



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Dalla Salute la lista delle 208 prestazioni "canaglia" che sanzionano la iper prescrizione

Black list pro appropriatezza

La ministra Lorenzin: «Un colpo agli sprechi da medicina difensiva»

Salgono a 208 le prestazioni sotto osservazione del ministero della Salute, che ha presentato ai sindacati l'elenco delle indagini ad alto rischio di inappropriata. Si va dai test genetici alle cure dentali, fino alla Tac e alla Rmn per determinati sospetti diagnostici. Tutti "sorvegliati speciali", per dare attuazione alla norma contenuta nel Dl Enti locali, e condivisa da Governo e Regioni, che ha previsto sanzioni per i medici "cattivi prescrittori". Quelli cioè che non si atterranno alle indicazioni messe a punto dalla Salute con le società scientifiche e validate dal Consiglio superiore di sanità.

Le reazioni "contro" da parte delle sigle sindacali sono state quasi unanimi. Con qualche rara eccezione, alla presentazione ufficiale della black list sono scattate - ma a mesi dall'introduzione della norma nel Dl 78 - la levata di scudi e la promessa di un probabile sciopero, per fine novembre. Perché quello che è stato bollato come il tentativo di "imbrigliare" l'autonomia dei camici bianchi, è considerato la goccia che fa traboccare il vaso, oramai colmo, dell'insofferenza dei dottori verso i ripetuti tagli al Ssn e i sacrifici imposti alla categoria.

Per tutta la settimana il tema ha tenuto banco, in attesa che i sinda-

cati si pronunciasse nei tempi strettissimi dettati dalla ministra. Che ha fretta di condurre in porto il suo Dm e nello stesso tempo mette sul piatto la revisione della legge sulla responsabilità professionale. Poi, la camomilla: «Non c'è in atto alcuna azione punitiva, tutt'altro - ha spiegato Lorenzin in una delle tante interviste sul tema -; diamo gli strumenti al medico per poter agire in modo più sereno rispetto a rivendicazioni e denunce». Quanto alle previste sanzioni amministrative sul salario accessorio, scatteranno dopo un eccesso reiterato di prescrizioni inappropriate e solo dopo un contraddittorio con il medico che dovrà giustificare scientificamente le sue scelte. Se non lo farà, solo allora scatterà la sanzione».

E a questo proposito non è mancato il siparietto con il presidente dei governatori Sergio Chiamparino: per cui la ministra è «scorretta», quando attribuisce alle Regioni la scelta di introdurre sanzioni per i medici iper prescrittori. «Le sanzioni ai medici che prescrivono esami non appropriati sono state condivise con il Governo e non decise solo dalle Regioni», ha precisato il presidente del Piemonte.

Nelle intenzioni della ministra il provvedimento dovrebbe comportare un risparmio immediato fin da

quest'anno (che però è quasi agli sgoccioli), ma soprattutto arginare la piaga della medicina difensiva (v. anche servizio a pagina 15). «In Italia c'è un eccesso di prestazioni che costa allo Stato 13 miliardi di euro l'anno, che potrebbero essere nel tempo redistribuiti dove serve, nel Servizio sanitario, per garantire ad esempio un accesso migliore alla diagnostica oncologica».

Quattro i sottogruppi di prestazioni messi nero su bianco nella bozza di decreto ministeriale: odontoiatria, radiologia diagnostica, genetica e medicina interna. Qualche esempio: la Rmn agli arti è "ammessa" solo a particolari condizioni, descritte nei dettagli. L'esame del colesterolo per gli "over 40" potrà essere ripetuto a spese del Ssn soltanto ogni cinque anni, salvo improvvisi valori elevati, modifiche dello stile di vita o interventi terapeutici. Ancora: per la fisioterapia, gli esercizi respiratori saranno prescrivibili in ambito Ssn a pazienti con gravi patologie o in fase pre operatoria. E così via.

La prima penalità scatterà per i cittadini, chiamati a sborsare "out of pocket" per le prestazioni di cui si vedranno rifiutata la prescrizione.

Mentre il pasticciaccio-sanzioni è una partita ancora tutta da gioca-

re, come ha confermato anche Federico Gelli, deputato Pd e delegato da Renzi alla Sanità: «Le sanzioni scatteranno solo in presenza di casi macroscopici di eccesso prescrittivo, che comunque potranno essere motivati e discussi in contraddittorio dal medico. Credo comunque che sarebbe stato meglio evitarle del tutto per non dare adito, come accaduto, a un clima di sospetti verso i medici fermo restando che il principio della lotta all'inappropriatezza è sacrosanto. L'intento è quello di aiutare i cittadini e non certo di far cassa sulla loro pelle o favorire il privato a discapito del servizio pubblico».

B.Gob.



quotidianosanità.it

Lunedì 28 SETTEMBRE 2015

Lorenzin: “Su problema sanzioni cerchiamo strada condivisa. Ma su appropriatezza non si torna indietro”. Ma i medici non ci stanno: “La definizione dei criteri non spetta alla politica”

Confronto durante Porta a Porta su RaiUno tra i camici bianchi e il Ministro sul provvedimento contro gli esami inappropriati. Da Lorenzin è arrivata un'apertura sulle sanzioni ma i medici, in studio Milillo e Troise, tirano dritto e ribadiscono che il decreto così com'è non va: “La definizione dei criteri non spetta alla politica”.

Il decreto appropriatezza sbarca in televisione. Ma tra i medici e il Ministro della Salute le posizioni sono ancora distanti e il nodo sanzioni è sempre intricato. Il confronto durante [la puntata di Porta a Porta](#), in onda stasera su Rai Uno e che abbiamo seguito durante la registrazione negli studi di via Teulada a Roma, è stato caratterizzato da un dibattito molto acceso, anche con una scaramuccia verbale tra il conduttore **Bruno Vespa** e i rappresentanti dei medici.

Ma veniamo alla puntata. Il Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** ha ribadito che “non è vero che le 208 prestazioni non verranno più prescritte. La differenza è che c'è un criterio di appropriatezza e le sanzioni ci saranno solo nel caso di abusi e quando ci sono sprechi enormi. Una prestazione inappropriata non è inutile né superflua, semplicemente non deve essere prescritta a quel paziente”. E poi ha precisato che la questione appropriatezza riguarda anche le liste d'attesa che “sono un'ingiustizia e il tema appropriatezza prescrittiva va affrontato insieme ai medici e alla radice, altrimenti tra poco le liste d'attesa saranno qualcosa di insostenibile”.

In ogni caso Lorenzin ha ribadito che “è il medico che decide, e se vuole prescrivere quelle prestazioni lo può fare motivando la scelta”. Ma Lorenzin tende la mano ai camici bianchi: “Se il tema è quello delle sanzioni troviamo una strada, ma non possiamo tornare indietro sull'appropriatezza, sarebbe una sconfitta anche per il medico”. E poi annuncia che “in Conferenza Stato-Regioni proporrò di levare alcuni ambiti d'incertezza, cioè che la norma sia applicata in modo uniforme in tutta Italia e che ci sia la garanzia che le cose vadano fatte bene e in modo omogeneo”.

Ma i medici continuano a non essere convinti. “La battaglia sull'appropriatezza clinica è sacrosanta – sottolinea il segretario nazionale dell'Anao-Assomed, **Costantino Troise** – ma la definizione dei criteri non spetta alla politica. Non si può invadere il campo delle professioni e in più con un atteggiamento intimidatorio, con le sanzioni, praticamente dipingendo la categoria medica come una categoria da commissariare, in piano di rientro come le Regioni canaglia”. Pollice verso anche nel merito del decreto: “Sull'allergologia è completamente da riscrivere” e poi ricorda che “le sanzioni già ci sono”. Il punto che evidenzia Troise è che “gli esami diagnostici sono importanti anche per escludere eventuali problemi e fornire diagnosi precise e non sbagliate e di cui il medico è sicuro”.

Contrario alle sanzioni anche il segretario nazionale della Fimmg, **Giacomo Milillo**. “Non discuto nel merito del decreto però dubito che esistano dimostrazioni scientifiche sull'appropriatezza. Io non discuto l'appropriatezza, ma le sanzioni che le Regioni hanno posto come requisito irrinunciabile. Ed è assurdo che siano le Regioni a proporre le sanzioni quando sono loro che sono state inappropriate per anni”.

Il presidente del Consiglio superiore di sanità, **Roberta Siliquini** ha difeso invece il decreto. “L'elenco delle 208 prestazioni mette davanti a tutto il cittadino e la sua salute. La lista è stata stilata sulla base di studi scientifici e ricordiamo che gli esami inutili comportano anche rischi per la salute”.

La scaramuccia. Ma durante la puntata c'è stato anche un acceso battibecco tra il segretario della Fimmg Giacomo Milillo e il conduttore Bruno Vespa. Il tutto è nato da un'affermazione di Vespa che ha ricordato come “quando una persona, la mattina mentre si fa la doccia decide che oggi deve risparmiare ci riesce. E un medico lo fa senza compromettere la salute di nessuno, come lo fa chiunque in qualunque mestiere”. Ma l'affermazione non è andata giù a Milillo che piccato ha risposto: “Se lei vende dei dogmi così, mandiamo i giornalisti a fare i medici”. A quel punto l'atmosfera si è surriscaldata e le voci dei due si sono sovrapposte. A placare gli animi ci ha pensato il lancio di un servizio.

[Vedi la puntata di Porta a Porta](#)

Martedì 29 SETTEMBRE 2015

Appropriatezza e innovazione sostenibile. La sfida per la sanità in un convegno Agenas

Nel corso dei lavori è stata presentata una ricerca, finanziata dal Ministero della Salute e coordinata da Agenas, che ha l'obiettivo di garantire l'accesso alle innovazioni tecnologiche, dismettendo nello stesso tempo quelle obsolete. Il tutto attraverso un'attenta pianificazione che tenga conto della disponibilità delle risorse, dei bisogni della popolazione, delle innovazioni del Sistema sanitario e delle pratiche cliniche e organizzative locali.

Armonizzare e coordinare le linee progettuali delle Regioni partecipanti (Lombardia, Puglia, Umbria, Abruzzo, Sicilia, Piemonte, Lazio, Emilia Romagna, Veneto) che hanno individuato specifici ambiti di ricerca: la diagnostica per immagini, le pratiche cliniche oncologiche, il programma di prevenzione del tumore della cervice uterina, maggiormente rispondenti alle loro esigenze di politica programmatica. Questo l'obiettivo di una **ricerca, finanziata dal Ministero della Salute e coordinata da Agenas**, che ha l'obiettivo di garantire l'accesso alle innovazioni tecnologiche, dismettendo nello stesso tempo quelle obsolete, attraverso un'attenta pianificazione che tenga conto della disponibilità delle risorse, dei bisogni della popolazione, delle innovazioni del Sistema sanitario e delle pratiche cliniche e organizzative locali.

I risultati sono stati presentati oggi **nel corso del convegno 'Metodi per investimenti e disinvestimenti e pianificazione delle tecnologie sanitarie nelle regioni italiane'**, (Methods for investments/disinvestments and distribution of health technologies in Italian regions" - MIDDIR) che si è tenuto oggi, presso la sede dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

"Il progetto risponde appieno all'attuale esigenza di appropriatezza del servizio sanitario, alla capacità del sistema sanitario di aprirsi ad un'innovazione "sostenibile" - ha affermato il Presidente di Agenas, **Giuseppe Zuccatelli** - che ha il coraggio di abbandonare tutto ciò che è inappropriato e inefficace per consentire qualità e sicurezza delle prestazioni erogate, riduzione delle inefficienze legate al malfunzionamento, abbattimento delle liste d'attesa e dei costi di gestione complessivi".

"La ricerca evidenzia un nuovo approccio - ha dichiarato il Direttore Generale di Agenas, **Francesco Bevere** - che fornirà un prezioso supporto tecnico alle politiche programmatiche, affinché le scelte siano sempre guidate dalla qualità, dalla sicurezza, dall'efficienza, dall'efficacia. Il progetto dimostra, inoltre, che grazie al lavoro dei professionisti sanitari, attraverso il coinvolgimento e la condivisione dei risultati tra le Unità operative regionali, è possibile rinnovare l'intero sistema sanitario".

Durante il convegno, il dirigente Agenas, **Marina Cerbo**, responsabile scientifico del progetto, nel presentare i risultati del progetto di ricerca "Methods for investments/disinvestments and distribution of health technologies in Italian regions" - MIDDIR" ha chiarito: "Le direttrici della ricerca sono state l'identificazione del fabbisogno per la programmazione degli interventi di investimento, l'analisi del livello di obsolescenza delle tecnologie, attraverso il coinvolgimento dei professionisti sanitari nelle scelte di dimissione, nonché il monitoraggio dell'impatto di tali scelte sull'organizzazione dei servizi sanitari. Mediante una serie di casi studio regionali - ha aggiunto - il progetto di ricerca ha indagato, introdotto e sperimentato nuove metodologie basate su prove scientifiche robuste e, dunque agevolmente trasferibili nei diversi contesti regionali".

La metodologia che ha guidato la ricerca "è fortemente innovativa, ancora poco sperimentata nel nostro Paese e ormai validata da criteri scientifici internazionali, che supporta i decisori nella dismissione di tecnologie e modalità assistenziali obsolete, ossia che presentano un beneficio clinico scarso, incerto o nullo, nonché ad alto tasso di inappropriatezza - ha concluso - In un contesto storico di spending review è urgente approfondire, indagare e condividere con le Regioni metodi e strumenti affinché nuove tecnologie si possano sostituire e non semplicemente aggiungere a quelle obsolete, consentendo un utilizzo efficace delle risorse nel rinnovamento e nella modulazione dell'offerta sanitaria".

quotidianosanità.it

Lunedì 28 SETTEMBRE 2015

Il Sud e la sanità. Anaao: “Servono soluzioni straordinarie. Diritto alla Salute non può essere declinato secondo il Cap”

Dall’invadenza della politica, al problema della criminalità, passando per il ripiano dei deficit sanitari e il blocco del turnover. Il sindacato ha fatto il punto a Napoli in un convegno dedicato alla crisi della sanità meridionale. “Tagli, ticket e tasse hanno di fatto negato l’assistenza. Il Sud è in uno stato comatoso e oggi il diritto alla Salute viene declinato secondo il Cap”.

"Invadenza pervasiva della politica nella gestione della sanità, intreccio tra spesa pubblica ed attività criminose, deficit di etica della responsabilità della Politica e di cultura organizzativa dei settori dirigenziali, atavica allergia alle regole ed evasione fiscale, piccola e non, per assenza di controlli. Il tutto senza dimenticare i durissimi piani di rientro che negli ultimi anni hanno messo in crisi la sanità del Meridione e i suoi operatori". Questi i problemi emersi e 'fotografati' a Napoli sabato scorso durante il Convegno organizzato dal sindacato dei medici dirigenti dell'Anaao dal titolo: "La sanità al sud: Selfie di un diritto negato".

Una giornata intensa in cui camici bianchi, autorità istituzionali e cittadini si sono confrontati sulle criticità che avvolgono i sistemi sanitari delle regioni del Sud.

"La sanità al Sud – ha dichiarato il segretario nazionale dell'Anaao, **Costantino Troise** - rappresenta un'altra faccia di una irrisolta questione meridionale che, come un fiume carsico, di tanto in tanto esce dalle tenebre". E in quest'ottica Troise ha ricordato come "il recente rapporto Svimez non solo evidenzia la crescita del gap tra Regioni meridionali e del Centro-Nord, ma anche lo stato comatoso in cui una infrastruttura civile e sociale, quale quella sanitaria, versa nelle regioni meridionali".

E dure in questo senso sono state anche le critiche alle politiche sanitarie degli ultimi anni, più attente al bilancio che ad erogare salute. "La ricetta delle 3T (tagli, ticket e tasse) – sottolinea Troise - , con la quale negli ultimi anni sono stati raggiunti risultati parziali sul risanamento dei conti, ha comportato il prezzo di una assistenza negata, che in fondo è il modo migliore per risparmiare. Il diritto alla salute, fondamentale diritto della persona secondo la nostra Costituzione, uno e indivisibile, viene così declinato secondo il CAP non solo per quanto riguarda gli aspetti organizzativi ma anche per efficacia e sicurezza delle cure, ed aderenza ai programmi di screening. Per di più, la persistenza di considerevoli quote di mobilità sanitaria sposta ingenti risorse economiche, realizzando il paradosso per cui sono le regioni più povere a finanziare la sanità delle regioni più ricche".

E per far fronte a tutto ciò la richiesta Anaao è che in "situazioni straordinarie servono risposte straordinarie. Altrimenti tanto vale rassegnarsi all'evaporazione della idea di Nazione ed alla trasformazione delle differenze in divaricazione su principi elementari di coesione sociale. Non basterà certo la applicazione reclamata da più parti dei costi standard che rischiano di cristallizzare il differenziale attuale non tenendo conto dei differenti punti di partenza. Occorrerà, invece, riscoprire la lezione di don Milani rifiutando parti eguali tra diseguali".

Al convegno è intervenuto anche il presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato **Emilia Grazia De Biasi** (PD) che nel suo intervento ha ricordato come "21 sistemi sanitari producono solo disuguaglianze" ricordando come in Italia "noi dobbiamo essere uguali di fronte al raffreddore come davanti al cancro". Per De Biasi servirebbe una maggiore collaborazione anche tra le Regioni del Sud perché "ci sono troppe ripetizioni e duplicazioni" e in questo "c'è una responsabilità politica". Ma De Biasi ha anche affermato come al Sud che occorre "uscire dall'autorappresentazione della miseria. Chi fa così si dà ragione a chi non vuole il sud. Mi fa rabbia che c'è ancora questa contrapposizione Nord-Sud".

Sulla stessa lunghezza d'onda il senatore del PD **Amedeo Bianco** che ha rimarcato come "la sanità è rimasta una pagina scritta solo nell'agenda del Mef". In questi anni la "sanità di questi anni ha ricevuto l'attenzione dal lato dei costi. Ma non si è considerato il valore che invece ha a livello di coesione e identità nazionale". E per questo secondo Bianco "occorre cambiare registro perché non contano solo le cifre economiche".

All'evento presente anche il Coordinatore del Tribunale dei diritti del Malato della Campania **Antonio Gambacorta** che ha denunciato come per esempio "in Campania la politica dice che l'enorme buco sanitario è stato ripianato. Voglio sperarlo

ma desidero anche ricordare come esso è avvenuto sulla pelle di cittadini e operatori. Mantenere aperti i Pronto soccorso o le Unità operative senza personale o con organico molto scarso è scandaloso”. E poi lancia l’allarme: “Oggi il cittadino al sud non ha più assistenza. Si parla di Lea ma sono fermi dal 2001”.

Un focus sul tema è stato offerto infine anche dal sindaco di Napoli, **Luigi De Magistris**. “Ho l’impressione che in questi anni si siano ripianati i debiti economici attraverso la compressione dei diritti costituzionali”. Per De Magistris occorre che “la politica faccia un passo avanti e uno indietro. Quello indietro riguarda la gestione e l’autonomia delle scelte che deve essere fatta da chi sta in prima linea. La politica deve garantire i diritti costituzionali e deve fare di più invece per dare servizi ai cittadini assumendosi la responsabilità delle scelte”. Anche perché “tagliando sulla sanità ci sono anche altri diritti che vengono compressi, penso per esempio alla sicurezza”. E in questo senso il sindaco ha manifestato l’auspicio per “un coinvolgimento dei comuni sulla materia. Il sindaco deve avere la possibilità di dire la sua”.

Il rischio radiologico va provato

La Cassazione respinge la richiesta di un gruppo di lavoratori di radiologia. L'esposizione oltre i limiti alle radiazioni va sempre dimostrata. (Servizio a pag. 17)

CASSAZIONE/ Chi opera in radiologia deve dimostrare l'esposizione a livelli di guardia

«Un rischio tutto da provare»

Respinta la richiesta di indennità e congedo aggiuntivo per i dipendenti

Il lavoratore che richianda l'indennità di rischio radiologico e il congedo aggiuntivo, e che intenda contestare l'accertamento della Commissione (di cui al Dpr 270/1987, art. 58, comma 4) sulla base del quale questi sono stati negati precedentemente, ha l'onere di provare in giudizio l'esposizione qualificata richiesta dalla normativa, ovvero l'effettiva esposizione a un rischio di radiazioni in misura non diversa da quella cui si trova normalmente esposto il personale di radiologia. È questa l'opinione della Cassazione civile, sezione Lavoro, nella **sentenza 17116/2015** del 14 agosto, che ha respinto la richiesta avanzata dal personale medico e infermieristico dipendente da una Asl veneta. Nella fase di merito, il Tribunale aveva respinto la domanda ritenendo non fosse stata raggiunta la prova dei presupposti del diritto ai benefici richiesti, non essendo stati comprovati e neppure precisati la frequenza della presenza in zona controllata durante l'orario di lavoro, il tempo e l'intensità dell'effettiva esposizione, le modalità concrete di svolgimento del lavoro. Non è stato sufficiente sostenere, come hanno fatto i lavoratori, che detta indennità era in precedente attribuita, e la produzione in giudizio delle schede di radioprotezione, dalle quali risultavano la qualifica e il reparto di assegnazione, in difetto dell'indicazione del numero medio mensile di indagini effettuate dall'operatore, della distanza dalle mani o dal torace e dei minuti di erogazione, né i verbali di sopralluogo, che non radicavano la distanza dalla fonte delle parti esposte e il numero medio di interventi praticati, il numero degli addetti e la frequenza della loro presenza. L'enucleazione dei requisiti per la parificazione, secondo la sentenza si trova nelle nor-

mativa di settore contenuta nel Dlgs 17 marzo 1995, n. 230 che all'All. 3, da ultimo modificato dal Dlgs 257/2001, art. 4, la quale ha individuato al paragrafo 3.1 le dosi di esposizione che determinano la classificazione in Categoria A per quei lavoratori normalmente esposti e, nell'Allegato 3 al successivo paragrafo 4, la definizione di «Area Controllata» come «l'area di lavoro in cui, sulla base degli accertamenti e delle valutazioni compiuti dall'esperto qualificato ai sensi del paragrafo 5 del presente Allegato, sussiste per i lavoratori in essa operanti il rischio di superamento di uno qualsiasi dei valori di cui al precedente paragrafo 3.1».

In tal modo, la legge ha posto una sostanziale equiparazione tra lo svolgimento abituale dell'attività professionale in zona controllata e l'assorbimento annuo delle radiazioni che la stessa comporta. Il sanitario che agisca per ottenere l'indennità di rischio radiologico e il congedo aggiuntivo può dedurre (e ha l'onere di dimostrare) la sussistenza dell'uno e/o dell'altro aspetto della medesima situazione. In assenza di prova, che grava sul lavoratore, l'indennità viene negata.

Paola Ferrari

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Le questioni dei servizi

Cure domiciliari, così aumentano gli assistiti

Inversione di tendenza dell'Asl, il 3% degli anziani è seguito: La Cgil: «Tornare sopra il 4%»

Maria Stanco

Assistenza domiciliare: si ricomincia. Con un incremento sensibile nel 2015 dell'assistenza ai pazienti ultrasessantacinquenni, l'Asl di Avellino prova a scrivere la parola fine alla querelle sul livello di assistenza garantito per le cure domiciliari. L'Azienda, allora guidata da Sergio Florio, era stata protagonista di una guerra dei numeri con la Cgil.

Il sindacato aveva addirittura presentato una denuncia in Procura contro il provvedimento di Florio aveva dimezzato, di fatto, il numero dei pazienti aventi diritto all'assistenza domiciliare.

«Il potenziamento delle cure domiciliari - dicono da via degli Imbimbo - è sempre stato un obiettivo prioritario dell'Asl Avellino e nell'ultimo periodo si sono raggiunti obiettivi di efficacia ed efficienza inimmaginabili in così breve tempo».

«Negli ultimi due anni - spiegano dall'Asl - le cure domiciliari nel territorio provinciale hanno raggiunto dei livelli di qualità soddisfacenti, in seguito alle azioni messe in atto dalla direzione strategica del Commissario Straordinario Mario Ferrante, con la collaborazione del direttore delle cure domiciliari dell'Asl, Anna Marro».

La conferma, stavolta, sembra essere nei fatti. Le domiciliari, essenzialmente trattamenti medici, infermie-

Situazione
Dopo la fase Florio Ferrante riporta quasi agli standard di legge il servizio

co degli ultrasessantacinquenni dovrebbe essere uguale o superiore al 4 per cento. Nel 2014, anno in cui esplose la protesta della Cgil, supportata da alcuni malati con tanto di documentazione, il dato si era fermato al 2,5. Nel periodo successivo, cioè da gennaio a settembre 2015, si è passati, però, ad un più incoraggiante 3,3% e «sicuramente - riferiscono dall'Asl - alla fine di quest'anno riusciremo, per la prima volta, a raggiungere lo standard di presa in carico previsto dal ministero della Salute, garantendo i giusti livelli di assistenza in questo settore».

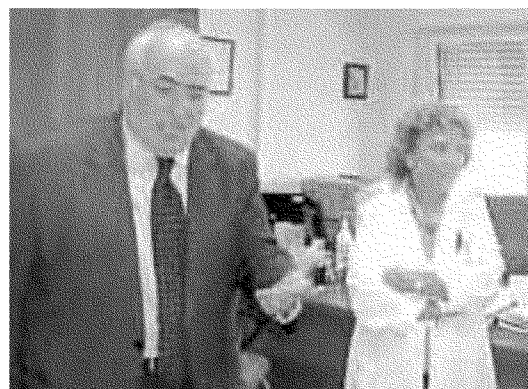
Sul punto, il commissario dell'Asl,

ristici e riabilitativi in favore di persone non autosufficienti o in condizioni di particolare fragilità, nell'anno in corso, hanno fatto registrare un significativo aumento. Secondo gli standard fissati dal Ministero della Salute, la presa in carico

Mario Ferrante, si era impegnato subito dopo l'avvicendamento con Sergio Florio.

Pur cogliendo l'inversione di tendenza fatta registrare dall'Azienda Sanitaria locale, Vincenzo Petruzzello, segretario provinciale della Cgil Funzione Pubblica, resta tuttavia cauto: «Il dato è positivo - osserva - ma bisogna capire quanti sono oggi quelli che hanno bisogno e se sono tutti coperti. Nel 2014 erano 1500 e noi denunciavamo che ne usufruiva solo la metà. Adesso bisogna continuare su questa strada e, anche superando la soglia del 4 per cento, dare l'assistenza a tutti quelli che ne abbiano bisogno. Nessuno resti indietro. Questo è anche l'unico modo per evitare il sovraccollamento del pronto soccorso».

I nostri risultati - spiegano ancora dall'Asl - «legati soprattutto alla riorganizzazione del servizio, con l'implementazione della presa in carico dei pazienti nei diversi setting assistenziali - cure domiciliari di primo, secondo e terzo livello, e cure palliative - l'integrazione su tutto il territorio con i servizi sociali ed la realizzazione di un' idonea informatizzazione».

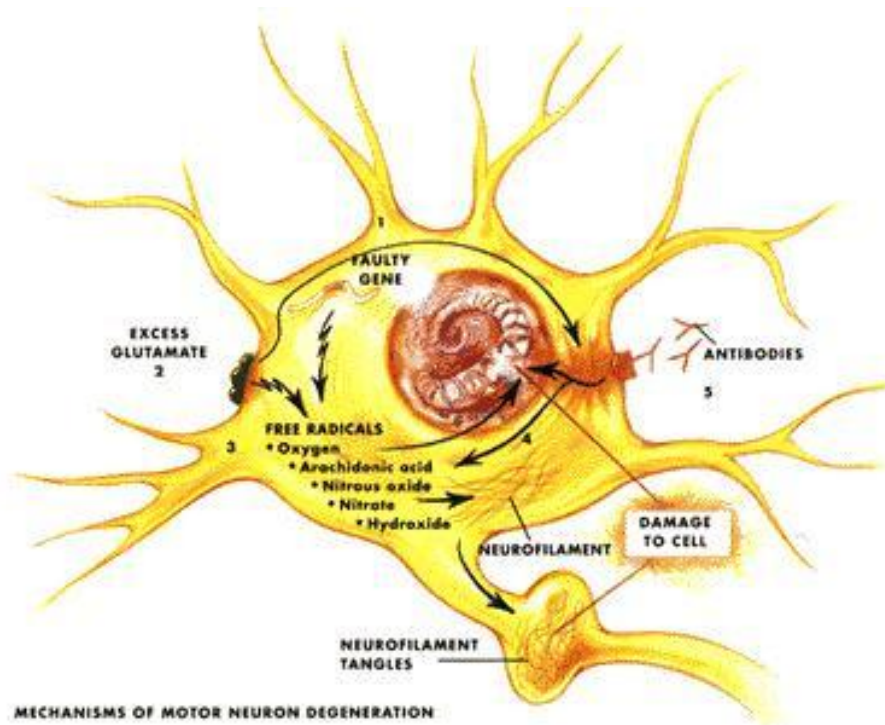


Il piano Il commissario Ferrante, nelle altre immagini le proteste dei sindacati l'inverno scorso nella fase di contrazione delle prestazioni domiciliari decise dall'Asl



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Mercoledì 30 SETTEMBRE 2015

Immunodeficienze primitive. Un test alla nascita può salvare ogni anno un'intera classe di bambini

Il test, tutto italiano, messo a punto all'ospedale pediatrico Meyer di Firenze, non è incluso nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), ma con un costo di soli 3-4 euro consentirebbe lo screening di tutti neonati italiani diagnosticando precocemente le immunodeficienze congenite.

L'ospedale pediatrico Meyer di Firenze grazie alla collaborazione fra i team multidisciplinari di ricercatori, ha messo a punto e applica nuovi test per la diagnosi precoce delle Immunodeficienze Primitive. "Già da tre anni – ha dichiarato **Chiara Azzari**, Direttore clinica pediatrica II dell'Università di Firenze, Meyer, - sottoponiamo tutti i bambini nati in Toscana (circa 30 mila all'anno) ai test eseguiti con spettrometria di massa per il difetto di Ada-Scid e Pnp. Da un anno, abbiamo però allargato lo screening a tutte le immunodeficienze congenite attraverso un metodo che utilizza sia la spettrometria di massa che la biologia molecolare (Trec/Krec), arrivando ad individuare il 95% delle Scid. Ci auspichiamo che lo screening venga esteso al più presto in tutta Italia per dare una speranza a tutti i bambini italiani".

Le immunodeficienze primitive sono malattie congenite rare che colpiscono il sistema immunitario e si manifestano con la tendenza a contrarre infezioni frequenti e particolarmente gravi. Le Scid (Severe Combined Immunodeficiencies), sono un gruppo di immunodeficienze congenite, caratterizzate da un difetto numerico e funzionale dei linfociti T e B. Si manifestano con un grave deficit del sistema immunitario nei primi mesi dopo la nascita e hanno decorso fatale, se non trattate, solitamente entro i primi due anni di vita.

Ieri al Senato, alla presenza di medici, istituzioni e pazienti durante il Convegno "Screening neonatale per le SCID" organizzato da Ipopi (International Patient Organization for Primary Immunodeficiencies) e Aip (Associazione Immunodeficienze Primitive) con la partecipazione, tra gli altri, di **Alessandro Plebani** (Direttore clinica pediatrica Università degli studi di Brescia) e di **Maria Cristina Pietrogrande** (Coordinatore Ipinet) si è discusso della possibilità di allargare lo screening neonatale anche ai pazienti affetti da queste immunodeficienze rare.

Infatti, i neonati affetti da Scid sembrano perfettamente sani alla nascita, ma precocemente si ammalano di gravi infezioni talvolta causate da germi che non sono patogeni per individui con un sistema immunitario normale.

La senatrice **Laura Bianconi (Ap)**, presentatrice di una interrogazione parlamentare al riguardo, ha affermato che "nelle ultime due leggi di stabilità il Governo ha stanziato 10 milioni di euro per effettuare lo screening neonatale per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie. Seppur apprezzabile questo sforzo del governo – ha proseguito – auspico che al più presto anche le Scid possano essere inserite tra quelle oggetto di screening. Solo un lavoro trasversale può contribuire a prevenire possibili patologie, che se diagnosticate in tempo, possono avere una presa in carico del paziente più efficiente e più efficace".

"La diagnosi precoce è essenziale per il trattamento delle Scid, perché una terapia oggi è possibile: per alcune è disponibile il trapianto di cellule staminali, per altre la terapia genica, per altre ancora una terapia sostitutiva con anticorpi o enzimi somministrati per via sottocutanea; – ha dichiarato il Presidente della Società italiana di pediatria **Giovanni Corsello** - diversi studi in letteratura dimostrano come il trattamento precoce delle Scid possa favorevolmente modificarne l'andamento: ad esempio il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali effettuati nel corso dei primi 3-5 mesi di vita del paziente con Scid, ossia prima che possa sviluppare infezioni gravi, garantisce un tasso di sopravvivenza intorno al 95%".

"Le Scid sono patologie la cui reale frequenza è probabilmente sottostimata a seguito della mancanza in passato di metodi diagnostici validi che ne permettessero l'identificazione. Non è inverosimile che un numero imprecisato di piccoli pazienti deceduti precocemente a seguito di infezioni gravi fosse affetto da Scid non diagnosticata - ha infine dichiarato **Alessandro Segato**, Presidente della Aip - Lo screening neonatale per le SCID è già previsto negli USA e in Israele; presto arriverà anche in Olanda, mentre progetti pilota sono in corso in Francia, Svezia, Germania, Spagna e Norvegia e in Toscana. Auspichiamo che quanto prima sia esteso in Italia".

"In futuro occorre ampliare sempre di più l'attività di prevenzione, allargando lo screening ad altre malattie tra le quali le Scid - ha concluso il Sottosegretario alla Salute **Vito De Filippo** - con un meccanismo semplice, compatibile ed integrabile con le tecniche di screening che sono oggi la nostra base di partenza. Mi auspico che tutti gli attori del sistema contribuiranno - come finora hanno fatto - al raggiungimento di questo obiettivo nel più breve tempo possibile potendo

contare sul supporto del Ministero che rappresento e sull'apporto politico istituzionale".

Come cambiano i fattori di rischio: meno teorie, più attenzione al singolo

La recente introduzione non solo in Europa di alcuni nuovi e importanti approcci farmacologici nei confronti della ipercolesterolemia familiare - FH, sta riproponendo ancora una volta una diretta e necessariamente indicativa visione del medico e di conseguenza una impostazione di prevenzione o di terapia sull'individuo, in molti casi non apparentemente malato, sul colesterolo plasmatico. Appare quindi sempre più evidente che la costruzione di generali catalogazioni di comportamento medico diventa complessa, come appare sempre più indispensabile guardare alla singola persona come elemento fondamentale del percorso medico-terapeutico.

La presa di posizione alla fine del 2013 di due importanti società di cardiologia nordamericane, nella definizione dell'ampio quadro del rischio delle malattie cardiovascolari, e la esplicitazione da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità dei nove principali percorsi di intervento per il programma 25by25, hanno promosso la necessità di ridare conferma di importanza alla valutazione del colesterolo nell'individuo o meglio del complesso di lipo-

proteine ematiche ad esso legato nello studio del singolo soggetto.

In questo percorso la International Atherosclerosis Society - IAS, prima di affrontare in modo attento le nuove strategie sulla ipercolesterolemia familiare, rispondeva pochi mesi fa le sue posizioni conclusive sulle Low density lipoproteins-Ldl (Expert dyslipidemia panel of the International atherosclerosis society Journal of Clinical lipidology, 2014; 8: 29-60).

È noto che le Ldl rappresentano il 75 delle lipoproteine aterogeniche, essendo il 25% rappresentato da molecole remnant (residue) di lipoproteine ricche di trigliceridi. L'infiltrazione della parete arteriosa da parte di Ldl è in grado di determinare la aterosclerosi, con espressioni ematiche, temporali e di parete arteriosa diversa tra la forma familiare e la forma non prettamente tale. Da un lato tale fattore di rischio può, da solo, provocare lo stesso sviluppo patologico, e dall'altro lato viene osservato che il fumo di sigarette, la ipertensione o i bassi livelli di Hdl, o il diabete possono, anche da soli, avviare in modo prematuro lo sviluppo della malattia cardiovascolare aterosclerotica

(Ascvd). Viene ritenuto che questi fattori possano accelerare e sviluppare lo sviluppo della lesione se iniziata da sufficienti volumi di Ldl.

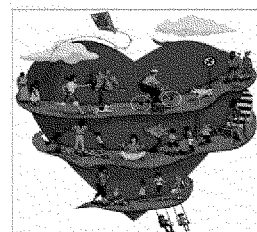
È necessario osservare, che accanto alle Ldl devono essere riconosciuti fattori acceleranti quali gli stati pro-infiammatori e gli stati pro-trombotici. Accanto a questa osservazione vanno considerati alla base fattori di rischio riconosciuti come scatenanti, come la alimentazione aterogena, l'obesità, l'inattività fisica e naturalmente alcune configurazioni genetiche.

L'invecchiamento viene considerato come fattore di rischio maggiore, ma l'età di per sé non è la causa dell'aterosclerosi. Singole e non evolute placche ateromasiche si osservano nelle arterie anche in soggetti appena nati.

Molte delle indicazioni che da anni espongono i fattori di rischio legati allo sviluppo dell'aterosclerosi da un lato e quindi ai percorsi terapeutici o di prevenzione primaria e secondaria si concentrano tra il 30° e il 65° anno. Qualche suggerimento sta sfondando il muro dei 65 anni. si osservi inoltre che l'uso della valutazione del rischio a 10 anni di distanza come solo indicatore di

rischio è problematico perché l'obiettivo della prevenzione primaria è ridurre i fattori di rischio, attuali, non il rischio a dieci anni. E questo è problematico per il necessario riferimento alla età anziana. I fattori di rischio attuali che proiettano dai 50 anni lo sviluppo delle malattie cardiovascolari agli 80 anni, è basata su quattro fattori di rischio, che includono il colesterolo totale, la pressione sistolica del sangue, il fumo di sigarette e il diabete. Conseguentemente la debolezza della valutazione a lungo termine del rischio a 50 anni dovrebbe essere superata, considerando che detti fattori rimangono costanti tra la età media e la età anziana.

**Fondazione italiana
per il Cuore**



Oncologia, fili di speranza

Non è ancora un libro di buone notizie, e non lo sarà mai. Tuttavia, l'ultimo volume sui numeri del cancro, curato dall'Airtum e dagli oncologi dell'Aiom lascia più di qualche piccolo spiraglio aperto alla speranza. Ci si ammala sempre di più, è vero, ma sarebbe più corretto dire che si effettuano più diagnosi, e se c'è una diagnosi ci può essere una guarigione. Per questo si muore di meno, pur ammalandosi di più. Un paradosso. Ma un paradosso che significa cura, appropriatezza, innovazione. E sulle bestie nere come i tumori che si misura la forza di un sistema sanitario. È il nostro, numeri alla mano, può esserne fiero. L'Italia che non va, quella degli sprechi, dei tagli e del braccio di ferro quotidiano per salvaguardare qualità, umanità, sostenibilità e posti di lavoro dovrebbe leggersi il rapporto sull'Oncologia. Da noi si sopravvive di più che in altri civilissimi Paesi dell'Unione, anche per carcinomi il cui solo nome evoca una condanna. Non è battuto il cancro, figuriamoci, ma qualcosa, a volte molto si può fare. E si sta facendo. Per una volta chapeau! (L.Va.)

INIZIATIVA AIFA-SIIA

Un algoritmo terapeutico per l'ipertensione

Uno strumento per agevolare l'appropriatezza prescrittiva dei medicinali per il sistema cardiovascolare - la categoria di farmaci maggiormente consumata e a maggiore spesa - ma anche un'occasione di empowerment per il paziente iperteso focalizzato su due priorità: una maggiore efficacia terapeutica e l'adozione di adeguati stili di vita. È l'algoritmo per l'ipertensione arteriosa presentato oggi a Roma dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) che lo ha realizzato in collaborazione con la Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (SiiA).

Secondo le stime dell'Oms, l'Ipertensione arteriosa coinvolge ormai 16 milioni di italiani di entrambi i sessi ed è responsabile di un numero rilevante di complicanze cardiovascolari, soprattutto infarto del miocardio e ictus. «Limitare o attenuare il ricorso alle terapie farmacologiche adottando stili di vita corretti - spiega il presidente Aifa, **Sergio Pecorelli** - e impiegare i farmaci, laddove necessario, nel modo più appropriato: sono queste le due tendenze principali che emergono dall'analisi dell'algoritmo. Tenere sotto controllo la pressione significa prevenire eventi cardiovascolari gravi ma soprattutto poter godere di una qualità di vita migliore. Oggi si vive più a lungo e l'Italia è tra i Paesi europei con speranza di vita più elevata. Tuttavia gli ultimi anni, circa sette, sono segnati dalla malattia. Il nostro obiettivo deve essere trascorrere per quanto possibile in salute l'intero arco della vita».

Il nuovo algoritmo è il terzo dell'Aifa dopo quelli su Epatite C e Diabete di tipo 2. «Non si tratta di linee guida né di note limitative - ha spiegato il direttore generale di Aifa, **Luca Pani** - ma di un servizio aperto a tutti e suscettibile di ulteriore perfezionamento, qualora emergessero nuove evidenze scientifiche. Uno schema che traduce il percorso logico che un grande clinico compie quando si trova di fronte a un paziente iperteso, prima di definire la terapia più appropriata al caso specifico». «Questo percorso decisionale - sottolinea il presidente della SiiA, **Claudio Borghi** - potrà essere di supporto al paziente per modificare il suo atteggiamento nei riguardi della patologia e correggere quelle distorsioni che possono essere d'ostacolo alla definizione della corretta strategia di cura».

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidianosanità.it

Martedì 29 SETTEMBRE 2015

Dislessia. Ostacola la comprensione del linguaggio, ma il cervello ha la soluzione

Le persone affette da dislessia evolutiva hanno anche difficoltà a comprendere il linguaggio verbale, ma il loro cervello si adatta sviluppando nuove strategie per migliorare la comprensione delle frasi. Lo rivela uno studio dell'Università di Milano-Bicocca condotto in collaborazione con l'Unità di Psicopatologia dello Sviluppo dell'Irccs Eugenio Medea su bambini tra gli 8 e i 12 anni.

La dislessia evolutiva rende difficile la comprensione del linguaggio verbale e il cervello si adatta per superare gli ostacoli. È il risultato dello studio *"Developmental Dyslexia With and Without Language Impairment: ERPs Reveal Qualitative Differences in Morphosyntactic Processing"* pubblicato sulla rivista *Developmental Neuropsychology*, condotto dai ricercatori dell'Università di Milano-Bicocca e dell'Irccs Eugenio Medea con il metodo degli evento-correlati. I ricercatori hanno dimostrato che i bambini con dislessia evolutiva e senza alcun pregresso problema di linguaggio hanno anche difficoltà a elaborare il linguaggio verbale.

Lo studio, condotto dai ricercatori del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Milano-Bicocca e dai ricercatori dell'Unità di Psicopatologia dello Sviluppo dell'Irccs Eugenio Medea, ha coinvolto 48 bambini tra gli 8 e i 12 anni: 16 con una diagnosi di sola dislessia evolutiva, 16 affetti sia da dislessia sia da disturbo del linguaggio e 16 senza problemi di dislessia o di linguaggio. Attraverso la tecnica non invasiva dei potenziali evento-correlati, per la prima volta in Italia, sono state studiate le risposte elettriche cerebrali durante l'ascolto di frasi che in alcuni casi contenevano errori di accordo soggetto-verbo ("i bambini parla", "il nonno mangiano"). Nel corso dello studio è stato inoltre chiesto ai bambini di produrre il plurale di nomi inventati o di declinare un verbo inventato ("oggi ratoliamo"), compito risultato più difficile per i bambini dislessici.

Dal monitoraggio dell'attività cerebrale durante l'esperimento, sono state riscontrate nei partecipanti con dislessia risposte elettriche cerebrali anomale che evidenziano l'utilizzo di strategie cognitive qualitativamente differenti per comprendere il linguaggio orale. Come se il cervello utilizzasse un piano B per comprendere meglio i discorsi e le parole.

"I problemi con il linguaggio orale possono essere evidenziati già in età pre-scolare, a differenza della dislessia che viene diagnosticata a 8 anni – spiega **Maria Teresa Guasti**, ordinario di linguistica dell'Università di Milano-Bicocca e coordinatrice dello studio -, riconoscerli subito significa mettere in atto un intervento precoce. E' noto infatti che prima si interviene, migliori sono i risultati".

"Il nostro studio – precisa **Chiara Cantiani**, ricercatrice al Irccs Medea - dimostra che tra bimbi affetti da dislessia e quelli senza disturbi ci sono differenze sia quantitative sia qualitative nelle modalità di elaborazione del linguaggio, e un problema con il linguaggio orale ha sicuramente conseguenze sulla lettura".

"Da queste evidenze – dice **Massimo Molteni**, responsabile area di ricerca di Psicopatologia dello sviluppo del Medea, deve prendere sempre più slancio un percorso scolastico che sappia davvero tenere conto delle differenze di funzionamento dei bambini, affinché ogni neurotipicità sia valorizzata partendo dalle proprie originali modalità di funzionamento".

MEDICINA

Rallentare la quarta età: c'è una nuova strategia

MASSARELLI PAGINA 34

L'infiammazione cronica che ci fa invecchiare senza sosta

La lezione di Franceschi: cambia la prospettiva di un processo ancora enigmatico
Una chiave sono le neurodegenerazioni, al centro del progetto europeo "Propag-Aging"

**Claudio
Franceschi**
Immunologo

RUOLO: È PROFESSORE
DI IMMUNOLOGIA ALL'UNIVERSITÀ
DI BOLOGNA
RICERCHE: È IL PIONIERE
DEGLI STUDI SUI CENTENARI



ANTI-AGING

STEFANO MASSARELLI

«**S**enectus ipsa morbus est» - la vecchiaia è di per sé una malattia - recitavano gli antichi. In realtà si possono superare i 100 anni e rimanere in buona salute o ammalarsi prima di raggiungere la soglia dell'anzianità. Dipende da un mosaico di interazioni tra geni e ambiente, in cui si sta facendo strada una nuova ipotesi, rivoluzionaria: l'invecchiamento è legato a un lento processo infiammatorio globale dell'organismo che rappresenta la base comune di molte malattie croniche, come il diabete, la demenza o i tumori.

A pensarla così è l'immunologo e docente dell'Università di Bologna Claudio Franceschi, uno dei massimi esperti mondiali sul tema dell'invecchiamento e della longevità, pioniere degli studi sui centenari e protagonista, ieri, della conferenza «La sfida del secolo: una vita più lunga e più sana per tutti», organizzata a Torino dal Dottorato di Neuroscienze dell'Università e dal Nico, il

Neuroscience Institute Cavalieri Ottolenghi. «Le ricerche ci stanno regalando un quadro molto più complesso di quanto ci aspettavamo, in cui l'invecchiamento e le patologie associate appaiono come il risultato di un'infiammazione cronica di basso grado che aumenta con l'età e non riconducibile a infezioni specifiche», spiega Franceschi. È la teoria dell'«inflammaging» - concetto che riassume la relazione tra infiammazione («inflammation») e invecchiamento («aging») - in cui l'avanzare dell'età rappresenta la radice della malattia, la quale è in grado di accelerare l'invecchiamento stesso, innescando un vortice senza ritorno.

Visione innovativa. È su questa base che la Commissione europea ha finanziato con 6 milioni il progetto sul morbo di Parkinson e chiamato «Propag-Aging», coordinato dallo stesso Franceschi e dall'Isnb, l'Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna. L'iniziativa coinvolge i migliori centri di ricerca europei - tra cui lo University College di Londra, l'Università di Cambridge e il Karolinska Institutet svedese - con l'obiettivo di identificare i marcatori molecolari del Parkinson per migliorarne la diagnosi, la prognosi e la terapia, evidenziandone anche le relazioni con il processo di invecchiamento, che, com'è noto, rappresenta il principale fattore di rischio del morbo. «Abbiamo adottato un approccio nuovo e cercheremo di identificare le basi della malat-

tia nei processi di invecchiamento, utilizzando le tecnologie più avanzate e confrontando pazienti malati di Parkinson con centenari che non hanno il morbo», sottolinea Franceschi. La visione innovativa sta anche nell'osservare la malattia degenerativa da una prospettiva diversa, senza focalizzarsi solo sul cervello, ma allargandosi all'organismo (e da qui il nome «Propag-Aging»).

I geni «cattivi». Un aspetto confortante di questa «visione integrata» età-malattie sta nel fatto che, intervenendo con un corretto stile di vita, è possibile arginare i processi infiammatori e prevenire lo sviluppo delle malattie stesse. «Gli stimoli ambientali, come l'esercizio fisico o la nutrizione, possono avere un'influenza rilevante nel modificare l'espressione genica e il funzionamento del Dna, attivando e spegnendo geni - sottolinea Franceschi -. Inoltre il Genoma non si limita alle catene di Dna presenti nel nucleo cellulare, ma è rappresentato anche dal Dna mitocondriale (al di fuori del nucleo ed ereditato dalla madre) e dal Genoma dei triloni di batteri che popolano l'intestino e che pesano circa un chilo: un patrimonio genetico circa 100 volte superiore a quello delle nostre cellule». È su questa immensa popolazione di organismi che vivono in simbiosi con noi che si pensa di intervenire per migliorare la salute nel lungo termine, per esempio attraverso l'esercizio fisico e una corretta alimentazione.

Dieta mediterranea. Un punto cruciale della nuova visione è rappresentato proprio dal cibo, attraverso cui sembra sempre più possibile contrastare, o almeno rallentare, i processi di invecchiamento. È questa l'ipotesi di partenza del progetto europeo «Nu-Age», coordinato dallo stesso Franceschi, che punta a verificare quanto un approccio integrato alla dieta mediterranea sia in grado di modificare il funzionamento del Dna. Iniziato nel 2011, «Nu-Age» ha preso in esame un campione di «over 65» che sono stati invitati a seguire uno specifico regime di dieta, ricco di verdure e cereali integrali e povero di carne, sottoponendoli a test genetici e molecolari. Per la rivista «Nature» è una ricerca d'assoluta avanguardia. I risultati sono attesi già per i prossimi mesi.

Contro il Parkinson

■ Dalla farmacologia alla neuromodulazione, dagli strumenti hi-tech per la neuroriabilitazione alle strategie fisioterapiche della danza: sono tante le novità diagnostico-terapeutiche e di gestione dei malati di Parkinson. A raccontarle, a Torino, il primo congresso «Accademia Limpe-Dismov per lo Studio della Malattia di Parkinson e dei Disturbi del Movimento».

Mercoledì 30 SETTEMBRE 2015

Scoperti i geni che determinano la predisposizione al fumo e alle malattie polmonari

Sarai un fumatore? Avrai problemi ai polmoni per questa cattiva abitudine? Uno studio inglese ha scoperto la risposta a queste domande andando a sbirciare tra le pieghe del DNA. Utilizzando l'enorme mole di dati della Biobank inglese (500 mila volontari), i ricercatori delle Università di Nottingham e di Leicester hanno scoperto i geni che predispongono al vizio del fumo e quelli che proteggono i polmoni dagli insulti della sigaretta.

I poveri fumatori sono una delle categorie più bistrattate del pianeta, messi all'indice da tutti in quanto dediti ad un'abitudine per niente salutare e che può danneggiare anche chi sta loro vicino.

Ma oggi, per una strana nemesi scientifica, anche loro possono vivere un momento di gloria, grazie ad uno studio appena pubblicato su [Lancet Respiratory Medicine](#) e presentato in questi giorni al congresso della Società Europea di Medicina Respiratoria (ERS), in corso ad Amsterdam.

I ricercatori delle università di Nottingham e di Leicester, autori di questo studio finanziato dal *Medical Research Council* inglese, sostengono infatti che nel DNA dei fumatori arrivati alla tarda età senza riportare danni, potrebbero celarsi preziose informazioni che, una volta decifrate, sarebbero di grande aiuto nel trattamento di malattie quali la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

La BPCO è una condizione che affligge milioni di persone in tutto il mondo e che molto spesso è messa in relazione causale con il fumo di sigaretta. Esiste però un'esigua minoranza di fumatori incalliti che arrivano ad un'età veneranda senza presentare i danni polmonari tipici di questa malattia. Ed è su questa minoranza di eletti che si è appunto concentrata l'attenzione dei ricercatori inglesi.

Andando a cercare l'ago nel pagliaio tra i dati genetici dei partecipanti alla Biobank inglese, gli autori dello studio hanno individuato alcune differenze genetiche che influenzano la possibilità che una persona diventi o meno un fumatore, ma anche la predisposizione sia dei fumatori incalliti che dei non fumatori a sviluppare una patologia cronica polmonare. Una doppia scoperta questa che potrebbe da un lato aiutare a mettere a punto nuove strategie per smettere di fumare, dall'altra a ideare nuovi trattamenti per la BPCO.

Per arrivare a questi risultati i team di **Ian Hall** dell'Università di Nottingham e di **Martin Tobin** dell'Università di Leicester, hanno studiato la funzionalità polmonare degli oltre 500.000 partecipanti della Biobank. Il 10% di questi è stato selezionato in base al grado di funzionalità dei loro polmoni (FEV1) e al fatto che fossero fumatori importanti (> 35pack-anni) o che non avessero mai fumato. A quel punto i ricercatori hanno messo in relazione queste caratteristiche con 28 milioni di varianti genetiche, per ogni partecipante. Un'impresa titanica, quasi unica nel suo genere. Da tutto questo lavoro sono emerse parti del genoma umano che non erano mai state in precedenza correlate alle patologie polmonari e 5 tratti del DNA correlabili col fatto di essere un forte fumatore, compresa una variante di NCAM1 (sul cromosoma 11) e una variante sul cromosoma 2 (tra TEX41 e PABPC1P2) che ha un effetto sull'espressione di NCAM1 nel tessuto cerebrale.

"I farmaci che utilizziamo per prevenire o per trattare le malattie hanno come bersaglio alcune proteine del nostro organismo e i geni influenzano la produzione delle proteine. Riuscire a comprendere quali geni sono coinvolti nelle malattie polmonari o nella dipendenza da fumo di sigaretta può dunque essere d'aiuto a progettare e sviluppare nuovi e più mirati trattamenti, che verosimilmente saranno più efficaci e gravati da meno effetti collaterali. La Biobank inglese è stato considerato un progetto visionario all'epoca della sua ideazione e questo tipo di studi sono la dimostrazione di quanto è possibile ottenere utilizzando questa risorsa. La nostra speranza ora è di entrare ancora più in dettaglio quando il prossimo anno avremo a disposizione le informazioni genetiche relative a tutti i partecipanti alla Biobank."

"Il fumo – commenta il professor Martin Tobin – è il più importante fattore di rischio comportamentale per la BPCO. Moltissimi, anche se non tutti i fumatori sviluppano questa patologia. E la genetica gioca un ruolo importante, come visto anche per l'abitudine al fumo". Questa ricerca aiuta a capire perché alcuni diventano schiavi delle bionde e allo stesso tempo apre la strada a strategie di prevenzione più efficaci e a trattamenti migliori. "Smettere di fumare – sottolinea l'esperto - resta tuttavia il modo migliore per prevenire le malattie correlate al fumo, quali BPCO, cancro e malattie cardiovascolari."

Maria Rita Montebelli