



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Sanità campana, un ritardo figlio della mancata organizzazione

Mario Luigi Santangelo

Settembre, andiamo. È tempo di ... «pagare». La parafrasi di una famosa poesia si addice più che mai ad una situazione che nel panorama assistenziale della nostra regione è diventata una abitudine come la transumanza dei pastori di dannunziano riferimento. Da anni, ormai, l'inizio dell'autunno corrisponde alla sospensione della erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private e costringe i cittadini a pagare di tasca propria i servizi sanitari territoriali. Da anni, in Campania, si continua ad attribuire l'evento ad una carenza di risorse; da anni la Regione accetta il tacito ricatto dei laboratori; da anni questi ultimi subiscono le vessazioni regionali del ritardo o dei mancati pagamenti; da anni non si vuole trovare un mezzo che eviti questa assurda evenienza che colpisce inevitabilmente i più deboli. Da anni i tavoli di trattative tra governo regionale e rappresentanze dell'assistenza privata si convocano, ma gli incontri si esauriscono in un nulla di fatto o in promesse reciproche che poi non trovano attuazione. Di chi la colpa? Certamente non del malato il quale continua ad essere vittima di un sistema paralizzato nel quale i vantaggi si riflettono sia sui privati che sulla Regione. I primi, infatti, continuano in un andazzo che consente loro di tenere in vita una serie di strutture che non avrebbero ragione di esistere ma che permette di reggere, di fatto, il monopolio dell'assistenza territoriale.

In Campania i privati esprimono oltre l'ottantasette per cento del totale delle strutture laboratoristiche e anche se realizzano un numero di prestazioni inferiori (?) a quelle del Lazio o della Lombardia, rappresentano un centro di spesa non certo indifferente. Ancor più problematica è la situazione dei centri di diagnostica per immagini. I dati, seppur non aggiornati, indicano che le Tac disponibili sul territorio (tra pubbliche e

private) sono numericamente superiori a quelle di tutta la Francia. Ne fanno eccezione i centri di riabilitazione che continuano a detenere l'esclusiva del trattamento delle patologie croniche.

Di contro il permanere di questa situazione conviene alla Regione perché, con la sospensione sistematica delle prestazioni da parte del privato, la giunta riesce a contenere, almeno in parte, la spesa. Il tutto accade nel più totale disinteresse verso le necessità irrinunciabili e non altrimenti affrontabili di quei cittadini (e sono tanti) il cui reddito non consente di far fronte direttamente alle inefficienze del sistema. Nel 2009, nei tre mesi precedenti l'arrivo del commissario ad acta, si era avviato un discorso con il privato convenzionato; partendo dai criteri dell'accreditamento, si stava convenendo sulla opportunità di rivedere il numero e le funzioni delle strutture sia pubbliche che private al fine di giungere ad una corretta compartecipazione all'assistenza territoriale, nel rispetto dei tetti di spesa. Il commissariamento impose la sospensione di ogni trattativa e, come sempre avviene in Italia, si annullò la trattativa col risultato che, dopo cinque anni, tutto è rimasto invariato.

Le recidivanti sospensioni dell'assistenza all'inizio di ciascun autunno, pongono una riflessione che supera la portata del danno contingente. Esse sono espressione del caos che vige nella nostra sanità e rivelano la carenza di idee programmatiche da parte di un governo che va fiero di aver risanato le casse del settore. Come si è più volte detto, il rientro dal debito è stato ottenuto attraverso tagli trasversali che hanno comportato un blocco del turnover di tutto il personale, l'aumento delle tasse e l'applicazione dei ticket. Nessuno ha messo in atto comportamenti capaci di ristrutturare la Sanità e rendere compatibile una efficiente assistenza con le disponibilità finanziarie. Tutti continuano a ripetere che il si-

stema ha bisogno di ulteriori fondi dimenticando che il deficit provocato non può né deve essere attribuito solo alla carenza di finanziamenti (carenza che pure esiste), ma va ricercato principalmente nella mancanza di una efficace organizzazione che è la vera causa dell'indebitamento e della insufficienza qualitativa dell'assistenza. Non essere intervenuti mai a regolare la funzione dei medici di base né quella dei sanitari di guardia medica, non aver reso compatibile l'assistenza territoriale privata con quella pubblica, non aver integrato il territorio con gli ospedali, non aver definito correttamente il ruolo dei Policlinici Universitari, non aver riqualificato le attività delle strutture di ricovero e cura (differenziandole per funzioni e creando reti assistenziali integrate), documenta in modo inoppugnabile, che gli sbandierati risultati raggiunti sono effimeri e soggetti ad essere rapidamente annullati se non cambiano le condizioni che li hanno determinati. La mancanza di una programmazione seria, infatti, non può che riproporre un *deja vu* con inevitabile ripristino del disavanzo.

Il debito, testè corretto, è figlio di un sistema clientelare che ha privilegiato interessi di parte rispetto a quelli della collettività, determinando uno sviluppo anarchico delle strutture di prevenzione, cura e riabilitazione. Per evitare la «transumanza» autunnale verso un sistema di pagamento diretto delle prestazioni assistenziali, l'unica possibilità consiste nel varare un Piano sanitario vero che, tenendo conto delle esigenze del cittadino malato, coniughi le realtà territoriali con quelle ospedaliere nel rispetto dei ruoli e delle disponibilità economiche. Non è un programma impossibile. Basta volerlo!

Arriva il «730» precompilato ma senza spese per la sanità

► Ok di Palazzo Chigi alla dichiarazione preparata dal fisco e inviata a casa dei contribuenti. La riforma scatta nel 2015

IL NUOVO CORSO

ROMA La dichiarazione dei redditi precompilata fa un ulteriore passo in avanti in vista dell'esordio fissato per il 2015. Ieri il Cdm ha dato il secondo ok al decreto legislativo che fissa i criteri della riforma ed ora l'incartamento passa nelle mani delle commissioni parlamentari esperte in materia. A queste spetta il compito di dare il via libera definitivo al governo: tempo un mese e quella che Palazzo Chigi già definisce "una rivoluzione nella gestione del rapporto tra amministrazione finanziaria e cittadino" sarà scolpita nella pietra. In effetti la novità, annunciata dal premier Matteo Renzi la scorsa primavera, non sarà davvero di poco conto. Nel Paese in cui di regola tocca ai cittadini inseguire il fisco per capire quanto, dove, come e quando pagare le tasse, l'introduzione di un sistema che inverte il meccanismo promette di essere una notevole semplificazione.

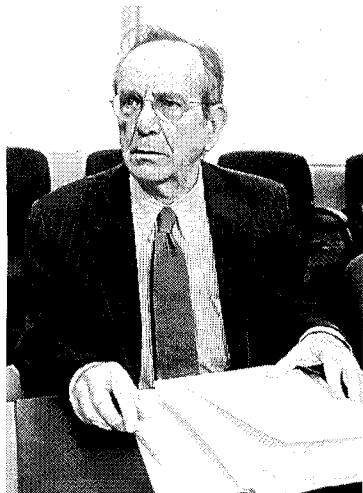
COSA CAMBIA

Attualmente, infatti, tocca al contribuente l'indicazione dei dati per la compilazione del modello dichiarativo e l'amministrazione finanziaria è chiamata poi ad effettuare le verifiche e a comunicarne gli esiti. Con l'arrivo della stagione della dichiarazione precompilata, invece, sarà il fisco a raccogliere ed elaborare i dati. E al contribuente resterà solo l'obbligo di verificare l'esattezza e la completezza dei dati in possesso dell'amministrazione finanziaria. Come funzionerà la dichiarazione precompilata? Nelle case di 30 milioni di italiani potenzialmente interessati tra dipendenti e pensionati arriverà un modello con una parte interamente redatta dal fisco e un'altra lasciata in bianco. Nella prima troveranno posto i dati già in possesso del fisco, a partire da quelli anagrafici e reddituali contenuti nel Cud. A questi si aggiungeranno le detrazioni per familiari a carico, per lavoro dipendente e per pensione. Tra gli oneri deducibili, la dichiarazione conterrà anche i con-

tributi pagati dal contribuente per i collaboratori domestici. Per le detrazioni, invece, tra i dati già inseriti compariranno gli interessi passivi per i mutui prima casa, le polizze vita, i bonus ristrutturazioni e quelli per la riqualificazione energetica degli edifici. Tutte le altre detrazioni "ad andamento variabile" nel corso dell'anno (ad esempio le detrazioni per spese mediche) sarà il contribuente a doverle indicare nello spazio lasciato in bianco. Ma solo in questa prima fase perchè nel 2016 la riforma farà un ulteriore passo in avanti. O almeno così promette il governo che ieri ha precisato che, a partire dalla dichiarazione dei redditi da presentare nel 2016, «l'implementazione delle informazioni acquisite dall'agenzia delle Entrate con i dati del sistema tessera Sanitaria consentirà di inserire nella dichiarazione i dati relativi alle spese mediche, di assistenza specifica e delle spese sanitarie che danno diritto a deduzioni dal reddito o detrazioni d'imposta».

LE SCADENZE

Perchè tutto fili liscio evitando intoppi, la normativa in rampa di lancio prevede che i sostituti d'imposta dovranno trasmettere all'Agenzia delle entrate, entro il 7 marzo (la dichiarazione on line dovrà invece essere inviata per il 7 luglio), i dati relativi alla certificazione unica. In caso di omessa, tardiva o errata trasmissione dei dati è prevista l'applicazione di una sanzione di 100 euro. La riforma è costruita in modo tale da alleggerire le responsabilità dei contribuenti. Se la dichiarazione è presentata a un Caf o a un professionista abilitato chiamato a certificare la dichiarazione con un visto di conformità - si legge infatti nel comunicato finale del Cdm - i controlli documentali saranno effettuati, mediante richiesta, al soggetto che ha apposto il visto di conformità, «senza più rivolgersi al cittadino».



Il ministro Pier Carlo Padoan

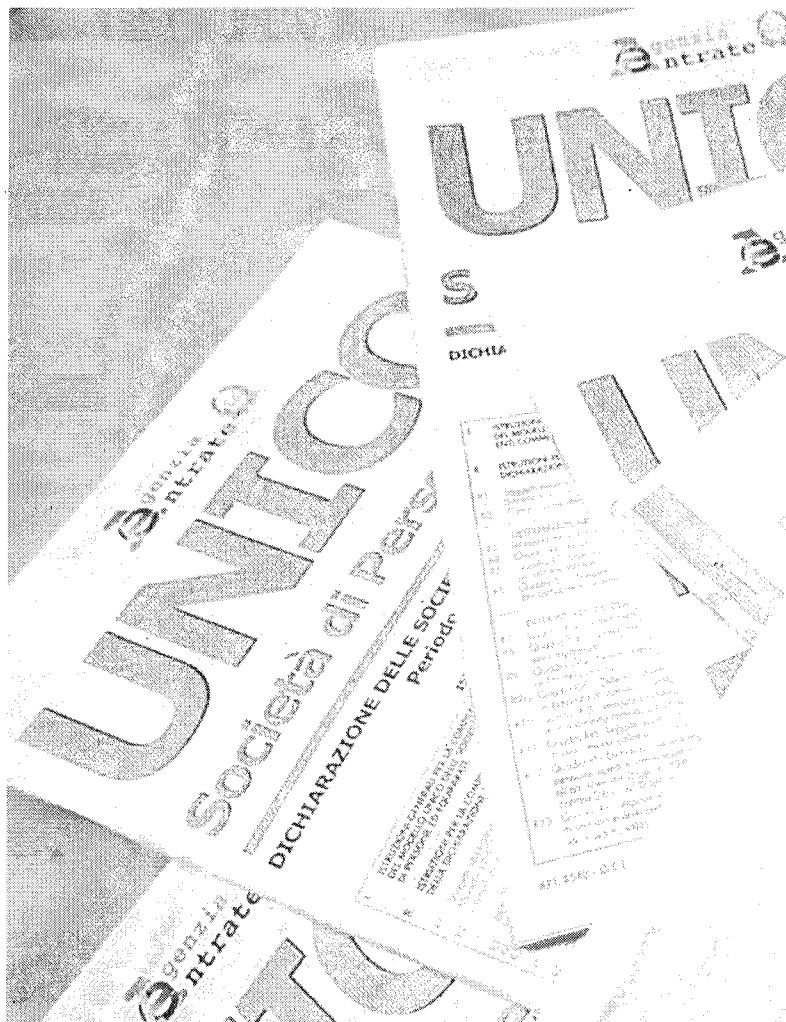
**IN CASO DI ERRORE
SARANNO I CAF
A PAGARE A MENO
CHE IL CITTADINO
NON ABBAIA AGITO
CON DOLO**

LE SANZIONI

Il quale sarà chiamato in causa solo se dalle verifiche si scoprirà che ha fornito dati sbagliati con il dolo. In pratica, se si è mentito al fisco sapendo di mentire. In quel caso il Caf o il professionista, entro il 10 novembre dell'anno in cui la violazione è stata commessa, trasmetterà una dichiarazione rettificativa del contribuente, gli intermediari saranno chiamati al pagamento della sola sanzione, ferma restando la richiesta di pagamento a carico del contribuente per l'imposta e gli interessi. In questi casi, la sanzione a carico del Caf o del professionista sarà ridotta ad un ottavo se il versamento verrà effettuato entro e no oltre la stessa data del 10 novembre.

Michele Di Branco

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La riforma coinvolge 30 milioni di pensionati e dipendenti

Fisco. In arrivo il 730 precompilato. Ma le spese sanitarie verranno incluse solo dal 2016

Ieri è arrivato il secondo ok da Palazzo Chigi per il Dlgs che fissa i criteri della riforma. Dal 2015 gli italiani si troveranno davanti un modello con una parte redatta dal fisco e un'altra lasciata in bianco. In quest'ultima si dovranno indicare le detrazioni ad andamento variabile come le spese mediche. Dal 2016, con i dati del sistema Tessera Sanitaria, verranno inseriti dal fisco anche i

Per il 2015 sono in dirittura d'arrivo sostanziali novità in materia di semplificazione fiscale. Il Consiglio dei Ministri, nella giornata di ieri, su proposta ministro dell'Economia e delle Finanze, **Pietro Carlo Padoan**, ha infatti esaminato e approvato in secondo esame preliminare il decreto legislativo contenente disposizioni in materia di semplificazioni fiscali. "L'introduzione della dichiarazione precompilata realizza una rivoluzione nella gestione del rapporto tra Amministrazione finanziaria e cittadino, che per circa 30 milioni di contribuenti (lavoratori dipendenti e pensionati) inizia già nel 2015", spiega la nota diramata da Palazzo Chigi.

Vediamo in cosa consisterà questa rivoluzione. Attualmente spetta al contribuente l'indicazione dei dati per la compilazione del modello dichiarativo e l'amministrazione finanziaria è chiamata poi ad effettuare le verifiche e a comunicarne gli esiti. Con l'invio della dichiarazione precompilata, invece, è l'Amministrazione finanziaria il soggetto obbligato a raccogliere ed elaborare i dati, al fine di inviarne le risultanze al contribuente, secondo una rigida scadenza temporale. Al contribuente rimane l'obbligo di verificare l'esattezza e la completezza dei dati in possesso dell'Amministrazione finanziaria.

In pratica, gli italiani si troveranno davanti un modello con una parte interamente redatta dal fisco e un'altra lasciata in bianco. Nella prima troveranno posto i dati già in possesso dell'amministrazione finanziaria, mentre tutte le detrazioni "ad andamento variabile" nel corso dell'anno, come le spese mediche, sarà il contribuente a doverle indicare nello spazio lasciato in bianco.

Per la spese sanitarie dovrebbero poi esserci ulteriori novità a partire dall'anno successivo. A partire dalla dichiarazione dei redditi da presentare nel 2016, relativa all'anno d'imposta 2015, infatti, si dovrebbe avere un'implementazione delle informazioni preliminarmente acquisite dall'Agenzia delle Entrate con i dati del sistema Tessera Sanitaria che consentirà di inserire nella dichiarazione i dati relativi alle spese mediche, di assistenza specifica e delle spese sanitarie che danno diritto a deduzioni dal reddito o detrazioni d'imposta.

La norma prevede, poi, l'istituzione, all'interno dell'Agenzia delle Entrate, di un'apposita unità di monitoraggio, la quale riceve e gestisce i dati contenuti nei flussi informativi sopra descritti, verificando la completezza, la qualità e la tempestività delle trasmissioni.

Il testo tornerà ora al vaglio delle Commissioni parlamentari competenti per il prescritto parere, successivamente, sarà ancora esaminato dal Consiglio dei Ministri per l'approvazione definitiva.

(Fonte: [Quotidianosanita.it](http://quotidianosanita.it))

Premio al «Corriere» per l'inchiesta sulla demenza

Giornata sull'Alzheimer, convegni e studi In Italia manca ancora un piano nazionale

Settembre in tutto il mondo è anche il mese dell'Alzheimer, la più diffusa forma di demenza. In Italia le persone con demenza sono circa un milione. Molti Paesi si sono dotati di un piano nazionale per affrontare questa emergenza, l'Italia dopo molti ritardi ne ha preparato uno che da tre mesi aspetta la firma del governo al tavolo della conferenza Stato-regioni. La XXI giornata mondiale che si celebra domani poteva essere una buona occasione. C'è chi non aspetta: sul territorio le associazioni dei familiari e la rete dei centri che si occupano di questa realtà organizzano eventi per parlare dei problemi e delle possibili soluzioni. L'Alzheimer ha una dimensione sociale oltre che sanitaria: il benessere delle persone colpite deve sempre più essere al centro di una strategia comune, che coinvolga le istituzioni e potenzi i servizi. Le 450 Uva (unità di valutazione Alzheimer) che operano all'interno del servizio sanitario nazionale svolgono un ruolo cruciale ma insufficiente. La strategia deve comprendere reti di servizi integrati e coinvolgere meglio i medici di base anche sul fronte della prevenzione. Il rapporto mondiale Alzheimer 2014, presentato in questi giorni, si focalizza proprio sui fattori che contribuiscono a ridurre il rischio di demenza o ritardare il suo insorgere (dall'attività fisica e intellettuale al cibo, dalla lotta al diabete alla rinuncia al fumo). Prevenzione per i sani e benessere per i malati: di questo si occupa anche il convegno organizzato questa mattina dalla Federazione Alzheimer Italia a Milano, aperto al pubblico nella Sala Alessi di Palazzo Marino. Saranno premiati i vincitori della terza edizione del premio giornalistico «Alzheimer: informare per conoscere». Tra loro anche Michele Farina, che sul *Corriere della Sera* ha raccontato in otto tappe un viaggio nell'Italia delle demenze.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Il lavoro / 2

In piazza per i servizi socio-sanitari



Sanità Corteo degli operatori

Questa mattina una delegazione di operatori privati del comparto socio-assistenziale della sanità sarà in presidio davanti al municipio del capoluogo. Lo scopo è quello di segnalare le difficoltà in cui si ritrovano centinaia di addetti che prestano servizio in modo coordinato e continuativo e che vengono pagati con gravissimi ritardi dagli Enti locali.

*Asl Na2,
Cantone rescinde
il contratto*

CASERTA (rr) - Si è concluso con la risoluzione del contratto il rapporto di lavoro tra **Nicola Cantone** e l'Asl Napoli 2. Dopo essere stato 'licenziato' dal direttore generale, il direttore amministrativo Cantone aveva fatto ricorso al giudice, invocando una procedura d'urgenza. Su disposizione dei magistrati Cantone è stato reintegrato e ha quindi deciso di rescindere il contratto. Cantone era stato sollevato dall'incarico all'inizio del mese di luglio quando è stato sostituito **Tosca Cristiano**, dirigente pro tempore. L'incarico del direttore generale **Ferraro** è comunque in scadenza.

[LUNEDÌ 22 SETTEMBRE]

D ore 16.00 - Salerno, Azienda ospedaliera universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Sala A. Scozia
Sanità tra assistenza, ricerca e didattica

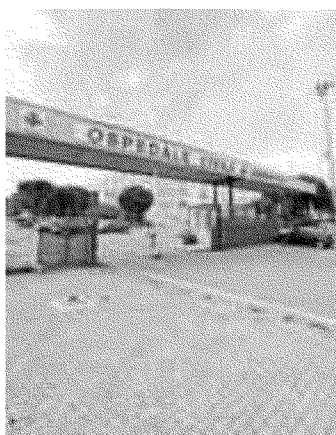
È dedicato alla Sanità e all'equilibrio tra assistenza, ricerca e didattica il convegno organizzato dall'Università di Salerno e dalla Fondazione Mare Nostrum. Saluti di **Aurelio Tommasetti**, rettore dell'ateneo salernitano; **Lorenzo Mazzeo**, presidente Mare Nostrum. Relazioni di **Paola Adinolfi**, direttore Dipartimento Studi e ricerche aziendali Università di Salerno; **Vincenzo Viggiani**, direttore Azienda ospedaliera universitaria di Salerno; interventi di **Mario Capunzo**, direttore Dipartimento di Medicina e chirurgia dell'ateneo; **Federico Conte**, Fondazione Mare Nostrum; **Bruno Ravera**, presidente Ordine dei medici; **Michele Schiano di Visconti**, presidente Commissione Sanità del Consiglio regionale. Conclude **Vito De Filippo**, sottosegretario alla Salute.

Agropoli

Nuova protesta per l'ospedale «Ridateci il pronto soccorso»

Ernesto Rocco

AGROPOLI. Ad un anno di distanza dalla dismissione dell'ospedale civile, cittadini e associazioni tornano ad alzare la voce. La decisione dell'Asl Salerno di sostituire il pronto soccorso attivo con un Psaut non piace, e per questo nei giorni scorsi un gruppo di medici e cittadini ha dato vita ad un osservatorio per la sanità con lo scopo di «analizzare la situazione di Agropoli e del suo bacino di riferimento dopo la chiusura dell'ospedale civile». «Purtroppo - fanno sapere dall'osservatorio - in questo territorio non sono garantiti gli standard sanitari costituzionalmente sanciti. Chi ha urgenza di cure è costretto ad un pellegrinaggio verso altre strutture che si è reso ancora più difficile per il continuo degradarsi del sistema viario». «La situazione - agguangono - è così grave che buona parte del Cilento vede compromesso il diritto alla salute e per questo è necessario alzare la voce e protestare contro tali decisioni». La proposta dell'osservatorio, però, non è l'unica messa in campo in città. Il comitato civico pro ospedale, presieduto da Giovanni Basile, ha annunciato di essere pronto a «tornare a mettere in campo iniziative di disobbedienza civile» per riaccendere i riflettori sulla vicenda ed è anche partita una raccolta firme per chiedere il reinserimento del presidio ospedaliero cittadino nella rete dell'emergenza. Intanto



Il presidio L'ospedale cui è stato «tagliato» il pronto soccorso

prende sempre più corpo l'ipotesi che sia la clinica privata Malzoni a restituire ad Agropoli un pronto soccorso. La casa di cura starebbe sondando il terreno con l'Asl Salerno per poterlo attivare in tempi brevi ed ha già ottenuto il parere favorevole di molti comuni del comprensorio. A giustificare la proposta non solo la necessità di garantire adeguata assistenza all'utenza ma anche di limitare i disagi che la stessa clinica ha subito dopo la dismissione dell'ospedale. Soprattutto durante l'estate, infatti, diversi utenti si sono recati in condizioni di emergenza presso la casa di cura privata nella speranza di trovare un pronto soccorso aperto, con il personale della clinica costretto a non poter offrire assistenza.

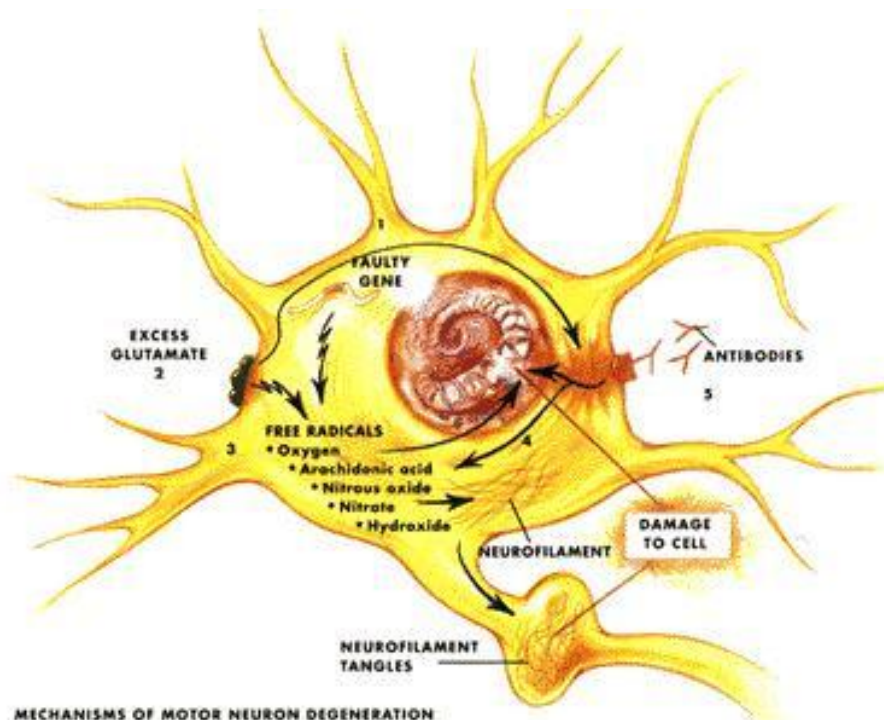
© RIPRODUZIONE RISERVATA

+



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



DI CLEONICE PARISI

RICERCA. 4

FINANZIAMENTI per progetti di ricerca messi a punto da scienziati e clinici che si occupano di ricerca ematologica, leucemia e neoplasie maligne, da sviluppare principalmente presso università o laboratori del Regno Unito. A metterli a disposizione è il Kay Kendall Leukaemia Fund che offre due diverse tipologie di borse di studio: Junior research fellowships (borse di ricerca junior) e Project proposal grants (sovvenzioni per proposte di progetto).

Junior research fellowships

Destinatari sono i candidati di qualunque nazionalità, in possesso di titolo di dottorato o equivalente. Tre quelle attribuite ogni anno, almeno una per ciascuna delle due categorie previste: "Scientific fellow" e "Clinical research fellow" (assegnista scientifico e di ricerca clinica). I candidati non medici, con esperienza post-doc fino a 4 anni, che desiderino lavorare presso un'istituzione di ricerca nel Regno Unito oppure ricevere un finanziamento per viaggiare all'estero per svolgere attività di ricerca ("Travel fellowships") possono presentare domanda per una "Scientific fel-

Dalla biologia alla genetica Scienziati nel Regno Unito



lowship". I candidati medici che cercano una borsa per un dottorato nel campo della ricerca sulla leucemia, da svolgere di norma presso un centro nel Regno Unito possono invece presentare domanda per una "Clinical research fellowship". Il progetto di ricerca può riguardare qualunque aspetto dello studio della leucemia, includendo la biologia molecolare, la biochimica, la virologia, l'im-

Le borse di ricerca disponibili

• JUNIOR RESEARCH FELLOWSHIPS	costi di viaggio
Categorie	Scadenza
"Scientific fellow"	24 ottobre 2014
"Clinical research fellow"	
Risorse	• PROPOSAL GRANT
Fino a 17mila sterline all'anno per costi di laboratorio	Scadenze
Fino a mille sterline all'anno per i	28 febbraio 2015
	15 luglio 2015

Il Kklf offre due diverse tipologie di borse di studio: Junior research fellowships (borse di ricerca junior) e Project proposal grants (sovvenzioni per proposte di progetto)

munologia, la biologia cellulare, l'epidemiologia e le strategie diagnostiche e terapeutiche, compreso il trasferimento genetico.

Durata e budget

La durata delle borse è di 3 anni, con possibilità di proroga per un ulteriore anno. Il livello di re-

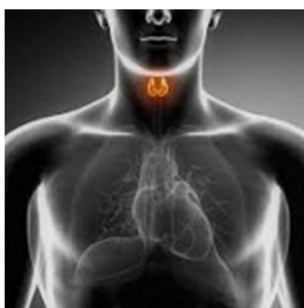
munerazione del borsista sarà determinato dall'istituzione ospitante, responsabile del pagamento dello stipendio mensile. Il Kay Kendall Leukaemia Fund stanzerà fino a 17mila sterline l'anno (circa 21.368 euro) per contribuire ai costi di materiale di consumo del laboratorio e un ulteriore budget fino a mille sterline all'anno (pari a circa 1.257 euro) per i costi di viaggio per la partecipazione a meeting. Per fare domanda c'è tempo fino al 24 ottobre.

Proposal Grant

I Project/proposal grant prevedono, invece, finanziamenti che costituiscono un supporto finanziario a un progetto già in corso; con lo scopo di rafforzare attività che siano già di elevata qualità. Le domande vengono valutate due volte all'anno, solitamente a maggio e ottobre. Le nuove application dovranno essere inviate entro il 28 febbraio 2015 per la valutazione di maggio e 15 luglio 2015 per quella di ottobre. Il progetto completo va presentato via e-mail utilizzando l'application form richiedibile all'indirizzo info@kklf.org.uk. ●●●

Tiroide in provetta. L'obiettivo è svilupparla usando cellule di pelle del paziente stesso

Al Policlinico Gemelli di Roma si guarda al futuro. La prospettiva è di trasformare cellule cutanee del paziente in cellule tiroidee in grado di produrre in modo controllato gli ormoni di questa ghiandola. Si tratta di un'idea scaturita a Roma in occasione del congresso della Esao, che si è svolto la scorsa settimana all'Università Cattolica.



Un giorno un paziente che debba togliere la propria tiroide malata o con tumore potrebbe vedersi sostituita la ghiandola con una fatta su misura per lui in provetta a partire da un gruppetto di cellule prese dalla sua pelle: l'idea scaturisce da alcuni esperimenti – eseguiti per ora con cellule di topolini - presentati al 41/imo Congresso Annuale della Società europea degli organi artificiali (Esao), che si è chiuso al Centro Congressi Giovanni XXIII dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico A. Gemelli di Roma. Il gruppo, diretto da Sabine Costagliola dell'Università di Bruxelles, ha dimostrato che è possibile trasformare cellule staminali pluripotenti in cellule

tiroidee perfettamente funzionanti.

Di qui l'idea e la prospettiva di lavorare insieme per provare a ripetere lo stesso risultato usando cellule umane, ha spiegato **Celestino Pio Lombardi**, direttore dell'Unità di Chirurgia Endocrina del Gemelli presso il CIC dell'Università Cattolica, presidente dell'evento insieme a **Gerardo Catapano**, ordinario di Bioingegneria industriale presso il Dipartimento di Ingegneria per l'Ambiente e il Territorio e Ingegneria Chimica dell'Università della Calabria.

Oggi, ha spiegato Lombardi, “le malattie tiroidee e i tumori della ghiandola che ne richiedono l'asportazione sono sempre più diffusi e i pazienti che subiscono l'asportazione devono poi prendere ogni giorno gli ormoni tiroidei sostitutivi che, comunque, non sempre risultano una terapia efficace. Per molti di questi pazienti si guarda al futuro con la sostituzione della ghiandola o con una terapia cellulare in grado di ripristinare nell'organismo un quantitativo adeguato di cellule tiroidee funzionanti”. “Tuttavia non sono andati a buon fine pionieristici tentativi di impiantare nella muscolatura dei pazienti operati cellule ancora sane della loro tiroide, come si fa efficacemente con le paratiroidi”, ha aggiunto Lombardi.

Per questo vi è la volontà di intraprendere una strada ancora più coraggiosa, ma molto lunga da percorrere: provare, così come ha fatto la professoressa Costagliola, utilizzando cellule di roditore, a produrre in provetta cellule tiroidee funzionanti su misura di pazienti.

“Vorremmo tentare, con una collaborazione con il laboratorio della Costagliola – ha concluso Lombardi – di prendere cellule staminali dal sottocute di pazienti e trasformarle con adeguati stimoli in cellule tiroidee in grado di produrre gli ormoni”. Ovviamente questo tipo di approccio richiederà tempo prima di ottenere risultati certi e affidabili.

Ipertensione arteriosa: una malattia autoimmune?

La produzione di proteine anomale, gli isoketali, indotta da stress ossidativo e infiammazione, scatenerrebbe una reazione autoimmune capace di determinare l'innalzamento dei livelli pressori; la rimozione di queste proteine riduce la pressione nei ratti ipertesi. Un'apertura di orizzonte verso nuove strategie terapeutiche antipertensive.



Uno studio pubblicato su [*Journal of Clinical Investigation*](#) suggerisce che alcune sostanze che provocano ipertensione, agirebbero inducendo la produzione di proteine modificate, cosiddette 'isoketali' all'interno delle cellule dendritiche, che vengono quindi presentate all'organismo come antigeni. Questo scatenerrebbe una reazione autoimmune, alla base appunto di alcune forme di ipertensione arteriosa. Gli autori dello studio hanno dimostrato che la somministrazione di agenti in grado di rimuovere gli isoketali, riduce la pressione arteriosa in un modello sperimentale di ratti ipertesi. I ricercatori hanno anche evidenziato che i pazienti con ipertensione resistente presentano

elevate concentrazioni plasmatiche di marcatori degli isoketali. Lo studio suggerisce dunque l'idea che l'ipertensione possa essere annoverata tra le malattie autoimmuni e apre la strada a nuove strategie terapeutiche.

Danno ossidativo e infiammazione sono stati da tempo chiamati in causa nella patogenesi dell'ipertensione, ma i meccanismi attraverso i quali questi stimoli arrivano a determinare il rialzo dei valori pressori non è noto.

Annet Kirabo del *Vanderbilt University Medical Center* (Nashville, USA) e colleghi di una rete di università internazionali pensano di aver svelato, almeno in parte, l'arcano.

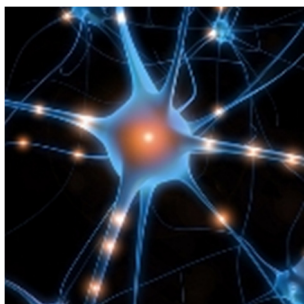
Utilizzando diversi modelli murini di ipertensione, i ricercatori hanno scoperto che alla base dell'aumento dei valori pressori potrebbero esserci delle proteine ossidate da gamma-chetoaldeidi altamente reattive (isoketali), che si accumulano nelle cellule dendritiche, determinando la produzione di varie citochine (IL-6, IL-1beta, IL-23). Le cellule dendritiche attivate inducono inoltre la proliferazione di un clone di linfociti T (CD8+), la produzione di interferone gamma, di IL-17A e il rialzo dei valori pressori.

Nello stesso studio, gli autori hanno dimostrato che la somministrazione di sostanze *scavenger* degli isoketali, riesce a prevenire tutti questi eventi associati all'ipertensione. Per di più – riferiscono gli autori – nei pazienti con ipertensione resistente sono presenti elevatissimi livelli plasmatici di F2-isoprostani, marcatori degli isoketali. Concentrazioni elevate di queste proteine modificate sono state riscontrate anche all'interno dei monociti circolanti e delle cellule dendritiche di pazienti con ipertensione arteriosa. "Il nostro studio – concludono gli autori – suggerisce che la riduzione degli isoketali potrebbe rappresentare una nuova strategia per il trattamento dell'ipertensione".

(Fonte: [Quotidianosanita.it](#))

Stress. Ecco perché può rendere poco socievoli: una 'chiave' nelle sinapsi

Lo stress attiva un enzima che a sua volta attacca importanti molecole, dette di adesione cellulare, che assicurano il funzionamento delle sinapsi. Così il soggetto diventa meno socievole. Lo afferma una ricerca in vivo e in vitro su animali che illustra il legame tra stress cronico e disordini cognitivi e alterazioni del comportamento sociale. Lo studio su *Nature Communications**



È noto che l'esposizione continua allo stress può aumentare la probabilità di sviluppare patologie caratterizzate da alterazioni del comportamento e disordini cognitivi. Ed oggi, una ricerca scientifica in vitro e in vivo su modello animale dimostra perché lo stress è collegato alla riduzione delle abilità sociali: alla base di tutto c'è un meccanismo per il quale lo stress attiva un enzima che attacca molecole importanti per il funzionamento delle sinapsi (strutture che consentono la comunicazione dei neuroni tra loro o con altre molecole). A rilevare questo meccanismo è il gruppo di ricerca del Brain Mind Institute (BMI) all'Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne in Svizzera

insieme alla Polish Academy of Science in Polonia. Lo studio* è pubblicato su *Nature Communications*.

Gli scienziati sono andati ad indagare nella regione dell'ippocampo collegata al comportamento e alle capacità sociali. Qui, lo stress causa un forte rilascio di glutammato, importante neurotrasmettitore eccitatorio che agisce sui recettori NMDA. Questi recettori sono essenziali per la plasticità delle sinapsi. Essi, infatti, attivano gli enzimi MMP-9, i quali a loro volta, come delle forbici, tagliano le molecole nectina-3: si tratta di proteine di "adesione cellulare", cioè situate sulla superficie cellulare che consentono l'adesione e il collegamento con tra due neuroni.

Per il loro posizionamento e la funzione di raccordo, proprio queste molecole di adesione cellulare assicurano il funzionamento della sinapsi. La riduzione di tali proteine fa sì che esse non riescano a svolgere il loro ruolo regolatore tra i neuroni, rendendo il soggetto meno socievole e causando una sorta di indebolimento cognitivo. In pratica, le nectina-3 "non sono più in grado di svolgere il ruolo di modulatori della plasticità sinaptica", ha spiegato Carmen Sandi, direttore del BMI e membro del NCCR-Synapsy, che studia le radici neurobiologiche dei disturbi psichiatrici.

I ricercatori sono stati in grado di confermare questo meccanismo sia in vitro che in vivo. Inoltre, attivando la nectina-3 o gli MMP-9, mediante trattamenti esterni, gli scienziati hanno dimostrato che il soggetto sotto stress riconquista le capacità sociali e le normali abilità cognitive.

"L'identificazione di questo meccanismo è importante perché suggerisce potenziali trattamenti per i disturbi neuropsichiatrici legati allo stress cronico, in particolare depressione," ha spiegato Sandi.

E gli enzimi MMP-9 non sono coinvolti solo in questo genere di problemi, ma hanno un legame anche con altre patologie, come le malattie neurodegenerative, tra cui la SLA o epilessia, affermano i ricercatori. "Questo risultato apre nuove strade di ricerca sulle conseguenze ancora sconosciute dello stress cronico", ha concluso Sandi.

Cancro. Report Usa. Ecco le principali cause di tumore che possono essere prevenute

Negli Stati Uniti, metà dei decessi per tumore è legata a cause prevenibili. Tabacco, obesità, patogeni, inattività fisica, dieta povera, abuso di alcol, esposizione ai raggi ultravioletti. Sono 7 fattori che aumentano il rischio individuale di tumore su cui si possiamo intervenire. Questi dati fanno parte dell'[AACR Cancer Progress Report 2014](#), un Rapporto sui progressi del 2014 e sulle strategie per il futuro



Al primo posto il tabacco, seguito da obesità, patogeni persistenti, inattività fisica, dieta povera, esposizione professionale ad agenti cancerogeni, alcol, esposizione a raggi ultravioletti e radiazioni ionizzanti. Sono solo alcuni dei principali fattori che aumentano il rischio individuale di sviluppare il tumore, illustrati dal [Cancer Progress Report 2014](#) dell'American Association of Cancer Research (AACR), Organizzazione a livello globale la cui missione è prevenire e curare il tumore attraverso gli avanzamenti scientifici.

Nel 2012, il Rapporto stima che globalmente 14milioni e 100mila persone abbiano ricevuto una diagnosi di tumore e l'incidenza è destinata ad aumentare a 24 milioni di nuovi casi nel 2035. Un notevole carico, anche economico, stimato nel 2012 pari a 290 miliardi di dollari e per il 2035 pari a 485 miliardi.

Negli Stati Uniti, complessivamente circa 14 milioni e mezzo di persone sono sopravvissute al cancro e il tasso di sopravvivenza a cinque anni è aumentato nel giro di trent'anni dal 49% (1975-1977) al 68% (2003-2009).

Qui, più di metà dei decessi dovuti al tumore è collegato a cause che possono essere prevenute.

Tra i fattori che aumentano il rischio individuale di sviluppare la malattia e che possono essere eliminati, in primo luogo, il consumo di tabacco, che è responsabile di oltre il 30% dei decessi per tumore. Al secondo posto, l'obesità e il sovrappeso (20%); seguiti da patogeni (circa 15%), inattività fisica (5%), dieta non adeguata (5%), esposizione professionale ad agenti cancerogeni (5%), alcol (circa 3%), esposizione ai raggi ultravioletti e alle radiazioni ionizzanti (2%), inquinanti ambientali (2%), prescrizione di farmaci (1%).

Ecco i 6 consigli nel Rapporto AACR per uno stile di vita sano

Nel Rapporto AACR, vengono riportati i sei consigli per uno stile di vita più sano, eccoli:

- "eliminare l'esposizione al tabacco;
- utilizzare farmaci e vaccini per la prevenzione;
- seguire una dieta sana;
- aumentare l'attività fisica;
- sviluppare un programma di screening per il cancro con il proprio medico;
- ridurre l'esposizione al sole".

In particolare, 18 differenti tipi di tumore sono collegati in maniera causale all'uso di tabacco, mentre 7 tipi sono legati a obesità e sovrappeso e un caso di tumore su tre può essere associato ad obesità/sovrappeso, inattività fisica e dieta scarsa. Inoltre, l'85% dei tumori della pelle è dovuto ad esposizione solare alle radiazioni ultraviolette, mentre una protezione solare uguale o superiore al fattore SPF15 riduce il rischio individuale di sviluppare il carcinoma a cellule squamose del 40% e di sviluppare il melanoma del 50%.

Secondo il Rapporto americano, poi, i principali 4 patogeni correlati con l'insorgenza di alcuni tipi di tumore sono: l'*helicobacter pylori*, il virus dell'epatite B (HBV), virus epatite C (HCV) e il papillomavirus umano (HPV). A tal proposito, il Rapporto riferisce che "il 'President's Cancer Panel Report 2012-2013' ha dettagliato i progressi contro il cancro causato da infezioni persistenti da papilloma virus umano e promuove la diffusione globale del vaccino per l'HPV".

Il presente e le prospettive per il futuro

Inoltre, il Rapporto contiene le testimonianze di alcune persone che hanno sconfitto la malattia. Grazie alla ricerca scientifica numerosi passi si sono compiuti e si stanno compiendo. Dal 1 agosto 2013 al 31 luglio 2014, l'FDA ha approvato 6 nuove terapie antitumorali, 5 nuovi utilizzi di terapie antitumorali già esistenti, due nuovi usi per 'imaging agent' che servono per determinare se la massa sia benigna o maligna durante le analisi di imaging, un nuovo uso per test di screening.

Molti ricercatori, tra cui Carlos L. Arteaga, MD, Presidente dell'AACR, ritengono che il futuro sia radioso: "sono massimamente fiducioso che continueremo a produrre un rapido progresso nel futuro", ha dichiarato il Presidente.

Nuovi settori di sviluppo scientifico riguardano la genomica, la biologia computazionale e la bioinformatica. "L'esplosione di nuove conoscenze sul cancro e gli emozionanti progressi tecnologici, insieme con la nostra sempre crescente comprensione di come poterli applicare", si legge nel Report, "fornirà metodi innovativi per ridurre il carico complessivo del cancro".

(Fonte: Quotidianosanita.it)