



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Partita infinita tra Governo e Regioni: Lorenzin rimette al centro il nodo-farmaci e l'Intesa va in stand-by

Scacco matto a sua maestà Ssn

Chiamparino: «Passa il tempo, tagli da rivedere» - Patto salute e Lea senza tregua

Sul nodo farmaci, complice il provvidenziale voto sull'Italicum, è scivolata anche la terza convocazione utile per la sigla dell'Intesa sui tagli in Sanità. Mercoledì scorso, ennesima fumata nera: si tenterà di nuovo, con ogni probabilità, giovedì 7 maggio. E il tempo, come ha dichiarato il presidente dei governatori Sergio Chiamparino, «non è una variabile indipendente»: ogni settimana, ogni mese che passa, rendono ancora più ardua la definizione della partita-tagli da 2,35 miliardi per la sanità.

Tanto che c'è chi immagina uno "sconto" da un miliardo.

La vera doccia gelata alla sottoscrizione dell'Intesa è arrivata, per la verità e inaspettata, dalla ministra della Salute Beatrice Lorenzin. Che non ha esitato a bocciare il testo essenzialmente per la parte farmaci.

GOBBI E VAZZA A PAG. 2-3

Alt della ministra sulla stangata per la farmaceutica: ennesimo rinvio per la partita da 2,35 mld

Tagli, Lorenzin gela l'Intesa

Chiamparino: «Il tempo passa, numeri da rinegoziare» - Rebus Patto

Sul nodo farmaci, complice il "provvidenziale" voto sull'Italicum, è scivolata anche la terza convocazione utile per la sigla dell'Intesa sui tagli in Sanità. Mercoledì scorso, ennesima fumata nera: si tenterà di nuovo, con ogni probabilità, giovedì 7 maggio. E il tempo, come ha dichiarato il presidente dei governatori Sergio Chiamparino, «non è una variabile indipendente»: ogni settimana, ogni mese che passa, rendono ancora più ardua la definizione della partita da 2,35 miliardi. «Le Regioni - ha detto infatti Chiamparino - sono pronte a sottoscrivere l'Intesa sulla base dei contenuti dell'ultimo documento elaborato congiuntamente con il Governo. Dobbiamo però constatare che la manovra, pensata su base annuale, più passa il tempo e più diventa difficile da attuare nella sua interezza. Va evidentemente prevista qualche revisione o una forma di alleggerimento della stessa. Per quello che ci riguarda siamo pronti anche ad accettare un percorso di monitoraggio congiunto per valutare la fattibilità e la possibilità del raggiungimento degli obiettivi previsti».

Meno conciliante l'assessore lombardo Massimo Garavaglia, coordinatore degli assessori regionali al Bilancio: «La settimana precedente la "ciambella" del Def, mercoledì scorso la legge elettorale... quanto a lungo il governo pensa di giocare sui rinvii accampando scuse? È chiaro che dietro c'è il mero calcolo elettorale del premier Renzi, che non se la sente di andare alle urne con l'eredità pesante dei tagli in Sanità. Ma una cosa è certa: quando finalmente ci si deciderà a siglare l'Intesa e la manovra non potrà più attestarsi sui 2,3 miliardi previsti, andrà sfoltita di almeno un miliardo. Duecento milioni al mese, tanti quanti ne avremo persi a partire da gennaio. L'alternativa, pesantissima, è costringere molte Regioni a innalzare ulteriormente Irap e addizionali Irpef. Sempre a spese dei bilanci locali e, in definitiva, dei cittadini».

La vera doccia gelata alla sottoscri-

zione dell'Intesa è arrivata, per la verità e inaspettatamente, dalla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**. Che non ha esitato a bocciare il testo proprio quando i presidenti si accingevano a esaminarlo, riveduto e corretto dal ministero (da chi, se la stessa ministra non lo condivide?) sulla base dei rilievi mossi la settimana prima dai tecnici regionali. Il capitolo farmaci (v. box in pagina) da cui sono attesi 500 milioni di euro di risparmio su base annua è il vero tasto dolente di questa partita a scacchi tra Governo e Regioni, costantemente ferma a un passo dalla conclusione. «Se le Regioni pensano di liberare con la stretta sui farmaci risorse da utilizzare a proprio vantaggio, se lo scordino: non esiste. E sull'epatite C, il fondo è quello inserito nella legge di Stabilità: non è pensabile prevedere un payback per le spese aggiuntive, quel testo non è stato approvato né da me né dal resto del governo». E poi il rincaro: «Tagli lineari non ne accettiamo», dichiara Lorenzin a questa testata. L'intesa non è tenera nemmeno con i privati e anche questo punto non è gradito alla ministra, che spiega: «Dove c'è una sana concor-

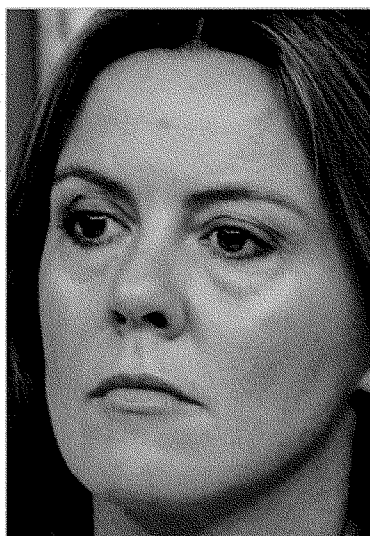
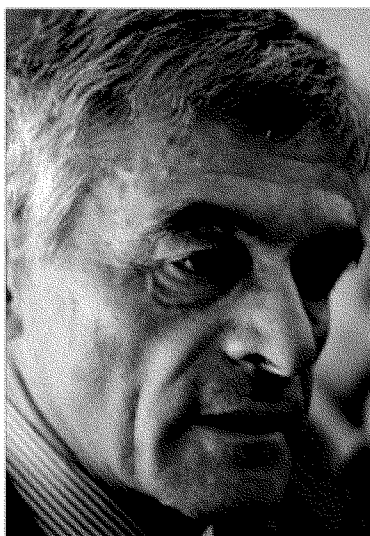
renza tra pubblico e privato le cose funzionano meglio».

La novità dell'ultimo tentativo conclusosi con una fumata nera è quindi che perfino il ministero, a questo punto, prende le distanze. In buona compagnia con Regioni da sempre sull'Aventino, come il Veneto dell'assessore **Luca Coletto**. Che dall'approvazione della legge di Stabilità 2015, all'origine dell'ultimo giro di vite imposto al Servizio sanitario nazionale con la previsione di una scure da 4 miliardi sulle casse regionali, grida alla macelleria sociale. «Siamo semplicemente determinati a difendere il diritto alla salute, non solo dei veneti, ma di tutti gli italiani, perché è vicinissimo il momento dell'insostenibilità. Basti pensare - afferma Coletto - che la previsione del Def al 2020, che non è lontano, dedica alla sanità il 6,6% del Pil, quando l'Oms ci dice che sotto il 6,5% comincia a diminuire l'aspettativa di vita per la gente. E intanto niente costi standard, l'unico strumento per incidere effettivamente sugli sprechi, niente distinzioni tra virtuosi e spreconi, niente che vada a mettere ordine dove si buttano i soldi. Così non si rispetterà

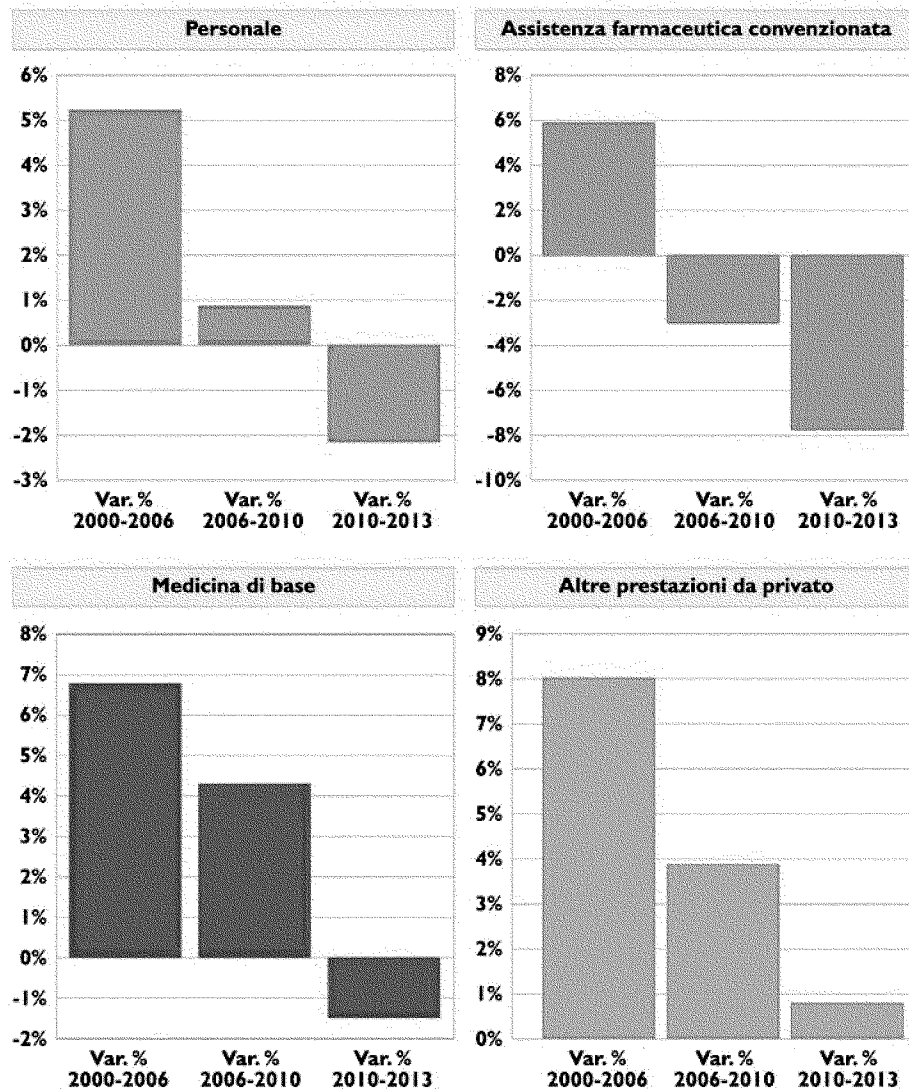
nemmeno la Costituzione nella parte in cui sancisce per il popolo italiano l'assistenza sanitaria universalistica».

E il Patto per la salute? Tutto da rifare. Perché cambiano le regole e, di sicuro anche se ancora non si sa di quanto, diminuiranno le risorse per il Fondo sanitario nazionale. E quanto ai Lea, più dei nuovi, che sono un cavallo di battaglia della ministra, bisognerà salvaguardare i "vecchi", che rischiano di scivolare via.

a cura di
Barbara Gobbi
Lucilla Vazza



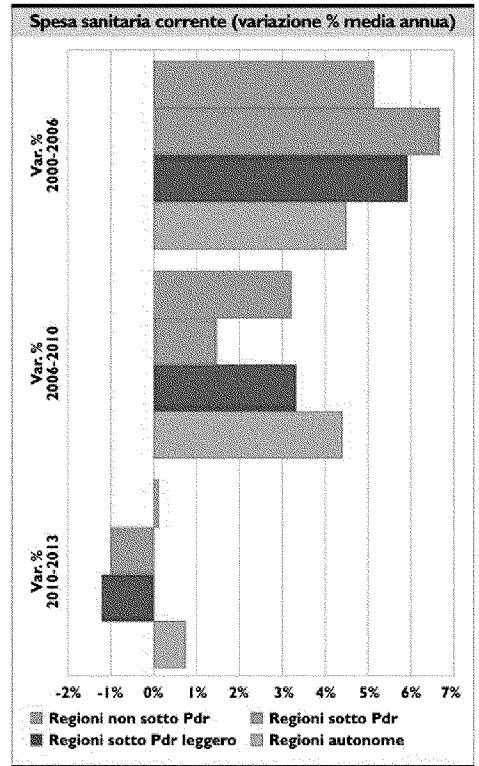
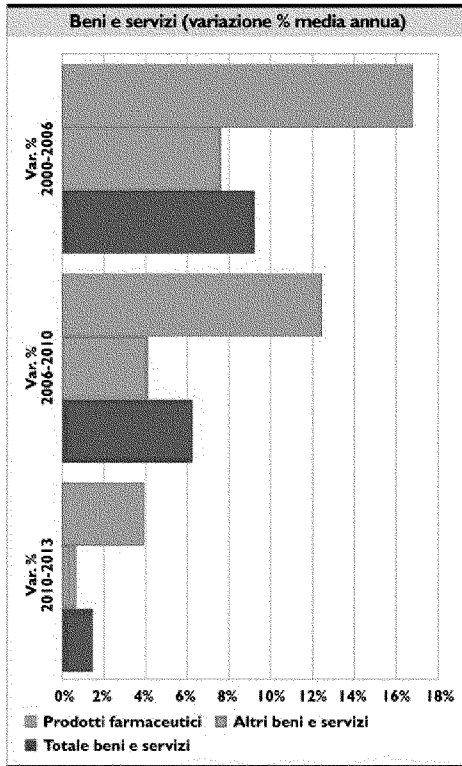
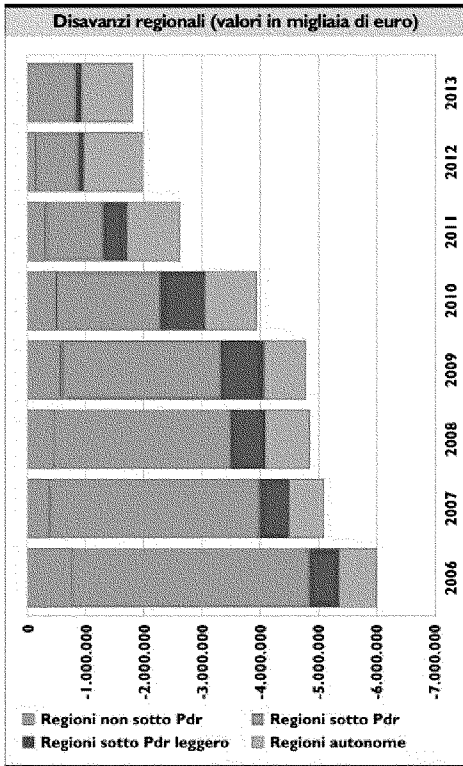
Spesa sanitaria (variazione percentuale media annua)



Fonte per tutti i grafici: "Il monitoraggio della spesa sanitaria", rapporto n. 1, giugno 2014, Ragioneria generale dello Stato

Le previsioni di spesa del Def

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Spesa sanitaria	112.215	110.422	110.044	111.028	111.289	113.372	115.509	117.709	120.094
In percentuale del Pil	6,80%	6,80%	6,80%	6,90%	6,80%	6,70%	6,60%	6,60%	6,50%
Tasso variazione in %		-1,60%	-0,30%	0,90%	0,20%	1,90%	1,90%	1,90%	2,00%



Cassazione

**Nascita
indesiderata:
struttura
e dottori
colpevoli
di diagnosi
tardiva**

A PAG. 19

CASSAZIONE/ *Nascita indesiderata: struttura e medico responsabili del ritardo diagnostico*

Diagnosi tardiva, paga l'Asl

Mancata chance di decisione - La sentenza ribadisce il diritto a nascere sani

Deve essere riconosciuta la responsabilità della struttura sanitaria e del medico in essa operante a fronte della nascita di un bambino affetto da grave malattia genetica, allorché l'esito dell'esame consigliato - nella specie, villocentesi - sia stato comunicato solo un mese dopo l'esecuzione del prelievo, allorché la gestante aveva superato il novantesimo giorno di gravidanza.

Questo ritardo rappresenta infatti una lesione del diritto di autodeterminazione della madre in ordine alla decisione di interrompere la gravidanza; diritto che attiene anche all'assenza della corretta informazione. Il neonato è infatti nato con una grave patologia, la mucopolipidosi di tipo due, una malattia ereditaria che arresta la crescita e riduce le aspettative di vita del bambino.

Questa è la motivazione con cui la Corte di Cassazione Civile, sezione III, con **sentenza n. 6440/2015** del 31 marzo, ha confermato quella della Corte d'appello di Genova che aveva condannato la struttura sanitaria (l'ospedale Gaslini) e la ginecologa al risarcimento dei danni in favore dei genitori della neonata, per la complessiva somma di 119.332 euro, oltre alla rivalutazione e agli interessi. Nel caso specifico, non è stato contestato da parte della struttura che la donna, se fosse stata correttamente informata, non avrebbe deciso di ricorrere al diritto di aborto. Conseguentemente

la prova sul punto è stata considerata raggiunta. In primo grado, il Tribunale di Genova rigettava le domande formulate dai genitori della bambina, rilevando il difetto di prova del nesso causale tra l'evento e l'errata diagnosi, che aveva escluso la presenza di tale malattia genetica. Decisione

ribaltata in Appello a seguito di nuova consulenza medico-legale, con conseguente riconoscimento di un risarcimento a titolo di invalidità permanente nella misura del 30%. Gli errori identificati sono stati due: un primo errore diagnostico compiuto in sede di analisi microscopica attraverso la separazione, con operazione manuale, delle cellule fetali da quelle materne, che ha richiesto un successivo controllo microscopico. Il secondo punto attiene al fatto che la villocentesi, raccomandata con referto, è stata praticata alla paziente in una certa data, mentre l'esito dell'esame del laboratorio venne comunicato solo un mese dopo l'esecuzione del prelievo, allorché la gestante aveva superato il novantesimo giorno di gravidanza. La causalità deterministica di cui si discute, attiene dunque a un doppio inadempimento conseguente alla prestazione di garanzia per la salute della madre e del nascituro. Ai fini della riduzione del danno - affermano i giudici - non importa neppure che il nascituro fosse già menomato, in quanto tale preesistenza aggrava gli effetti dell'inadempimento, proprio perché

tale soggetto, incolpevole, non concorre alla produzione dell'evento di danno, anzi la sua permanente invalidazione determina nel tempo sofferenze gravissime e progressive, al punto che solo la mancata ulteriore impugnazione delle parti lese ha precluso alla Corte di cassazione di concedere l'ulteriore integrazione del ristoro integrale dei danni già concesso in fase d'Appello. Si tratta di una nuova pronuncia che rientra tra i contrastanti precedenti giurisprudenziali in tema di risarcimento del «danno da nascita indesiderata», in attesa di conoscere sul punto l'opinione delle Sezioni Unite alle quali la terza sezione civile della Cassazione ha sottoposto la questione con ordinanza n. 3569 del 23 febbraio che tenterà di ricomporre le divisioni della giurisprudenza.

A proposito di contrasti giurisprudenziali in materia, ricordiamo brevemente l'orientamento (Cfr. Cass. n. 6735/2002, n. 14488/2004, n. 13/2010 e n. 15386/2011) secondo cui «è più probabile che non che la gestante interrompa la gravidanza se informata di gravi malformazioni del feto», al quale si contrappone invece quello secondo cui l'aborto non sia decisione automatica. Sul punto

si sottolinea la sentenza n. 16754/2012 secondo cui in mancanza di una preventiva «espressa e inequivoca dichiarazione della volontà di interrompere la gravidanza in caso di malattia genetica» la prova della scelta di abortire non può desumersi dalla sola richiesta di sottoporsi a screening neonatali.

Segnaliamo inoltre il contrasto sulla questione della legittimazione del nato a pretendere il risarcimento del danno: l'orientamento prevalente esclude vi sia un «diritto a non nascere» o a «non nascere se non sano» con la conseguenza che, «verificatasi la nascita, il minore non può far valere come proprio danno l'essere affetto

da malformazioni congenite per non essere stata la madre, per difetto di informazione, messa nella condizione di fare ricorso all'aborto» (Cass. n. 14488/2004; n. 16123/2006 e n. 10741/2009); mentre il secondo orientamento, al contrario, afferma che dovrebbe ammettersi che «il diritto al risarcimento possa essere fatto valere dopo la nascita anche dal figlio il quale si duole in realtà non della nascita dello stato di infermità che sarebbe mancato se non fosse nato (Cass. n. 9700/2011), ma dei costi e proble-

mi che la nascita malformata comporta, a nulla rilevando né che la sua patologia fosse congenita, né che la madre, ove fosse stata informata della malformazione, avrebbe scelto di abortire» (Cass. n. 16754/2012).

Nicola di Lernia

La giurisprudenza è in contrasto Riconosciuto il risarcimento



Neonati, decreto sul test precoce per scoprire le malattie ereditarie

► Esame non invasivo e risultati entro 48 ore
Stanziati 10 milioni

SANITÀ

ROMA Entro 48 ore dalla nascita, grazie a un esame non invasivo, sarà possibile identificare un ampio gruppo di malattie prima che queste si manifestino clinicamente, evitando danni invalidanti al neonato e, in alcuni casi, la sua morte. Per l'esecuzione degli screening sono stanziati dieci milioni di euro per anno, a decorrere dal 2015.

A prevederlo è lo schema di decreto che il ministro della Salute ha trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni, per il parere, anche in via sperimentale, dei test subito dopo la nascita per la diagnosi precoce di una serie di patologie metaboliche ereditarie.

I PROGRAMMI

Il testo del decreto è stato predisposto grazie alla collaborazione tra il ministero della Salute, l'Istituto superiore di sanità, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, i rappresentanti delle regioni e delle Società scientifiche di settore.

«Grazie a questo provvedimento - è il ministro della Salute Beatrice Lorenzin a parlare - potranno essere rafforzati ed estesi gli attuali programmi di screening neonatale, per un'efficace prevenzione delle malattie metaboliche ereditarie, favorendo la massima uniformità nell'applicazione della diagnosi precoce neonatale sull'intero territorio nazionale. In questo modo si potrà evitare che i bambini affetti da queste pa-



Il ministro della Salute
Beatrice Lorenzin

tologie subiscano danni causati da un ritardo diagnostico».

Prevenzione firmati dal ministero della Salute anche all'Expo di Milano. L'interazione tra alimentazione e il nostro DNA sarà il primo dei temi trattati insieme ai ragazzi. La dottoressa Elena Sturchio, ricercatrice Inail, il oggi e domani, presenterà presso lo spazio scuola di Padiglione Italia,

un progetto condotto in collaborazione con tre scuole d'istruzione superiore di Roma su «Epigenetica e nutrizione».

DIETA MEDITERRANEA

«Expo 2015 - spiega il ministro della Salute - è per il Ministero un'occasione importante per promuovere stili di vita salutari, a partire dalla corretta alimentazione con il modello della dieta mediterranea, bilanciata, ricca di frutta e verdura e povera in grassi, associata a una attività fisica adeguata. Sono lieta dell'opportunità di incontrare i ragazzi perchè è proprio lì che dobbiamo cominciare a costruire più salute a fronte di un'aspettativa di vita nel nostro Paese che è tra le più lunghe del mondo. È dalla scuola, soprattutto, che dobbiamo iniziare a distruggere i falsi miti che danneggiano noi e il nostro sistema sanitario».

S.I.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL NODO DEONTOLOGICO

Dalle norme autorizzative alle prassi cliniche: quando l'alternativa è terapeutica

L'uso off-label si realizza allorché un medicinale è utilizzato in maniera difforme rispetto a quanto previsto dalla Autorizzazione alla immissione in commercio (Aic), vuoi che tanto avvenga per la indicazione, per la via e/o la modalità di somministrazione o per il dosaggio.

Il tema, come vedremo, solleva perplessità di tipo etico-deontologico e normativo-giurisprudenziale di non agevole soluzione. Volendo schematizzare esso si concretizza allorché non vi è alcuna alternativa terapeutica ovvero anche quando, pur in presenza di farmaci specifici per la condizione che si vuol trattare, essi risultano non utilizzabili o - più in generale - sconsigliabili o sconsigliati per fattori intrinseci o estrinseci.

Il nodo centrale, nell'una e nell'altra circostanza, è ovviamente l'affidabilità del farmaco off-label. È implicito che - attesa la mancanza della Aic - l'uso off-label si realizza in assenza di studi che abbiano provato i profili di efficacia e sicurezza del farmaco stesso, in relazione alla specifica patologia e/o al paziente.

In questa prospettiva l'assetto normativo e giurisprudenziale, in questo come in tutti gli ambiti di pertinenza della responsabilità professionale medica, ruota intorno alla posizione di garanzia che il medico, la struttura e gli organismi regolatori hanno nei confronti del singolo paziente e del Sistema sanitario.

Se quindi non vi è alternativa terapeutica, l'uso off-label - previa acquisizione di un valido consenso - diviene quasi una scelta obbligata. È questo il caso di moltissime fattispecie soprattutto nell'ambito della pediatria e della psichiatria. Si tratta di due coorti di pazienti che - per definizione - sono «fragili» ovvero «più fragili» di

altre e nelle quali quindi le possibilità di sperimentazione sono minori, in relazione a doverose forme di garanzia e di tutela. Tanto si riverbera sulla possibilità di svolgere studi scientifici e quindi sulla disponibilità di farmaci in commercio.

Ben diversa è la situazione laddove ricorrano alternative terapeutiche validate. È ovvio che se l'uso «on label» del farmaco autorizzato è sconsigliabile per condizioni specifiche del paziente (a esempio allergie o controindicazioni per comorbidità), di fatto si rientra nella condizione di cui al punto che precede non ravvedendosi motivi eticamente ostativi alla somministrazione del farmaco off-label.

Punto nodale diviene quindi la «arbitrarietà» dell'uso off-label allorché sono presenti farmaci che hanno la specifica indicazione terapeutica. È quanto nel recente passato è accaduto in Italia con la vicenda «Di Bella» e in parte con il metodo «Stamina» e che ha esposto la nostra comunità scientifica a non irrazionali critiche a livello internazionale.

Ebbene è semplice affermare, in conformità con quanto previsto dalla normativa (legge 94/1988), che debba sempre e comunque essere preferito il farmaco «registrato» piuttosto che altri. Tanto corrisponde a banali criteri logici di prudenza e affidabilità, avendo a mente il precetto ipocratico del «Primum non nocere».

Rispetto a tale argomentare apparentemente semplice, da più parti si solleva il tema delle sue compatibilità economiche. L'innovazione tecnologica e lo sforzo multinazionale delle aziende farmaceutiche stanno portando - almeno in alcuni campi - allo sviluppo di molecole quasi «personalizzate»: non solo per patologie, ma quasi per singolo paziente. Per altro verso ricorro-

no anche evidenze scientifiche di farmaci che, nati per altre indicazioni, hanno dimostrato efficacia anche per condizioni morbose differenti, per le quali tuttavia non hanno i cosiddetti «studi autorizzativi».

Nell'un caso abbiamo cioè varie alternative, tutte «on label», ma a costi fortemente differenti. Nella seconda prospettiva si hanno farmaci registrati molto più contesi rispetto a quelli non registrati.

In entrambe le ipotesi, ci sia consentito, il medico non può essere lasciato solo - anche in termini di responsabilità - nell'ambito di scelte terapeutiche che solo parzialmente impattano in termini di beneficio terapeutico.

In altri termini, la libertà terapeutica del medico deve essere sempre e comunque salvaguardata, nel miglior interesse del paziente, atteso il precetto costituzionale di cui all'articolo 32. Se tanto però impatta in termini economici, la eventuale razionalizzazione della spesa - in termini di erogabilità del singolo farmaco - dovrà essere rimessa a indicazioni nazionali (ministeriali, dell'Aifa ecc.) nell'ambito di un percorso di trasparenza che tenga conto delle differenti esigenze di economia pubblica.

Tale apparente banalità in realtà sottende un obiettivo forse troppo ambizioso in ordine a una sorta di riscrittura del patto sociale che è alla base del sistema di garanzia della salute pubblica.

Alessandro Dell'Erba
professore di Medicina legale - Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" -
Coordinatore regionale Puglia Rischio clinico e sicurezza del paziente





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Regione, la nomina

Manager, nuovo cambio in commissione

La Commissione incaricata della valutazione degli aspiranti alla carica di direttore generale dell'Asl di Benevento cambia ancora. Non è la prima sostituzione in pochi mesi. È con decreto del governatore Caldoro che Ugo Grassi, ordinario di Diritto

Civile alla Parthenope di Napoli sarà sostituito, in Commissione valutativa, da Rosaria Giampetraglia, ordinario di Diritto Privato presso la stessa università. Grassi, nominato in sostituzione di Felice Casacci ordinario di Diritto Privato

Comparato all'Unisannio, si è dimesso per motivi non specificati. Così la Regione ha provveduto alla sostituzione. La Commissione risulta formata da Rosaria Giampetraglia, Vincenzo Maggioni, Mario Braga, Fabrizio Niceforo e Ferdinando Romano.

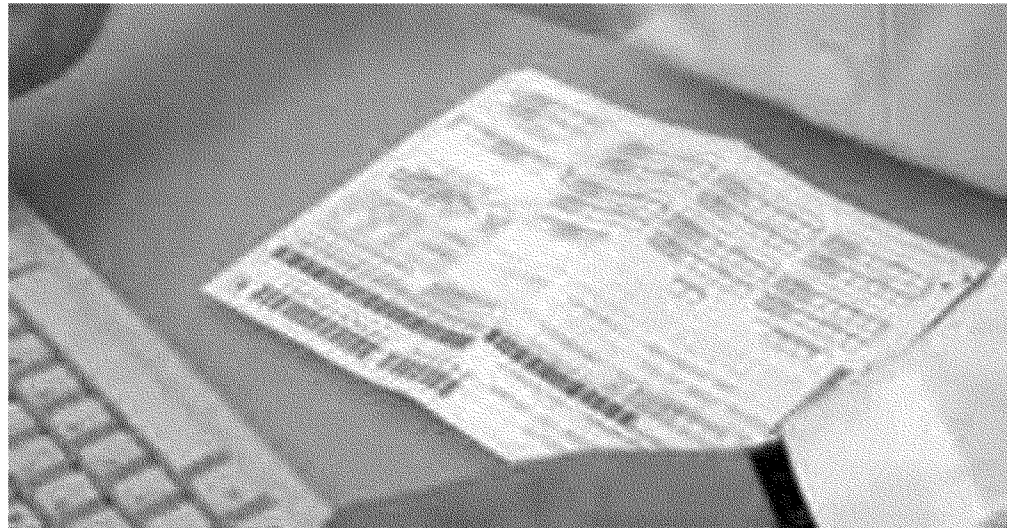
La sanità L'azienda vara la task force ma mancano all'appello ancora le cifre definitive dal 2012 al 2015

Ticket non pagato, l'Asl scova 4mila evasori

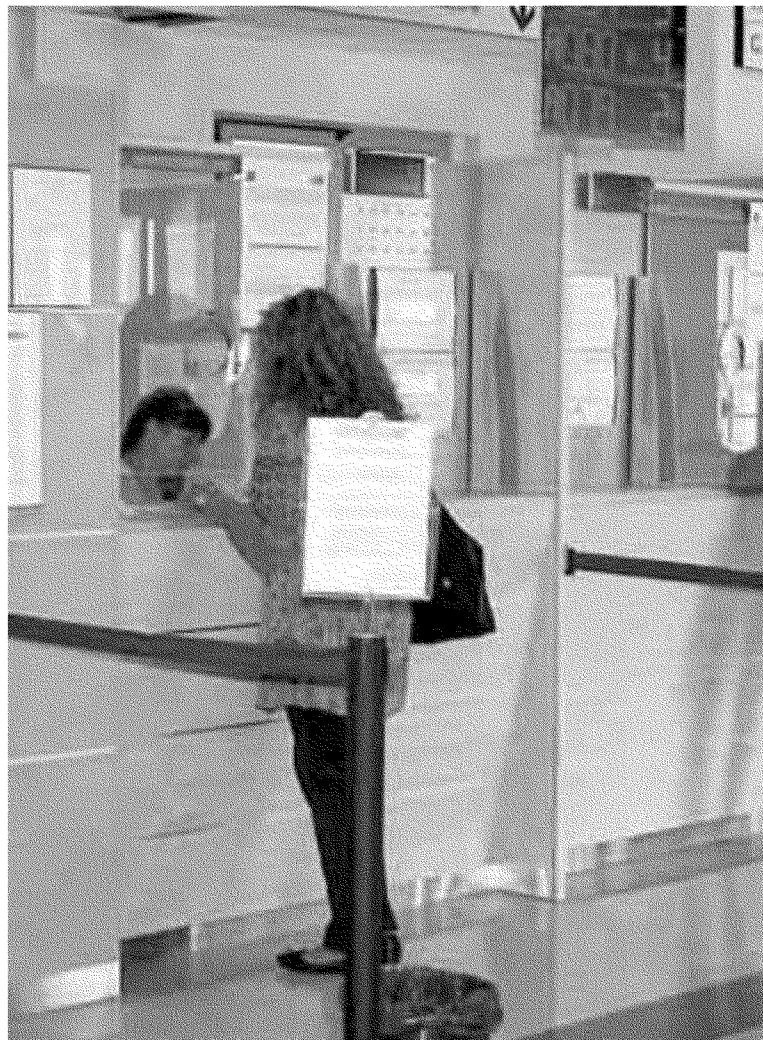
Il servizio ispettivo verifica i dati del 2011: recuperati sinora 250mila euro

Luella De Ciampis

Il cerchio si stringe per gli evasori del ticket costretti a restituire le somme non corrisposte, più la sanzione per il danno arrecato all'Asl. Sono circa 4mila, solo per l'anno 2011, gli utenti considerati responsabili di aver evaso il ticket sulle prescrizioni sanitarie, imposto dall'Asl per un importo totale finora recuperato di 250mila euro, rappresentato dalla sola richiesta di rimborso dell'evasione. Ma le cifre sono destinate ad aumentare, e non di poco, perché su tale somma, non è stato effettuato il calcolo delle sanzioni.



Evasione L'Asl sposa la linea dura contro i furbi del ticket: avviate le azioni di recupero



Prestazioni Giro di vite dell'Asl contro l'evasione del ticket per l'assistenza

Le questioni della sanità

Ticket non pagato buco nei conti Asl Caccia agli evasori

Il servizio ispettivo analizza i dati soltanto per il 2011: recuperati i primi 250mila euro

Luella De Ciampis

Il cerchio si stringe per gli evasori del ticket costretti a restituire le somme non corrisposte, più la sanzione per il danno arrecato all'Asl. Sono circa 4mila, solo per l'anno 2011, gli utenti considerati responsabili di aver evaso il ticket sulle prescrizioni sanitarie, imposto dall'Asl per un importo totale finora recuperato di 250mila euro, rappresentato dalla sola richiesta di rimborso dell'evasione. Ma le cifre sono destinate ad aumentare, e non di poco, perché su tale somma, non è stato effettuato il calcolo delle sanzioni da applicare. Dei 4mila evasori, per gli 850 che hanno presentato ricorso, ritenendo ingiusto il provvedimento, si dovrà procedere a ulteriori verifiche che accertino la realtà dei fatti. Queste le cifre, comunicate dal Servizio Ispettivo della Asl, che ha richiesto l'istituzione di un tavolo congiunto con tutte le autorità preposte al controllo dell'evasione e alla corretta applicazione delle sanzioni, quali il Prefetto di Benevento, la Guardia di Finanza, l'Agenzia delle Entrate e i vari distretti Asl. La richiesta è nata dalla necessità di eseguire i controlli sulle autocertificazioni esibite dagli utenti, causa primaria, se non addirittura unica, della somma evasa, in quanto l'Ufficio Ispettivo, che non ha il potere di effettuare verifiche in merito, do-

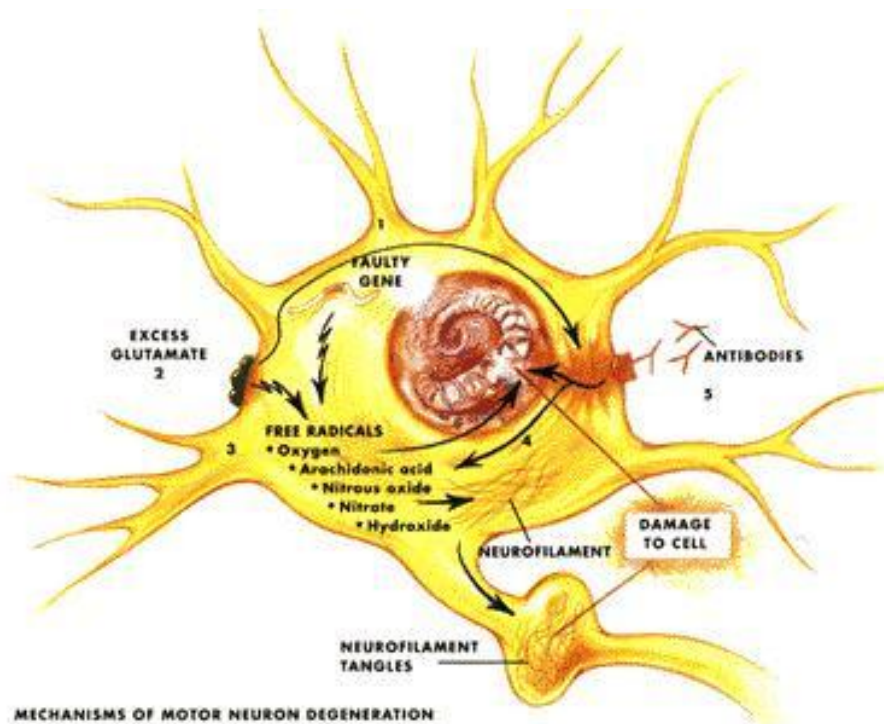
vrà essere necessariamente supportato dall'intervento della Guardia di Finanza e dell'Ufficio delle Entrate che hanno il potere di controllare se i redditi dichiarati dagli utenti corrispondono o meno alla realtà. L'azione sinergica tra i vari Organi competenti è quanto previsto dalla legge che regola la riscossione dei crediti derivanti dall'evasione. Infatti, con delibera 2409/2003 la Regione, in virtù del trasferimento delle funzioni amministrative dallo Stato alle Regioni, venivano interessati vari settori alla emanazione di sanzioni amministrative e, contestualmente, agli organi di vigilanza veniva conferito il compito di accertare la violazione di norme che prevedono l'irrogazione di sanzioni amministrative pecuniarie. Per quanto riguarda la sanzione economica da applicare, per il danno, peraltro reiterato negli anni, arrecato all'ente, la Asl non ha ancora provveduto a quantizzarla, perché dovrà istituire un regolamento che stabilisca quale sanzione attribuire, analizzando i casi e incasellandoli in una forbice compresa tra un minimo e un massimo da definire. Intanto, al momento non è possibile procedere al recupero crediti per l'evasione relativa agli anni compresi tra il 2012 e il 2014, perché, bisogna regolamentare e definire prima di tutto la questione del 2011. Le cifre che si riferiscono alle partite creditorie evase e quindi non riscosse sono consistenti e rappresentano un considerevole spreco per la Asl che ha interesse a recuperare in tempi ragionevolmente brevi quanto dovuto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Farmaci, cure anti-tetia e vaccinazioni La panoramica sulla salute che verr

di **Andrea Rinaldi**

In principio fu «E.R. - Medici in prima linea». Poi vennero «Grey's Anatomy», «Bones», «Doctor House». E ora tocca a «The Knick» di Steven Soderbergh. C' un lungo filone di telefilm di successo con un unico macro denominatore: la medicina.

«Sono programmi che parlano di scienza sul serio e la scienza medica, oltre a suscitare un enorme interesse,  anche un grande elemento narrativo: la fortuna di questi serial lo dimostra». Lo storico della medicina Gilberto Corbellini parte dall'aspetto pi popolare per spiegare l'appel di una materia che non sempre, nella nostra quotidianit, risulta cos invitante. Ma che, per la prima volta a Bologna, mostrer i lati scientifici uniti a quelli pi strettamente attuali: da gioved a domenica, infatti, nel capoluogo emiliano prende il via *Bologna Medicina*, Festival della scienza medica, quattro giorni per discutere del futuro della salute di noi tutti tra incontri con premi Nobel, mostre interattive e letture attoriali.

Non sorprende dunque che l'argomento principe di questa prima edizione sia «La lunga vita», un orizzonte che abbraccia la medicina rigenerativa, il sogno dell'immunit e del controllo sul cancro, le frontiere delle biotecnologie e la nuova geroscienza. La kermesse  stata organizzata dalla Fondazio-

Il coordinatore

Corbellini: «Tra le sfide, ridurre l'impatto delle demenze nella popolazione futura»

ne Cassa di Risparmio in Bologna con il concorso di Genus Bononiae - Musei nella Citt, in collaborazione con Intesa Sanpaolo. Corbellini, docente di Bioetica alla Sapienza,  nel comitato scientifico esecutivo del festival e unisce con rigore i

punti strettamente scientifici a quelli culturali di una manifestazione che non deve sembrare rivolta solo a specialisti.

Nel cortile dell'Archiginnasio ci sar proprio una selezione del «The Burns Archive» di New York, la pi grande colle-

**Dentro i corpi**

Il Teatro anatomico all'Archiginnasio, uno dei luoghi chiave di «Bologna Medicina», nonch sede storica degli studi anatomici (foto: Giorgio Benvenuti)

zione di fotografia medica che ha fornito la consulenza proprio per «The Knick». «E poi ci saranno le letture di Massimo Popolizio (Chiesa di Santa Cristina, ore 21, venerd, ndr) dove vogliamo mostrare quanto sia stato importante per alcuni grandi scrittori avere avuto un background da dottore». Popolizio racconter dunque, assieme a Sandro Modeo, le vite di Cechov, A. J. Cronin, Bulgakov, Celine e Oliver Sacks. Quattro i Nobel della Medicina: Luc Montagnier (ore 17, salone del Podest, gioved), Andrew Fire (aula magna Santa Lucia, ore 19, venerd), Erwin Neher (aula magna Santa Lucia, ore 19, sabato) e Kary Mullis (26 maggio). «Fire e Neher lavorano entrambi alle nuove frontiere della ricerca biomedica — continua Corbellini — Fire ha trovato i meccanismi di lettura

e protezione del Dna, grazie a cui riusciremo ad avere un certo controllo sull'origine delle malattie, come quelle neurodegenerative; Neher studia le cellule nervose e quindi il problema dell'invecchiamento. Una delle prossime sfide sar ridurre l'impatto delle demenze nella popolazione futura dell'Occidente».

Molte di queste patologie potranno essere combattute da nuovi farmaci in uscita, ma costosi, soprattutto per lo stato. Per questo motivo il «Festival della scienza medica» non poteva prescindere da incontri su welfare e spesa medica come «Il governo della spesa» (salone del Podest, ore 16, sabato) con la senatrice Emilia Grazia De Biasi e l'assessore regionale alla Sanit Sergio Venturi.

Infine, «non potevamo non affrontare il tema dell'invecchiamento del cervello, ne parleranno Lamberto Maffei e Fiorenzo Conti». Tra i momenti pi interattivi, la visita al Teatro Anatomico per osservare i vecchi ferri della chirurgia e il gioco *Pandemic* per capire fenomeni come l'epidemia di peste del 1348.

In Inghilterra

Il primo parto naturale con un pancreas artificiale

È venuto al mondo con un parto naturale da una mamma diabetica che per tutta la gravidanza ha portato un pancreas artificiale per stabilizzare il livello di zuccheri. Euan, il bimbo nato nella contea inglese del Norfolk, sta bene. Felicissima la mamma, Catriona Finlayson-Wilkins, 41 anni, affetta da diabete di tipo 1. Il pancreas artificiale è già stato utilizzato anche da altre tre donne a Cambridge, sulle quali però è stato effettuato un taglio cesareo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La ricerca. Preparato da una scienziata italiana un test che aiuta a scoprirlo in anticipo di quattro anni rispetto a Tac, Pet e Risonanza magnetica

IL KIT ISET
LANCIO SUL MERCATO
MAGGIO 2015 IN FRANCIA
TARGET
SOGGETTI CON DIAGNOSI
DI TUMORE SOLIDO

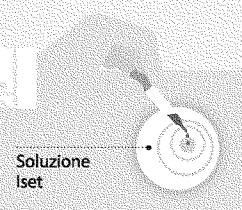
IL TEST ISET

Isolation by size of tumor cells (Iset)



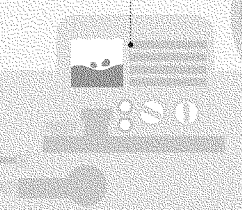
Paziente

Tempo in cui agisce la soluzione
10 MIN



Soluzione Iset

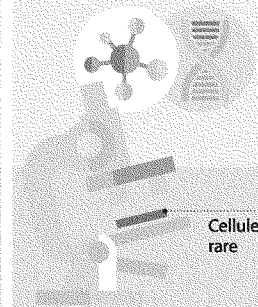
Tempo di filtraggio
3 MIN



Membrane

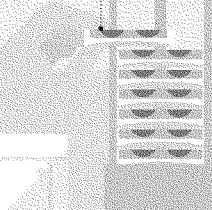
Cellule rare

Filtro con 10 spots di 10ml ognuno



Cellule rare

Filtri con la raccolta di cellule rare



1 PRELIEVO

Il paziente viene sottoposto a normale prelievo del sangue: serve un campione di 10 ml

2 DILUIZIONE

Il sangue viene diluito con una particolare soluzione che lo rende adatto alla filtrazione

3 FILTRAZIONE

La miscela si inserisce in un dispositivo che fa passare il sangue attraverso diverse membrane

4 CELLULE RARE

Le membrane fanno passare le cellule ematiche e bloccano quelle estranee, come le tumorali

5 ANALISI

Si esegue l'indagine citopatologica e altre analisi genetiche e molecolari per scoprire loro origine

6 ARCHIVIO

Il filtro con le cellule rare fissate sulla superficie della membrana può essere spedito o archiviato

FONTE ISET BY RARECELLS / INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE, UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

La rete che blocca il cancro

GIUSEPPE DEL BELLO

OBIETTIVO: «Abbattere la mortalità per cancro. Questo era ed è il nostro obiettivo. E per raggiungerlo è indispensabile scoprire la presenza di cellule neoplastiche ben prima che il tumore si manifesti». È la premessa che fa l'oncologa Patrizia Paterlini Bréchet, direttore dell'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) all'Université Descartes di Parigi, per illustrare la scoperta del test in grado di far diagnosi di cancro in anticipo rispetto a Tac, Pet e Risonanza. In questo caso, l'analisi di laboratorio messa a punto dalla scienziata (emiliana di nascita, ma da 25 anni in Francia) rivela il tumore quattro anni prima della diagnostica per immagini. Il test, già utilizzato sperimentalmente su 2000 pazienti arruolati in 20 centri in tutto il mondo, è stato presentato ufficialmente un mese fa all'Istituto a carattere scientifico (Ircs) Sdn di Napoli diretto dall'accademico Marco Salvatore.

«I pazienti non muoiono per il tumore primitivo ma per le metastasi», precisa la Paterlini, «cioè per quelle cellule neoplastiche che passano nel sangue e vanno a proliferare negli altri organi. Eppure, ci vogliono anni prima che le metastasi (la replicazione in altri organi, anche distanti, del tumore primitivo, ndr) si formino. Ecco perché è fondamentale intervenire durante questa finestra temporale, uno spazio inutilizzabile dalle tecniche di imaging, incapaci a "vedere" cellule delle dimensioni di un millimetro». Il nuovo test invece, denominato Iset (Isolation by Size of Tumor Cells), riesce a individuarle tra altri miliardi di cellule ed in più è esente dal rischio dei falsi positivi e falsi negativi cui espongono le altre tecnologie diagnostiche. «Queste minuscole

cellule», continua la Paterlini, «sono rarissime, nell'ordine di una per millilitro di sangue. Che vuol dire, in media, una mescolata a 5 miliardi di globuli rossi e a 10 milioni di globuli bianchi. È come individuare su tutta la terra, una persona tra i sette miliardi della popolazione mondiale».

La ricerca, dopo avere escluso la possibilità di isolare le cellule tumorali con anticorpi o mezzi molecolari, ha sfruttato un elemento fisico: la taglia. «Nel nostro studio il nodulo è diventato visibile in cinque pazienti, da uno a quattro anni dopo l'identificazione delle cellule tumorali nel sangue attraverso il test», continua la scienziata, «Per il tumore al seno, ad esempio, si sa che l'invasione neoplastica comincia 5,6 anni prima della diagnosi per immagini, ecco, in quest'arco di tempo è possibile adesso identificare il tumore. Purtroppo, per ora, il test ci informa sulla presenza di cellule tumorali ma non da quale organo derivano». Iset si effettua a partire da un semplice prelievo di sangue, mentre in laboratorio la tecnica di estrazione è particolarmente delicata perché le cellule vanno manipolate con estrema cura per evitarne il danneggiamento.

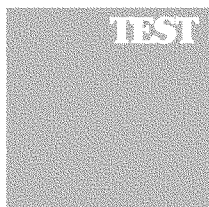
Lo studio più recente, probabilmente quello che ha maggiormente attratto l'attenzione della comunità scientifica internazionale, è stato pubblicato ad ottobre scorso su PlosOne: «Grazie a Iset è stato possibile far diagnosi di tumore polmonare, conclude la scienziata, da uno a 5 anni prima dell'imaging in soggetti che non avevano manifestato alcun sintomo e che erano ancora senza diagnosi di tumore».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Azalea

Quest'anno Airc, Associazione italiana per la ricerca sul cancro, compie 50 anni. E domenica 10 maggio, per la festa della mamma, sarà come sempre in 3600 piazze italiane con l'Azalea della ricerca (su www.airc.it l'elenco delle piazze), fiore ormai simbolo della battaglia contro i tumori femminili. Con una donazione minima di 15 euro sarà possibile aiutare concretamente la ricerca scientifica che, negli ultimi anni, ha fatto progressi tali da portare la sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi all'87% per il tumore al seno e al 68 per quello della cervice uterina. Non bisogna però abbassare la guardia poiché in Italia una donna su otto nell'arco della vita viene colpita da tumore alla mammella (la stima è di 48000 donne

all'anno), mentre a 15.300 donne all'anno viene diagnosticato un tumore ginecologico. Airc sostiene attualmente 104 progetti pluriennali sui tumori femminili a cui bisogna garantire continuità di ricerca. Insieme all'Azalea verrà distribuita la guida "Femminile singolare. La cura del cancro attenda al genere", con i consigli degli esperti su prevenzione e diagnosi. Il primo passo è uno stile di vita sano: no al fumo, sì all'attività fisica e ad un'alimentazione equilibrata e ricca di vegetali. Poi visita annuale dal ginecologo e pap test ogni 3 anni, anche combinato con Hpv Dna test. Sarà possibile contribuire fino al 9 maggio inviando un sms del valore di 2 euro al 45501 o chiamando da rete fissa per donare 5 o 10 euro. Molti altri i partner di Airc per la raccolta fondi.



**“È come individuare su tutta
la terra una sola persona
tra i sette miliardi abitanti”**

Il kit

Partirà tra pochi giorni, in Francia e in Italia, il test “citopatologia sanguigna Iset”. E sarà concesso (su richiesta del medico curante) soltanto ai soggetti con diagnosi di tumore solido. Una fascia ristretta che permetterà di raggiungere due obiettivi. Il primo, grazie alla sorveglianza dei pazienti in remissione, è quello di scoprire se il tumore sta o meno evolvendo verso la fase metastatica. Il secondo mira a sorvegliare l'efficacia della terapia, semplicemente controllando se le cellule tumorali scompaiono dal sangue. Il test Iset si effettua su un semplice prelievo di 10 millilitri. Il sangue viene prima diluito con una soluzione speciale che lo rende filtrabile, poi trattato dall'apparecchio Rarecells. Serve a estrarre tutte le cellule tumorali, senza danneggiarle, anche se ce n'è una sola. Le cellule sono raccolte su un filtro e vengono poi colorate per permettere la diagnosi tramite la citopatologia.

(g. d. b.)

Obesità. Uno studio pubblicato su *Pnas* aiuta a capire quali sono i meccanismi che “amministrano” la richiesta di cibo: nelle cavie che mangiano troppo, scoperto un gene che si modifica. Individuata anche una proteina che attiva un sistema regolatore

Caccia aperta all'interruttore che spegne la fame

ELVIRA NASELLI

CHE cosa succederebbe se improvvisamente si riuscisse a capire come “accendere” e “spegnere” l'interruttore che regola il bisogno di mangiare e il senso di sazietà? E come reagireste alla notizia che la voglia di cibo non passa per la pancia ma per una piccola parte del nostro cervello, l'ipotalamo, che sovrintende a molte altre funzioni? Scoprire come funziona questo “interruttore” potrebbe essere la chiave per sconfiggere l'obesità, spegnendo, o, al contrario, l'anoressia, accendendo il bisogno di cibo. Un passo importante in questa direzione è stato compiuto da un team di scienziati internazionali che, in uno studio pubblicato su *Pnas*, aiuta a comprendere un po' meglio quali sono i meccanismi che sottendono allo stimolo della richiesta di cibo.

La domanda dalla quale sono partiti i ricercatori dell'università della Michigan Medical School e di quella di Buenos Aires, che da anni si dedicano a questo filone di ricerca, è molto semplice: come funziona, e dove ha origine, il segnale che manda al nostro cervello l'avviso di sazietà o di fame? Lavorando su topi e piccoli pesci zebra, i ricercatori sono risaliti alla radice biologica del segnale, i geni, rivelando le piccole porzioni di Dna che hanno un'enorme influenza su come l'organismo regola l'appetito e il peso corporeo. Già da tempo invece si sapeva che alcuni neuroni implicati nel segnale di sazietà si trovano nell'ipotalamo, la struttura cerebrale che regola la tempera-

tura corporea, la secrezione di ormoni da parte dell'ipofisi e alcuni comportamenti, come appunto quello alimentare. Alcuni di questi neuroni esprimono un gene che si chiama *Pomc* (propiomelanocortina), che contiene informazioni per produrre melanocortina, l'ormone che manda il segnale di arrestare l'ingestione di cibo. Sia i topi che gli uomini che hanno mutazioni, mancanza o malfunzionamento di *Pomc* mangiano troppo e diventano obesi. Lo studio del solo *Pomc*, però, non è stato risolutivo poiché non si è riusciti a spiegare perché e come i geni *Pomc* svolgano il proprio lavoro. Nello studio su *Pnas*, e in un altro su *Plos Genetics*, invece, gli scienziati hanno individuato una proteina (chiamata *Islet 1*), e due piccole sequenze di Dna che agiscono facendo esprimere *Pomc*, e facendolo sviluppare correttamente nelle fasi iniziali dello sviluppo cerebrale, ancora prima della nascita. Il buon funzionamento di questa proteina, in sintesi, è indispensabile perché i neuroni dell'ipotalamo producano *Pomc* e melanocortina. I topi con questo meccanismo inattivato, o *Pomc* assente, sviluppavano iperfagia e obesità.

Ovviamente il passaggio da pesci zebra e topi all'uomo è un triplo salto mortale, anche perché finora lo studio della genomica umana non ha mostrato alcuna correlazione tra obesità e mutazioni nel gene individuato dallo studio. «La zona dell'ipotalamo è una specie di direttore d'orchestra - premette Stefano Erzegovesi, psichiatra e specialista in disturbi alimentari dell'ospedale San Raffaele di Milano - al quale arrivano tanti segnali dal corpo, come i livelli di insulina, leptina e altri ormoni, e anche una serie di afferenze legate ad aree corticali. Se in questa zona si verificano lesioni, per esempio da ictus, i segnali di sazietà si riducono e si instaura sovrappeso e obesità. Parliamo di patologie rare».

Che questa zona fosse deputata alla modulazione di fame e sazietà, insomma, era cosa nota. Non si sapeva invece che potesse essere regolata da un punto di vista genetico e nei primi mesi di vita intrauterina. «Questa è certamente una grande novità - continua Erzegovesi, studioso di Neuroscienze - anche se è ovvio che traslare studi sul cervello dai topi e pesci all'uomo è molto arduo. Inoltre trovare la via genetica di regolazione non vuol dire trovare anche un modo per modulare esternamente un meccanismo che non funziona, per esempio con un farmaco».

Un eventuale aggiustamento esterno porrebbe anche

altre difficoltà. Gli obesi hanno una scarsa produzione di melanocortina (prodotta dal gene Pomc) e quindi teoricamente somministrandola dall'esterno si potrebbe ristabilire un equilibrio perduto. Ma è tutt'altro che semplice. «Parliamo di sostanze regolatrici - ragiona Erzegovesi - e se una di queste è poco presente forse è perché altre sostanze non sono bilanciate. Quindi non avrebbe senso agire solo su una sostanza. Inoltre l'obesità è una malattia poligenica, regolata su più livelli, ed è difficile pensare che si possa intervenire su un solo fattore o interruttore. Insomma, ad oggi non è neanche ipotizzabile una prospettiva di cura, come scrivono anche gli autori dello studio. Ma è un passo avanti importante per capire le tappe biochimiche di questo meccanismo».

Anche se, secondo Marcelo Rubinstein, dell'università di Buenos Aires, uno degli scienziati coinvolti, l'aver capito il meccanismo fondamentale del circuito della sazietà, anche se difficilmente porterà a rivoluzioni nella cura degli obesi, può però essere utile nei casi di obesità familiare.

> A TAVOLA

EUGENIO DEL TOMA



SCEGLIERE LA FIBRA GIUSTA

Nella smania di classificare i nutrienti in ipotetici gruppi figurano ormai anche le fibre alimentari, non più considerate inutili nelle mense dei benestanti, come nel caso della farina "integrale" più o meno privata della crusca che abbondava invece nel pane scuro dei contadini. La classificazione scientifica della fibra è complessa ma, sia pure in sintesi, va segnalata ai consumatori, oggi perfino troppo sollecitati a consumarla non tanto nei vegetali, dove abbondano, ma negli integratori, senza precisazioni sul fatto che le fibre hanno specificità e indicazioni differenti. Le fibre solubili interessano la medicina per fattori endocrino-metabolici, ad esempio la modulazione nell'assorbimento dei carboidrati, mentre le fibre insolubili sono

di spiccato interesse gastroenterologico, per la stipsi ma non per chi soffre di diverticoli infiammati. Quindi, chiedere consiglio su quale tipo di fibra deve prevalere nei circa 30 grammi che dovremmo mangiare ogni giorno perché le fibre non sono tutte uguali. Possono essere utili per la prevenzione ma certamente controindicate nel riacutizzarsi di una colite o in una diarrea. Un buon deposito di fibre si trova nei carciofi, che ancora abbondano sui banchi dei mercati, e il cui pregio non è un'ipotetica protezione del fegato, come si pensava un tempo, bensì la ricchezza di fibre naturali.

edeltoma@gmail.com

IL FUNZIONAMENTO. Tra cervello, geni ed emozioni quante variabili entrano in gioco

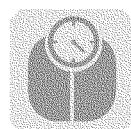
CLAUDIO GRASSI E MARCO MAINARDI*

IL RAPPORTO tra fame, peso e metabolismo appare semplice: quando le scorte di energia calano si avverte lo stimolo della fame e si mangia per reintegrarle, finché si è sazi. La realtà è più complessa e si basa sull'integrazione di molti segnali che si generano nel cervello e negli organi periferici. Nel 1994 studi di genetica molecolare portarono alla scoperta del gene responsabile della sintesi della leptina, un ormone prodotto dal grasso bianco, fino ad allora ri-



L'obesità

In Italia il 32 per cento degli adulti è in sovrappeso mentre l'11% è obeso. Percentuale che sale con l'età: tra 65 e 75 anni sono sovrappeso/obesi il 60% degli individui



I disturbi

In Italia c'è una prevalenza dello 0,2-0,8% per l'anoressia e dell'1-5% per la bulimia, in linea con gli altri paesi. La data di esordio è tra i 15 e i 18 anni

tenuto semplice riserva di energia e che invece opera come una ghiandola endocrina che libera leptina in misura proporzionale al grasso corporeo.

L'effetto principale della leptina è di reprimere l'appetito e stimolare l'utilizzo delle riserve di grasso, agendo da segnale di "abbondanza energetica". Un suo importante bersaglio è l'ipotalamo, una "centrale di controllo" di numerose funzioni corporee, che comprende i centri della sazietà e della fame. In particolare sono state individuate due popolazioni di neuroni: gli "anoressizzanti", che sintetizzano la pro-melanocortina (POMC), e gli "oressizzanti", in grado di stimolare l'appetito e che producono neuropeptide Y e Agouti-related protein (NPY/AgRP).

La leptina ha azioni opposte su questi neuroni, stimolando quelli che contengono POMC e inibendo quelli che esprimono NPY/AgRP, con il risultato di indurre sazietà. Questi neuroni ipotalamici sono bersaglio di numerosi segnali chimici (neurotrasmettitori ed ormoni) e sono inseriti in una complessa rete di centri nervosi che comprende le aree cerebrali coinvolte nella gratificazione, con implicazioni dei fattori "emotivi" nel comportamento alimentare.

Purtroppo, a tutt'oggi, i tentativi di terapia dell'obesità basati sulla leptina sono stati infruttuosi perché gli organi bersaglio sviluppano resistenza a questo ormone. Comprendere il perché potrebbe portare ad una terapia per obesità e malattie metaboliche. Parallelamente, cresce l'interesse per gli effetti indotti dai nutrienti della nostra dieta e da ormoni ad essi correlati, quali ad esempio la leptina, su aree cerebrali coinvolte nelle funzioni cognitive. Studi in diversi laboratori, incluso il nostro, potranno gettare luce sulle relazioni tra alterata alimentazione/obesità e funzioni cognitive.

*ordinario di Fisiologia e ricercatore, Ist. Fisiologia Umana, univ. Cattolica, Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL MECCANISMO DELLA SAZIETÀ

1 ASSUNZIONE DI CIBO
 Stimola la secrezione di inibitori della grelina, l'ormone dell'appetito prodotto nello stomaco

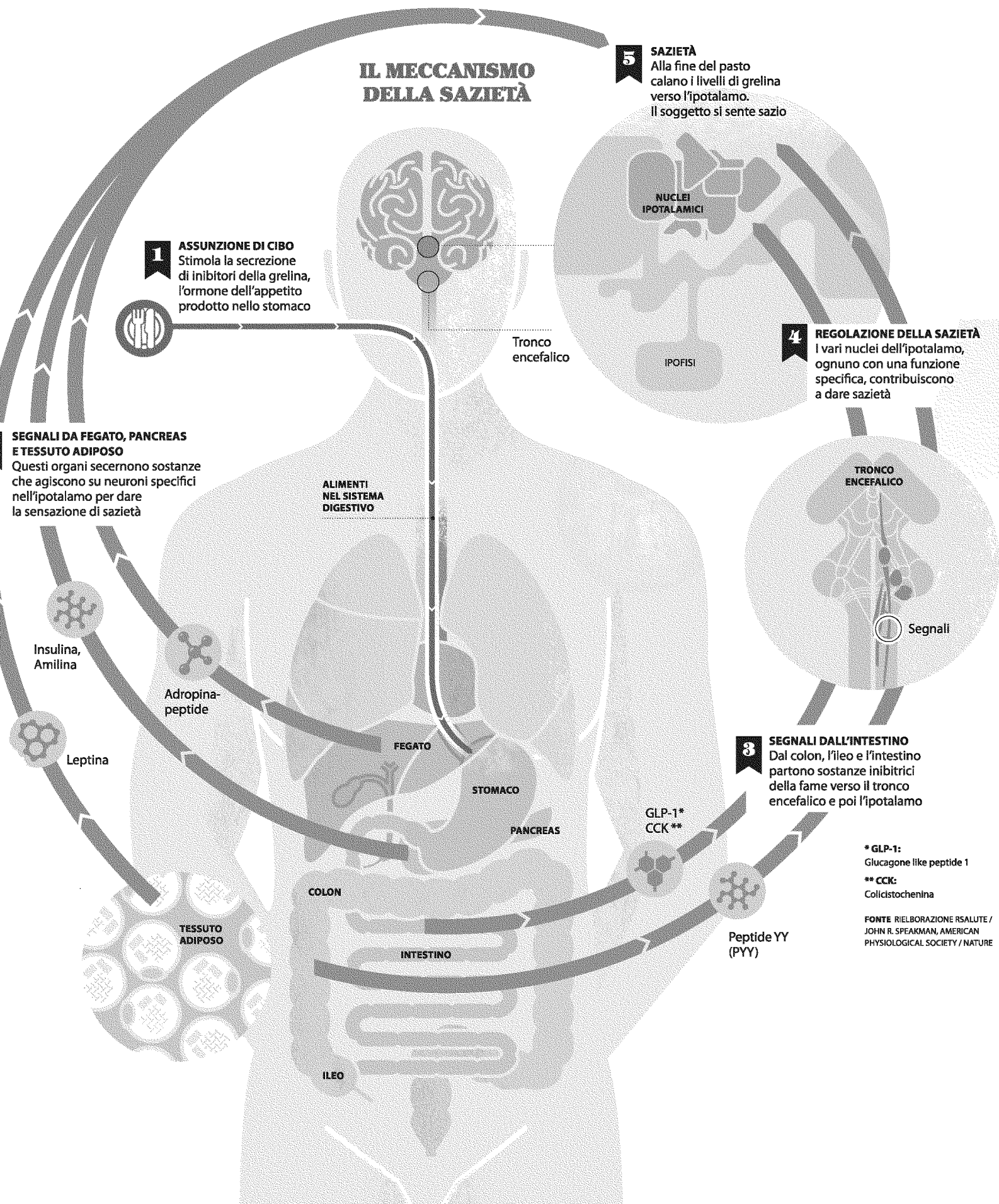
5 SAZIETÀ
 Alla fine del pasto calano i livelli di grelina verso l'ipotalamo. Il soggetto si sente sazio

4 REGOLAZIONE DELLA SAZIETÀ
 I vari nuclei dell'ipotalamo, ognuno con una funzione specifica, contribuiscono a dare sazietà

3 SEGNALI DALL'INTESTINO
 Dal colon, l'ileo e l'intestino partono sostanze inibitrici della fame verso il tronco encefalico e poi l'ipotalamo

* **GLP-1:**
 Glucagone like peptide 1
 ** **CCK:**
 Colicistochenina

FONTE: RIELBORAZIONE RSALUTE / JOHN R. SPEAKMAN, AMERICAN PHYSIOLOGICAL SOCIETY / NATURE



SEGNALI DA FEGATO, PANCREAS E TESSUTO ADIPOSO
 Questi organi secernono sostanze che agiscono su neuroni specifici nell'ipotalamo per dare la sensazione di sazietà

ALIMENTI NEL SISTEMA DIGESTIVO

Tronco encefalico

NUCLEI IPOTALAMICI

IPOFISI

TRONCO ENCEFALICO

Segnali

FEGATO

STOMACO

PANCREAS

COLON

INTESTINO

ILEO

TESSUTO ADIPOSO

GLP-1*
 CCK**

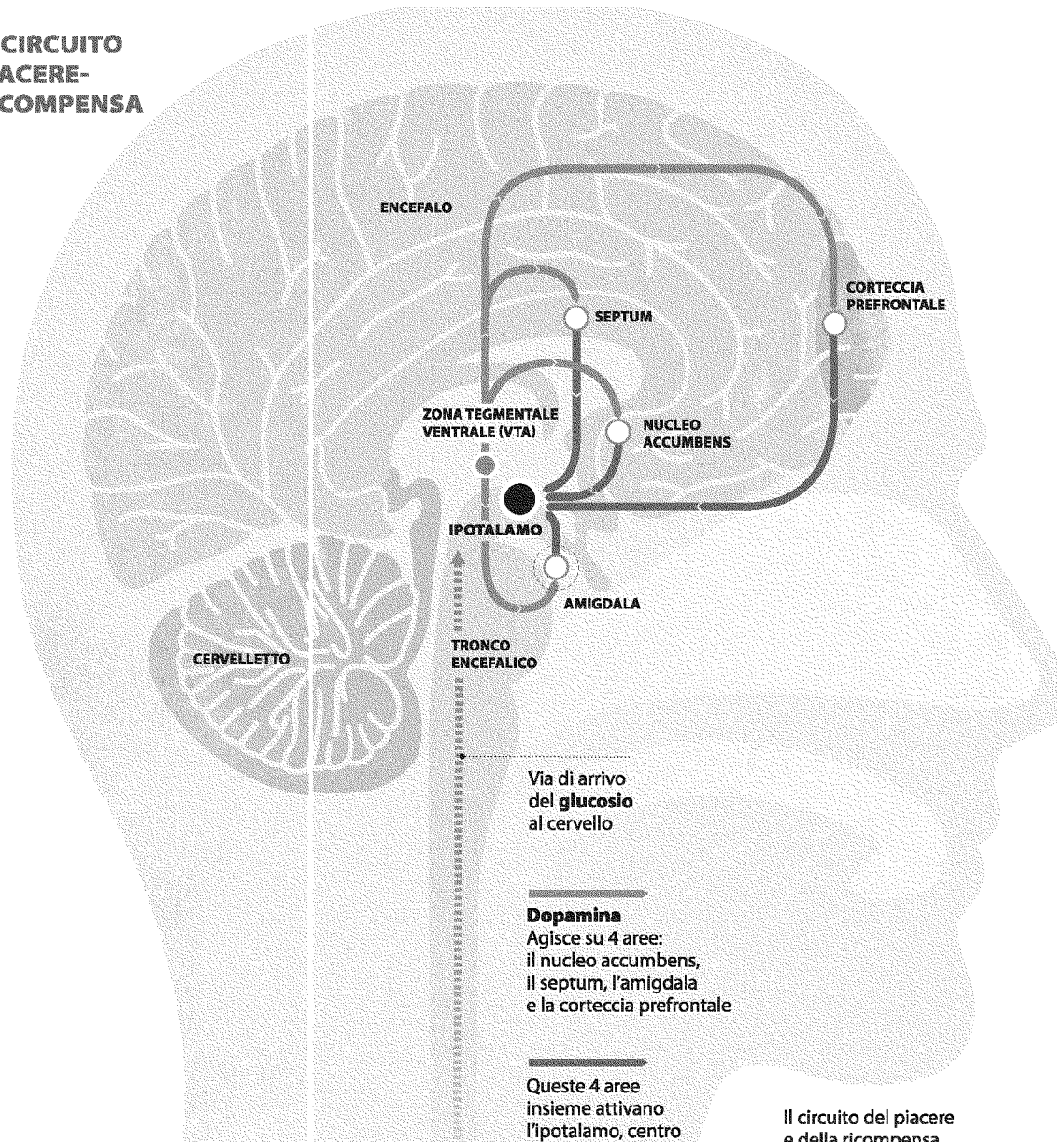
Peptide YY (PYY)

Insulina,
 Amilina

Adropina-peptide

Leptina

**IL CIRCUITO
 PIACERE-
 RICOMPENSA**

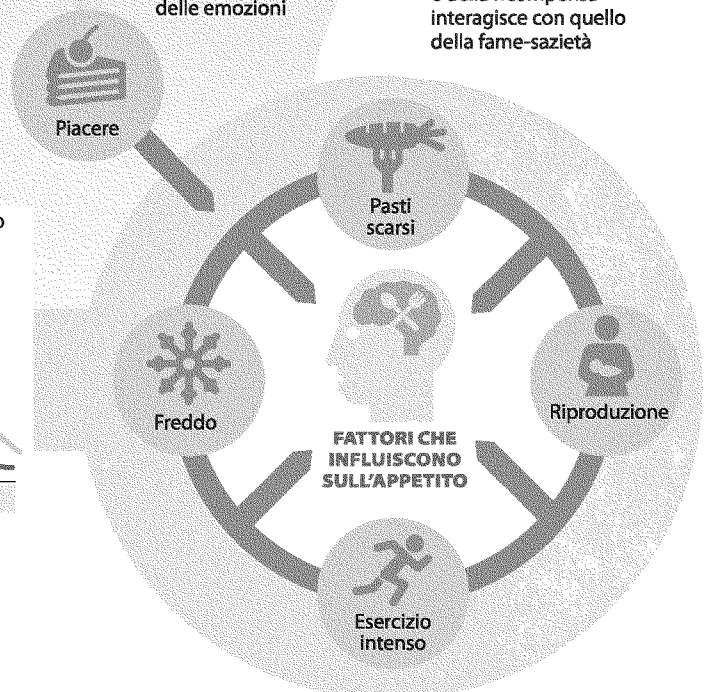


Via di arrivo del **glucosio** al cervello

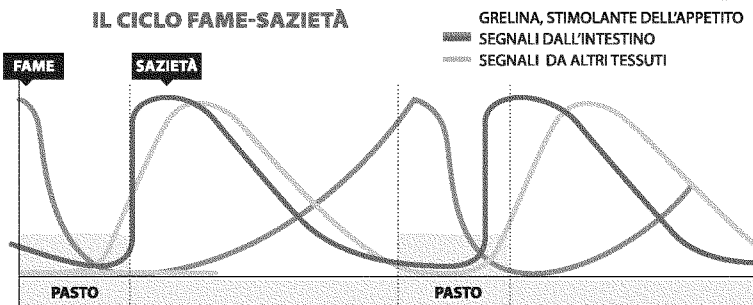
Dopamina
 Agisce su 4 aree:
 il nucleo accumbens,
 il septum, l'amigdala
 e la corteccia prefrontale

Queste 4 aree
 insieme attivano
 l'ipotalamo, centro
 delle emozioni

Il circuito del piacere
 e della ricompensa
 interagisce con quello
 della fame-sazietà



IL CICLO FAME-SAZIETÀ



Scompenso cardiaco. Patologia in aumento, in Italia ne soffrono 600.000 persone. Bastano poche regole per tenerlo lontano. E un farmaco è in arrivo

Lo stile di vita che aiuta il cuore a battere meglio

MARIA PAOLA SALMI

SI CHIAMA scompenso cardiaco e, quanto a mortalità e morbidità, fa più danni del cancro, eppure spaventa meno dell'ictus, del tumore avanzato e dell'infarto. Il cuore va in scompenso quando fatica a pompare sangue nel corpo, allora compaiono affanno e stanchezza al minimo sforzo, i primi segnali di una patologia che colpisce una persona su cinque; è in aumento e rappresenta la prima causa di ricovero dopo i 65 anni, totalizzando solo nel nostro paese quasi 170.000 ricoveri l'anno, con costi diretti di ben 800 milioni di euro.

In questi giorni mezza Italia è mobilitata nelle giornate europee dello scompenso cardiaco, promosse dalla Società Europea di Cardiologia (ESC) e dalla Heart Failure Association (HFA) of the ESC, che proseguiranno fino a domenica 10 maggio. Capofila della campagna nazionale di informazione, "Il tuo cuore è un bene prezioso. Ascoltalo", è la Ausl di Piacenza, che ha coinvolto con attività e incontri i centri cardiologici di riferimento di 24 città. Lo scompenso cardiaco è poco conosciuto, sebbene la malattia comporti un'elevata mortalità (30% ad un anno, 50% a cinque anni), in Europa il triplo dei decessi dovuti ai tumori della mammella e del colon. Una persona su quattro, quando accusa i sintomi, lascia passare più di dieci giorni prima di consultare un medico.

«Sono più di 600 mila le persone che soffrono di scompenso cardiaco in Italia - afferma Luca Baldino, direttore generale della Ausl di Piacenza - e il numero dei casi aumenta con l'avanzare dell'età e di pregressi infarti, tanto che i ricoveri sono cresciuti del 50% negli ultimi dieci anni e assorbono lo 0,5% della spesa

sanitaria complessiva. La priorità che tutti avvertiamo per questa patologia è l'integrazione delle cure tra ospedale e territorio». Per prevenire il peggioramento della malattia o la sua comparsa è fondamentale tenere sotto controllo i fattori di rischio (fumo di sigaretta, diabete, ipertensione). «Non servono regole rigide, basta seguire un'alimentazione sana che privilegia carni bianche e pesce azzurro, verdure e olio extravergine d'oliva, introducendo pochissimi zuccheri e limitando gli alcolici - suggerisce Silvia Nodari, cardiologo all'università di Brescia - tassello irrinunciabile per la salute del cuore è fare almeno mezz'ora al giorno di movimento».

Anche saper riconoscere i sintomi dello scompenso cardiaco è fondamentale, come sottolinea il cardiologo Nadia Aspromonte, responsabile del programma sullo scompenso cardiaco all'ospedale San Filippo Neri di Roma. «Lo scompenso - precisa - può iniziare con un senso di profonda stanchezza oppure con un'improvvisa mancanza di fiato per un sforzo fisico anche banale, in altri casi compare gonfiore alle caviglie o un inspiegabile aumento di peso». Progressi nel trattamento sono stati fatti grazie al monitoraggio a distanza con devices elettrici e servizi di telemedicina e con l'impianto di sistemi di assistenza ventricolare meccanica.

Quanto alle terapie farmacologiche c'è una novità importante. Un farmaco innovativo, LCZ696, messo a punto da Novartis, da anni impegnata nella ricerca di strategie farmacologiche in grado di migliorare la stabilizzazione dei pazienti con scompenso cardiaco. Questo farmaco è un sale complesso che associa un sartano ad azione inibitoria del sistema angiotensina-renina-aldosterone, e un inibitore dell'endopeptidasi, l'enzima che metabolizza i peptidi natriuretici, quelle sostanze ormonali che aumentano durante lo scompenso cardiaco. «I risultati degli studi clinici sono molto promettenti - sottolinea Aspromonte - migliore compenso, riduzione dei ricoveri e ridotta mortalità per la nuova arma terapeutica che arriverà in Europa nell'autunno del 2015».

FLASH

Fumetto

In 94 centri ospedalieri specializzati e nelle scuole di cinque regioni arriva il fumetto della Disney "Coco torna a scuola", patrocinato da Diabete Italia e finanziato da Eli Lilly, che spiegherà ad alunni, genitori e insegnanti che cos'è e come si affronta il diabete 1 in età pediatrica e come favorire l'integrazione dei bambini a scuola. I bambini italiani con diabete 1 sono circa 18.000 (raddoppiati in 15 anni) e il numero è in aumento. Per info sull'iniziativa si può chiamare il numero verde 800117678.

FLASH

Cistite

È stato presentato ieri a Roma il primo centro multidisciplinare che si occuperà di cistite interstiziale in Italia e in Europa. Il centro, nato grazie agli sforzi di Aici (Ass. ital. cistite interstiziale) e con la partecipazione di Policlinico Gemelli e Umberto I, si occuperà di questa patologia che porta ad una cronica e dolorosa condizione di infiammazione della parete vescicale, spesso confusa con la cistite batterica, quindi curata male e con troppi antibiotici, che peggiorano la situazione. Per info www.aicionlus.org

© RIPRODUZIONE RISERVATA

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'organo fatica a pompare sangue nel corpo, affanno e stanchezza compaiono al minimo sforzo. I controlli a distanza

Le cure. Una sua particella è 100 volte più piccola di un globulo rosso. Ed è in grado di arrivare alla radice del cancro e di fermarlo

Tumori al seno il nanofarmaco aiuta a vivere

ANNAMARIA MESSA

Gli oncologi la chiamano chemioterapia "intelligente". È un farmaco noto (paclitaxel) racchiuso in un guscio (Nab) a formare una nano particella 100 volte più piccola di un globulo rosso. Per le dimensioni pari al milionesimo di metro i nuovi nanofarmaci si stanno dimostrando capaci di superare la fitta barriera che circonda il cancro, arrivare alla radice del tumore e arrestarne la crescita, senza danneggiare i tessuti sani. Le dosi possono quindi essere maggiori (+33%) rispetto alla formulazione tradizionale, con più efficacia e minori effetti collaterali.

Si sono già dimostrati efficaci nel cancro del seno (48 mila nuovi casi ogni anno in Italia) in stadio iniziale ad alto rischio migliorando fino al 9%

la risposta terapeutica. E nel carcinoma mammario metastatico in cui la terapia di prima linea non risultava più efficace. In particolare, precisa Francesco Cognetti, presidente Fondazione Insieme contro il Cancro, «si è dimostrata la superiore efficacia del nanofarmaco in una delle forme più aggressive, la "triplo negativa", il 15% di tutti i casi di cancro al seno».

«Le nanotecnologie stanno cambiando la lotta alle neoplasie aprendo nuovi orizzonti nella personalizzazione delle cure. Per la prima volta si può parlare di chemioterapia target. La sopravvivenza è migliorata in due fra i tumori più frequenti, quelli del seno e del polmone (40 mila nuovi casi l'anno scorso) e per la prima volta sono emersi risultati positivi anche per il pancreas (12.700 nuove diagnosi nel 2014, con incidenza e tasso di mortalità quasi corrispondenti) molto diffi-

cile da trattare», ha spiegato a Bari Carmine Pinto, presidente Aiom, Associazione Italiana di Oncologia Medica, nell'annuale convegno nazionale.

«La chemioterapia è fondamentale nella neoplasia del seno. Oggi l'87% delle pazienti guarisce ma quando la malattia è in fase metastatica è fondamentale disporre di un nuovo trattamento che ha dimostrato di migliorare la sopravvivenza del 20% nella patologia avanzata», sottolinea Stefania Gori, segretario nazionale AIOM.

«Prospettive importanti anche nel carcinoma non a piccole cellule, l'85-90% dei casi di cancro del polmone. Nab-paclitaxel ha dimostrato un vantaggio in termini di risposte tumorali rispetto a uno degli standard internazionali di cura, la combinazione di carboplatino e paclitaxel» rileva Pinto.

Da febbraio, per l'Agenzia Italiana del Farmaco, è rimborsabile il nanofarmaco anche per il cancro al pancreas, «un nemico insidioso perché in fase precoce non mostra sintomi specifici e solo il 15-20% dei casi è scoperto in fase iniziale, quando la chirurgia

Per la prima volta si parla di chemioterapia target. Dosi più elevate con meno effetti collaterali

offre ancora buone possibilità di sopravvivenza - aggiunge Michele Renucci, Oncologia Medica IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano - In questi casi l'aspettativa di vita media è compresa fra 3 e 6 mesi. Con nab-paclitaxel la sopravvivenza è aumentata del 27%, un risultato davvero straordinario».

© RIPRODUZIONE RISERVATA