

<http://www.sanita24.ilsolo24ore.com/>

«Hamlet», dal latte materno il toccasana contro le cellule tumorali



Il latte umano è una ricca fonte di molecole che proteggono la madre e il bambino da minacce immediate, come le infezioni. Nel latte è presente una varietà incredibile di molecole che combattono le malattie e i loro effetti combinati proteggono i bambini allattati al seno sia da attacchi virali che batterici. Tuttavia, non tutti sanno che il latte materno contiene anche molecole che offrono un potenziale protettivo a lungo termine contro altre malattie mortali, come il cancro.

Ci fu ricordato dell'importanza del latte umano quando scoprimmo che una frazione del latte uccide le cellule tumorali. Nel mio gruppo di ricerca presso la Lund University, in Svezia, studiavamo gli effetti antibatterici del latte materno, alla ricerca di nuovi antibiotici naturali. Grande fu la sorpresa quando scoprimmo che una frazione del latte induceva le cellule tumorali a suicidarsi!

Questa scoperta fu notevole, dal momento che le cellule tumorali si caratterizzano per la loro capacità di crescere e non morire. Analizzando più di 40 tipi diversi di cellule tumorali, abbiamo dimostrato che questa frazione del latte uccide preferenzialmente cellule di cancro.

Tali scoperte preliminari suggerirono che fosse possibile trovare efficaci interruttori di morte nelle cellule di cancro e che questi interruttori potessero essere utilizzati per sviluppare nuove terapie.

Tale scoperta rappresenta un affascinante esempio della versatilità delle molecole protettive contenute nel latte umano.

Così identificammo e nominammo il complesso antitumorale Hamlet (Human Alpha-lactalbumin Made Lethal to Tumor cells, alfa-lattoalbumina umana resa letale per le

cellule tumorali).

Si tratta della combinazione di due ingredienti del latte materno: una delle proteine più comuni nel latte materno, l'alfa-lattoalbumina, e uno degli acidi grassi più comuni nel latte materno, l'acido oleico.

Attualmente è possibile produrre Hamlet su larga scala, a partire dai costituenti purificati del latte umano. Questa metodologia ha reso possibile testare Hamlet in modelli di sperimentazione animale e in studi clinici. Recentemente, abbiamo identificato una piccola parte della molecola di Hamlet che può essere prodotta sinteticamente e la stiamo testando come candidato farmaco.

Hamlet ha dimostrato di avere potenti effetti terapeutici. In modelli di sperimentazione animale condotti su topi e ratti, il trattamento locale con Hamlet ha limitato l'avanzamento del tumore cerebrale e del cancro alla vescica. Inoltre, è stato dimostrato che Hamlet offre un'azione terapeutica contro il tumore del colon e presenta un alto potenziale come agente preventivo in modelli murini di cancro dell'intestino, suggerendo il suo sviluppo per la prevenzione di tumori in individui geneticamente predisposti.

Studi sull'uomo hanno mostrato che Hamlet può eliminare i papillomi cutanei (tumori causati da virus) e che iniezioni locali di Hamlet in pazienti con cancro alla vescica portano all'eliminazione delle cellule tumorali nelle urine. Ma il fatto più sorprendente è che la morte cellulare interessa solo il tessuto tumorale nella vescica, mentre il tessuto sano adiacente non viene danneggiato e i pazienti non subiscono effetti indesiderati tossici. Questo ha rappresentato un passo fondamentale nello stabilire che Hamlet ha effetto principalmente sul tessuto tumorale nei pazienti oncologici.

Studi approfonditi sul meccanismo d'azione di Hamlet hanno mostrato che il complesso si introduce nelle membrane delle cellule tumorali raggiungendone il nucleo (centro) e accumulandosi al suo interno, per poi impedire alle cellule tumorali di creare nuovi elementi cellulari costitutivi essenziali e di moltiplicarsi.

Ciò impedisce ai tumori di crescere, diffondersi e prendere il sopravvento sui tessuti sani distruggendone le funzioni vitali.

Hamlet offre una visione assolutamente unica per il miglioramento delle terapie oncologiche. Tali terapie richiedono selettività ed efficacia e Hamlet ha mostrato di avere entrambe queste caratteristiche.

Il prossimo passo comporterà la produzione di Hamlet in quantità industriale, raggiungendo tutti i requisiti regolamentari e tossicologici per il suo sviluppo come farmaco e l'esecuzione di ampi studi clinici. In conclusione, Hamlet può offrire una speranza ai pazienti oncologici di tutto il mondo che attualmente sono privi di nuove ed efficaci terapie. Considerandone l'inizio fortuito, un semplice studio sulle proprietà antibatteriche del latte umano, questo progetto ha percorso una strada molto lunga.

Venerdì 07 APRILE 2017

Cambiano i premi di risultato: risorse e distribuzione le stabilirà il contratto e peserà il giudizio dei cittadini. La parola finale ad un Organismo indipendente di valutazione. Siglata l'intesa sul Dlgs che modifica la legge Brunetta

Intesa in Stato-Regioni e Unificata sulle nuove regole per valutazione delle performance anche nel Servizio sanitario nazionale. Il contratto stabilirà la quota per i premi tra le risorse destinate al trattamento economico accessorio sia per le performance organizzative che individuali e fisserà criteri per garantire la differenziazione dei giudizi e la reale diversificazione dei trattamenti economici. I cittadini daranno il loro giudizio che entrerà nella valutazione e a decidere sarà l'Organismo indipendente di valutazione. [IL DOCUMENTO](#).

Cambiano le regole della valutazione delle performance anche nel Servizio sanitario nazionale con lo schema di decreto legislativo messo a punto nell'ambito dei decreti applicativi della riforma Madia per modificare il Dlgs 150/2009 (legge Brunetta) e su cui le Conferenze Stato-Regioni e Unificata hanno espresso l'intesa nella loro ultima riunione di ieri.

Niente più quota prevalente delle risorse destinate al trattamento economico accessorio collegato alla performance individuale, niente più fasce di merito - alta, media e bassa -, niente strumenti per premi extra. Il riferimento nel nuovo testo è anche all'articolo 19 del Dlgs 150 per quanto riguarda i meccanismi di distribuzione delle risorse per le performance, ma l'articolo 19 originario del Dlgs 150 (dove c'erano le fasce percentuali del 25%, 50% e 25% rispettivamente alta media e bassa per assegnare le risorse) è del tutto riscritto dal nuovo decreto.

Il testo ora prevede che il contratto stabilisca tra le risorse destinate al trattamento economico accessorio collegato alla performance la quota destinata alle performance organizzative e individuali e fissa criteri per garantire che alla differenziazione dei giudizi corrisponda la reale diversificazione dei trattamenti economici.

Per i dirigenti, il criterio di attribuzione dei premi è in riferimento alla retribuzione di risultato. Il nuovo articolo stabilisce anche che i cittadini, anche in forma associata, partecipano al processo di misurazione delle performance organizzative e lo fanno sia comunicando direttamente all'Organismo indipendente di valutazione il proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati – come lo stabilirà lo stesso Organismo - sia attraverso sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione che ciascuna amministrazione dovrà adottare, favorendo la più ampia partecipazione e collaborazione dei destinatari dei servizi,

E' previsto anche che i risultati della rilevazione del gradimento dei cittadini e degli utenti siano pubblicati una volta l'anno sul sito dell'amministrazione e siano valutati dall'Organismo indipendente di valutazione nell'ambito della valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione e in particolare per la Relazione sulla performance.

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

Meno ricoveri, stabili viaggi della speranza. Fiaso: si riduce gap tra Regioni



Meno ospedalizzazioni, e solo per casi complessi; meno prestazioni ma più appropriate; conseguenze del "rigore" in apparenza più limitate del previsto. Si potrebbero sintetizzare così i dati del Rapporto sulle schede di dimissione ospedaliere del Ministero della Salute rappresentativi della quasi totalità degli ospedali pubblici e privati italiani nel 2015. Gli ospedali sono più efficienti nel compilare le schede: su cento, il numero di errori scende da 37,5 a 27,6. E poi, rispetto al 2014, sono diminuite le ospedalizzazioni del 2,3% ma la spesa ospedaliera è scesa solo dello 0,2%, quindi si ospedalizzano casi mediamente più complessi. Ma senza spendere di più: la spesa totale per ricoveri tra 2000 e 2015 è passata da 31 a 28,8 miliardi; diminuisce il tasso di ospedalizzazione, nel 2010 era 172 tra ricoveri ordinari e day hospital, ora è 136 ogni mille abitanti. Né il servizio sanitario riversa le spese sulla lungodegenza: sono diminuiti del 2% anche i ricoveri in riabilitazione. E in Day hospital? Ci sono stati meno accessi e meno dimissioni, intorno al 5% rispetto al 2014. Dei 108 Drg ad alto rischio di inappropriatelyzza in 40 sono passati da ricovero ordinario a day hospital ma in 56 casi è diminuito sia il ricovero ordinario sia il ricorso al day hospital. Meno prestazioni più ricorso al privato pagato dal cittadino? «Questo il Rapporto non può dirlo.

La Sdo è nata per pagare il Drg e invece la stiamo usando come fonte di dati per misurare il sistema sanitario. Non può dirci quanto sia aumentato il ricorso degli italiani a spese out of pocket per la salute né cogliere la differenza tra le regioni standard e quelle in piano di rientro: come pretendere gli stessi parametri se in uno dei due contesti c'è stata una diminuzione marcata del personale preposto ad erogare prestazioni essenziali?», esemplifica Francesco Ripa di Meana presidente della FIASO, la Federazione delle aziende sanitarie ed ospedaliere italiane. «Occorrono altre fonti d'informazione integrative per dipingere il Ssn. Eppure, in ogni caso, il

Rapporto ravvisa l'utilizzo più appropriato dei ricoveri ordinari e in Day hospital ed il miglioramento degli indicatori coglie come chi più chi meno tutte le aziende sanitarie italiane siano in marcia verso l'appropriatezza. Credo vada spezzata una lancia a favore del management anche per la crescente coerenza dei numeri che va producendo e che sempre meglio rispondono alla necessità di controllo istituzionale del settore». Se pure non si riesce a vedere quanto il Ssn abbia scaricato sue funzioni sulla spesa dei privati, però un dato è eloquente: gli italiani non sono migrati in altre regioni in cerca di cure di più che nel 2014. Il tasso di ospedalizzazione per acuti fuori regione è stabile, rispettivamente a 8 per mille abitanti nei ricoveri ordinari e 3 ricoveri per mille abitanti nel Day Hospital.

I valori più elevati di ricoveri "fuori" si registrano dal Sud con Calabria ed Abruzzo in testa ma anche da regioni come Basilicata e Molise che pure curano pazienti provenienti da "fuori". Tra le regioni attrattive, Emilia Romagna e Toscana sono le sole che coniugano alta complessità e degenza più breve dello standard. Il grosso ricade nel gruppo dove i tempi di degenza s'impennano in funzione della complessità dei casi. Tutte le regioni tendono seppur con lentezza a spostarsi dai quadranti delle "spendaccione" a quelli delle virtuose e non viceversa, il Ssn sembra spendere meno e meglio. «A mio avviso, dopo il referendum del 4 dicembre e nonostante il risultato, sembra essere molto meno pervasiva l'idea di una concorrenza tra regioni "brave" e meno brave», riflette Ripa di Meana. «In tema di mobilità sanitaria, restano tre regioni molto attrattive come Lombardia, Emilia Romagna e Toscana, ma certi gap si riducono. Il fatto che si accentui il peso delle regioni più piccole tra chi "esporta" pazienti sembra delineare un quadro nuovo dove si va stabilizzando la mobilità indiscriminata, e cresce quella specializzata più dipendente dai "confini" delle regioni. Forse, l'emigrazione sanitaria andrebbe sempre meno vista come un criterio in base al quale premiare la regione attrattiva e penalizzare quella che esporta pazienti. La ricaduta delle collaborazioni tra regioni sta producendo esiti positivi e le distanze si accorciano, a dispetto di chi parla di peggioramento della nostra sanità e di baratro in crescita tra Nord e Sud».

La scoperta pubblicata da una rivista scientifica

DNA DA TIRATARDI

Il «gene dei gufi» sposta il ciclo sonno-veglia Una scusa perfetta per chi ama la vita di notte

■ ■ ■ ALESSANDRO DELL'ORTO

■ ■ ■ Da anni ci sentiamo ripetere - con tono disgustato e sguardo pateticamente severo - che siamo solo dei *lazzaroni*. Dei *tiratarardi*. Dei *perditempo*, *svogliati*, *pigri*, *balordi* e via così, con un crescendo di insulti che ogni volta si conclude inevitabilmente con un *ubriaconi*.

Ce lo dicono con cattiveria e arroganza (ma anche con una buona dose di involontaria comicità visti i termini utilizzati...), ma soprattutto con tanta fretta perché loro - senza i quali ovviamente il mondo non andrebbe mai avanti - non hanno tempo da perdere «che ormai è tardi e si è fatta una certa e c'è da andare a letto presto perché la sveglia è all'alba come sempre e bisogna essere superattivi e ciao mi raccomandando non fare l'alba come al solito». Già, te la menano e quando stai per spiegare che vivere la notte tutto sommato è piacevole e peraltro non costituisce alcun tipo di reato, che andare a letto tardi ti permette di rilassarti maggiormente e che dormire qualche ora in più tutte le mattine fa bene alla salute, si sono già dileguati. Spariti. Scomparsi senza un saluto e - affronto ancora più grave - senza aver bevuto l'ultimo bicchiere in compagnia.

E tu resti lì, a godertela ovviamente, ma con in testa il fastidio di essere considerato - senza motivo e per l'ennesima volta - un *lazzarone tiratarardi perditempo* svo-

gliato *pigro balordo* e pure *ubriacone*. Sì, anni e anni di affronti e insulti, ma ora - evviva - è finalmente arrivato il nostro momento. La nostra rivincita.

Perché una ricerca della Rockefeller University pubblicata sulla rivista "Cell" spiega che chi va a letto sempre tardi e la mattina fatica ad alzarsi presto potrebbe avere un difetto genetico (mutazione) a carico del gene "CRY1". Tradotto, noi amanti delle ore piccole e del poltrire mattutino avremmo, nel nostro Dna, un gene che rallenta l'orologio interno spostando in avanti il ciclo sonno/veglia al punto che molti arrivano ad avere un vero e proprio disturbo del sonno definito negli Stati Uniti come "Disturbo della fase del sonno ritardato". Sì, insomma: più che sfaticati siamo dei malati.

Ma come si è arrivati a questa fondamentale e rivoluzionaria (per noi) scoperta? Gli esperti sono partiti dall'osservazione di un gruppo di volontari rimasti chiusi per due settimane in appartamenti-laboratorio in cui nessuno aveva accesso a informazioni sull'ora del giorno o della notte: tutti, quindi, si trovavano ad affrontare le 24 ore, compresa la cadenza dei pasti, seguendo semplicemente i propri ritmi naturali. Beh, il risultato è stato che quasi tutti i volontari mantenevano cicli sonno-veglia e orari dei pasti piuttosto normali a parte una persona, cui era stato precedentemente diagnosticato il disturbo di fase del sonno

ritardato, che tendeva ad addormentarsi tardi e svegliarsi tardi. Ed ecco la svolta: analizzando il suo DNA i ricercatori hanno trovato la mutazione a carico del gene "CRY1", già noto per la sua influenza sui ritmi sonno/veglia (circadiani) dell'organismo.

Non solo. Gli esperti poi hanno consultato database genetici e hanno trovato altri individui portatori della stessa mutazione, calcolando così che questo "gene dei gufi" è piuttosto frequente: ogni 75 persone c'è qualcuno che ce l'ha. E che, probabilmente, di notte fa tardi con altri malati come lui, che lo capiscono e gli fanno compagnia.

E allora, forse, sarebbe il caso di iniziare a cambiare punti di vista nei confronti dei *lazzaroni tiratarardi perditempo svogliati pigri balordi* e pure *ubriaconi*: il barista, per noi con il "CRY1" difettoso, sarebbe meglio chiamarlo medico e gli alcolici medicine. E poi basta insultarci, per cortesia, perché le persone che hanno problemi di salute devono stare tranquille e, ovvio, vanno lasciate riposare più a lungo degli altri. Soprattutto di mattina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CONSULTA

Il test del sangue si può fare soltanto nelle farmacie

Cerisano a pag. 51

La Consulta boccia una legge del Piemonte. Luoghi di culto, no all'obbligo dell'italiano

Test del sangue solo in farmacia Illegittima l'estensione agli esercizi di vicinato e alla gdo

Pagina a cura
di FRANCESCO CERISANO

Solo nelle farmacie è possibile effettuare i test di autocontrollo del sangue. Non negli esercizi di vicinato o nei punti vendita della media e grande distribuzione. Il fatto che in queste strutture sia stata ammessa la vendita di farmaci senza ricetta non significa che tale liberalizzazione sia avvenuta anche per le cosiddette «prestazioni analitiche di prima istanza», come i test di autocontrollo di alcuni valori del sangue (trigliceridi, colesterolo, glicemia).

Lo ha chiarito la Corte costituzionale che ha dichiarato illegittima una norma di una legge della regione Piemonte (art.1, comma 2, lr n. 11/2016) nella parte in cui ampliava la platea di esercizi commerciali abilitati ad effettuare gli screening sanitari includendovi anche quelli a cui la legge statale consente la vendita

di medicinali.

Nella sentenza n. 66/2017, depositata ieri in cancelleria, la Corte ha precisato che, nonostante gli interventi di liberalizzazione sulla vendita dei farmaci, «nessuna facoltà è stata riconosciuta in capo agli esercizi commerciali diversi dalle farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale». Pertanto, non può esservi dubbio sul fatto che la legge statale limiti «alle sole farmacie la possibilità di effettuare le prestazioni analitiche di autocontrollo» e che quindi una legge come quella del Piemonte si pone «in chiaro contrasto con la legislazione statale» competente in materia.

Luoghi di culto, no all'obbligo dell'italiano. Con la sentenza n.67, depositata sempre ieri in cancelleria, la Consulta ha accolto il ricorso di palazzo Chigi contro una legge della regione Veneto che prevedeva l'uso della lingua

italiana nelle convenzioni urbanistiche stipulate tra i comuni e i rappresentanti delle comunità religiose. L'impegno a utilizzare la lingua italiana avrebbe riguardato tutte le attività svolte nelle attrezzature di interesse comune per i servizi religiosi, non direttamente connesse alle pratiche rituali di culto.

Per la Corte una norma del genere «risulta palesemente irragionevole in quanto incongrua rispetto alla finalità perseguita» perché «introduce un obbligo, quale quello dell'impiego della lingua italiana, del tutto eccentrico rispetto a tali interessi».

