombo, «e in quei pazienti affetti da pluripatologie e che avrebbero esigenze di molti stent».

GIUSEPPE DEL BELLO

**U**NO IMBOCCA una strada controsenso. E quando se ne accorge è troppo tardi. Un rischio estremo che può trasformarsi in tragedia. Lo stesso rischio che corre il flusso di sangue quando cambia direzione. Ed è proprio quel che si verifica nella circolazione cardiaca a livello della "mitrale", la valvola che nella parte sinistra del cuore separa l'atrio dal ventricolo. In condizioni normali, il sistema valvolare grazie ai suoi lembi che si aprono e chiudono permette al sangue di passare dall'atrio al ventricolo, solo in un senso. Ma se la valvola va in tilt, il sangue cambia strada. E torna indietro. In quantità variabile (a seconda della gravità della malattia) e in direzione opposta al senso di marcia. Il guaio è ancor più serio per chi già è affetto da scompenso cardiaco (quando il miocardio fa fatica a pompare il sangue nei vari organi e tessuti). In Italia ne soffre quasi un milione di persone. E, dicono gli ultimi dati, l'80% dei pazienti ha problemi alla valvola mitralica.

Per correggerli si ricorre sempre più spesso ai cosiddetti interventi percutanei mininvasivi, mirati alla sostituzione o alla "riparazione" della valvola, procedure che si effettuano in un laboratorio italiano di Emodinamica su cinque: dal 2011 al 2016 si è passati da 100 a 1000 centri. La faccenda è così diffusa che proprio sull'utilizzo delle procedure trans-cateretere i cardiologi riuniti al congresso EuroPcr - recentemente concluso a Parigi - hanno stilato un primo documento di consenso condiviso dalle società di Cardiologia Interventistica europea. Dall'italiana Gise alla spagnola Shci, alla portoghese Apic. «Vanno valutate due condizioni: da una parte c'è lo scompenso - avverte Giuseppe Musumeci, presidente Gise e direttore di Cardiologia dell'ospedale di Cuneo - dall'altra c'è il dato di un'insufficienza mitralica sottodiagnosticata. Un over 70 su tre senza sintomi di cardiopatia ha problemi alle valvole cardiache, e le patologie misconosciute del-

**Un over 70 su tre ha questo tipo di problema. E per chi soffre di scompenso i rischi sono molti**

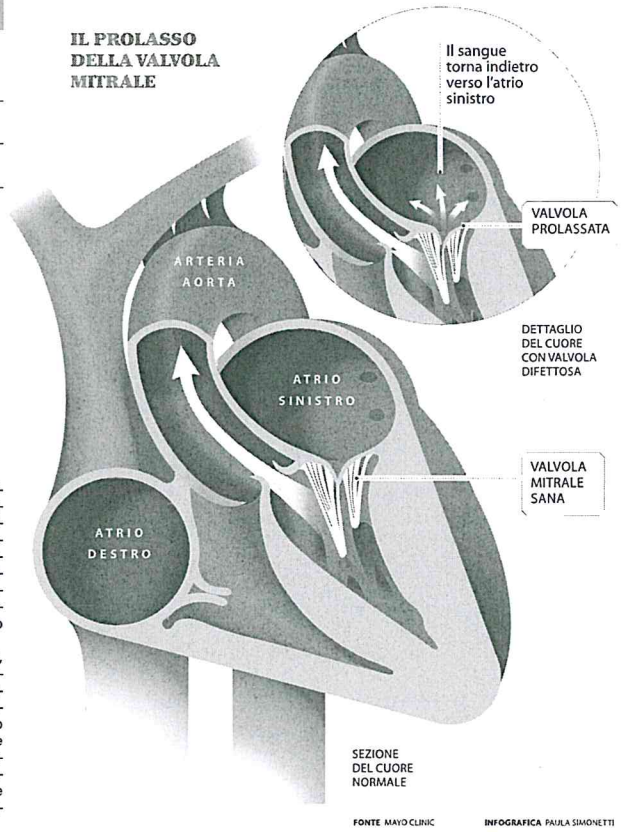
la mitrale sono tre volte più frequenti della stenosi della valvola aortica». Una fascia di intervento chirurgico, ma che nella metà dei casi non può essere operata. «La rinuncia è obbligatoria - spiega Musumeci - talvolta per l'età, in altri casi perché coesistono altre patologie, come l'insufficienza ventricolare sinistra o la broncopneumopatia cronica. Ovviamente poi, non intervenire si traduce in una prognosi peggiore e in un calo nella qualità di vita. E sono proprio questi i soggetti candidati a un protocollo meno invasivo dell'intervento chirurgico: a fronte dei circa mille interventi effettuati ogni anno, almeno 3000 italiani potrebbero beneficiarne». La riparazione soft sembra la strada più idonea, aggiunge Giuseppe Tarantini, responsabile di Cardiologia interventistica dell'azienda universitaria di Padova, «quando il rischio operatorio è molto elevato. In questi casi si può applicare sui due lembi che hanno perso la tenuta a causa dello scompenso, una specie di molletta».

Ma se l'intervento è dolce, il costo è elevato e può raggiungere un tetto di 20mila euro

a intervento. Troppi? No, rispondono dal Gise, perché il rapporto costo-beneficio è favorevole grazie ai successivi e considerevoli risparmi. Già, perché c'è tanto da guadagnare in anni e qualità di vita: secondo le proiezioni, per ogni anno di vita in più si risparmiano circa ottomila euro a paziente. Insomma, le procedure interventistiche in prospettiva avrebbero un impatto economico positivo a fronte della terapia medica.

«In Italia purtroppo», avverte Musumeci, «oltre alla sotto-diagnosi e al sotto-trattamento del "rigurgito" della mitrale si registra anche una disparità di accesso ai trattamenti. Lombardia, Campania e Sicilia sono tra le più attive, in altre invece le procedure sono pochissime o addirittura non ce ne sono. Il risultato paradossale è che un intervento come il trattamento con la "graffetta" che mantiene uniti i lembi sfiancati della mitrale, non viene erogato».

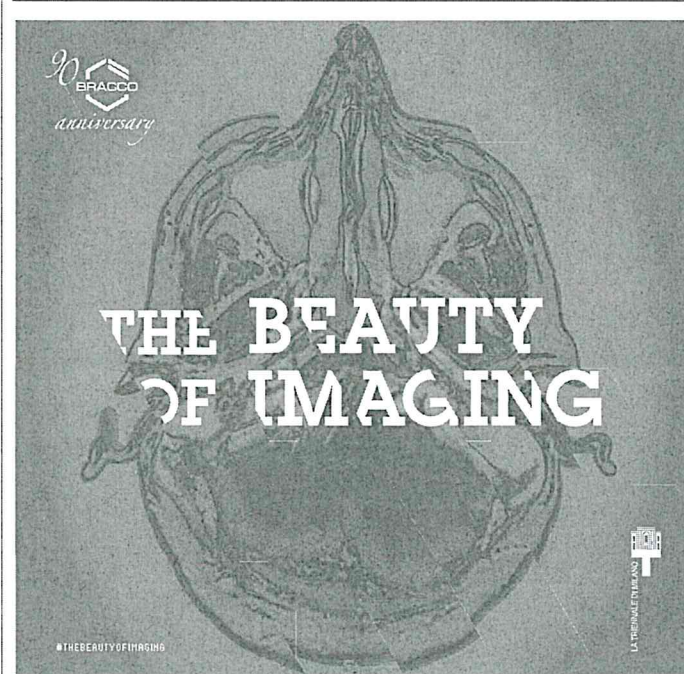
### IL PROLASSO DELLA VALVOLA MITRALE



SEZIONE DEL CUORE NORMALE

FONTE MAYO CLINIC

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI



## The Beauty of Imaging

Triennale di Milano // Fino al 2 luglio 2017 // Ingresso libero

In occasione del suo 90° anniversario il Gruppo Bracco invita a esplorare il corpo umano dall'interno con tecnologie interattive e suggestioni visive che ne rivelano la meraviglia più profonda.

La mostra unisce i linguaggi della scienza e dell'arte per raccontare la potenza e la bellezza di una delle dieci scoperte più importanti nell'intera storia della medicina: la diagnostica per immagini.

A cura di FeelRouge Worldwide Shows // Design e concept Studio GiòForma // Supervisione artistica Marco Balich

### LO STUDIO

#### Meno rischi col device

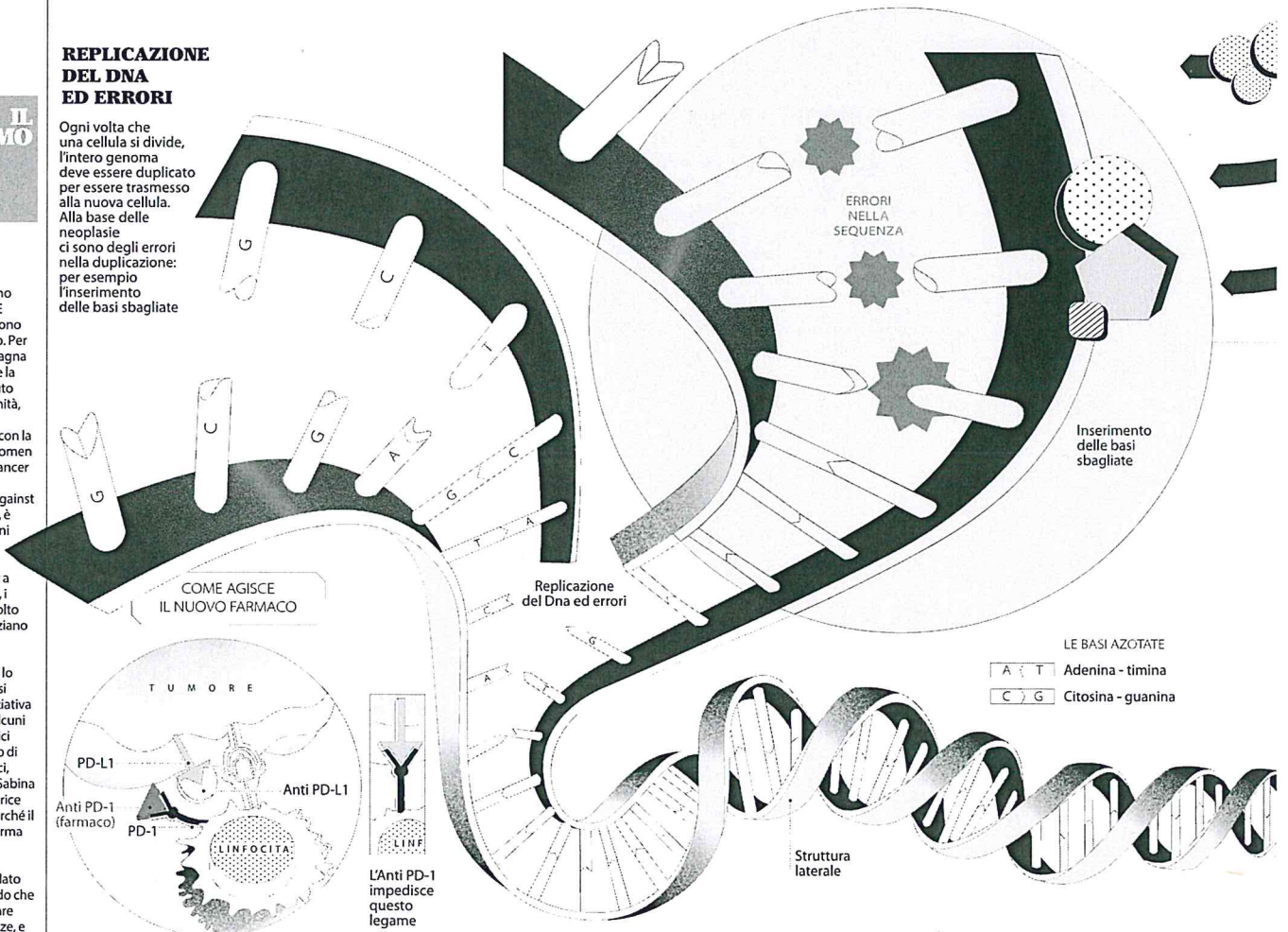
I dati di uno studio confermano la validità di Watchman, device (autoespandibile in nichel e titanio) che serve a chiudere l'auricola atriale sinistra del cuore. Si utilizza per ridurre il rischio di ictus nei pazienti che non possono assumere gli anticoagulanti orali. Ma cosa è l'auricola? Ha forma di una tasca localizzata nella cavità superiore sinistra del cuore, è grande quanto un pollice ed ha un'apertura (ostio) che sfocia nell'atrio. In più è la sede dove con maggior frequenza si formano i coaguli di sangue nei pazienti affetti da fibrillazione atriale. E perciò, chiudendola, si ottiene una riduzione del rischio-ictus. Il registro Evolution (presentato a Parigi), rivela che la chiusura dell'"auricola" seguita da duplice terapia antiaggregante piastinica, mette anche al riparo da sanguinamenti. Più di quanto non sia in grado di fare il farmaco anticoagulante Warfarin. Il device si implanta, inserendo un catetere che per via arteriosa raggiunge il cuore

INFOGRAFICA DI SERENA VITA

# Tumori. Un farmaco che attiva le difese contro la proliferazione. E si rafforza se la neoplasia ha una caratteristica biologica specifica. È la prima cura oncologica che mette insieme due approcci. E cambia di nuovo la lotta al cancro

## REPLICAZIONE DEL DNA ED ERRORI

Ogni volta che una cellula si divide, l'intero genoma deve essere duplicato per essere trasmesso alla nuova cellula. Alla base delle neoplasie ci sono degli errori nella duplicazione: per esempio l'inserimento delle basi sbagliate



## IL FUMO

### A scuola con il kit

I ragazzi crescono sempre prima. E sempre prima sono attratti dal fumo. Per questo la campagna "Questa non me la fumo" dell'Istituto Superiore di Sanità, ideata in collaborazione con la rete europea Women Against Lung Cancer Eu ([www.womenagainstlungcancer.eu](http://www.womenagainstlungcancer.eu)), è rivolta ai bambini delle scuole elementari di quarta e quinta: a quell'età, infatti, i ragazzi sono molto recettivi, ma iniziano a essere tentati dall'idea della trasgressione, o lo saranno nei mesi successivi. L'iniziativa è articolata su alcuni materiali didattici ideati con l'aiuto di psicologi, medici, insegnanti e di Sabina Colloredo, scrittrice per bambini, perché il tutto abbia la forma del gioco; in particolare, agli studenti viene dato un diario in modo che possano annotare alcune esperienze, e insieme avere informazioni sulla salute relative ai danni del fumo, ma anche all'importanza di una sana alimentazione dell'attività sportiva. Inoltre il kit prevede una specie di gioco dell'oca a tema, divertente e utilizzato anch'esso come strumento per veicolare informazioni. I materiali dati agli insegnanti prevedono spazi anche per le loro osservazioni e per il coinvolgimento dei genitori nella sensibilizzazione. I materiali sono gratuiti e a disposizione delle scuole: basta scrivere a: [ufficiostampa@womenagainstlungcancer.eu](mailto:ufficiostampa@womenagainstlungcancer.eu); sul sito <http://www.womenagainstlungcancer.eu/nonmelafumo/> è possibile avere tutte le spiegazioni relative all'iniziativa e vedere i tutorial che illustrano la campagna. a.c.

# L'immunoterapia diventa personal

AGNESE CODIGNOLA E DANIELA MINERVA

**S**E L'IMMUNOTERAPIA contro i tumori, con il 70% delle ricerche presentate, è stata la grande protagonista dell'ultima edizione dell'Asco, il congresso dell'American Society for Clinical Oncology di Chicago, il pembrolizumab ne è stata la sua primadonna, e lo show è iniziato persino qualche giorno prima. Sì, perché la settimana precedente la Food and Drug Administration ha annunciato un'autorizzazione senza precedenti, che aveva come protagonista proprio l'anticorpo monoclonale diretto contro la proteina PD1 dei linfociti. E il via libera non è più legato a un certo tipo di tumore, ma solo ad alcune caratteristiche genetiche di qualunque tumore, ovvero ad alcuni biomarcatori generali. Nella fattispecie, è relativa a quelle neoplasie solide che hanno un guasto al sistema di riparazione dei cromosomi detto "mismatch repair", oppure un'instabilità sempre genetica

molto alta (dei cosiddetti microsatelliti) o, ancora a quei tumori del colon che a queste caratteristiche aggiungono lo sviluppo di una resistenza ai farmaci classici. E il tutto, novità molto importante e anch'essa inedita, riguarda anche i tumori pediatrici, sebbene per questi non visiano molti dati relativi al dosaggio da usare, e sia quindi raccomandata una particolare prudenza; la decisione

### È la precision medicine

### lanciata da Obama nel 2015

### Che comincia a dare frutti

dell'ente americano è giunta dopo che sono stati resi noti i risultati di circa 150 malati con 14 tumori diversi che avevano preso parte a cinque studi clinici. La medicina e soprattutto l'oncologia personalizzata, quindi, stanno prendendo forma, come auspicato da Obama e concretizzato con l'operazione Moonshot, specifica per il cancro.

A Chicago, poi, sono stati presentati dati positivi del pembrolizumab per molti tipi di tumore, da quello della mammella più difficile da trattare (triplo negativo) a quelli uroteliali; stanno insomma arrivando i dati del vasto programma chiamato Keynote con il quale l'azienda produttrice, la Merk Sharp & Dohme (Msd), ha iniziato da subito a studiare l'anticorpo in decine di condizioni differenti, così come hanno fatto e stanno facendo tutte le grandi di Big Pharma con i loro immunoterapici. Roy Barnes, vice presidente di Msd e capo della ricerca clinica, così ci ha spiegato quel che bolle in pentola: «Abbiamo dati positivi su 25 tipi diversi di tumore e stiamo lavorando via via per ottenere le diverse approvazioni. Negli Stati Uniti l'abbiamo già per i tumori della vescica dopo che altri farmaci hanno fallito e, in certe condizioni, anche come prima terapia, per quelli di testa e collo e del rene oltreché per quelli del polmone e per il melanoma. Ma senza dubbio l'approvazione legata agli specifici biomarcatori è molto importante. Non a caso abbiamo ai nastri di par-

tenza, o già avviati, 500 studi clinici diversi, 300 dei quali di combinazione con altri farmaci».

Da questi studi si capirà la fisionomia dell'immunoterapia 2.0, che sarà necessariamente fatta di passaggi diversi nelle varie fasi della malattia, per quasi tutti i malati tranne per coloro sui quali il farmaco funziona, e non hanno quindi bisogno d'altro perché, di

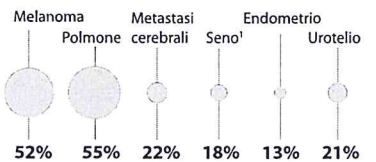
### In Italia la sostanza è

### autorizzata per il

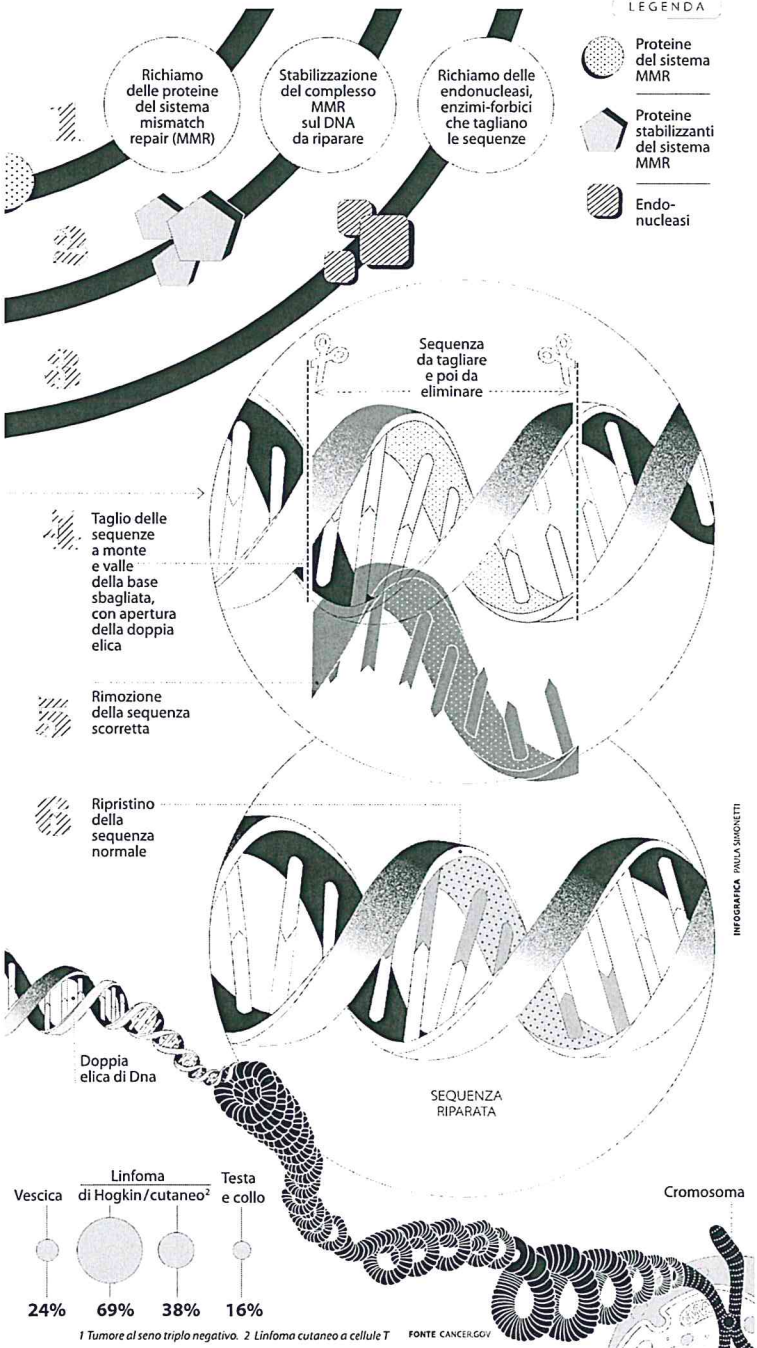
### melanoma e il polmone

fatto, guariscono (un decimo circa di coloro che rispondono). E allora ecco gli studi di combinazione, come racconta lo stesso Barnes: «Il pembrolizumab è in un certo senso fondante, perché su di lui si basa il futuro prossimo della nostra ricerca clinica. Stiamo verificando le combinazioni con la chemioterapia - e negli Stati Uniti ne abbiamo già una ap-

(I TASSI DI RISPOSTA Per tipologia di tumore)



**COME SI AUTO-RIPARA IL DNA**



**Lo studio.** Un'italiana a New York dimostra che le radiazioni aumentano l'effetto della medicina

**Combinazione vincente Con la radio**

**L**A RADIOTERAPIA fatta prima dell'immunoterapia con pembrolizumab raddoppia la sopravvivenza e l'intervallo nel quale la malattia non si ripresenta nei malati di tumore del polmone avanzato, rispetto a ciò che riesce a fare la sola immunoterapia. Questi i risultati pubblicati su *Lancet Oncology* da Silvia Formenti, milanese oggi responsabile della radioterapia della Weill Cornell Medicine di New York. Nello specifico l'esperta ha dimostrato, su un centinaio di pazienti, che quelli sottoposti anche alla radioterapia hanno una sopravvivenza di circa 10 mesi, contro i 5 di coloro che avevano assunto solo l'immunoterapico, e un intervallo senza progressione di circa 5 mesi, contro i 2 dei controlli, con una tossicità del tutto accettabile.

Il lavoro, c'è da scommettere, sarà considerato un caposaldo perché dimostra che migliorare l'efficacia dell'azione sul sistema immunitario è possibile: con la radio, appunto. «Siamo in presenza di un dato importante - ci spiega Formenti - perché conferma che, opportunamente stimolato dall'azione della radioterapia, che uccide molte cellule e funziona quindi da stimolo, il sistema immunitario è più reattivo allo sblocca dei farmaci. Da tempo si cerca di capire come potenziare le prestazioni dell'immunoterapia, cui ancora non tutti i pazienti rispondono o rispondono nella misura sperata. E questa è una delle strade più promettenti». Formenti ci lavora dal 2003, quando ha iniziato a reclutare i malati per quella che si chiama sperimentazione di principio, cioè fatta per verificare se un'idea abbia o meno qualche possibilità di essere ve-

ra. Poi, nel 2012, la prima pubblicazione, sempre su *Lancet Oncology*, di risultati che avrebbero segnato un primo punto di svolta: se fatta insieme a un immunostimolante, la radioterapia porta a un effetto molto più grande di quello che ci si potrebbe attendere. Un anno dopo la scienziata ha pubblicato il caso di un malato terminale di carcinoma del polmone di fatto guarito grazie all'effetto ottenuto con la radioterapia più l'anti CTLA-4 ipilimumab: una delle primissime segnalazioni della possibile sinergia tra la radioterapia e questi farmaci. A quel paziente ne sono seguiti molti altri, al punto che all'ultimo congresso della European Society for Radiation Oncology, l'esperta ha portato i dati di altri 39 pazienti. E intanto ha raccolto i dati sul pembrolizumab. Formenti, del resto, da sempre ama frequentare la terra di mezzo tra i due approcci. Il risultato sono protocolli che potrebbero permettere, oltre che di avere risposte molto migliori, anche di risparmiare tempo, effetti collaterali e denaro, perché la radioterapia usata è a basse dosi (e quindi fatta in poche sedute) e, per quanto sia costosa, nella gestione della vita un malato di tumore rappresenta un costo enormemente inferiore rispetto a quello di anni di immunoterapia. Nell'era della superspecializzazione, potrebbe essere la contaminazione tra ambiti diversi, un tempo quasi in competizione, a fornire le sorprese più positive per i malati. (a. c.)

**INSONNIA? ANSIA e STRESS?**

**MELATONINA ACT**  
INTEGRATORE ALIMENTARE

- MELATONINA 1mg ACT 150 COMPRESSE
- MELATONINA 3mg ACT 120 COMPRESSE
- MELATONINA 5mg ACT FORTE 90 COMPRESSE

**MELATONINA+ FORTE 5mg e VALERIANA 45mg**  
INTEGRATORE ALIMENTARE

**IL BUON SONNO A SOLI €9.90 IN FARMACIA**

**MELATONINA ACT GOCCE** 15ml  
INTEGRATORE ALIMENTARE

**VALERIANA ACT** 125mg  
INTEGRATORE ALIMENTARE

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

provata, per il polmone - e con le terapie a bersaglio molecolare (le cosiddette targeted), stiamo cercando di capire come avere risposte ancora più efficaci, e come suscitare in chi non risponde subito. Stiamo unendo il pembrolizumab ad altri immunoterapici e anche a vaccini fatti con virus geneticamente modificati, e altro ancora. Inoltre stiamo lavorando su anticorpi nuovi, e nel giro di pochi mesi sapremo se ce ne sono altri che funzionano: secondo le nostre previsioni, dovrebbero arrivarne una decina».

I prossimi anni saranno quindi quelli degli assortimenti: un ampio ventaglio di molecole e approcci assortendo il quale i malati potranno presumibilmente allungare la propria vita in maniera significativa e, in molti casi, trasformare il tumore in una malattia cronica come altre.

Nel frattempo, in Italia il farmaco, già autorizzato per trattare il melanoma e il tumore del polmone ma solo dopo il fallimento di altre terapie, è stato appena approvato anche per il tumore del polmone in prima linea, cioè

come primo trattamento, per tutti i malati che esprimono quantità sufficienti della proteina recettore cui si lega PD1, il PD-L1. Non è sempre così, ma nel polmone è stato dimostrato che più la massa contiene la proteina PD-L1, più risponde ai farmaci che la contrastano. Quindi, in questo caso, esiste un marcatore biologico, dal quale non si può prescindere, se si vuole usare il farmaco. È un bene che le autorità sanitarie, in Europa e quindi anche in Italia, lo abbiano riconosciuto come un vantaggio; oggi, per gli altri farmaci immunoterapici, infatti, si procede con le vie tradizionali, che prevedono le indicazioni associate all'organo colpito. Siccome queste terapie sono costosissime, è giusto darle soltanto a chi è destinato ad averne un beneficio, e non a chi può avere più vantaggi seguendo un altro tipo di cura. In attesa che ai prossimi Asco siano presentati gli strumenti per rendere sensibile anche chi oggi non lo è.

© RIPRODUZIONE RISERVATA