



RASSEGNA STAMPA

28-07-2016

1. REPUBBLICA.IT Prevenzione tumori della pelle, l'occhio del dermatologo non basta
2. QUOTIDIANO SANITÀ La riabilitazione oncologica è fuori dai nuovi Lea
3. ANSA Tumori: Cnr, scoperto nuovo meccanismo crescita cellulare
4. ANSA Nell'olio extravergine 'armi' su misura contro i tumori
5. QUOTIDIANO SANITÀ Cancro al seno: la digitopressione allevia l'affaticamento
6. TEMPO Ecco il progetto NEXT10 oncologia di precisione
7. GIORNALE In Germania Alleanza a tre per debellare il cancro
8. ILSOLE24ORE.COM Risk, lo «sboom» dei sinistri Ssn
9. GIORNALE L'accesso alle terapie del dolore e la conoscenza della Legge 38
10. GIORNALE I fanatici della salute che colpiscono solo il fumo
11. ILSOLE24ORE.COM Fondo non autosufficienze, arriva alla Stato Regioni
12. CORRIERE DELLA SERA Un gene della Sla individuato grazie a secchiate d'acqua
13. HEALTH DESK Doppio attacco alla Sla con due studi su Nature Genetics
14. PANORAMA Vi darò la mano (bionica)
15. DOCTOR 33 Giornata mondiale epatite, dieci milioni di infetti in Ue. Solo uno su 100 riceve terapia
16. PANORAMA L'ultima follia, le flebo alle vitamine

<http://www.repubblica.it/oncologia/>

Prevenzione tumori della pelle, l'occhio del dermatologo non basta



Esperti Usa mettono in dubbio i benefici degli screening basati sulle visite cliniche. In Italia esperti Aiom promuovono la dermatoscopia.

La vista dal dermatologo per controllare i nei e la pelle osservandola ad occhio nudo non basta a prevenire i [tumori cutanei](#). Gli studi in cui si dimostra la sua utilità, fatti fino ad oggi, sarebbero insufficienti, fatti male, di pessima qualità e non privi di conflitti di interessi. La "scudisciata" ai medici e agli autori delle ricerche è della task force statunitense U.S. Preventive Services Task Force, un gruppo di studiosi indipendente che valuta la validità degli screening e delle ricerche sulla medicina preventiva. La bocciatura corrisponde ad uno 'statement' (una dichiarazione ufficiale) pubblicata oggi su [Jama Oncology](#), in cui gli esperti precisano che le evidenze ad oggi sono insufficienti e che non sono dimostrati i reali benefici delle visite cliniche sulla popolazione. Ad una tale dichiarazione seguono anche gli editoriali firmati sulle riviste [Jama Dermatology](#) ed [Internal Medicine](#).

“I carcinomi basocellulari e spinocellulari sono i più frequenti tumori della pelle negli Stati Uniti, che comunque raramente conducono alla morte. Al contrario del melanoma che è ad oggi la forma più pericolosa di cancro cutaneo. Nel 2016 abbiamo avuto 76.400 nuovi casi di melanoma negli Stati Uniti e oltre 10.000 morti” spiegano gli autori dello statement. “Le prove che l’esame clinico visivo sia sufficiente a prevenire questi tumori sono insufficienti e inadeguate. Effettuare tali screening sulla popolazione ha invece indotto certamente a diagnosi, biopsie e cure errate e inutili”.

Conferma i dubbi dell’utilità delle visite cliniche **Ignazio Stanganelli**, direttore dello Skincancer Unit Irccs Istituto Tumori Romagna e Università di Parma, fra gli autori delle linee guida italiane dell’Aiom sul [melanoma](#): “In Italia alla visita clinica si associa l’uso della dermatoscopia da diversi anni e, più recentemente, quella dotata di microscopia confocale. La sinergia di tali strumenti con l’esperienza del dermatologo fanno la differenza. Nel nostro paese le semplici visite cliniche senza l’uso di tali mezzi strumentali è in forte calo e, ad oggi, interessa al massimo dal 20 al 30 % degli ambulatori di dermatologia. Lo screening generalizzato e le visite dermatologiche fatte ad occhio sono insufficienti e la letteratura lo evidenzia da tempo”.

Sottolinea lo specialista: “L’Italia è fra i paesi in cui la dermatoscopia è più diffusa e non sostituisce l’esame clinico generale ma lo integra. In questo modo lo screening, fatto sulla popolazione a rischio e non su tutta la popolazione in modo random, è utile ed efficace”. “In Italia il melanoma occupa ora il terzo posto per incidenza di tutti i tumori maligni fra i giovani di meno di 50 anni di età. Grazie a tali modalità di indagini e di diagnosi precoce abbiamo ridotto notevolmente la mortalità da tumori cutanei nel nostro Paese che vengono individuati nelle prime fasi di sviluppo. Resta solo il problema dei melanomi nodulari spessi, che sfuggono anche agli screening mirati perché la loro crescita è molto rapida e la diagnosi precoce resta difficile”.

Mercoledì 27 LUGLIO 2016

La riabilitazione oncologica è fuori dai nuovi Lea

Gentile direttore,

questa è una lettera che non avremmo mai voluto scrivere, eppure siamo costretti a denunciare, ancora una volta, la miopia delle scelte di politica sanitaria per affermare con forza i diritti dei malati di cancro. Lo schema del Decreto di aggiornamento dei LEA, che sta per entrare in vigore, presenta una gravissima omissione: tra le prestazioni e i servizi garantiti ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale non è stata inserita la riabilitazione oncologica.

A cosa è valsa un'attesa lunga quasi quindici anni, da quando cioè con il DPCM del 29 novembre 2001 per la prima volta sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza, se, al momento del loro aggiornamento, sono state ignorate le evidenze scientifiche, i dati sulla prevalenza e sulla guarigione da tumore in Italia, nonché le proiezioni sul numero di persone in vita dopo una diagnosi di tumore recente o lontana nel tempo?

Il cancro non è una malattia come le altre. Nell'Unione Europea nel 2013 è stato responsabile della morte di quasi 1,3 milioni di persone, più di un quarto di tutte le morti (dati Eurostat presentati nel 2016). In Italia, il 30% dei decessi è causato dal cancro e la spesa per i farmaci antineoplastici nel 2014 si è collocata al primo posto, seguita, per la prima volta, dai farmaci antimicrobici e dai farmaci del sistema cardiovascolare (cfr.: Costi, attività e risultati in Oncologia in ottica di popolazione: misurare il "valore" per governare la tempesta perfetta, in VIII° Rapporto FAVO sulla condizione assistenziale del malato oncologico, 2016).

Gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore nel 2010 erano 2.587.347, pari al 4,4 % della popolazione. Nel 2015, sono stati diagnosticati, secondo le recenti elaborazioni dell'Associazione italiana registri tumori (Airtum), 366 mila nuovi casi di tumore, ovvero circa mille nuovi casi al giorno, i decessi sono stati 175 mila, il 30 % del totale e la seconda causa di morte nel paese, ed i pazienti in cura sono stati 3 milioni.

I costi del cancro sono trasversali a tutti i settori del welfare, non soltanto a quello socio-sanitario: nel 2014 i tumori hanno rappresentato la causa prima del riconoscimento degli assegni di invalidità e delle pensioni di inabilità con un trend in costante crescita nel corso degli ultimi anni (cfr. Previdenza e assistenza sociale - L'impegno dell'INPS per la semplificazione amministrativa e l'appropriatezza delle valutazioni medico legali in VII° Rapporto FAVO sulla condizione assistenziale del malato oncologico, 2015).

Nonostante la realtà dei fatti, così ben rappresentata dai numeri, la riabilitazione oncologica continuerà a essere inclusa in modo frammentato all'interno di diverse tipologie riabilitative riferite ad altri gruppi di patologie secondo l'International Classification of Functioning Disability and Health dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si tratta di una soluzione inaccettabile che condanna il paziente a un percorso riabilitativo discontinuo, frammentato, ma soprattutto parziale, perché focalizzato esclusivamente sul recupero della funzione fisica lesa dalla malattia e non già sul completo recupero cognitivo, psicologico, sessuale, nutrizionale e sociale (recupero bio-psico-sociale). Chi prenderà in carico l'esercito dei guariti dal cancro o dei malati cronici?

Se da un lato si annuncia trionfalmente di aver aggiunto nuove prestazioni garantite dalle risorse pubbliche, dall'altro non si è compiuto uno sforzo sufficiente per definire chi saranno i veri beneficiari, alla luce delle risorse sempre più scarse e dei nuovi bisogni assistenziali, tra i quali rientra quello della riabilitazione in ambito oncologico. Si continua a rincorrere il mito, ormai sfilacciato, della corsa all'efficienza e della "buona spesa", ma si compiono scelte lontane dall'uno e dall'altro criterio, scaricando, ad esempio, i costi economici e sociali dell'assistenza della riabilitazione oncologica sulle famiglie: la polvere sotto il tappeto è soltanto invisibile agli occhi, ma c'è.

Un approccio settoriale al welfare e non integrato, che non consideri cioè le interazioni economiche e organizzative tra i diversi settori che lo compongono, non contiene i costi, ma si limita a spostarli da un capitolo

a un altro dei bilanci.

Tale scelta risulta per di più in controtendenza rispetto alle azioni dell'UE in ambito oncologico che di recente hanno portato all'approvazione da parte della Commissione dell'Azione Congiunta sul Controllo del Cancro (CanCon) che coinvolge 17 Ministeri della Salute europei, tra cui quello italiano. Scopo del progetto è la produzione di linee guida, che saranno disponibili dal 2017, per definire nuovi standard di organizzazione per la riabilitazione in ambito oncologico.

Che fine ha fatto il modello di riabilitazione che il Ministero della salute aveva descritto nel Quaderno n. 8 del 2011 "La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali" in cui si è riconosciuto che "un'efficace terapia antitumorale non può prescindere da una precoce presa in carico riabilitativa globale che prevede una completa integrazione con chi si occupa del piano terapeutico strettamente oncologico e chi si occupa della terapia di supporto e delle cure di sostegno"?

Ma soprattutto quale visione comune lega lo schema di Decreto sui nuovi LEA al Documento Tecnico di Indirizzo per Ridurre il Carico del Cancro per l'anno 2011-2013 (cosiddetto Piano Oncologico Nazionale) – prorogato al 31 dicembre del 2016 – nel quale la riabilitazione in ambito oncologico è definita come "un investimento per la società" e non un costo, dal momento che "salvaguarda un patrimonio di esperienze umane, professionali e culturali e di potenzialità lavorativa che altrimenti andrebbe definitivamente perduto"?

Forse l'investimento per la società è stato sacrificato sull'altare dell'efficienza per un bene diverso e superiore, di cui però non si ha traccia. Sono state disattese le conclusioni della Consensus conference promossa da Aiom con la determinante partecipazione di FAVO, AIRO, SICO, SIMG e SIPO nel settembre del 2015 in cui è stato delineato il fabbisogno riabilitativo della persona guarita dopo terapia oncologica. A quest'ultima dovrà essere garantita l'accessibilità a un programma che sia il più possibile personalizzato e proporzionato alle condizioni generali di salute e orientato anche ai bisogni psicologici e sociali.

Solo un progetto riabilitativo multiprofessionale, infatti, garantisce il completo reinserimento della persona nel suo percorso di vita.

Senza la previsione specifica della riabilitazione oncologica nel Decreto LEA, le disparità territoriali nell'accesso alle prestazioni e ai servizi ad essa connessi aumenteranno mettendo a dura prova la coesione sociale, senza lo stigma formale dell'essenzialità, le attività necessarie per la presa in carico dei malati guariti o cronicizzati finiranno per allungare l'elenco dei diritti negati, non di quelli garantiti. E questa volta con la giustificazione formale del mancato inserimento nei nuovi LEA.

Eppure due esperienze regionali, quella del Piemonte e quella della Toscana, dimostrano da anni che è possibile organizzare e remunerare correttamente i percorsi di riabilitazione in oncologia nel contesto delle reti regionali, modello organizzativo ottimale per la gestione di una malattia ad elevato impatto sanitario e sociale come il cancro.

L'auspicio di tutto il volontariato oncologico, FAVO in testa, è che si ponga rimedio sin d'ora a questa grave insufficienza nel nuovo schema di Decreto, dando immediata evidenza alle specificità del cancro nella fase riabilitativa, riservando almeno un'area specifica per le attività e i servizi compresi nella riabilitazione oncologica.

Quindici anni per aggiornare i LEA sono tanti, ma davvero troppi per continuare a sbagliare.

Prof. Francesco De Lorenzo
Presidente FAVO
Federazione Associazioni di Volontariato in Oncologia

Maurizio Campagna
ECPC – Public Health Policy Specialist

The ANSA logo consists of a solid green square with the word "ANSA" written in white, bold, uppercase letters in the center.

27-07-2016

Lettori
155.567<http://www.ansa.it>

TUMORI: CNR, SCOPERTO NUOVO MECCANISMO CRESCITA CELLULARE

PASSO AVANTI PER SVILUPPO FARMACI ANTI-CANCRO

ROMA, 27 LUG - Scoperto un nuovo meccanismo della crescita cellulare. Il Cnr ha infatti realizzato uno studio, pubblicato su Nature Communications, che rivela un nuovo processo regolatorio nella divisione cellulare. La scoperta ha permesso di rivelare nuovi bersagli per lo sviluppo di farmaci attivi contro la crescita cellulare, quindi contro il cancro. La ricerca è dell'Istituto di biochimica delle proteine del Consiglio nazionale delle ricerche di Napoli (Ibp-Cnr), in collaborazione con l'Istituto per il sistema produzione animale in ambiente mediterraneo (Ispaam-Cnr). La divisione delle cellule "è regolata da meccanismi di controllo molto accurati, noti come checkpoint. Quello più investigato è il checkpoint che agisce prima della divisione del materiale genetico (Fase G1), lo stesso che, in caso di tumori, non è più funzionante. Il secondo è quello che opera dopo il completamento della divisione del materiale genetico (fase G2)", spiega spiega Antonino Colanzi, coordinatore del gruppo di lavoro e ricercatore Ibp-Cnr. La ricerca di base - finanziata da Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc), Regione Campania (Progetto Ockey) e Miur - è "fondamentale per la scoperta di nuovi ambiti applicativi. Poiché i tumori presentano un checkpoint G1 non funzionale, la possibilità di inibire il ciclo cellulare durante la fase G2 rivela nuovi bersagli per lo sviluppo di farmaci attivi nella lotta contro la crescita cellulare, quindi - conclude Colanzi - contro il cancro". I Centri di competenza sono in media 3,8 per milione di abitante ma si passa da 1,8 della Sicilia al 12,8 per il Molise. Altra marcata diversità regionale riguarda la realizzazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) per la presa i carico del paziente: è ancora in fieri, fatta eccezione per Lombardia, Toscana, Lazio, Emilia-Romagna, Piemonte-Valle d'Aosta, Sicilia, P.A. Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia e Umbria, Veneto.

<http://www.ansa.it>

Nell'olio extravergine 'armi' su misura contro i tumori

Università Bari, ogni varietà ha geni con azioni diverse

La varietà di olio extravergine di oliva più ricca di polifenoli ha un potente effetto benefico sulla nostra salute, ha soprattutto un'azione antiinfiammatoria e antitumorale. Lo dimostra lo studio di nutrigenomica condotto da un gruppo di ricercatori dell'Università di Bari (guidato dal prof. Antonio Moschetta, docente di Medicina Interna della facoltà medica barese). Protagoniste dello studio sono proprio le varietà o "cultivar" pugliesi, dalla Coratina alla Peranzana: i ricercatori - partiti dal presupposto che l'olio extravergine d'oliva rappresenta un target ideale per gli studi di nutrigenomica - si sono concentrati su come i nutrienti influenzano il nostro organismo. "La scoperta sorprendente - affermano i ricercatori - è che ogni cultivar di olio extravergine d'oliva è così specifica da percorrere strade individuali 'accendendo' geni precisi nel nostro organismo. In altre parole, ogni tipo di olio va considerato come un alimento diverso".

La ricerca ha mirato a identificare geni e microRNA deputati al funzionamento delle cellule infiammatorie (i monociti), la cui espressione può variare in rapporto all'assunzione acuta di varietà di olio extravergine d'oliva più o meno ricche in polifenoli (i composti chimici "buoni" che vi sono contenuti e che conferiscono all'olio il sapore caratteristico). "Lo studio - spiegano i ricercatori - ha confermato in pieno che l'olio extravergine d'oliva ricco in polifenoli giova alla salute non solo da un punto di vista metabolico, ma anche sullo stato ossidativo, sull'infiammazione e sulla prevenzione dell'aterosclerosi e del cancro". La notizia ancora più rilevante "è che tali effetti benefici appaiono più marcati nei volontari sani che non su pazienti con obesità addominale e sindrome metabolica, a sottolineare l'importanza del duo qualità dell'alimento e qualità dell'organismo che lo riceve". Questi risultati - secondo i ricercatori - aprono nuovi ed inediti scenari in ambito nutrizionale: "E' possibile prevedere - spiega Moschetta - che in un prossimo futuro ogni ristorante dovrà avere,

insieme alla carta dei vini, anche quella degli olii, e che la scelta di questi ultimi sarà basata sul gusto e sulle proprietà nutrigenomiche".

"Avremo così - aggiunge il coordinatore dello studio - la possibilità reale di difendere la qualità e incentivare la forza dei nostri olii pugliesi e italiani, della loro palatabilità e delle loro già ampiamente riconosciute proprietà chimico-fisiche. Longevità e prevenzione delle malattie cardiovascolari ed oncologiche sono gli obiettivi della cosiddetta personalizzazione della nutrizione".

Lo studio è stato condotto dal gruppo Moschetta con primo autore la dottoressa D'Amore presso il Dipartimento Interdisciplinare di Medicina dell'Università degli Studi di Bari in collaborazione con l'IRCCS Istituto Tumori di Bari e con la Fondazione Mario Negri Sud di Santa Maria Imbaro ed è stato finanziato con fondi PON/POR e dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro ed è stato pubblicato oggi online sulla sezione Molecular Biology of Lipids della rivista Biochimica et Biophysica Acta.

Mercoledì 27 LUGLIO 2016

Cancro al seno: la digitopressione allevia l'affaticamento

Il trattamento mirato in certi punti specifici con massaggio e digitopressione potrebbe aiutare le pazienti con cancro al seno a superare l'astenia e l'affaticamento. È quanto emerge da uno studio statunitense pubblicato da JAMA Oncology.

(Reuters Health) - La digitopressione è una tecnica simile all'agopuntura in quanto coinvolge punti specifici del corpo, ma senza utilizzare aghi. La pressione infatti viene applicata nei punti specifici con le dita o tramite dispositivi. Inoltre, come precisano gli autori dello studio, si tratta di un trattamento semplice, a basso costo e a basso rischio.

Lo studio

I ricercatori – guidati da Suzanna Zick, della University of Michigan – hanno assegnato in modo casuale 288 pazienti sopravvissute al cancro al seno a tre diversi gruppi di osservazione. Ad un primo gruppo è stato detto di continuare il trattamento. Un secondo gruppo ha ricevuto la digitopressione mirata in punti specifici, allo scopo di favorire il rilassamento. L'ultimo gruppo ha ricevuto una digitopressione stimolante, allo scopo di aumentare l'energia.

All'inizio dello studio le donne sono state istruite per autogestire la digitopressione con un movimento circolare per 3 minuti ogni giorno, per sei settimane. Le tecniche di digitopressione sono state valutate all'inizio dello studio, nelle tre settimane successive e alla fine. Le donne hanno iniziato lo studio mostrando un punteggio medio di circa 5, secondo una scala di valutazione dell'affaticamento crescente da 1 a 10.

I risultati

Alla fine delle sei settimane, circa il 66% delle donne nel gruppo della digitopressione rilassante e circa il 61% nel gruppo di quella stimolante mostravano una riduzione del punteggio della scala di valutazione dell'affaticamento pari a 4, cioè nel range considerato normale, mentre questo avveniva solo per circa il 31% delle donne nel gruppo che continuava il trattamento abituale.

Dopo altre quattro settimane, il 56% del gruppo della digitopressione rilassante e il 61% del gruppo della digitopressione stimolante mostravano ancora segni di affaticamento nel range di normalità, rispetto a circa il 30% nel gruppo di confronto. Va precisato che nessuna delle due tecniche di digitopressione ha superato l'altra in termini di riduzione della fatica; tuttavia il metodo rilassante ha ulteriormente migliorato la qualità del sonno e la qualità della vita rispetto al metodo stimolante.

I ricercatori stessi osservano che i loro risultati sono coerenti con quelli degli studi precedenti, che avevano valutato la digitopressione come metodo utile per il trattamento dell'astenia. E precisano che circa il 90% delle partecipanti erano di razza bianca. Inoltre, circa il 12% delle donne ha sospeso la digitopressione perché la riteneva troppo lunga da praticare. In ogni caso i ricercatori sperano di poter approfondire il loro studio osservando le risposte del cervello alla digitopressione e sperimentandola in tempi ridotti ad un solo minuto per trattamento.

Fonte: JAMA Oncology 2016

Andrew M. Seaman

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Speciale Salute

Le sfide dei prossimi dieci anni in un manifesto

Ecco il progetto NEXT10 oncologia di precisione

Del Vecchio

**«Concentrare le competenze
e decentrare i servizi»**

■ Delineare dieci sfide e opportunità che più caratterizzeranno nei prossimi dieci anni l'oncologia di precisione. Questo l'intento del Progetto NEXT10, che ha preso vita nel 2014 grazie al contributo di un team multidisciplinare di esperti e al supporto di Novartis, e che ha presentato a Roma il Manifesto sull'oncologia di precisione, alla presenza di rappresentanti di società scientifiche e associazioni pazienti, durante l'evento «Oncologia di precisione, i successi di oggi, le sfide di domani». «La medicina di precisione, rappresenta un nuovo approccio alla malattia - afferma Francesco Perrone, Oncologo, Istituto Nazionale Tumori di Napoli - che consente di valutare dati provenienti da analisi molecolari (cellulare, genomica e biochimica), integrati con criteri clinico-patologici consolidati, per orientare le decisioni mediche e fornire così strategie terapeutiche mirate alle caratteristiche di ogni singolo paziente. Le nuove conoscenze biomediche, come ad esempio le mutazioni nei geni delle cellule tumorali, possono così essere integrate con i più recenti avanzamenti tecnologici, co-

me le analisi di grandi banche dati biologiche e cliniche».

Oggi, la rivoluzione è segnata proprio dalle prospettive offerte dalle recenti tecnologie che rendono disponibili mezzi computazionali per l'analisi dei big data. In particolare, nell'ambito della ricerca di base e clinica in campo oncologico è oggi in corso una rivoluzione nel modo di pensare il cancro, rappresentata dalla oncologia di precisione. Ed è grazie all'oncologia di precisione, infatti, che oggi non parliamo più di «il» tumore ma di «i» tumori, poiché la malattia si sviluppa e progredisce diversamente in ogni persona, a partire anche da diverse mutazioni genetiche all'origine, e un nuovo approccio alla diagnosi, prognosi e al trattamento che tenga conto di queste differenze è oggi possibile. Questa rivoluzione pone però delle grandi sfide non solo di tipo strettamente scientifico, che riguardano prima di tutti i pazienti, come emerge dai primi due punti del Manifesto, ovvero su come mantenere centrale il rapporto umano con il paziente e il non dare false speranze.

Nei dieci punti cardine del Manifesto NEXT10, si affrontano temi di grande importanza nello sviluppo prospettico

dell'oncologia che vanno dalla necessità di gestire la pratica clinica in funzione del rapporto umano con il paziente alla creazione e sviluppo di reti di collaborazione e di circolazione dei saperi, che assicurino uniformità su tutto il territorio nazionale. E ancora, la gestione al meglio della tecnologia in continua evoluzione; l'incentivazione di investimenti economici per la ricerca, la realizzazione di un sistema integrato, complessivo e condiviso di registrazione dei dati e delle informazioni. «Emerge in modo evidente la duplice necessità di concentrare saperi e competenze e di decentrare i servizi, per gestire al meglio la malattia - precisa Mario Del Vecchio, SDA Professor di Public Management and Policy, Università Bicconi, Milano e coordinatore Health Service Research, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze».



FOCUS SALUTE E BENESSERE

IN GERMANIA

Alleanza a tre
per debellare
il cancro

■ L'ospedale Robert Bosch, l'omonima Fondazione e il Gruppo Bosch uniscono le forze per combattere il cancro. I tre partner hanno formato un'alleanza che prevede una serie di iniziative. La volontà è quella di istituire un nuovo centro per la ricerca sulla malattia: il Centro Tumori Robert Bosch, a Stoccarda, in collaborazione con il Centro di ricerca tumori tedesco. A tal scopo, è stata firmata una dichiarazione d'intenti tra le parti.

La fondazione Robert Bosch, a oggi, sostiene i progetti di ricerca dell'ospedale Robert Bosch e metterà a disposizione, fino al 2020, 24 milioni di euro a supporto sia per la ricerca sul cancro sia per la creazione del Centro tumori omonimo. Inoltre, con effetto immediato, il Gruppo Bosch darà la possibilità ai propri collaboratori, affetti dalla malattia, di usufruire degli ultimi metodi diagnostici offerti dall'ospedale Robert Bosch e dal Centro di ricerca tumori della Germania. Per questo, metterà a disposizione un milione.

«L'ospedale, la fondazione e l'azienda fanno tutte parte del mondo Bosch e condividono i valori del suo fondatore. Robert Bosch è una figura di riferimento per la responsabilità sociale, nel 1940 creò l'ospedale che porta il suo nome. Con la nostra alleanza contro il cancro stiamo continuando quest'impegno a favore della salute degli individui; ogni partner condivide il significato di quest'impegno», così Joachim Rogall, managing director della Fondazione Robert Bosch.

GPAV



Sanità₂₄ | Il Sole 24 ORE

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa



27 lug 2016

LAVORO E PROFESSIONE

Risk, lo «sboom» dei sinistri Ssn

SEGNALIBRO ☆
FACEBOOK | f
TWITTER | t

TAG

Medicina generale
Contenzioso
Prestazioni sanitarie
Ospedale

Stando a quanto riferiscono alcuni media la sinistrosità per Medical Malpractice è in continua, inarrestabile ascesa per numero e per costi. Questa diffusa ma, come vedremo, assai poco fondata percezione ha tra l'altro determinato la fuga delle compagnie assicurative, e di quelle italiane in particolare, dal comparto della sanità. Sono oramai pochissime le Regioni italiane provviste di copertura assicurativa per la Med-Mal, la maggior parte è oramai in "autoassicurazione": delicato eufemismo per dire che i sinistri causati se li coprono e se li gestiscono da soli. Lo stesso dicasi per la maggior parte delle strutture dell'ospedalità privata del Paese. Questa percezione di rischio avrebbe indotto nei medici un riflesso condizionato di difesa definito "medicina difensiva". La prescrizione di esami, la selezione dei pazienti, l'indicazione degli interventi, la scelta di un percorso di cura rispetto a un altro, non avverrebbero solo secondo "scienza e coscienza", ma con un preoccupato retropensiero attento a evitare una possibile azione di rivalsa. Qualcuno è riuscito, non sappiamo come, a stimare anche il costo di tale comportamento in diversi miliardi di euro. Il mondo politico infine ha messo mano a un nuovo testo di legge (Dl Gelli), approvato alla Camera, che dovrebbe riordinare normativamente il settore, e tutti speriamo in meglio.



Il metodo di lavoro. La Società italiana di Ortopedia e traumatologia, che rappresenta 4.500 ortopedici, professionisti tra i più esposti ad azioni di rivalsa, con l'ausilio di alcuni dei migliori esperti del Rischio clinico quali Alessandra De Palma, Davide Mozzanica e Riccardo Tartaglia, ha elaborato un'analisi della sinistrosità per Med-Mal in tre Regioni italiane, l'Emilia-Romagna, la Lombardia e la Toscana, per valutarne le cause, conoscerne le tipologie, i tempi e i costi e soprattutto definire le pratiche per la sicurezza da adottare. Tale lavoro è stato di recente pubblicato sulla rivista Giot.

Sono stati presi in esame tutti i sinistri censiti nei data base di Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana, relativi al periodo 2009-2014. Questa macroregione ospita il 30% della popolazione italiana ed eroga il 30% dei ricoveri ospedalieri.

Con il termine sinistro indichiamo, come nella terminologia degli assicuratori, qualunque formale richiesta di risarcimento danni pervenuta. Non appaia scontato sottolineare che una pretesa risarcitoria non è sinonimo di danno accertato, infatti come vedremo solo poco più della metà delle stesse, esperita l'istruttoria del caso, si rivelerà fondata ed esiterà in un rimborso. Ma d'altra parte, come vedremo non ogni danno determinato esita in un'azione di rivalsa.

Il numero. I "sinistri" censiti si riferiscono esclusivamente alle strutture sanitarie pubbliche, ambulatoriali, ospedaliere, territoriali. Il numero complessivo dei sinistri, non solo non è in aumento, ma piuttosto in lieve diminuzione. La media complessiva del periodo 2009-2014 è di 5,402 sinistri per anno, l'oscillazione anno per anno è minima, il dato è stabile. La media nel primo triennio 2009-2011 è di 5,500 sinistri, quella del secondo 2012-2014 è di 5,300, la variazione è in diminuzione: -3,5 per cento.

Ania (Associazione nazionale imprese assicuratrici) in un recente rapporto ("Ania: L'assicurazione italiana 2014-15. La responsabilità civile in ambito sanitario", pagine 172 e seg.) registra nel periodo 2010-2013 una riduzione ancora più significativa, -11% delle richieste risarcitorie pervenute. A fronte di queste 5.400 pretese risarcitorie, nelle strutture pubbliche di queste tre Regioni, vengono effettuati ogni anno oltre due milioni di ricoveri ospedalieri (2014 = 2.023.250) (fonte: ministero della Salute, Rapporto Sdo 2014). La frequenza è quindi: n. 2,7 sinistri ogni 1.000 ricoveri per acuti.

I sinistri senza seguito. Le richieste risarcitorie pervenute vengono valutate da appositi Comitati e possono essere soddisfatte o rigettate ed esitare o meno in contenzioso. Una

percentuale variabile fra il 40 e il 45% delle richieste si chiude senza seguito dopo la fase istruttoria, non venendo accolta e non esitando in giudizio.

Ania stima tale dato addirittura fra il 60 e il 70%, scontando però una possibile duplicazione delle denunce per lo stesso sinistro (sanitario e struttura; più sanitari; più strutture ecc.), con apertura (e conseguente chiusura) di più pratiche per lo stesso evento.

La latenza. Il tempo medio intercorrente tra l'evento che ha determinato il danno e l'arrivo della richiesta risarcitoria è incredibilmente lungo: 775-850 giorni. Agenas lo stima in 852 giorni, nello stesso studio la definizione della pratica richiede ulteriori 542 giorni.

I costi. Gli importi medi pagati dalle Regioni del nostro campione, per transazione o a seguito di sentenze, oscillano tra i 26.513 della Toscana e i 47.466 della Lombardia (tabella 1). Agenas (*"Monitoraggio delle denunce di sinistri 2014"*) stima in euro 52.368 il costo medio dei sinistri nel solo 2014, valore questo peraltro assai vicino a quello rilevato nel nostro campione dalla Lombardia nello stesso 2014 (50.771).

I sinistri in ortopedia. Il numero dei sinistri prodotti in ortopedia appare stabile e rappresenta il 15,4% del totale (figura 2). La loro frequenza è di n. 3,5 sinistri ogni 1.000 ricoveri (237.392 ricoveri nel 2014), a testimonianza della relativa maggiore rischiosità di questa branca rispetto alla media generale, almeno per quanto attiene al numero dei sinistri censiti.

La tipologia. L'errore chirurgico, come prevedibile, è la causa più frequente di pretese risarcitorie con frequenze che vanno dal 29 al 56% del totale delle richieste (tabella 2). L'errore terapeutico è tra il 7 e il 10%, quello diagnostico fra il 10 e il 14 per cento. Le infezioni rappresentano dal 6 all'8% di tutte le richieste. Le cadute contribuiscono in una percentuale tra l'1 e il 2 per cento. Marginali i vizi di consenso (0,4%) o gli errori di assistenza (1,3 per cento).

E per il 2016? Cosa dobbiamo aspettarci?

Il numero dei sinistri previsti. Se nelle tre Regioni esaminate che ospitano il 29,95% della popolazione italiana e il 30,6% dei ricoveri (acuti e non acuti), vengono censiti stabilmente 5.400 sinistri, è ragionevole prevedere che nell'intero Paese nel 2016 si attiveranno, verso le strutture sanitarie a gestione pubblica, un numero di pretese risarcitorie vicino a 18.000. Solo il 55-60% di tali pretese risarcitorie (circa 10.400), però otterrà un risarcimento per via giudiziale o extragiudiziale.

Ania stima invece n. 30.000 sinistri all'anno, dando però espressamente atto che all'interno di tale numero si annidano rilevanti duplicazioni, tanto che, a suo dire «... mediamente oltre due terzi dei sinistri denunciati alle compagnie... vengono chiusi senza seguito» (pag. 173).

Quindi anche secondo Ania, non più di 10.000 sarebbero i sinistri effettivamente onerosi a carico per di più di tutto il sistema pubblico e privato. Meno di quanti stimiamo nella nostra analisi, posto che Ania ricomprende anche il sistema ospedaliero privato che rappresenta da solo il 26,5% dei ricoveri ospedalieri.

I costi per il Ssn. Nel nostro campione il costo unitario medio dei risarcimenti, rilevato nell'ultimo triennio, è stato di euro 33.958; Agenas nello studio citato, limitatamente al solo 2014, rileva tale costo a euro 52.368. Ania pubblica annualmente un dettagliatissimo tabulato (tabella 3), dal quale si evince che il valore medio pluriennale più elevato è stato di euro 43.539 (2008-2013), mentre il costo più elevato per singolo anno (2013) è stato di euro 56.479.

Prendendo a riferimento il valore minimo (euro 33.958, tabella 1) e quello massimo (euro 56.479, tabella 3) il costo complessivo dei circa 10.400 sinistri da risarcire in questo 2016 sarà compreso in una forchetta, certamente ancora troppo ampia, ma per la prima volta definita tra i 350 e i 580 milioni di euro.

I premi per le assicurazioni. A fronte di tali costi che poniamo a stima per il 2016 per il comparto pubblico, il sistema assicurativo riscuoterà per lo stesso anno non meno di 564 milioni di premi (*Ania: stima premi 2013*). Se teniamo conto che tale importo viene incassato a fronte di quella piccola parte dei sinistri del comparto pubblico e di quello privato, gestiti da assicurazioni (oramai molte Regioni e molti operatori privati non sono coperti da polizze assicurative e gestiscono direttamente i propri sinistri), i numeri sembrano dirci che tali premi sembrerebbero ben compensare gli importi che dovranno essere liquidati per i sinistri, per di più al netto delle franchigie.

Gli eventi avversi reali e il rischio clinico. Questi sono i dati del contenzioso reale, occorre però precisare che, secondo la letteratura e gli studi nazionali e internazionali, il

5% di tutti i ricoveri ospedalieri sono gravati da eventi avversi, con ciò intendendo eventi inattesi, ma capaci di condizionare in senso sfavorevole il percorso di guarigione del paziente, certamente accidentali e assolutamente non intenzionali, ma prevedibili e in larga parte, per fortuna, prevenibili. L'attenzione che negli ultimi dieci anni è stata posta su tali eventi ha portato a elaborare una serie di misure di salvaguardia e di protezione verso il verificarsi e il ripetersi degli stessi.

Gli eventi avversi sono conseguenza di criticità riconducibili a fattori soggettivi (abilità tecniche) od oggettivi (ambientali-organizzativi) e a seconda delle fasi del processo di cura sono riferibili alla diagnosi (ritardata, mancata, sbagliata ecc.); al trattamento (ritardato, mancato, fallito, non necessario ecc.); alla comunicazione (verbale o scritta); alla valutazione (indicazioni sbagliate, mancato rispetto protocolli, planning inadeguato ecc.); a problemi ambientali o relativi al sistema (sicurezza ambientale, adeguatezza delle risorse ecc.).

Non tutti gli eventi avversi divengono danni e non tutti i danni divengono richieste risarcitorie o contenziosi giurisdizionali. Scopo della gestione del Rischio clinico è rilevarne e analizzarne la frequenza, la tipologia, la prevedibilità, le cause e fornire le indicazioni per la prevenzione degli stessi, anche quando non si traducono in un danno o in un contenzioso.

Molto è stato fatto, ma tanto resta ancora da fare, sul piano delle misure preventive, per contenere i rischi e innalzare le tutele e la sicurezza del paziente negli ambienti sanitari e nei percorsi di cura.

Per richiamarne solo alcune, in particolare per l'ortopedia: innanzitutto la formazione è a fondamento della crescita e dell'aggiornamento professionale e per questa ragione deve essere continua; l'adozione di check list di sala operatoria; il rispetto delle procedure per l'igiene delle mani; l'utilizzo di barriere precauzionali per prevenire le infezioni correlate all'assistenza; l'utilizzo delle numerose pratiche cliniche "evidence based"; il lavoro interdisciplinare in team quale strumento efficacissimo per ridurre l'errore clinico; la ricognizione e la riconciliazione farmacologiche; la prevenzione delle cadute; l'organizzazione del lavoro che tenga conto dei limiti psicofisici e delle condizioni di stress cui sono sottoposti gli operatori; l'adozione di sistemi di reporting learning; la capacità di comunicazione onesta, chiara e trasparente che, nel caso di eventi avversi, diventa uno strumento strategico per mitigare la conflittualità e tentare di ricreare un clima di fiducia.

Conclusioni. I dati ricavati dalle tre Regioni esaminate consentono di affermare che il numero dei sinistri sia sostanzialmente stabile da anni, anzi in lieve diminuzione e che invece sia in aumento il costo medio dei risarcimenti. Per la prima volta, siamo in grado di stimare, per la componente pubblica del nostro sistema sanitario, il numero delle domande risarcitorie attese per il 2016 (circa 18.000) e il costo prevedibile che il Ssn dovrà sopportare per soddisfare le stesse (fra 350 e 580 milioni di euro).

Ulteriori studi e il consolidamento dei dati ci consentiranno di confermare la veridicità di tali previsioni e di restringere la forchetta dei costi. Molto è stato fatto e tanto resta ancora da fare, ma non vi è dubbio che formazione, adozione delle pratiche di sicurezza, corretta comunicazione, sono le parole chiave per ridurre il numero di eventi avversi e per gestire al meglio i rapporti con i nostri assistiti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

DAL GOVERNO
05 Agosto 2015

Riforma Pa: sì al Polo unico della medicina fiscale. Fimmg: «La nostra proposta diventa legge»

LAVORO E PROFESSIONE
04 Settembre 2015

Scocca l'ora dei test di ingresso: oggi tocca alle professioni sanitarie

EUROPA E MONDO
02 Settembre 2015

Troppa competitività: nel Regno Unito uno studente di medicina su sette ha pensato al suicidio

FOCUS SALUTE E BENESSERE

IL PUNTO A «IMPACT PROACTIVE 2016»

L'accesso alle terapie del dolore e la conoscenza della Legge 38

Non esiste un'omogeneità sulle pratiche di utilizzo dei farmaci

Riccardo Cervelli

■ Non siamo condannati a soffrire. La Legge 38 emanata nel 2010 mira a garantire a tutti i cittadini il diritto ad accedere a terapie del dolore o a cure palliative adeguate per continuare a vivere o per morire dignitosamente. Inoltre, sempre più studi a livello internazionale dimostrano che il dolore cronico è fonte anche di danni economici e sociali. A che punto siamo nell'attuazione dei principi della Legge 38/2010? Quali sono gli ostacoli alla sua piena attuazione? Quali sono le buone pratiche per affrontare, da Paese civile, il problema del dolore acuto e cronico? Medici anestesisti, esperti di medicina d'urgenza, oncologi, ortopedici, medici di medicina generale, rappresentanti di altre specialità, farmacisti e rappresentanti di associazioni *no-profit* e di istituzioni si incontrano ogni anno al workshop Impact Proactive per affrontare questi argomenti

Il tema principale di quest'anno erano le *disparities*: «Ci sono ancora troppe disuguaglianze nelle diverse regioni italiane per quanto riguarda la problematica della gestione del dolore», ha sintetizzato Gian Franco Gensini, presidente e responsabile scientifico di Impact Proactive. Il problema della mancanza di omogeneità di approcci terapeutici e di accesso agli stessi tipi di farmaci tra una Regione e l'altra è stato sottolineato da Raffaella Pannuti, presidente della Fondazione Ant (Onlus che fornisce assistenza specialistica domiciliare ai malati di tumore sul territorio nazionale): «Il Questionario sul dolore che abbiamo inviato l'anno scorso assieme a Federconsumatori e Impact Proactive a migliaia di cittadini ha evidenziato una scarsa diffusione nella conoscenza della Legge 38 e del

diritto a non soffrire, oltre a una evidente disparità nell'applicazione di tale norma nelle diverse zone.

Ogni Regione legifera per sé, ogni Asl sceglie i propri modelli, complicando la burocrazia e creando situazioni paradossali».

Forti i messaggi verso la politica partiti quest'anno per affrontare, una volta per tutte, questo problema, legato anche a un'interpretazione troppo pedissequa del nuovo Titolo V della Costituzione.

L'evento ha toccato, inoltre, anche altri temi come l'uso degli oppiacei - con un focus particolare sui falsi miti che si sono creati intorno a

questi farmaci in seguito a studi effettuati oltre Atlantico, in una realtà completamente diversa dalla nostra - sull'importanza della medicina narrativa per comprendere meglio (attraverso il vissuto dei pazienti e dei loro familiari) le sofferenze reali, e l'agopuntura. Ancora un volta - nel corso di quasi tutti gli interventi - è stata auspicata la necessità di un rapporto sempre più collaborativo tra le branche della medicina più interessate al tema del dolore, le associazioni degli infermieri, i farmacisti e gli enti che si occupano di assistenza socio-sanitari a ogni livello nei territori. Ultima ma non meno importante, una corretta ed efficace comunicazione ai cittadini.



Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

IL PARADOSSO

I fanatici della salute che colpiscono solo il fumo

LA PROVOCAZIONE

Sigarette horror? Mettete sugli snack i danni del diabete

di **Massimiliano Parente**

Non ci sono solo i fondamentalisti islamici, bisogna guardarsi anche dai terroristi del salutismo. Un esempio eclatante è la nuova normativa per i pacchetti di sigarette: non bastava scrivere a caratteri cubitali i rischi causati dal fumo («Il fumo provoca il cancro eccetera»), adesso ogni lato del pacchetto è occupato da immagini raccapriccianti: donne che sputano sangue, pezzi di polmoni anneriti, addirittura perfino una pupilla velata con la didascalia «il fumo aumenta il rischio

di cecità» (in realtà mai sentito, uno diventato cieco perché fumava, una volta casomai si diceva a chi si toccava troppo).

Se tanto mi dà tanto, però, non si capisce perché non spingersi oltre e indicare i rischi di qualsiasi cosa possa essere dannosa, perché il problema della vita è che per ogni piacere c'è un rovescio della medaglia.

Infatti non c'è neppure bisogno di informarsi per sapere come dimagrire: più un cibo non sa di

niente, più fa bene. Non mangiarti un toast con del bacon, mangiati una galletta di riso sebbene sembri un pezzo di polistirolo. E quindi: sui cibi grassi apporre foto di moribondi. Sui dolci delle belle immagini di affetti di diabete, magari senza dita dei piedi (si possono usare anche foto di Bettino Craxi quando era malato terminale).

Non prendete l'automobile per spostarvi, andate a piedi, come nell'Ottocento, perché il numero di decessi da incidenti stradali è altissimo, e coerentemente stampiamo sulle portiere delle gigantesche fotografie di corpi mutilati dalle lamiere.

Già che ci siamo mettiamo anche un cartello sui lungomare, c'è il rischio di morire schiacciati da un camion guidato da un islamico, meglio starsene a casa, dove però bisognerà tempestare di fotografie di morti ogni angolo, una bella percentuale di persone muore per incidenti domestici, urgono foto di morti elettrificati anche sul phon. E gli alcolici? Oltre a essere la causa di molti dei suddetti

incidenti stradali, causano cirrosi epatiche e altri malanni cardiocircolatori, e quindi al posto dell'etichetta di un J&B si metta la foto di un fegato distrutto e sanguinolento.

Morale della favola? Una notizia sconvolgente: per vivere provando qualche piacere bisogna correre qualche rischio, altrimenti la vita è una noia. Anzi, dirò di più: l'ossigeno che respiriamo nell'aria (per fortuna solo il 20 per cento, il resto è azoto) alla lunga ossida le nostre cellule, per questo vanno di moda gli antiossidanti.

Ma allora, se vogliamo portare il discorso fino in fondo, dovremmo apporre delle scritte anche sulle pance delle donne incinte, invitandole all'aborto, con il messaggio: «attenzione, la vita causa la morte».



Sanità24

Il Sole
24 ORE

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa



26 lug
2016

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK f

TWITTER t


TAG

Riparto

DAL GOVERNO

Fondo non autosufficienze, arriva alla Stato Regioni lo schema di riparto per il 2016

 [Lo schema di decreto con la ripartizione del Fondo](#)

 [L'accordo integrativo sugli investimenti in Friuli V. G.](#)

Il ministero del Lavoro ha inviato alla Conferenza Stato-Regioni lo schema di decreto con il riparto del Fondo per le non autosufficienze relativo al 2016.

Dallo scorso anno in poi il Fondo è stato individuato come «strutturale» per gli anni a venire, portando a 400 milioni di euro la dotazione. Le risorse sono attribuite alle Regioni in funzione della popolazione anziana non autosufficiente e degli indicatori socio-economici. Dal 2014, inoltre, è individuata una quota pari a 10 milioni di euro, attribuita al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai fini della promozione di interventi innovativi in materia di vita indipendente.

Lo schema di decreto è all'ordine del giorno della riunione in Via della Stamperia prevista per il 3 agosto.

La somma più rilevante è destinata alla Lombardia (circa 60 mln), seguita da Lazio (35), Campania (33), Sicilia (32), nonché Emilia Romagna e Veneto (entrambe poco più di 30 mln).

Il ministero della Salute, inoltre, ha inviato alla Stato-Regioni per l'assenso tecnico e l'inserimento all'ordine del giorno della riunione del 3 agosto, l'intesa raggiunta di concerto con il ministero dell'Economia, inerente l'Accordo integrativo di programma quadro per il settore degli investimenti sanitari con il Friuli Venezia Giulia.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

DAL GOVERNO

03 Dicembre 2015

Lorenzin spiega all'Ocse dove va l'Italia della salute

DAL GOVERNO

23 Marzo 2016

Corte dei conti, per il superamento degli Opg assegnati 144 mln dal 2012 al 2015

SENTENZE

15 Aprile 2016

Sul sostegno agli alunni disabili decide il giudice amministrativo

Un gene all'origine della Sla individuato dagli scienziati grazie alle secchiate d'acqua

Lo studio frutto dei 100 milioni donati dall'«Ice bucket»

La storia

di **Claudio Del Frate**

A colpi di secchiate d'acqua gelata, doccia dopo doccia, la Sla oggi è un po' meno imbattibile rispetto a due anni fa. Ricordate le ironie sull'«Ice bucket challenge», quella specie di «catena di Sant'Antonio» che impazzava sui social nell'estate del 2014? Quella in cui vip di tutto il pianeta e gente comune accettavano di farsi immortalare mentre si rovesciavano addosso acqua ghiacciata e donavano nel frattempo soldi alla ricerca contro la malattia? Il giuoco non solo ha messo assieme 115 milioni di dollari (oltre 100 milioni di euro) ma ha consentito a due progetti specifici di ricerca di aggiungere importanti tasselli sulla conoscenza della Sla.

La rivista *Nature Genetics* nel suo ultimo numero ha pubblicato i risultati dei due studi che hanno individuato altrettanti geni ritenuti responsabili dello sviluppo della malattia. Notizia nella notizia: entrambi i progetti hanno visto la partecipazione di specialisti italiani. Non un caso, dato che l'Italia è in prima fila nella raccolta di

fondi per la lotta alla Sla e che anche da noi l'Ice bucket challenge ha trovato molte adesioni. «La sconfitta della malattia non è dietro l'angolo — spiega il professor Mario Sabatelli, ricercatore del Gemelli di Roma — ma quanto riferito da *Nature Genetics* ci dice alcune cose importanti. La prima è strategica: anche una trovata all'apparenza strampalata come tirarsi secchiate d'acqua alla fine ha funzionato. Ha coinvolto tutto il mondo su un obiettivo comune perché queste battaglie, che si tratti di raccogliere soldi o di fare ricerca, ormai si vincono solo attraverso la cooperazione internazionale. Poi c'è l'aspetto scientifico: è stato confermato che la Sla nasce non da fattori ambientali ma genetici e in particolare dal malfunzionamento di più geni. Le ricerche ne hanno individuato uno, denominato Nef1, e hanno indicato dove isolarne un altro, il C21. Non siamo ancora riusciti a svelare perché questi geni si ammalano, ma il passo avanti è importante».

All'Ice bucket challenge, due anni fa, si prestarono leader politici di tutto il mondo, da Barack Obama a Matteo Renzi, star dello spettacolo come Steven Spielberg, Tom Cruise, e Beyoncé, fino ai big del digitale come Bill Gates e Tim Cook.

Grazie ai 17 milioni di video caricati sui social e ai 440 milioni di clic, ha raccolto denaro in tutto il pianeta e sostenuto 6 diversi programmi di ricerca. Con il coinvolgimento di molti italiani: nella campagna è stata parte attiva Aisla, il gruppo di associazioni dei malati e delle loro famiglie, e Arisla, la fondazione che si occupa nello specifico di ricerca. Il contributo scientifico alle due indagini citate da *Nature genetics* è arrivato dal Centro auxologico italiano e dal centro «Dino Ferrari» dell'Università di Milano. «È la prima volta che il nostro Paese aderisce al progetto mondiale che punta al sequenziamento completo del genoma di pazienti affetti da Sla sporadica» testimonia il professor Vincenzo Silani, dell'Auxologico.

Apprezzamenti arrivano anche dal Mario Melazzini, medico e uomo simbolo della lotta alla Sla: «I risultati permetteranno di sviluppare nuove strategie terapeutiche e testimoniano che la collaborazione internazionale è fondamentale per una malattia rara come la Sclerosi laterale amiotrofica. La ricerca ha bisogno di essere sostenuta: ogni contributo, come ha dimostrato l'ondata dell'Ice bucket challenge, può aiutare a compiere passi in avanti decisivi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.healthdesk.it/>

RICERCA MADE IN ITALY

Doppio attacco alla Sla con due studi su Nature Genetics

Troppo presto per cantare vittoria e affermare di averla sconfitta, ma la sclerosi laterale amiotrofica (Sla), grazie a due nuovi studi italiani condotti dall'Irccs Istituto Auxologico Italiano e dal Centro "Dino Ferrari" dell'Università degli Studi di Milano, ha sempre meno segreti. Entrambi i lavori, uno sulla Sla familiare e uno sulla Sla sporadica, sono stati pubblicati su nature Genetics. Nel primo i ricercatori dell'Irccs Istituto Auxologico Italiano hanno confermato il ruolo patogenetico delle forme familiari del gene Nek 1.

Il ricorso ad una particolare tecnologia (exome-wide rare variant burden analysis) ha permesso agli scienziati di affermare che il gene Nek 1 non è solo implicato nella malattia, come già risaputo, ma rientra nelle cause della patologia. Infatti, nel caso della Sla, malattia neurodegenerativa che colpisce in età adulta, la dimostrazione della segregazione di un gene nella famiglia è difficile per la scomparsa dei genitori già avvenuta nella maggioranza dei casi. Utilizzando 1.022 casi familiari a gene non identificato e 7.315 controlli sani, è stato identificato il gene Nek1 quale significativamente associato alla patologia.

A conferma della scoperta, ci sono i dati ricavati dall'analisi di una popolazione indipendente olandese affetta da Sla: il gene risulta responsabile del tre per cento dei casi di Sla con interessamento anche

delle forme sporadiche.

Il secondo lavoro di Nature Genetics riguardante la Sla sporadica. Lo studio rappresenta un rafforzamento di una precedente ricerca di genome-wide association (Gwa) da cui era emersa la prima significativa evidenza di una associazione genetica della Sla sporadica con il cromosoma 17 ed il gene Sarm1. Ora oltre al gene Sarm1, confermato quindi nella sua associazione alla malattia, altri loci sono stati identificati: C21orf2 sul cromosoma 21, Mobp sul cromosoma 3 e Scfd1 sul cromosoma 14.

Polimorfismi a singolo nucleotide (Snps) del gene Mobp sono stati associati alla paralisi sopranucleare progressiva (Psp) e alla demenza frontotemporale, a sottolineare quindi le vie comuni della neurodegenerazione.

«Abbiamo così raccolto un'importante conferma del nostro operato – spiega Vincenzo Silani direttore del Centro “Dino Ferrari” per le Malattie Neurodegenerative e Neuromuscolari dell'Università degli Studi di Milano - Conferma elegante di un lavoro iniziato tanti anni prima in Italia e ora arricchito con altre regioni cromosomiche imputabili nello scatenare la Sla».

Il successo della ricerca in Italia si avvale della collaborazione internazionale ma anche delle istituzioni italiane, quali il Ministero della Salute, e AriSla con i progetti Exomefals 2009 e Novals 2012.

«Questo nuovo importante risultato raggiunto per la ricerca scientifica sulla Sla conferma l'eccellenza del lavoro dei ricercatori italiani: un prezioso operato che la nostra Fondazione è impegnata a sostenere quotidianamente, con l'obiettivo di individuare al più presto una terapia per questa malattia – commenta Giulio Pompilio, direttore scientifico di AriSla - Certamente queste ultime scoperte contribuiscono a compiere un ulteriore passo in avanti in tale direzione aprendo nuove prospettive in termini terapeutici».

Vi darò la mano (bionica)

Giovanni Di Pino, neurologo che ha perso l'uso delle gambe, sta creando un arto artificiale che dialoghi con il cervello. E per questo progetto ha ricevuto dall'Europa un milione e mezzo di euro.

La corazza di ritrosia e timidezza sembra impossibile da rompere: Giovanni Di Pino rifugge le foto, non sorride mai, e alle domande, all'inizio, risponde quasi a monosillabi. Ma nonostante l'understatement e lo sguardo sfuggente di chi detesta essere al centro dell'attenzione, non riesce a nascondere il carisma del genio.

Perché Di Pino è uno scienziato visionario del quale, possiamo scommettere, sentiremo parlare per molto tempo: 36 anni, neurologo e ingegnere bio medico, l'enfant prodige dell'Università Campus Bio Medico di Roma si è appena aggiudicato lo Starting Grant, un finanziamento del valore di 1 milione e 500 mila euro che i 30 scienziati (tra cui vari premi Nobel) dell'European Research Council hanno deciso di affidargli per il suo progetto «Reshape»: dedicato alla messa a punto di una mano bionica che possa essere percepita, dall'amputato, come «propria», restituendo la sensazione che l'arto artificiale sia

parte integrante del proprio corpo e del proprio essere.

«Quando, via mail, è arrivata la notizia del finanziamento che mi sono aggiudicato, quasi non volevo crederci» racconta Di Pino. «È stata una grande emozione, mi ha

parzialmente ripagato di tanti anni difficili, e degli enormi sacrifici fatti per arrivare a questo punto». Sacrifici e difficoltà che non hanno scoraggiato Giovanni, nato a Giarre, in Sicilia, e arrivato giovanissimo al Campus romano, dove si laurea nel 2003 in



Medicina con lode e menzione d'onore; è il primo del suo corso, trascorre un anno all'Università di Pittsburgh, e quando torna in Italia la sua carriera da ricercatore promette di prendere il volo.

Ma a poco più di un anno dalla laurea un incidente sportivo lo priva dell'uso degli arti inferiori (limitando anche quello degli arti superiori) e lo porta su una sedia a rotelle, lui che era un cultore della fisicità, ottimo istruttore di arti marziali: «Dopo l'incidente, sono stato ovviamente costretto a uno stop forzato, ho smesso di frequentare l'università e i laboratori, finché alcuni professori del Campus Bio-Medico, dove ero praticamente cresciuto, sono venuti a cercarmi a casa, per incoraggiarmi a riprendere a lavorare. Così ho deciso di iniziare un dottorato in ingegneria biomedica: volevo riuscire a integrare in me le due professionalità di medico e ingegnere, figura che in Italia quasi non esiste ma che invece

Giovanni Di Pino, 36 anni, all'Università Campus Bio Medico di Roma, dove lavora, insieme a un collega.





Franco Orzella

Giovanni Di Pino con un modello di arto bionico: la sua mano non sarà semplicemente «robotica» ma si conetterà con sistema nervoso, integrandosi alla mappa del cervello.

all'estero è molto diffusa». Da qui inizia il sogno di un progetto per aiutare chi soffre di menomazioni fisiche, sviluppando un sistema comunicativo che, coniugando ingegneria e neuroscienze, permetta di connettere direttamente il sistema nervoso della persona amputata con una protesi esterna. O, in altre parole, di integrare la mano nella mappa del cervello, convincendolo che quell'arto sia esattamente come quello vero.

«Nel bene e nel male, la disabilità credo mi dia un punto di vista privilegiato» dice Di Pino, circondato dai giovani colleghi dell'Unità di ricerca di neurologia e di robotica biomedica. «Finora, le mani bioniche sono state considerate principalmente come robot. Sofisticati, ma robot. Solo che la mano è molto di più che uno strumento. Noi con le mani gesticoliamo, ci salutiamo, ci tocchiamo tra noi. È il ponte con cui creare relazioni con il mondo, e avere una mano "solo"

robotica, anche se perfettamente funzionante, ti fa percepire come diverso. Voglio sviluppare protesi che le persone possano sentire non più come un corpo estraneo ma come parte di sé. Per semplificare: voglio realizzare una mano che permetta all'amputato di sentirsi a proprio agio anche in una serata di gala, non solo mentre impugna una matita».

Progetto estremamente ambizioso, proprio per questo premiato con il prestigioso finanziamento: perché l'European Research Council, nello scegliere i «top young scientists», non finanzia chi porta avanti progetti «solo» promettenti o innovativi, ma chi fa ricerche letteralmente rivoluzionarie. «Esatto» conferma Di Pino. «L'Erc vuole ricerche che dicano "ebbene, finora la scienza è arrivata qui; adesso miriamo in alto, cambiamo completamente strada e andiamo da tutt'altra parte. Il mio progetto è esattamente questo, una ricerca "high risk, high gain" (alto rischio, alto guadagno, ndr)».

E se Di Pino non è tipo da temere il rischio, sul guadagno ci sono già i primi risultati, perché «i soldi del grant mi permetteranno di avere spazi migliori e più ampi; e di attrarre, spero, figure di primo piano dall'estero, così da internazionalizzare il laboratorio». E se invece arrivasse per lui, la chiamata dall'estero, magari da un'Università prestigiosa alla quale sarebbe difficile dire di no? Potrebbe portare i soldi del suo Grant altrove? «Certo, il finanziamento dell'Erc è alla persona, non alla sua università. Ma finora il Campus Bio Medico è stato un luogo ideale, mi ha dato i migliori mentori, ha saputo essere attrattivo, e mi ha sempre messo nelle condizioni di svolgere il mio lavoro al meglio. Per assurdo, se domani non lo fosse più, dovrei trovare una soluzione. Ma per adesso, questa è casa mia».

Una casa dove adesso, come previsto dal Grant, il ricercatore ha cinque anni per trasformare il suo progetto in realtà: e alla domanda se potremo rivederci quindi, nel 2021, per vedere all'opera la mano bionica e fargli i complimenti, Di Pino finalmente sorride.

(Maddalena Bonaccorso)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

<http://www.doctor33.it/>

Giornata mondiale epatite, dieci milioni di infetti in Ue. Solo uno su 100 riceve terapia



Dieci milioni di persone in Europa soffrono di epatite B o C, la maggior parte dei quali senza saperlo, e ogni anno l'Ue registra 57mila nuove diagnosi di una di queste infezioni. I numeri aggiornati sono del Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (Ecdc), alla vigilia della giornata mondiale dedicata alla malattia il 28 luglio. Lo slogan di quest'anno è semplicemente "Elimination", dopo che per la prima volta l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha fissato l'obiettivo che entro il 2030 l'epatite non sia più un problema di salute pubblica. L'Europa è però ancora lontana dalla rotta giusta, segnalano i numeri dell'Ecdc. Nel 2014, ultimo anno di cui sono disponibili i dati, gli stati membri hanno riportato 22.442 casi di epatite B e 35.231 di C. Se dal 2006 il tasso di epatite B acuta è dimezzato grazie ai vaccini, nello stesso periodo quello di HCV si è alzato di quasi il 30%.

«Per eliminare l'epatite virale in Europa dobbiamo lavorare insieme per aumentare le diagnosi e i trattamenti, oltre che migliorare i programmi di prevenzione - afferma **Andrea Ammon**, direttore dell'Ecdc -. Allo stesso tempo dobbiamo migliorare i sistemi di sorveglianza, perché i dati in molti paesi dell'Unione Europea sono insufficienti». Se l'Europa arranca, il mondo è messo anche peggio, afferma l'Oms. Solo uno su 20 tra chi ha l'infezione, sottolinea un comunicato, ha fatto il test, e solo uno su 100 è sotto terapia.

SCENARI FRONTIERE



Gli ingredienti delle infusioni in vena: vitamine, minerali, sostanze antiossidanti. Servite anche a domicilio.

L'ultima follia, le flebo alle vitamine

Farsi iniettare in vena sostanze nutritive e minerali: una moda sempre più diffusa, inutile e pure rischiosa.

All'inizio erano star americane, modelle, divette, vipperie assortite: tra i loro «segreti di bellezza», informavano giornali e siti, c'erano le flebo di vitamine e sostanze nutritive. Adesso la moda di farsi iniettare vitamine e minerali sta contagiando anche chi non fa parte dello star system ma vuole ottenere (almeno questa la promessa) una sferzata improvvisa di salute ed energia. A New York e San Francisco le iniezioni in vena di integratori, offerte nella spa, nelle cliniche di beauty, in centri specializzati, hanno nomi fantasiosi, come racconta il mensile *The Atlantic*: Hangover Club (il club della sbornia, l'idea è smaltire i postumi dell'alcol), VitaSquad, Drip Room. Pagando tra 500 e 700 dollari, si lascia il braccio attaccato alla flebo per circa un'ora, mentre vitamine, minerali (come il magnesio), antiossidanti (glutazione) ma anche anestetici locali (lidocaina) entrano in circolo.

Una moda che però non ha dietro alcun fondamento scientifico. Per di più, se fatta in modo non corretto, un'infusione in vena può provocare infezioni del sangue o formare coaguli. Il problema è che le flebo alle vitamine, almeno negli Stati Uniti, vengono fatte persino a domicilio, con «cliniche» a quattro ruote che si muovono su richiesta dei clienti: un'infusione al posto della solita pausa pranzo, per esempio.

In Italia la moda non è ancora così diffusa, anche se l'offerta di flebo alle vitamine è compresa in alcune lussuose beauty farm. «È una delle tante follie che agitano il mondo della nutrizione» commenta Michelangelo Giampietro, specialista in Scienza dell'alimentazione e medicina dello sport. «Le flebo, proprio perché sono un trattamento farmacologico, vanno riservate a chi ha carenze nutrizionali gravi, anoressia, disidratazione. Troppe vitamine, poi, possono essere dannose. E mentre sotto forma di pillole vengono in qualche misura filtrate dal sistema gastrointestinale, sotto forma di flebo non c'è neanche quel filtro protettivo. Insomma, è una sciocchezza e non priva di pericoli».

(Daniela Mattalia)

© RIPRODUZIONE RISERVATA