



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Epatite C. Lorenzin: "Nuovi farmaci per tutti, nessuna selezione dei pazienti". Presto un Piano nazionale per eradicare la malattia

A dirlo oggi la ministra in occasione della visita agli stabilimenti dell'azienda biofarmaceutica AbbVie in provincia di Latina. "Non posso accettare che i farmaci proprio perché costosi siano dati seguendo criteri selettivi come succede in altri paesi". Anche per questo trattative serrate sui prezzi con le aziende. Ribadita necessità di riformare Aifa.



06 MAG - Innovazione, sostenibilità e territorio. Sotto questo slogan che sembra un programma di governo l'azienda biofarmaceutica Abbvie, sita a Campoverde (Lt), ha organizzato un incontro con la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** per celebrare l'operativo di Abbvie nel campo della produzione e dell'innovazione farmaceutica. Presenti all'incontro, oltre alla ministra, anche l'Amministratore delegato di AbbVie, **Fabrizio Greco**, e il responsabile dello stabilimento, **Francesco Tatangelo**.

Una Lorenzin a tutto tondo che ha parlato di Patto per la Salute dicendo che dopo "le elezioni europee ci sarà la stretta finale" mentre "adesso stanno lavorando le direzioni generali e le regioni"; di epatite C per annunciare che il ministero "sta per lanciare un piano nazionale per l'eradicazione" della malattia; della necessità "di una riforma dell'Aifa"; di una pianificazione nuova del Ssn; e di Stamina affermando che il "Cnr farà da segreteria scientifica e coordinamento per il nuovo Comitato Stamina".

Piano nazionale per eradicare Epatite C

Nello stabilimento AbbVie, visitato dalla responsabile della Salute, si produce uno dei tre farmaci, gli altri due sono prodotti in Irlanda, che fanno parte delle nuove terapie dell'epatite C ma ancora in corso di registrazione. Essendo i nuovi farmaci per la cura dell'epatite C molto costosi, Lorenzin ha annunciato che il ministero della Salute sta "per lanciare un piano nazionale per l'eradicazione dell'epatite C basato sui farmaci innovativi che permettono la completa guarigione dei pazienti".

“Dobbiamo far comprendere ai cittadini che stanno arrivando farmaci che salvano vita delle persone con grande impatto anche umano - ha spiegato Lorenzin - che però sono decisamente costosi”. Io, ha aggiunto la ministra “non posso accettare che i farmaci proprio perché costosi siano dati seguendo criteri selettivi come succede in altri paesi. Noi abbiamo una cultura che non dobbiamo perdere, che pone al centro l'uomo, e non posso accettare il fatto che i farmaci vengano dati con politiche selettive, solo ad alcuni malati. Il criterio di sussidiarietà resta fondamentale”. Per questo Lorenzin tratterà “sul prezzo con le aziende”.

A questo ragionamento Lorenzin ha legato la necessità di una riforma dell'Aifa che “così com'è strutturata non riesce a dare l'autorizzazione per l'immissione in commercio di un farmaco in tempi brevi”.

Patto per la Salute concluso dopo le elezioni

Il Patto per la Salute “sarà chiuso dopo le elezioni”. “In questo momento – ha spiegato Lorenzin a margine dell'incontro – i direttori generali del ministero stanno lavorando insieme alla Conferenza Stato Regioni e dopo la campagna elettorale ci riuniremo per chiudere”. La ministra ha detto che di aver voluto tenere il Patto fuori delle elezioni, per non farsene una “medaglia da attaccare al petto, altrimenti i lavori sarebbero già conclusi, perché saranno necessarie delle scelte che non possono essere popolari da subito”.

Questo Patto non sarà una dichiarazione di intenti all'interno ci sarà “riprogrammazione sanitaria, nuovi modelli, nuove best practice, l'accesso ai dati e un sistema di gestione reale che entra dentro le singole aziende. Ho voluto che ci fossero degli impegni più stringenti per le Regioni legati anche a delle clausole di salvaguardia”. In particolare Lorenzin si è lamentata del fatto che non c'è “una rete digitalizzata in cui mettere tutti i dati delle Regioni, delle farmacie, dei medici di medicina generale. Questo permetterebbe la tracciabilità della spesa sanitaria, che ci potrebbe dare sette miliardi di euro di risparmi”.

Ruolo del ministero, necessaria pianificazione

“Dal 2001 il ministero della Salute è stato distrutto ed è stato sbagliato pensare che la politica sanitaria possa essere fatta dalle Regioni. Quando il ministero è stato reinsediato è stata tolta la gestione economica affidata alla Ragioneria dello Stato che fa i conti e non pianifica. Quello che serve è una pianificazione ed è necessario intervenire ora mettendo nuovi tasselli e ridisegnando dalla Costituzione la sostenibilità del nostro sistema”.

Rendere l'Europa più competitiva

In previsione del prossimo semestre europeo a guida italiana, Lorenzin ha detto a chiare lettere che l'Europa deve diventare più attrattiva sotto il profilo degli investimenti. L'obiettivo “è rendere la Ue competitiva rispetto a resto del mondo. Servono garanzie per favorire investimenti e mantenere sui nostri territori multinazionali e anche medie e piccole aziende. Oggi l'Europa è vista dai grandi investitori come un market a cui vendere i prodotti ma per me deve diventare anche un fattore di produzione con un alto livello di qualità. Per questo – ha detto ancora Lorenzin facendo riferimento anche al sistema Italia – c'è la necessità di rendere i sistemi regolatori più efficienti, con poche regole, anche più stringenti, ma assolutamente certe”.

Cnr sarà segreteria scientifica del comitato Stamina

“Il Consiglio nazionale delle ricerche – ha concluso Lorenzin – farà da segreteria scientifica e coordinamento per il nuovo Comitato Stamina. Il Cnr ha già accettato la proposta e ora si attende

che fornisca i nomi degli esperti”. La ministra ha ricordato “che i ritardi per l’avvio dei lavori del nuovo Comitato sono legati soprattutto alle difficoltà dei paletti posti dalla sentenza del Tar che aveva bocciato il primo gruppo di esperti incaricati di valutare la sperimentazione del metodo Stamina”.

“AbbVie – ha spiegato l’amministratore delegato **Fabrizio Greco** – è una società basata sulla ricerca biofarmaceutica. L’Azienda conta circa 25.000 dipendenti in tutto il mondo, è presente con 7 centri di ricerca e 12 stabilimenti di produzione e distribuisce i suoi farmaci in 170 Paesi. In Italia è presente dal 1949. Nella sede di Campoverde di Aprilia lavorano oltre 1.200 dipendenti, circa 40 milioni di euro di investimenti negli ultimi 5 anni e prodotti esportati in più di 60 Paesi. Lo stabilimento di Campoverde è l’unico sito produttivo di AbbVie in Italia e comprende un impianto dedicato alla produzione di specialità farmaceutiche e due impianti per la sintesi chimica di principi attivi. Le attività di produzione sono caratterizzate da elevatissimi standard di qualità e il raggiungimento dell’eccellenza operativa è parte integrante della strategia aziendale orientata a coniugare l’approccio innovativo con le competenze tecniche consolidate”.

“AbbVie – ha detto ancora l’Ad Greco – si focalizza sullo sviluppo di farmaci in grado di fornire un beneficio per il paziente e apportare un valore aggiunto, rispondendo alle esigenze di cura in numerose aree terapeutiche: Immunologia, Virologia, Anestesia, Neonatologia, Nefrologia, Neurologia. La R&S di AbbVie è impegnata su aree terapeutiche aventi bisogni medici non ancora soddisfatti: Epatite C, Immunologia, Neuroscienze (Sclerosi Multipla, Parkinson, Schizofrenia e Alzheimer), Oncologia”. Per questo nel 2013 AbbVie ha investito 2,5 miliardi di dollari in Ricerca & Sviluppo. “Tra i diversi ambiti di ricerca, occupa un ruolo centrale la ricerca per l’Epatite C”.

Di sostenibilità ambientale e sviluppo del territorio ha parlato invece il responsabile dello stabilimento AbbVie di Campoverde, **Francesco Tatangelo**. “Il sito è una realtà profondamente radicata nel territorio e la presenza dello stabilimento costituisce un importante contributo all’occupazione nell’area. Per questo negli ultimi 5 anni l’investimento è stato di circa 40 milioni di euro”. Investimento destinato anche alla “continua ricerca di soluzioni per ridurre la sua impronta ambientale”, tema a cui l’azienda è particolarmente attenta. “Infatti, nonostante ci sia da registrare un incremento dei volumi di produzione, dal 2005 ad oggi invece è diminuito del 46% il consumo dell’acqua di falda e la percentuale di rifiuti inviati a recupero è aumentata negli anni fino a raggiungere il 95% del totale. Il 100% dei solventi, utilizzati in grandi quantità nell’impianto chimico, è inoltre sottoposto ad attività di recupero. Infine, grazie all’aumento dell’efficienza e all’uso di fonti rinnovabili, i consumi energetici si sono ridotti del 20% negli ultimi 3 anni”.

Lo scenario Nuovi microorganismi molto più controllabili da parte di chi li produrrà

In futuro carburanti e farmaci bio grazie al nuovo Dna semisintetico

L'esperto: «Paure infondate, i batteri Ogm saranno più sicuri»

L'annuncio da parte della rivista Nature della realizzazione di un batterio con Dna semisintetico può aprire scenari di progresso scientifico totalmente inediti, ma ha anche causato parecchi timori.

«Invece dovrebbe tranquillizzare, soprattutto chi ha paura delle biotecnologie» precisa Diego di Bernardo, direttore del laboratorio di Sistemi biologici e genomica funzionale dell'Istituto Tigem di Napoli, «perché l'utilizzo di basi artificiali per il Dna ci prospetta un controllo più facile dei batteri, e più in generale, delle cellule, geneticamente modificate».

Per quale motivo? «Perché i nucleotidi, i gruppi chimici necessari per le parti artificiali del Dna, dovremmo fornirli noi al batterio, dall'esterno, e

quindi se smettessimo di dargliene lui smetterebbe di replicare la parte di Dna artificiale e le eventuali proteine che questo avrebbe reso possibile produrre».

Ma allora non è vero che il nuovo batterio può replicare il nuovo Dna. «Certo che è vero, però le sostanze che gli servono per il suo Dna nativo se le procura con la sua "normale alimentazione", mentre quelle per le "basi artificiali" non le trova in natura».

Insomma potremmo avere delle specie di batteri "Ogm" più sicuri? «Esatto, perlomeno, così si può pensare ora».

E quali sarebbero i vantaggi di questi nuovi batteri in prospettiva? «Il principale è che potrebbero permettere la fabbricazione di nuove proteine "artificiali", ma anche, e

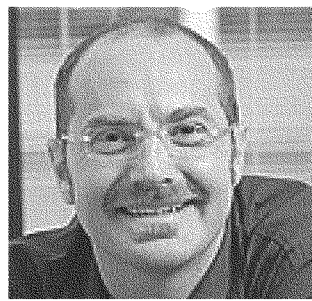
«Nutrimento»

Senza rifornimento di elementi dall'esterno il Dna artificiale smetterà di replicarsi

«Rendimento»

La sintesi di nuove proteine sarà possibile senza penalizzare il tasso di riproduzione

Chi è



Scienziato

Diego di Bernardo (nella foto), 41 anni, è il direttore del laboratorio di «Sistemi biologici e genomica funzionale» dell'Istituto Telethon-Tigem, di Napoli

soprattutto, garantire cose già possibili in teoria oggi, ma non realizzabili su larga scala per problemi tecnici o costi».

Che cosa c'entrano i costi? «Oggi se induciamo un batterio a produrre una sostanza utile per noi, per esempio un biocarburante, dobbiamo alterare gli equilibri biologici del batterio, interferendo con il suo metabolismo e rallentando il suo ciclo riproduttivo, e ciò comporta quindi un basso rendimento nella fabbricazione della proteina che ci interessa. Se invece potessimo aggiungere basi nuove al Dna non dovremmo "sottrarre" funzioni al Dna nativo, che potrebbe quindi continuare a svolgere tutti i suoi compiti come prima, e quindi otterremmo una maggiore produ-

zione della sostanza che ci interessa, mantenendo anche una maggior tasso di replicazione del nostro batterio».

Quali sono i campi di applicazione pratica che si prospettano? «Di sicuro quello di batteri-fabbrica utili per biocarburanti e per programmi di depurazione ambientale. In secondo luogo i farmaci biologici: ne potremmo avere di più e a minor costo rispetto ad oggi. Poi, anche l'uso di batteri, per esempio, contro i tumori».

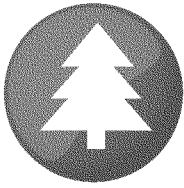
Sembra difficile da immaginare. «Se potessimo modificare, per esempio, un microorganismo, insegnandogli a riconoscere una determinata proteina espressa solo dalle cellule di un certo tumore, potremmo poi iniettarlo nell'organismo e aspettarci che distrugga solo le cellule tumorali e non quelle sane».

Sembra fantascienza. «Sono prospettive per ora teoriche e non si sa in quanto tempo realizzabili, però la pubblicazione di ieri su Nature, almeno in linea di principio è davvero rivoluzionaria e apre una nuova fase».

Luigi Ripamonti

RIPRODUZIONE RISERVATA

Le applicazioni pratiche



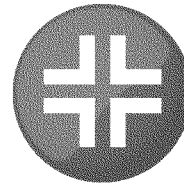
Disinquinamento

La produzione di nuovi batteri mangiasmog sarà più facile grazie al nuovo Dna semisintetico: gli organismi geneticamente modificati sarebbero in grado di ripulire sia l'aria sia l'acqua.



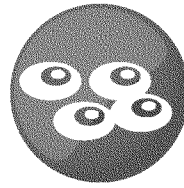
Biocarburanti

La nuova generazione di batteri potrebbe contribuire in futuro anche alla creazione di combustibili biologici: l'impiego di questi organismi potrebbe, tra l'altro, abbattere i costi di produzione



Medicine

Le medicine biotecnologiche, oggi ancora molto costose, potrebbero essere ottenuti con maggiore facilità e diventare, quindi, disponibili per un maggior numero di patologie e di malati



Terapie biologiche

Alcuni microorganismi potrebbero essere programmati per riconoscere proteine specifiche presenti solo nelle cellule tumorali e diventare «killer» precisissimi, innocui per i tessuti sani

scienze

TECNOLOGIA
PSICOLOGIA
NATURA
MEDICINA

di **Simona Regina**

Il più famoso è Argante, il malato immaginario tratteggiato dalla penna di Molière. Ma, anche nella realtà, non sono poche le persone ossessionate dalle malattie che sono convinte di avere: corrono così da un medico all'altro e vivono in un perenne stato di ansia e agitazione. L'ipocondria, infatti, è il lato oscuro della nostra epoca salutista. Nonostante il costante miglioramento delle condizioni di salute e il fatto che si goda tutti, in generale, di una maggiore aspettativa di vita rispetto a un tempo, la gente si sente meno sana: circa un terzo della popolazione soffre di disturbi fisici per i quali non è riscontrabile alcuna causa organica. E sempre più persone si sentono sane solo sottoponendosi a regole di vita ferree o vedendosi escludere con certezza una malattia grave grazie a esami effettuati con i mezzi più avanzati. Lo sostengono Hans Morschitzky, psicologo e psicoterapeuta, e il giornalista scientifico Thomas Hartl nel libro *Guarire la malattia che non c'è* (Urra edizioni). «I pazienti affetti da paura delle malattie si rivolgono in media al medico una volta ogni dieci giorni. E con il loro incessante ricorrere a esami ambulatoriali e clinici spesso gravano sul sistema sanitario più di molti malati effettivi» afferma Morschitzky, che è specializzato in paure e disturbi d'ansia.

In ogni caso, non si può parlare di malati immaginari, perché gli ipocondriaci «si ammalano, nel vero senso della parola, di preoccupazioni sul proprio stato di salute. Se il cuore palpita e la pressione sanguigna sale temono un infarto cardiaco. I dolori addominali potrebbero indicare un cancro allo stomaco. Spossatezza e lieve malessere generale una leucemia». E se da una parte sperano che i controlli risultino negativi, dall'altra non riescono a credere alle rassicurazioni del medico, per cui si sottopongono ad altri accertamenti, in una sorta di «doctor-shopping, per dimostrare di non essere poi così sani». In questo modo compromettono però la



UN TERZO DELLA POPOLAZIONE SOFFRE DI DISTURBI NON RICONDUCIBILI A CAUSE ORGANICHE. È L'IPOCONDRIA. DA CUI SI PUÒ GUARIRE

QUANDO CI SI AMMALA PER LA TROPPIA PAURA DI AMMALARSI

qualità della propria vita: le relazioni familiari e sociali e l'efficienza sul lavoro.

«Nell'85 per cento dei casi, gli ipocondriaci soffrono anche di un disturbo d'ansia e per circa il 50 per cento di una forma di depressione» precisa lo psicoterapeuta. Le cause?

«Spesso gli ipocondriaci hanno alle spalle esperienze che hanno contribuito a sviluppare la paura delle malattie. Molti, per esempio, hanno vissuto traumi infantili, in particolare violenza fisica, ma

anche legami insicuri: la morte di un genitore, il divorzio, la separazione dalla famiglia o genitori anaffettivi. Oppure sono state le malattie della prima infanzia, e gli atteggiamenti iperprotettivi dei genitori, a favorire la tendenza a fissarsi sulle malattie». Con adeguati programmi di psicoterapia è possibile educare l'ipocondriaco ad assopire la paura e a convogliare le energie in altro.

Poi ci sono i patofobici che, per timore di scoprire d'essere malati, non vanno dal medico. «Il nostro sistema sanitario soffre pertanto di un paradosso» conclude Morschitzky «per paura delle malattie alcuni si recano dal medico troppo spesso, altri troppo tardi».



La copertina di *Guarire la malattia che non c'è* di Hans Morschitzky e Thomas Hartl (Urra, pp. 224, euro 14); uscirà il 28 maggio

Osservatorio ICT in Sanità. Crollano spesa e investimenti. Nelle strutture sanitarie -11%. Ma è boom per smartphone e tablet tra i Mmg

Presentati i risultati della ricerca del Politecnico di Milano. Dati allarmanti con un calo complessivo della spesa per la digitalizzazione in sanità del 5%. Ma il futuro è qui e lo dimostra la crescita dell'uso di supporti digitali tra i medici di famiglia. Anche se la parte del leone continua a farla la Cartella clinica digitalizzata.



“L’innovazione digitale della Sanità italiana oggi è una soluzione obbligata, l’unica in grado di modernizzare il sistema e permettergli di reggere l’impatto della crescita della domanda, fermando il decadimento in atto di qualità ed efficienza. Ma la spesa complessiva per la digitalizzazione della Sanità italiana nel 2013 si è ridotta del 5%, dopo il calo già registrato lo scorso anno, raggiungendo quota 1,17 miliardi di euro, appena l’1,1% della spesa sanitaria pubblica, pari a 19,72 euro per

abitante. Una contrazione che riguarda in particolare le strutture sanitarie, dove la spesa tecnologica è crollata dell’11% in un anno”.

A lanciare l’allarme è l’Osservatorio ICT in sanità, che oggi a Milano ha presentato i risultati della ricerca 2014 dell’Osservatorio ICT in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano (www.osservatori.net). La ricerca è basata su un’analisi empirica che, attraverso survey e studi di caso, ha coinvolto circa 300 attori tra CIO, Direttori Generali, Direttori Amministrativi, Direttori Sanitari, Direttori Sociali, Medici Specialisti, Referenti Regionali e, grazie alla collaborazione con Doxapharma e la FIMMG, 703 medici di medicina generale e 1001 cittadini rappresentativi della popolazione italiana.

“In un Sistema Sanitario tra i meno costosi d’Europa (3.012 dollari di spesa sanitaria pro capite, oltre un terzo inferiore alla media dell’area Euro), nel Paese più vecchio del continente, dove la qualità delle prestazioni sanitarie erogate è sensibilmente inferiore rispetto alla media europea, la spesa tecnologica in sanità continua a essere tagliata e gestita in ottica frammentata e locale per una pura automazione dell’esistente”, denuncia l’Osservatorio.

“Investendo in ICT il minimo indispensabile, solo per automatizzare l’esistente, si sta accompagnando il declino del sistema – afferma **Mariano Corso**, Responsabile Scientifico dell’Osservatorio ICT in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano -. L’investimento in nuove tecnologie invece andrebbe concepito nel quadro del passaggio a un nuovo modello integrato e intelligente, uno ‘Smart care System’, in grado di prendersi carico dei

pazienti nelle fasi acute e a livello ospedaliero così come nell'assistenza domiciliare e sociale, con una governance condivisa dell'innovazione in cui l'ICT abiliti la collaborazione tra i diversi attori”.

“Alla Sanità italiana oggi serve un percorso di innovazione digitale, che però non può essere ricondotto alla sola tecnologia – prosegue Corso - È necessaria una riforma del modello di cura e assistenza, in cui le tecnologie digitali mettano in rete il sistema, spostando i servizi dalle strutture residenziali verso il territorio e la gestione domiciliare, superando quella separazione tra prestazioni sanitarie e servizi socio-assistenziali, che è oggi causa di disottimizzazione e di atteggiamenti da 'scarica barile' a danno della finanza pubblica e, soprattutto, dei cittadini più deboli. Per rilevanza sociale e peso sui conti pubblici questa revisione dovrebbe essere una priorità del Governo, il vero cuore dell'Agenda digitale italiana. Ma così non è: la spesa ICT risulta ancora bassa e frammentata tra Regioni, Aziende Sanitarie e Comuni, nel Governo non c'è una regia unica per le politiche sanitarie e sociali, l'Agenzia per l'Italia Digitale non ha identificato la Sanità Elettronica come priorità e la roadmap per l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, che rappresenta il cuore dell'azione del Governo sull'eHealth, appare di difficile realizzazione”.

La spesa ICT in Sanità

La spesa complessiva per la digitalizzazione della Sanità italiana nel 2013, sottolinea il Rapporto, “rispetto ai livelli già preoccupanti del 2012, ha subito un'ulteriore contrazione del 5% raggiungendo quota 1,17 miliardi di euro, appena l'1,1% della spesa sanitaria pubblica, pari a 19,72 euro per abitante. Una riduzione che interessa in particolare le strutture sanitarie”. Nel dettaglio, la spesa ICT è così ripartita tra i diversi attori del Sistema Sanitario Nazionale:

- 800 milioni di euro sono spesi dalle strutture sanitarie, con una riduzione dell'11% rispetto alla spesa 2012 (895 milioni di euro), che era già in calo rispetto a quella del periodo precedente (oltre 900 milioni di euro)
- 295 milioni di euro sono spesi direttamente dalle Regioni, con un aumento del 5,4% rispetto alla spesa del 2012 (pari a 280 milioni di euro);
- 60 milioni di euro sono spesi dagli oltre 47.000 Medici di Medicina Generale (pari a 1.276 euro per medico), con un aumento del 11% rispetto al 2012, quando la spesa era di 54 milioni di euro (pari a 1.146 euro per medico);
- 19 milioni di euro è la spesa ICT del Ministero della Salute.

“A discapito dell'interesse più volte manifestato per una rapida modernizzazione del settore Salute attraverso investimenti in innovazione digitale, i propositi non sono stati rispettati – rileva Mariano Corso -. Anzi, oggi si assiste a un'ulteriore contrazione della spesa ICT complessiva, che riguarda soprattutto le strutture sanitarie. E la situazione non è destinata a migliorare nel prossimo futuro, in quanto oltre la metà delle aziende coinvolte nella ricerca prevede un taglio generalizzato sia di spese sia di investimenti, a seguito della Spending Review”.

Gli ambiti di innovazione

La Cartella Clinica Elettronica, con una spesa complessiva di circa 58 milioni di euro, rappresenta il principale ambito su cui le Aziende sanitarie hanno allocato risorse economiche, con una crescita prevista per il 2014 superiore all'8%. Oltre il 70% delle Aziende ha investito sulla CCE, a dimostrazione di come tale ambito rappresenti ancora il punto di attenzione per gran parte degli attori del Sistema Sanitario. Il livello di utilizzo delle funzionalità però è ancora parziale, così come la loro diffusione a livello di intera struttura.

Il secondo ambito più rilevante per entità di spesa riguarda i Sistemi di front-end, su cui nel 2013 l'81% delle aziende ha effettuato una spesa per un valore complessivo di circa 38 milioni di euro,

confermato anche per il 2014. Il terzo è rappresentato dalle soluzioni ICT per la gestione amministrativa e delle risorse umane, per cui l'82% delle strutture sanitarie ha speso complessivamente circa 38 milioni di euro, con una riduzione prevista per il 2014 pari al 4%. Seguono gli investimenti in Business Continuity e Disaster Recovery (36 milioni di euro), in soluzioni per la gestione informatizzata dei farmaci (30 milioni di euro) e per l'interscambio di documenti e informazioni con sistemi regionali o nazionali del FSE (21 milioni di euro).

Tra gli ambiti al momento più marginali per entità di spesa, si trovano le soluzioni di Mobile Health (il 51% delle aziende ha speso nel 2013 circa 7 milioni di euro) e le soluzioni per l'assistenza domiciliare e la medicina sul territorio (il 36% delle aziende ha dedicato 10 milioni di euro), mentre nelle soluzioni ICT per l'assistenza sociale e in quelle di Cartella sociale elettronica l'85% delle Aziende socio-sanitarie ha dedicato un budget complessivo di circa 7 milioni di euro nei due ambiti.

“I dati confermano come, anche per quanto riguarda l'ICT, la propensione dei decisori sia orientata maggiormente verso lo sviluppo di soluzioni destinate all'assistenza ospedaliera, mentre alle componenti territoriale e sociale sono dedicate solo poche risorse – commenta Mariano Corso – Questa visione, incapace di guardare in modo aggregato ai bisogni dei pazienti, rende ancora più difficile la realizzazione del necessario cambiamento del sistema complessivo”.

Le opportunità degli Shared Services regionali

“Nell'ipotesi di una totale adesione da parte delle strutture sanitarie italiane agli Shared Services, ovvero i servizi sanitari erogati centralmente dalle Regioni (o da centri servizi consortili o centralizzati) e forniti alle diverse strutture sanitarie in modo condiviso, si potrebbero risparmiare complessivamente oltre 150 milioni di euro a livello nazionale”. È la stima dell'indagine dell'Osservatorio ICT in Sanità che rivela come questa modalità di erogazione, al momento poco sviluppata, potrebbe garantire importanti risparmi di costo per effetto delle economie di scala, grazie a miglioramenti sull'efficienza delle infrastrutture e dei processi, e benefici organizzativi, grazie alla razionalizzazione e riallocazione delle risorse verso attività condivise nei vari centri di servizio ed aree a maggior valore aggiunto.

Tra i servizi più diffusi già erogati in modalità condivisa, ci sono le iniziative per l'erogazione di servizi al cittadino e al territorio come CUP e piattaforme di Tele-assistenza (31%), seguite dai servizi di connettività per e tra gli Enti (22%). I CIO si attendono però di disporre di una maggiore offerta regionale, soprattutto in ambiti come la gestione documentale e la conservazione sostitutiva, lo sviluppo di Data Center, la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi e i sistemi a supporto della gestione amministrativa e delle Risorse Umane. La forte attenzione dei CIO sul tema “Shared Services”

può essere motivata dal fatto che alcune Regioni (come ad esempio: Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Friuli Venezia Giulia) si stanno già muovendo a ragionare in un'ottica di servizi condivisi e che i benefici potenzialmente raggiungibili sono estremamente interessanti.

Il mobile per la Medicina Generale

“Insieme a farmaci e ricette, i medici di Medicina generale oggi mettono in valigetta smarphone e tablet. È il mobile la nuova frontiera tecnologica a supporto delle attività professionali anche al di fuori dello studio medico”, sottolinea l'Osservatorio. L'indagine realizzata in collaborazione con la FIMMG e Doxapharma rileva che il 61% dei medici utilizza un PC portatile per svolgere la propria professione al di fuori dello studio, il 51% uno [smartphone](#) e il 35% un tablet. Se il livello generale di utilizzo di dispositivi mobili è già molto elevato, lo strumento verso cui c'è maggiore attenzione è però il tablet (per il 38% degli intervistati) grazie alle dimensioni superiori rispetto allo smarphone e il peso più contenuto dei PC portatili.

Ma quali attività si compiono con questi strumenti? Innanzitutto l'invio di certificati di malattia online, come avviene già per il 28% dei medici di Medicina generale. Seguono la gestione della scheda individuale del paziente (15%) e i sistemi a supporto delle visite a domicilio su smartphone e [tablet](#) (15%). Tra gli altri servizi che i medici vorrebbero utilizzare su dispositivi mobili (a fronte di un utilizzo ancora limitato, pari al 2%) ci sono i sistemi di Tele-consulto con altri medici o specialisti di strutture sanitarie (68%). La possibilità di fruire di servizi ICT in mobilità al di fuori dello studio medico spesso è resa possibile da soluzioni Cloud che consentono ai medici di accedere a informazioni sempre aggiornate e di inserire e modificare i dati sul paziente durante le visite a domicilio, utilizzando il dispositivo mobile che meglio si adatta alle proprie esigenze.

I servizi digitali dei cittadini

Il 42% dei cittadini ha fruito di almeno un servizio digitale in ambito sanitario nell'ultimo anno, con un incremento del 7% rispetto al 2013. I servizi più usati sono le app su salute e benessere (il 16% li ha utilizzati almeno una volta nell'ultimo anno), il download dei referti medici (14%), l'accesso via mobile a informazioni sui servizi di un'azienda sanitaria (12%) e lo scambio di mail con il proprio medico di medicina generale (12%). Risulta basso invece il livello di utilizzo legato a strumenti di tele monitoraggio (5%).

Lo rileva l'indagine realizzata dall'Osservatorio ICT in Sanità in collaborazione con Doxa sull'opinione di un campione statisticamente significativo di 1001 cittadini in merito all'utilizzo di internet e dei servizi digitali in ambito sanitario, che a livello generale mette in luce come i servizi digitali siano maggiormente utilizzati dai cittadini del Nord Italia, laureati e sotto i 45 anni di età. Inoltre, secondo la ricerca, il 70% dei cittadini reputa che internet sia uno strumento rilevante o molto rilevante per trovare informazioni sulle strutture sanitarie e sui medici e il 69% lo ritiene utile a prevenire malattia attraverso la ricerca di informazioni che consentono di adottare uno stile di vita più sano. Tuttavia, gli italiani lo ritengono meno affidabile nel caso in cui vogliano ottenere punti di vista differenti rispetto a quelli offerti dal medico o per conoscere l'opinione di altre persone, partecipando a discussioni online.

“L'indagine indica come le informazioni reperite online, per quanto ritenute rilevanti, siano giudicate dai cittadini meno affidabili di quanto riferito dal personale medico – afferma Mariano Corso –. Per quanto riguarda i servizi più utilizzati, inoltre, l'ampia diffusione di app in ambito sanitario e la consultazione delle informazioni sanitarie tramite dispositivi mobili indicano come il mondo del Mobile stia prendendo piede come importante canale comunicativo, soprattutto per gli strati più giovani della popolazione”.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



I problemi della sanità

Ospedale «Landolfi», lunedì l'assemblea contro i tagli

I sindacati hanno convocato deputati e sindaci del distretto per una mobilitazione generale

SOLOFRA. La Cgil Funzione Pubblica, insieme a Fsi, Nursing Up e Usb indicano un'assemblea pubblica per la difesa dell'Ospedale di Solofra. Chiamati a raccolta i cittadini, gli amministratori, i candidati a Sindaco della zona del serinese-solofrano e della Valle dell'Irno, i consiglieri regionali, i deputati ed i senatori eletti nei collegi avellinesi per far sentire la propria voce alla Regione Campania ed al Ministro della Salute. L'assemblea pubblica avrà luogo lunedì 12 maggio con inizio alle ore 11, per protestare contro l'ipotesi di accorpamento dei reparti che porterebbe alla diminuzione di undici posti letto e per richiedere soluzioni immediate alla carenza di personale infermieristico ed ausiliario. L'appuntamento è davanti al Presidio Ospedaliero di Solofra con invito espresso a tutti i livelli istituzionali, alle associazioni di categoria, ai cittadini ed agli studenti perché siano presenti all'iniziativa.

«Si tratta di una battaglia di civiltà - evidenziano i responsabili delle sigle sindacali -. Ogni cittadino della provincia di Avellino che ha a cuore la propria terra ed i propri legittimi interessi, ha il dovere morale di sostenerla senza riserve».

L'iniziativa segue la recente assemblea di tutti i lavoratori presso il nosocomio, al termine della quale hanno inoltrato la richiesta, aderita, di un confronto in prefettura. I sindacati sono pronti a manifestare la contrarietà all'eventuale accorpamento dei reparti ed a qualsiasi soluzione tampone legata alle criticità di carenze del personale. Il nuovo



Allarme Le anticipazioni degli accorpamenti di alcuni reparti vengono intesi come il preludio a un ridimensionamento dei servizi in favore del territorio

appuntamento, insieme al confronto presso il Palazzo di governo con i rappresentanti dell'Asl, prelude alla indizione di una giornata di sciopero da individuare nella prima data utile.

La decisione è maturata per la mancata risoluzione della carenza di personale presso il presidio ospedaliero e per l'ipotesi di accorpamento dei reparti di chirurgia e ortopedia traumatologia con la perdita di ben 11 posti letto.

«Registriamo - hanno evidenziato i delegati sindacali - la mancata volontà da parte dell'azienda sanitaria locale di adottare qualsiasi risoluzione che porti ad uno sblocco della situazione che sta vivendo l'ospedale di Solofra». Critico il segretario della Cgil Funzione pubblica, Marco D'Acunto, sui toni celebrativi espressi dal presidente della Regione, Caldoro a proposito della chiusura in attivo del bilancio del settore sanitario. «Cifre da verificare e comunque negative, visto che hanno comportato tagli inaccettabili alle prestazioni in favore degli utenti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Azione

I rappresentanti dei lavoratori si oppongono alla riduzione di undici posti letto da parte dell'Asl

In ordine i conti del «Rummo» ma restano i pagamenti lumaca

La sanità

La commissione regionale approva i bilanci dell'azienda e «promuove» Boccalone

Promossi i conti del Rummo. La commissione regionale per la verifica dei risultati di gestione dei direttori generali di Asl e aziende ospedaliere della Campania ha approvato la relazione presentata dal manager Nicola Boccalone. Se non proprio a pieni voti, di sicuro è tra le prime posizioni, anzi la graduatoria, seppur non ufficiale, lo vedreb-



be al secondo posto in Campania, distanziato di un paio di punti percentuali dall'irpino Giuseppe Rosato. A Boccalone la commissione di valutazione ha riconosciuto 74 punti su un massimo di 84 che, riportato su base 100, è pari all'88,1, un punteggio che gli vale la terza classe di merito (in tutto 4: la prima da 60 a 70 punti; la seconda da 71 ad 80; la terza da 81 a 90 e la quarta da 91 a 100). «Pertanto, la commissione esprime giudizio favorevole ai fini della prosecuzione dell'incarico del direttore generale», aggiungendo che risulta essersi verificata la condizione per l'eventuale attribuzione del compenso accessorio. Solo tre voci hanno fatto eccezione: il potenziamento dei sistemi di controllo, laddove gli sono stati assegnati 6 punti su 10; l'utilizzo di farmaci biosimilari con 2 su 3,

mentre il terzo indicatore, quello che gli costerebbe la leadership, la regolarizzazione dei pagamenti ai creditori, con 1 punto su 6, ma Boccalone eccepisce che «per la verità, creditori con decreti ingiuntivi, questa azienda non ne ha».

Positivi gli altri parametri: il rapporto tra Drg (Diagnosis Related Groups, ovvero Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi, si indica il sistema di retribuzione degli ospedali per l'attività di cura: gli interventi vengono retribuiti non più «a piè di lista», cioè in base alle giornate di degenza, ma «a prestazione») e la quota del fondo sanitario assegnato, tra valore delle prestazioni specialistiche prodotte e l'ammontare della specialistica prodotta, nonché il rapporto tra valore della produzione e totale dei costi di produzione.

Un occhio particolare agli equilibri di bilancio, ma non solo. «La relazione elaborata dalla commissione regionale, presieduta dall'avvocato dello Stato Maria Cira Sannino - afferma Boccalone -, conferma quanto abbiamo avuto modo di dire nel corso di questi anni, ossia che si è fatta più sanità con meno soldi. Abbiamo recuperato sì lo squilibrio di 5 milioni ereditato, riportando il bilancio in pareggio, anzi in leggero utile di 3 mila euro nel quarto trimestre 2013, ma non certo a scapito delle prestazioni e della qualità dell'offerta sanitaria, questo nonostante la contrazione delle risorse e delle unità lavorative dell'ospedale».

Al raggiungimento dell'equilibrio, nonostante il fondo sanitario assegnato si sia ridotto dai 129 milioni del 2010 ai 106,5 del 2013, fa da contraltare la lievitazione del valore di sanità erogata, superiore sia dal punto di vista economico che dell'efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari. Non a caso, i dati rilevati in base alle elaborazioni dell'Arsan, dimostrano che per il 2011 i Drg assegnati sono pari a 16.836.750 mentre quelli erogati ammontano a 18.419.461 con un rapporto di copertura pari al 109,4%; nel 2012, il rapporto è 105 e nel 2013 è calcolata in 102,7. È ovvio però che, una volta risanati i conti, la Regione dovrà riconsiderare le politiche di paralisi occupazionale, che costringono in alcuni casi medici ed infermieri ad un super-lavoro, con il rischio di pregiudicare il quadro qualitativo delle prestazioni.

g. de bla.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'inchiesta. Attenzione puntata sulle cifre liquidate dal 2006 al 2012 ad oltre venti avvocati

Asl, nel mirino degli inquirenti spese legali per 15 milioni

Oggi vertice con il Procuratore Maddalena, che con i suoi sostituti metterà a punto le prossime mosse dell'attività investigativa

ENZO SPIEZIA

benevento@ottopagine.it

Mercoledì quello tra pm ed investigatori – ed *Ottopagine* l'aveva anticipato –, oggi il vertice con il Procuratore Giuseppe Maddalena. Appuntamento nell'ufficio del 'numero uno' degli inquirenti (ieri era a Napoli per i funerali del Procuratore generale Vittorio Martusciello, al quale era legato da antica amicizia), che farà il punto dell'indagine sull'Asl con i magistrati (i sostituti procuratore Giovanni Tartaglia Polcini, Nicoletta Giammarino e Flavia Felaco) che la stanno dirigendo. L'occasione per tirare le somme di un lavoro, curato dai finanziari del Nucleo di polizia tributaria del tenente colonnello Luca Lauro, che, riassumendo, è centrato su tre filoni. Il primo, quello iniziale, fa riferimento ai mandati di pagamento (denaro sborsato per prestazioni ritenute inesistenti) ed è sfociato, tra dicembre e gennaio scorsi, nell'esecuzione di alcune misure cautelari a carico di imprenditori, attuali ed ex dirigenti dell'Azienda. Come Felice Pisapia, vertice amministrativo fino a dicembre 2012, quando era stato destituito dal direttore generale, Michele Rossi, che lo aveva nominato nove mesi prima.

Pisapia è il personaggio chiave dell'inchiesta: è colui



che con le dichiarazioni messe a verbale nel gennaio 2013 (due volte) e in tre interrogatori resi tra gennaio e febbraio 2014, e le oltre 50 ore di registrazioni consegnate (le

prime a settembre 2013), ha fatto ipotizzare l'esistenza del "direttorio politico-partitico" che si occupa di ogni aspetto della gestione dell'Asl" di cui

parla il gip Flavio Cusani. Le registrazioni note fino a questo momento riguardano alcuni incontri, tra giugno e luglio 2012, nell'abitazione del padre dell'allora parlamentare Pdl Nunzia De Girolamo, presenti due suoi collaboratori (Luigi Barone e Giacomo Papa) e il management Asl (Rossi, Pisapia e Mino Ventucci, direttore sanitario). I riflettori dell'investigazione sono stati accesi su alcune vicende: gara per il servizio 118, dislocazione di Psaut e Saut, soprattutto nel Fortore, accreditamenti delle strutture convenzionate, qualche appalto, il bar del Fatebenefratelli ed un sequestro di mozzarelle. Registrazioni che la De Girolamo, attraverso i suoi legali, ha bollato come "illecite ed

Mandati di pagamento e «direttorio politico-partitico» gli altri filoni

L'iniziativa

Un ciclo di conferenze sulla storia della Medicina

CAPUA. Un ciclo di conferenze sulla Storia della Medicina per riproporre una riflessione che non ha mai abbandonato la mente dell'uomo nel suo insistente e infinito bisogno di conoscenza. È questo il filo conduttore dell'iniziativa promossa dall'Associazione Ferdinando Palasciano, dall'Assessorato alla Cultura del Comune di Capua, dalla Seconda Università di Napoli, dal Collegium Historicorum Chirurgiae e dall'Ordine dei Medici di Caserta. L'approfondimento, cominciato almeno tremila anni fa, al quale si erano appassionati i filosofi dell'Antica Grecia, ha attraversato i secoli ed è ancora oggi sempre di grande attualità. Dove comincia la vita? Cuore, cervello, sangue: dov'è la sua origine? Quali i principi su cui fonda l'esistenza dell'uomo? Queste alcune delle domande sulle quali si discuterà nel corso della manifestazione. «Partendo da lontano, vogliamo riprendere le stesse domande che coinvolsero i filosofi dell'antichità e gli studiosi, gli scienziati dei secoli successivi. Ma si tratta - ha spiegato l'assessore alla cultura del Comune di Capua e docente di estetica alla Seconda Università di Napoli, Jolanda Capriglio-

ne - di una riflessione laica che, affronta antiche questioni attraverso i temi della contemporaneità».

Non solo. «L'altro obiettivo dell'iniziativa è quello - ha aggiunto la professoressa Capriglione - di conservare la memoria della figura e dell'opera di Ferdinando Palasciano, illustre medico e politico capuano, uno dei precursori della Croce Rossa». Ieri il primo appuntamento del ciclo nell'Aula consiliare del Palazzo di città. Venerdì 23 maggio, ore 18.30, sempre a Capua, nel Palazzo di città, Paolo Valerio (Università degli Studi di Napoli "Federico II"), presentato dai professori Enzo Cappello e Ugo Picillo, terrà una conferenza su «Il cervello, questo sconosciuto».

L'ultima incontro del ciclo, la cui organizzazione generale è stata curata dall'architetto Angelo di Rienzo, si terrà giovedì, 3 luglio alle 18.30. Il tema della conferenza, tenuta da Giuseppe Romagnolo, sarà «Il cuore e le sue ragioni». I professori Carmine Antropoli, sindaco di Capua, e Andrea Renda, introdurranno la serata e chiuderanno le manifestazioni.

li.lu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cerimonia di due giorni

Giuramento di Ippocrate per 400 nuovi medici

L'ordine dei medici di Napoli e provincia si prepara a vivere la due giorni (lunedì 12 e martedì 13 maggio) dedicata al giuramento di Ippocrate. Il momento più forte della vita di un medico. Quello che farà di lui, per sempre, solo un medico dedicato alla vita umana, davanti alla cui difesa non accetterà mai ordini o condizionamenti di altri interessi. Una missione, mai un lavoro. Ad ospitare i giovani

medici e odontoiatri sarà ancora una volta l'auditorium della mostra d'Oltremare di Napoli.

A prestare il giuramento, lunedì mattina, saranno i giovani medici e odontoiatri (più di 400) che - alla presenza del presidente Stefano Caldoro, del presidente dell'ordine Bruno Zuccarelli, saranno chiamati a sigillare quella promessa di vita, quasi una conversione, che

dovrebbe guiderli nell'esercizio della professione. Per sottolineare la continuità tra chi ha speso la propria vita al servizio della medicina e chi invece si prepara a farlo, avverrà anche uno scambio di pergamena tra un neo laureato e un medico senior. Enrico Di Salvo, professore ordinario della Federico II parlerà della sua esperienza umanitaria in Africa.

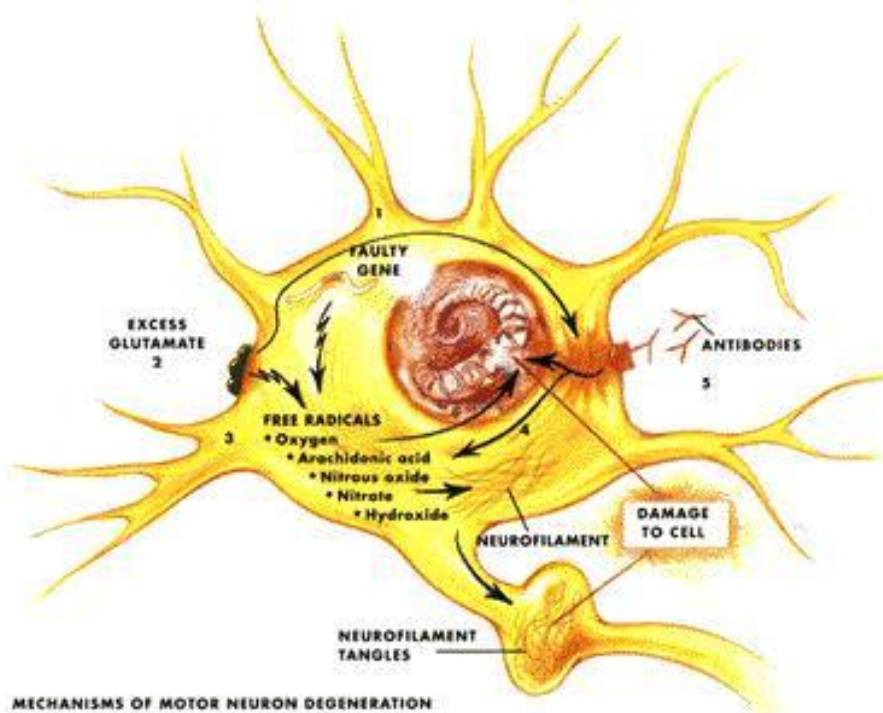
Tumori, team di specialisti per la cura

NAPOLI. Oggi e domani dalle 9 presso l'auditorium dell'hotel "Gli Dei" a Pozzuoli, si terrà il corso di aggiornamento oncologico "Il team multidisciplinare nelle neoplasie del distretto testa-collo". Responsabile scientifico dell'evento è Maurizio Gargiulo, dirigente medico della Chirurgia Maxillo-Facciale del Cardarelli. Parteciperanno chirurghi maxillo-facciali, odontoiatri, otorinolaringoiatri, oncologi, Mmg, radiologi, internisti, radiodiagnostici, fisioterapisti, fisiatri e logopedisti italiani e stranieri, è stata organizzata per favorire la prevenzione e per conoscere le novità diagnostiche e terapeutiche. Presidenti del corso, i dottori Salvatore Parascandolo per la parte chirurgica e Giacomo Carteni per l'oncologia medica.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



I mille «geni» del cancro al seno Un software misura il rischio

Gli esperti: già identificate oltre 70 mutazioni pericolose

Determinare il rischio di cancro al seno grazie ad un software. E' quanto sono riusciti a fare ricercatori dell'università Politecnica e dell'Istituto di salute Carlos III di Valencia. Hanno sviluppato *DMScan*, programma informatico che a partire dall'immagine ottenuta con la mammografia è in grado di quantificare in modo oggettivo la densità della mammella, un valore direttamente collegato al rischio di avere il cancro. Lo studio è stato pubblicato due giorni fa sulla rivista *Computer Methods and Programs in Biomedicine*. Un programma creato a partire da una base di dati di 650 mammografie. Tutto ciò per calcolare da un'immagine radiografica le probabilità di ammalarsi. E' l'evoluzione del «sempre prima» in prevenzione. Ma c'è anche l'evoluzione delle cure per le forme più rare e aggressive, a volte indotte da mutazioni genetiche ereditarie che alzano al 70-80% la probabilità che si sviluppi il tumore.

La ricerca sul cancro è fatta di sfide, non sempre vinte. In Italia ha come motore insostituibile

l'Associazione Airc. Da 30 anni eroga «ossigeno» (fondi) a ricercatori meritevoli, latori di progetti convincenti. «Ossigeno» che in parte arriva dalla vendita delle azalee Airc il giorno della festa della mamma. Un regalo per le donne, un regalo per la ricerca.

Il cancro della mammella colpisce una donna su otto nell'arco della vita. È il tumore femminile più frequente e, per questo, è prima causa di morte oncologica fra le donne, nonostante sia oggi molto curabile. Margini di mi-

glioramento? Molti. In primo luogo, aderire agli screening raccomandati e abbandonare gli stili di vita scorretti (fumo, alimentazione sbagliata, sedentarietà) che sono causa favorente il 70% dei tumori, sia maschili sia femminili. Poi la diagnosi precoce, anzi ancora più precoce. Il nuovo software aiuta ad azzerare le false negatività e a selezionare le donne più a rischio, gli sviluppi delle tecniche di «lettura» dei geni a individuare tutte le mutazioni che possono scatenare la malattia an-

che quando una donna adotta ogni precauzione possibile. Peggio ancora se si somma il gene alterato ereditario agli stili di vita sbagliati: la possibilità di sviluppare un tumore è quasi zero.

Il futuro è, quindi, anche nei laboratori degli specialisti capaci di «visitare» i geni, il Dna e i messaggeri (Rna) che un tumore in stato embrionale invia in circolo nel corpo: tra poco basterà una goccia di sangue per svelare un tumore prima ancora che si veda, o dia segno di sé. Sarà semplice az-

La scheda

Controlli diversi per fasce di età

1 Le regole da seguire: dai 30 ai 40 anni visita annuale dal ginecologo, tra i 40 e i 50 esami specifici in caso di familiarità, da 50 a 70 mammografia biennale

La prevenzione meglio se quotidiana

2 Autopalpazione con regolarità, evitare le sigarette, fare molta attività fisica e seguire una dieta equilibrata con vegetali. Allattare fino a 6 mesi e oltre

Campanelli d'allarme: quando scattano

3 Presenza di un nodulo, rossore e ispessimento della pelle attorno al capezzolo, modifiche del capezzolo, perdita di sangue, siero o latte, tumefazione ascellare



L'associazione

L'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc) è nata a Milano nel 1965 e tra le sue attività c'è quella di raccogliere fondi a favore di progetti di ricerca italiani nel campo dei tumori

La giornata dell'azalea


Domenica 11 maggio, festa della mamma, 20 mila volontari dell'Airc, affiancati da numerosi ricercatori, distribuiranno in 3.600 piazze circa 600 mila piantine di azalea, simbolo della battaglia contro i tumori femminili. Per trovare l'Azalea della Ricerca nelle vostre città consultare il sito: www.airc.it oppure numero verde speciale 840001001

zerarlo sul nascere.

I geni si esaminano grazie a microscopiche sonde di Dna (microarray). Si possono «visitare». E se al «dica 33» del diagnosta la risposta indica una «malattia», una mutazione (che può diventare ereditaria), si può andare a vedere che cosa implica. Da diversi anni sono note alcune varianti genetiche che aumentano il rischio di sviluppare determinate malattie. In campo oncologico, uno degli esempi è costituito dalle mutazioni nei geni Brca1 e Brca2. Le donne portatrici di una di tali varianti hanno un'alta probabilità (fino al 70%) di sviluppare un carcinoma mammario e manifestano una maggiore tendenza a sviluppare altri tumori, in particolare quello ovarico.

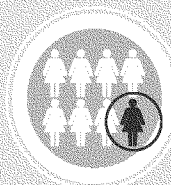
Le mutazioni nei geni Brca ereditaria sono rare (solo circa una persona su mille ne ha). Ma non sono le sole. Esistono varianti molto più comuni nella popolazione che sono dette «a bassa penetranza», poiché ciascuna conferisce un rischio leggermente aumentato di sviluppare un carcinoma mammario. Ad oggi ne sono state identificate più di 70, ma si stima che possano essere più di mille. E quando verranno identificate sarà possibile stimare il rischio di malattia in chi ne è portatore. E chissà, un domani, arrivare a «curare» i geni mutati. Forse con «mattoncini» sintetici di Dna, come quelli usati per creare il primo abbozzo di vita artificiale.

Mario Pappagallo

 @Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI



Il cancro alla mammella colpisce **1 donna su 8** nell'arco della vita



Si stima che in Italia in un anno vengano colpite **48.000 donne**

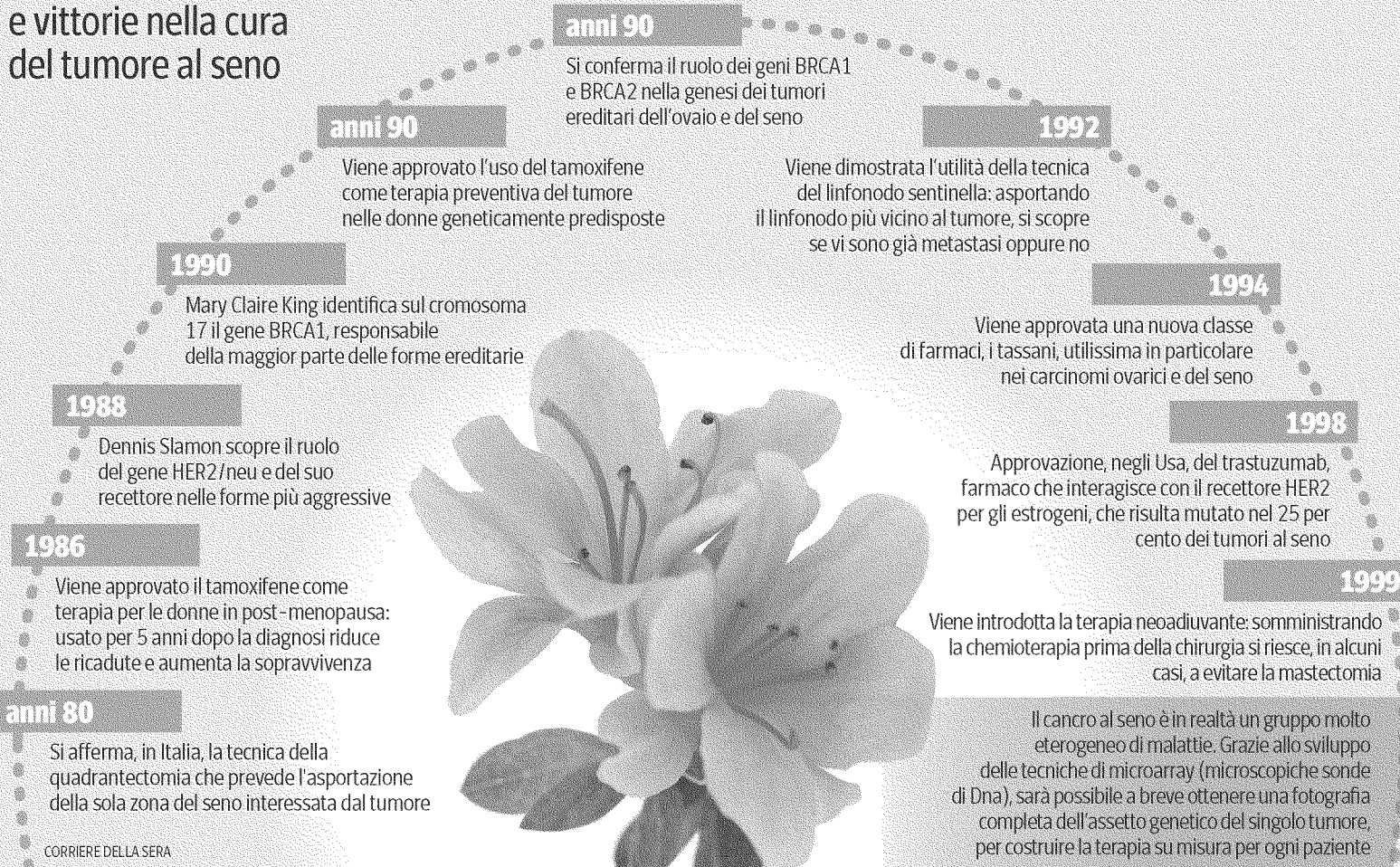


Sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi: **87% dei casi**

*Fonte: AIOM e AIRCUM, I numeri del cancro in Italia 2013

Salute Domenica in 3.600 piazze di tutta Italia arrivano le azalee della Airc per finanziare la ricerca

30 anni di battaglie e vittorie nella cura del tumore al seno



IN ITALIA **400 CASI** L'ANNO E, SPESSO, DIAGNOSI TARDIVE. SI STUDIA LA POSSIBILITÀ DI UTILIZZARE LE CURE EFFICACI PER LE DONNE

IL TUMORE AL SENO (RARO MA SOTTOVALUTATO) CHE COLPISCE GLI UOMINI

di **Agnese Codignola**

MILANO. Raro, misconosciuto e circondato ancora da uno stigma che la sua forma più nota, quella femminile, ha in gran parte perso. Il tumore della mammella maschile ha un'incidenza che è circa 100 volte inferiore a quella del suo omologo più noto (400 i casi ogni anno in Italia) e per questo è ancora oggi una neoplasia in parte oscura. Ma nel tempo, e con l'avvento dei grandi gruppi di studio internazionali, la raccolta di informazioni è diventata sempre più efficiente, e sta facendo compiere grandi passi in avanti nella conoscenza delle sue peculiarità e delle sue analogie con il tumore femminile.

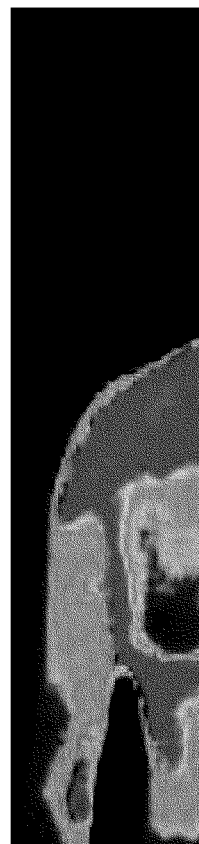
La rete più importante è il Male Breast Cancer Pooling Project, un network coordinato dal National Cancer Institute statunitense, che raccoglie 21

studi epidemiologici svolti in Nord America ed Europa, per un totale di 2.400 casi. Agli studi prendono parte anche gli epidemiologi dell'Istituto Mario Negri di Milano coordinati da Eva Negri e autori, in passato, di lavori sull'argomento finanziati anche da Aire.

Spiega Eva Negri: «Abbiamo capito che in alcuni aspetti questi tumori sono del tutto simili a quelli delle donne: per esempio, alcune mutazioni dei geni Brca 1 e 2 e di altri geni noti predispongono alla malattia. Inoltre gli estrogeni, presenti anche nell'organismo maschile, giocano in entrambi i tumori un ruolo molto importante. Inoltre oggi sappiamo che, quanto a fattori di rischio, questo tumore assomiglia a quello delle donne in menopausa, ed è più frequente negli uomini obesi».

Queste e altre informazioni

Termografia del torace maschile. Nel caso di piccoli **noduli** riscontrabili al tatto è necessario rivolgersi subito al medico



stanno portando a verificare l'efficacia di farmaci utilizzati da anni nelle donne come il tamoxifene, gli inibitori delle aromatasi e il trastuzumab. Per il momento però è presto per trasferire agli uomini le terapie usate per le donne, anche perché i tessuti coinvolti potrebbero essere solo in parte simili, si continuano perciò a utilizzare gli schemi classici di chemiote-