



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





PROCLAMAZIONE DELLO STATO DI CRISI DEL COMP RIABILITATIVO E SOCIOSANITARIO ASL NAPOLI 3 SUD (continuazione lettera aperta al Presidente On.)

1

CHI SIAMO

- n. 15 Centri di Riabilitazione complessa ex art. 26 L. 833/78 (o Legge Regionale n. 11/84) accreditati istituzionalmente/definitivamente per conto SSR.
- Ubicati sull'intero territorio ASL nei Comuni di: Castellammare di Stabia, Cercola, Ciciliano, Ercolano, Marigliano, Nola, Ottaviano, Pompei, Portici, San Giorgio a Cremano, San Gennaro Vesuviano, Somma Vesuviana, Torre Annunziata, Volla.

- Rappresentiamo per l'anno 2016 il

76% dei volumi prestazionali e dei correlati budget economici dell'intera ASL Napoli 3 Sud pari a:

n° 1.014.948 prestazioni
€ 50.129.000,00 complessivi

- Occupiamo personale qualificato e specializzato:

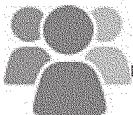
► Dipendenti n° 1025

► Consulenti n° 347



- Assistiamo al 1° luglio 2017 nei diversi setting: complessivamente n° 6.190 cittadini

- Ambulatoriale n° 4.229 pazienti
- Domiciliare n° 1.301 pazienti
- Semiconvitto n° 531 pazienti
- Convitto n° 129 pazienti



2

LA DENUNCIA

Per quanto descritto nella pubblicazione di ieri (cfr. lettera aperta al Presidente De Luca), in ordine alla sistematica non osservanza da parte della Direzione Generale della ASL Napoli 3 Sud delle procedure relative alla definizione del fabbisogno e dei correlati tetti di spesa 2017 attribuiti con Delibera DG n. 345/2017 ai Centri di Riabilitazione privati accreditati, i sottosposti dati documentano in modo chiaro ed inequivoco il denunciato **QUADRO DI ASSISTENZA NEGATA**.

• LISTE DI ATTESA

Nonostante la piena collaborazione di ciascuna Struttura di Riabilitazione, secondo quanto stabilito anche a livello contrattuale (ex DCA 85/2016), non è dato conoscere i numeri relativi alle liste di attesa dell'anno 2016. Pertanto il **Coordinamento dei Centri ha elaborato in proprio una statistica del primo semestre c.a. che fornisce i seguenti dati:**

totale utenti n° 2.198

(pari al 35,5% dei pazienti attualmente in cura presso i nostri Centri) suddivisi per:

- **pazienti in età evolutiva n° 885**
- **pazienti adulti (oltre 18° anno) n° 1.313**

N.B.: i dati su riportati sono riferiti unicamente ai 15 Centri aderenti al nostro Coordinamento e quindi suscettibili dell'incremento relativo alle Strutture Riabilitative che non vi aderiscono.

• LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)

Dai dati forniti dalle Associazioni Regionali di Tutela dei Diritti del Malato presenti presso le nostre Strutture Riabilitative con specifici **Sportelli di ascolto**, l'ASL Napoli 3 Sud: ► dall'ottobre 2016 ha attivato un **BLOCCO TOTALE DELLE NUOVE PRESE IN CARICO**; ► dal gennaio 2017 ha esteso tale **BLOCCO AI RINNOVI TERAPEUTICI ED ALLE INTEGRAZIONI** con incremento a dismisura della dispersione terapeutica.

A

La piattaforma delle istanze dei Centri muove da una premessa che è fondata sulla **stabilità dei complessivi volumi prestazionali erogati** negli ultimi anni, come evidenziato per il biennio 2015/16:

- Volumi prestazionali erogati e programmati

Anno	Amb./Dom.	Sc./Conv.	Totale
2015	1.304.386	204.366	1.508.752
2016	1.290.317	218.053	1.508.370
2017	1.103.447	227.403	1.330.850

Si precisa che lo scorso anno l'Amministrazione, per **garantire la continuità assistenziale**, ha adottato la DDG 188 del 17/10/16 - fondi aggiuntivi. Resta di palmare evidenza che, stante la adeguatezza di quanto attribuito al setting Semiconvitto/Convitto, la **riduzione dei volumi prestazionali attiene per l'anno 2017 unicamente al setting Ambulatoriale/Domiciliare in misura del -15,40%**. Questa penalizzazione contraddice quanto stabilito dal Decreto Commissariale 85/2016 sui tetti di spesa che si prefigge di dare maggiori risorse ed adeguate risposte alle attività concernenti prioritariamente la cura delle patologie dell'età evolutiva.

Siamo convinti che per l'anno in corso l'eventuale SBLOCCO delle attività terapeutiche e conseguente RIPRESA dell'assistenza da parte dei prescrittori pubblici **NON GARANTIRANNO LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE** al 31/12.

L'indetta **Assemblea ha il seguente ordine del giorno:** LEA e sottostima del fabbisogno, mancata corresponsione delle prestazioni rese entro tetto, restituzione dei budget regionali erroneamente non assegnati, sospensione della riconversione delle strutture, ADI e cure prestazionali domiciliari, etc.



Le Associazioni di Categoria in epigrafe
PROCLAMANO
a far data dal 1° luglio
lo stato di crisi e di agitazione della macroarea assistenziale della
Riabilitazione dell'ASL Napoli 3 Sud ed, a tal'uopo,
INDICONO

MANIFESTAZIONE DI PROTESTA ASSEMBLEA PUBBLICA

**giovedì 29 giugno 2017
ore 10:30**

presso Auditorium C3 - Centro Direzionale Napoli

Con la partecipazione dei Centri di Riabilitazione privati accreditati.
AIAS Ciciliano - ANTONIANO - CFR - CMR Pompei - CTF - DON ORIONE - FISIOVESUVIANO -
HORIZON - LINEA MEDICA - MOSCATI - NEAPOLISANIT - SALUS - SAN PAOLINO -
S.MARIA DEL POZZO - VILLA DELLE GINESTRE

Sono invitati all'evento:

- **On. Vincenzo De Luca**
Presidente Giunta Regione Campania
- **Dr. Claudio D'Amario**
Sub Commissario ad acta per attuazione Piano di Rientro dai disavanzi del Settore Sanitario - Regione Campania
- **Dott.ssa Antonietta Costantini**
Direttore Generale ASL Napoli 3 Sud
- **Avv. Antonio Postiglione**
Direttore Generale Tutela Salute e Coordinamento SSR - Regione Campania
- **On. Raffaele Topo**
Presidente Quinta Commissione Consiliare Permanente - Sanità e Sicurezza Sociale - Regione Campania
- **I Consiglieri Regionali Assemblea Consiliare Campana**
- **I Sindaci del Comitato di Rappresentanza ASL Napoli 3 Sud ex Decreto Presidente Giunta n° 150/2016**
- **Le Organizzazioni Sindacali dei Lavoratori del comparto riabilitativo**
- **Le Associazioni Regionali di Tutela dei Diritti del Malato e degli Utenti del Servizio Sanitario Nazionale**

In Italia trend in crescita, a Napoli e nei comuni dell'area vesuviana dati superiori alla media

Emergenza tumori, boom di casi in Campania

Le nuove tecnologie danno un segnale di speranza per il futuro dei trattamenti

di **Ilaria Ragozzino**

NAPOLI - Tumori in aumento in Campania. Il dato è emerso in due incontri, avvenuti all'ospedale Umberto I di Nocera ieri e l'altroieri. L'iniziativa è stata voluta, e poi organizzata, dal professor **Roberto Sanseverino**, direttore del reparto di Urologia dello stesso presidio. Sono in crescita i casi di tumore della prostata, della vescica, delle vie urinarie ed i tumori renali. "Per comprendere il fenomeno – dichiara Sanseverino – serve un'analisi multifattoriale. Certamente esiste una diretta correlazione con il fumo di sigaretta, e

poi ci sono gli agenti inquinanti che purtroppo nelle grandi metropoli sono maggiormente presenti. Benché il trend in aumento sia nazionale, dobbiamo dire che Napoli e tutta la fascia vesuviana fanno registrare dati fuori scala". Per il direttore del reparto Urologia c'è una speranza, e le nuove strategie di cura permettono un miglioramento nella qualità della vita del paziente: "E' cambiato il modo di intendere l'approccio chirurgico, prima si cercava a tutti i costi una chirurgia radicale, arrivando spesso a mutilare i pazienti, oggi si cerca di preservare in modo effi-

cace la funzione dell'organo sul quale si interviene", continua Sanseverino. Nel convegno è stata sottolineata l'importanza di una diagnosi precoce, capace di scoprire e trattare la malattia tumorale nella fase iniziale, in cui la chirurgia conservativa è ancora possibile. E' stato dato ampio spazio anche all'evoluzione tecnologica che ha messo a disposizione dei chirurghi strumenti prima impensabili.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DottNet

Neoplasie urogenitali, dati preoccupanti da Napoli e dalla provincia

Urologia | Redazione DottNet | 27/06/2017 14:42

Roberto Sanseverino «Oggi la chirurgia ci offre opportunità prima impensabili»

Aumentano in Campania i casi di tumore della prostata, della vescica, delle vie urinarie e i tumori renali. Il dato emerge da una reunion di esperti tenutasi il 26 e 27 giugno all'ospedale Umberto I di Nocera, voluta e organizzata dal professor Roberto Sanseverino, direttore del reparto di Urologia. Obiettivo dell'incontro «fare il punto della situazione sull'incidenza di queste neoplasie – spiega il professore -, ma prima ancora discutere del cambio di passo segnato in questi anni grazie allo sviluppo di una nuova concezione della chirurgia e di avanzati sistemi tecnologici».

Quanto alle cause di una riscontrata «super incidenza» di queste neoplasie in Campania, per Sanseverino non esiste una sola e unica causa. «Per comprendere il fenomeno – dice – serve un'analisi multifattoriale. Certamente esiste una diretta correlazione con il fumo di sigaretta, e poi ci sono gli agenti inquinanti che purtroppo nelle grandi metropoli sono maggiormente presenti. Benché il trend in aumento sia nazionale, dobbiamo dire che Napoli e tutta la fascia vesuviana fanno registrare dati fuori scala».

Il tema portante dell'incontro tenutosi a Nocera è stato lo sviluppo della chirurgia oncologica in urologia e soprattutto la tendenza a coadiuvare la radicalità della chirurgia con la salvaguardia dell'organo, per garantire una buona qualità di vita dei pazienti a seguito dell'intervento.

«La chirurgia – aggiunge Sanseverino - è cambiata. Anzi è cambiato il modo di intendere l'approccio chirurgico, prima si cercava a tutti i costi una chirurgia radicale, arrivando spesso a mutilare i pazienti. Certo si curava, ma con un impatto devastante sulla qualità di vita. Oggi si guarda alla radicalità oncologica, ma preservare in modo efficace la funzione dell'organo sul quale si interviene».

Due i fattori principali di questo cambiamento: una diagnosi precoce che consente di scoprire e trattare la malattia tumorale in una fase nella quale la chirurgia conservativa è ancora possibile, e in secondo luogo l'evoluzione tecnologica che mette a disposizione dei chirurghi strumenti prima impensabili.

«Oggi abbiamo a disposizione tecnologie che stanno lentamente entrando a far parte anche dell'uso comune, ad esempio schermi 4K e immagini 3D. In questo modo possiamo vedere dettagli anatomici che ad occhio nudo sarebbero difficilmente distinguibili».

Questo permette di ridurre i rischi, sia durante la procedura chirurgica che nel post operatorio. Volendoli elencare in maniera schematica i principali vantaggi della tecnica laparoscopica sono diversi. Si parte da un minor dolore al risveglio, incisioni piccole e ridotta apertura della parete addominale. Quindi tempi di recupero rapidi, minor sanguinamento durante l'operazione, minori i rischi di sviluppare infezioni. «La nostra decisione di specializzarci in questo campo conclude il professore - è legata alla convinzione che questo sia il futuro della chirurgia».

Per una settimana Milano è la capitale mondiale del digitale. Ieri le novità nel settore oftalmologico

Andrea Secchi a pag. 15

Alla Class Digital Experience Week 2 i progressi dell'oftalmologia grazie all'innovazione

Oculisti con lo sguardo hi-tech

Dalle app ai dispositivi indossabili: cure efficaci e prevenzione

DI ANDREA SECCHI

Applicazioni per smartphone o tablet, dispositivi indossabili dai pazienti e dagli specialisti, strumenti sviluppati insieme con altre branche della scienza e, anche grazie a tutto questo, una mole di dati da interpretare per comprendere le malattie e rendere le cure più efficaci. L'oftalmologia ha fatto passi da gigante grazie alla tecnologia, sebbene l'esperienza e la preparazione di un bravo medico siano fondamentali per interpretare i dati. «Oggi è possibile raccogliere talmente tante informazioni che a volte è veramente difficile utilizzarle», ha spiegato ieri **Lucio Buratto**, specialista oculista e direttore del Centro Ambrosiano Oftalmico di Milano durante uno degli workshop della Class Digital Experience Week 2 organizzata da Class Editori che si svolge a Milano fino a domenica prossima. «È importante fare in modo che le informazioni siano interconnesse in maniera tale che diventino realmente utili per il paziente».

Il mattone base di questa raccolta di informazioni è la cartella clinica elettronica, uno strumento avanzato che non è la semplice trasposizione della cartella cartacea su un software di videoscrittura. «La cartella elettronica richiede un investimento economico e l'adattarsi

al suo utilizzo», ha detto **Mau-ro Zuppardo**, medical hr manager di Neovision, start up che ha l'obiettivo di costruire una rete di cliniche oculistiche in tutta Italia e di cui Buratto è direttore scientifico. «Ma risolve molti dei problemi della cartella cartacea: dalla sua immediata reperibilità anche a distanza, alla protezione dei dati più semplice. Soprattutto, inoltre, grazie alla cartella elettronica si possono fare analisi approfondite sulle condizioni del paziente ed estrarre informazioni utili per la sua cura. Condividendo e aggregando i dati a livello nazionale e internazionale, poi, si rende un servizio alla popolazione in termini di prevenzione, diagnosi e terapie».

Ci sono oltre 165 mila applicazioni per il mondo della salute e oltre mille dedicate all'oftalmologia. «Si va dai semplici autotest per i pazienti alle app utilizzate per insegnare ai medici e per far fare pratica chirurgica prima di operare sul paziente», ha detto Buratto. «Persino a distanza grazie a una foto scattata con uno smartphone il medico può dare un primo giudizio sulla gravità o meno di un paziente che ha già visitato e quindi sull'urgenza di vederlo subito». Buratto ha inoltre sottolineato l'utilizzo di strumenti come i Google Glass nello studio così come in sala operatoria, grazie alla possibilità di visualizzare immagini e altri test pre-

operatori con i comandi vocali. Dalle tecnologie indossabili, poi, l'aiuto a pazienti con problemi visivi.

Da fisica, ingegneria, informatica, genetica e altre discipline

arrivano molti degli strumenti e delle terapie utilizzate in oftalmologia. «L'oftalmologia è un esempio di cross-contaminazione, ovvero di trasferimento di conoscenze e tecnologie tra discipline e settori profondamente diversi tra loro», ha detto **Umberto Bassi**, ortottista del Centro Ambrosiano Oftalmico. Strumenti per l'analisi del percorso della luce attraverso le strutture oculari, per la valutazione del film lacrimale, dei parametri corneali, per determinare i difetti visivi sono arrivati a dare risultati oggettivi e standardizzati, mentre in passato le misurazioni erano spesso approssimative e soprattutto dipendevano dalla bravura o meno dell'operatore. Per questo, è stata la conclusione dell'incontro moderato dal direttore di *Capital* **Luciano Santilli** all'Università Telematica Pegaso presso Palazzo Durini, la tecnologia ha rivoluzionato l'approccio diagnostico, il piano terapeutico e chirurgico, il rapporto medico-paziente e la qualità della vita del paziente.

—© Riproduzione riservata—■

Piccolo, leggero, maneggevole: aiuterà i medici a fare diagnosi e indicare terapie anche a distanza

Ecco il casco che con un bip salva le vite

LA TECNOLOGIA

Marilicia Salvia

Proviamo a immaginare un incidente stradale. Un ragazzo per terra, il suo motorino qualche metro più in là, il casco slacciato e rotolato via. Il ragazzo è svenuto, ha perso conoscenza battendo violentemente la testa sul selciato. Bisogna intervenire subito. Il «subito», in realtà, arriva un bel po' di tempo dopo. L'ambulanza, la corsa verso l'ospedale. E poi, una volta lì, il montaggio di infiniti elettrodi e fili per monitorare le funzioni cerebrali. Si perde tempo, per quanto si faccia in fretta. Un tempo prezioso, a volte decisivo. Un tempo morto che adesso un piccolo ma rivoluzionario strumento promette di tagliare. Si chiama Cyberbrain, è un caschetto leggero, facilmente indossabile, che una volta applicato sulla testa del paziente monitora le sue funzioni cerebrali in tempo reale. Lo strumento, presentato a Milano nei giorni scorsi, sarà sperimentato presto in Italia e all'estero. «Sì, è uno strumento rivoluzionario», dice senza mezzi termini il suo inventore, il dottor Pan-



**IL NEURO
CHIRURGO
ROMANELLI:
TAGLIARE I TEMPI
SPESSO DECISIVO**

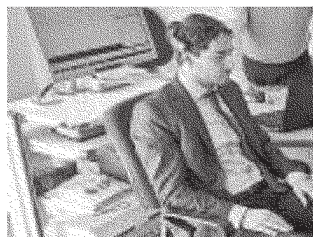
taleo Romanelli, neurochirurgo e direttore scientifico di Ab Medica, l'azienda che ha sviluppato il progetto. «Dal momento che permette di rilevare con facilità le funzioni cerebrali anche da casa, in ambulanza o direttamente in pronto soccorso - sottolinea Romanelli - i dati possono essere analizzati dal medico in simultanea e a distanza grazie al segnale wireless».

Quando il paziente arriva in ospedale, in pratica, il medico che lo attende conosce già le sue condizioni e può immediatamente porre in essere le terapie. «L'esame - sottolinea Romanelli - avviene senza lunghe preparazioni, basta semplicemente indossare il casco e in pochi istanti leggere i dati in tempo reale, anche a distanza, e su qualsiasi applicazione, come ad esempio un laptop o iPad dedicato». Il prototipo, presentato alla stampa dallo stesso Romanelli con il presidente di Ab Medica Aldo Cerruti e la responsabile del marketing Francesca Cerruti, nell'annuale appuntamento sul «Futuro della Sanità», è in fase avanzata di sperimentazione. «Potrebbe arrivare sul mercato

**IN DOTAZIONE SULLE
AMBULANZE POTRÀ
FORNIRE ALL'OSPEDALE
OGNI INFORMAZIONE
SULLO STATO DI SALUTE
DEL PAZIENTE IN ARRIVO**

pazienti in fase di riabilitazione motoria può rilevare la soglia di attenzione e indicare il livello ottimale per raggiungere un buon risultato. I segnali acquisiti attraverso il dispositivo Cyberbrain indossabile vengono inoltre elaborati da un software ospitato nel «BCI controller» che è in grado di estrarre quelle caratteristiche importanti per identificare specifici e selezionati pattern di attivazione: questi pattern vengono poi usati per selezionare la strategia più appropriata per la cura.

Ma ciò che sorprende di più di questo strumento è quello che promette di diventare: non solo un mezzo per conoscere e monitorare l'attività cerebrale, non solo un modo per eseguire l'elettroencefalogramma senza fili, ma molto di più. Per i ricercatori di Ab medica il caschetto potrebbe permettere alle persone con disabilità motorie di compiere gesti e movimenti attualmente impossibili, come spegnere e accendere le luci di casa o spostarsi con la sedia a rotelle negli ambienti domestici. L'apparecchio per esempio già adesso permette di accendere o spegnere una lampadina tramite il monitoraggio dei ritmi elettroencefalografici cerebrali. Sembra una magia, l'idea che si possano superare barriere con la forza del pensiero. In realtà a determinare il movimento sono le attività cerebrali e non la volontà in quanto tale, ma poco cambia. E proprio basandosi sulle potenzialità del Cyberbrain, la controllata del gruppo «Officine ortopediche Rizzoli» sta sviluppando una sedia a rotelle comandata appunto con impulsi lanciati dal caschetto. Guadagnare un po' di autonomia: per i pazienti costretti a dipendere in tutto e per tutto dagli altri, alla fine sarà terapeutico anche questo.

**IN FUTURO «LEGGENDO»
LE ATTIVITÀ CEREBRALI
IL DISPOSITIVO
PERMETTERÀ AI
DISABILI DI COMPIERE
GESTI IN AUTONOMIA**

– ha detto Aldo Cerruti – entro la fine del 2017». E il costo non è certo rilevante: «Potrebbe oscillare tra i 500 e i 1000 euro a caschetto».

Il progetto, tutto italiano, è stato sviluppato da Ab Medica in cinque anni di ricerca con un investimento di 5 milioni di euro. Il campo di applicazione del caschetto è vastissimo: su pazienti epilettici registra dati in tempo reale, permettendo al medico di capire immediatamente se sopraggiunge una crisi; su pazienti diabetici, in caso di ipoglicemia, quando cioè la glicemia si abbassa sotto i 50 mg/dl e il paziente rischia il coma diabetico, il caschetto può rilevare un abbassamento dell'attività cerebrale e mandare un segnale al clinico; su

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In un libro firmato da una neurobiologa e un filosofo tedeschi il nuovo ruolo del ricordare ai tempi di cellulare e computer: non più solo conservazione del passato ma energia per il futuro

La memoria allunga la vita

IL MANUALE

Una neuroscienziata e un filosofo tedeschi si sono alleati per studiare insieme la memoria. La concretezza della ricerca e l'astrazione del pensiero di fronte alla mente umana. Di fronte alla capacità del cervello di lavorare, conservare, elaborare e, purtroppo, cancellare la nostra memoria. Soprattutto oggi in cui, per tenere a mente, non dobbiamo più faticare. Visto che fanno tutto cellulari e computer.

Su di lei, la memoria, l'attenzione della scienziata Hannah Monyer insegnate anche ad Heidelberg e Martin Gessmann pensatore e professore della stessa università. Hanno firmato un libro, "La memoria geniale - Come ricordiamo, perché dimentichiamo" (Rizzoli), nel quale propongono una rivoluzionaria lettura della nostra capacità di ricordare. Oltre 350 pagine per mandare all'aria quello che, fino ad oggi, per noi è uno scrigno, una conchiglia chiusa in grado di lavorare per mantenere vivo e lucido il nostro passato.

LA RICERCA

«La memoria non esiste per nascondere il vissuto dentro ai suoi "cassetti" e per tenerlo lì, bensì per rielaborarlo costantemente e quindi renderlo utile per il futuro». Questa la convinzione dei due che hanno lavorato a lungo insieme mixando ricerca di base e le scienze umane. Una prospettiva che propone in modo diverso il lavoro quotidiano del ricordare e immagazzinare. E, soprattutto, del dimenticare. In un'epo-

ca in cui, dato l'allungamento generale dell'età media, una delle malattie in crescita è proprio l'Alzheimer. Che corrode la capacità di elaborare pensieri e memorie. «L'uomo - sono convinti i due studiosi - non ha disposizione altre facoltà in grado di gestire un compito così complesso e delicato».

Nel manuale le "illuminazioni" che ci arrivano nel momento in

«NON ESISTE PER NASCONDERE IL VISSUTO DENTRO I CASSETTI MA PER RIELABORARLO COSTANTEMENTE PENSANDO AL DOMANI»

cui dobbiamo prendere una decisione vengono avvicinate proprio alla nostra potenza mnemonica. Come dire che è irrilevante se qualche volta non ricordiamo dove abbiamo messo le chiavi o il nome di una persona. Mentre è di fondamentale importanza la memoria quando riusciamo, per esempio, a sciogliere un dubbio. L'idea portante è quella che dobbiamo vedere la memoria come protagonista principale della programmazione della vita. «Una nostra facoltà - aggiungono gli esperti - che ci permette di gestire compiti complessi che mutano continuamente. Voglia-

mo spiegare che, fino ad oggi, la memoria è sempre stata sottovalutata. È, invece, arrivato il momento di affrontare l'argomento da un'altra prospettiva. Essa non ha a che fare solo con il passato, ma anche con il futuro.

Il percorso del manuale è lungo. Attraversa le conoscenze scientifiche e quelle filosofiche. Si avvicina ai successi del laboratorio e poi si ferma nella valutazione del nuovo ruolo che la memoria sta assumendo. Durante il giorno e durante la notte. L'apprendimento e il sogno. Viene approfondito anche l'argomento dei cosiddetti "falsi ricordi". «Ci siamo chiesti per esempio - spiegano i due studiosi - se sia possibile alterare intenzionalmente la memoria. E i sentimenti? Ci è sembrato importante analizzare come questi restano impressi in quello che viene definito il magazzino del passato.

I NUMERI

Per quel riguarda il mantenimento della memoria una certezza emerge: quello che mina la nostra capacità di trattenere immagini, episodi ed emozioni è la vita sregolata. Quella senza sonno, minata dall'alcol, traumi e danni da sostanze psicotiche. «Oggi, con i computer, possiamo evitare di tenere a mente i numeri e tante altre informazioni. Quindi è arrivato il momento di utilizzare la memoria in altro modo. Di liberarla dall'essere una nostra rubrica e di utilizzare per allenare altre connessioni, per svilupparla comunque. Altrimenti si atrofizza e muore».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In numeri

360

le aree in cui è diviso il cervello dell'uomo

70

mila i pensieri prodotti ogni giorno dal cervello

75%

del cervello umano è composto da acqua

Lo studio

Sonno, la “complicità” di una proteina

È merito, o colpa, di una proteina se la luce tende a svegliarci e il buio tende a farci venire sonno. A indagare in che modo il giorno-notte influenzi la propensione ad addormentarsi, è una ricerca pubblicata su “Neuron”. Precedenti studi hanno identificato negli occhi i fotorecettori che captano l'effetto della luce e li trasformano in segnali elettrici. Non era noto come il cervello utilizzasse queste informazioni. I ricercatori del California Institute of Technology

(Caltech) di Pasadena hanno esaminato i pesci zebra, animali che hanno un pattern di sonno/veglia simile al nostro. Questi zebrafish sono stati geneticamente modificati per esprimere una certa proteina, prokineticin 2 (Prok2). È stato scoperto che i pesciolini con l'espressione Prok2 in eccesso tendevano a dormire il giorno e rimanevano svegli la notte: Prok2 può inibire l'effetto di veglia che la luce ha normalmente, così come l'effetto dell'oscurità di indurre il sonno.

I numeri

360

le aree in cui è diviso il cervello dell'uomo

70

mila i pensieri prodotti ogni giorno dal cervello

75%

del cervello umano è composto da acqua

La sindrome di Tako-Tsubo o di “crepacuore” colpisce in particolare le donne over 50. Spesso arriva dopo gravi drammi emotivi

Il “finto” infarto femminile

CARDIOLOGIA

L'infarto è la morte di una parte di cuore, secondario alla chiusura di un'arteria coronarica. A causa dell'occlusione il sangue non arriva più alle cellule che muoiono e perdono la capacità di contrarsi.

Esiste però una morte “temporanea” di una parte di cuore (in genere la punta) che si risolve mediamente in pochi giorni o settimane ed in cui le arterie coronariche maggiori non sono chiuse ma aperte. Questa è la sindrome di Tako-Tsubo. Fu descritta nel 1990 dal giapponese TH. Sato, che la chiamò così perché la forma che il cuore assume in questa situazione, è simile al vaso (tsubo) che usano i giapponesi per raccogliere i polipi (tako).

LE CORONARIE

Nel numero del 17 giugno della rivista “Circulation” è stata pubblicata una messa a punto di questa sindrome. La sua incidenza oscilla tra lo 0.7 ed il 2.6% di tutti i soggetti che si

presentano al pronto soccorso con segni d'infarto. Se sono prese in considerazione solo le donne, l'incidenza sale (tra il 6 ed il 12%).

GLI ENZIMI

I sintomi (dolore, affanno), i segni clinici e l'elettrocardiogramma dei pazienti con sindrome di tako tsubo sono quelli di un infarto, così come l'incremento degli enzimi e l'ecocardiogramma che però più spesso presenta una mancanza di contrattilità solo della punta del cuore.

In circa il 70% dei pazienti la sindrome è preceduta da un intenso stress emotivo come un lutto (si è anche definita “sindrome da crepacuore”)

**IL DANNO DEI VASI
SAREBBE DOVUTO
ALL'AUMENTO
DELLA PRODUZIONE
DI ADRENALINA
DA PARTE DEL CERVELLO**



o fisico. Nel 90% dei casi sono colpite le donne in età post menopausale.

GLI ORMONI

L'interesse dell'articolo è che vengono chiariti i principi fisiopatologici alla base della sindrome. 1) L'intenso stress porta all'attivazione di alcune aree del cervello e del sistema nervoso simpatico con successiva produzione di adrenalina e noradrenalina sia direttamente a livello dei vasi coronarici che nel sangue. 2) L'aumento di questi ormoni provoca un momentaneo spasmo dei vasi coronarici più piccoli che contribuisce al danno cellulare, o spasmo del microcircolo coronarico sarebbe uno dei fattori principali del danno (come dimostrato in numerosi studi dalla ricercatrice italiana Leda Galiuto). 3) Il danno dei vasi sarebbe facilitato inoltre dalla riduzione dei fattori protettivi delle coronarie tra cui non ultimi gli ormoni femminili.

Antonio G. Rebuzzi

Direttore Cardiologia intensiva Policlinico A. Gemelli-Università Cattolica Roma

quotidiano **sanità**.it

Martedì 27 GIUGNO 2017

Corte dei conti. Rendiconto generale dello Stato 2016: sanità a rischio di diseguaglianze e corruzione. Ma il bilancio del Ssn chiude in attivo di 312 milioni e il futuro è roseo

Nel giudizio della Corte dei conti la sanità è indicata come settore a rischio di diseguaglianze, ma anche di conflitti di interesse, illeciti anche penali e corruzione. La spending review non ha avuto il successo sperato e la Corte punta sulla Consip. Ma la spesa tiene e, anzi, il bilancio finale 2016 chiude in attivo di 312 milioni. [PRESIDENTE CORTE, COORDINAMENTO DELLE SEZIONI RIUNITE DI CONTROLLO, PROCURATORE GENERALE, I RISULTATI SETTORE PER SETTORE](#)

La spending review non è stata il successo che ci si attendeva, no ha realmente abbassato il livello della spesa pubblica ed è necessario pensare ad altre soluzioni secondo il **presidente della Corte dei Conti Arturo Martucci di Scarfizzi che oggi ha pronunciato la decisione nel giudizio sul Rendiconto generale dello Stato per l'esercizio finanziario 2016.**

E la Corte crede nella Consip alla quale conferma un ruolo centrale, nelle politiche di contenimento della spesa «anche se è emersa – si legge nella relazione - nel corso degli anni l'esigenza di una verifica dei risultati più rispondenti a dati reali».

«Per lo Stato - continua Angelo Buscema, presidente delle Sezioni riunite della Corte dei conti - nonostante l'incremento della spesa mediata da Consip, l'acquisizione di beni e servizi risulta ancora in prevalenza effettuata con il ricorso alla procedure extra Consip».

Fin qui gli aspetti generali. Ma nella requisitoria orale del Procuratore generale Claudio Galtieri compare anche la sanità. E appare a rischio di diseguaglianze, ma anche, peggio, di conflitti di interesse, illeciti anche penali e corruzione.

“Permangono criticità per il mancato utilizzo delle risorse nei tempi previsti, con conseguente adozione, da parte della Commissione UE di procedure di rettifica finanziaria e la conseguente attività di recupero dell'Amministrazione centrale nei confronti delle Regioni interessate, attività alla quale si affianca, sul fronte delle irregolarità e delle frodi, l'azione delle Procure regionali che nel corso degli ultimi anni hanno conseguito rilevanti risultati.”, ha detto Galtieri, che ha rilanciato il ruolo “della dirigenza amministrativa, che è chiamata ad una più intensa e rilevante collaborazione, non più soltanto come soggetto attuatore delle scelte politiche di allocazione delle risorse, ma, in via addirittura primaria, come soggetto che, con le proprie proposte che trovano fondamento nell'esperienza professionale, contribuisce alla definizione degli obiettivi di una revisione qualitativa "strutturale" e "permanente" della spesa, nel segno di una maggiore efficienza e di un più marcato orientamento dell'amministrazione all'efficacia della propria azione”.

Secondo Galtieri le Amministrazioni centrali dello Stato stanno assumendo un nuovo ruolo “in quanto il realizzato decentramento delle funzioni operative in favore degli Enti territoriali in ambiti di spesa particolarmente rilevanti determina l'esigenza del rafforzamento delle attività di pianificazione, controllo e vigilanza” per garantire i principi di eguaglianza e parità di trattamento tra i cittadini che la diversità delle condizioni economiche e sociali nelle differenti aree geografiche mette a forte rischio.

Ed ecco gli esempi negativi: “Così è in maniera evidente per i profili dell'assistenza sanitaria, con i Lea, ma anche, in maniera meno evidente, con la realizzazione di un sistema razionale delle infrastrutture e

anche estese del territorio nazionale”.

Galtieri incalza: “Ritengo assolutamente necessario un ripensamento globale e senza pregiudizi di tutti i meccanismi di controllo, per semplificare il quadro normativo, eliminando interferenze e parziali sovrapposizioni, e innescare quindi tra i rinnovati meccanismi nuove e più proficue sinergie, anche con la previsione di strumenti di raccordo, e con una particolare attenzione a escludere le pur frequenti situazioni di conflitto di interessi, soprattutto a livello locale. In questo modo sarebbe più facile raggiungere un duplice obiettivo: dare una spinta all’efficienza della spesa, con positivi effetti anche sul mercato, e contribuire ad aumentare concretamente il livello del contrasto a fenomeni di illecito e di corruzione”.

Secondo Galtieri meccanismi di spesa efficienti, trasparenti, tempestivi e sotto monitoraggio continuo, impediscono la creazione di quelle “zone grigie” in cui più facilmente “si possono insinuare e trovare terreno fertile conflitti di interesse e illeciti di rilievo anche penale. I rilevanti effetti distorsivi che le irregolarità e gli illeciti penali, proprio nei settori in cui più alto è il livello della spesa, come quelli della sanità, della realizzazione di opere pubbliche e della prestazione di servizi richiedono un approccio più sostanziale che, superando talune impostazioni dottrinarie astrattamente fondate, ma assolutamente inadeguate in concreto, affronti il fenomeno della corruzione in una logica sistematica che tenga in adeguata considerazione la diffusività del fenomeno e l’insufficienza delle misure finora apprestate dall’ordinamento”.

L’analisi dei risultati sanitari

Sul versante della spesa sanitaria comunque le cose non vanno male.

La spesa complessiva nel 2016 è stata di 115,835 miliardi (contro 114,574 miliardi del 2015 e 114,260 miliardi del 2014, oltre a 0,653 miliardi relativi agli enti finanziati direttamente dallo Stato) rispettando sostanzialmente, nell’articolazione interna, le stesse dimensioni percentuali dell’anno precedente, con un’incidenza sul Pil del 7,0% (dato in leggera diminuzione rispetto al precedente del 7,1%, ma sostanzialmente in linea con quello dell’ultimo periodo storico).

Considerato che le risorse acquisite per il finanziamento del Ssn si sono attestate a 116,147 miliardi (nel 2015 erano pari a 113,961 e nel 2014 erano di 114,484 miliardi), **l’avanzo del settore è quantificabile in 312 milioni, saldo positivo quasi interamente a favore di regioni e province autonome.**

Le fonti ordinarie di finanziamento hanno coperto, quindi, l’intero fabbisogno.

Rispetto al 2015 si è registrato un aumento percentuale della spesa di 1,1% a livello nazionale (a fronte dello 0,28% dell’anno precedente e del 1,2 del 2014), confermandosi, anche a livello regionale, nella stessa misura percentuale.

L’articolazione delle spese tra le varie Regioni conferma sostanzialmente un quadro ormai consolidato.

A fronte di una media nazionale in aumento (che riprende il trend di crescita che nel 2015 era dell’11,1%, a fronte di un valore di 1,2% nel 2014) l’ente territoriale che ha fatto registrare, ancora una volta, **un significativo aumento percentuale è stata la Provincia Autonoma di Bolzano (+2,6%), ma su valori superiori alla media nazionale si è attestata anche l’Emilia Romagna (+1,6%).**

La spesa è rimasta pressoché invariata nelle regioni Lombardia (- 0,1%), Basilicata e Liguria (entrambe 0,1%), mentre nella media nazionale si sono sostanzialmente posizionate la Toscana (1,0%), il Lazio (0,9%) e il Veneto (0,7%).

Tutte le altre Regioni si sono attestate mediamente su minori costi tra i quali spicca il Molise (- 3,0%, che va ad aggiungersi al -4,4% dell’anno precedente).

Relativamente alla distribuzione territoriale, la Corte ricorda che nel 2008 i maggiori aumenti di spesa si erano generalmente concentrati nelle Regioni settentrionali (Friuli Venezia Giulia, Valle d’Aosta, provincia di Trento); nel 2009 il fenomeno si era, poi, rivelato più equamente distribuito territorialmente, riguardando realtà di Nord, Centro e Isole; nel 2010, questo andamento si è nuovamente modificato, tornando a concentrare i maggiori incrementi percentuali ancora nelle aree settentrionali.

Nel 2011, il fenomeno si è nuovamente rivelato più equamente distribuito territorialmente, con prevalenza nel nord e nelle isole. Nel 2012 i maggiori incrementi si sono registrati nuovamente in prevalenza nel nord (in particolare Emilia, Veneto, P. A. Bolzano e P. A. Trento).

Nel 2013 si era registrata una diffusa diminuzione della spesa, tranne che per il Molise (+1,7%) e la Lombardia

(+0,8%), le altre oscillavano tra il -2,5% (Piemonte) e lo 0,0% (V alle d'Aosta, Puglia e Sicilia). Nel 2014, infine, come già detto, il trend in aumento aveva fatto registrare il maggior incremento nelle regioni meridionali e nel 2015, invece, vi è stata una generalizzata propensione ad una riduzione dei costi, con eccezione delle situazioni sopra descritte. In valori assoluti, la Lombardia rimane di gran lunga la regione che gestisce il più alto volume di assistenza sanitaria in termini finanziari, seguita, come di consueto, da Lazio, Campania, Veneto, Emilia Romagna, Sicilia e Piemonte.

Nel comparto "sanità", letto nel suo complesso, i dati fanno risaltare che il 2016 è stato un anno impegnativo che ha visto, da un lato, il progressivo, anche se è solo avviato, miglioramento di alcuni servizi legati ai Lea, la cui attuazione è scaturita dalla Conferenza Stato regioni della seconda metà del 2016.

La novità è rappresentata dal Piano nazionale delle cronicità e dal Piano Nazionale per la prevenzione vaccinale, tutti eventi programmatici che, uniti al D.M. n. 70/2015, di riordino dell'assistenza ospedaliera, hanno visto anche l'avvio dei Piani di Rientro per le aziende ospedaliere.

Una lettura dei dati disaggregati consente, invece, di porre in risalto i settori che, più di ogni altro, hanno risentito positivamente dell'avvio della nuova fase programmatica e della stabilizzazione di azioni di contenimento della spesa e di altri, come quello della spesa farmaceutica, soprattutto relativa alla distribuzione diretta, anche per effetto dei maggiori costi connessi all'immissione sul mercato di nuove molecole nonché, seppur in termini più contenuti, della spesa dei produttori market che ne hanno risentito meno.

Il costo dell'assistenza sanitaria nelle Regioni

Le differenze esistenti nell'articolazione del sistema sanitario, sul territorio nazionale, trovano ulteriore conferma nel parametro, rappresentato dal costo medio pro capite dell'assistenza. I dati consuntivi del 2016 attestano che **ogni cittadino assistito è costato, mediamente, al sistema sanitario nazionale 1.907 euro (rispetto ai 1.887 del 2015 e ai 1.880 nel 2014).**

Su questo dato impattano, da un lato, la dinamica della spesa per l'assistenza specialistica, ospedaliera integrativa e altra assistenza, mentre, se si guardano le capacità di spesa delle aziende sanitarie, ospedaliere comprese, una significativa criticità è rappresentata da quella farmaceutica relativa alla distribuzione diretta, soprattutto connessa all'immissione, sul mercato, di farmaci innovativi e di dispositivi medici, ad alto contenuto tecnologico, mentre in diminuzione, sempre sul fronte del contenimento della spesa, si presentano i costi del personale e quello dell'assistenza medica.

I segnali economici che precedono devono ricondursi certamente alle varie misure adottate negli anni scorsi (blocco delle retribuzioni, centralizzazione degli acquisti e ristrutturazione della spesa ospedaliera, anche se la Corte evidenzia le resistenze che, a livello locale si registrano su queste ultime due iniziative).

Ma il meccanismo di responsabilizzazione, proprio dei piani di rientro, ha creato, da un lato, processi di automatico aggiustamento dei disavanzi e, dall'altro, un efficace sistema di incentivi alla sostenibilità che hanno consentito di adattare gli interventi alle mutevoli condizioni **anche se è cresciuto il numero delle Regioni che non riescono a garantire i livelli essenziali di assistenza, con criticità nella cura delle disabilità e delle cronicità, spesso appannaggio delle fasce sociali più deboli e di età elevata.**

"Uno sguardo al futuro"

Uno sguardo verso il futuro non può che partire da un consuntivo del passato, secondo la Corte dei conti. Nell'ultimo quinquennio, anche se in una condizione generalizzata di forte criticità economica, il comparto sanità ha dato rassicuranti segnali di voler procedere sulla via della razionalizzazione delle prestazioni – si legge nella relazione - senza indiscriminate misure di contenimento dei costi.

In questo, non può non essere posta su un livello di particolare significatività, **l'efficacia dimostrata dai piani di rientro, strumenti che però vanno continuamente aggiornati nelle loro metodiche** e, soprattutto, negli step di riduzione della spesa e nei tempi di recupero della stessa.

Efficacia dimostrata, da un punto di vista oggettivo, dall'estensione dei piani alle aziende ospedaliere, anche universitarie, agli Irccs che dovranno presentare progetti, al massimo triennali, per l'adozione di misure idonee al superamento degli evidenziati squilibri economico-finanziari e al miglioramento delle prestazioni offerte.

Grazie alla serrata programmazione voluta dal ministero, c'è stato, comunque, un miglioramento complessivo della gestione sanitaria con un contestuale riassorbimento di eccessi, dovuti in particolar modo, all'introduzione di provvedimenti che, medio tempore, sono stati adottati.

La revisione in atto dell'intero sistema – conclude - oltre ad assicurare migliorati Lea, non può che promuovere la consapevolezza generale del costo delle prestazioni, assistenziali e farmaceutiche, consentendo una richiesta più appropriata ed evitando che livelli di compartecipazione troppo elevati generino uno spostamento dell'utenza dalla sanità pubblica a quella privata, così da far risaltare un divario sociale già evidente nella sua generalità.

quotidiano **sanità**.it

Martedì 27 GIUGNO 2017

Neoplasie urogenitali, dati preoccupanti da Napoli e da tutta la fascia dei comuni vesuviani

“Benché il trend in aumento sia nazionale, dobbiamo dire in questa area si registrano dati fuori scala”, ha detto Roberto Sanseverino, direttore del reparto di Urologia dell’ospedale Umberto I di Nocera, nel corso di un convegno sul tema. “Oggi la chirurgia ci offre opportunità prima impensabili”. L’Umberto I di Nocera tra i Poli d’eccellenza

Aumentano in Campania i casi di tumore della prostata, della vescica, delle vie urinarie e i tumori renali. L’allarme arriva dagli esperti riuniti il 26 e 27 giugno all’ospedale Umberto I di Nocera per un incontro voluto e organizzato dal professor **Roberto Sanseverino**, direttore del reparto di Urologia. Obiettivo dell’incontro “fare il punto della situazione sull’incidenza di queste neoplasie – spiega il professore -, ma prima ancora discutere del cambio di passo segnato in questi anni grazie allo sviluppo di una nuova concezione della chirurgia e di avanzati sistemi tecnologici”.

Quanto alle cause di una riscontrata “super incidenza” di queste neoplasie in Campania, per Sanseverino non esiste una sola e unica causa. “Per comprendere il fenomeno – dice – serve un’analisi multifattoriale. Certamente esiste una diretta correlazione con il fumo di sigaretta, e poi ci sono gli agenti inquinanti che purtroppo nelle grandi metropoli sono maggiormente presenti. Benché il trend in aumento sia nazionale, dobbiamo dire che Napoli e tutta la fascia vesuviana fanno registrare dati fuori scala”.

Il tema portante dell’incontro tenutosi a Nocera è stato lo sviluppo della chirurgia oncologica in urologia e soprattutto la tendenza a coadiuvare la radicalità della chirurgia con la salvaguardia dell’organo, per garantire una buona qualità di vita dei pazienti a seguito dell’intervento.

“La chirurgia – aggiunge Sanseverino - è cambiata. Anzi è cambiato il modo di intendere l’approccio chirurgico, prima si cercava a tutti i costi una chirurgia radicale, arrivando spesso a mutilare i pazienti. Certo si curava, ma con un impatto devastante sulla qualità di vita. Oggi si guarda alla radicalità oncologica, ma preservare in modo efficace la funzione dell’organo sul quale si interviene”.

Due i fattori principali di questo cambiamento: una diagnosi precoce che consente di scoprire e trattare la malattia tumorale in una fase nella quale la chirurgia conservativa è ancora possibile, e in secondo luogo l’evoluzione tecnologica che mette a disposizione dei chirurghi strumenti prima impensabili.

“Oggi abbiamo a disposizione tecnologie che stanno lentamente entrando a far parte anche dell’uso comune, ad esempio schermi 4K e immagini 3D. In questo modo possiamo vedere dettagli anatomici che ad occhio nudo sarebbero difficilmente distinguibili”. Questo permette di ridurre i rischi, sia durante la procedura chirurgica che nel post operatorio. Volendoli elencare in maniera schematica i principali vantaggi della tecnica laparoscopica sono diversi. Si parte da un minor dolore al risveglio, incisioni piccole e ridotta apertura della parete addominale. Quindi tempi di recupero rapidi, minor sanguinamento durante l’operazione, minori i rischi di sviluppare infezioni. “La nostra decisione di specializzarci in questo campo conclude il professore - è legata alla convinzione che questo sia il futuro della chirurgia”.

Sanità24

Corte dei conti: il bilancio della sanità è in attivo di 312 milioni

di Ernesto Diffidenti

Prosegue lo sforzo di razionalizzazione della spesa pubblica sanitaria anche se restano le difficoltà ad aggredire le voci di spesa ad alta criticità, come quelle legate alla farmaceutica. Ma si tratta solo di singole «voci», che tra l'altro è possibile correggere con la revisione dei tetti di spesa e appropriatezza prescrittiva, che non fanno «sballare» il bilancio della Salute. Secondo il Rendiconto generale dello Stato 2016, infatti, «i risultati della gestione contabile si attestano su un sostanziale equilibrio che lasciano supporre una raggiunta, generale condizione di stabilità del sistema».

Secondo la Corte dei conti, infatti, è migliorato il trend delle Regioni in Piano di rientro (anche se peggiorano i conti delle Regioni non in Piano) e si sono ridotti i costi legati al personale, nonché all'acquisto di beni e servizi determinando un "attivo" di 312 milioni.

In termini globali la spesa sanitaria si attesta a 115,835 miliardi di euro (116,147 il finanziamento totale del Ssn), in crescita dell'1,1% rispetto al 2015, con una spesa procapite di 1.907 euro (in leggero aumento rispetto a 1.887 del 2015 e 1.880 del 2014) ma ancora distante dalla media europea di 3mila, con punte di 4mila per la Germania.

L'ente territoriale che ha fatto registrare, ancora una volta, un significativo aumento della spesa è stata la Provincia autonoma di Bolzano (+2,6%), ma su valori superiori alla media nazionale si è attestata anche l'Emilia Romagna (+1,6%). La spesa è rimasta pressoché invariata nelle regioni Lombardia (-0,1%), Basilicata e Liguria (entrambe 0,1%), mentre nella media nazionale si sono sostanzialmente posizionata la Toscana (1%), il Lazio (0,9%) e il Veneto (0,7%).

Nel 2016 la spesa per il personale è stata di 34,387 miliardi di euro, il 29,4% della spesa totale (era del 30% nel 2014) con un'incidenza pro-capite di 566 euro. In controtendenza, invece, viaggiano gli acquisti di beni e servizi con aumenti in Campania (17,4%), Calabria (15,2%), Lombardia (13%), Sicilia (12%), Liguria (11,2%) e Valle d'Aosta (10,9%).

La farmaceutica, infine. Nel 2016 molte regioni hanno proseguito nell'opera di diminuzione della spesa, ad eccezione della Lombardia (+3,2%), di Bolzano (+0,1%), mentre le diminuzioni più evidenti si sono registrate in Valle d'Aosta (-8,7%), Puglia e Sicilia (-8,2%), Liguria (-7,9%), Trento (-7,3%). Nelle altre si registrano decrementi inferiori tra lo 0,5% e il 3%. La spesa totale, comunque, è stata pari a 8,089 miliardi in calo dello 0,1%.

«I risultati emersi nell'ultimi quinquennio - spiega la Corte dei conti - dimostrano come la spesa farmaceutica rappresenti un elemento essenziale nell'opera di contenimento: se da un lato la diminuzione sembra potersi attribuire all'acquisto di medicinali nell'assistenza convenzionata, dall'altro si è assistito ad un incremento degli acquisti dei farmaci da parte delle strutture pubbliche. Contribuiscono a tale incremento, il costo dei farmaci innovativi e la non risolta questione dei payback farmaceutici.

L'oncochip spia 150 geni e svela in tempo reale il rischio di ogni individuo

All'Ieo la medicina di precisione diventa realtà

**ONCOLOGIA**

NICLA PANCIERA

Immaginiamo di avere in tasca un passaporto con il nostro profilo genetico. Immaginiamo anche di saper interpretare gli elementi di questo codice e di saperli incrociare con una mappa del rischio in costante aggiornamento. Così potremmo identificare la predisposizione genetica a sviluppare un certo tumore ereditario e, in caso di malattia, selezionare i trattamenti più appropriati. Futuro lontano? Non così tanto.

Una tecnologia che indaga simultaneamente i «pezzi» di Dna noti per essere legati al rischio di sviluppare malattie neoplastiche esiste già. Messo a punto allo Ieo di Milano, «è un chip che analizza 150 geni, ma il numero andrà aumentando, e che confronta i dati raccolti sui pazienti con le informazioni di quell'enorme database che è la letteratura scientifica». Parola di Piergiuseppe Pelicci, direttore della ricerca dell'Istituto Europeo di Oncologia, dove il test viene somministrato alle pazienti con nuova diagnosi di carcinoma ovarico.

L'innovazione è anche di metodo. «L'oncochip introduce un sistema dinamico: consente di sperimentare in tempo reale l'evoluzione della conoscenza insieme con il paziente, rendendola subito fruibile, invece di trasferire ai malati i risultati della ricerca ri-

cavata da gruppi selezionati». Un esercizio di medicina di precisione, ancora più necessario oggi, nel momento in cui «sappiamo che neoplasie in organi diversi possono essere caratterizzate da una stessa alterazione genica e che in uno stesso organo può svilupparsi un tumore a causa di alterazioni geniche differenti».

La mappatura del rischio genetico è una delle promesse della genomica: grazie alla tecnologia si avanza a passo spedito e, nonostante ci siano «ancora stanze in parte buie, presto la casa verrà illuminata - commenta Bernardo Bonanni, direttore della prevenzione e della genetica oncologica dell'Ieo - Lavoriamo sulla "medicina dell'alto rischio". Analizzare un ampio spettro genico, i "multigene panel", è fondamentale, perché un test genetico che prenda di mira i geni sbagliati può essere inutile». La genetica, poi, va integrata con l'istopatologia molecolare. «Spesso le alterazioni sono solo nelle cellule tumorali e non in quelle sane - spiega Massimo Barberis, direttore dell'istopatologia molecolare dell'Ieo -. Studiando le cellule malate, spesso identifichiamo alterazioni geniche che diventeranno target terapeutici».

Il caso del carcinoma ovarico è esemplare: ora - spiega Nicoletta Colombo, direttore del programma ginecologia del-

l'Ieo - il test verrà offerto a 200 donne l'anno e permetterà di sapere non solo la positività a Brca 1 e Brca 2, ma anche a una serie di altri geni associati ad altri tumori. Sapere di essere portatori di specifiche mutazioni è fondamentale tanto per la prevenzione quanto per la terapia e permette di realizzare nuove scoperte. Ecco perché l'obiettivo è applicare il test ad altri tumori, come quello al colon, oltre che al melanoma e a

quelli a tiroide, prostata ed endometrio.

All'Ieo l'intenzione è unire le forze della ginecologia e della senologia nel «Women Cancer Center». Al centro c'è l'oncochip: validato su 400 pazienti, ha già restituito l'equivalente di 50 mila test. Con grandi risultati. Analizzare un centinaio di geni genera un'esplosione di dati che «richiederanno nuovi strumenti di interpretazione - conclude Pelicci -. Ora, per accelerare la raccolta, collaboreremo con "Alleanza contro il cancro": è la rete di Irccs oncologici ed è ben avviata».

© BY NC ND ALLI DIRITTI RISERVATI

Piergiuseppe
Pelicci
Oncologo

RUOLO: È DIRETTORE
DELLA RICERCA DELL'ISTITUTO
EUROPEO DI ONCOLOGIA



Il batterio che si comporta come una pianta salva le cellule colpite dall'infarto

PAOLA MARIANO

■ Guarire da un infarto con la luce: è l'idea messa a punto all'Università di Stanford, in California, in collaborazione con la University of Pennsylvania a Philadelphia. Consiste nell'iniettare nel cuore un batterio che, come le piante, genera fotosintesi (cioè produce ossigeno ed energia quando riceve luce) in corrispondenza del danno ischemico, dovuto alla «chiusura» di un vaso sanguigno. Diretta da Jeffrey Cohen e pubblicata sulla rivista «Science Advances», la ricerca potrebbe cambiare il paradigma nella cura degli attacchi cardiaci, i quali rappresentano la prima causa di morte in Italia e anche una causa di gravi danni collaterali (chi sopravvive all'infarto, infatti, tende a diventare un malato cronico).

L'ischemia si verifica quando uno dei vasi che portano l'ossigeno al cuore (le arterie coronarie) si ostruisce e, di conseguenza, una parte del muscolo cardiaco, privata di ossigeno, muore. Ora il rimedio c'è, dimostrato in provetta e poi su animali: iniettando nel cuore il batterio *Synechococcus elongates*, questo si comporta allo stesso modo di una pianta, sfruttando la luce come fonte energetica per produrre ossigeno e zucchero. In questo modo si crea un flusso - alternativo a quello sanguigno - che, arrivando fino alle cellule del cuore, è in grado di salvarle dallo shock ischemico, preservandole.

Secondo Cohen, questo rivoluzionario approccio, che sfrutta la potenza della luce per riossigenare le cellule danneggiate, potrebbe avere considerevoli implicazioni cliniche: i test sull'uomo devono ancora cominciare, ma c'è tutto il potenziale per dare il via a una nuova era anti-infarto.