



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



quotidianosanita.it

Lunedì 06 LUGLIO 2015

Dossier sanitario elettronico. Ecco le nuove linee guida del Garante della Privacy

I pazienti potranno rifiutare di avere un dossier sanitario. Per chi accetta, maggiori tutele, più trasparenza e obbligo per le strutture sanitarie di comunicare immediatamente all'Autorità i cosiddetti data breach (violazioni o incidenti informatici). Il paziente potrà conoscere gli accessi eseguiti sul proprio dossier. [LE LINEE GUIDA.](#)

Varate dal Garante privacy le nuove Linee guida sul dossier sanitario elettronico. Maggiori tutele per i dati dei pazienti, più trasparenza e obbligo per le strutture sanitarie di comunicare immediatamente all'Autorità i cosiddetti data breach (violazioni o incidenti informatici, come attacchi, accessi abusivi, azioni di malware, perdita, furto), che possano avere un impatto significativo sui dati. Il paziente avrà la possibilità di conoscere gli accessi eseguiti sul proprio dossier. Questi i punti principali.

“Scopo delle Linee guida è quello di definire un quadro di riferimento unitario per il corretto trattamento dei dati raccolti nei dossier, già istituiti o che si intendono istituire, da parte di strutture sanitarie pubbliche e private”, spiega una nota del Garante che ricorda che il dossier sanitario elettronico è lo strumento costituito presso un'unica struttura sanitaria (un ospedale, un'azienda sanitaria, una casa di cura), che raccoglie informazioni sulla salute di un paziente al fine di documentarne la storia clinica presso quella singola struttura e offrirgli un migliore processo di cura. Si differenzia dal fascicolo sanitario elettronico in cui invece confluisce l'intera storia clinica di una persona generata da più strutture sanitarie.

Il provvedimento del Garante, in corso di pubblicazione nella Gazzetta ufficiale, stabilisce, in particolare, che ai pazienti deve essere consentito di scegliere, in piena libertà, se far costituire o meno il dossier sanitario. In assenza del consenso il medico avrà a disposizione solo le informazioni rese in quel momento dal paziente o in precedenti prestazioni fornite dallo stesso professionista. “La mancanza del consenso – sottolinea l'Autorità - non deve incidere minimamente sulla possibilità di accedere alle cure richieste”.

Inoltre, per poter inserire nel dossier informazioni particolarmente delicate (infezioni Hiv, interventi di interruzione volontaria della gravidanza, dati relativi ad atti di violenza sessuale o pedofilia) sarà necessario un consenso specifico.

Per consentire al paziente di scegliere in maniera libera e consapevole, la struttura dovrà informarlo in modo chiaro, indicando in particolare, chi avrà accesso ai suoi dati e che tipo di operazioni potrà compiere.

La struttura sanitaria inoltre, dovrà garantire al paziente l'esercizio dei diritti riconosciuti dal Codice privacy (accesso ai dati, integrazione, rettifica, etc.) e la conoscenza del reparto, della data e dell'orario in cui è avvenuta la consultazione del suo dossier. Al paziente dovrà essere garantita anche la possibilità di “oscurare” alcuni dati o documenti sanitari che non intende far confluire nel dossier.

Considerata la particolare delicatezza del dossier il Garante ha prescritto l'adozione di elevate misure di sicurezza. I dati sulla salute dovranno essere separati dagli altri dati personali, e dovranno essere individuati criteri per la cifratura dei dati sensibili. L'accesso al dossier sarà consentito solo al personale sanitario coinvolto nella cura. Ogni accesso e ogni operazione effettuata, anche la semplice consultazione, saranno tracciati e registrati automaticamente in appositi file di log che la struttura dovrà conservare per almeno 24 mesi.

Eventuali violazioni di dati o incidenti informatici dovranno essere comunicati all'Autorità, entro quarantotto ore dalla conoscenza del fatto, attraverso un modulo predisposto dal Garante all'indirizzo: databreach.dossier@pec.gpdp.it.

Solidarietà Legge sull'autismo pronta al varo «Risposta positiva»

ALESSIA GUERRIERI

È la prima legge dedicata all'autismo. E ieri ha iniziato il suo iter in assemblea alla Camera, dalla quale potrebbe uscire già domani, per tornare al Senato. È ottimista Paola Binetti, relatrice del ddl, varato dalla commissione Affari sociali con l'aggiunta di alcune novità, tra cui l'inserimento nei Lea.

A PAGINA 10

Ddl autismo allo sprint finale

Obiettivo l'inserimento nei Lea. Binetti: la legge risposta positiva

Il dibattito

Argentin (Pd): normativa importante, ma senza nemmeno un euro. Presentati ben 120 emendamenti, molti dei quali dai Cinque stelle

ALESSIA GUERRIERI
ROMA

È la prima legge interamente dedicata all'autismo. E ieri ha iniziato il suo iter in assemblea alla Camera, dalla quale potrebbe uscire già tra oggi e domani, per tornare al Senato in seconda lettura. È ottimista Paola Binetti, la relatrice del ddl, licenziato la settimana scorsa dalla commissione Affari sociali con l'aggiunta di alcune novità: inserimento nei Lea (livelli essenziali di assistenza) di interventi specifici, l'aggiornamento triennale delle linee guida sul disturbo dello spettro autistico da parte dell'Istituto superiore di sanità e progetti di ricerca a fini terapeutici ed educativi. Un impianto a sei articoli, a saldi invariati, che mette le basi per un cambiamento culturale importante nella cura di queste persone speciali, tutt'altro che «fortezze vuote» come le definiva lo psichiatra Bettelheim. Nel cammino in aula del disegno di legge tutta-

via si inseriscono 120 emendamenti, la metà dei quali presentati dal M5s che se ne è visti bocciare più di ottanta in commissione. Ma la speranza della relatrice Binetti, è «riuscire ad approvare in un paio di giorni» una legge che «è una risposta positiva ai malati e alle famiglie», pur non essendo «perfetta». Il punto chiave, ricorda infatti la deputata di Area popolare, è l'aver «una norma nazionale» che non dia alibi alle Regioni nell'adottare «velocemente» le nuove linee guida dell'Iss, a rendere consapevoli gli enti locali della necessità di un «coordinamento» per superare la frammentarietà degli interventi e «l'urgenza» di rendere operativi «quanto prima» i Lea. Che il disegno di legge sia importante a livello culturale è opinione diffusa nell'emiciclo di Montecitorio. Dunque la direzione è corretta, anche se qualcuno, soprattutto tra i grillini, lo considera un «contenitore vuoto» e «un manifesto». Un'espressione usata in realtà anche dalla deputata democratica Ileana Argentin, lamentando appunto la mancanza di fondi dedicati. «Questa legge ha sicuramente superato un'altra barriera culturale», perché l'autismo è una patologia «che porta una grande solitudine - esordisce la parlamentare Pd - ma è e rimane una legge-manifesto» che parla di diritti e servizi senza aggiungere un euro. E «per realizzarli servono soldi», aggiunge. Tra i democratici

però, pur ammettendo l'assenza di finanziamenti, non tutti considerano il ddl un programma d'intenti. C'è chi così lo definisce «una norma di riordino» e «un passo in avanti».

La direzione è corretta anche per Scelta civica, perché se è vero che «non mette risorse specifiche a disposizione - dice il presidente della commissione Affari sociali, Pierpaolo Vargiu - qualche volta fare mezzo passo in avanti, se nella direzione giusta, consente d'inquadrare meglio il problema». Il ddl tornerà stamattina in commissione per avere il parere del Comitato dei nove sugli emendamenti presentati, due terzi dei pentastellati. Sono stati appunto loro ieri ad attaccare duramente in aula il testo, bollandolo come «un contenitore vuoto», «non in grado di soddisfare le aspettative». È un provvedimento «scarno e confuso», è infatti il commento di Marialucia Lorefice (M5s), perché oltre a non prevedere nuovi fondi per realizzare quello che si prefigge, «non affronta le problematiche specifiche degli adulti e dell'integrazione scolastica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La bozza di regolamento rivede l'iter tra il titolo e la specializzazione

Medici laureati e abilitati

Stop ai tempi morti fra la laurea e l'esame di stato

DI **BENEDETTA PACELLI**

Medici laureati e contestualmente abilitati alla professione con una nuova modalità per l'esame di stato. Risparmiando così quell'anno di tempo «perso» tra i mesi di tirocinio obbligatorio post lauream e l'esame di abilitazione per l'iscrizione all'albo. È cucita così la nuova bozza di Regolamento relativo agli esami di stato di abilitazione della professione di medico-chirurgo che modifica il precedente decreto ministeriale in materia (n. 445/01). Un provvedimento, elaborato dal Consiglio universitario su mandato dello stesso ministero dell'istruzione e università sul cui tavolo è fermo ormai da qualche mese, e particolarmente atteso sia dalle rappresentanze studentesche di categoria sia dalla Federazione nazionale dei medici. Dunque non l'esame di laurea abilitante come previsto in un primo momento, ma un compromesso il cui principio di fondo

rimane lo stesso: accelerare l'ingresso dei futuri medici nel mondo del lavoro, allineandone i tempi alle prassi dei paesi europei. Un principio che sarà attuato con due passaggi: intervenendo sull'esame di abilitazione e modificando le modalità di svolgimento del tirocinio professionalizzante. Le nuove norme prevedono innanzitutto che l'esame di stato possa seguire «anche immediatamente la discussione della tesi di laurea e la proclamazione del voto di laurea» e «comunque non oltre un mese dallo stesso», e in secondo luogo vanno a impattare sul tirocinio obbligatorio articolato in tre mesi prevedendo che questo sia effettuato durante i sei anni di studio universitari e non alla conclusione come avviene attualmente. Gli studenti che si laureano in corso nelle sessioni estive di luglio e in quelle autunnali di ottobre fino a ora hanno dovuto aspettare il mese di novembre per iniziare il tirocinio. Da ora in poi invece all'esame abilitante potranno partecipare tutti

quei laureati in medicina che durante il corso abbiano svolto un tirocinio pratico «da svolgersi (...) nell'ambito dei 60 Cfu di attività professionalizzante previsti dall'attuale ordinamento».

Per rendere operativo tutto questo il regolamento è dovuto intervenire anche sull'esame di abilitazione alla professione, fino a ora basato su 180 quesiti a risposta multipla, e da ora in poi composto da una prova scritta e una pratica «volta ad accertare le capacità relative al sapere fare e al saper essere medico». In particolare secondo la bozza del provvedimento la prova pratica si svolge su uno e più casi clinici assegnati al candidato dalla commissione giudicatrice. Con un apposito decreto poi verrà regolamentata la modalità di valutazione della preparazione, dei saperi minimi e delle competenze. La nuova prova scritta, invece, consiste nella soluzione di 300 quiz (di cui 150 di argomenti preclinici e 150 clinici derivanti da una banca dati di domande a scel-

ta multipla). Cambia di conseguenza anche la commissione giudicatrice per gli esami abilitanti composta dal presidente (un professore ordinario della sede universitaria) e da altri componenti in numero proporzionato ai candidati e comunque non meno di otto. Della commissione poi dovrà far parte un rappresentante designato dall'ordine provinciale dei medici e degli odontoiatri, e uno dei ministeri della salute e dell'istruzione. «Finalmente dopo anni di discussione il provvedimento è pronto», ha dichiarato Andrea Lenzi presidente Cune e dei presidenti dei corsi di laurea in medicina e chirurgia, «e per sostenere il cambiamento siamo pronti a fornire la banca dati di oltre 5 mila quiz del progress test già testato per nove anni in tutti i corsi di laurea in medicina. In questo modo si valutano gli studenti lungo tutto il percorso accademico e si trasforma davvero il sesto anno di medicina in un anno professionalizzante».

quotidianosanita.it

Martedì 07 LUGLIO 2015

Ricerca internazionale. Hai 38 anni ma la “tua” vera età biologica può oscillare dai 30 ai 60 anni. Dipende dallo stato di salute della persona

Un gruppo di scienziati ha utilizzato 18 parametri dello stato di salute, tra i quali pressione sanguigna e funzionalità epatica, per misurare l'età biologica di quasi 1.000 individui. E hanno scoperto che le persone di età anagrafica di 38 anni avevano un'età biologica variabile da 30 a 60 anni. Secondo i ricercatori è importante studiare la 'traiettoria dell'invecchiamento' già in età giovane. Ma il metodo è ancora da raffinare

Un team di ricerca internazionale ha misurato il livello di invecchiamento biologico di circa 1000 giovani adulti: la ricerca, guidata dalla Duke University (Stati Uniti), ha utilizzato 18 parametri relativi allo stato di salute dei partecipanti per rilevare la reale età biologica al di là di quella anagrafica. Lo studio, svolto in collaborazione da ricercatori degli Stati Uniti, Nuova Zelanda, Regno Unito e Israele, è pubblicato* sulla prestigiosa rivista *Proceedings of the National Academy of Sciences (Pnas)*.

"La maggior parte degli studi sull'invecchiamento prende in considerazione persone di età anziana, ma se vogliamo essere in grado di prevenire le malattie collegate all'età, dobbiamo iniziare a studiare l'invecchiamento nelle persone giovani", ha affermato il primo autore **Dan Belsky**, assistant professor di Geriatria geriatrics al Centro per l'invecchiamento della Duke University.

L'obiettivo ultimo, dunque, è quello di poter conoscere e favorire l'intervento nel processo dell'invecchiamento stesso, per effettuare una prevenzione ancora più efficace.

"Quando si invecchia, aumenta il nostro rischio per tutti i tipi di malattie", ha spiegato il professore. "Per prevenire la comparsa contemporanea di più malattie, l'invecchiamento in sé deve essere l'obiettivo. In caso contrario, si tratta di un gioco 'Whack-a-mole'".

I dati utilizzati dai ricercatori provengono dal Dunedin Study, un'ampia ricerca, svolta su più di mille persone a partire dal 1972-1973 ad oggi, che ha misurato lo stato di salute attraverso regolari interviste e altri sistemi di valutazione. Tra le misure considerate, i valori della pressione sanguigna, la funzionalità epatica ed altro.

"I metodi illustrati nella pubblicazione rappresentano soltanto una prova di concetto, finalizzata a dimostrare che è possibile vedere la 'traiettoria' dell'invecchiamento combinando più misure [...] È corretto utilizzare il tempo per misurare il processo di invecchiamento attraverso questa modalità multi-fattoriale", ha aggiunto Belsky, ma le misure e i metodi devono essere raffinate per diventare "migliori, più veloci e più economiche".

A partire dal Dunedin Study, ampio e protratto negli anni, i ricercatori guidati dal gruppo della Duke University hanno considerato un gruppo di 954 partecipanti valutati tre volte durante un periodo di 12 anni, ovvero dal loro 26° al loro 38° anno di età. Gli scienziati hanno studiato come variavano 18 importanti parametri biologici all'aumentare dell'età: per ciascun individuo sono stati confrontati i valori di questi 18 biomarcatori all'età di 26, a 32 e a 38 anni. Tra questi parametri ci sono valori relativi alla funzione renale, polmonare, epatica, del sistema metabolico e immunitario, oltre al colesterolo HDL, salute cardiocircolatoria, salute dentale, vasi sanguigni nella parte posteriore dell'occhio (una spia della salute dei vasi sanguigni cerebrali) e la lunghezza dei telomeri, piccole porzioni alle estremità dei cromosomi che tendono ad accorciarsi all'aumentare dell'età.

Considerando queste misure, i ricercatori hanno determinato l'andamento di tutti i parametri per ricostruire il processo di invecchiamento individuale: così essi hanno impostato un set di misure dell'età biologica attraverso questi parametri, che variano da 30 fino a 60 anni negli individui di età anagrafica di 38 anni.

In base ai risultati, la maggior parte dei partecipanti aveva un'età biologica circa corrispondente a quella anagrafica, con un tasso di invecchiamento pari ad uno per ogni anno trascorso, mentre un gruppo di persone mostrava un avanzamento dell'età biologica più lento o più rapido rispetto a quella anagrafica, che corrispondeva rispettivamente ad un'età biologica inferiore o superiore rispetto a quella anagrafica. Ad esempio, avere all'età di 38 anni un'età biologica di 40 anni significa che per ognuno dei 12 anni considerati l'invecchiamento è avvenuto più in fretta, ovvero con un tasso superiore ad 1 e pari ad 1,2.

I partecipanti con la maggiore età biologica (pari a 60 anni) mostravano anche un punteggio sfavorevole rispetto a equilibrio e coordinazione corporea nonché alla resistenza fisica allo sforzo (ad esempio rispetto al compito di salire le scale).

Inoltre, i ricercatori hanno chiesto ad un gruppo di studenti della Duke University di valutare l'età delle persone soltanto attraverso l'osservazione di una loro fotografia del volto ed è emerso che gli individui con età biologica maggiore sembravano anche visivamente più anziani.

Da cosa dipende l'invecchiamento

Gli scienziati sottolineano che il processo di invecchiamento non è del tutto legato ai geni, ma anche a fattori ambientali tra cui alcune abitudini dello stile di vita. Studi condotti sui gemelli hanno dimostrato che solo circa il 20% del processo di invecchiamento può essere attribuito alla genetica, ha spiegato Belsky. "Un'ampia parte è dovuta all'influenza dell'ambiente", spiega il ricercatore. Tale influenza, aggiunge l'autore senior **Terrie Moffitt** (Nannerl O. Keohane professor di Psicologia e Neuroscienze alla Duke University), "ci fornisce qualche speranza che la medicina possa rallentare l'invecchiamento, consegnando alle persone anni più attivi in salute".

Viola Rita

*"Quantification of biological aging in young adults," Daniel Belsky, Avshalom Caspi, et al. PNAS, July 7, 2015. DOI: 10.1073/pnas.1506264112

Lunedì 06 LUGLIO 2015

Cure odontoiatriche in calo con la crisi. L'85% di chi rinuncia al dentista lo fa per motivi economici. Ma salute complessiva dei denti migliora. Il focus dell'Istat

Nel 2005 la quota di persone che si rivolgevano al dentista erano il 39,3%. Nel 2013 sono scesi al 37,9%. L'85% di chi rinuncia lo fa per motivi economici. Aumentano, dal 24% al 29,2%, le persone che hanno dilazionato. Diminuisce il ricorso ai dentisti in libera professione, ma copertura pubblica rimane invariata al 5%. Al Sud l'impatto più elevato. Ma nonostante tutto la salute dei denti migliora. [IL FOCUS](#)

Le cure odontoiatriche hanno subito una flessione negli anni della crisi economica. La quota di popolazione che durante l'anno si è rivolta al dentista o all'ortodontista è pari al 37,9% nel 2013, dal 39,3% del 2005. Risulta invece in aumento, dal 24,0% al 29,2%, la percentuale di persone che hanno dilazionato le visite in un arco temporale più lungo, da 1 a 3 anni. È quanto rileva l'Istituto di Statistica in un focus sullo status delle cure odontoiatriche in Italia.

Si riduce il numero di trattamenti effettuati: le persone che si sono sottoposte ad un solo tipo di trattamento nell'anno sono il 70,7% (49,3% nel 2005).

Diminuisce il ricorso ai dentisti che esercitano la libera professione(la percentuale passa dal 34,7% nel 2005 al 32,3%), mentre rimane molto contenuta la quota coperta dal settore pubblico o convenzionato, pari al 5% e stabile rispetto al 2005.

Nel 2013, il 12% delle persone di 14 anni e più ha rinunciato, nei 12 mesi precedenti, a una visita odontoiatrica o a trattamenti per motivi economici. Sul totale di chi rinuncia alle visite, i motivi economici incidono per l'85,2%.

Lo svantaggio del Mezzogiorno è molto evidente: solo il 27,7% della popolazione di 3 anni e più ha fatto ricorso alle cure odontoiatriche (rispetto alla media nazionale Del 37,9%; inoltre è più alta la quota di chi rinuncia per motivi economici (14,5% rispetto al 12,0% osservato a livello nazionale).

Anche per le visite per prevenzione o per la pulizia dei denti professionale, la quota di persone rilevata nel Meridione (16,1%) è la metà di quella del Nord (30,7%), mentre è doppia rispetto al Nord la percentuale di coloro che non sono mai stati da un dentista (12,1% contro 6,2%).

A livello nazionale migliora complessivamente la salute dei denti rispetto al 2005. La quota di persone di 14 anni e più che conservano tutti i propri denti naturali (28) passa dal 37,8 al 41,4%, mentre coloro che hanno perso tutti i denti naturali si riducono dal 12,0 al 10,8%.

Per tutti gli indicatori di accesso alle cure e della salute orale permangono le disuguaglianze sociali. Il ricorso al dentista nell'anno supera il 50% tra le persone con titolo di studio alto e scende al 27,6% tra chi ha conseguito al massimo la licenza media. Le persone anziane senza alcun dente naturale sono il 17,9% tra coloro che hanno almeno la laurea e il 41,6% tra quanti hanno un basso titolo di studio.

Si riduce dal 39,4% del 2005 al 34,0% del 2013 la quota di bambini (3-14 anni) che non sono mai stati dal dentista, percentuale che scende al 32,2% per quelli con almeno un genitore laureato e sale al 41,5% se i genitori hanno al massimo la licenza media. Tra i bambini stranieri raggiunge il 46,3%.

A Salerno Nasce il corso di laurea in Odontoiatria

Dall'anno accademico 2015-16 l'offerta formativa dell'Università di Salerno si arricchisce con il nuovo corso di laurea magistrale

in Odontoiatria e Protesi dentaria. Si consolida così la crescita costante del dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'ateneo salernitano, diretto dal professor Mario Capunzo, che ha visto di recente l'attivazione del corso di laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e

Radioterapia, e l'attivazione di 15 nuove Scuole di specializzazione, 3 autonome e 8 in aggregazione con la altre università campane.

«Un risultato di cui essere orgogliosi – ha commentato il rettore Tommasetti (nella foto) – che concretizza un ulteriore sviluppo della nostra offerta».



UNIVERSITA'

Laurea in Odontoiatria anche a Salerno Il rettore: «Così si arricchisce l'offerta»

Salerno. Si rafforza l'offerta formativa da parte dell'Università degli Studi di Salerno: dal prossimo anno accademico, quello 2015/16, gli studenti potranno fruire pure del nuovo corso di laurea magistrale in Odontoiatria e Protesi dentaria, come ufficializzato dal Decreto numero 463 del 3 luglio scorso da parte del Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca. I posti da assegnare sono undici e presidente del Consiglio didattico è il professore Ludovico Sbordone.

Si consolida così la crescita costante del dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'ateneo salernitano, diretto dal professore Mario Capunzo, che ha visto di recente l'attivazione del corso di laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia, e l'attivazione di undici nuove Scuole di specializzazione, tre autonome e 8 in aggregazione con la altre università campane.

“Un risultato di cui essere orgogliosi

- ha commentato il rettore Aurelio Tommasetti - che concretizza un ulteriore sviluppo della nostra offerta formativa: il nuovo corso di laurea magistrale in Odontoiatria e Protesi dentaria apre prospettive di innovazione nell'ambito della professionalizzazione di una figura medica troppo spesso legata ad un ruolo meramente tecnico, cui invece intendiamo ampliare le opportunità lavorative, soddisfacendo il bisogno crescente di attori della cosiddetta 'odontoiatria sociale'. Dobbiamo ringraziare l'Azienda Ospedaliera che ha assicurato la propria disponibilità di strutture e personale in un'imprescindibile collaborazione". Il corso di laurea magistrale, della durata di 6 anni, è caratterizzato da un'attività di tirocinio che inizia già dal primo anno (e copre 90 dei 360 crediti complessivi) e che si affianca alla preparazione sulle scienze di base e sulle discipline mediche, per una competenza qualificante di ordine superiore.

MEMORANDUM/ Per General electric la spesa rallenta ma può essere migliorata

Ssn, l'Italia merita la serie A

Investire su deospedalizzazione, innovazione tecnologica e digitale**Seguire la strada dell'e-health
Servono regole certe e durature**

La crescita della spesa sanitaria è un fenomeno comune a tutti i Paesi industrializzati. I motivi sono noti: si va dall'invecchiamento della popolazione all'evoluzione delle conoscenze mediche e delle tecnologie biomedicali, che rendono disponibili opportunità diagnostico-terapeutiche e che costituiscono parte del diritto alla salute; dall'incremento delle principali patologie croniche (nel 2011 il 38,4% degli italiani ha dichiarato di essere affetto da una patologia cronica, percentuale che sale al 76,4% e al 86,2% rispettivamente nella fascia della popolazione dai 65 ai 74 anni e nella fascia over 75) alla diversa percezione del fattore salute da parte della popolazione, che presta a sintomi e segni un'attenzione sempre maggiore.

Secondo il «memorandum» di General electric sulla sostenibilità del Ssn, tra i Paesi Ue è la Francia a presentare la più alta incidenza della spesa pubblica sul Pil, pari al 56%, nonché la più alta spesa pubblica pro capite, pari a 15.954 euro a parità di potere d'acquisto, seguita da Germania e Italia. Generalmente i livelli maggiori di spesa sono stati destinati alla protezione sociale e alla salute; l'Italia è l'unico Paese ad aver destinato un maggior numero di risorse ai servizi pubblici generali piuttosto che alla salute.

L'insieme della spesa in «protezione sociale e salute» rappresenta il 33,4% del Pil in Francia, il 28,1% in Italia, il 28% in Germania, il 25,8% nel Regno Unito e il 24,6% in Spagna. Considerando la spesa sanitaria, inclusa la sua componente privata, l'incidenza di tale voce di spesa sul Prodotto interno lordo arriva in Europa al 10,2%, in leggero aumento rispetto all'anno precedente quando era stata pari al 10%. La media dei Paesi Ocse mostra un dato simile ma un trend diverso, in quanto l'incidenza della spesa sanitaria complessiva è stata pari al 9,3%, in diminuzione rispetto alla precedente rilevazione (-0,5 punti percentuali). In Europa, tuttavia, secondo il memorandum di General electric, «l'au-

mento dell'incidenza della spesa sanitaria è ascrivibile anche alla contrazione del prodotto interno lordo nel 2012, che ha più che compensato le manovre di contenimento della spesa pubblica attuate in molti Paesi».

Paesi Bassi (11,8%), Francia (11,6%) e Germania (11,2%) registrano la maggior incidenza di spesa sanitaria (totale) su Pil, mentre Italia (9,2%), Finlandia (9,1%) e Irlanda (8,9%) la minore. Guardando oltreoceano, in Canada e negli Stati Uniti, la spesa sanitaria complessiva arriva a pesare rispettivamente l'11% e il 16,9% sul Pil. In Europa l'incidenza della spesa privata su Pil è inferiore al 3%, ad eccezione del Portogallo e della Grecia.

L'Italia, in ogni caso, secondo il memorandum, «per la Sanità spende molto meno degli altri Paesi europei». Il gap fra spesa sanitaria pro-capite italiana e Paesi Eu14, infatti, «continua ad allargarsi a un ritmo impressionante»: nell'ultimo anno considerato (2012), rispetto al 2002 si è allargato del 5,7%, arrivando così al -25,2%. La spesa sanitaria totale in rapporto alla popolazione over 65, in Italia è addirittura inferiore del -34,9%, rispetto a Eu14. Il gap della spesa sanitaria è maggiore di quello in termini di Pil che si è allargato meno rapidamente, arrivando al -13,8%.

Una situazione, a causa della contrazione del Pil, che secondo General electric «sta portando a un sostanziale congelamento della spesa sanitaria pro capite a fronte di un contesto caratterizzato dal marcato invecchiamento della popolazione, con le conseguenti implicazioni in termini di fabbisogno economico correlato».

Spiega Marco Campione, Ad di General Electric Healthcare Italia e presidente di Elettromedicali di Assobiomedica: «La spesa sanitaria non è un male di per sé. È però cruciale distinguere tra

spesa utile, e quindi investimenti in produttività, servizi e tecnologie a favore dei pazienti, e spesa deteriorata. Bisogna sempre più puntare su deospedalizzazione, rinnovo delle infrastrutture, innovazione tecnologica e sanità digitale: investimenti che vanno a beneficio della qualità e della sicurezza della tutela della salute e permettono inoltre di ridurre i costi a carico del Ssn, anche nel breve periodo».

Secondo Campione, dunque, «bisogna sfruttare davvero le opportunità offerte dall'e-Health: la medicina si sta evolvendo da un modello ospedale-centrico a un modello paziente-centrico nel quale sono cruciali l'Internet delle cose, le applicazioni Cloud e l'accesso ubiquo a dati condivisi».

Sono moltissime le aree di intervento immediato per un strutturale aumento della produttività del sistema. A esempio, l'Ad di Ge cita l'utilizzo più razionale delle apparecchiature ospedaliere: meno dispositivi, meglio e più intensamente utilizzati e, soprattutto, più all'avanguardia, studiando il territorio e collocando i dispositivi elettromedicali a seconda dei bisogni specifici di un bacino d'utenza, creando quindi «zone di specializzazione» e non centri decentrati e non specializzati.

Secondo le stime del memorandum di General electric con un'adeguata programmazione, l'eliminazione della sola quota di procedure diagnostiche ripetute per scarsa efficienza delle apparecchiature obsolete permetterebbe un risparmio di oltre 75 milioni di euro l'anno. «Bisogna poi puntare sul rinnovo delle infrastrutture - sostiene Campione - riducendo il numero di ricoveri non necessari e avvalendosi di tecnologie di diagnosi e monitoraggio pazienti da remoto. La riduzione del solo 1% dei giorni di ricovero a livello nazionale comporterebbe da sola un risparmio di circa mezzo miliardo di euro per il Ssn. Disciplinando l'appro-

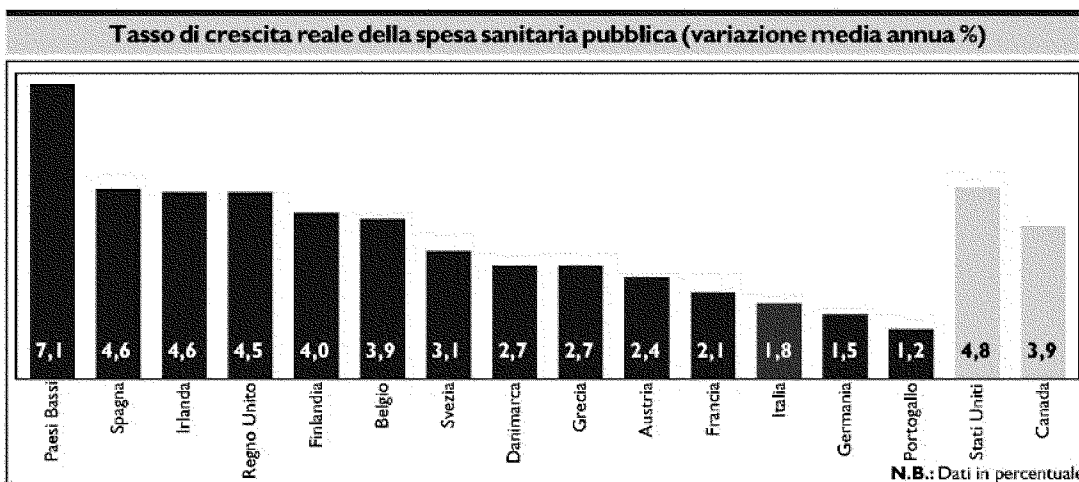
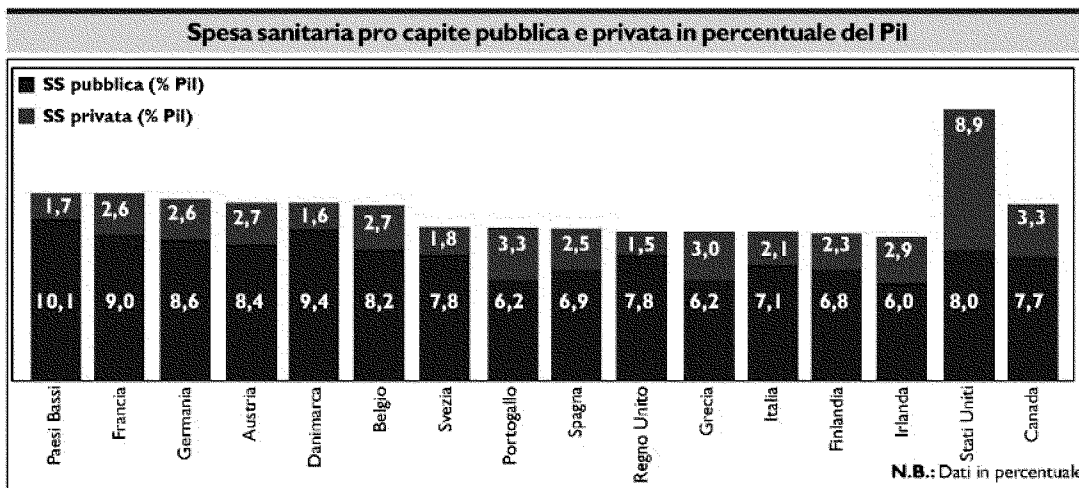
privatezza prescrittiva delle sole indagini diagnostiche si potrebbero risparmiare ogni anno ulteriori 750 milioni di euro». Insomma, la strada da fare è ancora lunga. Qualcosa, tuttavia, sembra migliorare. La recente apertura a considerazioni e attività di programmazione di medio termine contenuta all'interno del Patto della salute dello scorso anno, spinge, per la prima volta, General electric a esprimere «un cauto ottimismo sulla volontà dell'attuale Governo di intervenire in modo strutturale e strategico sul sistema sanitario e non più con un taglio puramente contenitivo e di riduzione di risorse economiche». Purché i tagli al Ssn non smontino il lavoro fatto. In particolare, General electric ritiene che gli elementi prioritari per un'efficace strategia di lungo periodo che abbinì una riduzione della spesa deteriorata, a fronte di un miglioramento della qualità e dei servizi resi dal Servizio sanitario nazionale ai cittadini, siano da ascrivere ai seguenti capitoli: deospedalizzazione, rinnovo infrastrutture, innovazione tecnologica, utilizzo strutturale delle pos-

sibilità offerte dal E-Health. Alcuni di questi elementi sono rintracciabili nei cenni programmatici dello stesso Patto della salute. «Il Patto della salute dello scorso anno - conclude Campione - portava a essere ottimisti perché non puntava solo al contenimento e riduzione delle risorse economiche ma intendeva la tutela della salute come investimento economico e sociale, con un primo impegno per un processo valutativo di analisi delle nuove tecnologie in chiave di generazione di valore. Garantendo la certezza del finanziamento su 3 anni e assicurando il reinvestimento in innovazione sanitaria di qualità di quanto risparmiato tagliando sprechi e spesa deteriorata. A distanza di un anno il Patto della salute rischia di essere contraddetto con l'ennesima manovra emergenziale e recessiva all'ordine del giorno della prossima Conferenza delle Regioni del 2 luglio; una manovra che, di fatto, si articola su tagli lineari e anti-programmatici. Saranno pesanti le ripercussioni su occupazione, creazione di valore, sviluppo economico e, in primis, sostenibilità di

un Servizio sanitario nazionale che tutti vogliamo universale e di qualità». Bisognerebbe, invece, garantire, conclude Campione «regole certe e durature, attuando una riforma complessiva della sanità nella direzione indicata dal Patto imperniata su una governance nazionale che sfrutti e metta a fattor comune le migliori pratiche regionali, e che si articoli in meccanismi di valutazione e di sanzione a verifica dell'efficienza e qualità del sistema e delle strutture. Così come avviene negli altri Paesi europei di riferimento. Nonostante tutto, continuo a rimanere ottimista che si voglia garantire al futuro prossimo dell'Italia un servizio sanitario di serie A e non si debba abdicare il diritto costituzionale all'universalità di accesso alla salute sull'altare di una visione meramente economicista».

Er.Di.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'età del parco tecnologico nazionale apparecchiature imaging (2013)

Valutazione apparecchiature installate	Tomografia assiale computerizzata		Risonanza magnetica		
	Età	Fino a 15 slices	Oltre 15 slices	Aperte	Chiuse
Oltre 10 anni		36,6%	0,1%	19,3%	12,7%
Tra 5 e 10 anni		41,9%	25,8%	54,4%	43,8%
Meno di 5		21,5%	74,1%	26,3%	43,5%
Totale apparecchiature rilevate		1.201	830	270	856

SOSTENIBILITÀ

Tutti i vantaggi della day surgery

Risparmi legati ai livelli qualitativi

DI GIAMPIERO CAMPANELLI *

La chirurgia di giorno, anche chiamata day surgery, è senz'altro il più grande vantaggio organizzativo, tecnico e amministrativo per la semplificazione e il risparmio in ambito sanitario, che sia stato proposto negli ultimi anni. In buona sostanza, i pazienti che usufruiscono di tale approccio eseguono in un unico ingresso e quindi in un'unica cartella clinica, esami di routine pre-operatoria, visita specialistica anestesiologicala, intervento chirurgico e dimissione in giornata o nell'arco delle 24 ore.

In considerazione del fatto che mediamente la tipologia di interventi chirurgici tipicamente trasferibili in regime di day surgery hanno una durata di ricovero ordinario pari a circa 3 giorni di degenza e che ciascun giorno di degenza costa circa 1.000 euro, è ben evidenziabile questo primo «rozzo» dato in termini di beneficio economico. Ma al di là di questo, se si considera che per riuscire a ottenere una perfetta conduzione a day surgery è necessaria l'applicazione di metodologie e sistemi più «dolci» e meno invasivi, è chiaro che la percentuale di sequele e complicanze è minore, ed è in quest'altro aspetto che va ricercato il vantaggio economico globale. Vero è dall'altro lato della medaglia che questo nuovo approccio, più semplificato, ha avuto come conseguenza l'aumento delle richieste e che quindi in senso assoluto il volume di attività sia aumentato. Mentre dal punto di vista economico è discutibile e difficilmente interpretabile il reale risultato, dal punto di vista del beneficio per il singolo paziente e l'intera società non vi sono dubbi: infatti il semplice dato che deriva dalla soddisfazione di ciascun paziente che rientra a casa dopo la procedura chirurgica, all'affetto dei suoi cari e soprattutto lontano da un ambiente potenzialmente contagioso, già rende ragione dell'enorme progresso. Oltre questo il fatto di riuscire a non appesantire le già drammatiche liste d'attesa presenti un po' ovunque, soprattutto relativamente alla diagnostica, rappresenta in senso assoluto un enorme vantaggio per tutta la società intera.

Il rapporto fra il vantaggio indubitabile per la popolazione e il dubbio sulla reale «economia realizzata» dalla day surgery va calcolato alla luce della considerazione che in sanità il vantaggio non deve significare esclusivamente un risparmio monetario: infatti il reale risparmio è la perfetta qualità assistenziale che deve quindi tendere a ridurre sequele, complicanze, rimostranze medico-legali e cronicizzazione delle patologie. È in tal senso che va considerata la grande importanza della day surgery che, proprio per le sue caratteristiche intrinseche, deve necessariamente fornire un approccio qualitativo in quanto se è vero che il rapporto medico-struttura-paziente è limitato in termi-

ni temporali è anche vero che proprio per questo deve essere più efficace, se non perfetto, in termini qualitativi. Per poter beneficiare di una simile modalità è indispensabile che la struttura che offre la prestazione abbia una perfetta organizzazione dedicata, sia dal punto di vista amministrativo, sia dal punto di vista delle sale operatorie e del personale: golden standard sono quindi le unità autonome dedicate. Infatti è soltanto all'interno di tali unità che possono svilupparsi percorsi e modalità specifiche che al tempo stesso diano un'ottimizzazione dei servizi a disposizione, un risparmio e una grande qualità assistenziale. Il personale infermieristico va opportunamente addestrato a esercitare un approccio al malato estremamente contenuto in termini temporali, ma estremamente profondo in termini di intensità di rapporto con ciascun singolo paziente, in un turn over veloce ed efficace, ma al tempo stesso empatico e attento. Il chirurgo deve avere a sua disposizione tutte le possibilità tecniche più all'avanguardia per poter provvedere nella maniera meno invasiva possibile alla singola problematica chirurgica, laddove per mini invasiva si intendono non solo dimensione e modalità dei singoli approcci, ma anche e soprattutto considerazione dello stile di vita, dell'età, delle aspettative e delle abitudini di ciascun singolo paziente. È evidente, quindi, che il chirurgo debba essere in qualche modo super specializzato, specialmente in alcune determinate branche, per esempio nella chirurgia addominale. Infatti, tutte le specialità chirurgiche possono avvalersi di tale innovativa struttura organizzativa, dall'oculistica all'ortopedia, dalla ginecologia alla chirurgia plastica, ma è in chirurgia addominale che si è visto e valutato un reale grande progresso: la chirurgia laparoscopica della colecisti, dell'appendice, dell'ernia iatale, così come la chirurgia mini invasiva delle ernie addominali, la chirurgia proctologica, la flebologia sono teoricamente praticabili con tale approccio in oltre l'80% dei casi. In particolare nella chirurgia delle ernie, come è emerso recentemente durante la 1st World Conference on Abdominal Wall Hernia Surgery, tenutasi a Milano nelle scorse settimane con la partecipazione di oltre 3mila chirurghi provenienti dai 5 continenti, tale approccio è largamente fattibile nei casi standard. La figura del chirurgo super specialista è oggi in grado di realizzare una vera e propria "tailored surgery", cioè una chirurgia su misura.

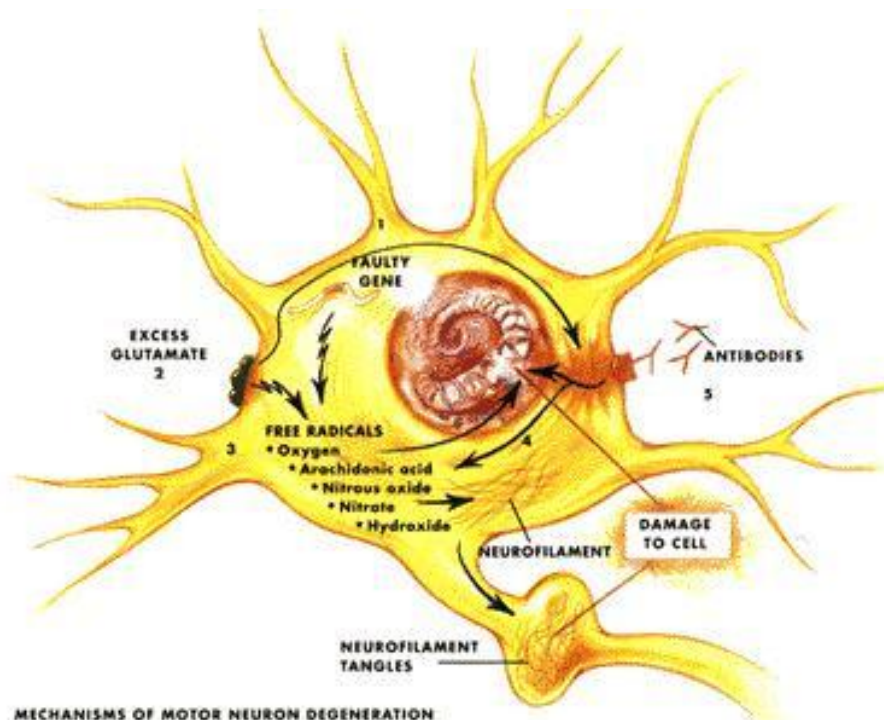
* direttore chirurgia generale (day e week surgery)
Istituto Clinico S. Ambrogio di Milano - Gruppo Osp. S. Donato

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Pianeta sanità

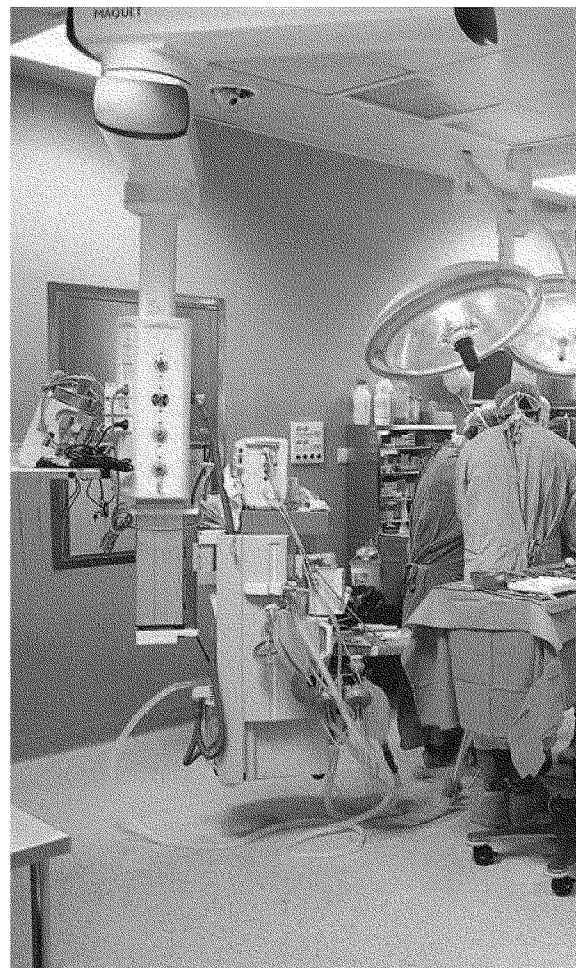
Trapianti di rene e nuove soluzioni adesso si punta al "sub-ottimale"

GIUSEPPE DEL BELLO

NONOSTANTE il trend in crescita, il numero di trapianti di rene non è sufficiente. Negli ultimi anni gli specialisti stanno verificando varie strade (trapianto da vivente, cross-over, trapianti reni Hcv positivo e "sub-ottimali") per colmare il gap. E per ora, la più praticabile sembra quella del "sub-ottimale": utilizzare cioè un rene apparentemente inidoneo. La soluzione renderebbe candidabili al prelievo soggetti finora esclusi perché affetti da patologie o troppo anziani. Oggi, grazie alle tecniche diagnostiche ed anatomo-patologiche, negli ultimi vent'anni migliorate, questi organi sono invece considerati idonei al trapianto. Degli aspetti organizzativi e di medicina legale, e fino ai casi più complessi, hanno discusso professionisti e ricercatori al corso di aggiornamento organizzato dal centro interdipartimentale della Federico II diretto da Andrea Renda e coordinato da Vincenzo D'Alessandro.

Secondo gli ultimi dati, nel 2014 in tutta Italia sono stati effettuati 1586 trapianti di rene, 85 in più rispetto al 2013; 1056 di fegato (58 in più) e 226 di cuore (7 in più). In particolare, per quelli di rene, il 2014 ha segnato un record per i trapianti da vivente: 252 con un incremento del 25% rispetto all'anno precedente. Il primo trapianto di rene a Napoli fu eseguito il 24 aprile del 1977 da Giuseppe Zannini e Mario Santangelo con un organo prelevato a una giovane donna di Milano vittima di un'emorragia cerebrale. «Ma in questo settore, da allora, le cose sono cambiate — avverte D'Alessandro — allargando l'orizzonte delle possibilità ai cosiddetti reni sub-ottimali. Oggi il programma "Old for Old" permette di utilizzare organi donati da un paziente anziano e destinato a un altro della stessa fascia di età. I donatori, purtroppo, sono però ancora pochi».

In crescita anche le donazioni: 2345 accertamenti di morte con i criteri neurologici eseguiti nel 2014, record assoluto per il nostro Paese, più 70 rispetto al 2013. Un risul-



tato ottenuto grazie allo sforzo congiunto delle rianimazioni con i coordinamenti regionali. Durante il congresso sono stati approfonditi problemi di anatomia patologica, etica, chirurgia e terapia del trapianto di reni marginali, mentre una tavola rotonda è servita fare il punto sulle complicanze e sui casi difficili testimoniate dai chirurghi presenti. Il Centro interdipartimentale partenopeo ha all'attivo circa 900 interventi, permette trapianto di rene da donatore-cadavere, includendo programmi a donatori marginali e a rischio infettivo. Da ormai un anno, è stata ampliata la possibilità di ricevere l'organo anche ai pazienti definiti iperimmuni, soggetti altamente delicati che devono affrontare il trapianto in condizioni protette, a causa di una maggiore possibilità di rigetto.



Tumore al colon nuova metodica la biopsia liquida

LA RICERCA

TUMORE del colon retto, c'è una nuova metodica di indagine. È la biopsia liquida, procedimento che permette di analizzare il Dna che il tumore rilascia nel sangue, facendo correre meno rischi e riducendo i fastidi per il paziente. A individuarne le potenzialità è stato un gruppo di lavoro coordinato dall'Istituto dei tumori Candiolo di Torino insieme a tre oncologi del Pascale: Alfredo Budillon, Antonio Avallone e Fabiana Tatangelo. Il test, oltre so-

stituire la biopsia tradizionale, darebbe la possibilità di aumentare la ripetitività dell'esame e seguire meglio l'evoluzione della malattia. La ricerca, che aggiunge un altro tassello diagnostico nella stadiazione dei tumori del colon (in aumento e sempre ai primi posti della classifica), è stata pubblicata sulla prestigiosa "Nature Medicine".

«L'esame — spiega Alfredo Budillon, direttore di Farmacologia sperimentale — grazie all'analisi del Dna del sangue di pazienti con tumore e sottoposti a terapie contro il recettore dell'Egf (uno dei trattamenti standard in questa patologia, ndr), rivela la presenza di alterazioni in altri geni sotto la pres-

sione della terapia, alterazioni associate alla resistenza del tumore o acquisite nei confronti di quella stessa terapia. In altri termini, dimostra l'evoluzione dinamica della malattia sotto l'azione del trattamento». Per ora in teoria, secondo lo studio, basterebbe un semplice prelievo ematico per modificare la terapia, adattandola all'evoluzione genetica della malattia. Insomma, se la mutazione genetica si instaura, il monitoraggio costante è in grado di identificarla ben prima della progressione clinica della patologia oncologica.

«Si tratta ovviamente di una tecnica molto promettente, ma ancora in fase di sviluppo — aggiungono Avallone (esperto del trattamento dei tumori colon rettali) e la patologa Tatangelo — e i risultati appena pubblicati rappresentano solo il primo tassello della collaborazione tra il Pascale e le altre prestigiose istituzioni italiane. Abbiamo tutti un unico obiettivo: studiare l'effetto di altri trattamenti sull'evoluzione dinamica della patologia tumorale e confermare attraverso studi clinici se un trattamento intermittente, monitorato mediante la biopsia liquida, sia più efficace nel controllo della malattia».

Il lavoro di ricerca, coordinato dal

La scoperta dell'Istituto Candiolo di Torino con tre oncologi del Pascale: analizza il Dna rilasciato nel sangue

professore Alberto Bardelli dell'Istituto Candiolo, ha coinvolto, oltre al Pascale, anche il Niguarda di Milano, il San Giovanni Battista di Torino, l'università di Pisa e due istituzioni estere: il Massachusetts General Hospital e l'Institut hospital del Mar d'Investigacion Mediques di Barcellona. (g. d. b.)

GRUPPO EDITORIALE LA REPUBBLICA

Urologia. Il tumore alla ghiandola che terrorizza gli uomini è in aumento ma la mortalità è diminuita del 36%. In più, per la diagnosi arriva un tipo di risonanza particolarmente preciso che fa superare ai pazienti la sofferenza per i numerosi prelievi

Biopsie a colpo sicuro prostata, addio paura

ALDO FRANCO DE ROSE *

IL TUMORE della prostata è in aumento ma la buona notizia è che la mortalità è diminuita del 36%. La sopravvivenza, negli ultimi 20 anni, è addirittura quintuplicata grazie ad una diagnosi sempre più precoce, alla radicalità delle tecniche chirurgiche, alla radioterapia, ma soprattutto ai progressi della terapia per le forme metastatizzate.

In pratica, a oggi, il tumore della prostata potrebbe essere considerato proprio come una malattia cronica al pari del diabete, o dell'ipertensione. Infatti, anche per quei pazienti affetti da carcinoma in fase avanzata e resistente alla terapia ormonale, negli ultimi 5 anni si è registrata una disponibilità di farmaci veramente innovativi, in grado di migliorare la sopravvivenza, anche dopo l'insuccesso della chemioterapia.

Il primo è l'abiraterone acetato, che inibisce gli ormoni in ogni sede di produzione, in particolare all'interno del tumore stesso, bloccando la produzione autonoma di testosterone da parte delle cellule prostatiche e togliendo loro lo stimolo ormonale necessario alla sua crescita.

Più recente è l'enzalutamide, che agisce bloccando i recettori cui il testosterone aderisce per essere trasportato all'interno della cellula fino al nucleo e al Dna, impedendo la crescita tumorale.

Infine un radiofarmaco indicato solo per le metastasi ossee e quindi il dolore; si tratta del Radium 223 capace di incorporarsi nella sede delle metastasi scheletriche e uccidere le cellule tumorali con le radiazioni alfa, riducendo al minimo gli effetti collaterali. Gli studi clinici eseguiti hanno dimostrato aumento della sopravvivenza e miglioramento della qualità della vita. A oggi però il problema più importante è l'incertezza della diagnosi. La neoplasia della prostata, interessa 36 mi-

la nuovi soggetti all'anno a fronte però di 100 mila biopsie effettuate; in pratica, tra il 65 e 70% dei casi la biopsia con scopre alcun tumore, nonostante il Psa sia più alto della norma. Se da una parte tutto questo provoca euforia e tranquillità iniziale nel paziente, dopo qualche mese ne aumenta invece le preoccupazioni perché, spesso, il Psa continua ad innalzarsi. Si fa strada così il sospetto che il tumore possa in realtà esserci ma in una parte della ghiandola dove non è stato infilato l'ago. Infatti, tenendo presente che sono ritenuti normali valori inferiori o uguali a 2.5 ng/ml per soggetti di 50-65 e inferiori o uguali a 4 ng/ml dai 65 anni in poi, fino ad oggi, la stragrande maggioranza delle biopsie viene fatta "at random", cioè senza un bersaglio preciso, dato che nel 60-70% dei casi è solo il Psa a suggerire l'esecuzione della biopsia in assenza di segni clinici o ecografici.

In pratica, una conferma al fatto che il test del Psa ha dei limiti proprio per la scarsa specificità. E da qui la necessità di ricercare altri segnali più affidabili dal punto di vista della diagnosi, ricorrendo ai nuovi marcatori che, in presenza di Psa elevato, dovrebbero consentire di limitare proprio il numero di biopsie. Utili anche nuove indagini strumentali che indichino dove fare la biopsia, unica a fornire la certezza della diagnosi.

A oggi, in moltissimi casi, sotto guida ecografica, si eseguono 18, 24 o addirittura 36 prelievi, anche per due o tre volte, con la speranza di centrare le cellule tumorali. Per evitare però questi prelievi multipli, con il pericolo di infezioni e ritenzioni di urine, un ruolo sempre più importante viene riconosciuto alla risonanza magnetica nucleare, associata

**Metastasi, un radiofarmaco uccide
le cellule malate riducendo
al minimo gli effetti collaterali**

alla ecografia, e più recentemente alla risonanza magnetica multiparametrica.

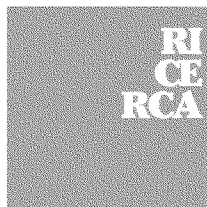
Il primo sistema, detto sistema BiopSee, unisce all'efficienza delle immagini ecografiche real-time l'efficacia delle immagini di Risonanza Magnetica Nucleare e consente di eseguire biopsie di precisione mirate alle lesioni sospette.

La Risonanza Magnetica (RM) Multiparametrica rispetto alla RM convenzionale, rappresenta invece un importante elemento per pianificare il percorso diagnostico dei pazienti con sospetto tumore alla prostata, fornendo immagini che fanno individuare anche piccole modificazioni strutturali, informazioni sulla ricca cellularità e vascolarizzazione del tumore. La novità delle nuove apparecchiature è una bobina Siemens con 60 canali, che migliora la qualità dell'immagine e quindi facilita la individuazione della lesione anche di dimensioni millimetriche, compresi tra 0,6 e 6 mm, e risulta confortevole in quanto non utilizza la bobina endoretale. Questo esame è già consigliato da molte assicurazioni della Gran Bretagna e inizia ad affacciarsi nelle linee guida per la sua potenzialità di risparmiare costi della sanità e migliorare la diagnosi risparmiando sofferenze al paziente.

Ma una volta diagnosticati i tumori della prostata non sono tutti uguali: in tanti soggetti crescono lentamente, in altri molto più velocemente. Ne consegue quindi come sia importante valutare nella maniera più accurata possibile l'aggressività del tumore per determinare la prognosi e la strategia di trattamento più appropriato, limitando le terapie inutili.

** Specialista urologo ed andrologo
università di Genova*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Linfoma

Vegetali come fabbriche di farmaci biologici. La pianta è il tabacco, di un tipo che non è coltivato. E il farmaco un anticorpo monoclonale contro il linfoma non-Hodgkin: il rituximab, noto antitumorale sintetizzato da cellule di mammifero in vitro. In serra sono riusciti ad associarlo all'interleuchina-2 (Il-2), ottenendo una immuno-citochina. L'anticorpo riconosce, raggiunge e media l'eliminazione delle cellule cancerose e Il-2 attiva la risposta immunitaria proprio dove è più utile: un prodotto più efficace contro il tumore. Questo grazie all'impegno dei ricercatori del laboratorio di Biotecnologia vegetale dell'Enea-Casaccia, in collaborazione con gli esperti di

spettrometria del Cnr-Istituto Ispaam di Napoli. «Abbiamo trasferito nel tabacco due geni: quello per l'anticorpo e quello per la Il-2 utilizzando come "navetta" l'agrobacterium tumefaciens. Dopo qualche giorno in una serra controllata, abbiamo frullato le foglie, estratto e purificato il biofarmaco», spiega semplificando molto Marcello Donini, biotecnologo Enea e co-autore dello studio pubblicato su *Plant Biotechnology Journal*. «Il vantaggio di questa tecnica - aggiunge - è duplice: il rituximab da vegetali è più efficace e molto più economico da produrre. Il futuro? «Affiancare l'uso delle piante ai sistemi di produzione tradizionali di farmaci: negli Usa accadrà in tempi brevi». Il linfoma non-Hodgkin è un tumore del sistema linfatico, sesta causa di morte oncologica in Occidente e in Italia colpisce circa 13 mila persone l'anno.

(t. simoniello)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sopravvivenza

Negli ultimi 20 anni la sopravvivenza dopo diagnosi di cancro della prostata è aumentata di 5 volte



36 per cento

La riduzione della mortalità causata dal tumore della prostata sempre negli ultimi venti anni



43.380

I maschi italiani che ogni anno si sottopongono a biopsia della prostata per sospetto tumore



36 prelievi

di tessuto possono essere eseguiti anche in una singola biopsia per individuare le cellule cancerose



30 per cento

dei pazienti è costretto a ripetere i prelievi perché la biopsia non ha trovato nulla

Diagnosi. In un prossimo futuro (forse) saranno abbandonate le tecniche eccessivamente invasive

Onde sonore e un super esame del Psa ecco i nuovi test

L PROBLEMA del Psa è che aumenta nel tumore ma anche per infiammazioni e la più comune ipertrofia della prostata. Per questo si stanno usando anche altri test. I più utilizzati sono il Pca3 e il proPsa.

Il primo è un test genetico su urine dopo massaggio prostatico. Indici elevati (+35%) consigliano di ricorrere alla biopsia.

Il proPsa si esegue sul sangue dove si misura una frazione della molecola del Psa che, raffrontato al Psa totale e libero, consente di calcolare l'indice di salute prostatica, il Phi, acronimo inglese di Prostate Health Index. Percentuali tra 0 e 22 escluderebbero il tumore, quelle >di 45 indicano un'alta probabilità di tumore, e una zona grigia, compresa tra 23 e 44 in cui decide l'urologo.

In un prossimo futuro forse potremo dire addio alle biopsie della prostata. Ricercatori Usa della Carnegie Mellon University, per individuare le cellule tumorali circolanti (Ctc) "spia" di malattia, hanno messo a punto una nuova tecnica basata sulle onde sonore. La metodica, descritta su *Pnas* è 20 volte più veloce di quelle oggi disponibili per scovare le Ctc. Oggi servono 5 ore per analizzare un campione di sangue da 5 millilitri, ma gli studiosi lavorano per abbattere a mezz'ora il tempo di analisi. Inoltre questa "biopsia liquida" offre un'opzione molto meno invasiva e permette di raccogliere informazioni anche su eventuali metastasi, sulla risposta al trattamento somministrato e sulla genetica del tumore in modo migliore rispetto al-

lo studio delle cellule prelevate direttamente dalla neoplasia.

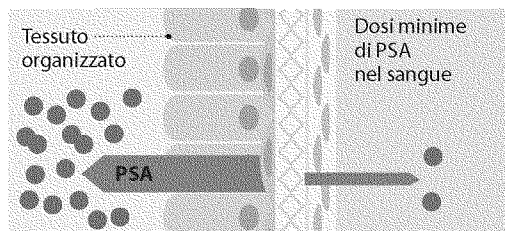
In molti casi, tuttavia, le cellule tumorali circolanti sono troppo poche per essere analizzate in quanto nel sangue scorrono assieme a migliaia di globuli bianchi, milioni di globuli rossi e migliaia di piastrine. Ricercatori Usa hanno sviluppato il prototipo di un chip che attraverso le onde sonore, sfruttando caratteristiche fisiche peculiari delle Ctc, consente di separare le cellule tumorali dagli elementi figurati del sangue molto più velocemente di quanto si possa fare oggi. Il tutto con la stessa efficacia, come hanno dimostrato per la prima volta una serie di esperimenti condotti sul cancro al seno.

(aldo franco de rose)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NORMALE

PSA: PROSTATIC SPECIFIC ANTIGEN

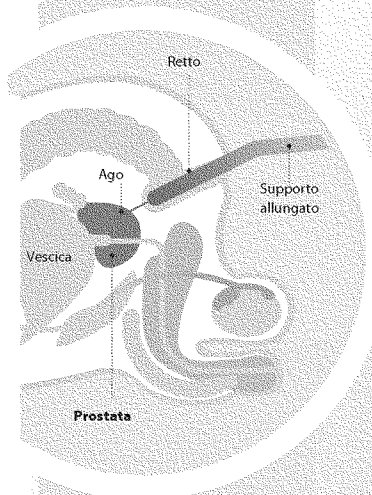


CON SOSPETTO TUMORE PROSTATICO



ECOGRAFIA TRANSRETTALE CON AGOBIOPSIA

Metodo diagnostico che si esegue attraverso una sonda ecografica nel retto. L'ago scorre attraverso il supporto fino alla sede del bersaglio dove viene effettuato un prelievo biotipico e una immagine RM

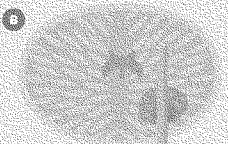


MANCATA DIAGNOSI

PROSTATA IN SEZIONE



L'ago penetra vicino al tumore ma non lo raggiunge



L'ago penetra lontano dal tumore e la biopsia è negativa



La biopsia è negata perché non prende in pieno il tumore

Stadi I - II
Localizzati

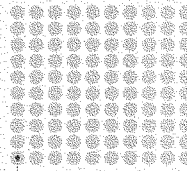
Stadi III - IV
Avanzati

STADIO I

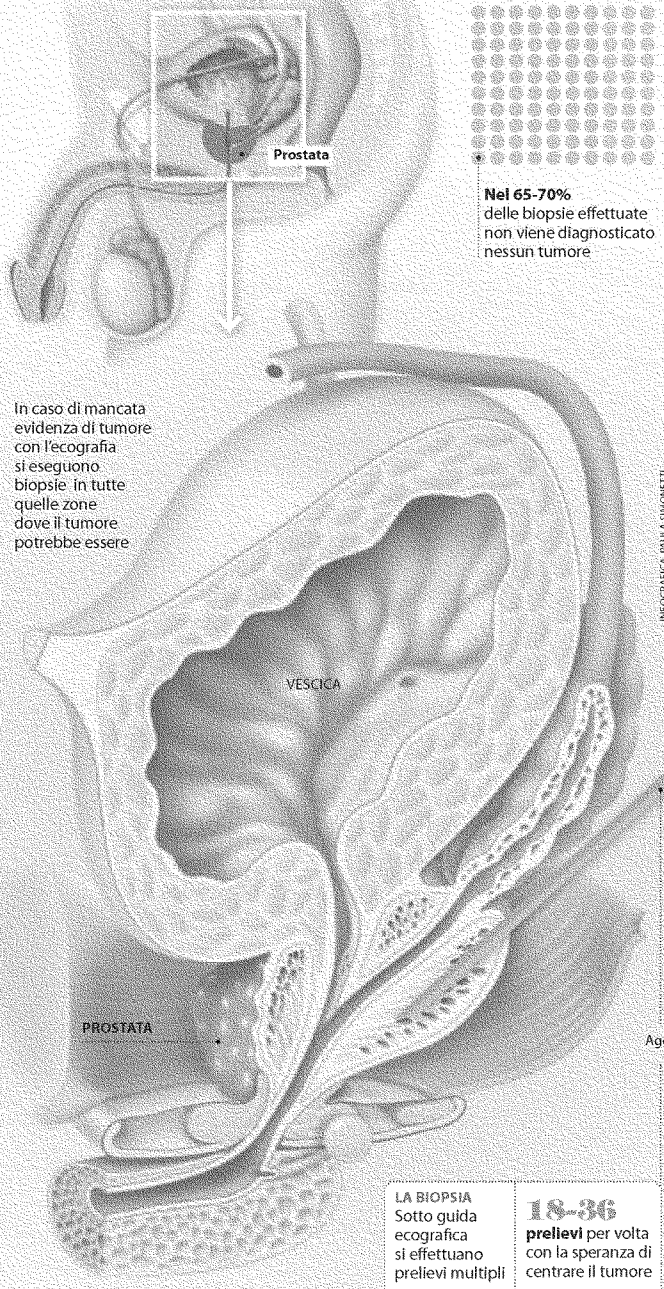
Impercettibile al tatto rettale. Sono cancerose soltanto alcune cellule.

In caso di mancata evidenza di tumore con l'ecografia si eseguono biopsie in tutte quelle zone dove il tumore potrebbe essere

LE DIAGNOSI



Nel 65-70% delle biopsie effettuate non viene diagnosticato nessun tumore



LA BIOPSIA
Sotto guida ecografica si effettuano prelievi multipli

18-36
prelievi per volta con la speranza di centrare il tumore

LE NUOVE TECNICHE DIAGNOSTICHE

Non utilizzano bobina endo-rettale

Risonanza magnetica multiparametrica

Consente di visualizzare piccole lesioni e biopsiarle in modo mirato

Sistema BiopSee

Realizza immagini HD con tecnologia real-time ecografica e risonanza magnetica nucleare

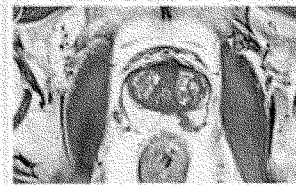


IMMAGINE HD BIOPSEE
Struttura morfologica della prostata

<p>Stadi I - II Localizzati</p> <p>Stadi III - IV Avanzati</p>	<p>VESCICA</p> <p>PICCOLA LESIONE</p>	<p>LOBO PROSTATICO</p>	<p>LINFONODI</p>
STADIO I	STADIO II	STADIO III	STADIO IV
Impercettibile al tatto rettale. Sono cancerose soltanto alcune cellule.	Palpabile al tatto rettale. Presente in uno o due lobi	Si estende al di fuori della prostata	Ha invaso linfonodi e organi vicini (metastasi)

Neuroanatomia. L'organo, così come gli altri, drena prodotti del metabolismo e fa circolare molecole e cellule immunitarie. Su *Nature*

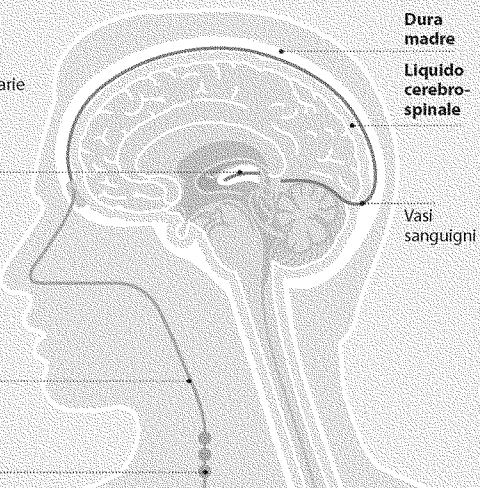
I VASI LINFATICI CONOSCIUTI FIN'ORA

Si pensava che il cervello impedisse alle cellule immunitarie di entrare in contatto con le cellule nervose

Plesso corioideo
 Sede di produzione del liquido cerebrospinale

Vaso linfatico afferente

Linfonodi cervicali profondi

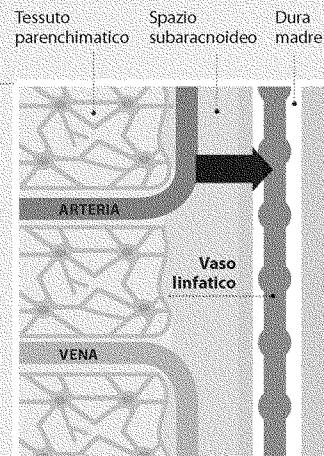
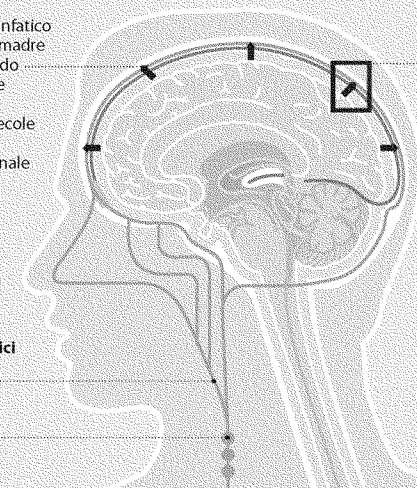


LA SCOPERTA NEUROANATOMICA

Il sistema linfatico nella dura madre drena liquido interstiziale cerebrale, macromolecole e liquido cerebrospinale

Vasi linfatici afferenti

Linfonodi cervicali profondi



FONTE: REELABORAZIONE DATI R.SALUTE / MEDICAL XPRESS

Cervello, il network dei vasi

FRANCESCO BOTTACCIOLI *

UNGRUPPO di ricercatori della Virginia ha pubblicato su *Nature* la notizia che il cervello è dotato di un network di vasi linfatici, con le stesse funzioni che svolge negli altri organi: drena i prodotti del metabolismo e fa circolare molecole e cellule immunitarie. Con questa scoperta è definitivamente liquidata la vecchia visione del cervello come un despota che comanda il resto del corpo, ma da cui si protegge impedendo alle cellule immunitarie di entrare in contatto con le cellule nervose. I vasi linfatici nel cervello funzionano da "gate" a due vie: fanno uscire dal cervello prodotti di scarto e fanno entrare cellule immunitarie dalla circolazione periferica. Che è quello che succede in tutti gli altri organi.

Ci troviamo di fronte a una classica scoperta di neuroanatomia che si pensava non fosse possibile, ritenendo che tutto fosse già stato scoperto. Invece, la ricerca di base ha la forza di stupirci ancora. I ricercatori del "Center for Brain immunology and Glia", dell'Università della Virginia, hanno rintracciato sotto la dura madre, la membrana meninge più esterna, la presenza di una rete di vasi linfatici che drena il fluido cerebrospinale che circola sotto la meninge intermedia, l'aracnoide. Secondo gli esperimenti si tratterebbe della primaria via di drenaggio dell'"acqua di lavaggio" del cervello, il liquido o fluido cerebrospinale. Questo fluido, prodotto da particolari cellule e che circola nelle meningi avvolgendo il cervello, per molto tempo si pensava essere un semplice ammortizzatore dell'organo, un cuscinetto a protezione dagli urti. In realtà, il fluido non rimane confinato nelle meningi, ma penetra nel tessuto cerebrale e va a mischiarsi con un altro fluido, chia-

mato fluido interstiziale, che porta fuori dalle cellule nervose i loro scarti metabolici. Del resto un organo di grandi dimensioni, caratterizzato da un elevatissimo metabolismo, come il cervello, deve avere un efficientissimo sistema di pulizia interna.

Fino alla scoperta dei vasi linfatici, si pensava che il drenaggio cerebrale fosse garantito da una sola via, quella che fa passare il liquido cerebrospinale dentro un sistema di piccoli vasi sanguigni che poi sversano in aree più grandi. Ma questa via è a una sola direzione: va dal cervello al sangue. La via linfatica scoperta invece va in entrambe le direzioni: da e per il cervello. E quindi garantisce il collegamento con le cellule immunitarie che circolano nella rete linfatica del corpo e che hanno nei linfonodi cervicali le stazioni di sosta e smistamento da e per il cervello.

Quarant'anni fa, con l'immunofisiologo Hugo Besedowsky, è iniziata la ricerca sulle citochine, come staffette di collegamento tra i due sistemi. Ormai sappiamo, oltre ogni ragionevole dubbio, che questi prodotti del sistema immunitario dal corpo sono in grado di segnalare praticamente in tutti i reparti del cervello, influenzando la produzione di neurotrasmettitori e di ormoni e quindi contribuendo ad alterare la neurofisiologia, i comportamenti e gli stati d'animo.

*Direzione Master
 in Psiconeuroendocrinoimmunologia
 Un. dell'Aquila

Il fluido interstiziale garantisce un efficientissimo sistema di pulizia interna

FLASH

Demenze

Anche la farmacologia può trarre vantaggio dalle scoperte sulla linfa nel cervello. Lo studio molecolare di quel "gate" a due vie potrebbe dare indicazioni preziose su come aumentare, nella demenza da Alzheimer, il drenaggio cerebrale della famigerata beta amiloide e su come, invece, bloccare l'ingresso a cellule immunitarie infiammate nella sclerosi multipla. Senza che creino i danni riscontrati nelle precedenti sperimentazioni

Rimanendo nelle demenze, si iniziano a pubblicare i primi lavori che dimostrano l'efficacia di un intervento multidimensionale. Lo studio finlandese Finger, pubblicato di recente su *Lancet*, ha documentato che un programma di intervento centrato su dieta, attività fisica, gestione delle emozioni e stimolazione cognitiva, dà buoni risultati nel miglioramento e mantenimento delle funzioni cognitive negli anziani

(f. bottaccioli)

La terapia. Per il trattamento della patologia vengono usati farmaci che a lungo andare possono dare problemi a chi ha avuto pregressi ictus o infarti. Ora, nella famiglia delle gliptine, è stata scoperta una sostanza che abbassa la glicemia e non aumenta il rischio cardiovascolare

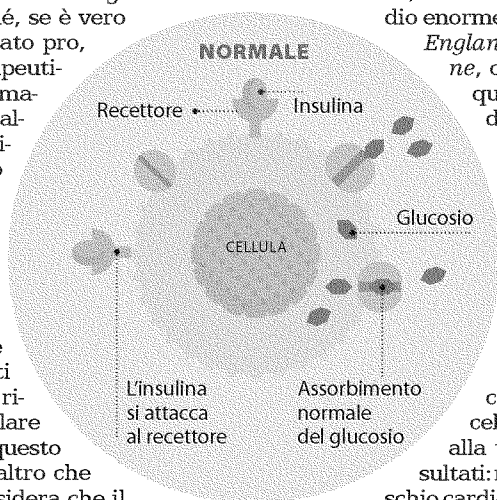
Diabete, una molecola che dà una mano al cuore

DAL NOSTRO INVIATO **ELVIRA NASELLI**

PERI non addetti ai lavori può essere poco, ma per le migliaia di diabetologi di tutto il mondo, che hanno gremito la sala plenaria della settantacinquesima edizione del congresso Ada (American Diabetes Association) a Boston, il risultato dello studio Tecos è invece di grande importanza. Perché, se è vero che non ha mostrato pro, ovvero effetti terapeutici migliori di un farmaco rispetto ad un altro, ha però ribadito che non ci sono contro, e che una molecola della famiglia delle gliptine, il sitagliptin, utilizzata per abbassare la glicemia, può essere usata in pazienti diabetici ad alto rischio cardiovascolare senza aumentare questo rischio. Cosa tutt'altro che scontata se si considera che il diabete in sé aumenta fino al doppio il rischio cardiovascolare di un paziente e che è l'ottava causa di morte al mondo. Basti pensare che il 70 per cento degli anziani diabetici muore per un evento cardiovascolare, per non parlare delle complicanze microvascolari con danni ai reni, alla retina, ai piedi. Insomma diabete e cuore è un bi-

nomio inscindibile e per questo la cura del diabete non può prescindere dalla sicurezza cardiovascolare.

Ma facciamo un passo indietro. Circa 10 anni fa uno studio americano suggerì che un farmaco utilizzato per il diabete, il rosiglitazone, potesse aumentare il rischio di infarto. La Fda americana, dal 2008, decise di imporre nuove linee guida di sicurezza cardiovascolare per tutti i farmaci anti-diabete, e Tecos è la risposta. Uno studio enorme, pubblicato su *New England Journal of Medicine*, che ha seguito quasi quindicimila pazienti di 38 paesi, tra cui l'Italia, seguiti per una media di tre anni, con un massimo di 5,7. Il campione (70% uomini) è stato diviso tra pazienti che assumevano sitagliptin (aggiunto alla normale terapia) e altri che assumevano placebo (sempre insieme alla terapia usuale). I risultati: nessun aumento di rischio cardiovascolare e di morti nel gruppo trattato con la gliptina. La domanda logica, però, è perché si dovrebbe preferire un farmaco che costa decisamente di più se non dà vantaggi aggiuntivi. E la risposta la danno i medici. «Perché è efficace nella riduzione della glicemia, non dà gli effetti collaterali di quasi tutti gli altri farmaci per il diabete. È ben tollerato e



**PER
SAPE
RNE
DIPIU'**

Lazio & Cina

Il modello Lazio piace ai cinesi. Almeno per la prescrizione dei microinfusori di insulina (1800 nella regione) per i circa 25.000 diabetici di tipo 1 (ma molti studi ne sottolineano l'efficacia anche per i diabetici di tipo 2). Lo schema laziale, messo a punto dalle sezioni regionali delle società scientifiche Sid, Amd e Siedp, prevede particolari regole prescrittive e di appropriatezza, di training per il paziente, e di controllo dell'efficacia che sono piaciute alla Cina, dove il diabete è in crescita esponenziale, soprattutto nelle grandi città che abbandonano il modello alimentare tradizionale. Il documento delle società scientifiche, approvato senza modifiche dalla regione, ha

identificato tredici referenti ospedalieri «A ognuno di questi - spiega Raffaella Buzzetti, direttore Uoc Diabetologia Asl di Latina e una delle sette - arrivano le richieste dei microinfusori dei diabetologi ospedalieri dei pazienti residenti nella Asl. Non visitiamo i pazienti e valutiamo la richiesta dal punto di vista formale, se è idonea e conforme al documento. Possiamo anche apportare modifiche alla richiesta o rifiutarla se non idonea». Ma come è arrivato l'interesse della Cina? «Abbiamo presentato un lavoro sulla nostra esperienza ad un congresso europeo - continua - e abbiamo pubblicato lo studio su *Journal of Diabetes*, associato alla società cinese di Endocrinologia e metabolismo. Ai cinesi sono piaciuti molto il nostro lavoro e la nostra esperienza e hanno deciso di utilizzarci come modello per implementare linee guida simili che dovrebbero essere applicate quanto prima. (e. nas.)

maneggevole e adesso sappiamo anche che non aumenta il rischio cardiovascolare in pazienti che questo rischio ce l'hanno elevato», sintetizza Andrea Giaccari, diabetologo al policlinico universitario Gemelli di Roma. E quindi - continua Giuseppe Ambrosio, ordinario di Cardiologia all'università di Perugia - se non ha effetti peggiorativi su pazienti con pregressi ictus o infarti, vuol dire che a maggior ragione posso utilizzare questo farmaco quando l'esordio della malattia o quando la metformina non basta più».

In più, sottolinea Stefano Del Prato, ordinario di Endocrinologia all'università di Pisa, «non ci sono attualmente farmaci che abbiano dimostrato di avere un effetto positivo o neutro sugli eventi cardiovascolari con uno studio così ampio di sicurezza. La sicurezza viene ancora prima dell'efficacia quando si trattano persone con rischio cardiovascolare così alto. Ora aspettiamo i risultati sull'analisi di Tecos, non è escluso che ci possano essere nuove informazioni. Anche il costo è un problema relativo: se evitiamo ipoglicemie risparmiamo ricoveri al pronto soccorso. Nel nostro ospedale, sui circa 500 accessi al pronto soccorso per ipoglicemia degli ultimi 5 anni, il

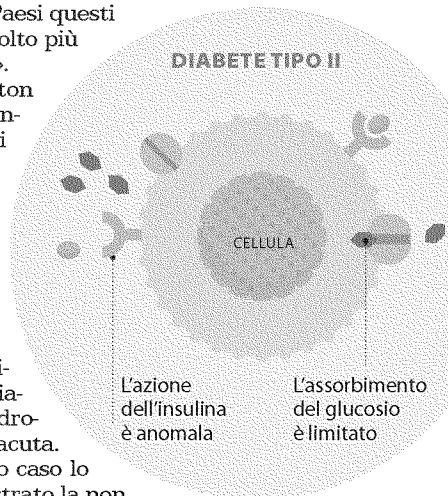
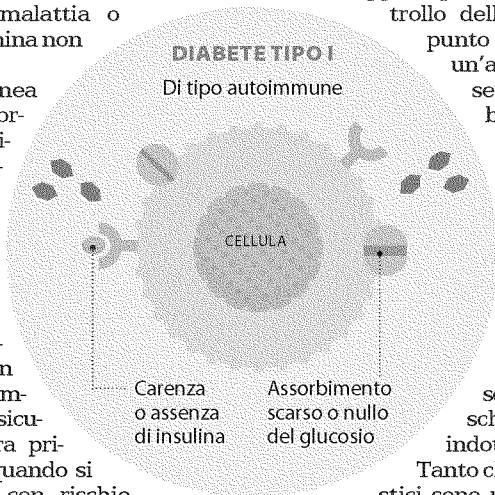
40% era di pazienti in trattamento con antidiabetici orali. Di questi il 90% usava sulfoniluree, farmaci a basso costo».

Il nuovo farmaco non può essere prescritto dal medico di base. Per cui tutti i malati che non sono in cura da specialisti sono costretti ad usare sulfoniluree che, però, hanno un alto rischio di ipoglicemie. «Il primo farmaco da utilizzare nei diabetici è la metformina - continua Giaccari - ma purtroppo dopo 3-5 anni fallisce il controllo della glicemia. A quel punto bisogna aggiungere un'altra molecola tra le sette classi di antidiabetici, in base ai pro e contro di ogni farmaco. Purtroppo in Italia i più aggiunti sono le sulfoniluree, perché sono economiche, ma hanno diversi svantaggi, in primis il rischio di ipoglicemie, ma anche aumento di peso e ci sono dubbi sul rischio cardiovascolare indotto da questi farmaci.

Tanto che nei centri specialistici sono usati poco, o niente. Ma il 50% dei diabetici non sono seguiti nei centri specialistici, usano farmaci vecchi quando potrebbero avere accesso ai nuovi». A dire la verità l'accesso alle incretine, che negli altri paesi riguarda numeri molto elevati, in Italia è regolamentato da norme prescrittive, uniche in Europa, imposte dall'Aifa che riguardano solo il no-

stro paese e limitano l'accesso. «Le gliptine possono essere prescritte a pazienti con una finestra di emoglobina glicata tra 7,5 e 8,5 - precisa Giaccari - oltre gli 8,5 si può solo in casi particolarissimi. Inoltre Aifa ha imposto un tetto di fatturato alle aziende, oltre il quale sono le stesse aziende a dover rimborsare il servizio sanitario. Il risultato è che si arriva al tetto subito e poi le aziende non hanno alcun interesse a distribuire il farmaco e a farlo utilizzare. E così negli altri Paesi questi farmaci sono molto più usati che da noi».

Sempre a Boston sono stati presentati i risultati di un altro studio, Elixia, che ha indagato sempre la sicurezza cardiovascolare dell'utilizzo di un altro farmaco, lixisenatide, in seimila pazienti con diabete 2 dopo sindrome coronarica acuta. Anche in questo caso lo studio ha dimostrato la non inferiorità di questo farmaco rispetto al placebo (in aggiunta alla terapia usuale) ma non la superiorità. Le complicanze cardiovascolari nei diabetici - ha concluso Rury Holman, direttore dei trial sul diabete dell'università di Oxford - non possono essere più a lungo ignorate».



© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PUNTO.

Quella svolta attesa con il trapianto delle "isole"

VENTISETTE anni fa un giovane Camillo Ricordi inventava una macchina che porta il suo nome, Ricordi Chamber, e che serve ad estrarre le isole pancreatiche, grappoli microscopici di cellule che producono insulina e glucagone, presenti in centinaia di migliaia nel pancreas di un donatore multiorgano. Il 1990 vede il primo successo con trapianto su un diabetico di tipo uno a Pittsburgh. A venticinque anni da allora nuovi percorsi si aprono per quella che potrebbe diventare, secondo quello che oggi è il direttore del prestigioso Dia-

betes Research Institute di Miami, una soluzione per molti malati. Oggi il trapianto di isole pancreatiche è riservato a soggetti con diabete 1 molto gravi che non riescono a riconoscere episodi di ipoglicemia anche severa. Questo perché - proprio come il trapianto di organo - anche quello di isole pancreatiche deve fare i conti con gli effetti collaterali della terapia antirigetto, che va fatta a vita.

La chiave di volta - che Ricordi ha presentato in una sessione dell'Ada a Boston - potrebbe essere rappresentata da un trial clinico sul trapianto di rene, che non utilizza terapia antirigetto. «Attraverso le staminali del midollo osseo del donatore - spiega Ricordi - si riesce a modificare il sistema immunitario del soggetto che riceve con quello del donatore. Ottenendo due risultati: il ricevente non ha più il diabete e riesce ad essere compatibile con il materiale trapiantato. In questo trial pilota non si usa immunosoppressione nel trapianto di rene fino ad oltre 5 anni dal trapianto.

Non vediamo l'ora di usarlo anche noi».

Fino ad allora a Miami continuano a lavorare per ottimizzare il trapianto di isole. «Abbiamo dimostrato che con una terapia antinfiammatoria al momento del trapianto - continua Ricordi - si modifica favorevolmente il successo del trapianto di isole fino ad arrivare a circa il 50% di isole sopravvissute a cinque anni». Oggi questo trapianto per la cura del diabete 1 è approvato e rimborsato in Gran Bretagna, Svizzera, Australia e Canada, che ha festeggiato il cinquecentesimo caso. In Italia - cita Ricordi - la Lombardia rimborsa i casi più severi. Ma restano nodi da risolvere. «Essenzialmente due - conclude - la tolleranza immunitaria che consente di evitare i farmaci antirigetto. E le fonti delle cellule che producono insulina. Quando si risolverà il primo problema potremo allargare il bacino di pazienti, ma dove prenderemo tutti i pancreas che ci serviranno?».

(e. nas.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le staminali

Potrebbero arrivare a produrre insulina. È uno dei filoni di ricerca del gruppo di Ricordi

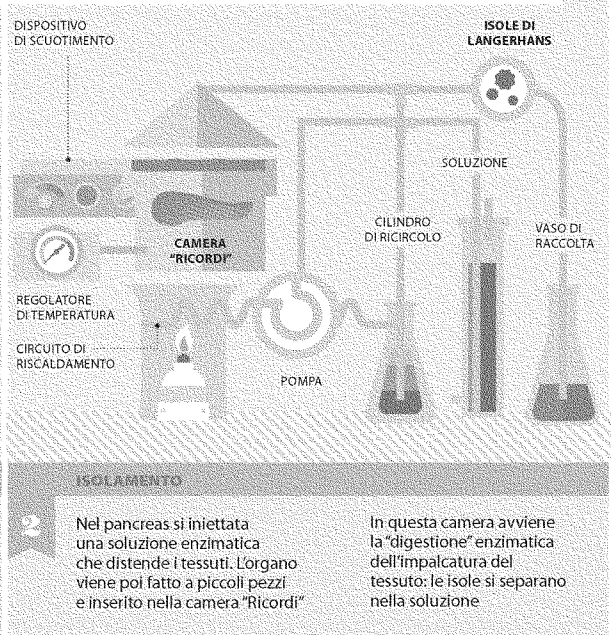
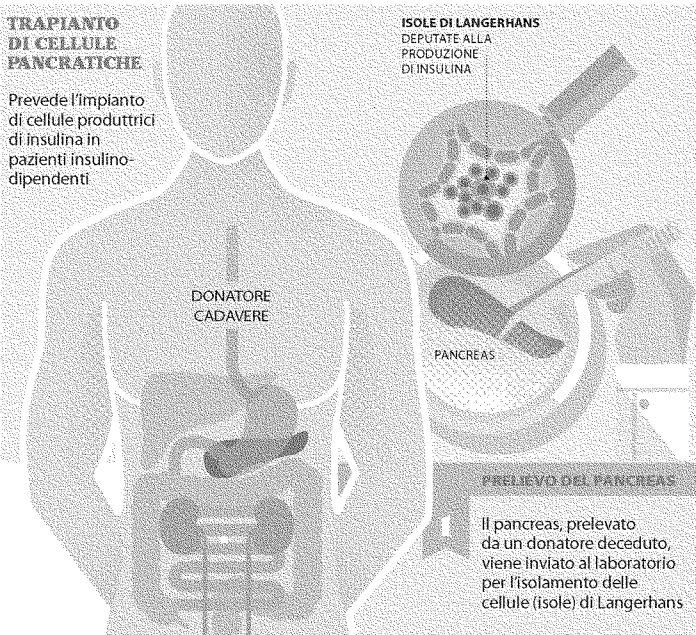


In Italia

Al San Raffaele di Milano effettuati trapianti di "isole". È l'unico centro nel nostro paese

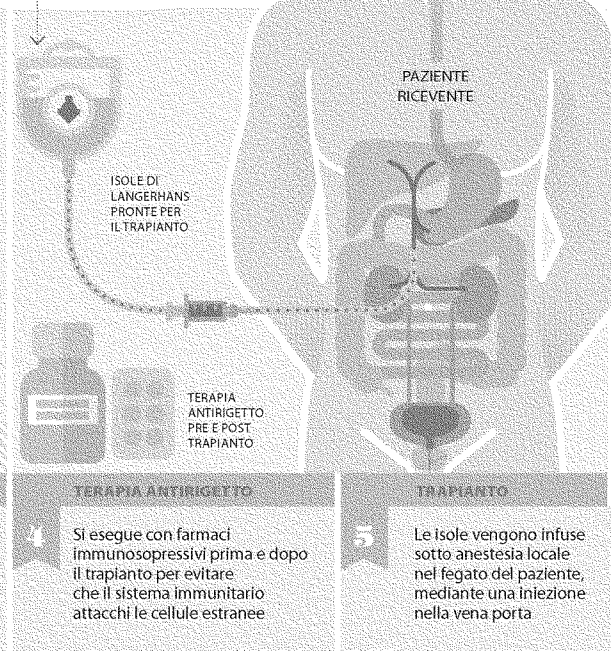
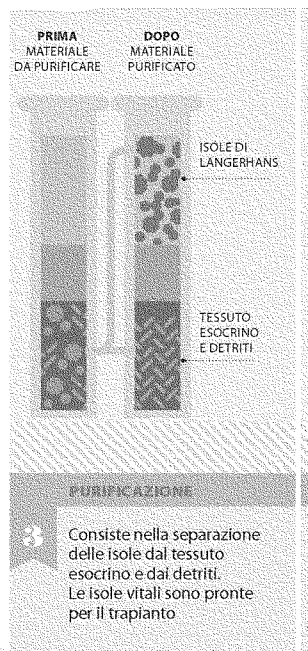
TRAPIANTO DI CELLULE PANCRATICHE

Prevede l'impianto di cellule produttrici di insulina in pazienti insulino-dipendenti



IN ESPERIMENTAZIONE

In alternativa alla terapia farmacologica antirigetto si può eseguire un trapianto di midollo per "ingannare" il sistema immunitario



I CANDIDATI AL TRAPIANTO

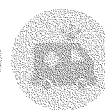
Con Diabete di tipo I da più di 5 anni. Ecco alcuni dei criteri di selezione:



INSULINO-DIPENDENTE



DI ETÀ 18-65 ANNI



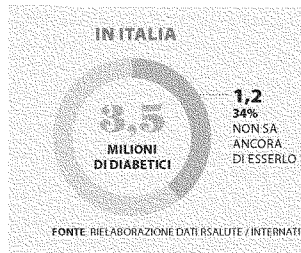
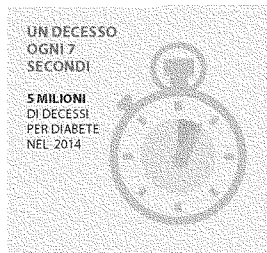
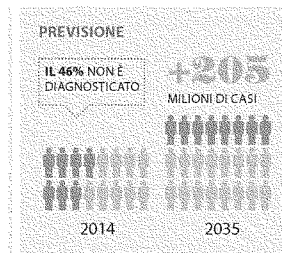
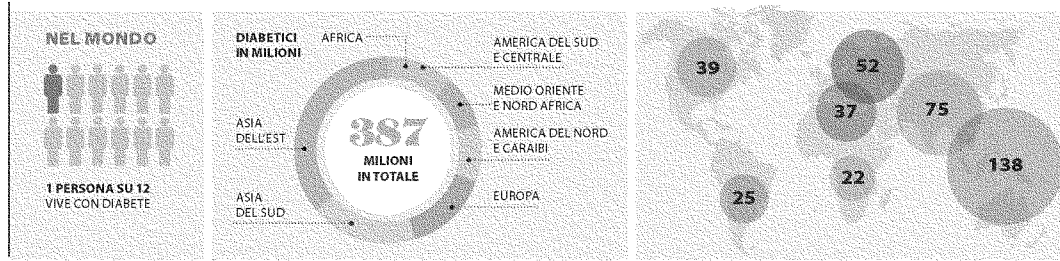
CON SCOMPENSI PERSISTENTI



CON IPO/PER GLICEMIA GRAVE



CON NEUROPATIA O RETINOPATIA



FONTE: RIELABORAZIONE DATI RSALUTE / INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2014 UPDATED / OSPEDALE SAN RAFFAELE

AL FATEBENEFRAPELLI DI ROMA UN AMBULATORIO STIMA I CASI INDIVIDUALI

Neoplasie, quando sale la soglia di rischio

Il cancro è una malattia genetica che si sviluppa per effetto di mutazioni in geni multipli che regolano la crescita cellulare, la sopravvivenza e la riparazione del Dna. La maggior parte di queste mutazioni viene acquisita durante la vita di una persona (mutazioni somatiche) e sono presenti solo nelle cellule tumorali. In circa il 20% dei pazienti affetti da tumore è tuttavia riconoscibile una familiarità: possiamo distinguere sindromi neoplastiche ereditarie e tumori familiari. Le sindromi neoplastiche ereditarie rappresentano meno del 5% delle neoplasie, sono determinate dalla trasmissione verticale di mutazioni presenti nelle cellule germinali della madre o del padre; i portatori di queste mutazioni hanno una maggiore probabilità di acquisire una seconda mutazione somatica e un'elevata predisposizione al cancro.

Le sindromi neoplastiche ereditarie si caratterizzano per una trasmissione autosomica dominante, per la presenza di diverse neoplasie nello stesso individuo e nei parenti di primo e secondo grado, per l'età precoce all'esordio. I tumori familiari rappresentano circa il 15% delle neoplasie, condividono alcune caratteristiche con i tumori ereditari, manca tuttavia la trasmissione verticale e l'aumentata incidenza di altri tumori nello stesso individuo; insorgono più tardivamente e sono spesso legati a fattori di rischio non ereditari. Sono conseguenti al raggruppamento casuale di casi sporadici all'interno della stessa famiglia, a mutazione nei geni a penetranza inferiore, all'esposizione agli stessi rischi ambientali, alla combinazione di questi fattori.

Tra le sindromi neoplastiche ereditarie le più rilevanti per frequenza assoluta sono quelle correlate a mutazioni dei geni Brca e dei geni mismatch-repair (Mmr). I geni Brca1 e Brca2 codificano per proteine deputate alla riparazione del Dna in grado di prevenire la trasformazione neoplastica delle cellule. I portatori di mutazioni a carico di questi geni presentano un'elevata incidenza di cancro mammario e/o ovarico, diagnosi in età più giovane, tumori multipli nello stesso individuo (cancro mammario bilaterale, cancro mammario e ovarico) o tumori inconsueti (cancro mammario maschile). Il rischio di sviluppare nel corso della vita una neoplasia mammaria o una neoplasia ovarica è rispettivamente nell'ordine del 60% e del 59% in caso di mutazione in Brca1, e

del 55% e del 18% in caso di mutazioni in Brca2. Le mutazioni di Brca1 sono inoltre associate ai tumori della prostata e del colon, mentre quelle di Brca2 aumentano il rischio di sviluppare melanomi, tumori della prostata, dello stomaco, del pancreas e della colecisti. Le mutazioni dei geni del sistema mismatch-repair (Mmr) sono associate alla sindrome di Lynch, responsabile di circa il 3% di tutti i tumori del colon retto. Il tumore del colon è la manifestazione principale della sindrome di Lynch I, mentre nella sindrome di tipo II possono essere presenti anche altre neoplasie a livello dell'endometrio, e, più raramente, dell'ovaio, dello stomaco, del tratto urinario, del piccolo intestino e del pancreas. In presenza di mutazioni del Mmr il rischio di sviluppare una neoplasia del colon retto varia dal 30 al 70%. I tumori non sono preceduti da polipi, crescono più rapidamente e insorgono intorno ai 45 anni di età. Il rischio di sviluppare un tumore dell'endometrio è nell'ordine del 30-60%.

L'Ospedale Fatebenefratelli all'Isola Tiberina di Roma mette a disposizione dei familiari di pazienti con malattia oncologica e non solo, un nuovo servizio ambulatoriale finalizzato a determinare il rischio individuale di sviluppare malattia tumorale. Un'accurata anamnesi familiare, la valutazione di alcune caratteristiche fisiche talora associate a sindromi ereditarie (iperpigmentazione cutanea, tumori mucocutanei, macrocefalia) e il riconoscimento di fattori di rischio indipendenti da aspetti genetici possono consentire l'individuazione dei soggetti da sottoporre a eventuali test per il riscontro di mutazioni associate allo sviluppo di neoplasie. In presenza delle stesse si deciderà insieme al paziente se procedere all'intensificazione dello screening periodico o a interventi di chirurgia preventiva. In assenza di fattori di rischio o nel caso in cui venissero escluse mutazioni geneticamente trasmesse si potrà procedere con il programma di screening classico, evitando controlli superflui con una sostanziale riduzione e una migliore allocazione della spesa pubblica.

Domenico Corsi

direttore Uoc Oncologia Ospedale Fatebenefratelli Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA