



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



SPESA PUBBLICA

Sanità, i computer non si parlano

Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin dice che si possono risparmiare 7 miliardi mettendo in rete i sistemi delle Regioni: «Tutti gli ospedali sono informatizzati, ma i dati non circolano a livello nazionale».

di Ignazio Ingrao

Costretta a letto per portare a termine la gravidanza di Lavinia e Francesco, i due gemelli nati il 7 giugno, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha trasferito il suo ufficio nella casa di Acilia, vicino Roma, e da lì è in continua attività. Ma ha anche sperimentato sulla sua pelle quanto sia preziosa la «sanità digitale»: «Senza muovermi da casa ho fatto analisi, aggiornato la mia cartella elettronica, consultato gli specialisti» racconta. Sarà anche per questo che il ministro sta mettendo una passione tutta particolare per lanciare il «Patto per la sanità digitale». Se ne parlerà a Roma, dal 10 al 12 settembre, nell'ambito di S@lute, una tre giorni di talk show e workshop sulla sanità digitale promossa da Aris (Agenzia di ricerche informazione e società) in collaborazione con il ministero della Salute.

Ministro, qual è il livello di digitalizzazione del nostro sistema sanitario?

È ai livelli più alti in Europa. Tutti gli ospedali sono informatizzati. Tutte le nuove attività sanitarie hanno un'applicazione digitale. Il nostro problema è mettere a sistema tutto questo e, soprat-

tutto, fare in modo di passare dall'informatizzazione della struttura ospedaliera alla digitalizzazione dei servizi. In quest'ultimo passaggio siamo indietro.

C'è un problema di integrazione dei sistemi informatici regionali?

In passato sono stati buttati centinaia di milioni di euro, se non miliardi, dalle Regioni che hanno costruito un modello assurdo, dove non solo c'erano venti sani-

tà regionali, ma anche 20 sistemi informatici che non dialogano tra loro. Con il paradosso che addirittura in una stessa regione aziende e ospedali usano sistemi diversi. È una torre di Babele dove, con la scusa che ognuno parla una lingua diversa, non circolano dati. Ciò è fonte di poca trasparenza e a volte strumento che agevola la corruzione. Per questo è assolutamente necessario un piano nazionale.

In che cosa consiste il Patto per la sanità digitale?

È una strategia per cambiare il modo di fare assistenza che si inserisce nel percorso disegnato dal governo. L'obiettivo è definire un master plan triennale, dal 2015 al 2017, per superare la frammentazione del sistema. Dobbiamo partire dall'esistente creando un database (consultabile da tutti) delle iniziative intraprese. Fino ad oggi c'è stata nella pubblica amministrazione un'incomprensibile gelosia dei dati, col paradosso che ministeri e Regioni non si scambiavano i numeri. In Italia ad esempio non sappiamo quanti sono gli autistici o i diabetici e dobbiamo aspettare mesi per avere forse dei dati, neppure completi, sul funzionamento delle aziende ospedaliere e delle regioni. È una situazione inaccettabile e, lasciatemelo dire, «giurassica».

Chi lo metterà in pratica?

Ci sarà una cabina di regia composta da ministero della Salute, ministero dello

Sviluppo economico, ministero dell'Economia, Regioni, Agenzia per l'Italia digitale, Agenzia italiana del farmaco, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Consip e dalle categorie di stakeholder interessate.

Quanto dovrebbe far risparmiare al sistema sanitario?

Abbiamo stimato un risparmio, prudenziale, di circa sette miliardi di euro. Proviamo ad immaginare soltanto i costi della medicina difensiva e quelli dovuti dalla replica degli esami da parte di strutture diverse che prendono in carico un cittadino. Sia chiaro: si tratta di risparmi da realizzare per portare nuove risorse sulla sanità italiana.

Come si inserisce il Patto per la sanità digitale nell'agenda digitale e nel Patto per la salute 2014-2016?

Ho fortemente voluto che nel Patto per la salute ci fosse, per la prima volta, una norma sull'attuazione di una strategia per la sanità digitale. Per due motivi: dare una valenza di sistema a questa riforma e inserire il tema dell'innovazione come parte integrante dell'azione per rendere più efficiente il sistema sanitario. Introdurre più innovazione digitale significa inserire nel sistema più trasparenza e

contribuire a combattere la corruzione.

Come sarà finanziato questo Patto?

La realizzazione del Patto non prevede costi o investimenti finanziari da attivare. Siamo partiti dagli obiettivi e dalle necessità che abbiamo e non dai soldi. Il patto dovrà portarci a cambiare passo anche rispetto ai bandi di gara. Troppo spesso nei bandi sono i fornitori a decidere dove portare il sistema pubblico. Questo ha portato alla stratificazione nei servizi. Bandi impugnati davanti ai Tar e ingessamento del sistema. Proviamo a ribaltare il modello coinvolgendo il sistema delle imprese nella strategia del Patto per discutere in modo trasparente come ammodernare il sistema. Tutti i lavori della cabina di regia saranno consultabili sul sito istituzionale del ministero così come i verbali delle sedute.

A che punto siamo nell'attuazione del Patto per la salute 2014-2016?

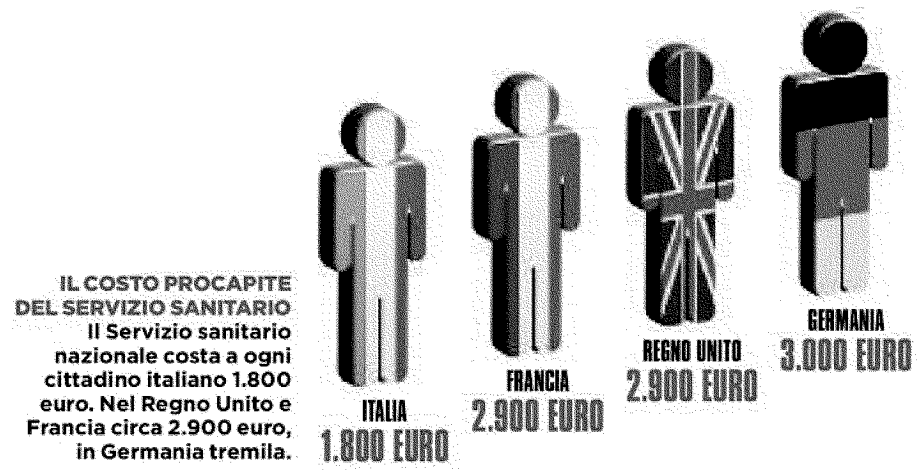
Il provvedimento sui nuovi «livelli essenziali di assistenza» è pronto ed è stato inviato alle regioni. C'è il nuovo nomenclatore per le protesi e il regolamento per gli ospedali (*per l'applicazione di prodotti più aggiornati, ndr*). Sulla revisione dei ticket e delle relative esenzioni abbiamo predisposto una

pluralità di ipotesi. Molte Regioni si sono dotate di una centrale unica per gli acquisti di beni e servizi. Il Piano nazionale per la prevenzione 2014-2018 è stato già approvato con intesa raggiunta in Conferenza Stato-Regioni. Entro fine mese le Regioni dovranno adottare i singoli piani. Purtroppo registro un rallentamento nell'attività decisionale in questo anno di elezioni amministrative. Voglio essere ottimista, spero che presto si potrà ricominciare un lavoro riformatore con una visione che ci proietti nei prossimi decenni. Non è più il tempo di fare i polli che beccano guardando in basso, bisogna volare alto e avere l'ambizione di lavorare per le prossime generazioni: il mangime è finito e il «mangiame» spero non ci sia più. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Beatrice Lorenzin vuole realizzare il «Patto per la sanità digitale».



La regola anti stress

“Bruciati” per troppo lavoro: il burnout non è solo fatica, stanchezza o depressione. È una malattia, sempre più grave: in Europa colpisce il 22% di chi ha un impiego. E ora la Francia vara una normativa che tutela chi ne è vittima

LE VITTIME

Il “burnout” colpisce il 22% dei lavoratori europei. In Italia gli insegnanti ne sono colpiti il doppio rispetto agli impiegati e due volte e mezzo rispetto al personale sanitario

IN ITALIA

Le imprese devono compilare un questionario sullo stato psico-fisico dei dipendenti. Lo stress da lavoro correlato è considerato solo una possibile causa delle malattie professionali

LA CRISI

Uno studio francese dice che il 48% dei lavoratori dipendenti si è trovato almeno una volta di fronte a una situazione di burnout. Con la crisi il numero è cresciuto esponenzialmente

PAOLO GRISERI

COLPISCE categorie di lavoratori molto diverse: dal poliziotto al sacerdote, dall'insegnante al medico, all'addetta allo sportello dell'ufficio postale. Non è un banale malessere, è una malattia vera e propria. Che punisce chi si preoccupa di più, i tanti che si dedicano anima e corpo al proprio lavoro, i molti che sentono la responsabilità sociale del mestiere che fanno e dunque ne temono le conseguenze: se un errore rischia di far fallire un intervento chirurgico o provocare un incidente stradale. Nel 1974 lo psicologo statunitense Herbert Freudenberger l'ha chiamata, «sindrome da burnout», la malattia di chi si brucia per gli altri e per il lavoro. Sei anni più tardi Freudenberger ha spiegato il meccanismo nel titolo del suo libro: “Sindrome da burnout: il prezzo alto che si paga per una grande realizzazione”. Insomma, il burnout è l'altra faccia dell'“I care”.

In Europa colpisce il 22 per cento dei lavoratori. Ma è una media. Ci sono categorie a rischio. Gli infermieri e i medici, certamente. Sorprendentemente, più di loro gli insegnanti. Specie quelli delle scuole di periferia. L'evoluzione del male è ormai codificata. Si comincia con l'«entusiasmo idealistico», che spinge i lavoratori a dare tutto per un mestiere che quasi sempre è di aiuto agli altri. Ma con la fatica e il trascorrere del tempo comincia a insinuarsi un senso di frustrazione, di inutilità, fino all'apatia e al cinismo. Vere forme di disadattamento legate al carico emotivo che il lavoro si porta con sé, una passione che ti brucia e ti sfinisce talvolta fi-

no alla depressione.

«Non è facile far capire che siamo di fronte a una malattia e non a semplice stress», spiega Sebastiano Calleri, che si occupa del burnout per la Cgil nazionale. «Per questo - aggiunge - l'iniziativa della Francia è particolarmente significativa. Da noi le aziende si sono sempre op-

L'idea dei francesi è quella di definire il burnout una vera e propria malattia professionale. In Italia non è così. Una legge del 2008 regola quello che viene definito «stress da lavoro correlato». I datori di lavoro hanno l'obbligo di compilare questionari rispondendo a domande sullo stato psico-fisico dei dipendenti. Ma non si va molto più in là. Il pm Raffaele Guariniello è uno dei massimi esperti italiani in materia di leggi sul lavoro. «In realtà - spiega - è relativamente più facile arrivare a un giudizio penale che riconosca la responsabilità dei datori di lavoro nelle sindromi da burnout che non sperare in un indennizzo assicurativo». Semplicemente perché il reato di lesioni parla di danni recati «nel corpo e nella mente» e dunque anche legati a un sovraccarico di lavoro dovuto a una cattiva organizzazione dell'azienda. Più difficile è chiedere l'indennizzo. Il burnout non è inserito tra le malattie tabellari dell'Inail, quelle per le quali si paga al lavoratore il risarcimento. «L'unica strada - dice Guariniello - è quella dimostrare che la malattia è dovuta a una situazione di costrittività organizzativa dell'azienda, uno dei casi previsti dalle tabelle». Tra il 2010 e il 2014 sono stati indennizzati in Italia solo 132 casi di questo genere. Ma, ammette

il pm torinese, «stabilire i nessi di causa-effetto è tutt'altro che agevole. Non basta una radiografia per individuare questo tipo di malattie professionali».

Eppure il fenomeno è diffuso e le analisi sul campo lo dimostrano. Uno studio compiuto in due ospedali romani nel 2006 dimostrava che su 242 infermieri coinvolti nel questionario ben il 38 per cento aveva manifestato sintomi da burnout per esaurimento emotivo. Peggio di loro gli insegnanti, soprattutto quelli costretti a operare in situazioni socialmente difficili, come le periferie delle grandi città. Per dieci anni, tra il 1992 e il 2001, una Asl di Milano ha condotto una ricerca sulle domande di inabilità al lavoro presentate da 3.049 dipendenti della pubblica amministrazione, divisi tra insegnanti, impiegati, personale sanitario e operatori generici. «In controtendenza con gli stereotipi diffusi - osserva Marco Bottazzi, medico dell'Inca Cgil - i risultati dimostrano che la categoria degli insegnanti è soggetta a una frequenza di patologie psichiatriche pari a due volte quella della categoria degli impiegati e a due volte e mezza quella del personale sanitario. È verosimile ritenere che la sindrome del burnout, quando trascurata, possa costituire la fase prodromica della patologia psichiatrica conclamata».

Ci sono anche altri mestieri a rischio. Calleri ricorda «gli autisti dei mezzi pubblici, i dipendenti delle case di cura, gli addetti al contatto con il pubblico sia negli uffici pubblici sia nelle banche e nelle strutture private. In generale la crisi ha finito per aggravare il fenomeno - aggiunge il sindacalista - perché si sono intensificati i turni di lavoro per chi è riuscito e non essere espulso dall'azienda». Un caso a parte è costituito dagli agenti delle forze dell'ordine. «In particolare - sottolinea Bottazzi - coloro che per mansioni si ritrovano regolarmente in situazioni particolarmente drammatiche come chi si occupa di omicidi o chi deve eseguire uno sfratto e si trova costretto dal ruolo a nascondere le proprie emozioni.

Questa incognenza tra doveri della professione ed emotività - osserva il medico - se reiterata e profonda può determinare un progressivo distacco dall'impegno lavorativo, eventualmente accompagnato da sintomi di affaticamento e disturbi psicomatici».

La discussione aperta dal caso francese è destinata a coinvolgere rapidamente l'Europa. Perché anche le grandi aziende si stanno rendendo conto che la malattia sta mettendo a rischio il funzionamento dell'impresa. Uno studio pubblicato a gennaio dall'istituto di indagine francese "Great place to work" porta ad esempio casi come quello di Microsoft France, dove «il comitato di direzione e i manager hanno seguito un corso di formazione di 3 ore per imparare a fronteggiare lo stress in azienda e a evitare le condizioni che lo favoriscono». Lo studio, condotto su un campione di un migliaio di dipendenti, dimostra che il 17 per cento di loro si ritiene «potenzialmente in situazione di burnout», mentre un altro 31 per cento sostiene di avere incontrato casi di sindrome di burnout tra i colleghi di lavoro.

Anche quando la crisi dovesse allentare la morsa sul Vecchio Continente, il problema della fatica e del rischio di bruciare se stessi sul luogo di lavoro, è particolarmente alto. Non solo perché le aziende tendono a richiedere sempre maggiori aumenti di produttività, ma anche perché ci si identifica sempre di più con la propria attività lavorativa. Considerandola non di rado una specie di missione. Nel 2007 fece scuola la ricerca condotta da Pierluigi Balzon, Giorgio Ronzoni e Marcantonio Caltabiano su un campione di 321 sacerdoti della provincia di Padova. Scopirono che la sindrome da burnout colpiva soprattutto i preti giovani che non si sentivano adeguati alle richieste di aiuto di chi viveva situazioni di disagio umano particolarmente difficili. Può capitare a tutti: sentirsi inadeguati è la premessa indispensabile per bruciare le nostre speranze. Burnout, appunto.

L'INTERVISTA. JEAN-CLAUDE DELGÈNES

«È una patologia vera una legge sacrosanta»

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE
ANAIS GINORI

PARIGI
«**A**BBIAMO aperto un dibattito e finalmente si parla del burnout come malattia professionale». Jean-Claude Delgènes ha promosso un appello che ha raccolto oltre 10mila firme ed è tra gli ispiratori della legge presentata dal socialista Benoit Hamon in parlamento ancora in discussione. «Un progresso di civiltà per il nostro paese», spiega Delgènes, fondatore e direttore di Tecnologia, società specializzata nella prevenzione dei rischi del lavoro.

Perché serve una legge sul burnout?

«Noi preferiamo parlare di "esaurimento professionale". Non ci sono statistiche ufficiali, né alcun piano di prevenzione nazionale. Siamo stati noi a Tecnologia i primi a pubblicare un rapporto nel quale abbiamo stimato oltre 3 milioni di persone a rischio. È una patologia in forte crescita anche altrove. Paesi come la Svezia o la Danimarca hanno già varato delle leggi apposite».

Quale prevenzione?

«È una malattia tipica dei periodi di crisi e di cambio dei modelli produttivi. L'esaurimento professionale è dovuto a due fattori: le nuove forme di organizzazione del management, e l'aumento dell'orario di lavoro, anche a casa o in vacanza, a causa delle nuove tecnologie. Si tratta di una malattia provocata dall'eccesso di sollecitazioni

e aspettative professionali. Molte persone accettano queste condizioni perché sentono la precarietà che li circonda e hanno paura di perdere il posto. Siamo in un mondo professionale sempre più competitivo».

Cosa dovrebbe fare lo Stato?

«Oggi il burnout viene considerato come una qualsiasi depressione, mentre ha cause e terapie diverse. Al livello normativo dobbiamo superare due difficoltà: riconoscere che esistono malattie professionali di origine psicologica, catalogandone i sintomi, e prevedere un tasso di invalidità collegato».

Perché le imprese francesi sono contro la legge?

«Ovviamente ci sarebbe un impatto economico. Ma è proprio quello che noi chiediamo. Per avviare un cambio di mentalità nell'organizzazione del lavoro servono sanzioni collegate al burnout. Trent'anni fa c'erano ancora molti morti sul lavoro. In Francia oggi gli incidenti fatali sono pochissimi, proprio perché il datore di lavoro rischia di pagare tra i 250 e 280 mila euro per ogni vittima. L'attuale situazione è intollerabile. Non possiamo ignorare le persone che soffrono di esaurimento professionale, come fossero lebbrosi. Tutti gli psichiatri sono d'accordo: già il fatto di dare una definizione e un riconoscimento normativo potrà alleviare la loro sofferenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Portici Assegnato un immobile in via Benedetto Croce in comodato d'uso all'azienda Assistenza sanitaria, c'è la convenzione con l'Asl

PORTICI (s.v.) - Assistenza sanitaria ai cittadini, c'è la convenzione con l'Asl. Ieri mattina la consegna ufficiale dell'immobile comunale di via Benedetto Croce, completamente ristrutturato, da parte del sindaco **Nicola Marrone** al direttore sanitario **Antonietta Siciliano**. Si tratta di un importante obiettivo raggiunto dall'amministrazione guidata da Marrone nel solco della concretezza: *"Abbiamo più volte ribadito - ha spiegato il sindaco - che per noi è importante la politica del 'fare'; dare risposte concrete ai cittadini*



rappresenta il motivo che anima la nostra partecipazione alla vita pubblica". L'iniziativa nasce dall'accordo tra Comune e Asl Na 3 Sud siglato dal sindaco Marrone e prevede appunto l'assegnazione in com-



dato d'uso all'azienda sanitaria locale di un immobile di proprietà comunale per rafforzare i servizi sul territorio. Tra le novità previste c'è il potenziamento del servizio 118 che grazie all'intesa verrà dotato di

ambulanza di tipo A con la rianimazione. *"Con questo accordo - continua il sindaco - abbiamo assicurato alla città la presenza sul territorio di una ambulanza in grado di garantire il pronto intervento per salvaguardare la salute dei cittadini, specie in situazioni critiche nelle quali la rapidità dell'intervento salva la vita. Ancora una volta stiamo dimostrando che la scelta di procedere attraverso l'intesa costruttiva tra istituzioni è la strada giusta per dare risposte alla collettività".*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ACCORDO Il sindaco Marrone consegna l'immobile ristrutturato. Potenziato anche il 118: «Più servizi ai cittadini»

Intesa Comune-Asl: ambulanza con rianimazione

PORTICI. L'obiettivo è offrire maggiori servizi ai cittadini. E siccome si parla di salute e primo soccorso, l'intesa stipulata tra il Comune di Portici e l'Asl Napoli 3 Sud per potenziare l'assistenza sanitaria ai porticesi è particolarmente importante. Ieri mattina si è tenuta la consegna ufficiale dell'immobile comunale di via Benedetto Croce, completamente ristrutturato, da parte del sindaco della città della Reggia, Nicola Marrone, al direttore sanitario dell'azienda, Antonietta Siciliano. Si tratta di un obiettivo fondamentale raggiunto dall'Amministrazione guidata da Marrone nel solco della concretezza: «Abbiamo più volte ribadito - spiega il sindaco - che per noi è importante la politica del "fare"; dare risposte concrete ai cittadini rappresenta il



● — Marrone consegna le chiavi al direttore sanitario dell'Asl, Siciliano

motivo che anima la nostra partecipazione alla vita pubblica». L'iniziativa nasce a seguito dell'accordo tra l'amministrazione comunale della città della Reggia e l'Asl Napoli 3 Sud siglato dal

primo cittadino porticese, e prevede appunto l'assegnazione in comodato d'uso all'azienda sanitaria locale di un immobile di proprietà comunale per rafforzare i servizi sul territorio cittadino. Tra le

novità previste dall'accordo c'è l'importante potenziamento del servizio di soccorso 118, che grazie all'intesa verrà adesso dotato di ambulanza di tipo "A", ovvero dotata di strumentazioni per la rianimazione. «Con questo accordo - continua l'ex magistrato oplontino - abbiamo assicurato alla città la presenza sul territorio di una ambulanza in grado di garantire il pronto intervento per salvaguardare la salute dei nostri cittadini, specie in situazioni critiche nelle quali la rapidità dell'intervento sono essenziali per salvare la vita. Ancora una volta - conclude Marrone - stiamo dimostrando che la scelta di procedere attraverso l'intesa costruttiva tra istituzioni è la strada giusta per dare risposte concrete alla collettività».

CASTELLAMMARE

Consulenze d'oro all'Asl Napoli 5 Svelata la "ricetta" di D'Auria

Castellammare. La "ricetta" per risolvere il complicato nodo delle spese legali Gennaro D'Auria, ex direttore generale dell'allora Asl Napoli 5, disse di averla pronta in tasca. E lo fece durante una riunione interna all'azienda sanitaria del gennaio 2006: opporsi sempre e comunque, affidandosi a consulenti legali esterni. E' quanto ha ricostruito ieri in un'aula di giustizia uno degli interni Asl., anche lui imputato nel processo intorno alle consulenze d'oro elargite nel corso della gestione D'Auria. Eh sì, perché quella "ricetta" sarebbe servita a creare un vertiginoso buco nelle casse dell'ente.



IL PROCESSO

Consulenze d'oro all'Asl Na 5: D'Auria presentò la sua "ricetta"

■ L'avvocato Eduardo Martucci incastra l'ex direttore generale: «In una riunione disse che si sarebbe rivolto a legali esterni»

La "ricetta" per risolvere il complicato nodo delle spese legali Gennaro D'Auria, ex direttore generale dell'allora Asl Napoli 5, disse di averla pronta in tasca. E lo fece durante una riunione interna all'azienda sanitaria del gennaio 2006: opporsi sempre e comunque, affidandosi a consulenti legali esterni. E' quanto ha ricostruito ieri in un'aula di giustizia uno degli interni Asl, l'avvocato Eduardo Martucci, anche lui imputato nel processo intorno alle consulenze d'oro elargite nel corso della gestione D'Auria. Eh sì, perché quella "ricetta", secondo la ricostruzione del pm Silvio Pavia della Procura di Torre Annunziata, sarebbe servita a creare un vertiginoso buco nelle casse dell'ente a tutto vantaggio degli avvocati amici. In poche parole: colossale spreco di soldi pubblici. E' intorno a questa ipotesi che si sta celebrando, davanti alla seconda sezione penale del Tribunale di Torre Annunziata, il processo che vede imputati con le accuse a vario titolo di abuso d'ufficio e falso: l'ex direttore generale Gennaro D'Auria, il manager sanitario Giuseppe Porcaro, Gianluca Improta, Lorenzo Labate, Mario Migliuolo, Maria Rosaria Aiello, gli avvocati Edoardo Di Natale, Eduardo Martucci, Giuseppe Ruocco. Ieri, invece,

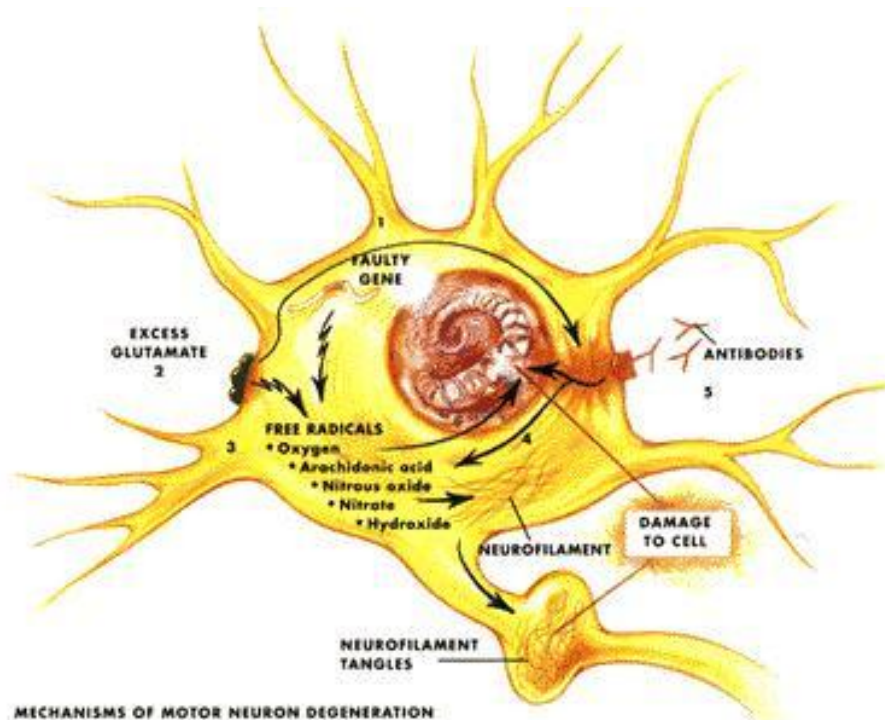
è toccato agli avvocati imputati Eduardo Martucci e Giuseppe Ruocco. «In una riunione interna svolta nel gennaio 2006- ha ricostruito Martucci- D'Auria presentò quella che chiamò la sua ricetta. Io non partecipai direttamente all'incontro, ma me ne riferì Afeltra. Dal 2006 il fenomeno di aggressione al patrimonio aziendale si incrementò tantissimo. D'Auria disse che bisognava opporsi quasi a prescindere nei confronti di tutte le procedure attivate nei confronti dell'Asl. Da quel momento decise che avrebbe potuto contare solo su legali esterni. Noi interni (eravamo solo 6) non avremmo mai potuto farcela. Era impossibile anche solo provarci. Per le opposizioni alle esecuzioni occorreva infatti forza lavoro materiale». Martucci ha respinto quanto sostenuto nella scorsa udienza da Porcaro, che aveva dichiarato che era il legale interno a scegliere gli avvocati esterni dalla short-list. «Assolutamente falso- ha replicato Martucci- Mai messo parola sul conferimento degli incarichi». Dal canto suo, l'avvocato Giuseppe Ruocco, assistito dall'avvocato Gaetano Inserra, si è difeso dall'accusa di falso che gli viene contestata: «Mai messo una firma falsa».

ALESSANDRA STAIANO



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



L'universo dei reumatici comprende oltre 120 disturbi diversi: le associazioni fanno fronte comune. Congresso a Roma

Vite a metà per i dolori dell'artrite

LA MALATTIA

Una "vita a metà" quella degli oltre 5 milioni di italiani che soffrono di malattie reumatiche. Una vita spezzata dal dolore spesso non compreso da chi è accanto ai pazienti molte volte così forte da costringere a lasciare il lavoro o anche solo evitare le azioni più semplici come vestirsi.

LA SCHIENA

Malati che fanno fatica a farsi sentire perché, come si dice, «i dolori reumatici ce l'hanno tut-

**PRESENTATA AL SENATO
UNA MOSTRA DI FOTO
PER CANCELLARE
I PREGIUDIZI
E SPIEGARE LA GRAVITÀ
DI QUESTE PATOLOGIE**

ti». «Perché un dolore alla schiena prima o poi capita ad una certa età», «Perché faticare a fare le scale è un problema molto comune». Ma non è così. Per questo le associazioni dei pazienti hanno deciso di alzare la voce e spiegare al mondo che l'universo dei reumatici è variegato, dall'artrite reumatoide al lupus all'artropatia psoriasica. Più di 120 malattie.

Per essere più forti i pazienti reumatici hanno riunito 18 associazioni in rete. E, così, si presenteranno al Congresso europeo di reumatologia che inizia oggi a Roma. Anche per ricordare agli specialisti, 14mila da 120 paesi del mondo, che «le terapie funzionano ma il dolore non sempre si risolve». Come emerge dal progetto "ReumaVeneto" su 1157 pazienti realizzato con Anmar (Associazione malati reumatici) e della sezione A.ma.r.V.. Uno studio regionale di portata nazionale. «Grazie all'assistenza sanitaria la malattia è sotto controllo ma non sempre lo è il dolore - spiega Giannantonio Cassisi, coordinatore del progetto e segretario del Collegio reumatologi ospedalieri - Quando visitiamo i pazienti per la prima volta, registriamo un'intensità media di dolore intorno a 50 su una scala che arriva a cento».

LE TERAPIE

Questa mattina, al Senato verrà presentata una mostra fotografica "Malattie senza dignità" pro-



5 mln

Le persone che in Italia sono colpite da malattie reumatiche, le donne più a rischio

120

Le malattie reumatiche, le artriti compaiono anche prima dei 40 anni

22%

Dei pazienti colpiti da artrite reumatoide sono costretti ad abbandonare ogni tipo di attività lavorativa

mossa da reumatologi e pazienti. L'obiettivo è quello di «sensibilizzare sul dolore e rimuovere i pregiudizi sulle malattie reumatiche. Considerate di poco conto e non degne di eccessiva cura». I pazienti che arrivano dal medico con i dolori più forti sono quelli che soffrono di fibromialgia, di osteoartrosi lombare, spondiloartrite, artrosi periferica, artrite psoriasica e reumatoide. Uno paziente su tre deve fare i conti con almeno due malattie reumatiche. Dolore che danneggia la vita degli anziani come del giovane. «La comprensione delle condizioni di vita e della convivenza del paziente con il dolore, oltre che la diagnosi e la cura - spiega Donatella Fiore responsabile del servizio Reumatologia Villa Betania - Santo Spirito a Roma - sono fondamentali per far sì che la terapia venga seguita, che la patologia non si riattivi e che il malato non venga, per esempio, ricoverato». «Il dolore è una condizione che comporta disabilità lunghe cure, alti costi sociali» sottolinea Stefano Stisi, presidente del Collegio

dei reumatologi. Per Renato Giannelli, alla guida dell'Anmar «bisogna chiedere a medici e a istituzioni di essere più sensibili verso questo problema». L'accordo tra le associazioni, secondo Gabriella Voltan coordinatore della Rete - «mireranno a migliorare la qualità dei servizi diagnostici, terapeutici, psicologici, sociali, assistenziali e lavorativi».

Antonio Caperna

Dagli organi ai geni: cambia la lotta ai tumori

All'Istituto di Candiolo il workshop degli oncologi molecolari

GABRIELE BECCARIA

Raymond Kurzweil, detto «Ray», è un computer scientist e un futurologo ed così ottimista da sostenere che bisogna tenere duro 20 anni. Per il 2035, o giù di lì, la medicina sarà diventata tanto onnipotente da guarire tutto. Anche il cancro. Non tutti gli specialisti sono altrettanto disposti al trionfalismo, ma ottimisti lo sono di certo.

All'Istituto Irccs di Candiolo si è incontrato lo scorso weekend un super-gruppo di questi oncologi: l'occasione è stata un «workshop» internazionale organizzato dalla Fondazione per la Ricerca sul Cancro per celebrare l'inaugurazione della seconda «Torre per la ricerca». Discutendo dei nuovi esperimenti e delle ultime scoperte, si è arrivati a una duplice conclusione. Se la cattiva notizia è che resta oscuro il motivo per cui una cellula neoplastica impara a sfuggire ai farmaci e continua a riprodursi, usurpando la logica della staminalità, la buona notizia è che i meccanismi che la scatenano sono finalmente chiari. La macchina oscura dei tumori inizia a trasformarsi in una scatola di cristallo. E conoscere i meccanismi significa imboccare la strada delle terapie personalizzate e, di conseguenza, risolutive.

La svolta si è già affacciata nella ricerca, ma solo da poco sta prendendo forma nella consapevolezza dei malati. Si riassume nella formula rassicurante di «medicina di precisione», che è la conseguenza di un nuovo approccio, quello dell'oncologia molecolare. Significa che uno specialista

non pronuncerà più la frase raggelante: «Lei ha un tumore al polmone» o «Lei ha un tumore al seno». Spiegherà invece la caratteristica genetica del tumore, incarnata da acronimi di oncogeni, decisamente anodini, tipo «Egfr», «Her2» o «Met», e, mostrando la mappa del Dna dell'intruso, definirà la terapia specifica. Di precisione, appunto. Costruita sull'individuo. Perché - sebbene ai profani sembrano strano - lo stesso farmaco che cura un tumore «al seno» aggridesce, per esempio, uno «al polmone». Non conta più l'organo colpito, semmai la macchina genetica che genera il processo. Un esempio è il «trial» clinico Heracles sul tumore del colon retto, concluso con successo a Candiolo, i cui risultati sono stati presentati pochi giorni fa alla conferenza dell'American Society for Clinical Oncology.

Ora i protagonisti - sia della diagnosi sia della cura - sono i geni, con le loro mutazioni e le loro lesioni. Un microuniverso di interruttori che accendono e spengono i tumori e sui quali agire, verificando, passo dopo passo, gli effetti dei «bombardamenti intelligenti» delle cure. Non a caso a luglio, negli Usa, partirà il primo test massivo di medicina di precisione, coordinato dal National Cancer Institute e condotto su 3 mila pazienti: i loro tumori saran-

no sequenziati in modo da svelare le lesioni nel Dna che li fanno proliferare. Una ventina di farmaci di nuova generazione saranno messi a disposizione per verificarne l'efficacia.

A Candiolo i temi in discussione erano queste frontiere, esplorate secondo visioni più globali e altre più specifiche. Così da una parte si sono messi gli oncologi «senior» - come il padrone di casa, Paolo Comoglio, direttore scientifico dell'Istituto, David Livingston della Harvard Medical School negli Usa o Yosef Yarden del Weizmann Institute of Science in Israele - e dall'altra studiosi «junior» come Kristian Petras della Lund University in Svezia o Ido Amit, vincitore della medaglia «Embo», una sorta di Nobel per under 40 nelle scienze della vita. Intrecciando dati e sperimentazioni, hanno analizzato le cellule del cancro secondo la prospettiva del network: un insieme «di elementi metabolici, energetici e segnaletici» che sono alla base della proliferazione e della migrazione metastatica. Processi fondamentali anche per ideare farmaci che intervengano su queste «cascate di eventi biologici», dove una manifestazione è decisiva: l'«oncogene addiction».

È la stessa che ha messo sotto la lente Comoglio, spiegando che è sufficiente un numero ristretto di lesioni genetiche - gli oncogeni «drivers» - «per sostenere la trasformazione delle cellule: da sane a malate». Queste perdonano la capacità di riparare il Dna e si accende il mec-

canismo moltiplicatore che dà origine al tumore, fino ai «cloni» che beffano i farmaci e diventano killer. Un caos biologico che, secondo Livio Trusolino, specialista di medicina traslazionale a Candiolo, dev'essere studiato nel suo «contesto eterogeneo»: non basta individuare il malfunzionamento di un singolo gene.

Ecco perché - ha sottolineato Alberto Bardelli, responsabile del laboratorio di genetica molecolare dell'Istituto - tra le sfide c'è quella di vincere la resistenza dei tumori alle terapie. Se le malattie sono «errori», il cancro è di più ed è la dimostrazione che Darwin aveva ragione: sa ricorrere a tutti i trucchi dell'evoluzione per sopravvivere e uccidere senza rimorsi.

**Nuova
prospettiva**
I protagonisti
della diagnosi
e della cura
sono i geni
con le loro
mutazioni
e le loro lesioni



Ricerca su «Nature»: le trasfusioni di sangue che rallentano l'invecchiamento

DANIELE BANFI

■ «Forever young». Giovani per sempre. L'elisir di lunga vita non è una pozione magica ma una trasfusione di sangue giovane. Anche se a prima vista può sembrare bizzarro sempre più ricerche - per ora realizzate quasi tutte nei topi - dimostrano i benefici delle trasfusioni nel fermare i processi di invecchiamento.

Ultimo in ordine di tempo è lo studio degli scienziati dell'Hospital for Sick Children di Toronto e della Duke University pubblicato sulle

pagine di «Nature Communications»: topi anziani, a cui è stato fornito sangue di animali giovani, sono guariti da una frattura ossea molto più velocemente di quelli non trasfusi. Precedenti ricerche avevano dimostrato che eccessivi livelli della proteina beta-catenina sono associati a un invecchiamento precoce e allo sviluppo del cancro. Al contrario, quando la proteina è particolarmente scarsa, il processo di calcificazione e recupero dalle fratture risulta più veloce. Non solo, i suoi livelli aumentano con l'avanzare degli anni. Una relazione che gli autori dello studio hanno provato a sfruttare. Fornendo sangue giovane, gli scienziati hanno dimostrato che è possibile accelerare il processo di guarigione abbattendo i livelli di beta-catenina.

Un risultato importante, che lascia però aperti molti interrogativi. A detta degli stessi autori gli attori in gioco possono essere molti altri ed è prematuro trarre conclusioni affrettate. Il filone di ricerca è comunque promettente, sebbene siano ancora molti i dubbi da chiarire. Qualora le trasfusioni rappresentassero un modo per rallentare la vecchiaia si aprirebbe un nuovo problema: il sangue manca e la scienza non sembra ancora aver trovato il modo per produrlo artificialmente.

Subdola e ignorata: il lato oscuro della tiroide

Troppe donne sottovalutano questa ghiandola

ENDOCRINOLOGIA

NICLA PANCIERA

Spossatezza e aumento di peso inspiegato: sono questi i segnali di un ridotto funzionamento della tiroide, le cui alterazioni sono spesso difficili da riconoscere. Questa ghiandola endocrina, posta alla base del collo, produce degli ormoni che svolgono moltissime funzioni, dalla regolazione del metabolismo alla modulazione dello sviluppo del sistema nervoso centrale, tanto che un suo malfunzionamento ha delle conseguenze sull'intero organismo, dalla crescita alla fertilità.

I disturbi tiroidei sono in aumento e oggi colpiscono il 10% degli italiani, ma la fre-

quente assenza di sintomi e la loro non specificità rendono difficile una diagnosi senza il supporto di esami strumentali. E così, spesso, ci si imbatte accidentalmente nella tiroide in seguito a controlli prescritti per altri motivi, come emerge dai dati della campagna «Tiroide in primo piano» della Fondazione Cesare Serono presentati al convegno della Società Italiana di Endocrinologia svoltosi a Taormina.

Si tratta di due questionari online - uno rivolto a tutti gli utenti del web e l'altro ai soggetti con diagnosi di affezione tiroidea - che hanno già superato le 4mila risposte. La massiccia partecipazione eviden-

zia il bisogno di informazione medica e sanitaria, soprattutto nei soggetti più a rischio, le donne - colpite fino a otto volte più degli uomini - tra i 30 e i 51 anni (83% del totale, 94% delle pazienti partecipanti) e per un terzo asintomatiche.

Tommaso Sacco
Endocrinologo

RUOLO: È RESPONSABILE SCIENTIFICO DELLA FONDAZIONE SERONO

Inoltre, da #Tiroideinprimopiano emerge che la diagnosi è arrivata dopo ben sei mesi per un rispondente su due e nel 23% dei casi addirittura dopo due anni.

Le mamme di una volta lodavano i benefici della brezza marina di prima mattina per i più piccoli: lo iodio è infatti fondamentale per il corretto sviluppo e il funzionamento della ghiandola tiroidea. Oggi

si sa che il fabbisogno di questa sostanza aumenta in gravidanza e una sua carenza fin dal primo trimestre è causa di disturbi dello sviluppo del feto. Eppure, addirittura «il 43% dei soggetti in cura o sotto controllo per patologie della tiroide ha dichiarato di non aver avuto alcuna indicazione dal proprio specialista sull'importanza dello iodio», spiega Tommaso Sacco, responsabile scientifico della Fondazione Serono. Altro dato su cui riflettere: il 45% di soggetti ha dichiarato di non aver seguito il regolare programma di controlli, perché senza esenzione e troppo onerosi economicamente.

Se le donne sono più esposte ai disturbi endocrinologici, i sintomi si manifestano in modo subdolo e lento, impedendo una diagnosi tempestiva e dando tempo alla patologia di arrecare più danni all'organismo. «Le origini di queste differenze biologiche e cliniche non sono ancora chiare - spiega Francesco Trimarchi, docente dell'Università di Messina e già presidente della Società di Endocrinologia - Per questo motivo la medicina di genere in endocrinologia è necessaria». Come lo è mantenere alta la guardia. Perché, se è vero che la familiarità positiva alle patologie della tiroide è un importante fattore di rischio, dai dati di «Tiroide in primo piano» emerge che solo il 48% delle donne con familiarità ha dichiarato di essersi sottoposta a controlli negli ultimi tre anni. È un peccato, perché - conferma l'endocrinologo - «se tempestivamente diagnosticati, molti disturbi tiroidei possono essere trattati con successo».



AMELIE-BENOIST / BSIP/BSIP/CORBIS

Salute

Strategie per combattere l'anoressia Lorenzin e l'accordo con le Regioni

Una proposta di accordo da sottoporre alla Conferenza Stato-Regioni per combattere l'anoressia. È la richiesta del ministro della Salute Beatrice Lorenzin alle direzioni generali del suo dicastero. A scriverlo è stata la stessa ministra in un messaggio inviato alla giornalista del *Corriere* Alessandra Arachi in occasione della presentazione a Roma del suo nuovo libro *Non più briciole*, scritto 21 anni

dopo la pubblicazione del primo libro dedicato allo stesso tema nel 1994, *Briciole*. In questo secondo atto, il problema dell'anoressia è raccontato dal punto di vista di una madre che ogni giorno lotta contro una terribile malattia che consuma la mente e il fisico della figlia. Lo scopo dichiarato dall'autrice è di abbattere lo stereotipo che la malattia sia colpa della mamma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA