



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



PARLA SANTINO SEVERONI (OMS EUROPA)

## «Italia best practice nella presa in carico»

Focus su formazione e piani comuni per gestire le emergenze

### Vertice a Roma su standard Ue

«**T**utti i 53 sistemi sanitari dell'area hanno le capacità operative per gestire eventuali emergenze legate a improvvisi flussi migratori, ma sul piano della preparazione bisogna ancora lavorare mettendo in campo protocolli standard, formazione e programmi di comunicazione. In molti di questi ambiti l'Italia si pone come modello virtuoso da seguire». All'indomani della Conferenza Oms di alto livello sulla salute dei rifugiati e dei migranti organizzata non a caso a Roma e ospitata dal ministero della Salute, **Santino Severoni**, coordinatore del settore Salute pubblica e migrazione dell'Oms Europa fa il punto su priorità e possibili risposte da dare al fenomeno migrazioni.

**Ora flussi e dinamiche sono cambiati. Oltre al Mediterraneo i nuovi arrivi si concentrano nell'area balcanica. Devono cambiare anche le strategie?**

Il nostro ufficio proseguirà e intensificherà l'azione messa in campo già a partire dal 2011 in Sicilia, Malta e Grecia: non ci inseriamo a gamba tesa nelle scelte nazionali ma offriamo un supporto tecnico proponendo un approccio standardizzato nelle procedure di salute pubblica. Sta poi ai singoli Paesi recepire e declinare questi input.

**Ritiene che tutti gli Stati siano pronti?**

Nei piani di contingenza generalmente si inseriscono emergenze come terremoti, alluvioni o epidemie. Nel caso di flussi migratori improvvisi e concentrati nel tempo siamo di fronte a "falsi disastri" rispetto ai quali però bisogna farsi trovare preparati.

**Non ci sono quindi realmente rischi di salute pubblica da gestire?**

I migranti, come è noto, non sono persone con malattie particolarmente pericolose. C'è troppa enfasi sul pericolo di importare patologie. Il vero rischio di salute pubblica si si corre quando le strutture di accoglienza sono decadenti o sovrappollate o non si sia preparata un'accoglienza adeguata a sostenere l'impatto di numeri anche importanti di persone in arrivo. L'esperienza della Sicilia insegna. Il suo piano di contingenza ha permesso di mettere in campo fin dal 2011 una efficace sorveglianza sindromica e di attivare programmi di vaccinazione che si sono rivelati utili. Positiva anche la risposta offerta dall'Italia nel 2014: nel complesso il Paese ha assorbito ben 180mila arrivi in piena emergenza Ebola. In questi anni l'Italia ha sviluppato, accompagnata anche dal nostro ufficio, un know how utile a tutti gli stati membri che per la prima volta si trovano di fronte ad attuali o possibili emergenze.

**Servono risposte differenziate a seconda che i profughi siano in transito o siano già arrivati nei Paesi di destinazione?**

E chiaro che nei paesi di primo arrivo la situazione rischia di essere convulsiva ed esige preparazione, piani e competenze mirati. Relativamente più facile è invece la gestione nei Paesi di ultima destinazione, dove si avvia un processo di integrazione e assimilazione del migrante. Mentre in questi ultimi mesi nei Balcani si è creata una situazione del tutto nuova, con persone in fuga talmente forsennata da rifiutare addirittura qualsiasi assistenza sanitaria. Questo è un classico caso in cui vanno sviluppati modelli di intervento nuovi.

**Appunto: la situazione evolve molto rapidamente e presenta scenari differenziati. In che tempi si potrà arrivare alla condivisione ufficiale di una strategia basta su standard comuni?**

La riunione di Roma ci è servita per identificare priorità e punti di debolezza in vista del passo successivo del lavoro del comitato regionale che a settembre 2016 dovrà proporre dei documenti di politica sanitaria che serviranno a ispirare e guidare i Paesi membri

**Intanto la realtà incalza...**

Così come in attesa della nuova legge di Stabilità un paese non si ferma, anche le cure ai migranti proseguiranno con le competenze tecniche e organizzative che ci sono. E che sono già molte.

**B.Gob.  
Ro.M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### I must dell'assistenza ai migranti secondo l'Ecdc

**1. Screening delle malattie.** Secondo una recente indagine nei paesi Ue, gli screening per le malattie trasmissibili tra i migranti sono attualmente focalizzati sulla tubercolosi (Tb). Lo screening Tb può essere eseguito in diversi momenti (ad esempio al momento dell'arrivo o post-arrivo). Tuttavia, ci sono una serie di fattori chiave da prendere in considerazione nel decidere se implementare o meno questo tipo di test in un ambiente di immigrati irregolari. Altre malattie sulle quali si focalizzano alcuni Stati membri sono epatite B, epatite C, malattie da Hiv, malattie sessualmente trasmissibili, malattie prevenibili attraverso vaccini, colera, malaria, elminti, protozoi intestinali e malattia di Chagas. Qualsiasi screening dovrebbe essere collegato a un processo di diagnosi e trattamento. Andrebbero previsti anche screening per individuare infestazioni da pidocchi

**2. Sorveglianza sindromica.** Secondo l'esperienza degli Stati membri dell'Ue, le sindromi da considerare comprendono: malattie delle vie respiratorie, sospetta tubercolosi polmonare, diarrea sanguinolenta, diarrea, febbre e rash cutaneo, meningite/encefalite o encefalopatia/delirio, linfadenite con febbre, la malattia botulino-simile, sepsi o di shock inspiegabile, malattia emorragica, ittero acuto, infezione della pelle da parassiti. Tuttavia, uno screening generale dovrebbe essere eseguito indipendentemente dalla presenza di sintomi. Ecdc ha avviato un progetto, da rendere operativo nell'autunno 2015, che svilupperà un protocollo per sostenere l'attuazione di sorveglianza sindromica in centri di accoglienza dei migranti.

**3. Il follow up della salute pubblica.** Andrebbe implementato in ogni Stato un sistema per monitorare lo stato di salute dei migranti. I parametri sotto la lente: vaccinazioni, esiti di cura, accesso ai farmaci e gestione delle malattie croniche

**4. Le vaccinazioni.** Le vaccinazioni da considerare tra i migranti sono: morbillo (immunizzazione di massa preferenzialmente con il vaccino Mmr, con priorità per i bambini fino a 15 anni); poliomielite (va prevista per bambini e adulti provenienti da paesi esposti, come Afghanistan e Pakistan, Nigeria, Somalia, o paesi che rimangono vulnerabili alla diffusione della malattia, tra cui Camerun, Guinea Equatoriale, Etiopia, Iraq, Israele e Siria); malattia meningococcica e difterite

**5. Misure igieniche generali.** Vanno implementate per impedire o ridurre il sovraffollamento nei centri di accoglienza per migranti

**6. Educazione sanitaria e promozione della salute.** Sessioni di educazione sanitaria e promozione della salute dovrebbero essere mirate a sottolineare gli aspetti positivi dei monitoraggi sullo stato di salute e i benefici degli screening, dell'immunizzazione e del trattamento delle malattie trasmissibili per una vita sana e produttiva nel paese ospitante

**7. Accesso all'assistenza sanitaria.** L'accesso alle cure dovrebbe essere a titolo gratuito, per diagnosi e trattamento delle malattie trasmissibili inclusa assistenza sanitaria primaria ed emergenza

STABILITÀ/ Giochi aperti dopo il voto del Senato al maxi-emendamento del Governo

# La manovra ora entra nel vivo

Palla a Montecitorio - Lorenzin: «Una norma per uscire dai piani di rientro»

**L**a seconda manovra targata Renzi entra nel vivo, in particolare per il capitolo sanità, con la trasmissione a Montecitorio (il testo arriverà in aula lunedì 16 dicembre) dopo il via libera di venerdì scorso in Senato al maxi-emendamento del Governo.

L'eredità che il testo riveduto dell'AS 2111 porta in dote da Palazzo Madama alla legge di Stabilità - che dovrebbe essere varata entro Natale - ha il suo nocciolo nell'emendamento sui farmaci innovativi. Per il Fondo ad hoc - quindi sempre extra Fsn anche nel 2016 - sono confermati 500 milioni, mentre l'eventuale extratetto sarà computato a carico delle imprese (solo le produttrici di innovativi?) nella farmaceutica territoriale. Scatta l'operazione trasparenza, voluta dalla commissione Igiene e sanità, che impone al ministero della Salute di predisporre un Programma strategico che definisca priorità d'intervento, condizioni di accesso ai trattamenti, parametri di rimborsabilità in base ai risultati significativi ottenuti con i trattamenti, numero di pazienti potenzialmente trattabili e previsioni di spesa, condizioni d'acquisto, schemi di prezzo condizionati al risultato e indicatori di performance. Ma ci saranno anche strumenti a garanzia della trasparenza delle procedure attivate, modalità del monitoraggio e valutazione degli interventi sul territorio. Il programma strategico, che circoscrive in qualche modo il ruolo di Aifa, dovrà essere approvato annualmente dalla Conferenza Stato-Regioni.

Poi, c'è il capitolo nuovi Lea: confermata la cifra di 800 milioni, l'emendamento della Igiene e Sanità ha ripristinato il via libera delle commissioni parlamentari al Dpcm sui Livelli essenziali di assistenza.

La partita sulle risorse complessive è però ancora tutta da giocare. Di sicuro i Lea entrano nei 111 miliardi del Fondo ma si va a caccia di altri finanziamenti. La sinistra Dem ha avanzato una serie di altre proposte, tra cui quella, di difficile realizzazione, di recuperare 1,5 mld alla sanità riducendo il minor prelievo sulla prima casa. Nella manovra è intanto finito il decreto approvato il 6 novembre scorso dal Governo, che permette un ripiano diluito in 30 anni dei debiti pregressi delle Regioni. E lì hanno trovato spazio anche le nuove regole sul calcolo dei ripiani alle Regioni da parte delle aziende farmaceutiche, relativi al payback 2013 e 2014.

Tra gli interrogativi aperti, quello dei centauri università-aziende, per cui sempre la XII del Senato ha chiesto il pareggio di bilancio nei due anni precedenti l'integrazione e, per i rettori, una voce in capitolo limitata. Il "giallo" sulla sorte di questa norma, contestata anche dai sindacati medici, si è infittito a fine settimana dopo le dichiarazioni del responsabile Sanità Pd **Federico Gelli**: «L'emendamento alla Camera lo andremo a modificare, perché scardina un delicato equilibrio che si è venuto a determinare con l'attuale riforma». Secondo Gelli, quell'emendamento «era stato perorato dalla governatrice friulana **Debora Serracchiani**, che pone un problema quanto mai vero e attuale, poiché lei ha già adottato questa riforma, essendo la sua una Regione a statuto speciale e necessita di una norma nazionale per codificare in maniera definitiva questo cambiamento».

Tra le altre misure di cui si è arricchito l'articolo, rientrano ancora l'istituzione del Progetto genoma Italia, che mira a creare una «infrastrut-

tura dedicata a un progetto nazionale di genomica applicata alla Sanità pubblica» e istituisce un Fondo da 5 milioni per ciascuna annualità del triennio 2015-2017; il progetto sulla revisione dell'uso dei medicinali in farmacia (1 milione per il 2016), con l'obiettivo di garantire l'aderenza farmacologica alle terapie per i pazienti affetti da asma; risorse (1 mln vincolato dal Cipe nel Fsn per il 2017 e 2 mln per il 2018) per la sperimentazione clinica di fase II basata sul trapianto di cellule staminali cerebrali umane in pazienti con Sla; fondi per le associazioni di ciechi e ipovedenti (il 15% della legge 379/1993).

Queste e altre le novità. Ad annunciarne di ulteriori è intervenuta infine venerdì scorso la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**, che a margine dell'apertura del nuovo Pronto soccorso all'ospedale Santo Spirito di Roma ha promesso: «Sto lavorando a una norma, da inserire nella legge di Stabilità, che permetta alle Regioni di uscire dal piano di rientro, perché c'è una legge per farle entrare ma non per farle uscire». Mentre dal presidente del Consiglio, che nelle settimane scorse dopo un duro scontro con le Regioni sul tema risorse aveva inaugurato una fase di disgelo (con l'avvio di tavoli su farmaci e governance di cui al momento non c'è traccia), è arrivato un ulteriore messaggio distensivo: «Grazie a chi lavora, a chi non si arrende alla logica dello sfascio. In Italia abbiamo mille problemi e limiti ma abbiamo una qualità del lavoro nella Sanità che pochi hanno al mondo».

**B.Gob.**

Secondo i camici bianchi sarà il Mezzogiorno a risentire maggiormente della sforbiciata prevista dalla legge di stabilità

## Tagli alla Sanità, i medici: pagherà il Sud

**NAPOLI (sf)** - Come già accaduto in passato, anche stavolta sarà la sanità campana a risentire maggiormente dei tagli lineari contenuti nella legge di stabilità approvata dal Senato. Risorse ulteriormente ridotte a fronte di un sistema sanitario, il nostro, letteralmente al collasso. *“Le conseguenze più pesanti saranno a carico di quel terzo della popolazione che abita al Sud, per la quale si prospetta una crescita del divario del finanziamento procapite mentre i loro governatori continuano a fare i ‘polli’ di Renzi”*. E' il commento, duro, del sindacato della dirigenza medica Anaa Asso-med secondo cui il definanziamento che congela per i prossimi anni il fondo per il sistema sanitario a 111 milioni compromette ulteriormente *“il diritto costituzionale alla salute, lasciando avanzare l'intermediazione assicurativa per chi può permettersela”*. Il problema, ovviamente,

non risiede soltanto in termini di possibilità di erogazione e qualità dell'erogazione del servizio. Procedendo esattamente sulla stessa scia di quanto la Campania sta sperimentando da anni, i tagli del governo non faranno che acuire ingiustizie ed 'elitarismo' dell'assistenza pubblica. Buio all'orizzonte anche per i lavoratori: *“Governo e Parlamento con una mano promettono di dare (poco), con l'altra portano via da subito risorse storiche, prolungando e peggiorando la perdita di potere di acquisto delle retribuzioni in atto da anni. Né va meglio ai giovani, per i quali continua il blocco del turnover, che lascia al palo le loro speranze occupazionali, l'assenza di argini all'abuso di contratti atipici e la crescita di un caporalato, pubblico e privato, che paga pochi euro il loro lavoro. Figli di un dio minore, per i quali nessun partito muove un dito,*

*se non per indicare la via della migrazione”*, proseguono dal sindacato di categoria. Peli sulla lingua pochi, rabbia tanta nelle parole dei medici: *“Per seguire gli umori di qualche governatore, si riorganizza la rete ospedaliera intorno alle ‘eccellenze’ delle Facoltà di medicina, con soddisfazione comprensibile del Ministro della Università ed il silenzio eloquente di quello della Salute, così loquace sui temi più disparati tranne che nella valorizzazione del patrimonio professionale che ha in affidamento, il quale, visti i risultati, finirà con il chiedere il passaggio al Miur”*. I camici bianchi, allora, indicano la *“una mobilitazione massiccia il 28 novembre”* e sollecitano *“un'adesione combattiva allo sciopero nazionale di 24 ore del 16 dicembre”*.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I limiti agli straordinari imposti della Ue rischiano di paralizzare l'assistenza negli ospedali

# Caos sanità, piano d'emergenza

Il governo: precari subito stabilizzati, turn-over a febbraio. Scontro De Luca-Caldoro

**Marisa La Penna**

**D**a oggi è operativa la legge 161 sugli orari del personale sanitario. Fino a ieri sera si attendeva una deroga del Governo, che non è arrivata. Pertanto da stamattina dovrebbero essere vietate le «maratone» con straordinari anche di decine e decine di ore a turno. Da Roma viene però aperto uno spiraglio sullo sblocco del turnover e sulla stabilizzazione dei medici precari che in Campania sono 722 con contratti diversi, alcuni dei quali in scadenza, altri per un numero limitato di ore. Complessivamente sarebbe di tremila unità il fabbisogno di risorse umane sul fronte della sanità tra medici infermieri e personale ausiliario. Nell'ultimo anno sono circa 800 i medici che hanno avuto la trasformazione del contratto a tempo indeterminato. Caldoro prima di cedere il posto a De Luca aveva dichiarato che 1118 medici dovevano essere stabilizzati al più presto.

## Medici, via a tremila nuove assunzioni



Almeno 3.000 camici bianchi in più per fare fronte ai nuovi orari di lavoro europei in vigore da oggi, che impongono di non superare le 48 ore settimanali, inclusi straordinari, e turni di riposo di 11 ore ogni 24 ore lavorate. E con questo piano straordinario, da attuare con un emendamento alla legge di Stabilità che comporterebbe pure una deroga di 3 mesi per le nuove norme (applicate dal 25 febbraio), che il governo punta a risolvere la questione esplosiva di orari e riposi. Regioni e aziende ospedaliere sono nel «caos» per l'impossibilità di garantire l'applicazione della direttiva Ue con gli attuali organici. Per fronteggiare la situazione, il governo sta quindi lavorando ad un emendamento alla legge di Stabilità, che sarà presentato alla Camera, con l'obiettivo di prevedere uno sblocco del turn over in sanità per l'assunzione di almeno 3mila medici ed il riassorbimento dei precari, che toccherebbero le 7.399 unità.

**Il commento**  
**Sanità, è l'ora**  
**di cambiare****Carmine Pinto**

**C**hi governa la salute controlla il consenso. Nel Mezzogiorno italiano la sanità è la principale impresa e la più importante banca di voti. L'indagine di Benevento conferma questo schema ma non è una eccezione. Solo nelle ultime settimane il caso Manna e nei mesi precedenti le inchieste sull'Asl di Caserta mostrano la realtà del modello sanità-politica, e ne confermano la trasversalità.

**Sanità, è l'ora di cambiare****Carmine Pinto**

Centro destra o centro sinistra, partiti o capibanda, hanno nella sanità campana, come nel Mezzogiorno (e forse in Italia), il terreno principale di scontro politico e competizione clientelare. Non è così da sempre, anzi. Dall'Unità fino agli anni Cinquanta, in un territorio privo di grandi realtà produttive e con un limitato intervento dello stato, il notabilato organizzava le sue reti nelle povere istituzioni del mondo rurale, intorno alle tradizionali politiche di opere pubbliche o nel fiorente mercato giudiziario. Furono l'inizio dello sviluppo economico, e la conseguente impetuosa urbanizzazione, ad assegnare alle politiche sociali un ruolo centrale nella strutturazione e raccolta del consenso.

I partiti di massa colsero subito questa cruciale novità. Fanfani istituì nel 1958 il Ministero della Sanità. Un decennio dopo il centro-sinistra (la legge "Marrionetti" del 1968) trasformò la gestione degli ospedali, trasformandoli in enti pubblici. La sanità iniziò ad occupare un ruolo fino ad allora inimmaginabile, ma non esclusivo (era l'epoca del trionfo della Cassa per Mezzogiorno). In ogni provincia, in ogni comprensorio, spesso in comuni uno a fianco all'altro (ed uno contro l'altro), si mobilitarono forze di ogni tipo per chiedere la fondazione di un ospedale. Il deputato Dc di una città compete con il collega del comune vicino, magari entrambi sostenuti dal socialista o dal comunista locale. I parlamentari di governo facevano di questa bandiera uno strumento decisivo di affermazione individuale, e della gestione di assunzioni la fonte di redistribuzione di opportunità. Sindacati e forze di opposizione si battevano per lo stesso motivo, per legittimarsi come soggetto politico ma anche per partecipare alla distribuzione di risorse. Ovviamente, questo consentì

a tutto il paese (e soprattutto al Mezzogiorno) l'accesso alla salute, ma creò inevitabili effetti distorsivi.

Il ruolo dei partiti diventò completo alla fine del 1978, con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Con la formazione delle Asl (Aziende Sanitarie Locali) i comitati di gestione erano eletti dai consiglieri comunali, con voto sostanzialmente proporzionale. Nel Sud che conosceva la ritirata della grande impresa, la sanità diventò un importante campo di lottizzazione e clientela (anche se investimenti pubblici poderosi come quello attivato con la Legge 64 la mantennero ancora in secondo piano). Contribuire all'assunzione di un gruppo di infermieri significava l'elezione nel comune, la nomina di qualche primario o l'assegnazione di grandi forniture magari un posto da deputato. Diventò un fatto compiuto equilibrare la guida dei comitati di gestione (assegnati ad un partito) con la nomina di un sindaco (di una forza alleata) o di un presidente di un grande ente.

A partire dagli anni Novanta questo fenomeno giunse alla sua tappa finale. Infatti, se nel Nord del paese la struttura produttiva mantenne un equilibrio (anche con la sanità privata) ben diversa fu l'evoluzione nel Mezzogiorno. Qui, con la fine della Prima repubblica, la scomparsa delle aziende di stato e il superamento della Legge 64, sparì l'intervento pubblico. La sanità (anche se apparentemente riformata con l'esclusione dei consiglieri locali) completò la sua lunga marcia nel potere politico. Il suo controllo diventò una priorità assoluta per i decisori istituzionali e i vertici dei partiti. I piani di gestione e soprattutto le nomine furono infatti centralizzati nei temibili carrozoni delle regioni. Presidenti ed assessori alla Sanità conquistarono un potere enorme, potendo decidere tutti i vertici e a cascata le infinite posizioni sia nel governo degli enti che nelle posizioni dei reparti. Al contrario, l'altra fonte di spesa che giunse nel Sud, i fondi europei, furono frammentati in mille rivoli e non

consentirono nessuna gerarchizzazione del potere paragonabile alla sanità. Il risultato fu l'ulteriore degenerazione clientelare degli enti, l'esplosione del debito e la decrescente fiducia nella salute meridionale. L'interminabile sequenza di inchieste che la tormentano, non sono solo l'ennesima spia di tristi modelli di costume civile. Si tratta di un fenomeno oramai consolidato, che ha modificato radicalmente la relazione tra sistema politico, società ed istituzioni nel Mezzogiorno. Le vicende degli ultimi giorni e mesi in Campania, quanto casi come quello milanese di poche settimane fa, pongono problemi di fondo, sul ruolo delle regioni, sulle responsabilità dei partiti, l'azione delle forze sociali. Non si tratta certo di abolire la sanità pubblica, ma di difenderla, affrontando frontalmente i meccanismi degenerativi, mettendo mano al sistema di nomina dei dirigenti, alla selezione del personale medico, al governo degli appalti e di tutto l'indotto che lo accompagna.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 25 NOVEMBRE 2015

## Appropriatezza. Domani in Stato Regioni il nuovo decreto Lorenzin. La stretta su 203 prestazioni specialistiche e sugli esami genetici. Fissate le cure odontoiatriche a carico del Ssn

***E' all'ordine del giorno della Conferenza Stato Regioni di domani ed è stato riformulato tenendo conto del parere del Mef e delle osservazioni regionali. Individuate le prestazioni a rischio inappropriatezza che hanno sollevato molte polemiche tra i medici per le sanzioni previste. Il decreto fissa anche le condizioni e le caratteristiche patologiche nelle quali è opportuno un esame genetico e fornisce un chiarimento sui livelli di assistenza odontoiatrica posti a carico della sanità pubblica. [IL TESTO](#).***

Il testo finale del decreto della discordia arriva al tavolo della Stato Regioni. Indicato al punto 4 dell'ordine del giorno della seduta di domani ha superato l'esame dei tecnici regionali e del Mef e dovrebbe quindi essere approvato senza sorprese.

L'offensiva dei medici contro questo provvedimento, che recepisce quanto disposto dal decreto Enti Locali dell'estate scorsa (quello della manovra di 2,352 miliardi alla sanità), non ha fermato la macchina dello Stato che, seppur ormai alla fine dell'anno, ha portato a termine quanto stabilito nell'intesa Stato Regione del 2 luglio scorso nella quale erano fissati gli ambiti di risparmio per ottenere le compensazioni al taglio dei 2,3 miliardi.

Tra queste compensazioni figurava per l'appunto un paragrafo dedicato all'appropriatezza. E in particolare a quella in regime di assistenza specialistica ambulatoriale (visite mediche ed esami diagnostici) e in regime di ricovero di riabilitazione.

Dalle due misure il risparmio atteso era stato fissato a tavolino in 106 milioni di euro per l'ambulatoriale e 89 per la riabilitazione.

Fin qui i medici hanno avuto poco da dire. Il punto nevralgico della questione è stata la previsione di sanzioni a loro carico qualora non avessero rispettato le nuove limitazioni prescrittive che sarebbero state determinate da un decreto della Salute.

Nel clou delle proteste quando si iniziò a parlare di sciopero intervenne anche Renzi che il 25 settembre annunciava tutto il suo ottimismo sulla possibilità di trovare un accordo con i dottori per evitarlo.

Da allora non è successo nulla. O meglio, i medici hanno confermato lo sciopero nazionale programmato per il 16 dicembre e la manifestazione nazionale del 28 novembre e il Governo, a parte l'ottimismo di Renzi e le assicurazioni di Lorenzin sul fatto che le sanzioni scatteranno solo in casi veramente eccezionali, è andato avanti individuando 203 prestazioni specialistiche soggette a particolare attenzione prescrittiva, le patologie e le condizioni patologiche per le quali è indicato un esame genetico ma anche le condizioni di erogabilità a carico del Ssn delle prestazioni odontoiatriche alle quali è dedicato un'apposita sezione del decreto.

Di sanzioni il decreto non parla. Quelle, e salvo norme o indicazioni specifiche per regolamentarle in modo uniforme e dettagliato, saranno di competenza del DG della Asl, anche perché, se non lo farà, sarà lui stesso

ad essere sanzionato.

# I furbetti del ticket sanitario A pagarlo è solo uno su dieci

## Sicilia e Calabria raggiungono l'80% degli esenti Così le Regioni perdono due miliardi di entrate

### Sistema malato

A volte basta solo un'autocertificazione per essere dispensati dal pagamento  
E le Asl non fanno controlli

di **FRANCESCO CARTA**

**S**ono in tanti. Anzi, troppi. Con una furbata più che comune: tutti i tipi di farmaci, da quello contro la pressione del nonno agli antibiotici dei figli fino all'antistaminico per il padre, sono prescritti a nome di una sola persona. Insomma, il famoso ticket sanitario, da molti indicato come odioso e ingiusto, è pagato solo da pochi italiani.

#### NESSUNO PAGA

Introdotta per la prima volta nel sistema sanitario nazionale nel 1989, il ticket sanitario è lo strumento con cui il cittadino partecipa alle prestazioni mediche. È stata la Legge n. 537 del 1993 a regolamentare in maniera più specifica l'utilizzo del ticket, ma nel corso degli anni sono stati diversi gli interventi legislativi che ne

hanno modificato natura e modalità di utilizzo, individuando anche le fasce di reddito esenti, che cioè non pagano il ticket, diverse a seconda delle regioni. Ed è proprio esibendo un'esenzione falsa o irregolare che un italiano su 10 truffa il sistema sanitario. Dagli ultimi dati, riportati da *Repubblica*, solo un quarto delle visite mediche specialistiche, esami e varie prescrizioni sono relative a persone che pagano il ticket sanitario. In tutti gli altri casi invece a richiedere esami e controlli medici sono moltissimi esenti dal ticket sanitario molto probabilmente perché sanno che non pagano e come tale chiedono maggiori controlli medici, facendone beneficiare anche altri familiari.

#### POCHI SOLDI IN CASSA

Il risultato? Le Asl non ricevono neanche un centesimo e, come tale, il sistema sanitario perde risorse importanti. Insomma, l'evasione fiscale diffusa che affligge l'Italia non risparmia la sanità. Che in più ci mette del suo, tra controlli scarsi, impiegati che non conoscono bene le regole e una normativa che fa acqua. Così in un anno entrano nelle casse delle Regioni attraverso il ticket 3 miliardi di euro, una cifra da poco se si pensa che il fondo sanitario è di 111 miliardi.

#### CHI FA LA VOLPE

Ma passiamo ai numeri: quanti sono i falsi esenti? Un dato preciso non esiste, ovviamente, anche perché nella categoria degli esenti rientrano varie tipologie di persone. Ma l'alta diffusione dei falsi invalidi è nota, in fatto di evasione di ticket, soprattutto per quanto riguarda la fascia legata al reddito. In molte regioni basta un'autocertificazione per essere esentati e i controlli a campione non sono molti. Secondo alcune stime, circa il 20% degli esenti sarebbero per vari motivi irregolari, che significa il 10% di coloro che si rivolgono al sistema sanitario. Si può dunque stimare che l'evasione faccia mancare alle casse delle regioni circa 1,8 miliardi all'anno. Non solo. Ci sono infatti regioni dove gli esenti consumano intorno al 60% delle prestazioni (Lombardia Veneto, Friuli, Liguria). E altre, al Sud, che viaggiano non molto sotto o addirittura oltre l'80%: Campania, Sicilia e Calabria. Furbetti o no, per ora chi non paga il ticket la sta facendo franca.

## Il meeting Malattie neurologiche, esperti a confronto

### Il convegno

«Terapia delle malattie neurologiche: fra trattamento sintomatico e disease modifying», su questo tema si è svolto un incontro internazionale organizzato da Bruno Ronga, primario della Neurologia del Cto.

Le relazioni - tra le quali quella del professore Vincenzo Bonavita - hanno affrontato temi relativi alle malattie neurologiche di alta rilevanza clinica e di notevole impatto socio-sanitario, quali la sclerosi multipla, la malattia di parkinson, le demenze, l'ictus cerebrale.

«Oggi, grazie alle nuove terapie, sono sempre meno i pazienti afflitti da sclerosi multipla che sviluppano disabilità invalidanti. Meno entusiasmanti, ma comunque promettenti, sono gli avanzamenti sulle malattie neurodegenerative, quali il Parkinson e l'Alzheimer. In questi casi, pur non disponendo ancora di terapie in grado di modificarne la storia naturale, si è in grado di trattarne efficacemente i sintomi, in maniera da ridurre il peso della malattia nella vita di tutti i giorni, di migliorare la qualità di vita, e alleggerire il carico che spesso grava sui familiari» ha detto Ronga.



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



# Computer dell'Asl in tilt, disagi nelle prenotazioni

## La denuncia

Proteste e disagi nei presidi della Azienda Napoli 1 centro  
Blackout di circa tre ore

**Melina Chiapparino**

Proteste e disagi nei presidi dell'Asl Napoli 1 dove ieri mattina sono andati in tilt i computer dell'intero comparto ospedaliero. I terminali utilizzati per effettuare prenotazioni, ricoveri ospedalieri e registrazioni relative ai servizi sanitari si sono bloccati intorno alle 10.30 del mattino, invalidando il funzionamento dei nosocomi dove sono stati chiusi gli sportelli di accettazione e centinaia di utenti sono dovuti ritornare a casa senza la possibilità di prenotare esami ed accertamenti. La problematica ha riguardato tutti gli ospedali del territorio dal San Giovanni Bosco, al Vecchio Pellegrini, Loreto Ma-

re, Ascalesi, Incurabili, San Gennaro e San Paolo seppure in misura diversa con qualche computer che si riattivava a singhiozzi ma in ogni caso non rendeva possibile il suo utilizzo. «Si comunica che oggi non è possibile prenotare per problemi tecnici sulla rete», queste le parole che recitava l'avviso affisso allo sportello dell'ospedale di Fuorigrotta dove ieri si sono radunati pazienti, associazioni di cittadini e rappresentanti dei sindacati dell'azienda sanitaria per protestare contro il depauperamento dell'ospedale che abbraccia uno dei territori urbani più vasti e densamente popolati in città. «Dopo la chiusura dei

poliambulatori di Bagnoli in via D'Alessandro, di Cavalleggeri in via Venezia Giulia e di Fuorigrotta in via Caravaggio il servizio sanitario in questa zona è altamente

compromesso» hanno detto i cittadini ed i numerosi studenti di «Iskra», «lido Pola» «Bagnoli Libera» e «Io faccio la mia parte», associazioni che hanno aderito alla protesta.

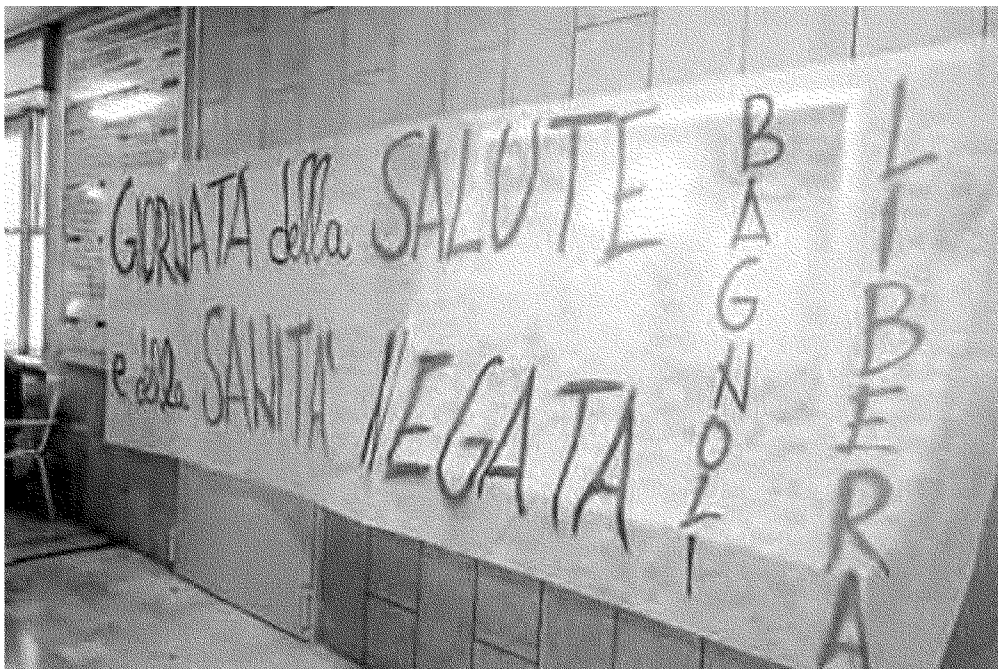
Nel documento sottoscritto a fine della manifestazione anche dal direttore del presidio, Raffaele Dell'Aversano i sindacati Cisl, Usb, Nursing Up, Uil e le associazioni invocano un appuntamento urgente con il commissario dell'Asl Napoli 1.

Qualche ora dopo la manifestazione, nel primo pomeriggio dopo oltre 3 ore di blocco dei terminali i software degli ospedali andati in corto circuito hanno ripreso a funzionare.



**Il sit in**  
Una protesta è stata inscenata all'ingresso della struttura di via Terracina

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Il San Paolo** Scritte di protesta sui muri dell'ospedale di via Terracina a Fuorigrotta

**I conti**

## **Debiti Asl pronto il piano da 72 milioni**

Via i debiti all'Asl. Si pagano i fornitori. 72 milioni di euro pronti per essere spesi. Tre anni per poter sanare ogni contenzioso con i creditori del 2014. Ogni mese non potranno essere spesi più di 2 milioni di euro. Il tutto in linea con le disposizioni di Renzi sulla riduzione dei debiti degli enti pubblici che spesso sono la causa maggiore dei problemi delle piccole aziende. L'Azienda Sanitaria Locale Salerno ha pubblicato sul proprio sito web [www.aslsalerno.it](http://www.aslsalerno.it) un Avviso pubblico con il quale manifesta il proprio interesse alla elaborazione di un programma finanziario che consente di pianificare in un triennio il pagamento dei debiti contratti, sino al 31 dicembre 2014.

## I conti pubblici

# L'Asl paga i fornitori ecco 72 milioni pronto cassa

### I debiti

Via i debiti all'Asl. Si pagano i fornitori. 72 milioni di euro pronti per essere spesi. Tre anni per poter sanare ogni contenzioso con i creditori del 2014. Ogni mese non potranno essere spesi più di 2 milioni di euro. Il tutto in linea con le disposizioni di Renzi sulla riduzione dei debiti degli enti pubblici che spesso sono la causa maggiore dei problemi delle piccole aziende. L'Azienda Sanitaria Locale Salerno ha pubblicato sul proprio sito web [www.aslsalerno.it](http://www.aslsalerno.it) un Avviso pubblico con il quale manifesta il proprio interesse alla elaborazione di un programma finanziario che consente di pianificare in un triennio il pagamento dei debiti contratti, sino alla data del 31 dicembre 2014, nei confronti dei propri fornitori ed, in particolare, dei crediti certi liquidi ed esigibili, ovvero dei crediti per i quali sia stata emessa fattura o effettuata richiesta equivalente di pagamento entro il suddetto termine.

Il criterio utilizzato è stato desunto dall'art. 13 del Decreto legge 83/2015 e dalle recenti indicazioni alle quali sta prestando attenzione il Governo nazionale per la pianificazione del debito degli Enti locali. Il commissario straordinario, avvocato Antonio Postiglione, ha ritenuto opportuno evidenziare che, in caso di eventuali maggiori risorse a qualsiasi titolo acquisite, l'ASL Salerno potrà procedere alla ricontrattazione del rapporto transattivo, favorendo

#### L'iter

Sbloccate le procedure per chiudere il contenzioso pubblicate le modalità di riscossione

la più immediata definizione della posizione debitoria con conseguente ricalcolo degli interessi eventualmente riconosciuti. Le richieste dovranno pervenire entro e non oltre le ore 12 del 31 dicembre 2015 e saranno evase secondo l'ordine cronologico di presentazione. In presenza di domande eccedenti la suddetta disponibilità finanziaria, l'ASL Salerno si riserva di attribuire preferenza ai creditori che abbiano rinunciato, anche parzialmente, ai costi accessori alla sorte capitaria.

I creditori che intendono aderire al presente Avviso potranno trovare sul sito web dell'Azienda nell'home page copia dell'avviso integrale corredata di tutta la relativa documentazione e modulistica.

**si.pao.**

---

**Salerno**

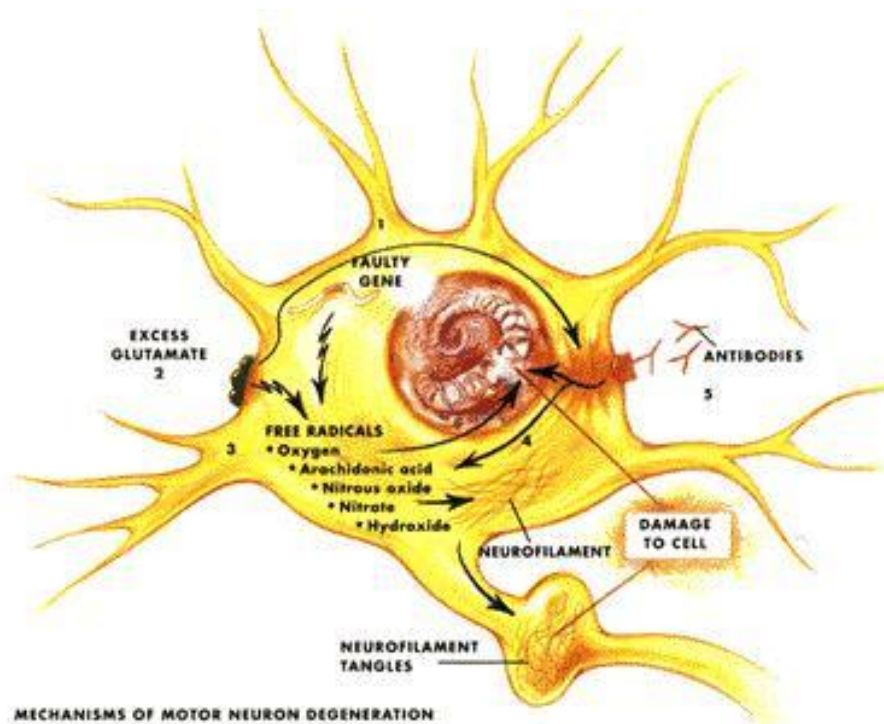
## Terzo Congresso sull'autismo

**SALERNO** Nella Sala del Gonfalone del Palazzo di Città, stamattina (ore 10) viene presentata la terza edizione del Congresso internazionale del Mediterraneo sull'autismo, che si tiene a Salerno il 28 e 29 novembre, promosso e organizzato dalla cooperativa Giovamente in collaborazione con il Comune. Intervengono il sindaco Napoli e l'assessore Savastano, con Luca Goffredo e Rosa Mandia di Giovamente.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



MECHANISMS OF MOTOR NEURON DEGENERATION

# Nanoparticelle cariche di farmaci colpiranno il tumore al colon retto

Progetto dell'Istituto di Tecnologia e dell'Ospedale Galliera: realtà entro cinque anni

ONCOLOGIA

VALENTINA ARCOVIO

Possono essere 10mila volte più piccole di un capello oppure mimetizzarsi nel sangue, assumendo le dimensioni di un globulo rosso. Possono avere la forma di una microscopica sfera oppure essere discoidali. Possono allungarsi e restringersi, a seconda del percorso che devono seguire.

Hanno davvero un qualcosa di unico le nanoparticelle sviluppate dall'Iit, l'Istituto italiano di tecnologia, diventate protagoniste di un nuovissimo progetto, tutto «made in Italy», contro il tumore del colon-retto. Frutto dell'accordo siglato ieri tra l'Iit stesso e l'Ospedale Galliera di Genova, questo programma di medicina personalizzata ha l'obiettivo ambizioso di sperimentare un approccio rivoluzionario contro una delle neoplasie più diffuse e letali al mondo.

Le nanoparticelle saranno capaci di viaggiare all'interno dell'organismo per trasportare i farmaci, selezionati in base alle caratteristiche del tumore di ogni singolo paziente

Paolo Decuzzi  
Andrea De Censi  
Ingegnere  
Oncologo

**RUOLI:** IL PRIMO È DIRETTORE DEL LABORATORIO DI NANOTECNOLOGIE PER LA MEDICINA DI PRECISIONE DELL'IIT. IL SECONDO È DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI ONCOLOGIA MEDICA DELL'OSPEDALE GALLIERA

## Navicelle in viaggio

L'idea dei ricercatori è quella di sfruttare diversi «modelli» di nanoparticelle come se fossero delle vere e proprie «navicelle», capaci di viaggiare all'interno dell'organismo per trasportare farmaci, selezionati in base alle caratteristiche del tumore di ogni singolo paziente, direttamente nella sede del cancro. Questa promettente forma di terapia mirata consentirà di utilizzare insieme diversi farmaci e molecole di origini naturali, a dosi proibitive, se somministrate in modo tradizionale. La consegna del farmaco direttamente all'interno del tumore, infatti, consentirà di caricare le nanoparticelle con concentrazioni molto elevate di farmaci, in modo da massimizzare l'effetto sul cancro senza intaccare i tessuti sani dell'organismo.

«Il nostro lavoro inizierà dallo sviluppo di modelli pre-clinici che replicheranno le caratteristiche specifiche di ciascun malato, su cui testare l'efficacia della combinazione di molecole trasportate dai vettori nanotecnologici», spiega Paolo Decuzzi, direttore del Laboratorio di Nanotecnologie per la Medicina di Precisione dell'Iit. In pratica, verranno prelevati campioni di tumore del colon-retto dai pazienti, che poi saranno inoculati in to-

polini di laboratorio, su cui successivamente verranno testati approcci terapeutici personalizzati in base al profilo genetico del tumore.

«Questo approccio è molto potente, perché permetterà di identificare per ogni singolo paziente la tipologia di particella e la combinazione farmacologica che con più alta probabilità porterà alla remissione della malattia - dice Decuzzi -. A regime saremo in grado di realizzare il modello pre-clinico specifico per ogni paziente in appena qualche settimana, testare così le varie combinazioni e, infine, somministrare al paziente soltanto la soluzione più efficace».

Oltre a sfruttare le nanoparticelle, costituite da materiale polimerico biodegradabile, e quindi sicure per l'essere umano, i ricercatori avranno la possibilità di studiare moltissime combinazioni diverse, sfruttando molecole già note per le loro proprietà antitumorali.

«Un nuovo esempio di medicina di precisione dove, ai classici farmaci fino ad ora utilizzati, si associa l'uso di integratori di origine vegetale che, attraverso le nanoparticelle, possono essere somministrati in dosi altissime, sfruttandone l'effetto sinergico», sottolinea Andrea De Censi, direttore della Struttura complessa di Oncologia medica dell'Ospedale Galliera. «Caricheremo sulle nanoparticelle - continua - composti come la curcumina, l'aspirina e la capsaicina, che esercitano una potente azione antinfiammatoria e che a dosi elevate possono dare una risposta anti-tumorale. In que-

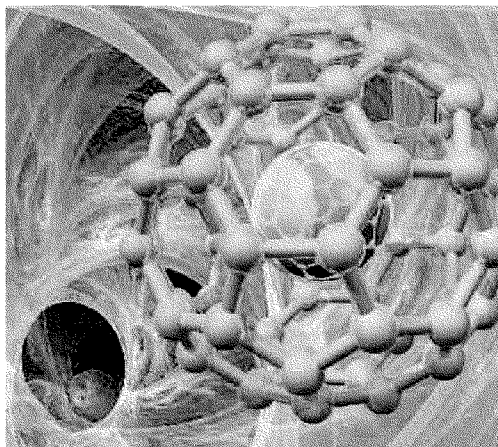
sto modo, inoltre, abbiamo la possibilità di aumentare l'attività della terapia tradizionale, la chemioterapia, riducendone allo stesso tempo gli effetti collaterali».

## C'è anche l'aspirina

I farmaci e le molecole candidati sono davvero tantissimi, come si evince dalla letteratura scientifica. «Tra i farmaci che testeremo, infatti, oltre l'aspirina, ci sarà anche la metformina, noto antidiabetico, che potrebbe aiutarci a «tagliare» il nutrimento delle cellule tumorali, cioè lo zucchero di cui sono ghiotte, inducendole alla morte», dice De Censi. In altre parole, i ricercatori italiani sono convinti di poter riutilizzare farmaci già presenti sul mercato, molti dei quali liberi da brevetto e quindi poco costosi, che potrebbero essere utili anche contro alcune forme di tumore.

Il passaggio dal laboratorio al letto dei pazienti dovrebbe essere breve. L'obiettivo, infatti, è di arrivare entro circa cinque anni all'identificazione di terapie anti-tumorali personalizzate, specifiche per le neoplasie al colon-retto, e inserirle nella sperimentazione clinica, osservandone così l'efficacia. «Se questo approccio si rivelerà vincente, allora potremo progettare un programma simile anche contro altri tipi di tumore oppure contro altre malattie, come per esempio l'aterosclerosi», sottolinea Decuzzi. Al momento il lavoro dei ricercatori sarà sostenuto dalle risorse a disposizione dei due singoli istituti.

Uno sforzo enorme per un progetto così ambizioso e, per molti versi, davvero rivoluzionario.



## Una Pet «speciale» individua le placche che scatenano l'Alzheimer

LORENZA CASTAGNERI

■ Da oggi esiste una possibilità in più per accertare la presenza del morbo di Alzheimer. L'esame è una tomografia a emissione di positroni, una Pet amiloide, effettuata con un radiofarmaco innovativo, arrivato sul mercato a ottobre. Si chiama 18F-Fluorbetapir.

Tra gli ospedali dove è già possibile sottoporsi all'indagine c'è la Fondazione Maugeri di Pavia, primo centro a introdurla in Lombardia. «Il nuovo farmaco aiuta a capire se nell'encefalo

sono presenti oppure no, ed eventualmente in quali quantità, placche amiloidi», spiega Giuseppe Trifirò, responsabile del servizio di Medicina nucleare della Fondazione. Le placche sono accumuli di proteina beta-amiloide che si riscontrano proprio nel cervello dei malati di Alzheimer. «Se la sostanza non viene rilevata nell'encefalo, - prosegue lo specialista - significa che il deficit cognitivo del paziente non può essere ricondotto a questa patologia, ma che le cause del problema vanno quindi ricercate altrove».

Il test è considerato molto affidabile. Sono già sei i pazienti che vi si sono sottoposti. Come avviene? Si svolge in modo simile a qualsiasi Pet: si inietta in vena il radiofarmaco e dopo mezz'ora viene effettuato l'esame. Dieci minuti di analisi dell'area interessata e il paziente può tornare a casa. Finora l'unico accertamento disponibile per cercare di chiarire un parte le cause della demenza cerebrale era la Pet con fluorodesossiglucosio (Fdg-Pet) che dà informazioni sul metabolismo del glucosio.

Ma attenzione: la nuova tecnica con Fluorbetapir non è utile in tutti i pazienti con sospetto di morbo di Alzheimer. Trifirò è chiaro: «Tocca al proprio neurologo valutare se le condizioni di partenza lo permettono».

La scoperta Nuove possibilità di cura

# Il gene architetto dello scheletro trovato da Telethon

Si chiama Fgf e regolerebbe l'auto-pulizia delle cellule  
Una terapia per il nanismo

**Nello Mazzone**

**POZZUOLI** Dal Telethon-Tigem di Pozzuoli una nuova importante scoperta scientifica per combattere il nanismo e le patologie che affliggono l'apparato scheletrico. Un gruppo di ricercatori dell'istituto che ha sede a Pozzuoli, coordinati da Carmine Settembre, ha scoperto per la prima volta che un meccanismo biologico noto come «autofagia» (*ndr dal greco autos fagos, che mangia se stesso*), fondamentale per il funzionamento di molti tessuti dell'organismo, è coinvolto anche nella crescita delle ossa durante il periodo post-natale. L'autofagia, infatti, è una sorta di autopulizia dell'organismo che "digerisce" alcune cellule a vantaggio di altre che "sopravvivono". Se funziona poco o male, viene meno un regolatore importante nella formazione del tessuto osseo. La possibilità, ora, è di ottenere un farmaco che surroghe l'autofagia.

Il lavoro dei ricercatori Telethon apre importanti prospettive, dunque, non solo per pazienti affetti da malattie rare come l'acondroplasia (nanismo) ma anche per quei pazienti che soffrono di disturbi più diffusi collegati al mantenimento delle funzioni scheletriche. I ricercatori, infatti, hanno individuato dei fattori che regolano l'autofagia durante l'accrescimento scheletrico, aprendo la strada alla possibilità di sperimentare farmaci per la cura di patologie dello scheletro.

Tra le malattie interessate alla sperimentazione scientifica c'è l'acondroplasia, rarissima malattia geneti-

ca che è la più comune forma di nanismo. Una malattia caratterizzata da uno sviluppo anomalo dello scheletro: i bambini colpiti presentano bassa statura, arti corti, testa in proporzione molto più grande del corpo, fronte alta e ridotto sviluppo della porzione inferiore della faccia. La durata media della vita dei pazienti è di solito normale, ma si registra un aumento del rischio di mortalità durante l'infanzia. Il lavoro è stato pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica «Nature». Secondo i ricercatori dell'istituto guidato dallo scienziato Andrea Ballabio, il processo di crescita delle ossa è fondamentale per il corretto funzionamento dell'organismo e l'insorgenza di problemi durante questo processo può portare anche al prematuro arresto di accrescimento delle ossa dello scheletro, causa del nanismo.

«Con questo studio - spiega Carmine Settembre, ricercatore dell'istituto Telethon di genetica e medicina di Pozzuoli - abbiamo dimostrato che attivando l'autofagia attraverso l'utilizzo di farmaci è possibile correggere il difetto di formazione delle ossa, e in particolare della matrice cartilaginea, causato da mutazioni nei geni FGF». Il team di ricerca ha scoperto che questi fattori regolano l'autofagia nelle cellule deputate alla crescita delle ossa. I ricercatori hanno osservato, infatti, che nei topi privi di uno dei fattori di crescita, in codice scientifico «FGF (FGF18)», il meccanismo dell'autofagia non si attiva regolarmente e questo comporta il malfunzionamento delle cellule che fanno crescere le ossa, chiamate «condrociti». Tutto ciò è la causa dei difetti di crescita nelle ossa. Stimolando l'autofagia con un farmaco, invece, gli scienziati hanno osservato il completo recupero del difetto osseo.



# quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 25 NOVEMBRE 2015

## Diabete. Dalla risonanza magnetica in 3D in futuro un aiuto per valutare meglio il rischio di ictus?

***Uno studio su 159 pazienti diabetici asintomatici, di età media di 63 anni, ha messo in evidenza la presenza, in più del 20% dei casi, la presenza di un parametro, chiamato IPH, che potrebbe rappresentare un indicatore di un maggior rischio di ictus. Lo studio della Radiological Society of North America effettuato tramite MRI in 3-D***

Un nuovo studio della Radiological Society of North America\* (RSNA) ha messo in evidenza, a partire da un campione di 159 pazienti diabetici, la presenza, in più del 20% di loro, di un parametro chiamato 'emorragia intraplacca IPH' nelle arterie carotidi, che, secondo gli autori della ricerca, rappresenta un indicatore precoce del rischio di ictus. I risultati di questo studio, condotto mediante tecniche di generazione delle immagini (*imaging*) a risonanza magnetica in 3 dimensioni, sono appena stati presentati al 101° Meeting annuale della RSNA (RSNA 2015 101st Scientific Assembly and Annual Meeting).

Secondo i ricercatori della RSNA, dunque, proprio l'impiego di questa tecnica di *imaging* in 3D potrebbe favorire in futuro una migliore valutazione del rischio di ictus di questi pazienti, anche in assenza di segnali ben noti di attenzione rispetto a tale rischio, come il restringimento delle arterie carotidi.

E' noto che alcuni pazienti, tra cui le persone con diabete, presentano un rischio di ictus superiore rispetto agli altri individui. Le arterie carotidi sono due piccoli vasi sanguigni che si adoperano per portare sangue ossigenato dal collo alla testa. Il restringimento di questi 'canali' è associato al rischio di ictus; in assenza di tale restringimento o in presenza di un fenomeno di dimensioni ridotte, è difficile valutare il rischio di questo importante evento vascolare.

Nello studio, i ricercatori hanno preso in considerazione 159 pazienti con diabete di tipo 2, asintomatici e di età media pari a 63 anni, selezionati a partire da un altro trial condotto tra il 2010 ed il 2013 ed avente come oggetto la loro dieta.

In questo caso, gli scienziati hanno 'fotografato' le carotidi per individuare la presenza di emorragia intraplacca IPH, un indicatore di aterosclerosi avanzata, che dunque rappresenta, secondo i ricercatori, un potenziale segnale di attenzione rispetto alla salute vascolare. In generale, l'aterosclerosi è sindrome che si manifesta attraverso una placca aterosclerotica, ovvero un ispessimento delle arterie, che può portare a diverse malattie ed eventi cardiovascolari, tra cui infarto ed ictus.

"Una recente analisi a partire da vari studi ha dimostrato che persone con restringimento della carotide e con IPH manifestano un rischio di ictus, nel futuro prossimo, da cinque a sei volte superiore rispetto alle persone che non presentano tali elementi", ha dichiarato l'autore dello studio **Tishan Maraj**, M.B.B.S., imaging analyst al Sunnybrook Research Institute e candidato M.Sc. presso l'Università di Toronto, in Canada.

In base ai risultati dello studio odierno, **37 dei 159 pazienti diabetici, dunque il 23,3% di loro, presentavano una IPH** in almeno una delle due arterie carotidi e cinque di loro in entrambe le arterie. Il parametro IPH è stato rilevato in assenza di stenosi - o restringimento - delle arterie carotidi ed in presenza di un aumentato volume delle pareti delle arterie, misurato dalla MRI in 3 dimensioni.

Riguardo all'emorragia IPH, "è stato sorprendente osservare che così tanti pazienti presentavano questa condizione", ha dichiarato il dottor Maraj, che aggiunge che "eravamo già a conoscenza del fatto che i pazienti diabetici avessero un rischio di ictus da tre a cinque volte superiore rispetto alle altre persone, così l'IPH potrebbe rappresentare un indicatore precoce di tale rischio che dovrebbe essere monitorato".

Dunque, secondo i ricercatori, la tecnica MRI in 3 dimensioni potrebbe in futuro rappresentare uno strumento ulteriore per la valutazione della salute vascolare di questi pazienti; inoltre, mentre l'imaging a risonanza magnetica in due dimensioni viene utilizzato da più di un decennio per identificare e caratterizzare le placche delle carotidi, il metodo 3-D offre una performance superiore nella generazione delle immagini, spiegano gli autori dello studio.

Tishan Maraj ha sottolineato che lo studio non delinea alcuna conclusione sull'esito delle condizioni dei pazienti e rispetto alla possibilità che gli individui che presentano il parametro IPH sviluppino blocchi della carotide più rapidamente rispetto ai pazienti che non presentano IPH; tuttavia, è risaputo che il sangue rappresenta un fattore 'destabilizzante' della placca che promuove la rottura, innescando una catena di eventi che possono portare ad un ictus, aggiungono sempre gli autori dello studio.

Attualmente non esiste alcun trattamento per l'IPH, sottolineano gli esperti, tuttavia il dottor Maraj ha sottolineato che l'identificazione della presenza di questo parametro potrebbe aiutare ad effettuare la stratificazione del rischio e avere applicazioni anche per le persone non diabetiche, concludendo che "anche se non si può trattare l'IPH, è possibile monitorare i pazienti molto più da vicino".

### **Viola Rita**

*\*La Radiological Society of North America (RSNA) è un'Associazione che comprende più di 54mila radiologi, oncologi radioterapisti, fisici medici e scienziati del settore; la sua sede è Oak Brook, I coautori dello studio sono **Alan R. Moody**, M.D., FRCP, FRCR, **Navneet Singh**, M.D., **Tina Binesh Marvasti**, M.Sc., **Mariam Afshin**, Ph.D., M. Eng., **Pascal N. Tyrrell**, Ph.D. e **David Jenkins**, M.D., Ph.D., D.Sc.*

**Hi tech.** Strumenti piccoli e intelligenti per costruire un super-sorriso, per una pulizia radicale o per correggere i difetti e dire addio all'apparecchio. Ma anche diagnosticare tumori del cavo orale e trasportare sostanze attive nella terapia delle malattie odontoiatriche

## Al dentista piace il nanorobot

ELISA MANACORDA

**D**ENTIFRICIO, SPAZZOLINO, e nanotubi di carbonio. Per individuare con grande anticipo la presenza di cellule tumorali all'interno del cavo orale. Possibile? Possibile. Merito delle nanotecnologie, che promettono di rivoluzionare il settore dell'odontoiatria. E se le capacità di diagnosi oncologica sono ancora sperimentali, stanno per sbarcare oggi negli studi dei dentisti tecnologie e materiali avanzati ottenuti proprio grazie ai progressi nel settore delle nanotech: idrogel per la cura delle malattie della gengiva, dendrimeri (molecole complesse dalla forma ramificata) per la rimineralizzazione del dente, nanoparticelle d'oro e punti quantici (una sorta di atomi artificiali) per la terapia dei tumori della bocca, persino nanorobot per il trasporto controllato di sostanze terapeutiche.

Questo è solo l'inizio, come scrivono ricercatori

**Le innovazioni stanno creando un mercato miliardario. Eppure non se ne conoscono i rischi**

brasiliani e spagnoli su *Trends in Biotechnology*: «Le nanotecnologie sono spesso considerate un settore che promette molto ma mantiene poco - ammette uno degli autori, Nelson Duran dell'Università statale di Campinas, in Brasile - ma l'evoluzione dei materiali usati in odontoiatria sta già oggi generando un mercato che vale svariati miliardi di dollari». E, fattore non secondario, potrebbe anche migliorare sensibilmente il rapporto da sempre difficile tra il paziente e il suo dentista.

L'anestesia, per esempio: per indurre un addormentamento locale della parte su cui si interviene, già si pensa a soluzioni colloidali contenenti milioni di nanorobot caricati di particelle di anestetico. La soluzione sarebbe depositata in modo indolore sul tessuto gengivale, e i nanorobot potrebbero raggiungere la dentina e spostarsi verso la polpa attraverso i tubuli dentinali, minuscoli canali che si irradiano dalla polpa allo smalto, arrestando la trasmissione dello stimolo doloroso al cervello. Una volta terminata l'operazione, i robot analgesici uscirebbero dal dente sotto la guida computerizzata del dentista. Ma i ricercatori si spingono anche oltre: perché non immaginare dei dentifrobots per la pulizia quotidiana di denti e gengive?

Le nanomacchine contenute in paste, gel e collut-

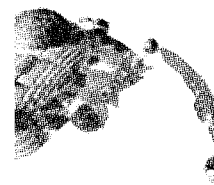
tori potrebbero così garantire l'igiene orale in profondità, asportando i depositi alimentari o trasportando sostanze dannose come il tartaro in sostanze innocue. E ancora, i nanorobot ortodontici potrebbero farci dire addio agli apparecchi correttivi, quando saranno in grado anche di agire su tutti i tessuti parodontali (gengive, osso alveolare, legamento parodontale e cemento radicolare) riuscendo a correggere senza dolore la posizione scorretta dei denti.

Un altro settore che suscita l'interesse della ricerca è quello degli adesivi antibatterici costituiti da nanotubi di carbonio, con una capacità di aderenza superiore a quella attuale, o dei punti quantici in combinazione con anticorpi specifici per i tumori da inserire nel cavo orale, così da individuare le cellule cancerose grazie all'emissione di luce. «Un'altra delle prospettive future più interessanti è quella di nanoparticelle incorporate in materiali dentali per la rimineralizzazione dello smalto e della dentina. Ma molto lavoro stiamo facendo anche per utilizzare le proprietà delle nanotecnologie allo scopo di prevenire o controllare malattie del cavo orale; cosa che riteniamo possibile perché i nanomateriali possono essere disegnati come farmaci capaci di azionare lentamente diversi agenti terapeutici», aggiunge uno degli autori dello studio, il brasiliano Amauri Jardim de Paula dell'Università federale del Cearà.

Ovviamente sulla strada della nano-odontoiatria ci sono ostacoli non indifferenti. Il primo e più evidente è rappresentato dai costi. Che però, commenta Francesco Riva, direttore della UOC di Chirurgia odontoiatrica dell'Ospedale George Eastman di Roma, potrebbero anche calare rapidamente. «Oggi i materiali di cui ci serviamo sono semi-artigianali, e dunque parecchio costosi. Se in futuro potremo sfruttare i progressi delle nanotecnologie compiuti in altri settori della medicina, e rendere così possibile l'industrializzazione della produzione di questi materiali, i costi potranno anche ridursi». Il secondo ostacolo, però, è più insidioso. E riguarda la sicurezza di nanomateriali e procedure, non ancora del tutto certificata. «Le nanoparticelle sono in grado di superare tutte le barriere del nostro corpo. Per questo - conclude Riva - dobbiamo porre particolare attenzione agli effetti non desiderati, e sottoporre continuamente le nuove tecniche alla validazione da parte della scienza e dei comitati etici».

### PICCOLI AUTOMI

**Di tipo ortodontico**  
Nanomacchine in grado di agire sui tessuti parodontali intervenendo senza dolore sulla posizione scorretta dei denti



**Di tipo anestetico**  
Soluzioni colloidali contenenti milioni di nanorobot carica di anestetico e cape di raggiungere la gengiva in modo indolore

**Dentifrobots**  
Contenuti in paste, gel e collutori che potrebbero garantire l'igiene orale in profondità

**PREVENZIONE**

## Sorpresa il diabete comincia con i batteri della bocca

**G**ENGIVITI E DIABETE sembrano malattie molto di diverse, ma chi soffre di infezioni orali, in particolare della forma più grave, o parodontite, ha un rischio doppio di sviluppare un diabete di tipo 2. E viceversa: un diabetico ha una probabilità tre volte superiore di avere problemi alle gengive. Secondo gli esperti, oggi la prevenzione del diabete deve quindi, necessariamente, iniziare anche dalla bocca. È questo infatti il messaggio emerso dal "Diabetes, Oral Health and Nutrition 2015", simposio organizzato annualmente al Joslin Diabetes Centre di Boston.

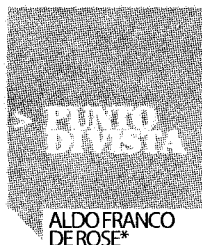
Come spiega Robert Genko, professore di microbiologia e biologia orale della Buffalo University: «Oggi 387 milioni di persone nel mondo soffrono di diabete, e nei paesi occidentali circa il 40-60 per cento degli adulti ha una parodontite». Alla base di entrambe le malattie, infatti, ci sono processi infiammatori. Per quanto riguarda le gengiviti: le sostanze e i batteri presenti nelle sacche gengivali infiammate possono en-

trare nel circolo sanguigno provocando infezioni e infiammazioni; così contribuiscono allo sviluppo di insulinoresistenza e diabete, e aumentano l'incidenza di effetti collaterali per chi già ne soffre».

Sul versante opposto, l'infiammazione diffusa e l'iperglicemia dovute al diabete danneggiano le gengive, e rendono molto più probabile un'infezione e lo sviluppo di una parodontite. È per questo che oggi gli esperti guardano ai denti come un campanello d'allarme, che potrebbe trasformarsi in un'importante opportunità diagnostica. «Abbiamo chiesto a 11 studi dentistici di sottoporre ad un semplice test per il controllo della glicemia circa 1000 pazienti, con più di 45 anni e in cura per problemi alle gengive - racconta Genko - e mandato dai diabetologi chi aveva il parametro fuori fase: 72 di loro sono risultati ad alto rischio di sviluppare diabete di tipo 2, e 51 erano già in malattia conclamata».

(simone valesini)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



### CARNE E TUMORE DEL RENE

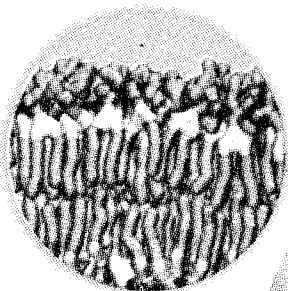
Il tumore del rene è in aumento soprattutto per l'incidenza di piccole neoplasie riscontrate in occasione di ecografie addominali eseguite per cause differenti. Per fortuna però si muore meno e la qualità di vita è migliore in quanto i tumori che non superano i 4 cm possono essere asportati, risparmiando la restante porzione del rene che potrà continuare a funzionare. In ogni caso sarebbe un errore non cercare di prevenire questo tumore ignorando gli allarmi che vengono dalla comunità scientifica e mettono sul banco degli imputati l'eccessivo consumo di carni, specialmente se cotte ad alte temperature. E

così, dopo che l'OMS ha inserito le carni rosse e quelle lavorate nella lista delle sostanze che possono provocare il cancro, in particolare quello del colon, un nuovo studio della University of Texas, pubblicato su *Cancer*, ha dimostrato che la cottura delle carni ad alta temperatura o a "fiamma aperta" raddoppia il rischio di tumore al rene. In un precedente studio della University of California la carne rossa veniva condannata perché contiene l'Neu5Gc, zucchero a noi estraneo: i ricercatori hanno dimostrato che i topi modificati a non produrre Neu5Gc, se alimentati con questo zucchero, sviluppavano il tumore. Allora potrebbe essere utile seguire i suggerimenti del World Cancer Research Fund: non mangiare più di 70 grammi al giorno di carne rossa molto cotta e non superare i 500 grammi a settimana. *Specialista Urologo e Andrologo, Clinica Urologica Genova*

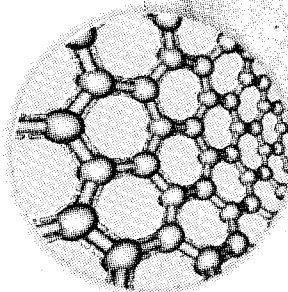
© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Dendrimeri**  
Molecole complesse dalla forma ramificata per la rimineralizzazione di smalto e dentina

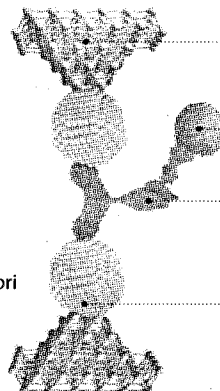


**Nanotubi di carbonio**  
Adesivi antibatterici con aderenza superiore di quella dei materiali usati oggi



## TERZO MILLENIO

**Nanoparticelle d'oro e punti quantici**  
Nanostrutture che, attraverso l'emissione di luce, riescono ad individuare tumori del cavo orale



Elettrodi

Punti quantici

Anticorpi specifici per i tumori

Particella d'oro



### Dolore

Sotto la guida computerizzata del dentista si porterà l'anestetico solo dove serve



### Igiene orale

I batteri che vivono nelle gengive infiammate contribuiscono alla insulinoresistenza

■ EPITECH GROUP / I traguardi dell'azione congiunta in stretta partnership con il gruppo di ricerca del dipartimento di Farmacologia dell'Università di Messina

## Due facce della stessa medaglia, un'unica soluzione

Il professor Salvatore Cuzzocrea: "Così sono da considerarsi le malattie neurodegenerative e la neuroinfiammazione"

I processi neuroinfiammatori rappresentano il "primum movens" nello sviluppo e nella progressione di malattie a carattere neurodegenerativo. La letteratura scientifica più recente attenziona infatti i fenomeni neuroinfiammatori come l'humus che permette a patologie di tipo neurodegenerativo di progredire in maniera incontrollata. Oggi il coinvolgimento del processo neuroinfiammatorio è dimostrato tanto nelle malattie neurodegenerative correlate ad alterazioni del movimento quali ad esempio i parkinsonismi, quanto in quelle caratterizzate da alterazioni progressive delle funzioni cognitivo-comportamentali, come nel caso delle demenze di varia patogenesi. Le cause considerate oggi scatenanti l'insorgenza di fenomeni neurodegenerativi sono "in primo luogo la neuroinfiammazione e lo stress ossidativo, due fenomeni definiti recentemente in letteratura co-conspirators per la neurodegenerazione, e l'età che rappresenta evidentemente un potente fattore di rischio", afferma il professor Salvatore

Cuzzocrea, docente di Farmacologia all'Università di Messina.

La neuroinfiammazione dunque è sempre più considerata il minimo comune denominatore dei processi neurodegenerativi. Per processo neuroinfiammatorio si intende "un processo infiammatorio che coinvolge il sistema nervoso centrale o quello periferico, sia in fase acuta che cronica", prosegue il docente. I processi neuroinfiammatori centrali possono scaturire al di fuori del sistema nervoso centrale coinvolgendo un recruitment di cellule infiammatorie all'interno dello stesso sistema con conseguente accumulo di linfociti e mastociti, oppure possono originarsi all'interno dello stesso sistema nervoso centrale.

Infatti, a livello periferico i mastociti rilasciano per degranulazione i loro mediatori infiammatori come le citochine e le prostaglandine, ma analoghe cellule non-neuronali rilasciano gli stessi mediatori anche a livello centrale.

"L'over-espressione di mole-

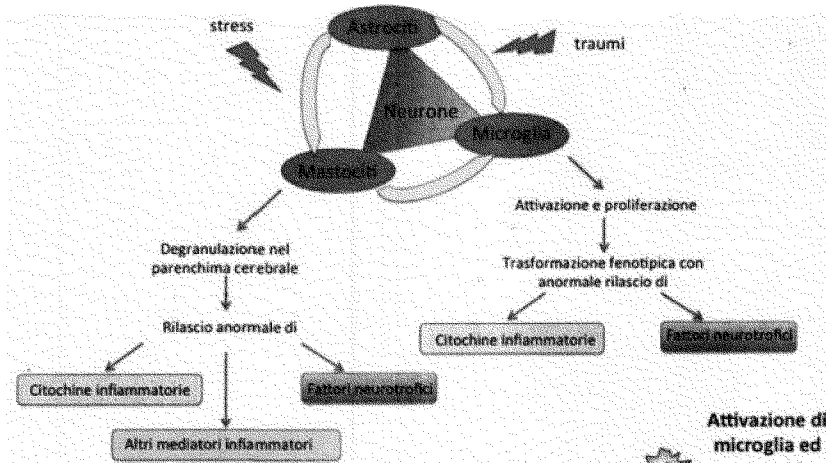
cole infiammatorie - prosegue il professor Cuzzocrea - determina così la comparsa di fenomeni tossici, neurodegenerativi. È necessario però considerare che, insieme al rilascio di molecole proinfiammatorie, si ha anche quello di molecole antinfiammatorie in un processo di resolution tendente a bilanciare il processo neuroinfiammatorio". Questo processo è caratterizzato in primo luogo da interazioni di tipo immunitario che determinano a loro volta l'attivazione dei cosiddetti cellular players quali la microglia e i mastociti residenti o traslocati nel sistema nervoso centrale. "La microglia - dettaglia il professore - svolge funzioni di immunosorveglianza del Snc. Se attivata promuove e sostiene lo stato infiammatorio mediante produzione di citochine, intermedi reattivi dell'ossigeno, proteinasi, fattori del complemento e chemochine. Tali mediatori infiammatori promuovono l'infiltrazione di cellule del sistema immunitario dal circolo ematico, il richiamo di altre cellule microgliali dalle

aree circostanti e l'attivazione degli astrociti".

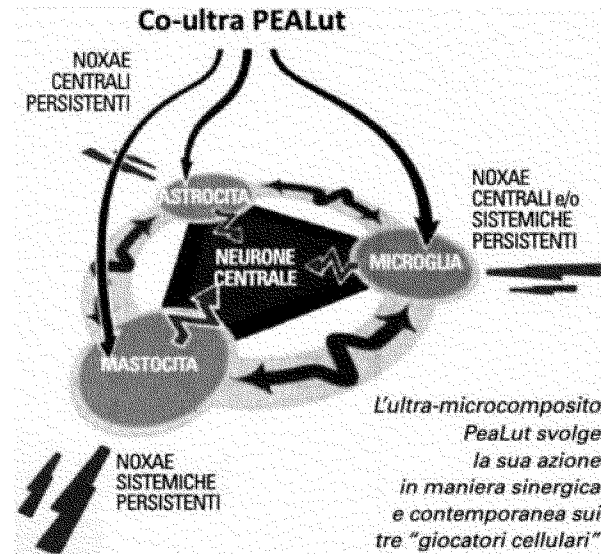
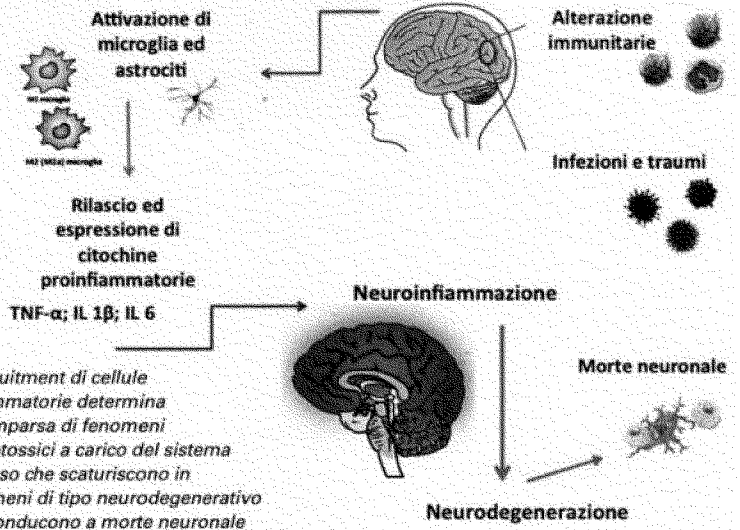
I mastociti, o mastcellule, sono cellule multifunzionali derivate dal midollo osseo; la loro specificità è quella di rilasciare, se attivati, gli stessi mediatori cellulari rilasciati dalla microglia.

Anche gli astrociti hanno la capacità di rispondere in condizioni patologiche mettendo in atto un processo di cambiamenti funzionali e strutturali che prende il nome di astrogliosi reattiva. Gli astrociti sono attivati dalle citochine prodotte dalla microglia e sono in grado a loro volta di produrre molecole pro-infiammatorie.

"Da una parte, quindi, si ha il mastocita divenuto iper-reattivo che favorisce il rilascio di citochine proinfiammatorie e fattori neurotrofici; dall'altra, la microglia e gli astrociti attivati che favoriscono il rilascio degli stessi mediatori: 3 giocatori di una stessa partita. Per tale motivo - conclude il professor Cuzzocrea - le malattie neurodegenerative e la neuroinfiammazione si devono considerare come due facce della stessa medaglia".



Stimoli di varia natura quali stress, alterazioni di tipo immunitario e traumi determinano l'attivazione dei cosiddetti "cellular players" i quali, a loro volta, attivano le molecole proinfiammatorie.



# quotidiano**sanità**.it

Martedì 24 NOVEMBRE 2015

## Le noci: migliorano la salute dei vasi e abbassano il colesterolo

***La 'dieta delle noci' migliora la funzionalità endoteliale e riduce il colesterolo totale e LDL. E' necessario di certo stare attenti alle calorie, visto che la frutta secca ne contiene molte, anche se questo 'tallone d'Achille' è bilanciato dal fatto che il consumo di noci induce sazietà. Gli autori ritengono che introdurre una manciata di noci nella dieta di tutti i giorni rappresenti un'abitudine salutare, in linea anche con i dettami della dieta Mediterranea, che rimane sempre la migliore.***

Aggiungere qualche noce alla dieta tutti i giorni è un sistema semplice ma efficace per migliorare la qualità della dieta e contribuire al controllo di alcuni fattori di rischio, in particolare nelle persone ad alto rischio di diabete. Lo suggerisce una ricerca appena pubblicata su [BMJ Open Diabetes Research & Care](#).

La 'dieta delle noci' in particolare migliora la funzionalità endoteliale e riduce i livelli di colesterolo LDL nell'arco di 6 mesi. Anche se l'impatto su valori di glicemia e di pressione è sostanzialmente neutro.

Le noci rappresentano un'importante fonte di acidi grassi essenziali, MUFA, folati e vitamina E; non va però dimenticato che sono anche molto caloriche, quindi devono essere consumate con un occhio alla bilancia e soprattutto nel rispetto delle calorie totali giornaliere previste per la dieta.

Lo studio pubblicato su BMJ ha interessato 112 persone (31 uomini e 81 donne, di età compresa tra 25 e 75 anni), tutte ad aumentato rischio di diabete, alcune a dieta ipocalorica, altre no. I partecipanti sono stati assegnati a due gruppi, uno dei quali randomizzato al consumo di 56 grammi di noci al giorno (pari a 366 calorie) all'interno del loro programma dietetico. All'altro gruppo veniva chiesto di evitare del tutto l'assunzione di noci per i successivi 6 mesi. Dopo tre mesi di 'pausa' da questa prima *tranche* dello studio, gli autori hanno provveduto ad invertire i due gruppi di 'trattamento', assegnando alla 'dieta delle noci' i soggetti che erano stati privati della frutta secca nella prima fase dello studio e viceversa, vietando le noci a chi ne aveva usufruito inizialmente.

Tutti i soggetti inclusi nello studio sono stati sottoposti alla rilevazione di una serie di misure antropometriche (BMI, circonferenza vita, grasso viscerale, percentuale di grasso corporeo, pressione arteriosa, colesterolo, glicemia a digiuno, emoglobina glicata) all'inizio dello studio e dopo 3, 6, 12 e 15 mesi. In occasione di questi controlli venivano rivalutate anche le abitudini dietetiche e la qualità della dieta, attraverso l'*Healthy Eating Index 2010* (HEI-2010).

Dopo aver fatto gli opportuni adeguamenti statistici per età, apporto calorico e di grassi con la dieta, attività fisica, i risultati dello studio indicano che l'aggiunta di noci alla dieta di tutti i giorni si associa ad un miglioramento della qualità della stessa e, cosa ancor più importante, ad un miglioramento della funzione endoteliale, indipendentemente dal fatto che un determinato soggetto seguisse o meno una dieta ipocalorica. Anche il colesterolo totale e LDL è risultato significativamente diminuito nel periodo di 'dieta delle noci'.

Il tallone d'Achille della 'dieta delle noci' come prevedibile, consiste nell'eccesso di calorie, evidente soprattutto tra quanti mangiavano i 56 grammi di noci, senza seguire una dieta ipocalorica. Tra quanti assumevano una dieta a ridotto contenuto di calorie tuttavia, l'assunzione quotidiana di noci, ha prodotto una significativa riduzione della circonferenza vita.

La dieta delle noci non ha modificato i valori di pressione arteriosa, né della glicemia a digiuno, né ha prodotto

un aumento dei valori di colesterolo HDL. L'emoglobina glicata è risultata inoltre aumentata in entrambi di gruppi, indipendentemente dalla dieta seguita.

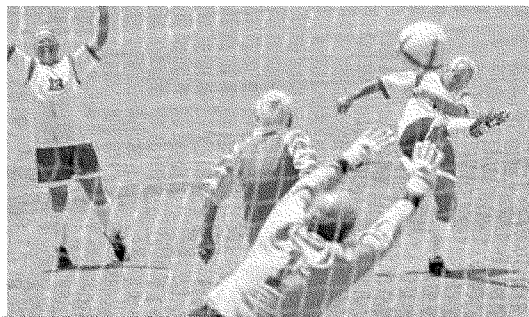
“I nostri dati – commentano gli autori – suggeriscono che l’aggiunta di noci alla dieta quotidiana, sia a quella a ridotto apporto calorico che a quella libera, migliora la qualità della dieta e può portare ad un miglioramento della funzionalità endoteliale e alla riduzione dei livelli di LDL, nei soggetti adulti a rischio aumentato di diabete.”

I risultati di questa ricerca confermano i benefici del consumo di noci, per quanto riguarda il miglioramento della funzione endoteliale, emersi da studi condotti in passato su soggetti con ipercolesterolemia, negli adulti con obesità viscerale e nei soggetti con diabete di tipo 2. Confermati anche gli effetti benefici sulla riduzione dell’LDL, già osservati in studi su soggetti magri e dalla metanalisi di Banel e Hu. Gli effetti di miglioramento della funzione endoteliale sono probabilmente dovuti al bassissimo rapporto omega-6/omega-3 delle noci, oltre che al loro elevato contenuto di fibre, magnesio , folati e antiossidanti.

Questo studio non ha riscontrato infine benefici della ‘dieta delle noci’ su emoglobina glicata, né sul rischio di diabete, rilevati invece in passato da altre ricerche, quali il *Nurses Health Study*.

***Maria Rita Montebelli***

Fare attività fisica riduce del 43% il rischio di sviluppare la malattia: questo il messaggio della giornata nazionale che si svolge sabato



L'attività fisica contrasta l'avanzare del male

# Parkinson un aiuto dallo sport

## LA PREVENZIONE

**F**are sport riduce del 43% il rischio di sviluppare la malattia di Parkinson. Mentre le persone già colpite riducono del 70% il rischio di cadute e migliorano l'umore. È il cuore del messaggio lanciato per la Giornata nazionale del 28 novembre ([www.giornataparkinson.it](http://www.giornataparkinson.it) o numero verde 800.149626) promossa dall'Accademia Limpe-Dismov (Accademia italiana per lo studio del Parkinson e disordini del movimento) e di cui è testimonial il campione olimpico Jury Chechi.

L'obiettivo è quello di far conoscere la patologia neurodegenerativa più diffusa dopo l'Alzheimer. Colpisce in Italia oltre 250mila persone con una prevalenza destinata a raddoppiare nei prossimi 20 anni. Ogni anno si contano 6mila diagnosi. «Lo sport, le terapie fisiche e i piccoli cambiamenti nello stile di vita - ha spiegato Alfredo Berardelli, presidente dell'Accademia durante l'incontro "Vivere il Parkinson" - possono facilitare la gestione della patologia, la mobilità dei pazienti e quindi la loro autonomia. L'esercizio fisico aiuta a migliorare l'equilibrio».

### I PROBLEMI

Il 42% dei pazienti italiani cade almeno una volta l'anno. Per colpa di un insieme di cause: la deambulazione difficoltosa, il dover dipendere da altri nelle attività quotidiane, e la fatica nel fare queste attività. Influiscono anche gli episodi l'età, la durata della malattia, il dolore e precedenti cadute. Di questo si è occupato

un progetto AbbVie, chiamato "Parkinson lab 360" con il campione olimpico Jury Chechi, che ha vestito i panni del personal trainer, per aiutare i pazienti a fare attività fisica e ginnastica terapeutica. «Stiamo lavorando da anni per sviluppare progetti che aiutino i pazienti a partecipare attivamente e consapevolmente alla cura della propria salute» è il commento di Jury Chechi.

In occasione della Giornata nazionale Parkinson circa 90 strutture sanitarie saranno a disposizione dei pazienti e di chi si occupa di loro. I medici daranno informazioni sulla diagnosi e terapia della malattia. «Abbiamo deciso di scendere in piazza - dice Fabrizio Stocchi neurologo alla guida del Centro per lo studio e la cura del Parkinson all'istituto di ricerca e cura San Raffaele Pisana di Roma - portando la conoscenza della malattia anche al di fuori delle mura dell'ospedale. Per rispondere alle domande dei pazienti, dei familiari e di chi non conosce la malattia». L'appuntamento è per venerdì 27 alle 17,30 a piazza San Silvestro a Roma. L'équipe del centro sarà a disposizione gratuitamente. Verrà anche allestita una mostra di opere realizzate dai pazienti parkinsoniani.

### GLI STUDI

Gli ultimi studi hanno dimostrato che l'avanzare della malattia procura anche un graduale incremento del grado di disabilità del paziente dovuto all'insorgenza di disturbi non motori (dell'umore, sonno e cognitivi) e motori tra cui le alterazioni posturali. Come la deviazione laterale del tronco, la flessione in avanti del tronco e del collo. Un contributo arriva da un lavoro multicentrico italiano coordinato da Michele Tinazzi, docente di Neurologia all'università di Verona. «Oggi la fisiopatologia dei disturbi posturali è quasi sconosciuta - osserva Tinazzi - pianificare specifici percorsi diagnostici-tera-

peutici ci permetterà di prevenire lo sviluppo di queste condizioni».

Come crescono i casi Parkinson così crescono gli aiuti per il quotidiano. Come le app. «Un esempio interessante - spiega Valter Santilli ordinario di Medicina fisica e riabilitativa alla Sapienza di Roma - è quello delle applicazioni utilizzate per la valutazione delle persone colpite dal Parkinson. Queste sono ottimali per valutare le alterazioni come il tremore a riposo, la deambulazione e le difficoltà della coordinazione».

Antonio Caperna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I consigli

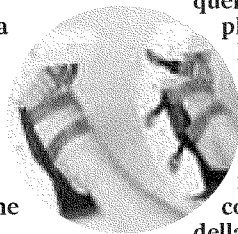
- 1 ► Chiedere aiuto al medico ai primi segni di tremore o difficoltà nei movimenti
- 2 ► Continuare l'attività sportiva anche dopo la diagnosi, così si rallenta la malattia
- 3 ► Anche la perdita dell'equilibrio può essere un segnale d'allarme

COME AFFRONTARE DEAMBULAZIONE FATICOSA CADUTE E DOLORI: CAMPAGNA INFORMATIVA VENERDI POMERIGGIO IN CENTRO A ROMA

## L'analisi

### Così si aumenta la funzionalità sensoriale

Uno studio pilota condotto su pazienti con malattia di Parkinson per l'analisi delle variazioni in acuto della connettività cerebrale indotte dalla Stimolazione automatica meccanica periferica ha evidenziato come questa terapia determini una maggiore attivazione di aree cerebrali coinvolte nella gestione di informazioni visuo-spaziali e nell'integrazione sensori-motoria dei pazienti. Lo studio, i cui risultati sono stati pubblicati sulla rivista scientifica "PlosOne", si è basato sulla analisi dei dati di 11 pazienti (6 donne e 5 uomini) con



malattia di Parkinson: è stata studiata la connettività funzionale a riposo prima e dopo il trattamento Amps erogato con il dispositivo medico Gondola® e quella con dispositivo

placebo.

Lo studio ha dimostrato che «la stimolazione ottenuta con queste "gondole" ha permesso un incremento della connettività funzionale della corteccia sensori-motoria» come evidenziato da Carlo Cosimo Quattrocchi, ricercatore di Diagnostica per immagini e Neuroradiologia all'università Campus Biomedico di Roma. Nel quotidiano vuol dire diminuzione del rischio cadute.

## L'allarme: appena il 50% degli anziani si vaccina per l'influenza

Tra il 2014 e il 2015, l'Italia è tornata «ai livelli della stagione 2000-2001, arrivando a vaccinare a malapena il 50% nella popolazione anziana» contro l'influenza, a fronte di un obiettivo minimo del 75% (l'ottimale sarebbe del 95%). A lanciare l'allarme è il direttore del dipartimento di Malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità, Giovanni Rezza. «In questi anni - dice - abbiamo registrato un progressivo calo delle vaccinazioni, soprattutto nella popolazione anziana sopra i 65 anni. Con lo scorso anno possiamo dire di aver fatto un salto indietro di ben 15 anni in termini di coperture vaccinali». Ospedali e farmacie italiane si preparano a stoccare le scorte. «Lo scorso anno, per un falso allarme, - aggiunge Anna Rosa Racca presidente di Federfarma che raccoglie 17mila farmacie - abbiamo avuto un enorme calo delle vaccinazioni con ripercussioni anche gravi sulla salute della popolazione». In Italia ogni anno si contano in media circa 8mila decessi correlati alle complicanze da influenza.. «Ancora non siamo nella fase epidemica - aggiunge Rezza - ma il picco del contagio è atteso tra dicembre e gennaio, ed è quindi importante proteggersi per tempo con la vaccinazione».