



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Lunedì 10 NOVEMBRE 2014

Patto salute. Pronta prima bozza del ddl delega su gestione e sviluppo delle risorse umane. Tutte le novità per il personale Ssn. Dai requisiti di accesso alla carriera dei dirigenti

Requisiti d'accesso per il personale del Servizio sanitario nazionale, riforma degli ordinamenti didattici, disciplina della carriera della dirigenza con una distinzione tra carriera professionale e manageriale e stabilizzazione dei precari. Questi i temi affrontati dal Ddl delega su gestione e sviluppo delle risorse umane. [LA BOZZA](#)

Con qualche giorno di ritardo rispetto al rullino di marcia, arriva la [bozza del Ddl delega su gestione e sviluppo delle risorse umane del Ssn](#) messo a punto dal Tavolo politico che avrebbe dovuto terminare i suoi lavori, secondo il cronoprogramma stabilito dal Patto della salute, lo scorso 31 ottobre.

Nel documento si legge come il Governo, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni è delegato ad emanare, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi che dovranno osservare alcuni principi e criteri direttivi.

Vengono definiti i **requisiti di accesso per il personale del Ssn** il titolo di formazione di base e l'abilitazione all'esercizio della relativa professione. Viene poi previsto l'inserimento nell'azienda per lo svolgimento delle attività proprie della professione e in coerenza con il grado di conoscenze, competenze ed abilità acquisite, tenendo conto delle disposizioni previste nell'ambito della Contrattazione collettiva di settore previa soppressione di un numero di posti nelle dotazioni organiche delle aziende ed enti sanitari equivalenti nel piano finanziario. Viene proposta, inoltre, la possibilità i professionisti, al termine di un periodo di prova, di accedere, per esigenze del Ssr, in soprannumero, ad una scuola di specializzazione di area sanitaria. Possibilità che dovrà però essere valutata dal Miur.

Verranno, invece, affidate ad alcuni protocolli d'intesa, le modalità di frequenza del corso, lo svolgimento della parte teorica presso la sede universitaria e della parte pratica presso l'azienda di appartenenza.

Di conseguenza, nel documento si propone una **ridefinizione degli ordinamenti didattici dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione** di area sanitaria. Si dovranno, dunque, ridefinire le modalità - anche mediante la riformulazione dello schema di contratto di formazione specialistica - per l'inserimento dei medici specializzandi nell'ultima fase del corso di specializzazione tenendo conto della durata del corso stesso, all'interno delle aziende del Servizio sanitario nazionale prevedendo che: la valutazione finale del medico in formazione specialistica resta di competenza della scuola di specializzazione, e l'inserimento dei medici in formazione specialistica nelle aziende del Servizio sanitario nazionale comporta la graduale assunzione, fino alla completa autonomia, nell'ultimo anno del corso, delle responsabilità assistenziali, secondo gli obiettivi definiti dall'ordinamento didattico del relativo corso di specializzazione.

Nel testo si affronta anche lo **sviluppo professionale di carriera della dirigenza**, introducendo misure per una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle risorse umane, definendo e differenziando all'interno della dirigenza medica e sanitaria percorsi di natura gestionale e percorsi di natura professionale. Prevista quindi una carriera professionale distinta da quella manageriale, stabilendo che la retribuzione di posizione contrattuale e aziendale possa essere equivalente a quella prevista per i direttori di struttura complessa e che le indennità contrattualmente definite per la parte tabellare della retribuzione e per l'esclusività di rapporto per i dirigenti di struttura siano attribuibili anche ai dirigenti con incarico professionale in identica misura. Saranno inoltre implementati sistemi di valutazione delle competenze professionali acquisite.

Si rimarca, inoltre, la necessità di individuare **standard di personale**, al fine di determinare il fabbisogno di professionisti dell'area sanitaria tenendo conto:

- 1) di parametri qualitativi e di efficienza di utilizzo delle risorse umane;
- 2) degli obiettivi e dei livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali;
- 3) delle reti di offerta territoriali ed ospedaliere e del loro sviluppo
- 4) dei cambiamenti della domanda di salute, legati in particolare alle modifiche demografiche ed epidemiologiche;
- 5) della evoluzione tecnologica;
- 6) dello sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari.

Il Governo dovrà, infine, individuare, per assicurare l'erogazione dei Lea e la sicurezza delle cure, specifiche misure per la **stabilizzazione del personale precario**, attraverso concorsi, anche tenendo conto della riorganizzazione delle rete dei servizi.

Diabete. Come ottimizzare aderenza, costi e riduzione dei ricoveri

Publicato su *ClinicoEconomics and Outcomes Research* ha messo a confronto tre diverse molecole monitorando risultati clinici e costi sanitari in tre coorti di pazienti diabetici che a fallimento della metformina, avevano iniziato un nuovo corso di trattamento tre distinte strategie terapeutiche: sulfaniluree, tiazolidinedioni o sitagliptin

Maggior aderenza alla terapia, riduzione delle ospedalizzazioni e costi di gestione del paziente sovrapponibili. Per capire quanti e quali di questi ambiziosi obiettivi vengono raggiunti nel trattamento del diabete, CliCon, società specializzata in progetti di outcomes research, ha condotto uno studio di farmaco-utilizzazione e di esito che è stato recentemente pubblicato sulla rivista *ClinicoEconomics and Outcomes Research*.

Tre molecole a confronto. L'obiettivo dello studio era quello di confrontare i risultati clinici e i costi sanitari in tre coorti di pazienti diabetici che, a fallimento della metformina, avevano iniziato un nuovo corso di trattamento con una delle seguenti strategie terapeutiche: sulfaniluree, tiazolidinedioni o sitagliptin. Integrando database amministrativi e clinici (laboratorio di analisi) gestiti da tre unità sanitarie locali italiane, sono stati identificati 928 pazienti trattati con sulfaniluree, 330 pazienti trattati con tiazolidinedioni e 83 trattati con sitagliptin. È stato costruito un database per caratterizzare ogni paziente (in base all'età, al sesso, alla presenza di patologie concomitanti e alla terapia seguita) e per definire, in un follow-up di 18 mesi successivi al nuovo corso di trattamento, l'aderenza al trattamento, i ricoveri ospedalieri e i costi assistenziali.

Aderenza alla terapia e ospedalizzazioni. Al termine delle osservazioni, gli autori dello studio hanno concluso che la combinazione di sitagliptin più metformina per il trattamento dei pazienti con diabete di tipo 2 non controllato da sola metformina offre un'opportunità per il trattamento farmacologico che funziona bene ed è ben tollerata. Lo studio ha dimostrato come i pazienti diabetici in trattamento con sitagliptin abbiano una maggiore aderenza terapeutica. I dati, infatti, parlano del 79.5% dei pazienti trattati con sitagliptin rispetto al 53.2% di quelli trattati con sulfaniluree e al 62.8% di quelli in cura con tiazolidinedioni. Inoltre, è stato anche riscontrato un minor rischio di ospedalizzazione per il trattamento delle complicanze correlate al diabete.

I costi di gestione del paziente. Sul fronte della valutazione della spesa sostenuta (che tra l'altro non contempla i costi delle strisce di automonitoraggio glicemico), il costo annuale del trattamento con sitagliptin è risultato superiore a quello con sulfaniluree o tiazolidinedioni ma nello stesso tempo la riduzione di ospedalizzazioni osservata implica minori costi per i ricoveri ospedalieri. Il sitagliptin, rispetto alle altre due modalità di trattamento, sembra ridurre l'incidenza di ricoveri ospedalieri sia legati alla gestione della malattia diabetica sia dovuti alla comparsa di complicanze cardiovascolari. In conclusione, malgrado il maggior costo di acquisizione di sitagliptin, il costo di gestione per paziente non è significativamente differente nei tre gruppi di trattamento grazie ai minori costi necessari per le complicanze nel paziente trattato con questo farmaco.

Sabato 15 NOVEMBRE 2014

Mal di schiena cronico. Ne soffre il 20% della popolazione. Ma quando è infiammatorio la diagnosi arriva spesso con 10 anni in ritardo

Colpito 1 adulto su 5 e nel 3% dei casi è di natura infiammatoria e non meccanico. E scoprirlo è più difficile perché spesso sottovalutato. Domenica 16 novembre appuntamento in Sicilia dell'iniziativa internazionale "Non voltargli la schiena" con il sostegno dell'Anmar. Chi ha avuto sintomi per più di 3 mesi non deve sottovalutarli. Ecco cosa fare se scopriamo di esserne affetti.

Circa 1 adulto su 5 (il 20% della popolazione adulta) soffre di dolore lombare cronico (mal di schiena che dura per più di 3 mesi). In circa il 3% degli adulti, inoltre, il mal di schiena cronico è causato da un'infiammazione: questo disturbo, in alcuni casi, può richiedere fino a 10 anni per essere diagnosticato correttamente. Per aumentare la consapevolezza del problema, l'iniziativa europea 'Non voltargli la schiena' lanciata a gennaio di quest'anno in un summit nel Regno Unito, viene ospitata anche in Italia, col sostegno di ANMAR (Associazione Nazionale Malati Reumatici): e domenica 16 novembre arriva in Sicilia con incontri a Catania e a Palermo. L'iniziativa ha come obiettivo ultimo la riduzione dei tempi necessari alla diagnosi; la campagna informativa è sostenuta dalla collaborazione di numerose associazioni e specialisti esperti del tema. Per ulteriori dettagli sugli appuntamenti e sulle tematiche relative alla patologia, si rimanda agli approfondimenti.

Tutte le persone che hanno avuto sintomi di mal di schiena per più di tre mesi consecutivi sono invitate a non sottovalutarli e a rivolgere attenzione al problema (parlandone col proprio medico di base), dunque a 'Non voltargli la schiena', come recita il messaggio della campagna. Per chi ha questo disturbo, è anche disponibile il **test di verifica dei sintomi** disponibile sul sito web 'Non Voltargli La Schiena' (www.nonvoltarglilaschiene.it): si tratta di un test che potrebbe aiutare nel percorso che precede la diagnosi.

Nella maggior parte dei casi, il mal di schiena cronico è di tipo meccanico, ovvero causato spesso da uno strappo o lesioni muscolari. Tuttavia, nel 3% degli adulti, questo disturbo può essere di natura infiammatoria. In tal caso, la diagnosi può arrivare in ritardo anche di alcuni anni. "La diagnosi spesso viene fatta diversi anni dopo l'esordio dei sintomi, e questo probabilmente perché nella medicina di base c'è un mancato riconoscimento della lombalgia infiammatoria rispetto alla lombalgia da cause meccaniche come le discopatie" sottolinea il Professor **Giovanni Triolo**, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Reumatologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Palermo.

Il ritardo diagnostico rappresenta un dato preoccupante, secondo gli esperti, perché, nel tempo, le condizioni che provocano un mal di schiena infiammatorio possono limitare i movimenti e, nei casi più gravi, causare la fusione delle ossa della colonna vertebrale, trasformandosi in qualche forma di spondiloartrite, tra cui la spondiloartrite assiale. Questo ritardo, inoltre, può comportare anche il rischio di difficoltà terapeutiche nei pazienti, dato che spesso essi "hanno un maggiore rischio cardiovascolare", spiega Triolo, rischio che deve essere tenuto presente anche nell'approccio terapeutico.

Prevenzione e trattamento tempestivo, dunque, rappresentano uno strumento chiave nella lotta alla patologia e nel riconoscimento dei casi di natura infiammatoria.

Viola Rita

Venerdì 14 NOVEMBRE 2014

Lorenzin alle Regioni: "Se vogliono che il Fondo sia tagliato se ne assumano la responsabilità". E a Rossi: "Non serve penalizzare i manager, cambiamo modello"

Il ministro della Salute, oggi a Bologna, ha sottolineato ancora una volta come, insieme alle Regioni, verranno stabilite le modalità con cui sarà effettuato il taglio previsto di 4 mld. "Ma se le Regioni non saranno in grado di ristrutturare la spesa, a loro la responsabilità dei tagli alla sanità". Sui manager: "Serve un Albo nazionale e gli stipendi si dovrebbero adeguare agli obiettivi raggiunti".

"Se le Regioni non sono in grado di ristrutturare la loro spesa e chiedono, ancor prima di aver cominciato, di tagliare il fondo sanitario, se ne assumano le loro responsabilità". Così il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, oggi a Bologna per un incontro con i medici emiliani, ha affrontato il tema dei 4 miliardi di euro di tagli alle Regioni previsti dalla Legge di Stabilità.

Nel suo intervento, come riportato dall'agenzia *Dire*, il ministro ha ribadito ancora una volta: "Il fondo sanitario è intatto, anzi, io l'ho aumentato di due miliardi per il 2015, un miliardo per il 2014 e altri tre nel 2016". "Stabiliremo insieme con le Regioni sia il riparto delle risorse sia le modalità con cui sarà effettuato questo questo taglio. Ma se le Regioni non saranno in grado di ristrutturare la loro spesa - ha sottolineato Lorenzin - si finirà per decurtare il fondo sanitario. E di questo le Regioni se ne assumeranno la responsabilità".

Rispondendo poi all'[ipotesi avanzata dal governatore della Toscana, Enrico Rossi](#), di un taglio dei compensi ai manager delle Ausl, il ministro ha detto, come riporta l'*Ansa*: "Ho alcune perplessità su questo, nel senso che in un momento di crisi economica va bene ridurre i compensi, ma superata la fase di emergenza, bisognerà cambiare tutto il modello di selezione dei manager. Ho già presentato una legge su questo tema".

"I manager sanitari sono quelli che fanno la differenza, se una azienda funziona o non funziona dipende dal management. Se una azienda provoca milioni di disavanzo e spesso anche cattiva qualità dipende da un manager che qualcuno ha nominato, cioè la politica - ha proseguito Lorenzin -. Allora, ho proposto un modello diverso di selezione dei manager, con un Albo nazionale, con grossi criteri di entrata, riaggiornabile ogni due anni e con l' introduzione di criteri aziendali: io ti pago in merito anche agli obiettivi che tu raggiungi. Ti do degli obiettivi - ha concluso - in questo caso li danno le Regioni insieme al Ministero della Salute. Se li raggiungi al 100% hai il tuo stipendio, se raggiungi il 130% ti do qualcosa di più, se non raggiunti l'obiettivo io ti mando via".

Dodici anni di Lea. Rapporto Ministero Salute 2001-2012. Calano vaccinazioni antinfluenza. Ancora pochi screening. Migliora la domiciliare ma poche residenze per anziani e disabili

Stabili le vaccinazioni per i bambini. Finalmente diminuiscono i ricoveri per malattie croniche e, più in generale, scende il tasso di ospedalizzazione. Aumentano gli interventi ad over 65 con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni, ma questo solo grazie ad alcune regioni del Nord, del Centro e del Sud, dove si registra un incremento molto importante. Questi alcuni dati emersi dall'analisi del Ministero della Salute. [LA MONOGRAFIA](#)

Restano stabili le vaccinazioni per i bambini, mentre diminuisce il ricorso al vaccino antinfluenzale tra gli anziani. Cresce il livello di screening al Centro-Nord ma si registrano ancora ritardi al Sud. Scende, finalmente, il ricorso a ricoveri per le malattie croniche, e aumenta l'assistenza domiciliare. Si registrano, però, ritardi per l'assistenza residenziale ad anziani e disabili. In generale prosegue la diminuzione del tasso di ospedalizzazione e si aumentano gli interventi ad over 65 con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni, ma questo solo grazie ad alcune regioni del Nord, del Centro e del Sud, dove si registrano incrementi molto importanti. Tranne che per alcune eccezioni, resta critico il ricorso ai parti cesarei. Questi i principali fenomeni che emergono da una vastissima analisi condotta dall'Ufficio VI della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute sull'andamento dei singoli indicatori di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) nel periodo 2001-2012.

I Livelli essenziali di assistenza 13 anni dopo

Il lavoro nasce dalla considerazione che, a 13 anni dall'entrata in vigore del DPCM del 29 novembre 2001 che ha definito i Livelli Essenziali di Assistenza e sulla base della ricchezza del patrimonio informativo a disposizione, si rende quanto mai opportuna una valutazione a tutto spettro degli aspetti relativi all'assistenza sanitaria e nello specifico dell'effettiva garanzia dei livelli essenziali di assistenza nelle diverse realtà regionali. Nel periodo osservato, il contesto si caratterizza per le riforme che hanno introdotto il federalismo sanitario (cfr. D.Lgs 56 del 18 febbraio 2000 'Disposizioni in materia di federalismo fiscale' e Legge n. 3 del 18 ottobre 2001 'Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione') favorendo la devoluzione delle competenze politico-amministrative a livello regionale e per l'utilizzo dello strumento pattizio degli accordi e delle intese, sanciti in Conferenza Stato-Regioni, quale modalità nuova e sussidiaria per affrontare e risolvere le problematiche che vedono coinvolti i diversi livelli di governo in materia di tutela della salute. In particolare, l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha avuto, come premessa, la garanzia del rispetto del principio della uniforme erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, di adeguato livello qualitativo e di efficienza, coerentemente con le risorse programmate del servizio sanitario. Il suddetto principio è l'obiettivo del livello centrale che, attraverso gli istituti della Verifica Adempimenti e dei Piani di Rientro, si propone di assicurarne il raggiungimento per tutte le regioni, specialmente per quelle nelle situazioni più critiche.

In particolare, la [Monografia](#) riporta la metodologia utilizzata ed i risultati regionali specifici per ogni indicatore di monitoraggio dei Lea nel periodo 2001-2012, rappresentati attraverso 649 grafici fruibili attraverso una [mappa interattiva](#) e le relative tabelle con i dati di ogni singolo indicatore. Per facilitare l'interpretazione dei dati, nel documento viene anche fornita una [guida alla lettura degli indicatori](#).

Trend generali e differenze regionali

L'obiettivo è quello di descrivere l'andamento nel tempo rendendo disponibili i valori analitici degli indicatori per ciascuna regione, allo scopo di fornire la base di informazioni utile per svolgere un approfondimento di analisi e una riflessione analitica sulla forte eterogeneità che caratterizza le regioni italiane nella domanda di assistenza e nell'erogazione delle prestazioni sanitarie a garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

L'analisi spazio temporale condotta evidenzia e conferma la presenza, nel periodo 2001 – 2012, di questa differenza tra le regioni nel mantenere l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Sebbene interpretazioni e conclusioni di carattere generale basate solo sull'osservazione di questi dati potrebbero risultare non corrette, è possibile tentare una prima lettura generale dei risultati.

Per l'area della prevenzione la copertura assicurata dai servizi regionali per le vaccinazioni in età pediatrica è sostanzialmente stabile nel tempo mentre per la vaccinazione antinfluenzale nell'anziano, si osserva una tendenza alla diminuzione in quasi tutte le realtà regionali. In merito ai programmi organizzati di screening a livello regionale, le regioni centro-settentrionali sono quasi tutte caratterizzate da un andamento in crescita, mentre nelle regioni meridionali si osserva una situazione più sfavorevole seppur con qualche eccezione.

Per l'assistenza distrettuale, in tutte le regioni si osserva una diminuzione dei ricoveri ospedalieri evitabili che indica la tendenza verso una maggior qualità dei servizi territoriali nell'assistenza delle patologie croniche; in tendenziale e lieve aumento anche la percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI). Non si osservano invece incrementi positivi nell'offerta dell'assistenza residenziale agli anziani e ai disabili, con qualche eccezione tra le regioni del nord e del centro.

Il tasso di ospedalizzazione è in costante diminuzione in tutte le regioni, anche in risposta alle attuali disposizioni normative che ne fissano il tetto al 160 per 1.000 ab. (rif Legge 135/2012). Le strutture ospedaliere sono sempre più correttamente dedicate all'espletamento dell'attività chirurgica complessa, con l'eccezione di poche regioni in cui l'aumento è meno evidente; l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera è in chiaro aumento descritto in tutte le regioni dalla netta diminuzione dei ricoveri inappropriati che diventa più evidente a partire dall'anno 2009.

L'attenzione sull'appropriatezza clinica dei ricoveri permette di registrare un generale corretto incremento negli ultimi anni della percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni, dovuto però solo ad alcune regioni del nord, del centro e del sud dove l'incremento è particolarmente importante. L'andamento temporale pressoché costante nel tempo della percentuale dei parti cesarei, evidenzia la criticità di questa area dell'assistenza, dove però si possono osservare alcune eccezioni regionali dove è evidente il tentativo di modificare verso il miglioramento l'andamento dell'indicatore.

Lea e dati economici

Nella Monografia l'andamento temporale del punteggio della Griglia Lra è messo in relazione con la lettura delle informazioni relative all'andamento della gestione economico-finanziaria dei servizi sanitari regionali, allo scopo di contribuire all'esame dei risultati economici, che consente solo in parte di far emergere l'effettivo andamento della gestione dei servizi sanitari regionali, come rimarcato dalla Corte dei Conti nel "Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica" secondo cui "la sola valutazione del dato economico non risulta soddisfacente per la verifica del rispetto degli obiettivi di natura qualitativa connessi alla garanzia di erogazione dei Lra".

Giovedì 13 NOVEMBRE 2014

Costi standard. “Top-down” per risparmiare, “bottom-up” per risanare

L’approccio top-down non serve a recuperare efficienza tecnica e allocativa dove necessario: ridurre i fondi non insegna all’incompetente a gestire né fa diventare onesto chi non lo è. Si rischia, inoltre, di accrescere la disparità tra regioni. Quello “bottom-up” costituisce il fabbisogno finanziario di ogni regione individuando e valorizzando ogni PDTA per “prodotto” finito con le regioni benchmark

L’art. 35 della Legge di Stabilità taglia alle regioni 3.452 milioni di euro l’anno, che si sommano ai 750 milioni del Decreto Irpef di aprile, per un totale di circa 4 miliardi, comprese le risorse “destinate al finanziamento corrente del SSN” cita la legge. L’art. 39 del Patto della Salute conferma invece, contraddittoriamente, il livello di finanziamento del FSN. Tutto ruota, proposta “Chiamparino” inclusa, sui costi standard nella filosofia dal D.Lgs. 56/2000, della legge delega 42/2009, e soprattutto del D.Lgs 68/2011, il cosiddetto decreto “Calderoli”.

Benché i costi standard fossero nati e cresciuti per rivedere la perequazione, la ripartizione del Fsn tra regioni “ricche” e “meno ricche”, oggi prevale su quell’obiettivo redistributivo di allora quello restrittivo di “spending review” attuale: spendere meno (ce lo chiede l’Europa) anziché ripartire diversamente tra regioni (ce lo chiedeva la Lega).

L’approccio top-down previsto ridefinisce di fatto le quote capitarie: in sintesi, la spesa pro capite standard delle regioni selezionate tra quelle in pareggio di bilancio, benchmark, diventa, pesandola in ogni altra regione, la quota capitaria delle altre. Un sistema accettabile benché con qualche “bias” di partenza (assenza di valutazione qualitativa nel benchmark, spesa standard su un benchmark già pesato e non su indici medi nazionali, epidemiologica del benchmark solo come “proxy” statistico di quella nazionale). L’approccio top-down tuttavia non serve a recuperare efficienza tecnica e allocativa dove serve: ridurre i fondi non insegna all’incompetente a gestire né fa diventare onesto chi non lo è.

Inoltre si rischia di accrescere la disparità tra le regioni, con il potenziale pericolo di mettere poi mano ai Lea non solo nel valore ma anche nel numero, salvaguardando sì l’uniformità dell’assistenza, ma al ribasso. Con le regioni più “ricche” che si possono permettere autonomamente i Lea non più coperti (una insospettabile quanto spiazzante eterogenesi dei fini federalista).

Il tanto necessario recupero di efficienza richiede notoriamente invece un approccio ai costi standard del tipo “bottom-up”, assai più complesso da applicare e praticare (vedi su QS Dore, Quattrone, Spandonaro e altrove, Mapelli. Da parte mia ne approfondisco il tema in un mio recente volume).

Stendendo un velo pietoso sul grottesco equivoco della mitica siringa, in economia aziendale il costo standard è il costo di produzione di un prodotto-servizio finito (ricovero, intervento ambulatoriale, ecc.) in condizioni di efficienza ottimale o normale (come “proxy” ricorda il DRG). Individuando e valorizzando ogni PDTA per “prodotto” finito con le regioni benchmark, sulla domanda di PDTA di ogni regione se ne costruisce il rispettivo fabbisogno finanziario, nel canonico e dottrinale processo “bottom up”.

Va da sé che un tale processo di organizzazione e produzione va affiancato e supportato da monitoraggio e valutazione in itinere e finale (score card) anche della qualità dell’“output” realizzato così da avere l’“outcome” migliore come beneficio di salute. Processo molto complicato il “bottom-up” ma non impossibile. Uno sforzo che, a mio avviso, vale la pena compiere per i benefici che ne deriverebbero e per evitare i rischi e le controindicazioni dell’approccio “top-down”.

Fabrizio Gianfrate

Giovedì 13 NOVEMBRE 2014

Diritto sanitario. Convegno Ceims. Il 14 e 15 novembre ad Alessandria ospiti scienziati, giuristi e legislatori

Il convegno si occuperà di sondare i complessi rapporti tra il diritto e la scienza, da quelle mediche a quelle naturali. Direttore scientifico dei lavori è Renato Balduzzi. Tra i relatori Silvio Garattini, Giovanni Bachelet, Raffaele Guariniello e Valerio Onida. [IL PROGRAMMA](#)

Anche quest'anno sarà Alessandria a ospitare il Convegno nazionale di diritto sanitario, promosso dal Ceims – Centro d'Ecceellenza Interdipartimentale per il Management Sanitario dell'Università del Piemonte Orientale, del quale è direttore scientifico **Renato Balduzzi**. Giunto alla XII edizione, il convegno è organizzato in collaborazione con il progetto RoPHS – Report on the Piedmont Health System (finanziato dalla Regione Piemonte) e con il patrocinio della Società italiana di diritto sanitario, la società scientifica di settore nata nel 2011 proprio dalla stabile collaborazione degli studiosi che negli anni hanno avuto nel convegno nazionale un momento centrale di verifica sullo stato della materia.

Il tema scelto per il 2014 intercetta alcune tra le questioni di maggiore attualità nel dibattito scientifico e pubblico in materia di diritto alla salute. Il convegno, infatti, si occuperà di sondare i complessi rapporti tra il diritto e la scienza (o le scienze: da quelle mediche a quelle naturali), articolandosi su due giornate di lavori.

La prima, **venerdì 14 novembre** (ore 10-18, sala lauree del Dipartimento di Giurisprudenza e Scienze politiche, economiche e sociali, Palazzo Borsalino, via Cavour 84), sarà dedicata a tre casi, notissimi, al centro di controversie regolatorie e giudiziarie: il terremoto dell'Aquila, l'amianto dell'Eternit, il metodo Stamina. L'obiettivo del convegno è di coltivare un confronto interdisciplinare e intersettoriale su tre casi, diversi tra loro, ma che presentano tutti profili paradigmatici del difficile rapporto tra scelte giuridiche e conoscenze scientifiche. Perciò, il programma prevede tre sessioni tematiche "a più voci" (da un punto di vista disciplinare ed anche esperienziale) e una sessione trasversale ai casi, idealmente incaricata di una sintesi della giornata. Tra i relatori, anche nomi di primo piano nell'accademia e nelle istituzioni: dall'epidemiologo **Benedetto Terracini** al direttore del Centro nazionale trapianti **Alessandro Nanni Costa**, da **Fabrizio Oleari**, già presidente dell'Istituto Superiore di Sanità a **Gabrio Forti**, penalista e preside della Facoltà di Giurisprudenza dell'Università Cattolica, dalla filosofa del diritto **Maria Chiara Tallacchini** a **Silvio Garattini**, direttore dell'Istituto Mario Negri.

Il secondo appuntamento, la tavola rotonda di **sabato 15 novembre** (ore 10-13, sala conferenze dell'Associazione Cultura e Sviluppo di Alessandria, piazza De André 76), aprirà la discussione ad una più generale riflessione sulla "difficile convivenza" che nell'ambito dei rapporti tra diritto e scienza vede come protagonisti gli scienziati, i giudici e i legislatori. Figure portatori di saperi e di responsabilità che casi complessi come quelli trattati dal convegno costringono alla costante ricerca di un reciproco riconoscimento ed equilibrio.

A parlarne, introdotti dai saluti delle autorità accademiche e civili e moderati dalla giornalista del Corriere della sera, **Margherita De Bac**, saranno alcuni relatori d'ecceellenza: **Giovanni Bachelet**, ordinario di fisica nell'Università di Roma "La Sapienza"; **Raffaele Guariniello**, sostituto procuratore presso il Tribunale di Torino; **Valerio Onida**, presidente emerito della Corte costituzionale e presidente della Scuola superiore della Magistratura; mons. **Ignazio Sanna**, teologo e arcivescovo di Oristano; **Angelo Vescovi**, farmacologo e direttore scientifico della Casa Sollievo della Sofferenza IRCCS. Alla tavola rotonda, alla quale sono invitati tutti gli interessati, seguiranno le conclusioni sulle due giornate di studio, svolte da **Renato Balduzzi**, direttore scientifico del CEIMS e ordinario di diritto costituzionale nell'Università Cattolica.

Mercoledì 12 NOVEMBRE 2014

Poliomielite. Scoperto un ceppo di virus resistente al vaccino

Debellata per più del 99%, la poliomielite si è manifestata in una recente epidemia violenta nella Repubblica del Congo. Un gruppo* internazionale di ricercatori ha identificato una nuova famiglia del virus resistente: la proteina che costituisce la struttura del virus mostrava due nuove mutazioni. Celebrato da poco il 100° anniversario della nascita di Jonas Salk, l'inventore del primo vaccino

Negli ultimi decenni, la vaccinazione ha contribuito a ridurre i casi di poliomielite, diminuiti più del 99% nel corso di questi decenni. Tuttavia, la malattia non è ancora stata debellata del tutto, soprattutto in alcune zone, e un gruppo internazionale di ricercatori ha identificato il virus responsabile di una recente seria epidemia in Africa. Lo studio*, condotto dall'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), in Francia, insieme ad altri Istituti, è stato pubblicato sulla prestigiosa rivista *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*.

Nel 2010, si è verificata una forte epidemia di poliomielite nella Repubblica del Congo, nella quale ben il 47% dei casi è andato incontro a decesso. Altre epidemie sono occorse in Tajikistan nel 2010 e in Cina nel 2011. I ricercatori hanno sequenziato il genoma del virus, individuando due nuove mutazioni, finora sconosciute, della proteina che costituisce la struttura (*capside*) del virus, che forma una sorta di ossatura protettiva contro agenti esterni. A causa di queste variazioni, gli anticorpi prodotti dal sistema immunitario degli individui vaccinati diventano meno 'efficaci', dato che spesso non riescono a riconoscere la famiglia virale. Secondo i ricercatori, infatti, circa il 15-30% delle persone che hanno contratto la malattia nel 2010 in Congo non ha ricevuto protezione dal sistema immunitario.

Di fatto, si tratta di ceppi che possono circolare in natura: i ricercatori temono che altre varianti del virus 'più forti' possano emergere tra le popolazioni rese immuni dal vaccino, nel momento in cui la campagna globale per l'eradicazione della poliomielite stia per entrare nella sua fase finale. Si tratta di famiglie virali piuttosto rare, tuttavia il caso dell'epidemia nella Repubblica del Congo rappresenta un esempio di attenzione, soprattutto per le aree territoriali dove, pur essendo stati eliminati i ceppi più comuni, la copertura vaccinale risulta insufficiente. Così, i ricercatori chiedono un migliore monitoraggio clinico e ambientale per riuscire a debellare completamente la poliomielite.

La poliomielite è una malattia infettiva dovuta ad un virus (*poliovirus*), che può comportare paralisi degli arti e che può avere un esito mortale. L'infezione si trasmette soprattutto per via orale. Diffusa principalmente nel secolo scorso, essa è stata debellata nella quasi totalità dei casi, soprattutto nel mondo occidentale. Il primo vaccino contro la poliomielite, nel 1955, si deve a **Jonas Edward Salk**, medico e ricercatore statunitense negli anni americani in cui la poliomielite, identificata nel 1908, ha mietuto numerose vittime (circa 58mila casi e 3mila decessi). Pochi giorni fa, il 28 ottobre scorso, Google ha celebrato la ricorrenza del 100° anniversario della nascita del medico attraverso un doodle: "grazie dottor Salk!" è l'esclamazione dei bambini in festa rappresentati nell'immagine di Google, dedicata all'inventore del vaccino che ha contribuito ad aiutare numerosi bambini.

Viola Rita

*J. F. Drexler et al., Robustness against serum neutralization of a poliovirus type 1 from a lethal epidemic of poliomyelitis in the Republic of Congo in 2010. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2014; 111 (35): 12889 DOI: 10.1073/pnas.1323502111

Responsabilità professionale. Arriva nuovo ddl. Romano (PI): "Obbligo assicurativo per Asl e cliniche. La responsabilità civile spetta a loro"

Solo così, spiega il senatore Romano presentando il suo [Ddl in materia di responsabilità professionale](#) "daremo maggiore serenità al medico nella sua azione, avremo maggiore fiducia del paziente e ridurremo la litigiosità e la medicina difensiva che non è a tutela del paziente anzi". [LA SINTESI DEL DDL](#)

Responsabilità professionale. Uno tra i temi più caldi della sanità italiana. Da anni si discute la necessità di un testo che sia capace di fare chiarezza, mettere in condizioni i professionisti di operare con tranquillità e serenità, dare ai pazienti la certezza che il medico agisce per il suo bene e al Ssn di risparmiare, perché c'è anche questo elemento, i miliardi, almeno 10 ma c'è chi dice anche di più, che ogni anno si spendono in medicina difensiva.

All'attenzione della Commissione Affari Sociali della Camera attualmente ci sono già otto proposte di legge su questa materia, a queste va ad aggiungersene un'altra che ci presenta in quest'intervista il senatore **Lucio Romano**, presidente del gruppo Per l'Italia. In sintesi il Ddl Romano si compone di 17 articoli, compresa l'entrata in vigore. È diviso in due parti, una riguardante la "Disciplina del rischio clinico" l'altra la "Responsabilità".

All'interno della prima parte sono definiti, tra gli altri, i "Modelli organizzativi di prevenzione, gestione del rischio clinico e procedure di vigilanza", i doveri in capo al Dg e "Istituzione della Commissione permanente per l'accreditamento dei modelli organizzativi e per il monitoraggio nazionale dell'andamento del contenzioso sanitario giudiziario ed extragiudiziario relativo alle strutture sanitarie pubbliche e private".

Nella seconda parte invece, quella delle responsabilità, viene definita la "Responsabilità per inadempimento della prestazione sanitaria", l'"Azione diretta verso la struttura pubblica, azione di rivalsa, azione erariale", la "Responsabilità penale" e le "Disposizioni processuali", ma anche "l'Organo di composizione della lite".

Romano, docente universitario di medicina e chirurgia, medico ginecologo ostetrico e bioeticista nell'illustrare le linee del suo Ddl spiega che "senza regolamentazione, i medici vivono nella solitudine di un'eventuale errore mentre le strutture sanitarie, che non possono non assicurarsi, possono dover pagare oneri risarcitori veramente pesanti". Viceversa, secondo il senatore con la sua proposta "ogni struttura, pubblica o privata accreditata, deve dotarsi di un organismo interno e autorevole per prevenire e gestire il rischio clinico. Pena la decadenza dall'accreditamento. Tale organismo deve, fra l'altro, mettere a punto una serie di procedure, fra le quali la comunicazione all'assistito se la struttura ha stipulato o meno un contratto di copertura della responsabilità civile, nonché il massimale assicurato e la compagnia assicurativa prescelta. Nel caso di contenzioso, la struttura sanitaria risponde direttamente, lasciando così che gli operatori sanitari abbiano la possibilità di agire in un clima di maggiore serenità, concentrandosi sulla salute del paziente".

Senatore Romano, il suo ddl in cosa si differenzia dagli altri che sono all'esame della Commissione Affari sociali?

Essenzialmente la finalità che è quella di favorire un percorso che dia una maggiore certezza per quanto riguarda l'attività assistenziale a tutela della salute e della sicurezza del paziente e degli operatori sanitari attraverso due step intercorrelati tra loro. La disciplina del rischio clinico e una più puntuale definizione del principio di responsabilità in capo alla struttura sanitaria e in capo degli operatori sanitari della struttura.

Io credo che si sia creato un grande conflitto che ha portato ad un sovraccarico di medicina difensiva, quello inerente alla certezza del risultato a fronte di quella che deve essere riconosciuta che è la certezza dei mezzi.

Ovvero, può spiegarmi meglio?

È necessario mettere in essere tutte le procedure idonee proprio per la tutela della salute e della sicurezza del paziente che si è affidato ad una determinata struttura sanitaria. Questo comporta da un lato un grande rigore per quanto riguarda l'attività sanitaria e assistenziale, dato acclarato nel codice deontologico.

Dall'altro le procedure che si individuano all'interno del disegno di legge rispondono a tre esigenze: la prima favorire l'alleanza di cura, la seconda favorire l'informazione e la formazione degli operatori sanitari, e da ultimo dar luogo a delle procedure che diano la possibilità, attraverso un modello organizzativo ben preciso, di individuare quei sistemi che correggano le attività che hanno dato luogo ad esiti non previsti.

Per raggiungere quale obiettivo?

Questo modello organizzativo di prevenzione e le procedure di vigilanza hanno una duplice finalità da un lato responsabilizzare la struttura sanitaria, in capo alla quale c'è la responsabilità di assicurare l'assistenza al paziente e dall'altro favorire una più diretta e costante collaborazione tra la struttura sanitaria stessa e gli operatori sanitari.

Uno dei problemi denunciati dai professionisti è l'incremento dei premi assicurativi, il suo Ddl su questo come interviene?

Nel caso di contenzioso, la struttura sanitaria risponde direttamente lasciando così agli operatori sanitari la possibilità di agire in un clima di maggiore serenità, concentrandosi sulla salute del paziente. La struttura può rivalersi sul medico quando sia riconosciuto, a sentenza definitiva, la colpa grave e il dolo del professionista. Se noi limitiamo la responsabilità diretta del medico alla colpa grave e al dolo, diamo la possibilità al medico di operare non più in ottica di medicina difensiva, ma di operare a livello assistenziale nell'ottica di migliorare alleanza terapeutica e di cura con il paziente.

Per semplificare quindi riducendo la casistica, si riduce anche il premio?

Esatto. Andando a limitare alla colpa grave e al dolo i casi in cui il medico deve risarcire, e sapendo che questi percentualmente rappresentano la minima parte si riduce la casistica. Quindi si riduce anche il premio che il medico deve pagare.

Per lei è fondamentale il rapporto medico-paziente.

Oggi il rapporto medico paziente è decisamente contrattualizzato. Non c'è un rapporto di alleanza di cura con il paziente. E là dove non c'è un'alleanza di cura e prevale la dimensione contrattualizzata è evidente che aumenta la litigiosità, aumentano le rivendicazioni e, in maniera esponenziale, i comportamenti nell'ottica della medicina difensiva da cui ne consegue un sovraccarico di spesa da parte del Ssn per tutta una serie di procedure diagnostiche finalizzate alla tutela da un'eventuale rivendicazione medico-legale.

È giusto dire che il suo disegno di legge non si pone in una posizione di tutela del medico nei confronti del paziente?

Questo Ddl ha un'assoluta finalità precipua: favorire l'alleanza di cura. Non si pone in una posizione di tutela del medico nei confronti del paziente. È tutt'altro. Quello che intendo tutelare è la relazione medico paziente questo è un aspetto a cui tengo particolarmente anche sotto l'aspetto bioetico. Se andiamo a tutelare soltanto la contrattualizzazione non avremo altro che la medicina difensiva. Se invece riprendiamo il fondamento dell'alleanza terapeutica e di cura, conseguentemente daremo maggiore serenità al medico nella sua azione, avremo maggiore fiducia del paziente verso il medico e ridurremo la litigiosità e la medicina difensiva che non è a tutela del paziente anzi. Il paziente oggi è vittima di un sovraccarico di indagine inutile e che incide sulla spesa sanitaria.

Martedì 11 NOVEMBRE 2014

Infarto. Se il DHEA è basso, aumenta il rischio

Bassi livelli dell'ormone surrenalico DHEA e della sua forma solfato (DHEA-S), possono predire il rischio di eventi coronarici a 5 anni negli uomini anziani. È la conclusione alla quale giunge uno studio svedese, pubblicato su JACC.

Il DHEA (deidroepiandrosterone) è un pro-ormone sessuale prodotto dai surreni, presente in circolo soprattutto nella sua forma solfato (DHEA-S); è l'ormone steroideo che si ritrova in maggior concentrazione nel sangue, ma i suoi livelli si riducono gradualmente col passare degli anni. In passato sono stati pubblicati molti lavori sugli effetti metabolici e vascolari di questo ormone, ma la correlazione tra livelli di DHEA/DHEA-S ed eventi cardiovascolari non è chiara.

Uno studio svedese delle università di Gothenburg, Uppsala e Malmö, condotto in collaborazione con l'Università della California di San Diego e pubblicato su [JACC](#) (*Journal of the American College of Cardiology*) ha cercato appunto di esplorare l'ipotesi che i livelli circolanti di DHEA e DHEA-S fossero predittivi di eventi coronarici maggiori o di eventi cerebrovascolari. La ricerca è stata condotta in un'ampia coorte di maschi anziani (2.416 maschi di età compresa tra i 69 e gli 81 anni), facenti parte dello studio prospettico *Osteoporotic Fractures in Men*, nell'area di Gothenburg, Uppsala e Malmö. Gli eventi cardiovascolari sono stati desunti dai registri nazionali svedesi.

Durante i 5 anni di *follow up*, si sono verificati 302 eventi cardiovascolari e 225 eventi cerebrovascolari. Le concentrazioni di DHEA/DHEA-S sono risultate inversamente associate al rischio di un evento coronarico aggiustato per l'età, ma non di un evento cerebro-vascolare. L'associazione tra livelli di DHEA e rischio di cardiopatia ischemica rimaneva significativa, anche dopo aver operato aggiustamenti per i fattori di rischio cardiovascolari tradizionali, la funzione renale, le concentrazioni di testosterone ed estradiolo e la proteina C reattiva.

Lo studio ha dunque dimostrato che più bassi erano i livelli di DHEA all'inizio dello studio, maggiore era il rischio di coronaropatia nel corso dei 5 anni di *follow up*.

"La produzione endogena di DHEA – afferma **Åsa Tivesten**, coordinatrice dello studio – sembra essere un fattore protettivo contro le malattie coronariche. Ma elevati livelli di DHEA potrebbero essere anche un indicatore di un buono stato di salute in generale negli uomini anziani".

L'azione di protezione del DHEA/DHEA-S nei confronti del rischio di coronaropatia potrebbe essere riconducibile ad un effetto diretto di questo ormone sui tessuti *target* o ad un effetto indiretto, legato alla conversione locale in testosterone o estradiolo a livello dei tessuti *target*. Tra i meccanismi cardioprotettivi chiamati in causa vi sono la modulazione del *remodeling* vascolare e dell'infiammazione oltre a possibili azioni a livello di funzione endoteliale, stress ossidativo, eterogenesi, sistema immunitario, sensibilità all'insulina, metabolismo lipidico.

"Questo studio – chiarisce il professor **Claes Ohlsson**, coautore dello studio – stabilisce una chiara correlazione tra le concentrazioni di DHEA nel sangue e il rischio di malattie coronariche, ma non permette di stabilire se la somministrazione di DHEA sia in grado di ridurre questo rischio nei singoli pazienti".

Maria Rita Montebelli

GERIATRIA

Alzheimer, esistono forme ereditarie?

La malattia è al 95% sporadica e colpisce il 10% degli ultra 65enni. Ma i figli di chi presenta la mutazione del gene rischiano di ereditarla al 50%

Lettera firmata

I l morbo (o malattia) di Alzheimer è ereditario? Mia mamma ne ha sofferto per quattro anni prima di morire anche se nella sua famiglia non c'è mai stato nessun altro caso. I miei fratelli e io quante probabilità abbiamo di soffrirne?

La malattia di Alzheimer (AD) è molto diffusa nell'età senile. La sua frequenza negli ultimi vent'anni è cresciuta in conseguenza dell'invecchiamento della popolazione, tanto che si è parlato di una "epidemia" di AD, anche se i rilievi epidemiologici più recenti sembrano suggerire un arresto di questa progressiva crescita. Il 95% dei casi di malattia di Alzheimer è sporadico, cioè si manifesta senza ereditarietà, e attualmente colpisce il 10 per cento degli ultrasessantacinquenni in Italia. Tuttavia, esistono forme di AD, denominate familiari, in cui la malattia si manifesta in tre o più persone appartenenti alla stessa famiglia ed è dovuta ad una mutazione genetica presente dalla nascita.

RISPONDE NICCOLÒ MARCHIONNI, ORDINARIO DI GERIATRIA. UNIVERSITÀ DI FIRENZE

Si tratta di forme trasmesse con ereditarietà definita di tipo autosomico dominante, per cui i figli della persona portatrice della mutazione hanno il 50 per cento di probabilità di ereditarla. Di solito le forme familiari insorgono più precocemente, mentre quelle sporadiche sono più tipiche dell'età avanzata o molto avanzata. Se la vostra mamma si è ammalata oltre i 75-80 anni, è verosimile si sia trattato di una forma sporadica, che non aumenta il vostro rischio di malattia. La comparsa della malattia di Alzheimer è influenzata anche da fattori ambientali e biologici ancora in parte da determinare. Si sa però che uno stile di vita sano (dieta mediterranea, attività fisica) e uno stretto controllo dei fattori di rischio cardiovascolare eventualmente presenti riducono la probabilità di insorgenza delle sindromi dementigene sia degenerative (principalmente AD) sia di origine vascolare o mista.

12 novembre 2014 | 12:56
© RIPRODUZIONE RISERVATA

STUDIO AMERICANO

Un problema alla retina indice di una predisposizione al Parkinson?

L'alterazione genetica maculare potrebbe essere il campanello d'allarme di una carenza nella produzione di dopamina, alla base del Parkinson

Cesare Peccarisi

Uno studio dei NIH, i National Institutes of Health statunitensi, appena pubblicato sul *Journal of Biological Chemistry* dai ricercatori della Duke e della Cleveland Universities diretti da Paulo Ferreira, ha individuato una predisposizione genetica che favorisce lo sviluppo dell'alterazione del pigmento retinico dell'occhio che porta a degenerazione maculare senile, malattia dell'occhio che colpisce oltre un milione di italiani (12% ha fra i 60 e i 70 anni, il 20-30% intorno ai 75, dopo i 90 si arriva al 60%) alterando la cosiddetta macula, l'area centrale della retina più sensibile agli stimoli luminosi.

IL FATTORE GENETICO Finora erano stati individuati vari fattori di rischio come l'età over 55, essere di sesso femminile o di razza bianca, abuso di alcool e fumo, eccessiva esposizione a luce solare, ipertensione, obesità e dieta ricca di grassi e colesterolo. Da tempo si sospettava il coinvolgimento di un fattore genetico, ma ora che è stato individuato, i ricercatori americani hanno avuto anche l'inattesa sorpresa di scoprire che tale alterazione, un'ablazione della proteina chiamata Ranbp2, è legata anche alla malattia di Parkinson perché l'epitelio retinico sano produce levodopa, un precursore del neurotrasmettitore dopamina, la cui carenza è notoriamente alla base del disturbo del movimento che tutti ricordano come malattia del tremore. L'alterazione retinica potrebbe essere il campanello d'allarme di una ridotta produzione dopaminergica anche nei nuclei della base, le sedi cerebrali che determinano malattia di Parkinson, tant'è vero che un terzo circa dei casi con alterazione retinica ha sviluppato anche tremore parkinsoniano nel giro di 4 settimane.

STUDI COMPARATI «Si tratta di uno studio su animale – rassicura il Professor Alfredo Berardelli dell'Università La Sapienza e Presidente della LIMPE, la Lega Italiana contro malattia di Parkinson, sindromi extrapiramidali e demenze - , ma quello che hanno trovato i ricercatori americani non è proprio una vera sorpresa: alcuni colleghi della Chinese Academy of Sciences di Shanghai avevano infatti già impiantato anni fa pigmento retinico a livello della via nigro-striatale, fondamentale per il controllo motorio, ottenendo in parkinsoniani cronici miglioramenti alla scala UPRS compresi fra il 33 e il 48%. Secondo quei ricercatori l'epitelio retinico non era solo una fonte endogena di levodopa, ma produceva anche fattori antinfiammatori che aiutano la crescita delle terminazioni dopaminergiche e favoriscono il turn-over della dopamina. Da quelle ricerche è stato sviluppato addirittura un farmaco chiamato Spheramine, acquistato nel 2008 dall'azienda farmaceutica tedesca Schering, ma successivi studi con controllo placebo della Emory University di Atlanta o della UCLA di Los Angeles pubblicati su "The Lancet" e su "Neurology" ne hanno smentito le proprietà anti-parkinsoniane e la capacità degli impianti di sopravvivere a lungo». Che l'illusione di poter impiantare nei parkinsoniani una fonte continua di levodopa sia stata frustrata dal non sapere ancora che l'epitelio retinico può smettere di produrre dopamina a causa dell'alterazione genetica appena scoperta? Nell'occhio, gli effetti clinici dell'ablazione genetica della Ranbp2 si traducono in una maggior sensibilità agli insulti e ai traumi che la retina e la macula subiscono nell'arco della vita, accelerandone l'invecchiamento fisiologico o patologico (degenerazione maculare senile o retinite pigmentosa), fino all'ipovisione o alla cecità.

UNA CONNESSIONE ANCORA DA DIMOSTRARE Che l'alterazione genetica della retina affligga anche le strutture cerebrali che portano a sviluppare malattia di parkinson è ancora da dimostrare e non esistono studi che indichino una relazione epidemiologica fra le due malattie. In Italia la malattia di Parkinson colpisce 230mila

persone, mentre quelle con degenerazione maculare senile sono un milione circa. Anche con le opportune correzioni statistiche, la sproporzione è evidente. Inoltre, nonostante i crescenti casi di parkinson giovanile, entrambe sono prevalentemente senili e quindi la fascia d'età su cui il contributo della malattia della retina dovrebbe pesare su quella di Parkinson è grossomodo la stessa.

DISTURBI DELLA RETINA DA MONITORARE Se comunque attorno ai 60 anni cominciate a vedere male leggendo e scrivendo o quando mettete a fuoco un oggetto, tutte situazioni che coinvolgono l'area centrale della retina, oppure se vi capita di avere una visione deformata della linea di fuga delle piastrelle del pavimento, fatevi subito controllare da un oftalmologo, perché la maculopatia decorre rapidamente dall'esordio dei primi sintomi, soprattutto nella forma cosiddetta umida, mentre quella secca impiega più tempo per arrivare all'atrofia, ma essendo a lento decorso è subdola perché fa abituare ai peggioramenti. Oggi sono disponibili molti trattamenti, dalla vecchia fotocoagulazione laser alla successiva fotodinamica con farmaci fotosensibili, fino agli anticorpi monoclonali e ai recentissimi anti-VGF, i trattamenti anti-fattore di crescita dell'endotelio vascolare: «I passi in avanti che abbiamo fatto nel trattamento delle maculopatie, che dopo i 70 anni colpiscono una persona su tre -dice l'oftalmologo monzese Matteo Piovella, Presidente della SOI, Società Oftalmologica Italiana - sono modesti ma significativi, se si pensa che fino a poco tempo fa non era disponibile nessuna cura davvero efficace». Adesso, dopo la scoperta dei ricercatori americani c'è una ragione in più per ricorrere a un rapido trattamento della degenerazione maculare: evitare che possa aggravarsi la ridotta disponibilità di dopamina in soggetti già predisposti a produrne poca come quelli a rischio di malattia di Parkinson nei quali l'alterazione genetica maculare potrebbe essere il campanello d'allarme di un problema più generale. Secondo gli autori dello studio, questa scoperta sarà soprattutto importante per lo sviluppo di nuove strategie di cura per la prevenzione di disturbi a lento decorso legati all'invecchiamento come la malattia di Parkinson e la degenerazione maculare, ma non solo.

6 novembre 2014 | 14:41
© RIPRODUZIONE RISERVATA

CUORE

Scoperto un difetto genetico che dimezza il rischio di infarto

È una mutazione del gene NPC1L1 che sarebbe presente in un individuo ogni 650 «Controllare il colesterolo è ancora fondamentale per ridurre il rischio cardiovascolare»

Silvia Turin

Una mutazione di un gene che comporta importanti benefici per la salute: un difetto «anti-infarto» che dimezza il rischio per il cuore dei fortunati portatori dell'anomalia che si stima siano circa un individuo ogni 650.

LA MUTAZIONE INIBISCE IL GENE CHE TRATTIENE IL COLESTEROLO Lo studio è frutto di un lavoro congiunto svolto tra la Washington University School of Medicine a St. Louis, il Broad Institute presso il prestigioso Massachusetts Institute of Technology e la Harvard University di Boston. La mutazione anti-infarto inattiva il gene NPC1L1, che produce una proteina che assorbe e trattiene il colesterolo presente nei cibi. Gli esperti hanno analizzato dati di svariate sperimentazioni cliniche per un totale di 113.000 persone coinvolte. Studiandone il genoma hanno trovato un gruppo di fortunati soggetti che aveva livelli di colesterolo mediamente più bassi e con un rischio di infarto dimezzato. Il loro segreto: una mutazione che disattiva una copia del gene NPC1L1, una delle due presenti nel genoma di ciascun individuo.

«NON ABBASSIAMO LA GUARDIA SUL COLESTEROLO» «Alcune proteine depositano il colesterolo, in questo caso nell'intestino, e alcune lo portano via - spiega la professoressa Elena Tremoli, direttore scientifico del Centro Cardiologico Monzino IRCCS di Milano - , il dato di un rischio di infarto dimezzato è affascinante, anche se bisognerebbe studiare un numero di casi maggiore». Non è la prima volta, ricorda Tremoli, che una mutazione di un gene porta benefici simili. Uno studio del 2007 sul gene PCSK9, che a sua volta promuove la distruzione del colesterolo, aveva misurato una diminuzione del rischio cardiovascolare nei soggetti testati dal 47 all'88 per cento. «Quello che possiamo dedurre è che non bisogna abbassare la guardia sul colesterolo (e le proteine che ne regolano l'assorbimento), perché è ancora importante in relazione al rischio cardiovascolare». La proteina è il bersaglio di un farmaco che riduce il colesterolo, l'ezetimibe. «Bisogna capire ora se l'ezetimibe agisce come la mutazione o con altri meccanismi», precisa la professoressa Tremoli.

14 novembre 2014 | 09:48
© RIPRODUZIONE RISERVATA