



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

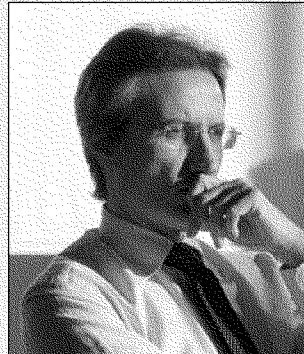
A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



IL CASO

Sanità, la furia di Caldoro: «Pronto ricorso europeo»

Il presidente della Regione Campania Stefano Caldoro non esclude il ricorso alla Corte europea dei diritti dell'uomo per la corretta applicazione della legge nazionale relativa al riparto del Fondo per la sanità. Caldoro, intervenuto al giuramento di 350 neo medici napoletani, ha infatti voluto sottolineare a chiare lettere che "il diritto alla salute è"



un diritto costituzionale e individuale che va tutelato e per cui il fabbisogno sanitario va calcolato sulla singola persona".

Esiste, ha ricordato, una legge nazionale per cui il riparto dei fondi sanitari non va calcolato avendo come parametro solo l'anzianità della popolazione, parametro che "penalizza la Campania, regione più giovane d'Italia". Secondo il governatore, questo metodo "è un errore. È fondamentale - ha affermato - tornare a un riparto che sia uguale per tutti. È necessario rispettare tutti i parametri previsti per legge" come la popolazione anziana, la mortalità delle diverse zone, l'epidemiologia e i fattori socio economici. "Ritengo - ha aggiunto Caldoro - che il riparto delle risorse sanitarie debba essere pro capite".

Il governatore

Caldoro: «Fondi Ue per compensare Irap»

NAPOLI — «Utilizzare i fondi europei per avere un'Irap compensativa». Stefano Caldoro, presidente della Regione, rilancia la proposta di destinare parte dei fondi che l'Europa destina alla competitività delle imprese per incidere sull'Imposta regionale sulle attività produttive. «Non un'Irap di vantaggio, ma compensativa — dice —. Sarebbe una spesa facile perché con la manovrabilità Irap si va veloci. Sono misure che in qualche caso l'Europa ha concesso alle nazioni e la trattativa si è un po' bloccata — afferma —. È una trattativa tra Governo e Commissione europea».

RIPARTO DEI FONDI DELLA LEGGE 135/1990

Alle Regioni 98 milioni per formazione e cure

In programma per la Stato-Regioni rinviata di fine aprile, il riparto dei fondi destinati all'assistenza dell'Aids approda alla Stato-Regioni del 15 maggio già con l'intesa decisa dai governatori ai quali tra il 2011 e il 2012 sono assegnati in tutto oltre 98 milioni di euro di cui il 37 per cento circa destinato ai corsi di formazione degli operatori e il rimanente 63 per cento al trattamento domiciliare dei malati.

Entrambi i riparti hanno come risorse a disposizione l'accantonamento sul fondo sanitario nazionale (secondo quanto previsto dalla legge 135/1990) di 49.063.000 euro finalizzati ai corsi di formazione e di aggiornamento per il personale dei reparti di ricovero per malattie infettive e degli altri reparti che ricoverano ammalati di Aids e all'attivazione di servizi per il trattamento domiciliare, rispettivamente per 18.076.000 euro e 30.987.000 euro.

La proposta di riparto è analoga a quella degli anni precedenti. I suoi criteri sono basati, per quanto riguarda la quota per la formazione

sul numero di posti letto di day-hospital e di degenza ordinaria previsti a inizio anno per le malattie infettive, rilevati nelle strutture pubbliche e nelle strutture convenzionate e il numero dei casi di Aids rilevati nell'anno, pesati rispettivamente per il 70% e per il 30 per cento.

Per la quota per il trattamento domiciliare, invece, i parametri sono il numero di posti di assistenza domiciliare previsti dalla legge 135/1990 e il numero dei casi di Aids, rilevato allo stesso modo dell'altro criterio, pesati questa volta in parti uguali.

In base alla legge in vigore poi sono escluse dalla ripartizione le Regioni a statuto speciale Sardegna, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e le Province autonome di Trento e di Bolzano, mentre per la Regione Siciliana sono state operate le previste riduzioni previste dalla Finanziaria 2007 pari al 49,11 per cento.

Nei due anni a livello di singole Regioni ci sono lievi differenze nei riparti dovute soprattutto alla modi-

fica proprio di alcuni dei parametri presi come indice. Quello più "modificato" è il numero dei posti letto che nel 2012 rispetto al 2011 è inferiore di 233 unità per i cali registrati in quasi tutte le Regioni tranne le Marche dove sono rimasti invariati e quelli di Toscana e Umbria, aumentati invece rispettivamente 7 e 3 unità. Il calo maggiore è invece quello della Campania che nei due anni perde 76 posti letto. In calo anche la quota di compartecipazione della Sicilia.

Finanziamento legge 135/90 (Aids) per il 2011 e il 2012 (migliaia)

Regioni	Corsi di formazione	Trattamento domiciliare	Totale	Regioni	Corsi di formazione	Trattamento domiciliare	Totale
Piemonte	2.503	4.422	6.925	Lazio	5.325	9.225	14.550
Lombardia	7.255	20.801	28.056	Abruzzo	806	636	1.443
Veneto	2.022	3.602	5.624	Molise	152	67	220
Liguria	1.913	3.532	5.445	Campania	3.689	2.802	6.491
Emilia R.	3.065	6.191	9.256	Puglia	2.204	2.269	4.473
Toscana	2.894	4.376	7.270	Basilicata	540	184	724
Umbria	413	541	954	Calabria	917	652	1.570
Marche	960	1.231	2.192	Sicilia	1.493	1.441	2.934
				Italia	36.152	61.974	98.126

Gli ambiti di innovazione digitale

La spesa in Ict delle strutture sanitarie italiane è complessivamente bassa, sia per quanto riguarda gli investimenti che le spese correnti. Ma su quali ambiti e soluzioni si concentra tale spesa?

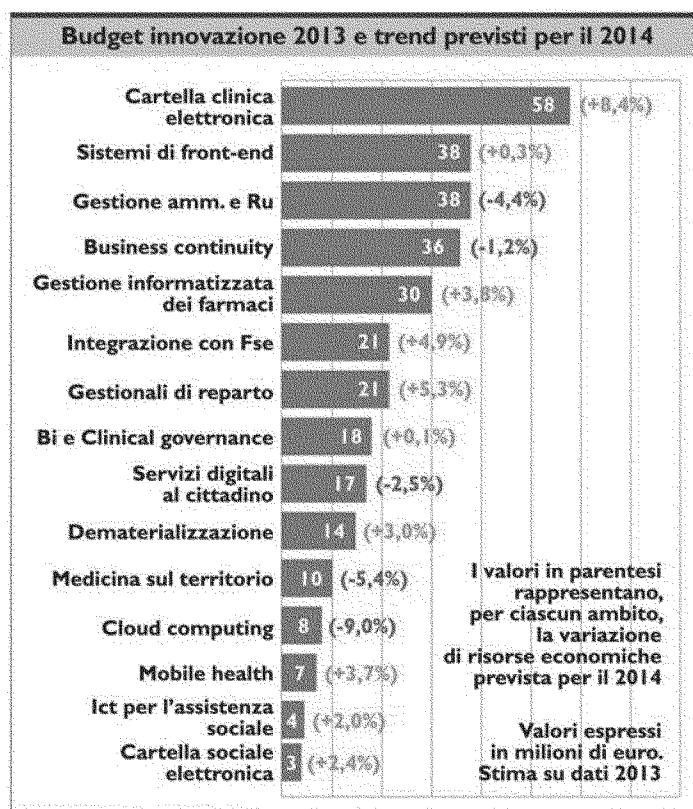
La Cartella clinica elettronica, con una spesa complessiva di circa 58 milioni di euro, rappresenta il principale ambito su cui le strutture sanitarie hanno allocato risorse economiche, con una crescita prevista per il 2014 superiore all'8%. Oltre il 70% delle Aziende ha investito sulla Cce, a dimostrazione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

Il secondo ambito più rilevante per entità di spesa riguarda i sistemi di front-end, su cui nel 2013 l'81% delle aziende ha dedicato risorse per un valore complessivo di circa 38 milioni di euro, confermato anche per il 2014. Il terzo è rappresentato dalle soluzio-

ni Ict per la gestione amministrativa e delle risorse umane, per cui l'82% delle strutture sanitarie ha speso complessivamente circa 38 milioni di euro, ma 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, come il 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 4 e 3 milioni di euro rispettivamente. Tali 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. Questa visione, incapace di guardare in modo aggregato ai bisogni dei pazienti, rende ancora più difficile la realizzazione del necessario cambiamento del sistema complessivo.



L'Osservatorio Ict in Sanità e la metodologia di ricerca

La Ricerca 2014 dell'Osservatorio Ict in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano, giunto alla sua settima edizione, ha consentito di fornire una stima della spesa Ict in Sanità, evidenziando i trend in atto sia a livello complessivo (ministero della Salute, Regioni, strutture socio-sanitarie, Mmg) sia a livello di singoli ambiti Ict, analizzando le priorità di investimento e il livello di sviluppo nei principali ambiti in cui si sta sviluppando l'innovazione digitale (Mobile health, Cartella clinica elettronica, Dematerializzazione dei documenti, Servizi digitali al cittadino, Telemedicina ecc.) ed evidenziando le barriere allo sviluppo e i benefici, così come percepiti dalle Direzioni strategiche.

La Ricerca, inoltre, ha cercato di comprendere il supporto che l'Ict può fornire allo sviluppo di nuovi canali e modelli di cura e assistenza, rilevando anche il punto di vista dei Mmg e dei cittadini e ha studiato i modelli di governance dell'innovazione Ict e il ruolo delle Regioni nello sviluppo di indirizzi e linee guida e nella realizzazione di Shared services, fornendo una stima dei risparmi economici che questa modalità di erogazione dei servizi consentirebbe di ottenere per il Sistema sanitario.

L'analisi empirica ha coinvolto una pluralità di attori:

- 88 Chief information officer e 181 tra Direttori generali, amministrativi, sanitari e sociali, in rappresentanza di 184 strutture socio-sanitarie italiane, attraverso survey e interviste dirette;

- 11 Regioni (Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Valle d'Aosta, Veneto, oltre alla Provincia di Trento), con interviste dirette a referenti e dirigenti regionali in ambito socio-sanitario;

- il ministero della Salute, tramite la Direzione generale del Sistema informativo e statistico sanitario;

- 703 Medici di medicina generale, attraverso una survey condotta in collaborazione con Doxapharma e Fimmg (Federazione italiana dei Medici di medicina generale);

- 1.001 cittadini, attraverso una survey condotta in collaborazione con Doxa. Oltre all'analisi empirica, sono stati approfonditi 65 casi di studio.

A complemento delle attività di ricerca e comunicazione scientifica, l'Osservatorio è impegnato anche nell'offrire servizi di consulenza e advisory volti ad affiancare gli attori del Sistema sanitario nella definizione e attuazione di percorsi di innovazione, mettendo a frutto le competenze, le metodologie e il network sviluppati nell'ambito degli Osservatori della School of Management del Politecnico di Milano.

L'INTERVENTO

«La terza età? Un'opportunità, non un allarme»

Troppo spesso sentiamo parlare dei nostri anziani come di "un'emergenza", che si tratti dell'ultima ondata di caldo o della necessità di tagliare i costi della sanità. E questo perché i nonni sono più fragili, generano maggiori costi, e poi perché rappresentano il richiamo a un'obbligazione dall'adempimento impossibile: quella di corrispondere alla generosità di coloro che ci hanno dato tutto, e verso i quali, perciò, ci sentiamo debitori in parte insolventi, per tanti versi in difetto. Personalmente, considero questa generosità come una fonte d'energia inesauribile. Come geriatra e come presidente del network "Italia Longeva" - Rete nazionale di ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva, istituita dal ministero della Salute, con la Regione Marche e l'Irccs Inrca - sono convinto che gli anziani rappresentino un'enorme opportunità, soprattutto per l'Italia.

Il nostro sistema sanitario, uno degli ultimi davvero universalistici, ha prodotto risultati straordinari. In 30 anni il numero di over75 è più che raddoppiato, dal 4,7% della popolazione nel 1981 al 10,6% del 2013, e all'interno di questo sottogruppo l'età media è ulteriormente aumentata, grazie alla continua riduzione della mortalità tra gli anziani. Sono trasformazioni che indicano un grande successo, ma che metterebbero a dura prova qualunque sistema assistenziale - perché un ottantenne costa di certo più di un teenager - e alle quali si deve aggiungere la spallata della crisi economica. L'attuale congiuntura, nel complesso, ci ha mostrato che abbiamo investito troppo nell'assistenza ospedaliera e troppo poco nelle cure domiciliari,

decisamente più sostenibili, soprattutto nella gestione delle cronicità. A oggi, secondo recenti dati del ministero della Salute, la spesa per l'Assistenza domiciliare integrata (Adi) non supera l'1,15% di tutta la spesa sanitaria ed è distribuita in modo eterogeneo, segno che non tutte le Regioni hanno compreso l'importanza di investire nella domiciliarità. Secondo i dati Istat del 2013, i servizi di Adi per anziani, tra il 2005 e il 2011, sono cresciuti in Emilia-Romagna (+5,2%), Umbria (+3,1%), Abruzzo (+2,9%), Provincia autonoma di Trento (+2,8%) e Sardegna (+2,7%). Nelle altre zone si sono registrati incrementi più lievi, e non sono mancati casi di Adi in diminuzione.

Sul fronte dei servizi erogati dai Comuni, il Servizio di assistenza domiciliare (Sad) è il principale intervento a favore degli anziani con difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane. Anche in questo settore, dal 2006 al 2010, c'è stato un calo di utenti tra gli over65 (-0,41%), mentre la spesa media per singolo utente è aumentata, passando dai 1.646 euro del 2006 ai 2.014 del 2010. In generale, i dati rafforzano l'idea di un gap "Nord-Sud" che va ampliandosi (oltre il 93% dei Comuni coperti al Nord, l'84% al Centro e solo il 78% al Sud).

In questo quadro, per trasformare davvero la terza età in una nuova risorsa per il Paese, dobbiamo riuscire a cogliere le esigenze degli anziani come stimoli all'ingegno e alla fantasia industriale. Per rendere la domiciliarità competitiva fino in fondo con l'assistenza tradizionale, c'è bisogno di nuove tecnologie, destinate a rendere più serena

ed economicamente sostenibile la stagione dei capelli d'argento. Per la telemedicina lo Stato si sta già muovendo - stimolato da una miriade di progetti nati sul territorio - e le Linee d'indirizzo nazionali sono state varate circa 3 mesi fa dalla Conferenza Stato-Regioni. Ora è tempo di mettersi in rete per rendere possibile la continuità fra i tanti ambiti di assistenza dedicati all'anziano: dall'ospedale all'assistenza domiciliare, fino alle residenze sanitarie. Italia Longeva si sta già muovendo con un obiettivo chiaro: curare sempre più anziani a casa e sempre meno in ospedale. Nel luglio prossimo riuniremo in un grande convegno, al ministero della Salute, gli attori coinvolti nel processo: parleremo di technoassistenza, ma con un taglio pratico e operativo, per capire come costruire un modello efficace, supportato da sistemi cloud e finanziato in modo razionale e sostenibile. Solo così potremo rileggere anche la vulnerabilità degli anziani come una chance di crescita: non solo umana e culturale, ma persino industriale ed economica.

Roberto Bernabei

*direttore del Dipartimento di Geriatria,
Neuroscienze e Ortopedia
dell'Università Cattolica
del Sacro Cuore di Roma
e presidente di Italia Longeva*



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Crescono i disagi, tensioni tra gli ammalati. Caldoro: discriminati sui fondi, ci rivolgeremo alla Corte europea

Barelle e interventi, caos ospedali

Cardarelli, finite le lettighe. San Paolo: mancano gli anestesisti, stop alle operazioni

Gerardo Ausiello

Dal Cardarelli al San Paolo è allarme ospedali. Nel più grande ospedale del Mezzogiorno sono finite persino le barelle. Così ieri i pazienti sono stati sistemati su altre barelle, prese in prestito dalle autoambulanze. terminate anche quelle, è scattata la caccia pure alle sedie dotate di ruote, all'interno degli uffici. Un'emergenza gravissima, che ha spinto i vertici del nosocomio a correre ai ripari. Allarme anche al San Paolo per la mancanza di anestesisti. Il governatore Caldoro interviene alla cerimonia del Giuramento di Ippocrate: «Discriminati sui fondi, ci rivolgeremo alla Corte europea».

Ospedali tra disagi e tensioni al Cardarelli barelle esaurite

Malati assistiti sulle sedie a rotelle. Pellegrini, Tac rotta da tre mesi

Gerardo Ausiello

Da un lato l'azzeramento del deficit e il bilancio in attivo, dall'altro gli ospedali in sofferenza e una rete territoriale che non decolla. Sono i due volti della sanità campana, schiacciata da un indebitamento record a cui la Regione ha risposto negli ultimi anni con una terapia d'urto: tagli, accorpamenti, tasse e ticket. Inevitabili le ricadute sui livelli essenziali di assistenza e sulla qualità dei servizi anche se, ha chiarito (dati alla mano) il governatore Stefano Caldoro, «con la riduzione degli sprechi le prestazioni sono migliorate». La strada resta comunque in salita. Perché criticità ed emergenze permangono un po' ovunque, a macchia di leopardo. Vediamo dove.

Sos barelle al Cardarelli

Nel più grande ospedale del Mezzogiorno sono finite persino le barelle. Così ieri i pazienti sono stati sistemati su altre barelle, prese in prestito dalle autoambulanze. terminate anche quelle, è scattata la caccia pure alle sedie dotate di ruote, all'interno degli uffici. Un'emergenza gravissima, che ha spinto i vertici del nosocomio a correre ai ripari. «A inizio settimana si registra sempre un picco di accessi al pronto soccorso, così come è accaduto stavolta - ammette il direttore sanitario Franco Paradiso - Le barelle ci sono, però talvolta, proprio a causa di questo alto numero di accessi, possono non bastare. C'è stata una criticità ma la situazione sta tornando alla normalità». «Non deve più accadere, il Cardarelli è un presidio fondamentale per i pazienti e per il servizio sanitario campano», avverte il leader dell'Anpo Vittorio Russo.

Tac «fantasma» al Pellegrini

Da tre mesi l'unico macchinario presente al Vecchio Pellegrini è fuori uso. Un disservizio che ha bloccato le prestazioni ambulatoriali e rallentato l'assistenza per i ricoverati. Non solo. Già, perché anche le emergenze e

I tagli

Nello storico nosocomio della Pignasecca soccorso oculistico fino alle 20

le prestazioni del pronto soccorso devono ricorrere all'ausilio di altri presidi per garantire l'assistenza sanitaria ai pazienti. Che, pur giungendo al pronto soccorso della Pignasecca, devono essere trasferiti in altri ospedali per gli esami diagnostici. Una beffa. E il ricorso alle Tac del San Paolo e del Loreto Mare costa sia in termini di tempo che di risorse. «Quando viene fatta una Tac fuori presidio si impiega l'unica autoambulanza di cui dispone il Vecchio Pellegrini - osservano i sindacalisti Cgil Gino Brancaccio e Armando Angelini - ciò significa bloccare il mezzo di soccorso per trasferimenti spesso lunghi e ricorrere ad ambulanze convenzionate con ulteriori costi». «L'ospedale della Pignasecca è l'unico pronto soccorso nel cuore della città e conta circa 80mila prestazioni annue, di cui quasi 2mila effettuate proprio con la Tac. Il problema va assolutamente risolto» chiarisce Antonio Ruggiano, portavoce Fials del presidio. Dove, a causa dei tagli, sono stati sacrificati servizi strategici: come il pronto soccorso oculistico, che dalle 20 non è più disponibile. Né al Vecchio Pellegrini né nel resto della Campania.

Loreto Mare e San Paolo nel caos

Vi è mai capitato di trascorrere una notte al pronto soccorso del Loreto Mare? È un'esperienza che difficilmente si dimentica. Perché può succedere di dover attendere anche cinque ore per una semplice visita o per qualche accertamento di routine. Con le cartelle cliniche in balia di medici e infermieri di turno. Sembra difficile, ma al San Paolo va anche peg-

gio: nel presidio di Fuorigrotta gli interventi chirurgici sono stati addirittura sospesi per carenza di personale. Vengono garantite solo le urgenze.

Aspettando l'Ospedale del Mare

Lo stop è durato due anni, ma il cantiere ha riaperto i battenti il 2 settembre del 2013 e i lavori dovrebbero essere completati il 29 agosto del 2015. «L'ospedale lo stiamo costruendo giorno per giorno nei tempi, nei modi e nei costi previsti dall'accordo siglato nel novembre del 2012» ha spiegato il commissario ad acta Ciro Verdoliva alla delegazione di parlamentari del Movimento 5 Stelle che l'altro ieri hanno ispezionato per filo e per segno il cantiere.

Diabete, assistenza a rischio

Nel variegato e complesso universo della sanità campana ci sono poi casi clamorosi, come quello del Centro di diabetologia pediatrica Stoppoloni nella Seconda Università di Napoli. Le mamme dei 1500 piccoli pazienti in cura presso il polo pediatrico (l'unico, insieme con quello della Federico II, che offre un'assistenza adeguata alle esigenze di bambini e ragazzi) hanno chiesto a lungo l'attivazione di due contratti di specialistica ambulatoriale, indispensabili per garantire la continuità assistenziale. Alla fine, grazie al pressing delle famiglie e allo sforzo della direzione generale, la situazione si è sbloccata e i concorsi sono partiti. Ci sarebbe ancora tanto da fare ma questo è sicuramente un primo, importante passo.

(ha collaborato Melina Chiapparino)



La protesta sui muri
Dazebao e firme
«Basta cattiva gestione
a casa i vertici dell'Asl»



Le inefficienze
C'è carenza persino
di rotoloni per asciugare
le mani e attrezzature



L'odissea dei malati
Per la lesione del tendine
ricoverato il 16 aprile
e operato il 5 maggio

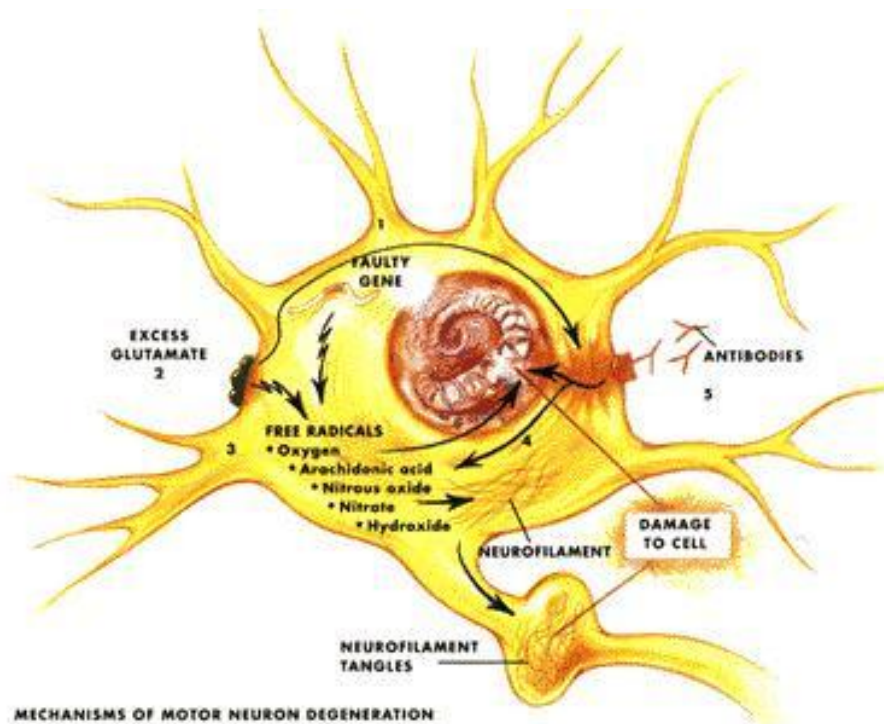


Le soluzioni fai-da-te
Una scatola di cartone
utilizzata per sollevare
lo schienale di un letto



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Ricerca La scoperta di un team del San Raffaele e di Harvard Come riattivare il gene sentinella che blocca i tumori del sangue

Nei tumori esistono meccanismi che disattivano le difese dell'organismo, altrimenti in grado di uccidere le cellule malate, e permettono loro di agire indisturbati. In particolare, quelli del sangue disattivano un gene sentinella che riconosce le cellule del tumore e ne attiva il suicidio.

Studiando questo meccanismo un'équipe di ricercatori del San Raffaele di Milano e della bostoniana *Harvard Medical School* ha scoperto la proteina responsabile del blocco del gene. E, ancora meglio, dimostrato che se si inattiva la proteina il gene riparte nella sua azione di guardiano anti-tumore. Ricostruito il puzzle, la strada è aperta ad una nuova cura potenzialmente in grado di far suicidare solo le cellule del tumore e che, comunque, dovrebbe ridurre i pesanti effetti tossici collaterali della chemioterapia accelerandone l'azione.

Il lavoro è pubblicato da *Nature Medicine* e vede come prima firma l'italiana Francesca Cottini, medico e ricercatrice sia a Boston sia al San Raffaele. Già nota per aver individuato il meccanismo che il mieloma (altro tumore del sangue) utilizza per evitare la morte cellulare e continuare a proliferare indisturbato. Una scoperta tira l'altra e alla fine la medicina raggiungerà l'obiettivo di sconfiggere (o addirittura bloccare sul nascere) il male finora più «astuto» e più temuto (tanto che si evita di pronunciarlo): il cancro. Per

ora è nel campo del sangue (leucemie, mielomi, linfomi) che si cominciano a inquadrare geni e proteine il cui gioco manda in tilt sistemi di difesa di per sé impenetrabili. Un gioco di spie e servizi segreti in cui le cellule tumorali eccellono, a tutto discapito delle cellule sane che invece si fanno facilmente «truffare».

La ricerca scientifica è impegnata proprio nello smascherare la truffa-cancro e, in parallelo, addestrare le difese a non cadere negli imbrogli.



Scienziata Francesca Cottini, medico tra Milano e Boston

Tornando alla scoperta, da brevetto Italia-Usa, lo studio è stato finanziato dall'Associazione italiana ricerca cancro (Airc) e dalla Fondazione Cariplo. A coordinare l'équipe sono stati Giovanni Tonon, capo dell'Unità di Genomica funzionale del cancro del San Raffaele, e Kenneth Anderson, del *Department of medical oncology* alla *Harvard Medical School*. Qualche

sigla: il gene sentinella si chiama *Yap1* (un gene oncosoppressore il cui compito è riconoscere le cellule impazzite per attivarne l'apoptosi, o suicidio), la proteina che «spegne» *Yap1* si chiama *Stk4*. Se la si disattiva, il gene riprende a funzionare.

Tonon è ottimista: «C'è la possibilità di mettere a punto cure che possono, fermando *Stk4*, riattivare il ruolo fondamentale del gene sentinella che induce la morte delle cellule dei tumori del sangue». Aggiunge Francesca Cottini: «Il sogno di


Sotto brevetto

I risultati sono stati tutelati da un brevetto italo-statunitense

ogni medico è dare un contributo scientifico che possa migliorare le aspettative e la qualità di vita dei pazienti. In questi anni ho studiato e identificato un meccanismo molecolare che il mieloma utilizza per evitare la morte cellulare e continuare a proliferare nonostante la presenza di danni al Dna. Poi, con sorpresa, abbiamo visto che questo meccanismo è in uso in molte patologie proliferative del sangue».

Meccanismi analoghi esistono sicuramente anche nei tumori cosiddetti solidi. La via è aperta: è caccia ai vari «talloni d'Achille» del cancro, quelli che il male per primi disinnescano. E la scienza ha ora il compito di scoprire come non farli disinnescare, oppure come reinnesccarli.

Mario Pappagallo

 @Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ALDO FRANCO DE ROSE *

LA MELATONINA previene l'insorgenza del tumore alla prostata e ostacola la formazione dei vasi che dovrebbero servire al suo nutrimento. È questa la conclusione di uno studio italiano pubblicato dal *Journal of Pineal Research* e condotto da Rita Paroni e Michele Samaja, biochimici del Dipartimento di Scienze della Salute della Statale di Milano, da Franco Fraschini del Dipartimento di Biotecnologie, in collaborazione con l'Università di Brescia e quella di San Antonio in Texas.

La ricerca viene considerata importante in quanto, per la prima volta, la melatonina è stata somministrata in dosi tollerabili in vivo, anche se in animali da esperimento, senza osservare gli effetti tossici registrati in precedenza con gli esperimenti sulle colture cellulari. In questo caso alcune cellule tumorali della prostata umana sono state trapiantate in topi maschi. Un gruppo di questi è stato trattato con 18 iniezioni di melatonina (1 mg/kg) per 7 settimane, mentre un gruppo di controllo con soluzione fisiologica. Dalle analisi dei dati è risultato che i livelli di melatonina nel plasma e nel tessuto eterotraplantato erano 4 e 60 volte superiore rispetto ai campioni di controllo mentre il numero dei microvasi osservati nel tessuto tumorale era di molto inferiore negli animali trattati con melatonina. Da qui l'importanza della ricerca: effetto benefico della melatonina nel ridurre la crescita tumorale in vivo a livelli plasmatici molto bassi, eriduzione dell'angiogenesi, cioè di quei vasi che consentono la crescita tumorale. In pratica una prima conferma del ruolo antitumorale della melatonina, ormone secreto dalla ghiandola Pineale del cervello, ritenuto fino ad oggi

Ma il regolatore del ciclo giorno-notte è da usare con cautela: troppi rischi

IN FARMACIA.

L'integratore è sparito C'è il farmaco con minore principio attivo

VALERIA PINI

LIL PRIMO gennaio, sono state ritirate dal mercato le confezioni di melatonina da 3 mg, vendute sotto forma di integratore alimentare. Ora in farmacia

Melatonina. Viene secreto dalla Pineale del cervello e avrebbe un ruolo anticancro nella prostata

Uno studio italo-americano sui topi apre a nuove strade

Quell'ormone è un'arma scacciatumori

esclusivo regolatore del ciclo sonno/veglia.

E proprio partendo dall'alterazione del sonno, nel gennaio 2014, a San Diego, alcuni ricercatori del Dipartimento di Epidemiologia della Harvard School di Boston, avevano presentato uno studio alla Prostate Cancer Foundation Conference sul rischio maggiore o minore di sviluppo del cancro alla prostata, in base ai livelli di melatonina presenti nell'organismo. Lo studio (7 anni), concludeva che gli uomini con più alti livelli di melatonina presentavano una riduzione del 75 per cento del rischio di sviluppare il cancro della prostata rispetto agli uomini che ne avevano livelli più bassi. Ma attenzione al fai da te. Ad oggi non è stato ancora sperimentato un dosaggio sicuro di melatonina in grado di prevenire o curare il tumore della prostata, mettendo al riparo dagli effetti collaterali, dovuti al sovradosaggio: sonnolenza il giorno successivo all'assunzione, aumento dei battiti cardiaci e depressione, irrequietezza, insonnia, diminuzione della salivazione, pelle e occhi gialli. Attualmente esiste un solo farmaco e vari integratori al dosaggio di 1 mg (vedi box in pagina).

*Spec. Urologo e Andrologo, Clinica Urologica, Genova

si può acquistare, invece, un farmaco che contiene 2 mg a pillola, il *Circadin*. Costa 19,95 euro a confezione, quasi un euro a pillola e circa 3 volte di più degli integratori. Serve una prescrizione del medico, non necessaria in passato. Una novità che non è piaciuta a molti pazienti. Presente nell'organismo, la melatonina regola i bioritmi corporei, come il ciclo sonno-veglia. Ogni anno si vendevano 3 milioni di confezioni da 3-5 mg. La decisione del ministero della Salute (negli integratori non più di un 1 mg di principio attivo) è un adeguamento al regolamento dell'Ue sulle indicazioni per la salute per gli integratori.

Ma dal momento che la melatonina non ha mai avuto controindicazioni, quale la ragione? «Se a una sostanza viene attribuito un ruolo specifico nella terapia è giusto che vengano definiti le modalità e il quantitativo da assumere», spiega Giacomo Della Marca, responsabile del Laboratorio dei disturbi del sonno del Gemelli - Molti integratori conte-

nevano quantità di melatonina non definite e non era chiaro quanto principio attivo venisse assorbito dall'organismo». Va ricordato che la melatonina è indicata solo per alcuni disturbi in quanto risincronizza il sonno. È utile nei casi di jet-leg o se ci si addormenta troppo tardi. In questi casi la Ue indica che l'effetto benefico si ottiene con 1 mg. Perché al-

Un adeguamento alle direttive dell'Europa sulla salute
Questione di certezza delle dosi

lora il nuovo farmaco ne contiene 2mg? «In molti casi basta 1 mg, ma ci sono malattie meno comuni in cui servono dosi più alte. C'è un altro problema. La formulazione del *Circadin* è a rilascio prolungato, ma in alcune terapie servirebbe il rilascio immediato. Oggi non esiste», conclude Della Marca.

FLASH

Pressione

Con lo slogan "Impara a conoscere la tua pressione arteriosa" torna l'appuntamento annuale della SIIA, Società italiana anti-ipertensione, con la Giornata Mondiale (sabato 17 maggio). Sono previste in molte città italiane postazioni della Cri per misurare la pressione. La patologia, secondo i dati Oms, è la prima causa di mortalità nel mondo, a fronte di strumenti di diagnosi e strategie di prevenzione molto accessibili. L'ipertensione è presente in circa il 30% della popolazione italiana. Info: www.siiia.it (tel. 0289011949).

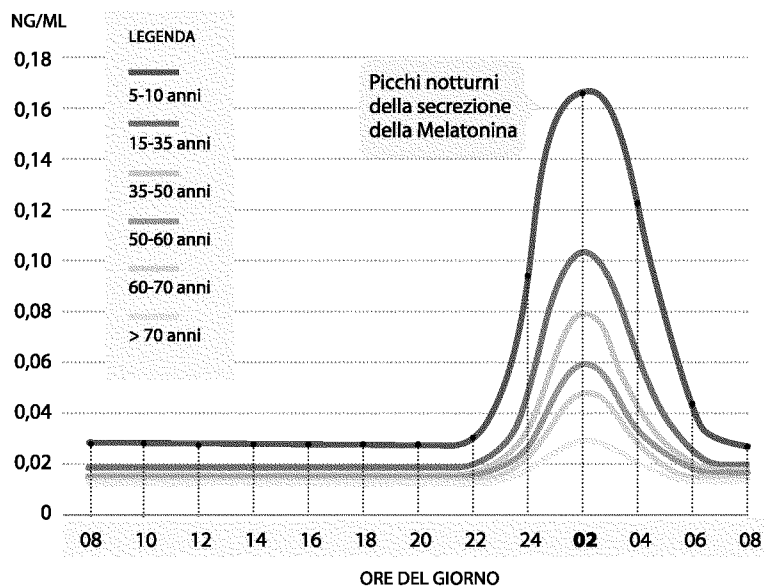
Parkinson

In Italia vivono più di 153.000 persone che soffrono del morbo di Parkinson, mentre sono oltre 75.000 i pazienti afflitti dai cosiddetti parkinsonismi. L'Associazione Italiana Parkinsoniani ed alcuni dei principali esperti della patologia hanno redatto la Carta dei Diritti del Parkinsoniano (contributo di Abbvie) per proporre un percorso diagnostico-terapeutico efficace. Si stima che un paziente in stadio avanzato costa al servizio sanitario circa 73.303,84 euro all'anno. www.parkinson.it/aip

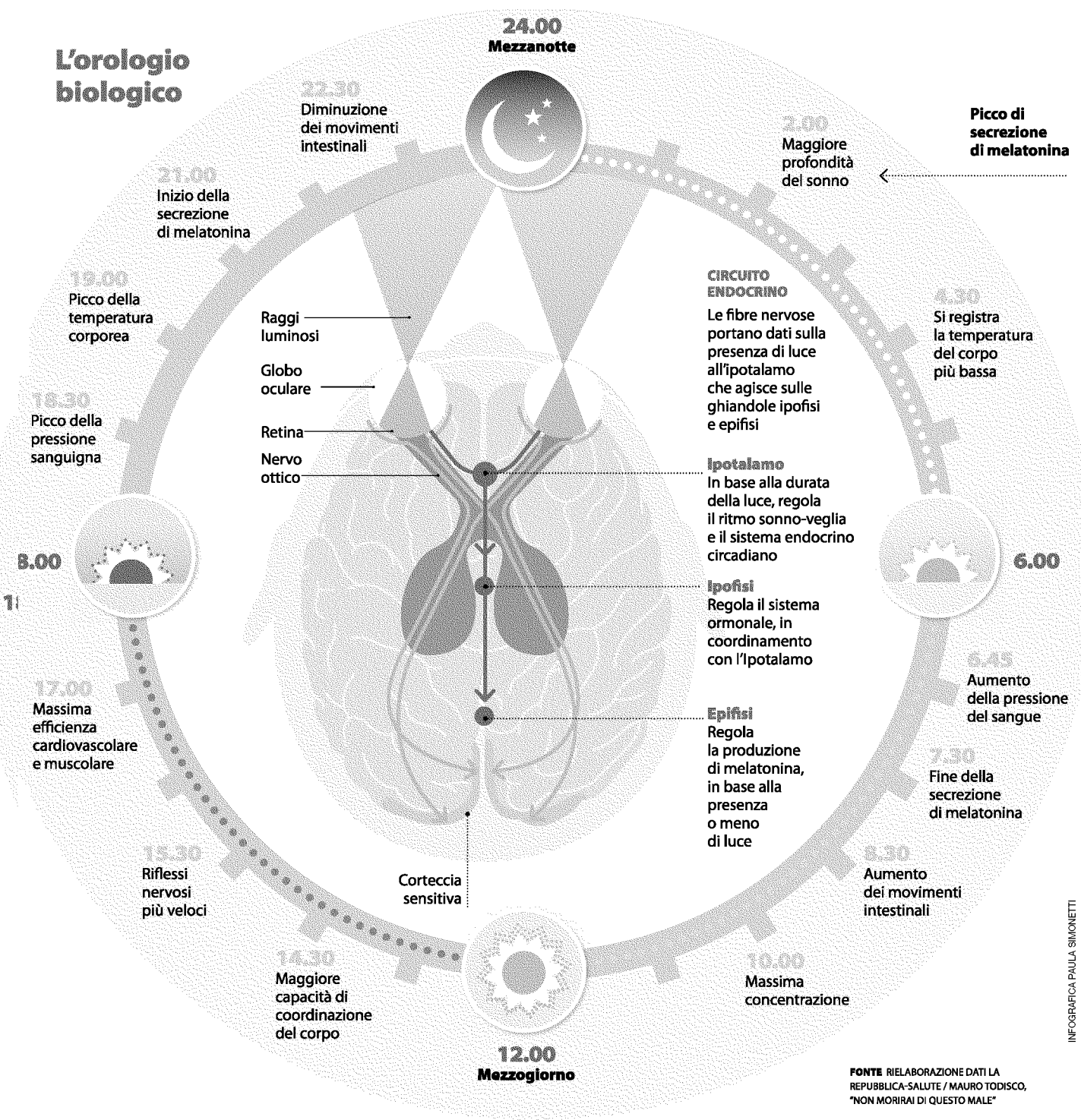
Pigrizia

Fino al 18 maggio la Settimana contro la pigrizia lanciata da Zumba (il marchio della fitness-danza) e la Fondazione "per il tuo cuore" nata dall'associazione dei cardiologi ospedalieri Anmco. L'invito nella settimana è aderire inviando ai socialnetwork le piccole proposte anti-pigrizia con l'hashtag #NoPigrizia. Info su www.zumba.com

SECREZIONE DI MELATONINA In nanogrammi per millilitro (ng/ml)



L'orologio biologico



INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

FONTE RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / MAURO TODISCO, "NON MORIRAI DI QUESTO MALE"

L'INTERVISTA / LUIGI CANCRINI

“Ma l'unica cura rimane l'empatia”

PICCOLE scosse elettriche per rendere paradisiaco il nostro mondo onirico. Sotto l'aspetto psicanalitico, è ragionevole? O auspicabile? Lo psichiatra e accademico Luigi Cancrini è scettico. «Diciamo che con queste scosse elettriche gli scienziati sono riusciti a far passare il paziente dal sogno Rem al sogno lucido, ossia consapevole, ad occhi aperti, con un minimo di capacità di direzionare il sogno stesso. Ma non credo che ciò possa avere di per sé un valore terapeutico».

Come giudica il fatto che i ricercatori si dicano certi di controllare gli incubi di chi soffre di disturbo post-traumatico?

«In una terapia ciò che mi sembra importante è la qualità della relazione che s'instaura con il paziente. Il correlato neuro-fisiologico è interessante sotto il profilo della nostra conoscenza, ma il terapeuta deve anzitutto costruire le condizioni per un ascolto "empatico" del paziente».

Qual è la ragione biologica del sogno?

«Noi sogniamo perché nel momento in cui la nostra consapevolezza si attenua la vita psichica continua. E quello che arriva alla coscienza parziale del sogno è un materiale molto più vicino alle nostre emozioni profonde. Rispetto allo stato di veglia i filtri sono meno forti».

Le avrebbe usate queste scosse Sigmund Freud?

«Per abbassare le resistenze del paziente, Freud lo toccava sulla tempia provocando con la vicinanza un più libero fluire delle associazioni. Quello che usava Freud era il contatto empatico».

(p.d.r.)

Salviamo la tiroide

Una facile prevenzione
in caso di carenza cronica:
basta un poco
di sale iodato
Quasi un terzo di italiani
ha qualche disturbo
legato alla ghiandola
e ai suoi ormoni

RSALUTE/

Tiroide. Da lunedì prossimo prende il via la settimana mondiale
In crescita le patologie del piccolo organo endocrino, soprattutto nelle donne
Molto si può fare con il normale cloruro di sodio ma arricchito. Ecco i consigli

Basta un pizzico di sale iodato per prevenire

**“Più che respirato, va
mangiato. La dose è 150
microgrammi al giorno”**

MARIAPAOLA SALMI

QUASI un terzo della popolazione italiana potrebbe avere un disturbo alla tiroide. Se si controllassero con attenzione i valori degli ormoni tiroidei nel sangue o la struttura dell'organo con un'ecografia, quasi certamente si troverebbe un'alterazione di funzione o di volume di

questa ghiandola in tanti italiani esposti endemicamente, come sappiamo, ad una carenza cronica di iodio.

E senza iodio nel sangue, la tiroide non fa ormoni tiroidei (tiroxina e triiodotiroxina), né li immagazzina e li rilascia quando servono. Il deficit o l'eccesso di ormoni tiroidei provocano ipofunzionalità tiroidea con conseguente ipotiroidismo, molto frequente, a volte sub-clinica che colpisce quasi il 10% della popolazione in maggioranza donne, oppure una iperfunzionalità con ipertiroidismo, più rara (1%) ma non meno problematico. I noduli, frequenti nel sesso femminile e in aumento, a loro volta sono ipo o iper-

funzionanti, raramente maligni (1%).
Ad oggi l'unico mezzo per prevenire questi disturbi è attuare la profilassi iodica che si fa introducendo iodio con l'alimentazione. «Più che respirarlo lo iodio, microelemento volatile, va mangiato — dice Francesco Trimarchi della Società italiana di Endocrinologia (SIE) — bastano 150 microgrammi di iodio al giorno cosa possibile solo se si utilizza il sale da cucina fortificato con iodio, o sale iodato, in vendita nei supermercati e nei negozi di alimentari. Naturalmente la raccomandazione è quella di usare poco sale, non più di 5 grammi, ma iodato». Il quantitativo di iodio va raddoppiato in

gravidanza in quanto il feto per i primi tre mesi utilizza l'ormone materno e dopo, quando si forma la tiroide, ne ha bisogno per un corretto sviluppo del sistema nervoso.

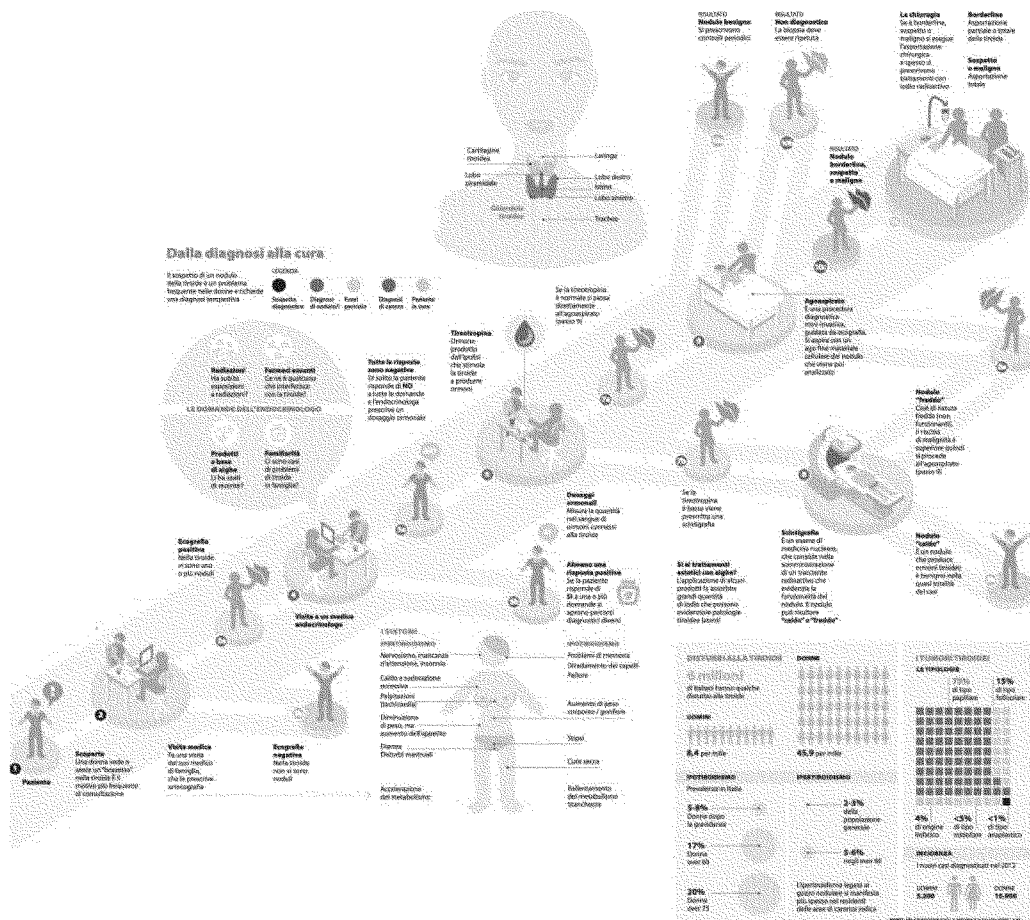
La tiroide pesa meno di 20 grammi ma è considerata la "centrale del benessere" perché con i suoi ormoni governa e influenza tutti gli organi e i tessuti del corpo, inclusi cuore e cervello. Non a caso la Settimana mondiale della tiroide 2014, 19-25 maggio, s'intitola «Tiroide problema sociale: dal corpo alla mente».

Quando la tiroide va in confusione persi-

no il modo di scrivere si altera, lo conferma una ricerca condotta dagli endocrinologi dell'Università Cattolica di Roma, pubblicata sulla rivista *Thyroid* che hanno esaminato soggetti con morbo di Basedow, una forma di ipertiroidismo in cui vengono prodotti autoanticorpi diretti contro la propria tiroide, più frequente nel sesso femminile che d'altra parte è il bersaglio delle affezioni tiroidee che nella donna in età fertile e in postmenopausa si manifestano con una frequenza da 4 a 8 volte maggiore rispetto ai maschi. «I motivi di tale disparità che si ripercuote anche sulla fertilità, si spiegano in parte con la genetica e con la predisposizione femminile per le malattie autoimmuni, in parte con gli estrogeni che aumentano l'eliminazione di iodio con le urine — sottolinea Paolo Beck-Peccoz, presidente dell'Associazione italiana della tiroide (Ait) — il punto è la diagnosi che va fatta prima possibile e la cura, personalizzata al massimo».

Il 40% delle persone con problemi tiroidei risulta trattato poco o troppo. Il successo terapeutico dipende molto da come il farmaco (Levotiroxina) viene assorbito e assimilato. Un aiuto arriva dalle nuove formulazioni disponibili sia in forma liquida orale che in capsule molli, queste ultime in 12 diversi dosaggi (da 30 a 200 microgrammi) che presentano minori interazioni con gli alimenti e il caffè, ma soprattutto possono soddisfare qualunque dosaggio ormonale richiesto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cavo orale. Malattie che si scoprono dal dentista: da sabato in 8 mila studi Andi visite per un mese, mentre gli odontoiatri e l'Anpo chiedono maggiore integrazione e una rete nazionale del servizio pubblico per prevenzione e cure

Un controllo in bocca per salvarsi dal cancro

ANNAMARIA MESSA

UNA rete sanitaria nazionale per prevenire e curare le malattie della bocca ottimizzando le strutture del Servizio sanitario nazionale. Sono pronti a imboccarsi le maniche i primari ospedalieri di Odontoiatria, Odontostomatologia, Chirurgia MaxilloFacciale con altri operatori della sanità pubblica. Al ministro Lorenzin, in un recente convegno, hanno chiesto di pianificare una task force e di emanare linee guida d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni. «La gente non va dal dentista perché non ha soldi e non scopre tante patologie che possono invece essere curate in tempo. Come i tumori che prima il dentista individuava già in fase iniziale e che ora, spesso, scopre quando è troppo tardi», spiega Francesco Riva, direttore Chirurgia Odontostomatologica, della Usl Roma A e tra gli organizzatori del convegno.

Il cancro della bocca è più diffuso di quanto si pensi. Ogni anno circa 6 mila nuovi casi con un tasso di mortalità di oltre il 70% a 5 anni dalla diagnosi. Prevenzione e diagnosi precoce possono fare la differenza: quando il cancro è scoperto e curato nella fase iniziale si ha una guarigione completa. Tra le cause scatenanti, oltre a quelle genetiche e sistemiche, agenti virali, alimentazione inadeguata, traumatismo cronico (come in caso di protesi dentarie mal realizzate), scarsa igiene del cavo orale e, anche fra i giovani, Papilloma Virus (HPV) trasmissibile attraverso il sesso orale non protetto. Il rischio aumenta da 6 a 28 volte nei fumatori, ancora più unendo il consumo di alcolici. Per una maggiore conoscenza in termini di prevenzione e diagnosi precoce la Fondazione Andi organizza anche quest'anno - sabato 17 maggio - l'Oral Cancer Day con i suoi dentisti nelle principali piazze del paese. Dal 17 maggio al 19 giugno iniziative e visite di controllo gratis in più di 8 mila studi dentistici (Info: 800911202).

«Bisogna garantire a tutti almeno le visite con il ticket in una struttura pubblica. Non chiediamo finanziamenti che sappiamo impossibili, né assunzione o allargamento dei Lea (livelli essenziali di assistenza) ma vogliamo rendere più efficiente il sistema nazionale con una strategia di rete locale e nazionale tra presidi, ospedali e operatori privati, utilizzando le strutture esistenti: ci sono ambulatori periferici che hanno una produttività del 30% rispetto a un ospedale e questo non è possibile», afferma Riva. Come prima iniziativa, il dal 13 al 15

Ogni anno circa 6 mila casi di tumore con alto tasso di mortalità a cinque anni

novembre visite gratis di bocca e denti in ospedali e strutture odontoiatriche pubbliche di tutt'Italia. Per pazienti con patologie a rischio l'assistenza qualificata va garantita sempre e ovunque. «Uguale trattamento e 100% di cure per i malati emofilici colmando le differenze tra le Regioni», sollecita Romano Arcieri, segretario generale Federazione Associazioni Emofilici. «Vale per le estrazioni di un dente, a maggior ragione per gli impianti che hanno bisogno di una adeguata copertura emostatica». Stesso discorso per cardiopatici e altri pazienti vulnerabili.

È già attiva qualche rete locale integrata. A Udine (per un'area di 500 mila abitanti) «i pazienti con vulnerabilità sanitaria, filtrati dagli ambulatori territoriali, sono inviati in uno dei tre presidi del territorio e trattati da una équipe medica mista, dirigenti medici di chirurgia maxillo facciale e dirigenti odontoiatri, nei casi complessi sono ricoverati all'ospedale di Udine», spiega Antonio M. Miotti, direttore Chirurgia maxillo-facciale all'ospedale universitario di Udine. «A Trento c'è il libretto sanitario odontoiatrico, sistema informatizzato di screening, un programma di prevenzione nelle scuole (seconda elementare) della provincia», conclude Fulvio Campolongo, Direttore Chirurgia maxillo-facciale a Trento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FLASH

Sangue

Scoperto e brevettato al San Raffaele di Milano, in collaborazione con la Harvard Medical School di Boston, il meccanismo per riattivare un gene sentinella il cui compito è di riconoscere la cellula tumorale impazzita spingendola all'apoptosi. Aperta la strada a nuove terapie. Su Nature Medicine.

corretta igiene orale. 4) dolore: compare dopo 3 settimane dal primo trattamento fino al termine della cura. Consigliati farmaci topici e farmaci oppioidi. 5) alimentazione: prima della radioterapia fino al 50% dei pazienti è malnutrito, dato che tocca l'80% durante i trattamenti. Importante l'aiuto di un nutrizionista.

Testa collo

Cinque regole per ottimizzare i trattamenti per i tumori della testa e del collo dall'Istituto nazionale tumori di Milano. 1) cura della pelle: per prevenire dermatiti da radioterapia acqua tiepida, saponi neutri e creme idratanti. No a rasoi elettrici per gli uomini. Per irritazioni o infezioni consultare il medico. 2) Esercizi indicati da un esperto per difficoltà di deglutizione, tosse sensazione di soffocamento o alterazioni della voce post trattamento. 3) terminare le cure odontoiatriche prima delle cure e mantenere una

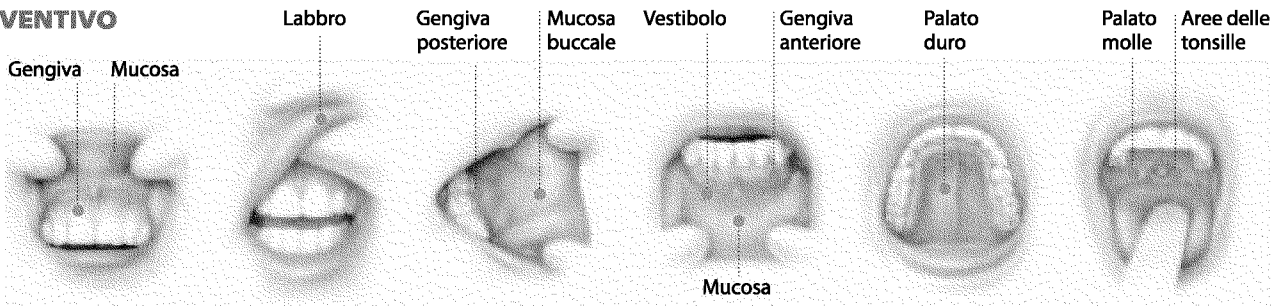
Cheratite

Un farmaco derivato dalle ricerche del premio Nobel Rita Levi Montalcini si è dimostrato sicuro e potenzialmente efficace nel trattamento della Cheratite Neurotrofica patologia oculare rara. I dati preliminari sono stati presentati al meeting Arvo a Orlando da Dompè.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

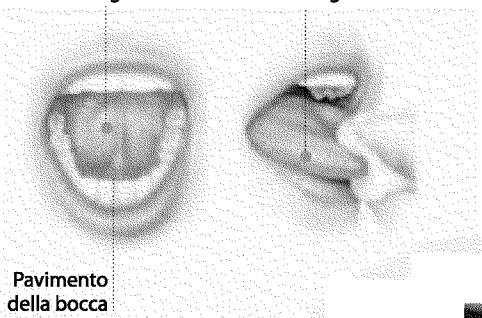
L'ESAME PREVENTIVO

Uno screening breve per la diagnosi del cancro orale comprende questi otto step di esame nella parte interna della bocca



Superficie ventrale della lingua

Bordo laterale della lingua



Pavimento della bocca

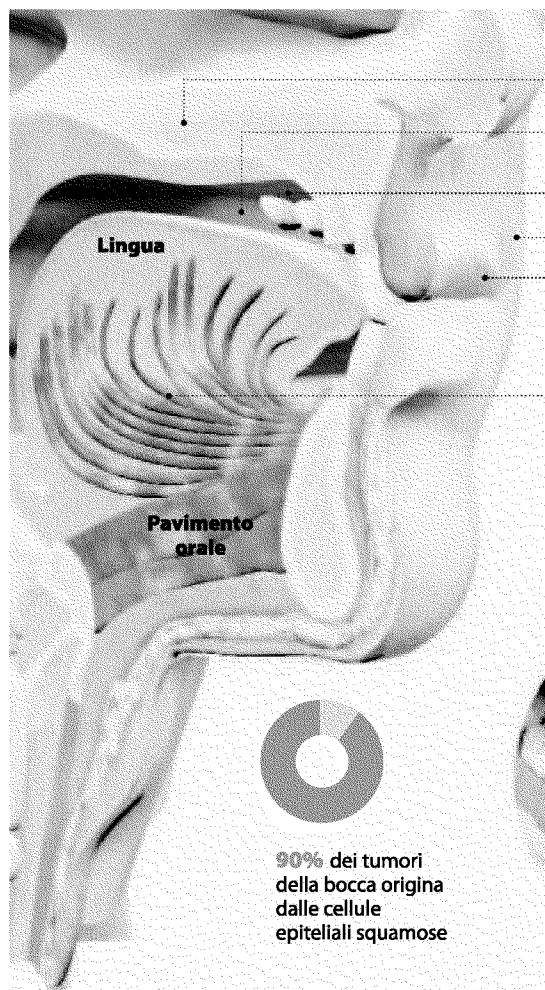
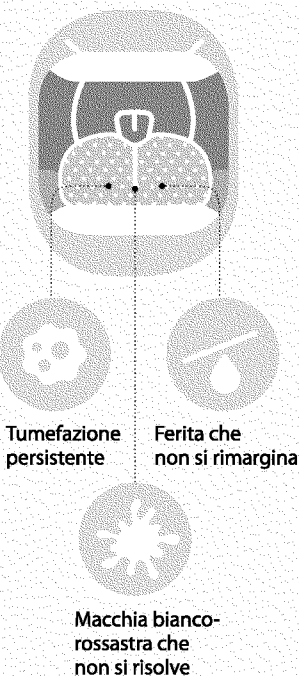
IN CIFRE NEL MONDO IN ITALIA



Come colpisce

LE LESIONI

Possibili segnali di allarme:



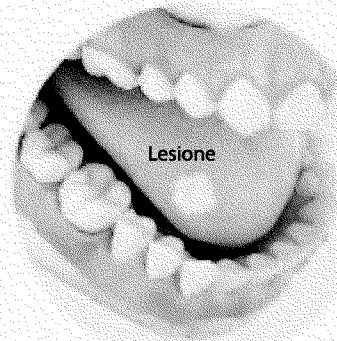
LE ZONE COINVOLTE

- Palato duro
- Trigono retromolare
- Gengive
- Guance
- Labbra

11% dei nuovi casi colpisce le labbra

LA LINGUA

È la sede più frequente coinvolta nelle neoplasie del cavo orale: infatti i carcinomi linguali sono il 30% circa di tutti i carcinomi orali



90% dei tumori della bocca origina dalle cellule epiteliali squamose

DISPLASIA

Ulteriori mutazioni portano all'eccessiva proliferazione cellulare con caratteristiche e comportamento anormale delle cellule

CANCRO IN SITU

Le cellule continuano a moltiplicarsi, limitandosi però all'epitelio. La lesione può rimanere invariabile o evolvere alla fase seguente

CANCRO INVASIVO

Ulteriori modifiche genetiche consentono alle cellule maligne di invadere tessuti sottostanti, andare in circolo e creare metastasi

Race for the cure.

La tre giorni organizzata da Komen Italia a Roma da venerdì, a Bari dal 23 maggio

Prevenzione seno la maratona rosa per tutelare meglio le donne

BUON compleanno Race for the Cure. La famosa maratona delle "donne in rosa" promossa da Komen Italia compie 15 anni, una ragazza nel fiore dell'adolescenza, tenace, pronta a crescere ancora e a combattere al fianco delle tante donne alle quali ogni anno si diagnostica un tumore al seno e devono affrontare la dura battaglia verso la guarigione. Il lungo week-end della Race si aprirà venerdì 16 maggio a Roma al Circo Massimo con il "Villaggio della Salute" realizzato quest'anno anche con il contributo della regione Lazio, della Fondazione Johnson & Johnson, del Policlinico Gemelli di Roma, del Coni, delle Fiamme Gialle e di importanti partner

istituzionali, main media e lo sponsor dei volontari MSD. Domenica mattina, 18 maggio, sarà per tradizione dedicata alla corsa di 5 Km e alla passeggiata di 2 Km che si snoderanno tra Circo Massimo, Terme di Caracalla e Colosseo.

Commenta Riccardo Masetti, presidente della Susan G. Komen Italia e direttore del Centro di senologia del Policlinico Gemelli di Roma: «Grazie alla raccolta fondi abbiamo potuto offrire a donne disagiate delle città coinvolte dalla Race circa 8.500 visite senologiche, più di 9.000 esami mammografici ed ecografici e quasi 10.000 prestazioni diagnostiche per altre patologie legate alla sfera femminile; abbiamo sostenuto 245 progetti di oltre 110 associazioni e distri-

buito più di 2.150.000 euro in 17 regioni italiane». Questa edizione è dedicata alla prevenzione a 360°: non solo tumore al seno ma sfera ginecologica, contraccezione, alimentazione e stili di vita. «E per la prima volta trattiamo un argomento delicato: i danni collaterali da tumore al seno - spiega il professor Masetti - perché questa malattia oltre a segnare il corpo segna la psiche della donna, sconvolge la sua vita familiare, l'attività lavorativa e le relazioni affettive. Noi vogliamo che le donne oltre a guarire dal tumore al seno guariscano anche nella mente e che siano tutelate, questioni fondamentali alle quali deve pensare l'équipe multidisciplinare e in primo luogo noi oncologi».

Tutte le iniziative sono gratuite, per partecipare basta do-

LA NEOPLASIA PIÙ FREQUENTE TRA LE DONNE

30% di tutti i tumori femminili colpiscono il seno



nare un minimo di 13 euro; info e prenotazioni sul sito www.receroma.it; la seconda e terza tappa di Race for the Cure si terranno a Bari, 23-25 maggio, piazza Diaz; a Bologna, 26-28 settembre, Giardini Margherita.

(mp. s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Diffusione

Quelle al seno sono le neoplasie più diffuse e la principale causa di morte nelle over 35.



Prevenzione

Info su familiarità; ogni anno mammografia e visita per over 40; ogni tre prima dei 40.



Mondo

Nei paesi poveri il 44,1% dei casi di tumore è al seno in donne 15-49 anni.