

TUMORI: CANCRO TERREMOTO SU LAVORO PER 8 PAZIENTI SU 10, NASCE 'PRO JOB'

Milano, 12 mag. (Adnkronos Salute) - Dopo la malattia il terremoto sul lavoro. Fare i conti con il cancro significa anche questo. Il risultato, spesso, è devastante: meno redditi e più costi per i pazienti. Dopo la diagnosi, infatti, il 78% dei malati oncologici subisce un cambiamento nel lavoro: il 36,8% è costretto a fare assenze, uno su 5 lascia l'impiego e il 10,2% si dimette o cessa l'attività (in caso di lavoratore autonomo). Pochi conoscono e utilizzano le tutele previste dalle leggi per facilitare il mantenimento e il reinserimento: solo il 7,8% ha chiesto il passaggio al part-time, un diritto di cui è possibile avvalersi con la legge Biagi, poco meno del 12% ha beneficiato di permessi retribuiti (previsti dalla Legge 104/1992), il 7,5% ha utilizzato i giorni di assenza per terapia salvavita e il 2,1% i congedi lavorativi. E' la fotografia scattata oggi a Milano dove è stato presentato 'Pro Job: lavorare durante e dopo il cancro - Una risorsa per l'impresa e per il lavoratore', un progetto dell'Associazione italiana malati di cancro (Aimac), in collaborazione con l'università degli Studi del capoluogo lombardo, la Fondazione 'Insieme contro il cancro' e l'Istituto nazionale tumori della metropoli. Obiettivo: superare gli ostacoli che rendono difficile la vita dei pazienti sul lavoro e sensibilizzare le aziende sulle opportunità disponibili. I dati diffusi (dall'indagine Censis-Favo) evidenziano che le forme di gestione flessibile per conciliare lavoro e cure oncologiche sono ancora poco note e non influiscono in modo significativo sulla vita dei molti pazienti coinvolti. Questa situazione interessa anche i 'caregiver', familiari o amici che assistono i malati in modo continuativo. Scarso anche per loro il ricorso agli strumenti legislativi e regolatori: il 26% utilizza i congedi lavorativi e solo il 7% le varie forme di tempo parziale, verticale e orizzontale, con riduzione proporzionale dello stipendio, previsto dal decreto legislativo 61/2000.

"Secondo un sondaggio Piepoli-Aimac - spiega Francesco De Lorenzo, presidente dell'Aimac - il 91% delle persone malate vuole continuare a lavorare ed essere parte attiva della società. E' importante che Pro Job venga adottato dal maggior numero possibile di realtà imprenditoriali". Il progetto ha vinto il premio 'Sodalitas Social Innovation' ed è oggi al centro del convegno in Statale 'Lavorare durante e dopo il cancro', che apre gli eventi legati alla IX Giornata nazionale del malato oncologico (l'edizione di quest'anno sarà celebrata a Roma dal 16 al 18 maggio).

Nel 2013 in Italia si sono registrati 366 mila nuovi casi di tumore. E sono circa 700 mila le persone con diagnosi di cancro in età produttiva. "Pro Job - sottolinea Elisabetta Iannelli, segretario della Fondazione Insieme contro il cancro - mira a promuovere l'inclusione dei pazienti oncologici, a sensibilizzare i dirigenti perché creino condizioni ottimali nell'ambiente di lavoro, ad agevolare i dipendenti che hanno parenti colpiti da tumore a conservare l'impiego e a disincentivare il ricorso inadeguato a procedure per fronteggiare le difficoltà determinate dalla patologia". Evidenze scientifiche, aggiunge Francesco Cognetti, presidente di Insieme contro il cancro, "dimostrano che il lavoro aiuta a guarire e a seguire meglio i trattamenti, ma servono nuovi strumenti per non escludere i malati dal mondo produttivo. E' essenziale che il mondo delle imprese comprenda che i malati oncologici possono e devono lavorare, ma non necessariamente come prima della diagnosi".

L'azienda in grado di sviluppare il progetto Pro Job, conclude Michele Tiraboschi,

professore di diritto del lavoro all'università di Modena e Reggio Emilia, "potrà valorizzare il proprio capitale umano permettendo, da un lato, ai dipendenti malati di cancro di recuperare parte del proprio benessere e di ritrovare velocemente motivazione, impegno e capacità produttiva, dall'altro ai familiari di continuare il lavoro, senza rinunciare all'assistenza del malato, avvalendosi del part time. Tutto ciò a beneficio sia del lavoratore che dell'azienda



12-05-2014

Un progetto per conciliare cura dei tumori e occupazione

Affrontare un tumore non è semplice, farlo rischiando di perdere anche il lavoro o una parte di reddito rischia di essere difficilissimo. Per questo nasce "Pro-Job: lavorare durante e dopo il cancro", un progetto promosso dall'Aimac (Associazione italiana malati di cancro), il centro studi Adapt, Aiom e Università di Milano per sensibilizzare le aziende sul tema e mettere a punto un modello di intervento replicabile in diversi contesti aziendali, di cui si è discusso a Milano in un convegno.

L'impatto dei tumori sul lavoro è notevole per chi si ammala. Il 78% dei malati oncologici infatti ha subito un cambiamento nel lavoro in seguito alla diagnosi: il 36,8% ha dovuto fare assenze, il 20,5% è stato costretto a lasciare l'impiego e il 10,2% si è dimesso o ha cessato l'attività (in caso di lavoratore autonomo). Pochi conoscono e utilizzano le tutele previste dalle leggi per facilitare il mantenimento e il reinserimento: solo il 7,8% ha chiesto il passaggio al part-time, un diritto di cui è possibile avvalersi grazie alla Legge Biagi, poco meno del 12% ha beneficiato di permessi retribuiti (previsti dalla Legge 104/1992), il 7,5% ha utilizzato i giorni di assenza per terapia salvavita e il 2,1% i congedi lavorativi. Secondo questo sondaggio, realizzato da Piepoli per AIMaC, però, ben il 91% delle persone malate vuole continuare a lavorare ed essere parte attiva della società.

"I dati dell'indagine evidenziano che le forme di gestione flessibile per conciliare lavoro e cure oncologiche sono ancora poco note e non influiscono in modo significativo sulla vita dei molti pazienti coinvolti - commenta il professor Francesco De Lorenzo, presidente AIMaC -. Ciò spiega la grande difficoltà di contemperare le esigenze produttive con quelle legate alla cura. Questa situazione interessa anche i cosiddetti 'caregiver', cioè familiari o amici che assistono i malati in modo continuativo. Per colmare questo vuoto, nasce 'Pro Job: lavorare durante e dopo il cancro - Una risorsa per l'impresa e per il lavoratore'".

L'obiettivo è quindi di sensibilizzare il management delle imprese a creare per il malato condizioni ottimali dell'ambiente di lavoro e sviluppare interventi volti al reinserimento lavorativo dei pazienti e dei loro familiari che prestano assistenza. Le attività che possono essere sviluppate sono diverse e attengono alla attivazione di sportelli informativi aziendali, a servizi di helpline telefonici, alla formazione e informazione dei responsabili delle risorse umane, all'assistenza legale.

"L'impresa - spiega Michele Tiraboschi, professore di diritto del lavoro all'università di Modena e Reggio Emilia - attraverso l'implementazione del progetto Pro-Job potrà valorizzare il proprio capitale umano permettendo, da un lato, ai dipendenti malati di cancro di recuperare parte del proprio benessere e di ritrovare velocemente motivazione, impegno e

capacità produttiva, dall'altro ai familiari di continuare il lavoro, senza rinunciare all'assistenza del malato, avvalendosi del part time. Tutto ciò a beneficio sia del lavoratore che dell'azienda".

<http://www.avvenire.it/Lavoro/Occupazione/Pagine/tumori-insierire-al-lavoro-malati.aspx>

PARADOSSI

Cercansi 60mila infermieri Ma in Italia 25mila laureati sono senza un lavoro

Secondo i dati Ocse, in Italia mancano 60mila infermieri, ma circa 25mila neo laureati non trovano lavoro. Lo dice il Nursind, sindacato rappresentativo degli infermieri, in occasione della Giornata internazionale dell'infermiere celebrata ieri. «Se fino a qualche anno fa l'Italia era costretta a importare infermieri per far fronte alla carenza, oggi sono gli infermieri italiani a emigrare per trovar lavoro», spiega il segretario Nursind.

La disoccupazione infermieristica è in ascesa ed è maggiormente presente nelle Regioni soggette a piano di rientro. Analizzando e sommando i laureati senza lavoro dal 2011 a oggi, si ipotizza che il 53% sia attualmente disoccupato. Ipotizzando una cifra di 12mila laureati/anno, si può stimare che a fine anni saranno 25mila i neoinfermieri senza occupazione.



Home **Dal Governo**

DAL GOVERNO

Piano malattie rare: undici obiettivi al tavolo dei Lea

di Rosanna Magnano, Sara Todaro

12 maggio 2014 Cronologia articolo

Tweet



Rafforzamento della rete assistenziale puntando sulla capacità di collaborazione dei centri accreditati appositamente individuati dalle Regioni e nuove modalità di prescrizione, erogazione e somministrazione uniforme dei farmaci concordate al tavolo tecnico interregionale di riferimento: questi due degli 11 obiettivi individuati dal Piano per le malattie rare 2013-2016 trasmesso dalla Salute all'esame delle Regioni.

APPROFONDIMENTI

DOCUMENTI

Il piano malattie rare 2013-16

Il documento riassume in modo esaustivo il quadro normativo di riferimento e le azioni già messe in atto a livello europeo e nazionale, individuando undici obiettivi su cui puntare per sviluppare una strategia nazionale integrata, globale e di medio periodo, prevedendo tra l'altro l'istituzione di un Comitato nazionale che coinvolga ministero, Regioni, Aifa, Iss, Agenas e associazioni dei pazienti e l'approdo del Piano stesso al tavolo di verifica dei Lea. E facendo esplicito

riferimento al rafforzamento della cooperazione tra gli Stati membri, anche in materia di malattie rare, previsto dalla direttiva sulle cure transfrontaliere.

Ecco le principali azioni previste dal Piano MR:

1. Rete nazionale. È prevista una pianificazione condivisa tra il livello centrale e le Regioni, in relazione alla prevalenza delle singole malattie e dei gruppi di malattia, tenendo conto delle valutazioni sulle expertise e sulla produzione scientifica dei diversi presidi del Ssn: la scelta dovrà caderwesu quelli capaci di svolgere i compiti previsti dai Centri di expertise europei. Incoraggiati gli accordi specifici tra le Regioni, volti a realizzare "alleanze/coalizioni" almeno per le malattie più rare e complesse dal punto di vista diagnostico e terapeutico. Saranno sviluppati programmi ad hoc per garantire la transizione dall'età pediatrica all'età adulta: le Regioni dovranno individuare le modalità appropriate per assicurare lo scambio di informazioni e la condivisione di protocolli clinici e assistenziali tra le strutture pediatriche e le strutture per adulti, per accompagnare i pazienti riducendo il loro disagio.

2. Registri e monitoraggio. In attesa dell'aggiornamento dell'elenco delle malattie rare la Salute prevede l'aggiornamento dei data base: «Registro nazionale ed i Registri regionali - si legge nel Piano MR - potranno ampliare la raccolta dei dati contenuti nel data set minimo già concordato ed estendere la rilevazione ad altre malattie, tra cui i tumori rari, anche in armonia con quanto avviene nel resto dell'Europa» e ciò «attraverso la predisposizione di un database atto a raccogliere i dati

NEWSLETTER

Iscrivendoti alla Newsletter puoi ricevere una selezione delle principali notizie pubblicate. E' necessaria la registrazione

[Iscriviti gratuitamente >](#)

Sfoggia Sanità in PDF

Ultima uscita



nr. 17

6-12 mag. 2014

[Sfoggia PDF >](#)

[SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA >](#)

Uscite precedenti:

nr. 15-16 22 apr. - 5 mag. 2014

nr. 14 15-21 apr. 2014

[Consulta l'archivio >](#)
[Gestisci abbonamento >](#)

Quaderni PDF

La consultazione dei quaderni di Sanità è riservata agli abbonati. Se non sei abbonato puoi acquistare il singolo quaderno



Quali costi standard per le aziende sanitarie?

[Sfoggia PDF >](#)

Sanità risponde

Invia alla nostra redazione le tue domande e consulta l'archivio dei quesiti.

[Invia un quesito >](#)

epidemiologici delle malattie rare in fase di inclusione e pertanto non ancora contenute nel Registro nazionale delle malattie rare».

3. Nomenclatura e codifica. Per assicurare che le MR siano rintracciabili nel sistema informativo italiano basato sull'Icd sarà necessario: unificare e standardizzare la codifica delle malattie; progettare l'adozione in Italia delle modalità di codifica di MR utilizzate in ambito internazionale (tra cui l'Orpha code), in aggiunta all'Icd nei flussi correnti.

4. Percorso diagnostico-assistenziale. L'obiettivo prioritario è quello di ridurre il ritardo diagnostico, creando strumenti e infrastrutture capaci di guidare ed orientare i medici verso il sospetto di MR. Tra le azioni previste, la definizione, anche attraverso delibere formali, possibilmente condivise a livello interregionale, di protocolli e i percorsi assistenziali organizzati e garantiti per ogni tipologia di bisogno assistenziale: la Salute punta a «garantire nel territorio nazionale l'applicazione dei protocolli diagnostico terapeutici validati», prevedendo che «le Regioni si accordano in attesa che si realizzino linee guida validate e conferenze di consenso». Prevista anche la figura del case manager, per il coordinamento degli interventi multidisciplinari per i casi che lo richiedono, in continuità assistenziale tra ospedale e territorio e il l'aggiornamento di specialisti e professionisti della Asl di residenza del paziente presso i Presidi della rete, della stessa Regione o di altre, per metterli in condizione di seguire adeguatamente i pazienti.

5. Empowerment e associazioni. Massima valorizzazione del bagaglio di conoscenza maturato dalle associazioni dei malati rari: verrà incentivata la costruzione di un rapporto collaborativo finalizzato ad una loro partecipazione ai processi decisionali. Nel percorso assistenziale - precisa il piano - « dovrà essere perseguita l'inclusione del paziente e/o dei suoi familiari in tutte le decisioni che lo riguardano mediante l'uso di un linguaggio comprensibile e condiviso e la rilevazione sistematica dei bisogni dovrà essere effettuata tramite il coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari».

6. Ricerca. Studi all'insegna della tracciabilità e valutazione ex post dei risultati ottenuti sono strategie per ottenere il massimo dagli investimenti destinati alla specifica area delle malattie rare, ma la prima cura sarà destinata al non disperdere le non ingenti risorse disponibili. Per questo il Piano MR prevede di «concentrare prioritariamente le risorse dedicate alla ricerca sulle MR sulle aree meno sviluppate (clinica, sanità pubblica) e indirizzate ai bisogni dei pazienti, su obiettivi condivisi tra i centri esperti e le eccellenze scientifiche», punta sulla ricerca multidisciplinare « favorendo aggregazioni nazionali in grado di costruire una massa critica che possa agevolare la partecipazione ai consorzi internazionali», stabilisce di «concentrare le risorse preferibilmente su soggetti istituzionali che abbiano dimostrato capacità e competenza nella ricerca» e di vincolare su questo obiettivo parte dei fondi erogati dal livello centrale e dalle Regioni. Tra le indicazioni anche quella di «promuovere approcci cooperativi interdisciplinari che favoriscano la partecipazione dei ricercatori italiani ai progetti di ricerca finanziati a tutti i livelli, compreso quello comunitario, e facilitino, in collaborazione con la Comunità europea, lo sviluppo della cooperazione con paesi terzi attivi nel settore, anche per quanto riguarda lo scambio di informazioni e la condivisione delle competenze».

7. Formazione. Formazione a 360 gradi per medici, pazienti e caregiver. Per i medici di base innanzitutto: per poter indirizzare correttamente il paziente allo specialista in grado di formulare il sospetto diagnostico nel minor tempo possibile e orientarlo verso lo specifico presidio della rete delle MR. Nei corsi di laurea in Medicina e di tutte le professioni sanitarie "sarà necessario prevedere la conoscenza – si legge nel documento - degli aspetti peculiari della presa in carico di un paziente con MR, con riferimento ai modelli organizzativi del sistema di assistenza del nostro Paese e alla dimensione sociale delle MR". Il tema dovrà inoltre essere integrato in ciascuna scuola di specializzazione o master. E la formazione specifica in Medicina generale deve prevedere un focus sulle MR. Lo stesso argomento deve essere inserito nei contenuti dell'Ecm nazionale e regionale e nei Piani formativi delle Aziende sanitarie.

8. Informazione. Bisognerà garantire il potenziamento e la massima diffusione delle fonti informative validate attualmente disponibili (siti web, telefoni e punti informativi nazionali, regionali e locali), promuovendone l'utilizzo da parte di tutti i portatori d'interesse e con la partecipazione dei pazienti nella fase di progettazione degli interventi informativi sulle MR.

9. Prevenzione. Tra le parole chiave del Piano per la prevenzione primaria: counselling preconcezionale, stili di vita corretti, screening a cascata, test genetici, studi e ricerche sui possibili fattori causali. Ma anche un raccordo con il Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012, in argomento di "Prevenzione delle patologie da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici" e con i

Ultimi quesiti:

▼ PART TIME ED ESCLUSIONE DAI CONCORSI

Sto partecipando a un concorso per un posto di dirigente amministrativo presso una azienda...

▼ UNIFICAZIONE DELLE FUNZIONI DIRETTIVE

In alcune aziende ospedaliere della nostra Regione, anche se con un ritardo di un anno e mezzo, si...

[Vedi tutti i quesiti »](#)

documenti Eurocat ed Europlan. Per la prevenzione secondaria, l'obiettivo del Piano è il miglioramento della diagnosi precoce (clinica, clinicogenetica, prenatale e neonatale).

10. Farmaci. Attacco a tutto campo alle «criticità dovute a tempi lunghi per l'accesso alle cure, a causa dei meccanismi stessi di richiesta di prezzo e rimborsabilità, alla difficoltà di risalire al numero dei pazienti in trattamento, alla corretta individuazione del valore del farmaco e al successivo ritardo da parte delle Regioni all'accessibilità ai farmaci a livello locale». Oltre ai benefici effetti attesi in conseguenza delle norme della L. 189/2012, il Piano MR individua comunque tre necessità irrinunciabili: in primis quella di «uniformare le modalità di prescrizione, erogazione e somministrazione tra le diverse Regioni anche attraverso un confronto all'interno del tavolo tecnico interregionale delle malattie rare, con l'eventuale coinvolgimento di **AIFA**». In pista anche l'eventuale revisione delle modalità d'accesso al Fondo **Aifa** ad hoc (ex L. 326/2003) e il potenziamento dell'attività dello Stabilimento chimico farmaceutico militare nell'assicurare la disponibilità a costi ridotti di farmaci e altri trattamenti per le patologie.

11. Finanziamento e sostenibilità. Oltre alle risorse specifiche già destinate in passato alle MR, il Piano nazionale non è supportato dallo stanziamento di specifiche risorse. Per il triennio di validità del Piano, il ministero propone l'avvio di un monitoraggio delle fonti di finanziamento specifiche e di una ricognizione delle risorse effettivamente impegnate dal Ssn per le MR. "Sarebbe inoltre opportuno e auspicabile – si legge nel documento – l'avvio di azioni sinergiche tra gli Stati membri della Ue per la presentazione di proposte progettuali per accedere a finanziamenti europei".

Clicca per Condividere



©RIPRODUZIONE RISERVATA

Commenta la notizia

Leggi e scrivi

Permalink

Direttore responsabile: **Roberto Napoletano**
 Vicedirettore: **Roberto Turno**
 redazione.sanita@ilssole24ore.com

Gerenze

Testa collo

Cinque regole per ottimizzare i trattamenti per i tumori della testa e del collo dall'Istituto nazionale tumori di Milano. 1) cura della pelle: per prevenire dermatiti da radioterapia acqua tiepida, saponi neutri e creme idratanti. No a rasoi elettrici per gli uomini. Per irritazioni o infezioni consultare il medico. 2) Esercizi indicati da un esperto per difficoltà di deglutizione, tosse sensazione di soffocamento o alterazioni della voce post trattamento. 3) terminare le cure odontoiatriche prima delle cure e mantenere una corretta igiene orale. 4) dolore: compare dopo 3 settimane dal primo trattamento fino al termine della cura. Consigliati farmaci topici e farmaci oppioidi. 5) alimentazione: prima della radioterapia fino al 50% dei pazienti è malnutrito, dato che tocca l'80% durante i trattamenti. Importante l'aiuto di un nutrizionista.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Tiroide. Da lunedì prossimo prende il via la settimana mondiale
In crescita le patologie del piccolo organo endocrino, soprattutto nelle donne
Molto si può fare con il normale cloruro di sodio ma arricchito. Ecco i consigli

Basta un pizzico di sale iodato per prevenire

MARIAPAOLA SALMI

UASI un terzo della popolazione italiana potrebbe avere un disturbo alla tiroide. Se si controllassero con attenzione i valori degli ormoni tiroidei nel sangue o la struttura dell'organo con un'ecografia, quasi certamente si troverebbe un'alterazione di funzione o di volume di questa ghiandola in tanti italiani esposti endemicamente, come sappiamo, ad una carenza cronica di iodio.

E senza iodio nel sangue, la tiroide non fa ormoni tiroidei (tiroxina e triiodotiroxina), né li immagazzina e li rilascia quando servono. Il deficit o l'eccesso di ormoni tiroidei provocano ipofunzionalità tiroidea con conseguente **ipotiroidismo**, molto frequente, a volte sub-clinica che colpisce quasi il 10% della popolazione in maggioranza donne, oppure una iperfunzionalità con ipertiroidismo, più rara (1%) ma non meno problematico. I noduli, frequenti nel sesso femminile e in aumento, a loro volta sono ipo o iperfunzionanti, raramente maligni (1%).

Ad oggi l'unico mezzo per prevenire questi disturbi è attuare la profilassi iodica che si fa introducendo iodio con l'alimentazio-

"Più che respirato, va mangiato. La dose è 150 microgrammi al giorno"

ne. «Più che respirato lo iodio, microelemento volatile, va mangiato — dice Francesco Trimarchi della Società italiana di Endocrinologia (Sie) — bastano 150 microgrammi di iodio al giorno cosa possibile solo se si utilizza il sale da cucina fortificato con iodio, o sale iodato, in vendita nei supermercati e nei negozi di alimentari. Naturalmente la raccomandazione è quella di usare poco sale, non più di 5 grammi,

ma iodato». Il quantitativo di iodio va raddoppiato in



gravidenza in quanto il feto per i primi tre mesi utilizza l'ormone materno e dopo, quando si forma la tiroide, ne ha bisogno per un corretto sviluppo del sistema nervoso.

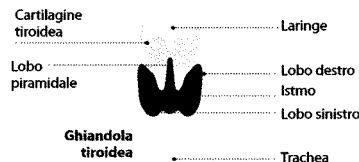
La tiroide pesa meno di 20 grammi ma è considerata la "centrale del benessere" perché con i suoi ormoni governa e influenza tutti gli organi e i tessuti del corpo, inclusi cuore e cervello. Non a caso la Settimana mondiale della tiroide 2014, 19-25 maggio, s'intitola «Tiroide problema sociale: dal corpo alla mente».

Quando la tiroide va in confusione persino il modo di scrivere si altera, lo conferma una ricerca condotta dagli endocrinologi dell'Università Cattolica di Roma, pubblicata sulla rivista *Thyroid* che hanno esaminato soggetti con morbo di Basedow, una forma di ipertiroidismo in cui vengono prodotti autoanticorpi diretti contro la propria tiroide, più frequente nel sesso femminile che d'altra parte è il bersaglio delle affezioni tiroidee che nella donna in età fertile e in postmenopausa si manifestano con una frequenza da 4 a 8 volte maggiore rispetto ai maschi. «I motivi di tale disparità che si ripercuote anche sulla fertilità, si spiegano in parte con la genetica e con la predisposizione femminile per le malattie autoimmuni, in parte con gli estrogeni che aumentano l'eliminazione di iodio con le urine — sottolinea Paolo Beck-Peccoz, presidente dell'Associazione italiana della tiroide (Ait) — il punto è la diagnosi che va fatta prima possibile e la cura, personalizzata al massimo».

Il 40% delle persone con problemi tiroidei risulta trattato poco o troppo. Il successo terapeutico dipende molto da come il farmaco (Levotiroxina) viene assorbito e assimilato.



SELPRESS
www.selpress.com



Dalla diagnosi alla cura

Il sospetto di un nodulo della tiroide è un problema frequente nelle donne e richiede una diagnosi tempestiva



Radiazioni
Ha subito esposizioni a radiazioni?

Farmaci assunti
Ce ne è qualcuno che interferisce con la tiroide?

LE DOMANDE DELL'ENDOCRINOLOGO

Prodotti a base di alghe
Li ha usati di recente?

Familiarità
Ci sono casi di problemi di tiroide in famiglia?

Ecografia positiva
Nella tiroide vi sono uno o più noduli

Visita a un medico endocrinologo

Tutte le risposte sono negative
Di solito la paziente risponde di NO a tutte le domande e l'endocrinologa prescrive un dosaggio ormonale

Tireotropina
Ormone prodotto dall'ipofisi che stimola la tiroide a produrre ormoni

Se la tireotropina è normale si passa direttamente all'agoaspirato (passo 9)

Dosaggi ormonali
Misura la quantità nel sangue di ormoni connessi alla tiroide

Almeno una risposta positiva
Se la paziente risponde di SI a una o più domande si aprono percorsi diagnostici diversi

I SINTOMI

IPERTIROIDISMO

- Nervosismo, mancanza d'attenzione, insonnia
- Caldo e sudorazione eccessiva
- Palpitazioni (tachicardia)
- Diminuzione di peso, ma aumento dell'appetito
- Diarrea
- Disturbi mestruali

IPOTIROIDISMO

- Problemi di memoria
- Diradamento dei capelli
- Pallore
- Aumento di peso corporeo / gonfiore
- Stipsi
- Cute secca

Accelerazione del metabolismo

Rallentamento del metabolismo
Stanchezza

1 Paziente
Scoperta
Una donna vede o sente un "bozzetto" nella tiroide. È il motivo più frequente di consultazione

2 Visita medica
Fa una visita dal suo medico di famiglia, che le prescrive un'ecografia

3 Ecografia negativa
Nella tiroide non vi sono noduli

Un aiuto arriva dalle nuove formulazioni disponibili sia in forma liquida orale che in capsule molli, queste ultime in 12 diversi dosaggi (da 30 a 200 microgrammi) che presentano minori interazioni con gli alimenti e il caffè, ma soprattutto possono soddisfare qualunque dosaggio ormonale richiesto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



> CAMICI & FIGIAMI PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

IL CAMMINO DELLA MEDICINA NON PREVEDE I MIRACOLI

A NESSUNO è ricresciuto un arto amputato; nessuno con la trisomia 21 ha mai modificato i propri cromosomi, a nessuno è ricresciuto un cervello lesionato da un ictus. I miracoli, anche se molti ci credono, non esistono. Esistono invece guarigioni inspiegabili con le conoscenze attuali. La medicina conosce il 10 per cento della complessità del corpo umano, nessuno può stupirsi che nel restante 90 per cento da scoprire esistano meccanismi straordinari.

L'umanità insiste nel credere che ciò che non capisce sia opera di spiriti cui assegna capacità di scegliere, decidere, agire. Secoli fa era dio chi scagliava fulmini dal cielo; demonio chi arrecava follia o epilessia. Credere ai miracoli fa bene al cuore, ma si tratta di una favola. La verità più credibile è la possibilità di ottenere progressi duraturi anche in medicina, come in tutte le scienze, sta nel lungo, faticoso cammino verso la conoscenza.

camici.pigiami@gmail.com



R2/LA RICERCA

La scienza cancella gli incubi
potremo decidere i nostri sogni

ENRICO FRANCESCHINI



Su "Nature Neuroscience" i risultati di un esperimento su 27 volontari: minuscole scosse elettriche possono provocare uno stato di coscienza nel sonno

"Incubi, addio"
Così la scienza
ci può aiutare
a controllare i sogni

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE
ENRICO FRANCESCHINI

LONDRA

INCUBI addio. La scienza ha trovato un sistema per controllare, influenzare e modificare quello che sogniamo: una piccola, innocua scarica elettrica sulla testa e possiamo diventare i registi della nostra attività onirica. Suona come un film di fantascienza e in effetti ne fa venire subito in mente uno di recente programmazione, *Inception*, in cui Leonardo Di Caprio è addirittura in grado di infiltrarsi nelle allucinazioni notturne altrui. Questo non è possibile, o perlomeno non ancora possibile, ma lo studio pubblicato dalla rivista *Nature Neuroscience*, e ripreso ieri dalla stampa britannica, sembra un primo passo su una strada che avrebbe sicuramente interes-

Durante il "lucid dream" i pazienti erano in grado di manipolare le proprie percezioni

sato il dottor Freud.
Secondo gli esperimenti con-

dotti congiuntamente dal professor J. Allan Hobson della Harvard University e dalla sua collega Ursula Vass dell'Istituto Goethe di Francoforte tutto quello che serve per "pilotare" i sogni è una minuscola scarica di elettricità, da 2 a 100 Hz, sulla regione frontale e temporale del cervello. La sollecitazione artificiale produce uno stato di *onironautica*, il termine con cui si indica la capacità di prendere coscienza del fatto di stare sognando: un'esperienza comunemente definita dagli studiosi "lucid dream" (sogno lucido, ovvero di cui si è consapevoli), durante il quale un individuo può esplorare e cambiare a suo piacimento il sogno, specie dopo avere preso dimestichezza con questa pratica. Per cui, se sta facendo un brutto sogno, può farlo diventare bello o portarlo rapidamente a conclusione. E con il dovuto allenamento chiunque potrebbe teoricamente imparare a sognare quello che vuole, proprio come da sveglia uno può immaginare quello che gli pare.

È già noto da tempo a medici e scienziati che i sogni avvengono soltanto durante una delle cinque fasi del sonno, chiamata Rem, acronimo di "rapid eye movement" (movimento rapi-

do degli occhi), diversa sia dal sonnecchiare che dal sonno profondo, caratterizzata da alterazioni corporali fisiologiche come irregolarità cardiaca, irregolarità respiratoria e variazioni della pressione arteriosa. Quando dormiamo passiamo attraverso quattro fasi di Rem a notte della durata di 20 minuti circa l'una, a intervalli mediamente di due ore l'una dall'altra: i sogni vengono a trovarci solo nei primi tre di questi momenti di visioni notturne. Ebbene, nei sogni ordinari che si fanno in tali condizioni, il sognatore rimane solitamente allo stato di inconscio, spiegano i ricercatori americano e tedesca nel loro studio. Ma nei "sogni lucidi" scattano funzioni extra-cognitive, si diventa coscienti e in possesso di libero arbitrio, cioè di libertà di scelta. Coloro che entrano in uno stato di "lucid dream" raccontano poi di avere avuto l'impressione di essersi «svegliati dentro il sogno» e di essere stati in grado di manipolare il sogno come meglio desideravano.

Nella ricerca citata da *Neuroscience*, 27 volontari senza precedente esperienza di "sogni lucidi" sono stati bersagliati con piccole scariche elettriche alter-

nate durante la fase di Rem. Gli studiosi hanno monitorato le regioni del cervello associate a un'attività di raggi gamma nota come indice di "sogno lucido", registrando un immediato incremento. E al risveglio i volontari hanno confermato di avere fatto sogni di quel tipo, ovvero di avere «sognato sapendo che stavano sognando». Dichiarò il professor Hobson al quotidiano *Guardian* di Londra: «Bisogna ancora essere cauti nelle interpretazioni dei risultati di quanto abbiamo fatto: servono maggiori studi, ma si tratta certamente di un progresso nella direzione di meglio comprendere come il cervello sviluppa le allucinazioni, come la mente umana si lascia illudere dai sogni». E la dottoressa Vass dice al *Daily Telegraph* che la tecnica delle scariche elettriche potrebbe essere usata in futuro per aiutare persone perseguitate da incubi ricorrenti a liberarsene, «svegliandole» all'interno del sogno affinché possano controllarlo, modificarlo, risolverlo.

Se siamo fatti della sostanza dei sogni, come sosteneva Shakespeare ne *La tempesta*, non è inconcepibile che prima o poi decidere che tipo di sogno fare diventi normale come decidere cosa andare a vedere al cinema.

Il sogno lucido

Nel sogno lucido si può avere la sensazione di svegliarsi, di **controllare la "trama"** decidendo, per esempio, di volare

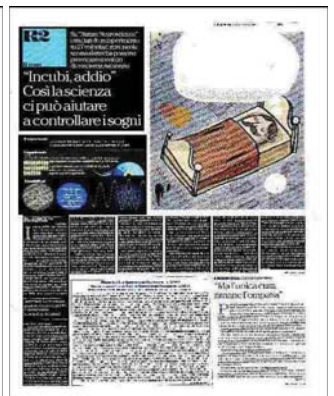
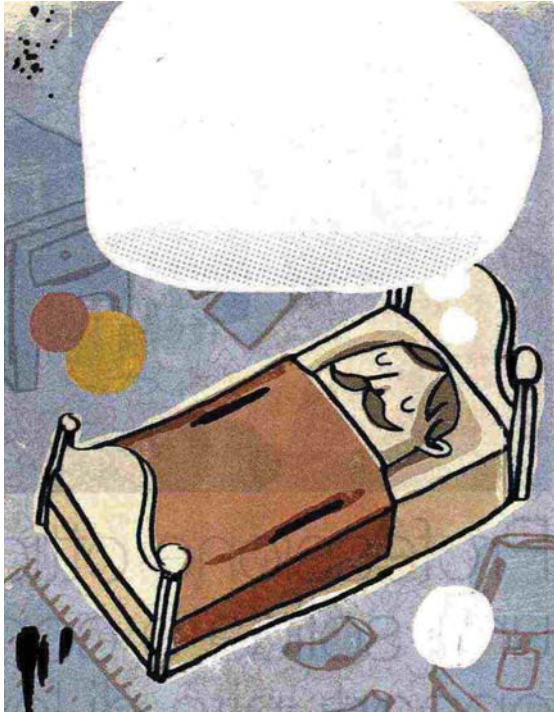
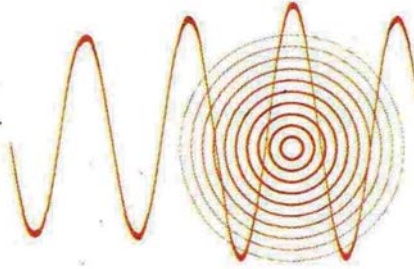
L'esperimento

27 volontari dopo tre minuti di sonno Rem sono stati sottoposti a **stimolazioni elettriche, variabili fra 2 e 100 Hertz** quando lo stimolo era stato di **40 Hertz**, molti volontari hanno riportato **esperienze di sogni lucidi**

I possibili usi

Aiutare le vittime di disturbi da stress post traumatici a **controllare gli incubi**

Approfondire gli studi sulle malattie mentali sulla base dei **meccanismi delle allucinazioni**



Ricerca La scoperta di un team del San Raffaele e di Harvard

Come riattivare il gene sentinella che blocca i tumori del sangue

Sotto brevetto

I risultati sono stati tutelati da un brevetto italo-statunitense

Nei tumori esistono meccanismi che disattivano le difese dell'organismo, altrimenti in grado di uccidere le cellule malate, e permettono loro di agire indisturbati. In particolare, quelli del sangue disattivano un gene sentinella che riconosce le cellule del tumore e ne attiva il suicidio.

Studiando questo meccanismo un'équipe di ricercatori del San Raffaele di Milano e della bostoniana Harvard Medical School ha scoperto la proteina responsabile del blocco del gene. E, ancora meglio, dimostrato che se si inattiva la proteina il gene riparte nella sua azione di guardiano anti-tumore. Ricostruito il puzzle, la strada è aperta ad una nuova cura potenzialmente in grado di far suicidare solo le cellule del tumore e che, comunque, dovrebbe ridurre i pesanti effetti tossici collaterali

della chemioterapia accelerandone l'azione.

Il lavoro è pubblicato da *Nature Medicine* e vede come prima firma l'italiana Francesca Cottini, medico e ricercatrice sia a Boston sia al San Raffaele. Già nota per aver individuato il meccanismo che il mieloma (altro tumore del sangue) utilizza per evitare la morte cellulare e continuare a proliferare indisturbato. Una scoperta tira l'altra e alla fine la medicina raggiungerà l'obiettivo di sconfiggere (o addirittura bloccare sul nascere) il male finora più «astuto» e più temuto (tanto che si evita di pronunciarlo): il cancro. Per ora è nel campo del sangue (leucemie, mielomi, linfomi) che si cominciano a inquadrare geni e proteine il cui gioco manda in tilt sistemi di difesa di per sé impenetrabili. Un gioco di spie e servizi segreti in cui le cellule tumorali ec-

cellono, a tutto discapito delle cellule sane che invece si fanno facilmente «truffare».

La ricerca scientifica è impegnata proprio nello smascherare la truffa-cancro e, in parallelo, addestrare le difese a non cadere negli imbrogli.

Tornando alla scoperta, da brevetto Italia-Usa, lo studio è stato finanziato dall'Associazione italiana ricerca cancro (Airc) e dalla Fondazione Cariplo. A coordinare l'équipe sono stati Giovanni Tonon, capo dell'Unità di Genomica funzionale del cancro del San Raffaele, e Kenneth Anderson, del *Department of medical oncology* alla *Harvard Medical School*. Qualche sigla: il gene sentinella si chiama Yap1 (un gene oncosoppressore il cui compito è riconoscere le cellule impazzite per attivarne l'apoptosi, o suicidio), la proteina che «spegne» Yap1 si chiama Stk4. Se la si disattiva, il gene riprende a funzionare.

Tonon è ottimista: «C'è la pos-

sibilità di mettere a punto cure che possono, fermando Stk4, riattivare il ruolo fondamentale del gene sentinella che induce la morte delle cellule dei tumori del sangue». Aggiunge Francesca Cottini: «Il sogno di ogni medico è dare un contributo scientifico che possa migliorare le aspettative e la qualità di vita dei pazienti. In questi anni ho studiato e identificato un meccanismo molecolare che il mieloma utilizza per evitare la morte cellulare e continuare a proliferare nonostante la presenza di danni al Dna. Poi, con sorpresa, abbiamo visto che questo meccanismo è in uso in molte patologie proliferative del sangue».

Meccanismi analoghi esistono sicuramente anche nei tumori cosiddetti solidi. La via è aperta: è caccia ai vari «talloni d'Achille» del cancro, quelli che il male per primi disinnesca. E la scienza ha ora il compito di scoprire come non farli disinnescare, oppure come reinnescarli.

Mario Pappagallo

@Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Scienziata Francesca Cottini, medico tra Milano e Boston





> L'ALTRA MEDICINA

ELIO ROSSI

SE L'ANTI-ANSIA SUPER-DILUITO AGISCE SULLE CELLULE NEURONALI

UN RECENTE studio, realizzato dal gruppo del professor Paolo Bellavite (università di Verona), ha dimostrato l'effetto del medicinale omeopatico Gelsemium sempervirens su cellule neuronali in coltura, in diluizioni alta. Gelsemium è un rimedio usato per ansia e stress. L'esposizione per 24 ore delle cellule neuronali a Gelsemium 2CH (seconda diluizione centesimale omeopatica: quantità piccolissima di principio attivo della pianta) ha fatto diminuire in modo statisticamente significativo l'espressione di 49 geni appartenenti a diverse "famiglie" implicate nella trasmissione del segnale, nell'omeostasi del calcio e nella risposta infiammatoria. Una piccola ma significativa diminuzione globale di attività dei neuroni, coerente con un possibile effetto ansiolitico, è stata osservata anche con diluizioni sempre più alte (fino a 30CH). È una prima identificazione dei meccanismi con cui agisce questo rimedio.

omeopatia@usl2.toscana.it



IN FARMACIA.

L'integratore è sparito C'è il farmaco con minore principio attivo

VALERIA PINI

L PRIMO gennaio, sono state ritirate dal mercato le confezioni di melatonina da 3 mg, vendute sotto forma di integratore alimentare. Ora in farmacia

si può acquistare, invece, un farmaco che contiene 2 mg a pillola, il *Circadin*. Costa 19,95 euro a confezione, quasi un euro a pillola e circa 3 volte di più degli integratori. Serve una prescrizione del medico, non necessaria in passato. Una novità che non è piaciuta a molti pazienti. Presente nell'organismo, la melatonina regola i bioritmi corporei, come il ciclo sonno-veglia. Ogni anno si vendevano 3 milioni di confezioni da 3-5 mg. La decisione del ministero della Salute (negli integratori non più di un 1mg di principio attivo) è un adeguamento al regolamento dell'Ue sulle indicazioni per la salute per gli integratori.

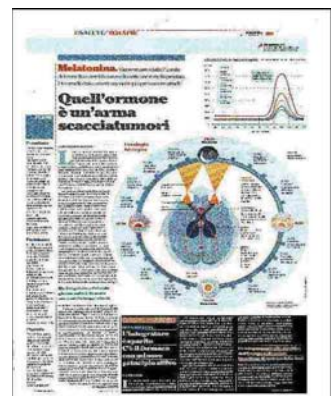
Ma dal momento che la melatonina non ha mai avuto controindicazioni, quale la ragione? «Se a una sostanza viene attribuito un ruolo specifico nella terapia è giusto che vengano definiti le modalità e il quantitativo da assumere», spiega Giacomo Della Marca, responsabile del Laboratorio dei disturbi del sonno del Gemelli - Molti integratori conte-

nevano quantità di melatonina non definite e non era chiaro quanto principio attivo venisse assorbito dall'organismo». Va ricordato che la melatonina è indicata solo per alcuni disturbi in quanto risincronizza il sonno. È utile nei casi di jet-leg o se ci si addormenta troppo tardi. In questi casi la Ue indica che l'effetto benefico si ottiene con 1 mg. Perché al-

Un adeguamento alle direttive dell'Europa sulla salute Questione di certezza delle dosi

lora il nuovo farmaco ne contiene 2mg? «In molti casi basta 1mg, ma ci sono malattie meno comuni in cui servono dosi più alte. C'è un altro problema. La formulazione del *Circadin* è a rilascio prolungato, ma in alcune terapie servirebbe il rilascio immediato. Oggi non esiste», conclude Della Marca.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Agenas: il disavanzo 2013 si ferma a 910 milioni, 726 in meno del tavolo di monitoraggio

La spesa cala, il Patto avanza

Ministro e governatori promettono di chiudere dopo le europee

I disavanzi 2013 secondo l'Agenas (migliaia)

Regioni	Risultato tavolo di monitoraggio *	Risultato Agenas **	Differenza	Regioni	Risultato tavolo di monitoraggio *	Risultato Agenas **	Differenza
Piemonte	-41.866,3	-40.742,0	1.124,3	Marche	32.140,7	37.532,0	5.391,3
V. d'Aosta	-52.997,4	-52.997,0	0,4	Lazio	-609.889,9	-609.888,0	1,9
Lombardia	10.261,7	10.189,0	-72,7	Abruzzo	340,4	36.175,0	35.834,6
Veneto	7.585,0	25.511,0	17.926,0	Molise	-51.297,6	-51.382,0	-84,4
Trento	-218.186,0	-184.095,0	34.091,0	Campania	11.759,7	19.262,0	7.502,3
Bolzano	-184.096,6	-218.186,0	-34.089,4	Calabria	-30.615,5	-30.616,0	-0,5
Friuli V.G.	-42.935,8	-42.936,0	-0,2	Puglia	-49.573,5	-39.561,0	10.012,5
Liguria	-91.346,3	-91.345,0	1,3	Basilicata	-6.088,5	-3.401,0	2.687,5
Emilia R.	1.663,3	2.348,0	684,7	Sardegna	-379.112,7	-379.112,0	0,7
Toscana	3.111,2	2.847,0	-264,2	Sicilia	24.974,3	6.017,0	-18.957,3
Umbria	29.873,7	24.619,0	-5.254,7	Italia	-1.636.296,0	-909.871,0	726.425,0

(*) Prima delle coperture; (**) Compresi i risultati positivi di gestione realizzati da alcune aziende di ogni singola Regione.
Fonte: elaborazione Il Sole-24 Ore Sanità su dati tavolo di monitoraggio e Agenas

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fiato sospeso sul Patto per la salute che, secondo il ministro **Beatrice Lorenzin**, promette risparmi ben più consistenti (almeno 7 miliardi) dei 700 milioni di spending review sui beni e servizi "prescritti" dalla manovra Renzi (il decreto Irpef). La promessa (del ministro) è di tagliare il traguardo subito dopo le elezioni europee e comunque prima del semestre italiano di guida Ue. La garanzia dei governatori è, come ha sottolineato il loro presidente **Vasco Errani**, che prima dell'estate sarà tutto finito. Più tempo «per fare il salto che vogliamo», ha detto. Intanto sul versante dei conti locali proseguono le notizie positive e l'ultima è l'ulteriore calo del disavanzo 2013 stimato dall'Agenas nazionale per i servizi sanitari "sotto" di oltre 700 milioni dei consuntivi del tavolo di monitoraggio.

I conti dell'Agenas. Grazie ai risultati positivi di gestione realizzati da alcune aziende di ogni singola Regione il disavanzo 2013 si assesta a -909,871 milioni, con un miglioramento di 726,825 milioni rispetto ai risultati del tavolo di monitoraggio sulla spesa (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 14/2014) che non tengono conto - per legge - di queste somme.

È il dato dell'Agenas riferito al IV trimestre 2013, al netto del-

le risorse aggiuntive da bilancio regionale per la copertura dei Lea che spiega anche la differenza con i conti del tavolo - confermando quindi il disavanzo complessivo al netto delle manovre e dei miglioramenti locali delle singole aziende - proprio in base al fatto che secondo il Dlgs 118/2011 (sui bilanci omogenei delle Regioni) l'eventuale risultato positivo di esercizio dei singoli enti è portato a ripiano delle perdite di esercizi precedenti. E, spiega ancora l'Agenas, l'eventuale eccedenza è accantonata come riserva o resa disponibile per il ripiano delle perdite del Servizio sanitario regionale. Secondo i dati Agenas, a recuperare di più rispetto ai risultati del tavolo di monitoraggio sono stati l'Abruzzo, che passa da un valore positivo di circa 340mila euro a oltre 36 milioni e il Veneto che migliora di quasi 18 milioni il risultato del tavolo raggiungendo un attivo di oltre 25 milioni.

Migliora anche di circa 34 milioni Trento, che rimane tuttavia in disavanzo per oltre 184 milioni, mentre il peggioramento maggiore è quello di Bolzano che perde altri 34 milioni raggiungendo un disavanzo di oltre 218 milioni.

Il Patto per la salute. Gli ingredienti per il risparmio sono la razionalizzazione degli ospedali (con una revisione del regio-

lamento già messo a punto soprattutto per quanto riguarda la rigidità nella soppressione dei posti letto e nell'eventuale chiusura delle piccole strutture) e dell'uso del personale, la revisione dei Lea e del regime dei ticket, gli interventi sui beni e servizi che i governatori hanno già pensato. I tempi sono contingentati: tre riunioni a settimana dei direttori degli assessorati e dei tecnici del ministero per elaborare i testi; una riunione periodica politica degli assessori per rivederli e correggerli. E l'obiettivo è chiudere tutto entro maggio, ma le Regioni prendono tempo per fare le cose come si deve e preferiscono puntare a inizio estate.

I fondi 2014. I governatori hanno chiesto con forza di rivedere e riqualificare i criteri sui costi e fabbisogni standard in Sanità. E più di tutti lo chiedono le Regioni del Sud, con il presidente della Campania in testa. E l'esame dei nuovi criteri è partito la scorsa settimana. Sul tavolo alcune questioni economico-finanziarie relative in particolare ai criteri di riparto del Fsn 2014 e misure di riequilibrio; sperequazioni territoriali in materia di finanziamento dell'edilizia sanitaria; individuazione di condizioni per la riduzione della mobilità sanitaria.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Asma. L'uso dei farmaci si riduce del 70% con stili di vita sani

Lo rileva uno studio su 730 pazienti condotto dall'Università di Brescia con i centri di ricerca Usa. Pecorelli: "Risultati ottenuti da un modello unico, che integra promozione della salute e trattamento della malattia. Ora lo applicheremo alle altre patologie croniche".

12 MAG - La strada per la gestione delle malattie croniche passa anche da Brescia. Soprattutto nel caso di disturbi respiratori: con il programma pediatrico "[Io e l'Asma](#)" l'utilizzo di farmaci si riduce di oltre due terzi e il "controllo" della patologia triplica. E' il risultato presentato oggi al Convegno "Malattie croniche e promozione della salute: dal modello al sistema", organizzato oggi presso il Dipartimento di Medicina dell'Università degli Studi di Brescia.

"È un modello clinico e sugli stili di vita unico, nato nel 2009 e sviluppato a Brescia, grazie alla collaborazione tra Università e Spedali Civili", ha spiegato **Sergio Pecorelli**, Rettore della Statale, durante il Convegno. "Siamo alla fine di un altro ciclo, iniziato nel 2009, ma ci poniamo subito un ulteriore ambizioso obiettivo: adattare il programma ad altre patologie croniche, anche negli adulti", ha aggiunto.

"La prevalenza dell'asma è in aumento – ha spiegato poi **Sebastiano Guarnaccia**, Responsabile del Laboratorio Clinico Pedagogico e Ricerca Biomedica/Centro 'Io e l'Asma', degli Spedali Civili di Brescia –. Non solo a causa dei noti fattori di rischio: acari, pollini, infezioni e inquinamento, ma anche per l'incremento di fumo attivo, alimentazione scorretta, sovrappeso, sedentarietà. Spesso, inoltre, si innescano relazioni amicali difficili, ansia e depressione con importanti ripercussioni sul controllo della malattia. Questo costringe ad aumentare i farmaci, con un rischio maggiore di effetti collaterali sulla crescita del bambino. Stili di vita sani e corretti migliorano il "controllo" della patologia cronica in questione, prevenendone i sintomi".

"Io e l'Asma" (www.ioeasma.it) utilizza nella pratica il Percorso Diagnostico Terapeutico Educazionale (PDTE), costruito e condiviso col medico di famiglia sulle linee guida internazionali e integra l'educazione terapeutica che rende proattivi e autonomi il bambino/ragazzo e la famiglia. "I risultati su 730 pazienti confermano che, dalla prima alla terza visita e dopo 6 mesi di monitoraggio, i risvegli notturni diminuiscono di quattro volte e le limitazioni nelle attività quotidiane del 60% – ha sottolineato Guarnaccia –. Inoltre, si azzerano le visite dal medico, gli accessi al pronto soccorso e i ricoveri, con risultati economici tangibili. I pazienti, dopo il colloquio motivazionale, intraprendono uno o più percorsi per affrontare le problematiche emerse in seguito alla somministrazione del questionario filtro: alimentazione, attività fisica, fumo e relazioni amicali. Migliorare lo stato di salute complessivo, legato soprattutto al vivere quotidiano, aumenta in maniera significativa le probabilità di controllo della malattia".

Il progetto "Io e l'Asma" è frutto di un'importante collaborazione tra Brescia e centri americani leader internazionali nella ricerca in questo campo, grazie al supporto dell'Associazione Laboratorio Clinico Pedagogico e Ricerca Biomedica Onlus (ALCPeRB).

"Lavorare in rete con altri Paesi accelera la trasmissione di conoscenze, permette di costruire e adattare database sulle malattie croniche, consente di utilizzare i dati per pianificare e implementare strategie d'intervento, valutandone anche l'impatto delle terapie farmacologiche e non", hanno sottolineato **Edmund Ricci**, University of Pittsburgh School of Public Health e **Matthew Masiello**, Windber Research Institute. "I link internazionali diventano le guide dell'innovazione e si basano su tre

concetti fondamentali: creatività nello sviluppo di programmi, maggiore velocità di trasmissione, comprensione ed interpretazione dei risultati. 'Io e l'Asma' è la sintesi perfetta di questi punti", ha concluso Pecorelli.

Save the Children La povertà educativa: in Italia 3,5 milioni di bambini penalizzati

PAOLO LAMBRUSCHI

Stiamo rubando il futuro a tre milioni e mezzo di bambini italiani, soprattutto al Sud. Lo denuncia Save the Children che

nel rapporto "La Lampada di Aladino" ha messo a punto un indice per misurare le povertà educative in Italia. L'organizzazione lancia l'allarme in particolare sull'alto numero di abbandoni scolastici.

A PAGINA 10

Povertà educativa: 3,5 milioni di vittime

Allarme di Save the children sull'Italia Bambini del Sud molto penalizzati

PAOLO LAMBRUSCHI

Stiamo rubando il futuro a tre milioni e mezzo di bambini italiani, soprattutto al Sud. Lo denuncia Save the Children, che nel rapporto "La Lampada di Aladino" – presentato ieri a Roma – ha messo a punto un indice per misurare le povertà educative in Italia. L'organizzazione lancia l'allarme anzitutto sull'alto numero di abbandoni scolastici, più del doppio in alcune zone rispetto al tasso da raggiungere tra cinque anni secondo l'Ue. Se la povertà colpisce un milione di minorenni, altri due milioni e mezzo si trovano oggi a rischiare l'esclusione sociale per mancanza di opportunità scolastiche e di formazione e per la scarsa qualità dei servizi. Si sta creando un pericoloso divario sociale tra settentrione e Mezzogiorno, dove secondo il dossier è più «scarsa e inadeguata» l'offerta di servizi e occasioni formative per bambini e adolescenti.

Una carrellata di cifre aiuta a capire cosa l'Italia sta trascurando. In Campania, maglia nera nella classifica dell'organizzazione - seguita ex aequo da Calabria e Puglia, poi dalla Sicilia - risulta grave per esempio «la penuria di servizi per la prima infanzia». Sono infatti appena 2,8 su 100 i bambini nella fascia di età 0-2 anni presi in carico dagli asili campani. Ancora peg-



ALLARME EDUCAZIONE La conferenza di Save The Children

giore la situazione in Calabria con 2,5. Si registrano valori bassi anche in Puglia (4,5%), Sicilia (5,3%), Basilicata (7,3%), Abruzzo (9,5%). Va aggiunto che in generale nessuna regione italiana raggiunge l'obiettivo europeo del 33% di copertura degli asili nido, visto che si arriva a stento al 26,5% in Emilia Romagna, con grave penalizzazione delle famiglie. Ma anche su altri indicatori l'Italia viaggia pericolosa-



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

mente a due velocità. Come il tempo pieno scolastico, garantito solo nel 6,5% delle scuole primarie della Campania e nel 15,3% di quelle secondarie di primo grado. In Puglia abbiamo rispettivamente l'11,7% e il 12,3%, in Sicilia il 7,1% e il 22%. Solo la Basilicata ha condizioni migliori rispetto al resto del Sud col 43,4% e 40,5% di tempo pieno alle elementari e medie. E se la rete è la chiave per gestire il presente e il futuro, la Campania ha il numero più basso di scuole con collegamento internet, poco più della metà - il 52,6% - a fronte del 77,5% in Basilicata e del 75,7% nelle Marche. La deprivazione educativa al sud

Il caso

A preoccupare è soprattutto l'alto tasso di dispersione scolastica, che in Sicilia supera il 25%. Entro il 2020 l'Unione europea ci chiede di scendere sotto il 10%

riguarda anche altri ambiti di vita: meno di un bambino e un adolescente campano su quattro fa ad esempio pratica sportiva continuativamente e sappiamo quanto in certi contesti sia importante per fronteggiare il degrado. Si sale al 31,2% in Puglia, al 32% circa in Calabria e Sicilia a fronte del 61,6% della Valle d'Aosta. Anche i libri e l'arte sono tesori distanti dal tempo libero dei ragazzi meridionali. Appena il 16% dei minori campani risulta aver visitato un monumento nell'ultimo anno e si scende al 12% dei piccoli calabresi.

Il tasto dolente resta la dispersione scolastica. Save the Children parla di «povertà educativa» per definire una mancanza di opportunità che va ad alimentare la povertà economica. La situazione è più grave e diffusa al sud, con le percentuali distanti dall'Ue di Campania e Sicilia (22 e 25,8%). Perfino il nord - Friuli Venezia Giulia, Lombardia ed Emilia Romagna - non regge il confronto con l'Europa che ha fissato al 10% il tasso di dispersione da raggiungere entro il 2020. Nella Valle si arriva al 19% e a Bolzano si sfiora il 17.

La miglior regione italiana per l'indice di povertà educativa è il Friuli Venezia Giulia che spicca per numero di bambini lettori, (il 75,7% ha letto almeno un libro nell'ultimo anno), sportivi (il 56%), per i bassi livelli di dispersione scolastica (11,4%) vicini alla soglia della media Ue, per le condizioni buone degli edifici scolastici (il 73,2% delle scuole ha certificato di agibilità). Una buona diffusione del servizio di mensa si registra in Lombardia, dove tre quarti dei

LA RICHIESTA

Dal governo italiano «misure cruciali»: istituire subito l'anagrafe dello studente

Save the Children ha chiesto ieri al governo italiano misure cruciali per contrastare la povertà educativa. Anzitutto l'istituzione dell'anagrafe scolastica con informazioni sull'iter educativo e familiare del minore, poi investimenti mirati nelle aree in maggiore povertà educativa e con i più alti tassi di dispersione scolastica. Terzo, garantire tempo pieno e servizio mensa per tutti. Sull'edilizia scolastica e la sicurezza, l'organizzazione chiede all'esecutivo di proseguire nell'impegno intrapreso definendo con chiarezza un piano efficiente di riordino dell'edilizia scolastica. Infine, nelle zone di forte marginalità, Save the Children propone l'istituzione di aree ad alta densità educativa sul modello delle *zones d'éducation prioritaires* francesi per armonizzare, in un quadro unico, le iniziative già esistenti. (P. Lamb).

principali istituti garantisce il servizio. Il tempo pieno viene assicurato nel 47% delle scuole primarie. Ancora poco, ma è il miglior risultato nazionale. L'Emilia Romagna è infine la prima per copertura di nidi pubblici (26,5%) e tra le prime per partecipazione al teatro dei ragazzi (il 38,7%) e pratica sportiva (57,8%). Per troppi bambini del sud, invece, la povertà resta un ostacolo insormontabile e l'Italia sta ipotizzando lo sviluppo di una generazione.

Il progetto. Nuovi "punti luce" per illuminare il futuro

In collaborazione con Csi e Libera, sono in programma interventi nelle periferie degradate delle grandi città per favorire la diffusione della pratica sportiva tra i più piccoli

La speranza di Maria Grazia, 38 anni, catanese, è che la sua bambina di 8 anni continui a frequentare il centro di ginnastica artistica del quartiere di Librino dove lei, il marito e l'altra figlia 18enne vivono da anni. Rione degradato di palazzoni, dove sono state arrestate recentemente 60 persone per narcotraffico. La figlia maggiore ha lasciato anche il corso professionale di estetista, la mamma aveva sperato di darle un mestiere. Ce ne sarebbe bisogno. Maria Grazia e il marito sono disoccupati. Lei per dieci anni si è occupata della gelateria di famiglia, ma dopo la morte della madre i fratelli l'hanno esclusa dagli affari. Ora sbarca il lunario facendo le pulizie nelle case del quartiere e ripone le sue speranze nella figlia piccola, che ha un grandissimo talento per la ginnastica artistica. Ma per questo deve restare aperto il centro

sportivo e a Librino non è scontato.

Samantha ha 40 anni, da Torino si è trasferita a Gioiosa Ionica più di 20 anni fa per amore del marito calabrese.

Ha tre figli, il primo di 11 anni, la seconda di otto e la terza di cinque. È disoccupata e il marito lavora saltuariamente come operaio. Samantha spesso soffre di non poter rispondere alle richieste dei suoi bambini. Le scarpe nuove o il cellulare non

possono permetterselo, nemmeno il quaderno a righe per i compiti di italiano. Ci ha pensato il centro Don Milani che con il pulmino va anche a prendere i bambini a casa, nel quartiere arroccato nella zona più isolata. I figli vorrebbero frequentare

un corso di disegno, il più grande iscriversi alla scuola calcio, la seconda nuotare in una piscina. Per ora restano sogni, perché a Gioiosa non ci sono strutture sportive e allontanarsi dal paese per trovare corsi gratuiti o a bas-

so costo è un'impresa impossibile. Sono situazioni comuni in molte aree del sud e per fronteggiarle l'organizzazione ha lanciato la campagna «Illuminiamo il Futuro» con tre settimane di sensibilizzazione e raccolta fondi per i primi "Punti Luce" in aree caratterizzate dalla scarsità di servizi. Si tratta di centri collocati in quartieri disagiati, dove studiare, giocare, accedere ad attività sportive, culturali e creative in collaborazione con enti locali e associazioni, tra le quali il Csi e Libera. Save the Children ha inaugurato già i primi "Punti Luce" a Bari, Gioiosa Ionica, Catania, Palermo e Genova, ed entro fine 2014 prevede di arrivare a 10 centri, con aperture a Napoli, Roma, Torino e Milano. (P. Lamb.)