

NOTIZIARIO

Nuovo test della TBC

Oxford, 12 agosto 2004

Proprio nel momento in cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato la tubercolosi un'emergenza globale, è stato approvato un nuovo e rivoluzionario esame del sangue, T SPOT-TB, che verrà impiegato in Europa e che costituisce una speranza per contrastare la crescita della malattia.

Il nuovo test di Oxford Immunotec è destinato a sostituire l'ormai centenario test di cutireazione della tubercolina, il più vecchio test diagnostico ancora in uso al giorno d'oggi. Il lancio di T SPOT-TB rappresenta una tappa fondamentale nella lotta dell'umanità per combattere questa vecchia malattia e condurre i metodi di trattamento della tubercolosi direttamente nel XXI secolo.

Con T SPOT-TB i medici esaminano in modo affidabile tutti coloro che sono entrati in contatto con un paziente affetto da tubercolosi. Questo permette di identificare le persone che hanno contratto la malattia e garantire loro un trattamento efficace, con largo anticipo sullo sviluppo della malattia, evitando così di trasmetterla anche ad altre persone. Il test rappresenta uno strumento davvero accurato ed efficace per controllare la diffusione della tubercolosi.

L'esame del sangue con T SPOT-TB è facile, veloce e preciso. Inoltre, è il primo test che permette di rilevare in modo affidabile le persone infettate con un sistema immunitario debole, tra cui i neonati, le persone sieropositive e i pazienti sottoposti a trapianto, ovvero le persone che sono più soggette a sviluppare la tubercolosi conclamata.

T SPOT-TB rappresenta un miglioramento significativo rispetto all'attuale test per cutireazione, un test ormai inadeguato e inaffidabile. Il test di cutireazione, infatti, dà luogo sia a risultati falso-positivi che falso-negativi e la precedente vaccinazione BCG lo rende incoerente. In più è anche piuttosto svantaggioso in quanto richiede dai 3 ai 4 giorni prima di poter

essere interpretato e può causare infiammazioni e abrasioni della pelle.

Per informazioni: www.oxfordimmunotec.com

Errori in medicina: 90 morti al giorno, metà evitabili. Nasce l'osservatorio sui rischi

Roma, 17 settembre 2004

Causano più vittime degli incidenti stradali, dell'infarto e di molti tumori. In Italia le cifre degli errori commessi dai medici o provocati dalla cattiva organizzazione dei servizi sono da bollettino di guerra: tra 14 e 50mila i decessi ogni anno, di cui il 50% evitabile, 320.000 le persone danneggiate, con costi pari all'1% del PIL, 10 miliardi di euro l'anno. Le fonti sono spesso discordi su questi numeri; per ottenere dati certi e uniformi – ma soprattutto per individuare interventi di riduzione del rischio – esperti, medici, rappresentanti di Istituzioni e pazienti si riuniranno nel corso della 1a Consensus Conference sul Risk Management in Sanità il 23 settembre nella sede della Guardia di Finanza di Ostia. Obiettivo, costituire l'Osservatorio sui rischi sanitari e il database nazionale degli errori medici, oggi mancanti nel nostro Paese. “Gli interventi di contenimento del rischi in sanità – afferma il sen. Cesare Cursi, sottosegretario alla Salute, nella conferenza stampa di presentazione della Consensus - devono interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante il percorso clinico di diagnosi, cura e assistenza al paziente. A questo scopo nel 2003, presso la Direzione Generale della Programmazione sanitaria, abbiamo istituito una Commissione tecnica sul rischio clinico che nel marzo 2004 ha elaborato un primo rapporto. La Consensus rappresenta un ulteriore momento di approfondimento di un tema di grande attualità”.

In medicina, come in ogni settore, vi sono errori inevitabili dovuti al caso e altri prevenibili con una migliore organizzazione dei processi di cura. “Appare evidente - spiega Corrado Nagni, chairman della Consensus - la necessità di sta-

bilire i confini tra l'impossibilità di azzerare il rischio e la possibilità di ridurre al minimo l'incidenza dell'errore professionale. La forza del neo Osservatorio, il cui board riunirà i rappresentanti degli operatori sanitari e delle Istituzioni, risiede nell'ampiezza dei punti di vista che verranno presi in considerazione".

I dati nazionali disponibili sugli errori in sanità provengono da varie fonti (Anestesiisti Ospedalieri, Assinform, Tribunale dei Diritti del Malato e altre) oppure sono proiezioni dalla letteratura internazionale (a partire dal rapporto Usa del 2000 'To err is human') o ancora si riferiscono a studi e sperimentazioni condotti in grandi e piccoli centri di cura italiani. Queste ultime ricerche si concentrano però essenzialmente sul problema della tracciabilità e dell'erogazione di farmaci e dispositivi per evitare il tipico scambio di confezioni o la non applicazione dei protocolli, fattori che in oncologia - seconda area medica dove si registrano più eventi avversi dopo ortopedia - rappresentano il 40% degli errori secondo una recente indagine dell'Asl Roma C. "Quelli relativi al farmaco e alla corretta esecuzione dei protocolli terapeutici sono fra gli errori più frequenti in oncologia - spiega il prof. Francesco Cognetti, direttore scientifico dell'Istituto Regina Elena di Roma - Dagli ultimi studi internazionali risulta però che in oncologia le controversie per errori medici sono in diminuzione. Ciò però non deve sollevare in alcun modo il clinico dai propri doveri e responsabilità: una maggiore chiarezza nel comunicare i limiti della medicina e gli eventuali errori non può che giovare al rapporto col paziente. Per evitare gli eventi avversi è necessario, come in ogni settore, imparare da essi. In questo senso, l'aderenza alle linee guida evidence-based, diventate largamente disponibili in oncologia, è la salvaguardia migliore contro ogni errore". "Negli ultimi anni si sta assistendo a un incremento delle cause intentate contro i medici - aggiunge Giorgio Carlo Monti, Segretario Nazionale della Società Italiana di Medicina Generale - al punto da spingere alcuni di loro a rifiutare ricoveri 'estremi', quelli cioè che possono generare successive cause legali intentate da familiari o pazienti che si sentono danneggiati. Negli anni passati queste controversie per 'malpractice' o per errori professionali venivano sollevate quasi esclusivamente nei confronti di specialisti. Ma negli ultimi anni si registra un trend al rialzo anche per le cause contro i medici di famiglia".

Al termine della Consensus - organizzata da Altis, agenzia specializzata nel risk management - verrà steso un documento programmatico per la tutela del cittadino.

Il "caro farmaco" allarma gli oncologi. Uno su 2 teme pressioni nella scelta delle terapie *Bologna, 21 settembre 2004*

Sotto pressione costante per ragioni di budget, in Italia un oncologo su due si dice condizionato dal bilancio della propria Azienda Ospedaliera nella scelta dei farmaci più innovativi. Un richiamo sulla situazione paradossale che sta vivendo la sanità: da un lato i costanti progressi scientifici e farmacologici consentono ormai di curare e guarire molte forme tumorali, con successi insperati solo 10 anni fa; dall'altro la spada di Damocle rappresentata dai tetti di spesa finisce per sfilare dalle mani dei medici la gestione della cura, per consegnarla in quelle più asettiche dei ragionieri. "Col rischio nel futuro - sottolinea il dott. Roberto Labianca, presidente nazionale AIOM - di privare le 260 mila persone che ogni anno vengono colpite da un tumore dei trattamenti salvavita". Ma i motivi di disagio sono anche altri: per 95 oncologi su 100 gli attuali Drg sono inadeguati alle esigenze della terapia oncologica e andrebbero modificati. In questo caso un oncologo su due (il 48%) sostiene la necessità dello scorporo del farmaco da questo sistema di calcolo e il 43% chiede maggiori stanziamenti per finanziare le cure realmente innovative. I dati emergono dal primo sondaggio condotto nel nostro Paese sul grado di soddisfazione della categoria nello svolgimento della professione. A promuoverlo, tramite un questionario è stata l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), che ha coinvolto oltre 500 specialisti di tutta Italia. I risultati sono stati presentati oggi nel corso della conferenza stampa ufficiale del VI Congresso Nazionale della Società scientifica, in corso sino a venerdì al palazzo dei congressi di Bologna. Un sondaggio offerto quale contributo alle istituzioni, in particolare al Ministero, con l'obiettivo della ricerca di soluzioni comuni per soddisfare l'esigenza dei pazienti pur nella necessità di razionalizzare la spesa sanitaria.

La ricerca compie passi da gigante, ma le direttive di economia aziendale talvolta mettono un freno all'accesso, per tutti, dei farmaci miglio-

ri. "Un primario del reparto di oncologia - continua il dott. Labianca - riceve oggi pressioni dalla direzione generale. Magari nessuno ti dice di modificare il tuo operato, poi però ti vengono inviati report periodici dove si sottolinea l'incremento di spesa rispetto all'anno precedente: un chiaro segnale, un invito implicito a stringere i cordoni della borsa". In realtà la spesa per i farmaci è incostante aumento e si rischia che l'unico modo per ridurre i costi della struttura finisca sia quello di privare i pazienti delle cure più attive e meno tossiche, oppure di ridurre il numero di pazienti.

La responsabilità di questi condizionamenti non risiede comunque esclusivamente nelle direzioni generali. Le attuali leggi e il sistema di regolazione dei farmaci contribuiscono a questo stato di cose. "Il sondaggio - commenta ancora Labianca - mostra chiaramente l'insoddisfazione nei confronti dell'attuale sistema dei Drg. I rimborsi per l'accesso in day hospital sono infatti spesso inadeguati alle necessità attuali: non tengono conto dei casi specifici e soprattutto della necessità di rispondere ai costi più elevati delle molecole di nuova generazione. Le uniche soluzioni che vedo, e che del resto vengono evidenziate dal sondaggio, sono l'aumento del rimborso, oppure lo scorporo del farmaco dal Drg, che deve cioè considerare in modo separato il costo di accesso al day hospital e quello delle terapie, come già del resto attuato in alcune Regioni italiane".

Secondo il presidente dell'AIOM, per ovviare a questo stato di cose è necessario un intervento delle Istituzioni politiche e di strutture come l'Agenzia del farmaco in Italia o l'Emea nell'Unione Europea, che possono impegnarsi a mettere in commercio i farmaci innovativi a costi ridotti. "Compito non facile - ammette Carmelo Iacono, segretario nazionale AIOM - soprattutto tenendo conto dell'impegno economico promosso dalle aziende farmaceutiche nelle ricerche, che invitiamo, però, ufficialmente ad aiutarci a identificare quei pazienti che potrebbero maggiormente beneficiare della loro molecola. Per quanto ci riguarda - prosegue - faremo tutto il possibile per migliorare l'appropriatezza dei diversi farmaci in modo da evitare gli sprechi". Per raggiungere questo obiettivo - sottolinea Marco Venturini, tesoriere AIOM - "l'Associazione si impegna a redigere e trasmettere linee guida e criteri di valutazione dei risultati, che possano uniformare

nel tempo l'operato di tutti gli oncologi". Così come si attiverà per informare di più e meglio i propri soci. "Nel sondaggio - aggiunge - l'85% degli oncologi ritiene infatti che debbano essere le società scientifiche ad occuparsi di aggiornare i propri soci sulle novità in campo terapeutico. Una richiesta a cui peraltro noi stiamo già rispondendo da tempo con riviste, pubblicazioni, opuscoli, newsletter e utilizzando anche quella rete informatica che, dopo la letteratura, è il mezzo più seguito per avere informazioni". "Il nostro sondaggio - conclude Labianca - non vuole lanciare solo una allarme fine a se stesso: l'AIOM intende con questo aprire un dibattito con tutti gli interlocutori, dalle autorità sanitarie regolatorie, alle aziende farmaceutiche, alle associazioni dei pazienti per trovare le soluzioni adeguate".

Giornata mondiale del Cuore

Roma, 26 settembre 2004

In oltre 80 città italiane, in ognuna delle sedi Conacuore (disponibili su www.conacuore.it), sarà possibile sottoporsi ad esami medici gratuiti per la misurazione del colesterolo, glicemia e della pressione. Un pool di medici esperti sarà in grado così di consigliare, previ attenti controlli, il miglior approccio possibile ad uno stile di vita corretto ed ai sistemi di prevenzione alle malattie cardiovascolari. Tutte le consociate affronteranno inoltre in maniera diffusa nelle loro città il tema a cui la giornata è dedicata quest'anno, i giovani: "Quanto più riusciremo - ha dichiarato il Presidente del Conacuore, Prof. Giovanni Spinella - a coinvolgere le giovani generazioni con consuetudini di vita più adeguate e migliori tante più possibilità avremo di sconfinire in futuro la diffusione delle malattie cardiovascolari, vero killer delle società moderne.

Un'iniziativa altamente simbolica è infine quella che Conacuore metterà in campo con i Parlamentari del Cuore, il gruppo trasversale di oltre 200 tra deputati e senatori che da anni affianca il Coordinamento dei Cardiopatici nell'impegno contro le malattie cardiovascolari. Per tutta questa settimana i Parlamentari faranno da testimonial della giornata indossando durante i lavori in Aula la spilla del Conacuore, in segno di testimonianza e di richiamo all'impegno nella lotta a quella che è la principale causa di morte in Italia.

I Parlamentari del Cuore nascono nel 2001 rispondendo ad un invito del Conacuore ad unirsi per un'azione decisa e costante nella lotta alle malattie cardiovascolari, diventando quel punto di riferimento costante richiesto dalle Associazioni per un confronto e un dialogo continuo, al di là di ogni legislatura. La creazione dell'associazione rappresenta un progetto nel quale le esigenze dei malati e l'impegno di deputati e senatori si sono incontrati su un obiettivo comune: la lotta alla prima causa di morte in Italia.

*Per maggiori informazioni: Lorenzo Pilotti
06/5807510 - 392/4033090*

Apri l'ambulatorio per la raccolta di cellule staminali da cordone ombelicale

Bergamo, 30 settembre 2004

Grazie alla donazione di 5000 euro dello scorso giugno e a un investimento di 10 mila euro da parte dell'Azienda Ospedaliera, dal primo di ottobre le neomamme dei Riuniti possono donare il sangue del cordone ombelicale per il prelievo delle cellule staminali.

"Donare il sangue del cordone ombelicale" spiega il Prof. Luigi Frigerio, Direttore dell'Unità di Ostetricia e Ginecologia dei Riuniti "è un procedimento molto semplice, della durata di circa 15 minuti e non comporta nessun rischio né per la partoriente né per il bambino. Subito dopo la nascita il cordone ombelicale viene pinzato e reciso per permettere ad un operatore esperto di prelevare con un ago dalla vena ombelicale il sangue rimasto nel cordone e nella placenta che contiene cellule staminali sufficienti per un trapianto in bambini e adulti fino a un peso di circa 50 Kg; il sangue, raccolto in un'apposita sacca sterile, viene poi trasferito presso la Banca del Centro Trasfusionale del Policlinico di Milano, dove viene analizzato, controllato e congelato in attesa della richiesta di un Centro Trapianto".

"Il sangue del cordone ombelicale e della placenta" afferma il Dott. Mariangelo Cossolini, Coordinatore Provinciale al Prelievo e Trapianto d'organi "contiene cellule staminali del tutto simili a quelle contenute nel midollo osseo, dalle quali hanno origine i globuli rossi, i globuli bianchi e le piastrine; pertanto tali cellule hanno un ruolo importante nella cura di alcune gravi malattie del sangue, in particolare leucemie e linfomi, e possono essere trapiantate solo se prive di agenti infettivi. È necessario, quindi, effettuare con-

trolli non solo sullo stesso sangue, ma anche sulla partoriente alla quale verrà prelevato il sangue al momento del parto e dopo sei mesi dalla nascita del bambino. È importante sottolineare che la donazione può avvenire solo con il consenso della neo mamma che deve dare anche la sua disponibilità a sottoporsi alle analisi di controllo".

A tale scopo presso l'Unità di Ostetricia e Ginecologia dei Riuniti è stato istituito, per volontà della Direzione Aziendale, dell'Unità di Ostetricia e Ginecologia, della Direzione Infermieristica e delle ostetriche, un ambulatorio in cui, grazie all'operato delle stesse ostetriche che sono coinvolte in prima persona, vengono raccolte le anamnesi delle future mamme. L'ambulatorio è attivo il martedì e il venerdì dalle 9:00 alle 13:00 e vi si può accedere solo su appuntamento concordato con l'ostetrica o durante i corsi di accompagnamento alla nascita o telefonando al numero 035/266253 nei giorni e negli orari di apertura dell'ambulatorio.

E' nato il Centro Malattie da stress e disadattamento lavorativo

Settembre 2004

E' nato ed è già funzionante il Centro Malattie da stress e disadattamento lavorativo, ubicato presso l'Azienda Unità Sanitaria Locale FG/3, Dipartimento di Prevenzione, Servizio di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, a Foggia. Tale Centro, nato all'interno del servizio di prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro dell'ASL FG/3 - direttore SPESAL Dr. Antonio Fanelli - è diretto dal Dr. Ottavio Sacco, specialista neurologo e psicoterapeuta e medico del lavoro competente, con larga esperienza in tali settori. E' in allestimento laboratorio di neuropsicologia e psicometria. Inoltre, a breve saranno effettuati corsi di informazione e formazione inerenti tali discipline. Il Centro si pone come riferimento non solo per la regione Puglia, ma per tutto il meridione, essendo l'unico centro meridionale nato all'interno di uno SPESAL.

Il Web senza barriere. Anche per i non vedenti

Roma, settembre 2004

Finalmente ci siamo. Il Web diventa davvero senza barriere, anche per i non vedenti. E' stato

presentato a Roma "BRAILLEnet System", un sistema che utilizza il pallino nero, che si trova nella tastiera di ogni computer, per trasformarlo nella schermata grafica del codice Braille in formato testo. Pagine senza immagini, in puro html per consentire un accesso facile e immediato a chi ha ancora un vecchio sistema operativo. Un sistema che rivoluziona l'approccio ad Internet già sperimentato con un collaboratore non vedente, Claudio Caranna, dottore in Fisica.

Autore del system e ideatore della schermata grafica del codice Braille nel Web, il professor Giuseppe Micali è dirigente presso il Policlinico Universitario di Messina e webmaster di Asis news, giornale on line edito dall'Associazione Stampa Italiana Scolastica (Ente di formazione e di aggiornamento del personale della scuola accreditato, presso il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca).

Per informazioni: <http://www.brailenet.it>

VI° congresso nazionale AIOM: il "profilo genetico personalizzato" è la nuova arma contro il cancro

Bologna, 22 settembre 2004

Conoscere con precisione non solo la possibilità di sviluppare un nuovo tumore, ma anche il tipo esatto di neoplasia, il rischio di recidiva, l'organo eventualmente interessato e, addirittura, la terapia a cui risponderemo meglio. Questo scenario, questo profilo genetico personalizzato, fino a pochi anni fa considerato fantascientifico, è già tecnologicamente praticabile, seppur per un ristretto gruppo di pazienti. Ma nell'arco di pochi mesi potrebbe diventare un esame su larga scala. Un po' come sta avvenendo con alcuni test specifici, per esempio il test HER2 per il carcinoma della mammella, che ha permesso alle pazienti che presentano la sovraesposizione di uno specifico gene di sottoporsi all'unica terapia attualmente efficace, con il risultato di un aumento del 40% della sopravvivenza. In poche parole, dopo anni di illusioni e false speranze, ci troviamo alla vigilia di un passaggio epocale nella sconfitta del cancro: il male del secolo, quello che ancora adesso è al vertice delle paure degli italiani. A darne notizia, al VI Congresso nazionale dell'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), in corso sino a venerdì a

Bologna, è il prof. Pierfranco Conte, direttore del Dipartimento di Oncologia e Ematologia dell'Università di Modena e Reggio Emilia.

"La decodificazione del genoma umano e i progressi tecnologici e bioinformatici - spiega Conte - hanno aperto prospettive entusiasmanti nella comprensione nello stato di attivazione di ogni gene e quindi della genesi dei tumori. Un passo fondamentale, perché quelli che noi fino ad oggi abbiamo etichettato come "tumore della mammella" "tumore del colon", "tumore del polmone", sono in realtà decine di malattie diverse, con comportamenti biologici differenti e che necessitano di interventi terapeutici differenti. Per questo - prosegue Conte - la possibilità di conoscere il profilo genetico e molecolare di ogni tumore provocherà una rivoluzione nel nostro modo di affrontare le varie neoplasie, sia dal punto di vista diagnostico, che prognostico e terapeutico. Questo porterà a previsioni più accurate e affidabili sullo sviluppo della malattia e a nuove strategie di trattamento".

In sostanza, l'oncologo sarà in grado di vedere quello che al momento ha solo capito in teoria: che tumori apparentemente simili, in pazienti apparentemente uguali possono avere un decorso estremamente diverso. "Oggi - aggiunge il direttore del Dipartimento di Oncologia e Ematologia dell'Università di Modena e Reggio Emilia - abbiamo a disposizione macchinari capaci di analizzare migliaia di geni in pochi minuti. E sono ormai numerosi i centri che stanno studiando gruppi sempre più elevati di pazienti. Le evidenze scientifiche ci dicono che nel giro di poco - addirittura di mesi - per i principali tumori si potrebbe arrivare alla definizione certa del rischio individuale e all'indicazione di una terapia individualizzata".

Il test HER2 è un po' il capostipite di questa rivoluzione. "L'Human Epidermal Growth Factor receptor 2 (HER2) - spiega ancora il prof. Conte - è un recettore presente sulla membrana di molte cellule ed è coinvolto nella trasmissione dei segnali di crescita cellulare. Normalmente le cellule epiteliali mammarie possiedono una quantità di recettori HER-2 compresa tra 20.000 e 50.000. Quando, per ragioni al momento ancora sconosciute, il gene per l'HER2 viene amplificato, il numero dei recettori aumenta esponenzialmente (sovraespressione) provocando una crescita cellulare incontrollata, con trasformazione verso il tumore. Oggi le donne con tumore al seno hanno la

possibilità di sottoporsi ad un test specifico, in grado di identificare precocemente la presenza o meno di questa sovraespressione dell'HER2 e conseguentemente indirizzare le terapie. La positività del test nelle donne con malattia metastatica fornisce infatti al medico l'indicazione a quella che al momento è l'unica terapia mirata contro questo bersaglio molecolare: la somministrazione dell'anticorpo monoclonale trastuzumab. Le donne con tumore HER2 positivo - il 30% circa dei carcinomi alla mammella - hanno un'elevata possibilità di rispondere al trattamento, che non è invece efficace nei tumori che non presentano l'alterazione. I risultati sono eccezionali: si è visto che con l'aggiunta del trastuzumab alla chemioterapia la sopravvivenza di queste pazienti aumenta del 40%".

Ma in attesa che la bioinformatica aiuti ad evidenziare tutti i geni che si associano a determinati comportamenti clinici del tumore e quindi a predire con maggior precisione l'efficacia di singole terapie o associazioni di terapie, quali sono le norme preventive da seguire? "La possibilità di guarigione di una donna che sviluppa tumore del seno - afferma il dott. Roberto Labianca, Responsabile dell'Oncologia Medica degli Ospedali Riuniti di Bergamo e presidente nazionale dell'Aiom - si potrebbe avvicinare al 90%. Sono poche le malattie importanti non oncologiche che abbiano una curabilità così elevata. E l'Italia è all'avanguardia: secondo lo studio Eurocare, infatti, nel nostro paese si contano maggiori probabilità di successo rispetto a Francia, Germania, Gran Bretagna e Spagna. Certo per arrivare a questo risultato è necessario che la donna sia consapevole della sua salute, si sottoponga a controlli periodici. L'obiettivo è la diagnosi il più precoce possibile. Obiettivo - sottolinea Labianca - ancora lontano dall'essere raggiunto: in Italia solo 2-3 donne su 10 effettuano la mammografia. E così, ogni anno nel nostro Paese su 32mila donne colpite da questo tumore, registriamo 12mila decessi: si tratta della prima causa di morte nella fascia d'età fra i 35 e i 44 anni".

Tumori, in arrivo 60 nuovi anticorpi monoclonali. Annuncio del prof. Leonardo Santi nel corso di un convegno a Bruxelles

Bruxelles, 30 settembre 2004

"Entro il 2010 entreranno sul mercato più di sessanta nuovi anticorpi monoclonali per la

cura del cancro e più di 1.100 proteine base, comprese quelle espresse in piante, importanti per produrre farmaci biotecnologici". Ad annunciarlo a Bruxelles, nel corso di un convegno dal titolo "Sfide future delle ricerche sulle Scienze della Vita", è stato il prof. Leonardo Santi, presidente del Comitato Nazionale per le Biosicurezza e le Biotecnologie. Unico italiano tra i relatori dell'incontro, indetto dalla Commissione Europa, il prof. Santi ha illustrato lo scenario attuale delle ricerche sul cancro e gli obiettivi scientifici resi possibili dal progresso degli studi biologici.

"La biologia molecolare - spiega Santi - ha consentito di comprendere meglio i meccanismi che determinano la trasformazione di una cellula normale in tumorale. Queste conoscenze hanno pertanto offerto nuove possibilità di intervento anche per quanto riguarda le indagini epidemiologiche. Sino a poco tempo fa gli studi epidemiologici registravano infatti una maggiore incidenza di neoplasie in particolari situazioni e con un'indagine a ritroso si cercava di comprendere quali cause avessero potuto determinare questo aumento. Si individuavano pertanto le cause ma dopo che il danno era avvenuto. Con la biologia molecolare si possono oggi identificare possibili alterazioni in grado di determinare l'insorgenza di un cancro prima che il danno sia diventato irreversibile". Negli ultimi 5 anni abbiamo assistito a un importante sviluppo degli anticorpi monoclonali terapeutici (Abs), con 9 Abs approvati per uso clinico durante questo periodo e più di 70 in Fase II.

"La terapia degli anticorpi monoclonali - aggiunge Santi - si è rivelata decisiva per diverse neoplasie: tumore alla mammella, linfoma non-Hodgkin e leucemia linfocitica cronica". Santi si è mostrato ottimista, infine, anche per quanto riguarda il trasferimento in clinica di alcune sperimentazioni biologiche in corso. "Per esempio le ricerche sulla telomerasi, enzima presente nella parte estrema dei cromosomi e la cui diminuzione riduce il tempo vitale delle cellule. Nei tumori vi è un aumento di questo enzima: l'obiettivo è quindi di ridurre la presenza nelle cellule tumorali provocandone la morte programmata. Oggi il tema centrale è comunque la farmacogenomica: realizzare una cura personalizzata che tenga conto del profilo genetico del malato e delle caratteristiche genetiche di quella neoplasia. La ricerca contro il cancro - conclude Santi - ha quindi molte stra-

de da percorrere, che devono confluire nell'obiettivo di ridurre drasticamente i casi di cancro, di contrastarne l'evoluzione clinica e, se possibile, arrivare a una completa guarigione. Tra queste strade è però necessario dare giusta importanza agli aspetti sociali, sia perché il cancro è la somma a un tempo di alterazioni geniche e ambientali, sia perché, dove non è possibile una guarigione, è indispensabile garantire ai pazienti una buona qualità di vita".

Sicurezza nei cantieri e regolarità contributiva, a Roma un convegno

Roma, settembre 2004

Si svolgerà a Roma il 22 ottobre prossimo il "Convegno Sicurezza nei cantieri e regolarità contributiva", organizzato dal Ministero del Welfare nell'ambito della Settimana Europea per la salute e la sicurezza sul lavoro, dedicata nell'edizione 2004 alla prevenzione dei rischi nel settore delle costruzioni. Oltre a rappresentanti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, parteciperanno l'INAIL, l'ISPESL, l'INPS, l'IIMS.

Il Dott. Amedeo Spagnolo, Dirigente di ricerca dell'IIMS, interverrà sul rischio infortunistico dei lavoratori extracomunitari impiegati nei cantieri.

Concluderà i lavori il Sottosegretario di Stato Maurizio Sacconi, del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali. La partecipazione all'incontro è gratuita.

Auditorium INAIL, via G. Pastore, 6 - 00144 Roma. Info e contatti: <http://www.welfare.gov.it/EaChannel/Eventi/sicurezza22ottobre.htm>

Tumori: il modello mitteleuropeo per sconfiggere il dolore inutile

Aviano (PN), settembre 2004

L'Italia continua ad essere all'ultimo posto in Europa, assieme alla Grecia, nella lotta alla sofferenza dei malati terminali. Nonostante la legge del 2001 che ha semplificato la prescrizione della morfina e dei suoi derivati, "l'oppiofobia", misto di convinzioni errate, ritardi culturali e paure irrazionali, ancora diffusa tra i medici, continua a causare inutile dolore. Per recuperare al più presto terreno giunge dalla Mitteleuropa, macroregione comprendente

Friuli Venezia Giulia, Austria e Slovenia un modello da seguire. Lo dimostrano i risultati di due recenti studi dell'Agenzia Regionale della Sanità, resi noti al 1° Convegno Mitteleuropeo di Cure Palliative organizzato dal Centro di Riferimento Oncologico (CRO) di Aviano (PN). Il Friuli Venezia Giulia ha dimezzato il dolore dagli ospedali (il 48% dei ricoverati non lo riferisce più), mentre in uno studio condotto in ospedali sparsi nel resto della penisola la media era di appena 1 su 10 (9%). Le differenze più sorprendenti si notano dunque nel confronto tra gli ospedali italiani e quelli del Friuli Venezia Giulia: tra tutti i pazienti ricoverati in Friuli, quelli che lamentano dolore intenso o molto forte sono l'8,8% dei casi, percentuale che al CRO scende al 2-3%. Uno studio simile condotto negli ospedali della regione Emilia Romagna, riportava una media pari al 24%. "Questi dati lusinghieri - spiega il prof. Umberto Tirelli, direttore del dipartimento di Oncologia del CRO - sono il frutto dell'applicazione di un modello di cura e di una visione 'laica' della terapia del dolore. Gli ottimi risultati del nostro centro, del Friuli Venezia Giulia e della regione mitteleuropea in genere dimostrano che la somministrazione dei trattamenti anti-dolore avviene correttamente, libera da pregiudizi e falsi scientifici. In Italia, invece - afferma Tirelli - il dolore è spesso accettato quale sintomo inevitabile e permangono errati convincimenti nei confronti della morfina e dei suoi derivati".

Per diminuire la sofferenza negli ospedali italiani è in arrivo una nuova terapia antidolorifica utilizzabile per bocca, simile ad un "lecca-lecca" che sarà disponibile tra qualche settimana al CRO di Aviano (unico centro del Nord-Est) e in alcuni altri istituti italiani quale terapia compassionevole. "Questo farmaco - spiega Tirelli - è in grado in pochi minuti di togliere il dolore acuto che non è controllabile con la terapia antidolorifica cronica. Auspicio che venga rapidamente registrato dal Ministero della Salute e quindi reso disponibile al più presto per tutti i pazienti italiani".

"Per sconfiggere l'oppiofobia" che regna ancora nel nostro Paese - afferma Roberto Bortolussi, responsabile dell'Unità di terapia del Dolore e Cure Palliative del CRO - servono iniziative formative e campagne di sensibilizzazione". L'Istituto di Aviano è fortemente impegnato e i risultati oggi si vedono: l'indagine di monitoraggio del dolore, iniziata insie-

me agli altri ospedali del Friuli nel 2003, è ancora in corso ma i risultati preliminari indicano che al CRO ben il 53% dei pazienti ha un VAS (Visual Analogue Score, scala di registrazione del dolore da 0 a 10) uguale a zero e i ricoverati che ricevono un trattamento antalgico sono il 54,5%, con il 27,3% che riceve una terapia a base di morfina o simili. Il Friuli Venezia Giulia ha istituito un programma di formazione che nel corso del prossimo quinquennio vedrà impegnate tutte le figure professionali negli ospedali della regione. “Iniziativa simili sono state avviate dalle Aziende Sanitarie per i medici di base e gli operatori dei Distretti Sanitari – spiega Bortolussi - L’obiettivo è evitare che si verifichi ancora il mancato o insufficiente utilizzo degli analgesici maggiori ogniqualvolta ci sia una precisa indicazione”.

“Questi obiettivi - afferma il dr. Simon Spazzapan direttore medico dell’hospice “Via di Natale” di Aviano, unico in Italia finanziato esclusivamente dai cittadini - sono perseguibili anche grazie alla collaborazione tra la Società Italiana di Cure Palliative e le Istituzioni regionali. Intese che rilanciamo nell’ambito del programma europeo ‘Interreg IIIA’ con il progetto di ricerca comune sulle cure palliative che legherà Italia, Austria e Slovenia; con due obiettivi principali: mettere a disposizione di tutti i malati le strutture più adeguate e promuovere i trials clinici per i pazienti oncologici anziani sui quali abbiamo pochi dati per mettere a punto terapie mirate”. E infatti il trattamento del dolore cronico negli anziani è uno dei problemi emergenti: il 60% delle nuove diagnosi di tumore e il 70-75% dei decessi per tutte le cause avvengono in chi ha più di 65 anni d’età. Per questo al CRO è stato creato un gruppo di studio, il GICAP (Gruppo Italiano Cooperativo Anziani e Cure Palliative), che riunisce studiosi di tutta Italia per raccogliere dati sulla terapia del dolore nell’anziano e mettere a punto strategie terapeutiche. “Il 14% circa degli italiani soffre di dolore cronico persistente – spiega Sebastiano Mercadante, responsabile dell’Unità di terapia del Dolore e Cure Palliative del Dipartimento oncologico ‘La Maddalena’ di Palermo – ma la percentuale si alza notevolmente nell’anziano. I farmaci anti-dolore più usati sono oggi gli antinfiammatori, con costi dieci volte superiori a quelli degli oppioidi e un notevole rischio di tossicità, in particolare nell’anziano. Eppure, morfina e

derivati si prestano bene al trattamento del dolore cronico, sono efficaci e relativamente maneggevoli. La morfina è assimilabile agli altri farmaci salvavita. Non deve mancare tra i farmaci che il medico porta con se nella sua borsa”.

I disabili e le piccole comunità, due convegni a Jesi

Pesaro, novembre 2004

La Cooperativa Archimede e il Gruppo Solidarietà promuovono due incontri di approfondimento su “Disabilità e residenzialità. Le piccole comunità: una risposta indispensabile”. Gli incontri si svolgeranno a Jesi rispettivamente il 20 novembre e il 18 dicembre.

L’iniziativa ha un duplice obiettivo. Riflettere sulla stato delle piccole comunità per persone disabili nel territorio della regione Marche; approfondire le condizioni che possono fare di una piccola residenza una vera e propria comunità.

Come funzionano le comunità promosse dalla legislazione regionale e nate negli ultimi anni? Si vanno affermando come un modello di riferimento o rischiano di essere tollerate nei territorio perché previste e finanziate a livello regionale? Perché poi di fronte al bisogno ed alla domanda potenziale di residenzialità le comunità sembrano non trovare - in molti casi - utenti da inserire o necessitano per un funzionamento a regime di soggetti provenienti dall’area della psichiatria? Si riflette abbastanza sull’accompagnamento necessario alle famiglie che pur necessitando del sostegno residenziale quando anche siano in gravissima difficoltà ritardano, a volte anche oltre limiti accettabili per la qualità della vita del congiunto, l’ingresso in comunità? Queste e altre domande (il finanziamento, i costi, le quote a carico di Comuni e Zone sanitarie, gli accorpamenti, gli standard assistenziali, le figure professionali) saranno al centro dei lavori dell’iniziativa.

Questo il calendario dei lavori: sabato 20 novembre 2004, dalle 9 alle 13, “Modelli e filosofie nella costruzione della risposta residenziale. Dall’istituto alla comunità”; sabato 18 dicembre 2004, dalle 9 alle 13, “Le piccole comunità residenziali nelle Marche. Legislazione, programmazione, esperienze”.

Per informazioni: grusol@grusol.it; www.grusol.it

RECENSIONI

Vincenzo Maria Mastronardi (a cura di), L'abuso dei bambini su Internet, ed. Armando Editore in collaborazione con UNESCO, Roma 2004, €18,00

La pornografia infantile e l'abuso sessuale dei bambini attraverso il cattivo uso dei media e di Internet rappresentano problemi complessi e strettamente collegati tra di loro. Sono necessarie non soltanto soluzioni definitive, ma anche risposte provenienti da tutti i settori della società. Il libro raccoglie le proposte di organizzazioni e di settori della società coinvolti nel progetto. Vengono illustrati sia i lavori condotti nei paesi africani, in Albania, in Brasile, in Guatemala, nelle Filippine e nello Sri Lanka, sia i tentativi di coinvolgere i media e di costruire sistemi di coordinamento. Una sezione del testo è dedicata alle organizzazioni locali che hanno raggiunto risultati significativi nella tutela dei bambini su Internet. Inoltre, questo volume propone un piano di azione per incoraggiare la cooperazione con altri settori impegnati nello stesso campo, in modo da agire in maniera coordinata e determinata contro ogni abuso perpetrato nei confronti dei bambini.

Silvio Scannagatta (a cura di), Classi e cittadini nei servizi sociali, ed. Il Mulino, Bologna 2004, €30,00

Sono ormai molti – troppi - anni che si parla di crisi del welfare state. I costi dello Stato assistenziale sono sempre più difficili da sostenere per le nazioni sottoposte alle rigide regole delle comunità economiche internazionali. Allo stesso tempo, però, i bisogni della popolazione in termini di welfare appaiono immutati mentre la sua percezione è in dinamico divenire.

Il volume a cura di Silvio Scannagatta cerca di fotografare una situazione difficile e di rispondere ad alcune domande: quanto i soggetti sociali sentono lontani i servizi a loro offerti, quale idea la popolazione ha delle professioni sociali o come i politici riescano a gestire il consenso verso lo stanziamento di budget per il welfare state, percepiti come sempre più ridotti. L'autore dimostra come in realtà i soldi investiti in questo settore siano sempre gli stessi e come lo Stato

riesca addirittura a spenderli in maniera più efficace, fornendo i servizi essenziali alle fasce di "vecchia" povertà, rimanendo invece indietro verso le nuove forme di indigenza.

Le patologie sociali cambiano e lo Stato non riesce a cambiare così velocemente. Come anche cambia in fretta il concetto di giustizia sociale, che ormai si è articolato sempre più nelle dimensioni della solidarietà e della sussidiarietà.

L'oggetto principale di questo volume, quindi, è quello di capire la percezione collettiva dei servizi e la legittimazione di ciò che fanno, arrivando a concludere che la sola soddisfazione dei fruitori appare come un aspetto importante, ma insufficiente, per la definizione della percezione di qualità.

Massimo Picozzi, Angelo Zappalà, Criminal Profiling. Dall'analisi della scena del delitto al profilo psicologico del criminale, McGraw Hill, Milano 2003, €29,00

L'immaginario collettivo è pieno di personaggi della letteratura, anche trapiantati al cinema, capaci di ricavare dati rilevanti all'identificazione di pericolosi assassini solo dall'analisi del cadavere e/o dalla scena del delitto.

"Il delitto, anche se non ha la lingua, può parlare". Non è solo un passo dell'Amleto (Atto II, Scena 2), ma il motto che hanno fatto loro Kay Scarpetta, il coroner protagonista dei libri di successo di Patricia Cornwell, e il team di lavoro di Clarice Starling, l'eroina de Il Silenzio degli Innocenti.

Ma non solo. Il criminal profiling è ormai una vera e propria scienza applicata dalle squadre investigative di tutto il mondo, a prescindere dalle vicende romanzate che li vedono protagonisti, e oggetto di studio e sviluppo a livello universitario.

Le banalizzazioni di cui questa disciplina è oggetto (come ad esempio il suo inserimento nel circo mediatico che ha accompagnato i ben noti e tristi fatti di Cogne), non rendono giustizia a una pratica multidisciplinare che coinvolge psicologi, epidemiologi, clinici e altri scienziati, chiamati in causa di volta in volta a seconda della natura e della tipologia della scena del crimine.

Ma cos'è in poche parole il criminal profiling? Lo spiegano molto bene in questo volume Picozzi e Zappalà, identificandone la nascita e

lo sviluppo al confine tra scienza dell'investigazione e discipline psicologiche, tra psicologia e psichiatria clinica e forense, tra scientificità e arte.

Definizioni, modelli esplicativi ed esempi concreti vengono su queste pagine presentati con chiarezza, rendendo la lettura indispensabile agli addetti ai lavori, dato che si tratta del primo libro italiano sulla materia, interessante anche per i non professionisti.

Mario Lizza, La sicurezza negli ambienti sanitari, Centro Scientifico Editore, Torino 2002, €34,00

In primo luogo l'identificazione dell' "utente" al posto dell'abusata parola "paziente". E poi l'analisi dettagliata di tutte le fonti di rischio dello "stabilimento ospedaliero" sia per gli operatori, sia per gli utenti, appunto. E' questo l'importante ed enorme lavoro svolto da Mario Lizza nelle oltre seicento pagine di questo volume.

In una prospettiva squisitamente europea, l'autore propone soluzioni concrete ai problemi inerenti i rischi e i danni in ambienti sanitari. Infortuni sul lavoro, rischi professionali, incidenti ai pazienti: i costi assicurativi con cui le aziende sanitarie si tutelano da questo genere di rischi incidono ormai in maniera significativa sui bilanci di fine anno.

L'opera di Lizza è in quest'ottica un contributo importante: una lucida radiografia dell'esistente che si trasforma in appassionati momenti di

promozione della salute (e del suo diritto) nel nostro Paese.

Augusto Consoli, Fabrizio Faggiano, Maurizio Ruschena (a cura di), Trattamento dell'abuso e della dipendenza da droghe, Centro Scientifico Editore, Torino 2003, € 16,00

Sono tantissimi i medici che si trovano ad affrontare i problemi di tossicodipendenza dei loro pazienti senza essere degli esperti in materia. Basti pensare, ad esempio, ai medici generici.

Per loro, ma più in generale per tutti i medici, nel Regno Unito sono state scritte queste linee guida per la gestione clinica delle dipendenze. Senza avere la pretesa di essere un manuale esaustivo su problemi tanto delicati e su una materia tanto vasta, il libro è, appunto, una serie di linee guida, divise in valutazione della tossicodipendenza, gestione dell'astinenza e della dipendenza e prevenzione delle ricadute.

Messe a punto dall'autorevole Department of Health inglese, le linee guida espresse nel volume si basano su numerose fonti, primi fra tutti i dati assunti da relazioni di commissioni esperte e dall'esperienza clinica di autorità accreditate.

Un manuale indispensabile, quindi, per chi quotidianamente opera "in prima linea" e, pur non essendo un esperto delle tossicodipendenze, è chiamato a combattere la sua quotidiana battaglia contro questo flagello.

DIRECTIONS FOR AUTHORS

Difesa Sociale (DS - Social Defense) publishes previously unpublished research, study, and scholarly articles in the matter of:

Health and security in living and working environments;

Social inclusion of disadvantaged individuals;

Needs of the population and social and health-care services.

The Authors who intend to submit articles that do not pertain directly to the issues dealt with by DS need to consult the editorial staff of the magazine in advance.

SUBMITTAL OF THE ARTICLES

Papers must be submitted to the Editorial Office of *Difesa Sociale*, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Via Pasquale Stanislao Mancini 28, 00196 Rome, Italy.

Only original and unpublished papers in the Italian, English or French language may be submitted.

Every paper is subjected to at least two referees. In the event of the acceptance of a paper, notice shall be given to the author/presenter within a three-month period.

Correspondence and offprints shall be addressed exclusively to the Presenter of the article.

The original copy of papers that are not going to be published shall not be returned.

TYPESCRIPT

Two paper copies of each typescript shall be submitted together with a copy on floppy disk. Papers need to be written as concisely as possible.

The title, written on a separate paper, shall be followed by the full name of the Author(s), the Authors' qualifications, and the name of the organization they belong to. Besides, the name of the Author/Presenter, as well as his/her address, telephone num-

ber, fax and e-mail must be clearly shown.

No title abbreviations are allowed. The meaning of any abbreviation has to be specified in both the text and the abstract. Abbreviations shall be written in capital letters, while logos shall be written in small capitals (i.e., DNA; IIMS).

Texts need to be broken down into chapters (i.e., Introduction, Materials and Methods, Results, Conclusion) and accompanied by bibliographies and abstracts. The latter need to be seven lines long and written in both Italian and English.

Footnotes, tables, photographs, diagrams and graphs may only be included if strictly needed to understand in full the treatment and the results. Any iconographic element needs to be progressively numbered and clearly quoted within the text.

Any term in Latin or in a foreign language needs to be written in italic.

BIBLIOGRAPHY

Each bibliographic entry shall be numbered and referred to in the text with a number in square brackets.

The bibliography shall be drawn up in line with the standard Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals (the so-called Vancouver style) that may be referred to in www.icmje.org.

The titles of periodicals may be abbreviated in line with the Index Medicus that may be referred to in www.medscape.com and www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi.

AUTHORIZATIONS, ACKNOWLEDGMENTS

Extended quotations and iconographic elements taken from different publications need to be accompanied by the authorizations given by the Authors and Publishers in compliance with copyright regulations.