



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



I servizi, le vertenze

Riabilitazione, scontro sulla spesa

Turn over sanità, vertice in Regione

Si blocca ad un passo dal traguardo la lunga trattativa tra Regione e dieci associazioni del settore della riabilitazione vicinissimi, ieri, alla firma di uno storico accordo per una transazione tombale che scriverebbe la parola fine su quasi venti anni di contenzioso legale. A tirare il freno all'intesa all'ultimo

minuto è il sub commissario alla Sanità Morlacco in contrasto con lo stesso governatore Caldoro propenso, invece, a chiudere la trattativa. Intanto domani i medici incontreranno proprio Caldoro sui temi che riguardano, tra l'altro, gli organici sanitari.



I disabili, lo scontro

Riabilitazione, duello commissario-Caldoro

Sui tetti di spesa Morlacco blocca 10 milioni: sfuma l'intesa con le associazioni di categoria**Ettore Mautone**

Sanità, tariffe e tetti di spesa: si blocca ad un passo dal traguardo la lunga trattativa tra Regione Campania e dieci associazioni di categoria del settore della riabilitazione vicinissimi, ieri, alla firma di uno storico accordo per una transazione tombale che scriverebbe la parola fine su quasi venti anni di contenzioso legale.

A tirare il freno all'intesa all'ultimo minuto è il sub commissario alla Sanità Mario Morlacco. Uno stop che rappresenta l'epilogo del braccio di ferro che lo stesso Morlacco ha ingaggiato - in tredici settimane di estenuanti incontri, assemblee, riunioni e trattative - non soltanto con i rappresentanti dei centri di riabilitazione convenzionati ma con lo stesso governatore Stefano Caldoro (commissario ad acta per la Sanità) propenso, invece, a chiudere la trattativa.

Al centro c'è il coordinamento delle associazioni di categoria che assommano un centinaio di strutture a rappresentare la maggioranza dei 154 centri di riabilitazione accreditati in Campania, tutte attestate su posizioni lontane dal radicalismo minoritario di altre sigle.

Ieri dopo gli ultimi scambi di carte e di mail nel fine settimana tra la segreteria di Caldoro i titolari dei centri e Morlacco il punto di massima mediazione sembrava ormai tracciato. Alle 10 a Palazzo Santa Lucia i presidenti delle sigle sindacali di Aiop, Anisap, Anpric, Aspat, Confapi Sanità, Confindustria Sanità, Fras, Nova Campania, Aris e Foai, erano convinti a firmare il testo finale dell'intesa.

«Il coordinamento delle associazioni di categoria - avverte Pier Paolo Polizzi, portavoce delle sigle sindacali - ha mobilitato in queste settimane tutte le proprie risorse tecniche e giuridiche per giungere all'accordo nella responsabile consapevolezza che la vertenza è stata generata a inizio anno nell'ambito del proclamato stato di crisi del settore. Le tariffe finora riproposte dalla struttura commissariale sarebbero esiziali. Il nostro obiettivo è dare certezze e stabilità al settore assistenziale». Tariffe direttamente collegate ai tetti di spesa. «Diamo atto al presidente Caldoro di essersi finora speso per questa vertenza. Ma finora non è bastato a chiudere la partita».

La posta in gioco è di circa sessanta milioni di euro che la Regione dovrebbe riconoscere come arretrato

Le risorse Santa Lucia metterebbe sul piatto 60 milioni per chiudere una disputa ventennale

ai titolari dei centri erogatori a fronte della rinuncia ad ogni contenzioso legale. Una cifra non lontana dai cinquantamila milioni che invece Morlacco sarebbe disposto a mettere nel piatto. Tutto ciò alla vigilia dell'udienza di ottemperanza del giudicato del Consiglio

di Stato che ha bocciato le tariffe regionali fissate dal Tar per il prossimo 27 maggio.

La differenza di vedute tra Morlacco e Caldoro trova radici evidentemente anche nel diverso approccio al problema: più tecnico e burocratico il primo, più politico e mediatore il secondo. Al centro della contesa il criterio per stabilire la giusta remunerazione delle prestazioni erogate ai pazienti disabili in Campania dai centri accreditati nei vari regimi domiciliare, ambulatoriale, di ricovero diurno e residenziale. Una partita annessa che si trascina fin dal 2003. E anche le sentenze hanno finora dato come effetto collaterale soltanto un incancrenirsi della burocrazia.

Una selva di delibere e decreti che, negli anni hanno riformulato i calcoli, finendo per riproporre il nodo delle tariffe e, con esso, le ragioni del contenzioso. Tariffe che, nel 2014, sono state ricalcolate e rideterminate per ben tre volte in un solo anno senza che siano state ancora definite quelle del 2015.

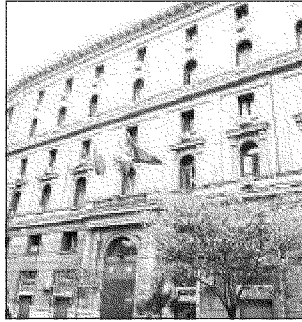
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Domani un tavolo tecnico sulla sanità Confronto sindacati-Regione

NAPOLI - Tavolo tecnico tra sindacati e Regione Campania per affrontare il tema della carenza di personale nelle aziende sanitarie locali.

L'incontro è fissato per domani, 22 aprile, e fa seguito al faccia a faccia dello scorso 7 aprile tra il presidente della Giunta regionale, **Stefano Caldoro**, e l'intersindacale regionale della dirigenza medica-veterinaria-Spta.

I sindacati - si legge in una nota - nell'esprimere «soddisfazione» per la convocazione da parte della Regione, sottolineano che «il confronto ha un ruolo strategico per la qualità e la dignità del lavoro e per l'efficienza del servizio erogato potendo garantire percorsi differenziati per la stabilizzazione dei lavoratori pre-



Palazzo Santa Lucia

cari e per nuove assunzioni da farsi nel rispetto delle disposizioni regionali e nazionali».

La sanità campana - ricordano le sigle sindacali - vive una situazione assistenziale «in cui il blocco del turn over in vigore da anni ha pericolosamente fatto scendere il numero del personale sotto il livello di guardia». Una sanità,

quella regionale, che - secondo i sindacati - vive una condizione di «precarizzazione complessiva» derivata anche «dal perdurare dei commissariamenti, dalle numerose proroghe conferite al personale per l'impossibilità di effettuare concorsi pubblici, dalla mancata presentazione delle dotazioni organiche in quasi tutte le aziende nei relativi atti aziendali approvati nonostante l'evidente elusione delle prescrizioni delle stesse linee guida regionali». Auspicio delle sigle sindacali è che «si rafforzino e permanga il clima di collaborazione recentemente instaurato dalla Regione con le forze sociali che ben conoscono i problemi della sanità regionale e le possibili soluzioni praticabili».

L'incontro



Odontoiatria Settecento specialisti a congresso

Più di settecento specialisti sono attesi giovedì e venerdì a Napoli per il convegno su «I processi decisionali in terapia parodontale ed implantare: cosa fare, come fare». L'evento è organizzato dalla Scuola di specializzazione in Chirurgia Odontostomatologica della Federico II con il patrocinio di Regione, Comune, Andi, Aio e Collegio dei Docenti in Odontoiatria. Promosso per il quindicennale della Scuola dal direttore Luca Ramaglia, l'evento metterà in luce le problematiche e le soluzioni terapeutiche relative a una patologia, la parodontite, che oggi è al sesto posto tra le più diffuse al mondo.

Da conciliare. Spesa pubblica e diritti dei lavoratori

Serve un modello che garantisca conti e prestazioni

di **Alfonso Celotto**

Le pensioni costano 1/3 della spesa pubblica nazionale, cioè 221 miliardi su 792 (dati 2012).

Anche la riflessione di un giurista sulla previdenza che si (a)spetta non può prescindere da questo impressionante dato economico, da bilanciare con la garanzia previdenziale.

La garanzia previdenziale parte da lontano, dall'articolo 38 della Costituzione che disegna un modello mutualistico e solidaristico, garantendo ai «lavoratori» non il solo mantenimento, ma «mezzi adeguati alle loro esigenze di vita», secondo un elenco non tassativo di eventi (infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria), tutti riferibili alla categoria degli «ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana» di cui all'articolo 3, secondo comma della Costituzione.

Il diritto alla prestazione previdenziale è stato irrobustito dalla giurisprudenza costituzionale che ha configurato la pensione quale forma di «retribuzione differita», in una lettura unitaria con le garanzie dell'articolo 36 della Costituzione.

Ne emerge un quadro in cui va assicurata una specifica cor-

relazione tra quantità e qualità del lavoro prestato e il corrispettivo monetario, al fine di garantire un livello di reddito quanto meno idoneo ad assicurare una esistenza libera e dignitosa al lavoratore, attivo o in pensione.

Il diritto alla previdenza serve ad alleviare lo stato di bisogno del lavoratore e della sua famiglia (sentenza 926/1988), ma anche a garantire un *quid pluris* volto a tener conto - almeno parzialmente - del «merito» che dal lavoro (ma anche dalla contribuzione) deriva e che trova riscontro nel tenore di vita raggiunto dal lavoratore alla conclusione della sua vita lavorativa (sentenze 26/1980, 173/1986 e così via, con le quali si è superato l'iniziale orientamento che garantiva solo le «primarie necessità», sentenze 31/1960 e 22/1969).

Questo assunto di fondo negli ultimi anni ha dovuto duramente scontrarsi con l'esigenza di contenimento della spesa.

Qual è il punto di corretto bilanciamento tra la tutela dell'interesse generale al contenimento della spesa e la garanzia individuale alla «adeguatezza» della prestazione previdenziale, coperta anche dalla tutela dell'affidamento e dei diritti quesiti? Emblematico è il caso dei più recenti interventi emergenziali.

Ricordiamo bene come l'arti-

colo 18, comma 22-bis, Dl 98/2011 modificato dal Dl 201/2011 disponeva un contributo di perequazione triennale per i trattamenti pensionistici superiori a 90 mila euro lordi annui (3% che diventa progressivamente 10 e 15%).

La Corte costituzionale ne ha dichiarato seccamente l'incostituzionalità rispetto all'articolo 3 della Costituzione, ritenendo che imporre il contributo di solidarietà ai soli titolari di trattamenti pensionistici disponga «una ingiustificata limitazione della platea dei soggetti passivi». Con la interessante precisazione che, nel caso di specie, «il giudizio di irragionevolezza dell'intervento settoriale appare ancor più palese, laddove si consideri che la giurisprudenza della Corte ha ritenuto che il trattamento pensionistico ordinario ha natura di retribuzione differita; sicché il maggior prelievo tributario rispetto ad altre categorie risulta con più evidenza discriminatorio, venendo esso a gravare su redditi ormai consolidati nel loro ammontare, collegati a prestazioni lavorative già rese da cittadini che hanno esaurito la loro vita lavorativa, rispetto ai quali non risulta più possibile neppure ridisegnare sul piano sinallagmatico il rapporto di lavoro» (sentenza 116 del 2013).

Su questa linea è facile pensare che analogo sorte spetterà

anche al contributo di solidarietà «rivisto» dal Governo Letta nel comma 486 della legge 147/2013.

Emergono palesi le divergenze di modello. Da un lato il legislatore si affanna a cercare contenimenti di spesa che pongano in dubbio il diritto pieno a una previdenza adeguata alle esigenze di vita, anche sacrificando affidamenti e diritti quesiti.

Dall'altro, la giurisprudenza soprattutto costituzionale continua a tutelare la pienezza dell'impianto di garanzie.

La previdenza che «ci aspetta» si scontra con la previdenza

che «ci spetta». Le esigenze economiche si scontrano con le garanzie giuridiche.

La soluzione, *rebus sic stantibus*, sembra già scritta, se non si studia un nuovo modello, che intacchi la filosofia generale della previdenza pubblica, rendendola forma di garanzia minima delle esigenze di vita, anche a seguito della messa a regime dei sistemi previdenziali complementari e integrativi.

*Ordinario di Diritto costituzionale
Università degli studi Roma Tre*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SPECIALIZZAZIONI

Concorso, bando pronto a fine mese

Il bando per il concorso nazionale di accesso alle scuole di specializzazione sarà emanato entro il 30 aprile. E le relative prove si svolgeranno entro il 31 luglio. Parola di Davide Farone. Il sottosegretario all'istruzione, università e ricerca risponde così all'interrogazione parlamentare in materia di accesso alle scuole di specializzazione. Ma non riesce a rassicurare le rappresentanze dei medici specializzandi (Sigm) che si riuniranno oggi a Roma davanti alla sede dello stesso ministero al grido di «riprendiamoci il futuro della sanità». Seppure, infatti, il numero due di Viale Trastevere abbia confermato come attualmente «siano state formate le graduatorie

per ciascuna scuola di specializzazione», e che sia in corso di completamento la fase di scorrimento, i giovani medici chiedono chiarezza sulle procedure. In particolare il segretario giovani medici specializzandi reclama «un'organizzazione e gestione ottimale del prossimo concorso nazionale» che preservi «meritocrazia e trasparenza», «l'adozione di un Piano triennale di finanziamento di un contingente di contratti di formazione specialistica necessario a colmare il gap tra numero di laureati e sbocchi nel post lauream (specializzazione e corsi di medicina generale) e per tutelare il diritto allo studio e infine l'organizzazione di corsi di

preparazione gratuiti al test di ammissione in carico alle università». Nel frattempo gli occhi sono tutti puntati sull'uscita del regolamento e quindi del successivo bando. In questo senso il sottosegretario ha precisato che il Regolamento sia «all'attenzione della Presidenza del Consiglio ai fini della conclusione dell'iter di approvazione cui seguirà la pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*, previa registrazione della Corte dei conti». Nella giornata di oggi infine molta attesa sull'audizione del ministro Stefania Giannini in commissione istruzione e sanità, dopo averla rimandata la settimana scorsa.

Benedetta Pacelli



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Il caso

Ticket Asl, code all'alba: è protesta

Forti disagi per gli anziani spesso costretti a ritornare per esaurimento coupon

Vincenzo Altieri

SANTA MARIA CAPUA VETERE. «Siamo bestie o essere umani?». È la domanda che, da diverse settimane, si stanno ponendo i tantissimi utenti dell'Asl costretti ad affrontare interminabili code, presso la sede di via Napoli esattamente al confine con il rione Sant'Andrea, per ottenere il rinnovo dell'esenzione ticket. La lunga attesa, in alcuni casi, rischia anche di non soddisfare le richieste dell'utenza. «Tante volte - hanno spiegato alcuni cittadini - ci sentiamo dire di dover tornare il giorno dopo perché sarebbe esaurito il numero di richieste che possono essere soddisfatte durante la giornata». Molti sono gli utenti che, per far fronte ai disagi, «prendono posto in fila» anche alle 5 del mattino ma, anche in questo caso, spesso serve a poco anticiparsi all'alba. «È capitato anche di trovare persone - hanno denunciato gli utenti - che distribuiscono biglietti numerati ad amici e parenti e quindi diventa inutile mettersi in coda all'alba».

La situazione, già insostenibile, rischia in alcuni momenti anche di degenerare a causa di tensioni che si generano all'esterno della sede Asl. «Sono anni - ha spiegato il segretario citta-

dino di Rifondazione Comunista, Renato Delle Femine - che, a partire dal primo aprile, in occasione del rinnovo delle esenzioni, si assiste all'indecoroso spettacolo di file interminabili di cittadini che si presentano presso gli sportelli dell'Asl per presentare le autocertificazioni. La situazione risulta oltremodo incandescente soprattutto presso gli sportelli dell'azienda sanitaria di Santa Maria Capua Vetere dove confermo che molti utenti, dopo ore di coda, vengono rinviati al giorno successivo se tutto va bene. Questi disagi, però, non rappresentano un fatto occasionale dal momento che si verificano ogni anno». Questi i motivi che hanno indotto i rappresentanti di Rifondazione a scrivere direttamente al governatore Stefano Caldoro: «Ci poniamo due quesiti - ha spiegato Delle Femine - Da un lato ci chiediamo come sia possibile che i vertici azien-

La denuncia
«Ci sono persone che distribuiscono biglietti ad amici e parenti»

dali dell'Asl non riescano ad organizzare un servizio più veloce e professionale. Dall'altro lato domandiamo al presidente Caldoro se sia possibile che i cittadini debbano essere considerati come bestie e non come esseri umani. Lo spettacolo interminabile delle file, così come il conseguente vagare per avere informazioni sulle «multe» per compilazioni di autocertificazioni errate, non fanno onore a chi le determina. Ci auguriamo che chi di dovere riesca ad individuare soluzioni concrete ed immediate per rispondere in maniera efficace alla domanda dei contribuenti».

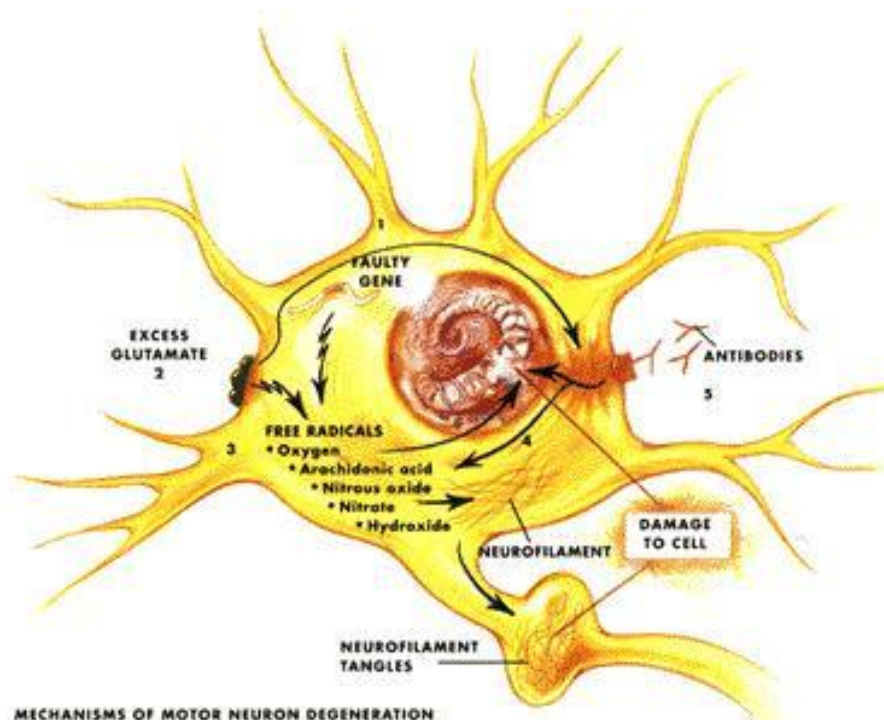
© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I disagi** Utenti dell'Asl costretti ad affrontare interminabili code



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Pianeta Sanità

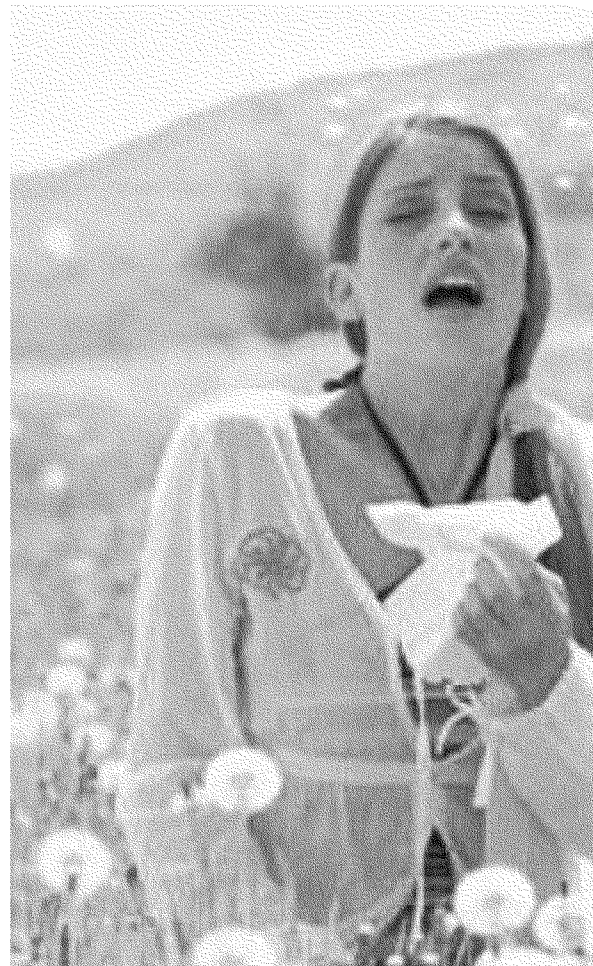
Allergie e smog come curare le malattie di primavera

GIUSEPPE DEL BELLO

SE al nord è appena iniziata, qui è già stagione inoltrata. La primavera e le immancabili allergie si fanno sentire quest'anno con manifestazioni più severe e per un tempo più lungo. Come mai? Risponde Gennaro D'Amato, docente di Allergologia e primario emerito del Cardarelli: «Le classiche reazioni interessano l'apparato respiratorio e spesso anche gli occhi con congiuntivite. Insorgono quando i pollini (equivalenti agli spermatozoi umani) di alcune erbe (graminacee e, a Napoli e in Campania soprattutto la parietaria) o di alcuni alberi (olivo, betulla) vengono immessi in atmosfera per garantire la riproduzione e il perpetuarsi della specie vegetale».

La prima fase allergica parte quando, una volta depositatisi sulle congiuntive o sulle mucose nasali o bronchiali dei passanti, i pollini liberano rapidamente il loro contenuto proteico. E se questo contie-

ne allergeni e il soggetto è allergico, si innescheranno le reazioni. Ma alla pollinazione, evento naturale e immutabile, si aggiunge l'inquinamento atmosferico cittadino causato dal traffico veicolare. Inquinanti urbani come polveri e ozono potenziano gli effetti degli allergeni aumentando il potere allergenico oppure favorendone la penetrazione nelle vie aeree. «Da questo quadro si intuisce che a soffrire di pollinosi - continua D'Amato - sono prevalentemente gli abitanti delle città, mentre i tempi caratterizzati da sintomi clinici tendono a diventare sempre più lunghi, non limitati quindi al periodo di presenza atmosferica del polline allergenico». Come si curano le malattie allergiche? I farmaci consentono di curarle adeguatamente e di migliorare la qualità di vita. Ci sono i sintomatici, come gli antistaminici a breve (salbutamolo, terbutalina, fenoterolo) e a lunga durata d'azione (formoterolo e salmeterolo) nell'asma, e quelli che mirano a ridurre l'infiammazio-



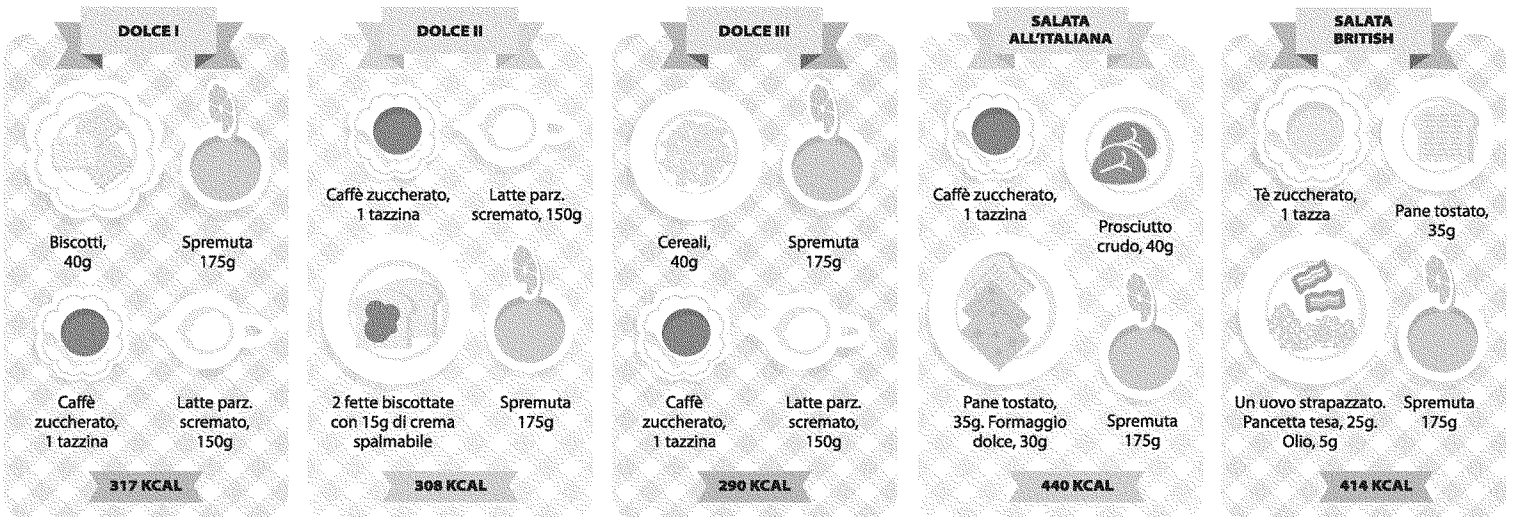
ne allergica delle vie aeree. Tra questi ultimi, al primo posto, i corticosteroidi, soprattutto somministrabili per via inalatoria. «Di prossima immissione in commercio per la terapia dell'asma bronchiale allergico severa - rivela lo specialista - sono le anti-IgE, anticorpi monoclonali che, iniettati per via sottocutanea, sono in grado di bloccare le IgE in circolo impedendo il loro legame alle cellule infiammatorie e di conseguenza anche le reazioni allergiche».

L'innovativo protocollo terapeutico potrà essere effettuato solo in pochi centri in Italia, soprattutto in grandi ospedali come la divisione di Allergologia e Immunologia del Cardarelli, uno dei pochi punti di riferimento nazionali in cui il farmaco è stato abbondantemente sperimentato.

Alimentazione. La fanno nove italiani su dieci. Ma dovrebbe rappresentare non più del 20% delle calorie della giornata. Un'indagine della Doxa

LE COLAZIONI

Esempi di colazione dolce e salata dalla ricerca Doxa Aidepi con la consulenza della dottoressa Valeria del Balzo



INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

Le leggi della buona colazione

ELVIRA NASELLI

NOVE italiani su dieci fanno colazione al mattino. Un risultato forse imprevisto se si considera che fino a qualche anno fa più del 15 per cento dei ragazzi non mangiava nulla e oggi invece gli irriducibili sono scesi al 2%. I dati dell'indagine "Lo comincio bene", realizzata dall'osservatorio Doxa/Aidepi, indagano il mondo della prima colazione consegnandoci il profilo di una maggioranza di italiani che consuma alimenti dolci al risveglio (il 65%), un quasi 20% che alterna dolce e salato e un 7 che mangia solo il salato.

È dolce anche il caffè del mattino: solo uno su 4 lo prende amaro. Tra gli alimenti preferiti di chi fa la colazione dolce ci sono i biscotti (58%), pane e fette biscottate con marmellata, miele o creme alla nocciola (19%), e poi, tra il 7 e il 9 per cento, cereali e muesli, merendine e brioches varie e yogurt. Percentuali lievemente diverse per i più giovani, che consumano più dolcetti, cereali e muesli (13%).

I modelli diversi di colazione (illustrati in alto) hanno però delle differenze caloriche e di componenti non irrilevanti. E non bisognerebbe dimenticare che la prima colazione non dovrebbe eccedere il 20% del totale delle calorie della giornata. Per chi proprio non ce la fa a mangiare qualcosa appena svegli c'è una deroga, ma vale solo per gli adulti. «Se si ha fretta o non si ha fame — spiega Andrea Ghiselli, dirigente di ricerca del Centro di ricerca nutrizionale del Cra — si può mangiare anche poco, magari solo un biscotto con il caffè, ma poi, entro metà mattina, si dovrebbe consumare qualcosa di sostanzioso, il classico cornetto, piccolo, con cappuccino, o dei biscotti o dei crackers, o uno yogurt con un frutto. Poiché l'Oms ribadisce di non superare il 5% delle ca-

lorie complessive da zuccheri aggiunti, sarebbe bene sacrificare lo zucchero del caffè e non quelli aggiunti ai prodotti da forno: prendendo 3 caffè al giorno con 1 cucchiaino di zucchero si arriva a 15 grammi e 60 calorie. Consiglio magari di macchiare il caffè, sfruttando il dolce del latte, e abituarsi piano piano».

Per quanto riguarda invece l'introito calorico i "modelli" dolci sono certamente più equilibrati. «La colazione dolce — ragiona Valeria Del Balzo, biologa nutrizionista alla Sapienza di Roma — ha un contenuto calorico che varia da 290 a 315 calorie, più basso di almeno 100 calorie rispetto a quella salata. Ed è un'ottima scelta per il giusto mix di carboidrati, proteine, vitamine e pochi lipidi».

Quella salata, invece, è più squilibrata. «Se rappresenta un'eccezione va bene — continua Ghiselli — un po' come si fa quando si va all'estero e si mangiano uova e bacon. Non va bene, invece, se si mangia ogni giorno. Non ci sono evidenze che dicano che un uovo al giorno faccia male, ma bisogna valutare il bilancio del colesterolo della giornata. E 40 grammi di prosciutto al giorno, 210 a settimana, sono davvero troppi. Basti pensare che le Linee guida per i salumi prevedono un limite di 50-100 grammi a settimana. Anche i 210 grammi di formaggio a settimana sono troppi: è vero che sono una buona fonte di calcio ma, rispetto al latte, il formaggio è salato. E allora sarebbe meglio alternare con yogurt e ricotta». Ricordando che il codice europeo contro il cancro dello Iarc suggerisce di evitare la carne conservata come una delle dodici azioni quotidiane anticancro.



Nel mondo

Gli italiani preferiscono la colazione dolce ma non è così dappertutto. In alcune regioni italiane, Liguria e Puglia, la colazione salata è infatti ben radicata. Come del resto in gran parte del mondo. In Asia al mattino il riso è quasi ovunque, mentre nei paesi del Nord Europa è comune trovare a tavola aringhe o salmone affumicato mentre in Germania e Gran Bretagna sono comuni uova e pancetta, o salsicce. In Turchia è tipico il consumo di formaggio, burro, olive, uova, pomodori e cetrioli, ma anche di zuppe. Così come

in Israele si mangiano frittata, pomodori, cipolla, formaggi vari, pane, yogurt e frutta. In Asia è comune mangiare riso e pesce (Filippine) o con carne e verdure (Cina) mentre in Giappone al riso si affianca la zuppa di miso, tofu grigliato, alghe, uova. In Sud America la colazione vira al dolce, tranne che in Perù, così come negli Stati Uniti dove, accanto al salato, trionfano pancakes, muffin e doughnut, ciambelle ricoperte di glassa

> LUI & LEI

ROBERTA GIOMMI



BULLISMO ANCHE FEMMINILE

Stà emergendo un fenomeno di omologazione negativa: i comportamenti da bulli femminili. Il disagio relazionale (non sentirsi accolti, non avere potere sociale positivo), si esprime con l'aggressività in ambedue i sessi e le ragazze usano spesso questa rabbia contro le altre ragazze. Potere e competizione si esprimono attraverso l'invidia e molti non intervengono per paura. Come Istituito stiamo attuando un programma di intervento nelle convivenze scolastiche, usando la tecnica della mediazione di genere. Con questo strumento, che unisce la competenza sessuologica e la mediazione dei conflitti, lavoriamo per la costruzione del dialogo. Sappiamo, e l'esperienza ce lo conferma, che sotto

il conflitto esiste una ferita emotiva. Presentiamo casi, ascoltiamo problemi, nella convinzione che vivere in un ambiente con conflitti irriducibili, crei infezione psicologica. Si ascoltano le ragioni, si lasciano le posizioni preconette, si impedisce il silenzio, si costruiscono insieme nuove regole. La differenza sessuale, i conflitti di seduzione, la voglia di apparire, fanno da cornice a questo atteggiamento distruttivo, creando modi di gestire amore e sesso superficiali e inquietanti. Ragazzi e ragazze ci chiedono di lavorare su questo malessere, consapevoli che in molti casi rabbia e solitudine alimentano l'incapacità di crescere bene

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“Prosciutto, 40 grammi al giorno sono davvero troppi. Per le Linee guida, giusti 50-100 a settimana”

Gastroenterologia. Già efficace in fase due. Se supererà gli ultimi test - dosi e durata del trattamento - fra tre anni sarà disponibile per i malati
Prodotta da una biotech Usa, fondamentale il lavoro dell'università di Tor Vergata

Morbo di Crohn, la svolta "Questa pillola lo batterà"

ELENA DUSI

UNA pillola contro il morbo di Crohn si è mostrata efficace in una sperimentazione di fase due. Se supererà anche la terza fase, diventerà disponibile per i malati. «Ci vorranno tre anni almeno» dice il "padre" della cura Giovanni Monteleone, professore di gastroenterologia all'università Tor Vergata di Roma. La pillola sfrutta tecnologie avanzate di sintesi genomica ed è prodotta da una biotech americana, la Celgene. Oltre al morbo di Crohn e alla colite ulcerosa, la cura potrebbe essere estesa alle infezioni gastrointestinali diffuse nel Terzo Mondo. «Per questo la fondazione Gates ha attivato una collaborazione con noi», dice Monteleone.

Come tutti i trattamenti che puntano al genoma, la pillola, battezzata Morgensen, promette di risolvere alla base molti problemi della malattia. Minimi gli effetti collaterali visti nelle sperimentazioni sull'uomo appena pubblicati sul *New England Journal of Medicine*. Ma nessuno di questi trattamenti avanzati sarebbe possibile senza una dose massiccia di ricerca di base. Monteleone e i colleghi hanno iniziato a lavorare a una cura per il morbo di Crohn nel 2000: «Ero a Londra quando ho cominciato a studiare i meccanismi molecolari che provocano la malattia». Crohn e colite ulcerosa, si è osservato con gli studi preliminari in vitro, derivano da un eccesso di infiammazione nell'intestino, fenomeno fisiologico in questo organo esposto a tossine alimentari e microbi, ma tenuto nei limiti da un delicato equilibrio di freni e acceleratori del sistema immunitario. Fra le molecole che "spengono il fuoco" ce n'è una particolarmente importante: il tgf-beta1. Ed è proprio il suo ridotto funzionamento a provocare i sintomi debilitanti nei circa 5 milioni di persone nel mondo affette da Crohn e colite ulcerosa: diarrea, dolore addominale, perdita di peso.

La perdita di efficacia di tgf-beta1 (il freno) è causata da un'eccessiva presenza della molecola "rivale" (l'acceleratore), Smad7. «Nei malati di Crohn - spiega Monteleone - il tgf-beta1 è presente, e anche in abbondanza.

La cura potrebbe essere estesa alla colite ulcerosa e alle infezioni gastrointestinali

Si lega ai recettori delle cellule dell'epitelio e del sistema immunitario, ma non invia il suo segnale anti-infiammatorio nella cellula, che viene bloccato da Smad7». Morgensen mette un "sassolino" nell'ingranaggio di produzione di Smad7. Quando il gene "ordina" la produzione di questa molecola, usa un frammento di Rna messaggero per inviare la sua "richiesta" composto da 21 basi in sequenza. Il gruppo di Monteleone ha sintetizzato una sequenza speculare a quello di Smad7, per questo chiamato antisense. Le due molecole simmetriche incontrandosi si "abbracciano" e l'ordine di produrre la proteina colpevole della malattia viene di fatto "dimenticato". Il tgf-beta1, con il suo rivale ormai reso inefficace, può svolgere il suo lavoro e ripristinare l'equilibrio nell'intestino

«Produrre l'antisense di Smad7 è un lavoro complesso di biologia sintetica», spiega Monteleone. Dal laboratorio la ricerca è passata attraverso i topi per approdare quattro anni fa alla sperimentazione di fase uno sull'uomo. Per la fase due sono stati reclutati 166 pazienti con la malattia di Crohn che non riuscivano a star meglio con i farmaci anti-infiammatori convenzionali. Morgensen è stato somministrato per due settimane in 16 ospedali italiani e uno in Germania. Il 72% dei malati che ha ricevuto la massima dose del farmaco (ad alcuni erano state somministrate dosi inferiori o solo un placebo) è migliorato e il 65% ha avuto una remissione completa, mantenuta per due settimane dopo la fine della cura. «Ma in oltre il 60% dei casi la remissione è durata tre mesi» aggiunge Monteleone. «La fase tre definirà le dosi e la durata del trattamento, che probabilmente sarà superiore ai 14 giorni». Per l'ultima tappa della sperimentazione Celgene metterà sul tavolo i 400-500 milioni necessari al reclutamento di migliaia di pazienti in tutto il mondo (chi è interessato a partecipare al trial può contattare servizio.mici@ptvonline.it o Gi.Monteleone@med.uniroma2.it). I proventi del farmaco, se ci sarà, andranno all'azienda Usa che ha pagato 710 milioni di dollari per i diritti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FLASH

Anziani

Semplici regole di vita quotidiana, come restare attivi, conservare una rete sociale e prevenire la comparsa di malattie infettive, possono salvare l'anziano. Nel nostro paese il 21% della popolazione è over 65, gli over 75 sono 4 milioni, 1,7 milioni i grandi vecchi. Ma gli anziani non usano la vaccinazione. È quanto emerge da una indagine Censis, presentata a Roma nel convegno "La longevità nasce dalla prevenzione, il contributo della vaccinazione per la salute dell'anziano", promosso da Italia Longeva. Gli anziani hanno una conoscenza vaga delle vaccinazioni e non conoscono, ad esempio, quello contro la polmonite pneumococcica responsabile della maggior parte dei ricoveri in terza età, contratto spesso proprio durante un ricovero. «La causa di questa situazione - spiega Ketty Vaccaro, responsabile Welfare e salute Censis - è la bassa percezione del rischio e

la scarsa informazione, mentre il consiglio del medico curante e la consuetudine con questa forma di prevenzione sono i due fattori che possono incidere sull'interesse degli anziani nei confronti delle vaccinazioni».

Medici

Quattrocento Medici di Medicina Generale formati nei prossimi due anni alla ricerca clinica e «addestrati» per costituire il «Gruppo sperimentatori in Ricerca clinica della Fimmg». Dovranno elaborare nuovi modelli clinici, partecipare a progetti di ricerca sui farmaci prima e dopo la loro immissione in commercio. È l'obiettivo della Scuola di Ricerca in Medicina Generale, innovativo progetto Fimmg sostenuto da MSD Italia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INIZIATIVA.

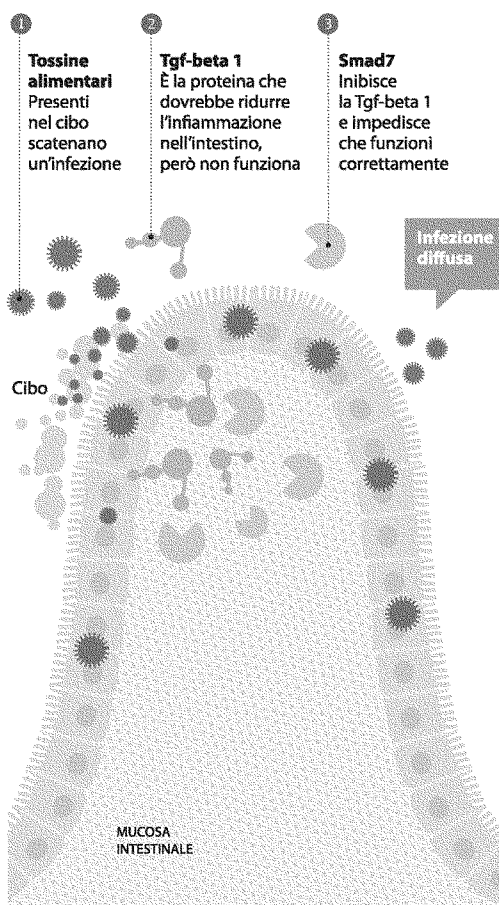
Quel video aiuterà a far riflettere

FINO al 5 giugno 2015 tutti coloro che sono coinvolti direttamente o indirettamente da una MICI (malattia infiammatoria cronica intestinale) come il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa possono caricare dei video, di durata non superiore ai 15 minuti, sul sito www.orachemicifaipensare.it dove si trovano il regolamento e tutte le altre informazioni sull'iniziativa.

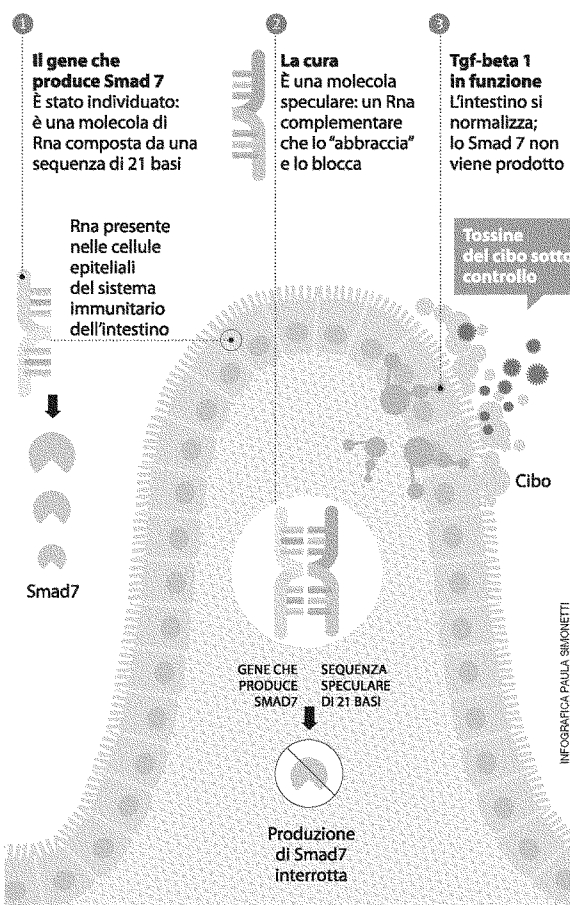
«Ora che mi ci fai pensare» intende richiamare l'attenzione di media, istituzioni e cittadini su queste patologie e sulla realtà di chi deve convivere – afferma Salvo Leone, direttore di AMICI onlus – I pazienti potranno contribuire con i loro video a far riflettere su queste patologie e su chi le deve sopportare ogni giorno. Il risultato finale sarà un cortometraggio che dovrà soprattutto aiutare i pazienti ad avere fiducia e a vivere con maggiore positività».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NELLA MALATTIA DI CROHN

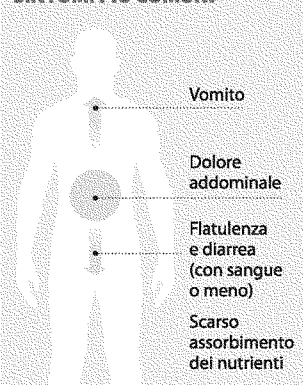


LA POSSIBILE CURA

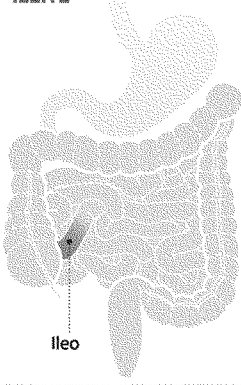


LE TIPOLOGIE

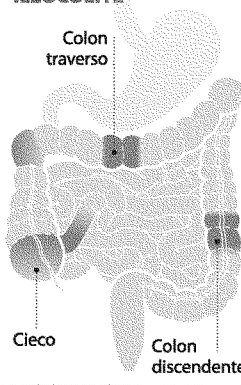
SINTOMI PIÙ COMUNI



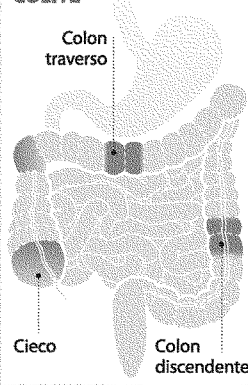
ILEITE



ILEOCOLITE



COLITE



● ZONE DOVE SI PRESENTANO INFIAMMAZIONE E LESIONI

Tiroide. È molto raro che le cisti scoperte per caso si trasformino in maligne (0,3% dei casi). Lo studio, italiano, pubblicato su *Jama*. Seguiti per 5 anni mille pazienti. Una patologia che interessa circa una persona su due

Quel nodulo resterà sempre benigno

DONENICOMERINGOLO*

NESSUNO abbia più paura dei noduli tiroidei benigni. È il messaggio rassicurante che arriva dalla ricerca coordinata da Sebastiano Filetti del Dipartimento di Medicina interna e specialità mediche dell'Università di Roma Sapienza a cui abbiamo partecipato come Unità Operativa di Endocrinologia dell'Ospedale Bentivoglio, Bologna con un gruppo di medici ricercatori italiani.

L'obiettivo della ricerca è stato valutare la storia naturale dei noduli tiroidei benigni in individui asintomatici e i fattori ad essi associati in un periodo di cinque anni. Sono stati inclusi nello studio soggetti con almeno un nodulo tiroideo e senza disfunzioni tiroidee, con un risultato benigno all'agoaspirato tiroideo.

Visto che non danno alcun disturbo, i noduli sono spesso scoperti per caso mentre si cercano altre patologie da un esame radiologico del collo o un'ecografia (esame doppler) dei vasi del collo. Anche se oltre il 90% dei noduli così scoperti sono di piccole dimensioni che non danno disturbi, benigni all'esame citolo-

gico e sotto sorveglianza efficace. Allo stato attuale delle conoscenze ci sono incertezze su quale sia il follow-up ottimale dei noduli tiroidei. Le linee guida raccomandano esami ecografici e rivalutazioni con esami citologici se si osservano aumenti significativi delle dimensioni dei noduli.

Ciononostante, grazie al monitoraggio quinquennale di 992 pazienti di 8 centri italiani di ricerca e seguiti con indagini ormonali ed ecografia tiroidea annualmente per tutto il periodo dello studio, si è scoperto che sono molto rari i casi in cui i noduli benigni della tiroide si trasformano in maligni. I risultati di questo monitoraggio inviano un messaggio positivo che rassicura quel 30-50% della popolazione adulta che può svelare noduli tiroidei ad un esame ecografico.

I risultati dei controlli mostrano infatti che la grande maggioranza dei noduli (69%) rimane stabile nelle dimensioni nell'arco del periodo monitorato. Anzi, va incontro a una riduzione spontanea di volume il 18,5% (184 pazienti).

Solo nel 15,4% (153 pazienti) dei casi è stata rilevata una crescita. In questi casi l'aumento registrato è risultato lento e graduale, pari in media a 5 mm in 5 anni. Anche in questi casi poi, lo studio elimina ogni allarmismo. Si è visto che un nodulo che cresce non si trasforma per forza in maligno. La maggior parte dei noduli in cui è stato documentato un aumento di volume sono infatti risultati benigni. Solo 2 carcinomi dei 5 riscontrati sono stati trovati in noduli cresciuti di dimensioni nel tempo di osservazione.

Insomma, la probabilità che un nodulo benigno si trasformi in maligno è davvero ridotta e non supera lo 0,3%. Nella maggior parte dei pazienti (88,3%) inoltre non è stato registrato nessun aumento del numero dei noduli.

La cura dei noduli benigni non solo non richiede alcuna terapia, ma non necessita neanche di visite cliniche ed ecografiche frequenti. Per tenere la situazione sotto controllo bastano pochi controlli diradati negli anni. Si prevede quindi un risparmio dei costi sanitari che gioverà al sistema nel suo complesso. E non solo italiano. La nostra ricerca è stata pubblicata su *Jama* (*Journal of the American Me-*

dical Association), una fra le più note e diffuse riviste mediche al mondo che gli ha dedicato anche un editoriale di apertura sull'impatto sulla pratica medica e con un lancio anche sulla piattaforma multimediale *Jama Network* che raggiunge gran parte dei medici statunitensi. Lo studio infatti è destinato ad influenzare sensibilmente le attuali linee guida internazionali sulla gestione dei noduli tiroidei.

I risultati di questo studio sono molto rassicuranti per i pazienti con noduli benigni alla tiroide. Da oggi in poi dovranno avere meno paura, tali noduli non richiedono alcuna terapia e i controlli ecografici potranno essere diradati negli anni. Le risorse economiche e professionali liberate potranno essere impiegate su altri fronti terapeutici.

Gli altri centri di ricerca coinvolti: Univ. di Perugia, centro Core di Pescara, osp. Tinchi-Pisticci (Matera), osp. San Giovanni Rotondo (Foggia), Univ. Magna Grecia (Catanzaro), Univ. di Catania e Az. osp. Villa Sofia-Cervello di Palermo.

*Direttore UO di Endocrinologia, Osp. Bentivoglio, Bologna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per tenere la situazione sotto controllo bastano pochi esami e diradati nel tempo

gico su ago-aspirato e senza caratteristiche ecografiche di malignità, la paura finisce per dominare lo stato d'animo dei pazienti.

La scoperta dei noduli diventa generalmente fonte di allarme per le tante domande senza risposte certe: qual è il rischio che il nodulo possa crescere negli anni e determinare disturbi a livello del collo? Qual è il rischio che il nodulo, pur classificato inizialmente benigno, primo o poi si riveli maligno?

Domande, queste, a cui è ora possibile dare una risposta più chiara. Lo studio effettuato spazza infatti via questi dubbi insidiosi e permette di definire protocolli di

IL PARERE.

“Bene quegli studi ma non sottovalutare le formazioni in crescita lenta ma costante”

GIUSEPPE DEL BELLO

NESSUN timore per i noduli benigni, ma non sottovalutare le altre patologie. L'approccio corretto prevede un primo step che mira a individuare quei noduli che, invece, risultano di più difficile gestione. È di quest'avviso Annamaria Colao, ordinario di Endocrinologia alla Federico II di Napoli.

Sarebbe un errore abbassare la guardia?

«Condivido l'analisi fatta dai colleghi dello studio, ciononostante mi preoccupa e ritengo vada tenuto in conto quel 15 per cento circa di noduli che ha dimostrato una crescita costante, seppur lenta».

Come riconoscerli?

«Quando al controllo risultano aumentati rapidamente di volume e molto vascolarizzati. Ma bisogna prestare particolare attenzione a quei noduli tiroidei riscontrati nei bambini, negli adolescenti e comunque in soggetti maschi. Nelle donne invece, tra i 20 e i 50 anni, la situazione è più tranquilla perché i noduli sono molto più frequenti e, come riportato nella ricerca,

sono generalmente benigni. Ma non per questo possiamo evitare di monitorarli».

È un problema di dimensioni?

«Anche. I noduli più grandi, anche se benigni, possono dare segni di compressione su altri organi con intuibili conseguenze. Ed è per questo che vanno trattati non solo con terapia medica ma anche con metodiche locoregionali».

Intende col bisturi?

«Non solo. La termoablazione (la distruzione del tessuto tiroideo attraverso il calore erogato da un ago sotto guida ecografica, ndr) è oggi un'alternativa alla chirurgia. Certo è che non si può rischiare il soffocamento, soprattutto se si tratta di un paziente in età avanzata. La trachea è un organo cartilagineo che tende a comprimersi, ma non ha la capacità di tornare alla forma anatomica originale. In questa ottica appunto, per evitare danni irreversibili, è importante non perdere tempo».

E davanti ai noduli piccoli invece, come comportarsi?

«In presenza di evidenti linfonodi, il rischio della malignità è

concreto. In questo caso, il paziente va sottoposto a ecografia del collo con studio della tiroide e dei linfonodi. E se fosse individuata la loro presenza è bene eseguire un esame citologico per ago-aspirato. Oggi l'ecografia con studio della vascolarizzazione con color-doppler ci è di grande aiuto perché, a differenza di quelli maligni, i noduli benigni hanno scarsa vascolarizzazione».

Ma quali sono le situazioni più complesse?

«Sono rappresentate dai tumori rari. Come il carcinoma midollare della tiroide, che generalmente è di piccole dimensioni ma metastatizza ai linfonodi molto rapidamente e può essere familiare, o il carcinoma anaplastico che spesso si forma su un gozzo di grosse dimensioni, magari rimasto benigno e silen-

Annamaria Colao è ordinario alla Federico II di Napoli

te per decenni. Per entrambi i tumori oggi sono disponibili terapie innovative che offrono una buona prospettiva di vita».

Allora, nessun allarmismo ma neanche indifferenza?

«Pur con atteggiamento di cautela è sempre opportuno rivolgersi all'endocrinologo di fiducia che può dirimere qualunque dubbio. Per i casi più gravi il suggerimento è di contattare un centro di riferimento nazionale ad alta specializzazione nella propria regione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PER
SAPE
RNE
DI PIÙ

Diabete

Arriva una nuova molecola, Dapagliflozin, sviluppata da Astra Zeneca a partire da una sostanza naturale presente nella corteccia degli alberi delle mele, la florizina. «Il rene spiega Giorgio Sesti, docente di Medicina Interna all'università Magna Grecia di Catanzaro - ha un ruolo importante nel controllo della glicemia, in quanto riassume il glucosio eliminato quotidianamente nelle urine. Questa nuova terapia sfrutta meccanismi fisiologici per abbassare la capacità di riassorbimento del glucosio da parte del rene per aumentare la perdita urinaria di questa sostanza. Dapagliflozin riduce infatti il riassorbimento renale del glucosio dalle urine, apre il 'rubinetto-rene', permettendo così all'organismo di liberarsi dal glucosio in eccesso. È una novità terapeutica significativa che non interferisce con le altre terapie anti-diabete, compresa l'insulina, ma si integra nel trattamento di tutte le fasi della malattia». Il farmaco porta inoltre a una perdita di peso fino a 2-3 chili (soprattutto riduzione della massa grassa) e a un abbassamento della pressione arteriosa. «Assicurare il controllo glicemico, ma anche diminuire il rischio di ipoglicemie e contribuire a ridurre il peso corporeo e la pressione arteriosa - conferma Salvatore Caputo, presidente di Diabete Italia - sono aspetti fondamentali che questa nuova terapia può apportare nella sfida al diabete di tipo 2, malattia che aumenta il rischio di complicanze anche gravi, oltre che i ricoveri ospedalieri».

(al.mar.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DISTURBI ALLA TIROIDE

6 milioni di italiani hanno qualche disturbo alla tiroide

MASCHI 8,3 PER MILLE
FEMMINE 15,9 PER MILLE

70% dei noduli rimane invariabile nella misura o si riduce

IPOTIROIDISMO

Prevalenza in Italia

5-8% Donne dopo la gravidanza

17% Donne over 60

20% Donne over 75

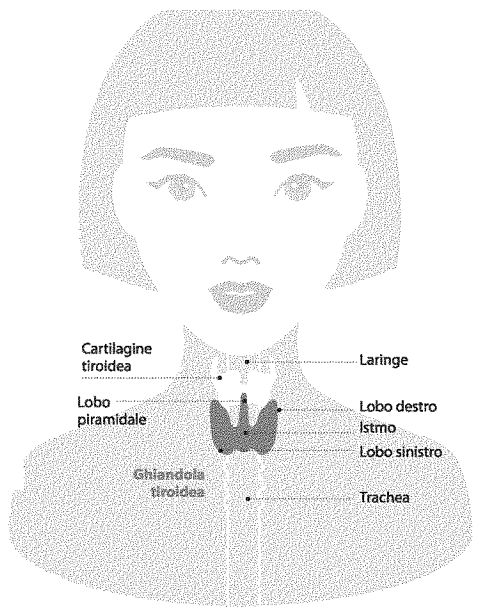
IPERTIROIDISMO

2-3% della popolazione generale

5-6% negli over 60

L'ipertiroidismo legato al gozzo nodulare si manifesta più spesso nei residenti delle aree di carenza iodica

FONTE: RIELABORAZIONE DATI ISALUTE / ISTAT / AIRC



DALLA DIAGNOSI ALLA CURA

Il sospetto di un nodulo della tiroide è un problema frequente e richiede una diagnosi tempestiva

LEGENDA DEI COLORI DEI NUMERI

- 2 **SOSPETTO DIAGNOSTICO**
- 5 **DIAGNOSI DI NODULO/I**
- 10 **FUORI PERICOLO**
- 10c **DIAGNOSI DI CANCRO**
- 11 **PAZIENTE IN CURA**



Radiazioni
Ha subito esposizioni a radiazioni?



Farmaci assunti
Ce ne è qualcuno che interferisce con la tiroide?

LE DOMANDE DELL'ENDOCRINOLOGO



Prodotti a base di alghe
Li ha usati di recente?



Familiarità
Ci sono casi di problemi di tiroide in famiglia?

Ecografia positiva
Nella tiroide vi sono uno o più noduli

Visita da un medico endocrinologo

Tutte le risposte sono negative
Di solito il paziente risponde di **NO** a tutte le domande e l'endocrinologo prescrive un dosaggio ormonale

Tireotropina
Ormone prodotto dall'ipofisi che stimola la tiroide a produrre ormoni

Se la tireotropina è normale si passa direttamente all'agoaspirato (passo 9)

Dosaggi ormonali
Misura la quantità nel sangue di ormoni connessi alla tiroide

Almeno una risposta positiva
Se la paziente risponde di **SI** a una o più domande si aprono percorsi diagnostici diversi

RISULTATO Nodulo benigno
Si prescrivono controlli periodici

RISULTATO Non diagnostico
La biopsia deve essere ripetuta

La chirurgia
Se è borderline, sospetto o maligno si esegue l'asportazione chirurgica e spesso si prescrivono trattamenti con iodio radioattivo

Borderline
Asportazione parziale o totale della tiroide

Maligno
Asportazione totale

RISULTATO Nodulo borderline, sospetto o maligno

Agoaspirato
È una procedura diagnostica mini-invasiva, guidata da ecografia. Si aspira con un ago fine materiale cellulare del nodulo che viene poi analizzato

Nodulo "freddo"
Ciò è di natura fredda (non funzionante). Il rischio di malignità è superiore quindi si procede all'agoaspirato (passo 9)

Se la tireotropina è bassa viene prescritta una scintigrafia

Scintigrafia
È un esame di medicina nucleare, che consiste nella somministrazione di un tracciante radioattivo che evidenzia la funzionalità del nodulo. Il nodulo può risultare "caldo" o "freddo"

Nodulo "caldo"
È un nodulo che produce ormoni tiroidei; è benigno nella quasi totalità dei casi

Si ai trattamenti estetici con alghe?
L'applicazione di alcuni prodotti fa assorbire grandi quantità di iodio che possono evidenziare patologie tiroidee latenti

Urologia. I ricercatori lavorano per scoprire in fase iniziale le neoplasie di reni e vescica tramite marcatori. I test nelle Università di St. Louis e Birmingham

Nelle urine i primi segni di un tumore

ALDO FRANCO DE ROSE*

COME il tumore della prostata può essere diagnosticato con il dosaggio del PSA nel sangue e quindi semplice e rapido da eseguire, anche altri tumori urologici potrebbero essere presto identificati con dei marcatori rilevabili, con analisi altrettanto semplici, nelle urine. La novità riguarda il tumore renale e vescicale.

Attualmente la diagnosi del tumore renale avviene, in molti casi, in modo incidentale, nel corso di una ecografia addominale. Altre volte invece perché compaiono dolori al fianco o, molto più raramente, il campanello dall'allarme è la presenza di sangue nelle urine. In ogni caso, la diagnosi poi deve essere sempre confermata dalla Tac e/o Risonanza (Rnm) che spesso però evidenziano una neoplasia già grande ormai abbastanza da dover richiedere la rimozione completa del rene.

La scoperta di uno o più marcatori potrebbe invece individuare i tumori già sin dalle fasi iniziali e quindi consentirne la rimozione (tumorectomia) con risparmio del rene, proprio come avviene attualmente per i tumori che però non superano i 3 cm.

Ma la scoperta dei marcatori di tumore renale potrebbe risultare di estrema importanza soprattutto per i soggetti con un rene solo o per quelli con una neoplasia renale bilaterale.

I ricercatori della Washington University School of Medicine di St. Louis hanno analizzato i campioni di urina di 720 soggetti che erano in attesa di eseguire la Tac per sospetto tumore renale. I campioni sono stati quindi confrontati con quelli di altre 80 persone sane e di altri 19 che avevano avuto già diagnosi di tumore renale. In particolare, sono stati misurati i livelli di

Attualmente la diagnosi - che deve essere confermata da una Tac - avviene in molti casi in modo accidentale

due proteine nelle urine, aquaporin-1 (Aqp1) e perlipin-2 (Plin2).

Dall'analisi dei dati è stato osservato che le persone sane avevano bassi livelli di queste due proteine-marcatori mentre quelli con tumore renale presentavano livelli molto elevati, con un'attendibilità del 95%. «Ogni proteina o biomarcatore», ha infatti spiegato Jeremiah J. Morrissey, uno degli autori dello studio, «ha individualmente indicato i pazienti che avrebbero potuto avere il cancro al rene, ma tutte e due insieme sono risultate più sensibili e molto più specifiche».

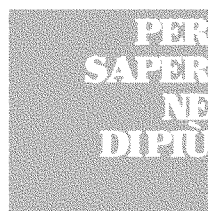
Altre novità interessano invece il tumore della vescica, neoplasia che spesso dà segno di sé con la presenza di sangue nelle urine e poi, in molti casi, anche a distanza di anni, costringe all'asportazione della vescica e alla schiavitù di portare sempre con sé un sacchetto dove far defluire le urine.

Individuare i tumori aggressivi vuol dire non solo salvare la vita, in quanto si può intervenire prima, ma risparmiare anche la chirurgia radicale a tutti quelli che, al posto del sacchetto delle urine, possono invece conservare la propria vescica che può non essere asportata completamente.

Un gruppo di studiosi della University of Birmingham (Regno Unito) si è concentrato sulla ricerca dei marcatori dell'aggressività e ne ha individuati due: si tratta del fattore di crescita dell'epidermide (Egfr) e della molecola di adesione delle cellule epiteliali umane (Epcam).

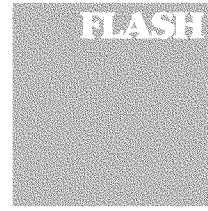
I ricercatori, studiando oltre 400 soggetti, hanno riscontrato che i livelli elevati di questi biomarcatori erano correlati ai casi di tumore vescicale più aggressivi e con scarsa sopravvivenza. «Questi biomarcatori», ha detto Rik Bryan, autore dello studio, «da soli non possono essere utilizzati per diagnosticare il cancro della vescica, ma hanno comunque un valore immenso perché sono in grado di indicare la prognosi della malattia al fine di guidare il trattamento e decidere se è necessaria una terapia più o meno aggressiva».

* Urologo e Andrologo, osp. San Martino, università di Genova



La pillola

Prosegue per tutto l'anno la campagna di informazione sulla contraccezione promossa dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia e MSD "Love it! Sesso consapevole" con incontri per le ragazze nelle tappe del Salone dello Studente (le prossime Rimini, Torino, Pescara, Roma, Bari e Catania). Oltre ad avere consulti ginecologici gratuiti al Salone dello Studente, le ragazze possono inoltrare i loro dubbi su sessualità e contraccezione alle ginecologhe del sito www.lapillolalenzapillola.it



Melanoma

Presentati al congresso dell'American Association of Cancer Research in corso a Philadelphia i dati del confronto tra pembrolizumab e ipilimumab nel melanoma avanzato. Il primo ha dimostrato una superiorità statisticamente e clinicamente significativa nel raggiungimento della sopravvivenza globale e della sopravvivenza libera da progressione rispetto a ipilimumab. Confermato il profilo di sicurezza di pembrolizumab che sul melanoma avanzato dimostra un vantaggio nella sopravvivenza rispetto alle cure standard.