

Disfida dello zucchero tra Italia e Oms Lorenzin: sbagliato dimezzarne l'uso

L'Organizzazione mondiale della sanità propone la riduzione dal 10 al 5% delle calorie
Il ministro: «I nostri prodotti aggrediti senza nessuna base scientifica seria»

ROMA «Zucchero, il nuovo tabacco»? Pare sostenerlo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Oms, che porta avanti anche attraverso una consultazione popolare su internet una battaglia contro il più dolce degli alimenti.

La proposta è di dimezzarne il consumo dal 10 al 5% del totale delle calorie assunte quotidianamente. La raccomandazione non esonera le aziende, che sarebbero costrette così a commercializzare prodotti privati di una buona parte della sostanza più gradevole per il palato.

L'Italia però non condivide questa politica i cui effetti rischiano di colpire molti marchi nazionali. È contraria **Beatrice Lorenzin**, ministro della Salute, impegnata a difendere il made in Italy nel semestre europeo a guida tricolore: «No a diktat senza base scientifica. È un'aggressione alle nostre tradizioni dolciarie. Poi però viene ammessa l'invasione di biscotti, barrette e cose simili con aspartame (un edulcorante artificiale ndr)».

Il ministro interverrà oggi alla seconda conferenza internazionale sulla nutrizione organizzata dalla Fao e dall'Oms,

190 Paesi partecipanti. Si parlerà dei problemi che affliggono il mondo, malnutrizione da una parte, obesità in vertiginoso aumento dall'altra. I due estremi. Il tema dello zucchero non rientra nel programma ma è invece argomento di grande attualità qui da noi.

Dieci giorni fa a palazzo Chigi diversi produttori del settore alimentare hanno incontrato il premier Renzi e la **Lorenzin** per esporre le rispettive difficoltà. Si è discusso anche di zucchero. «È un falso pretesto quello di porre un freno al dilagare dell'obesità, diabete e malattie cardiovascolari attraverso azioni del genere, che penalizzano i marchi italiani. Non si risolve nulla, ci vogliono iniziative di altro tenore». Il ministro pensa all'educazione alimentare a scuola, alla scelta corretta dei cibi (freschi anziché confezionati), alla promozione dell'attività fisica, al sostegno della dieta mediterranea.

L'Oms propone di abbassare il limite di 10-12 cucchiaini al giorno di zucchero — attualmente indicato — a un massimo di 5-6. La stessa strategia adoperata contro il sale e i grassi saturi, prevalentemente di origine animale. L'Italia non

è d'accordo per una questione di metodo. Proprio come non lo fu di fronte all'introduzione in Inghilterra dei semafori posti sulle etichette delle confezioni. Rosso indica il pericolo, il giallo segnala cibi mediamente pericolosi, il verde dà il via libera al consumatore. Olio e parmigiano italiano hanno ricevuto il bollino più dissuasivo. Il nostro governo si è opposto assieme alla maggioranza dei Paesi Ue al modello britannico. La Commissione europea a ottobre ha avviato una procedura di infrazione contro i semafori. Intere categorie di alimenti fondamentali in alcune diete erano discriminati.

Per Andrea Ghiselli, membro del Cra (Consiglio per la ricerca e la sperimentazione in agricoltura) la controffensiva dell'Oms non ha senso: «La raccomandazione è di contenere il consumo di zuccheri aggiunti, inclusi miele e succhi di frutta. Esempio, se il fabbisogno giornaliero è di 2.000 calorie si dovrebbe togliere l'equivalente di 5 bustine di zucchero, 25 grammi. È una riduzione punitiva sul piano del gusto. Oltretutto non c'è alcun vantaggio per la salute».

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I numeri

Il consumo pro capite annuale di zucchero (in kg)



Fonte: Fao - ultimi dati disponibili

d'Arco

163

Milioni di tonnellate

Lo zucchero che è stato consumato nel mondo nel 2013

35,8

Milioni di tonnellate

Lo zucchero che è stato prodotto nel 2012 dal solo Brasile

I diversi tipi di zucchero

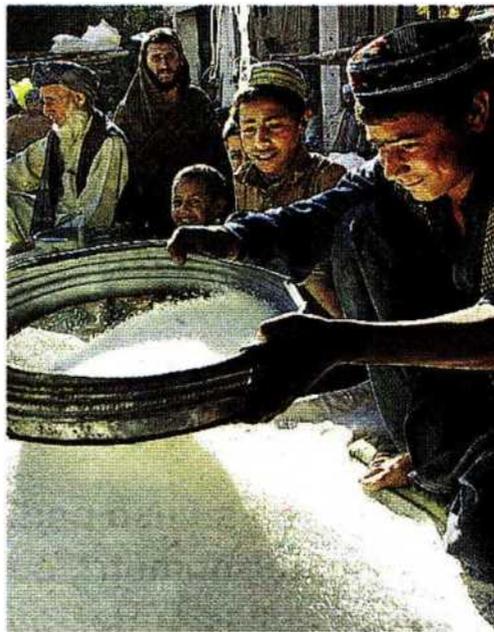
- 1) Biologico:** tra la raccolta e il confezionamento non si usano additivi chimici;
- 2) Muscovado:** ottenuto dal succo di canna da zucchero;
- 3) Di canna:** la canna da zucchero viene sottoposta a

- spremitura;
- 4) Raffinato:** sbiancato e lavorato in granelli fini;
- 5) Grezzo di canna:** è raffinato ma non sbiancato;
- 6) In cristalli marrone candito:** prodotto dalla lenta cristallizzazione e di una soluzione condensata sia a partire dalla zucchero di canna che di barbabietola

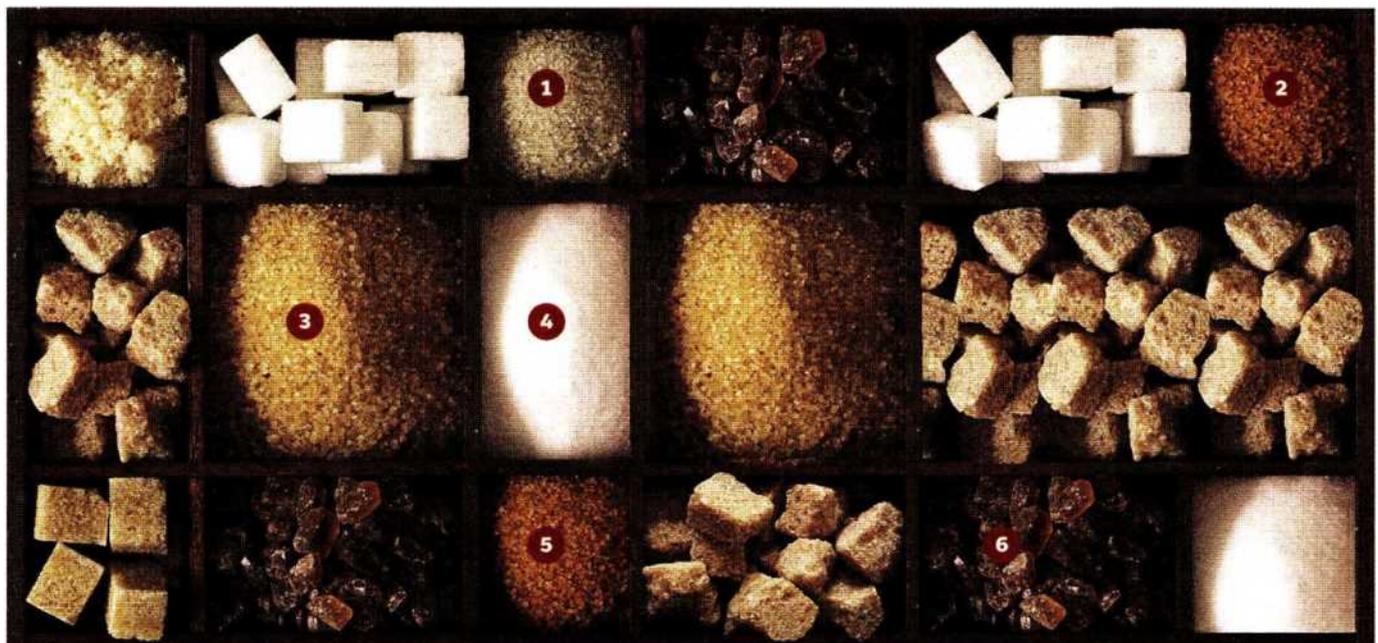
Chi è



● **Beatrice Lorenzin** è stata ministro della Salute nel governo di Enrico Letta e ha mantenuto il dicastero anche nell'esecutivo di Matteo Renzi



Dolcezza Zucchero in vendita in un mercato pachistano



“Frontiere chiuse contro Ebola” Il Big Data svela che è un errore

La ricercatrice della Fondazione Isi: si fa il gioco del virus, che si moltiplica in Africa

GABRIELE BECCARIA

«**V**i esorto a riportare l'attenzione dove è necessaria: in Africa. Là intere comunità vengono distrutte dal virus».

Craig Spencer è uno specialista di «Medici senza Frontiere». Il suo ricovero a New York aveva riempito i notiziari e ingolfato Internet. Ora che è stato dimesso dal Bellevue Hospital Center e l'onda di paura si è momentaneamente affievolita ha scandito parole solo in apparenza retoriche. È il momento di ribaltare la prospettiva di fronte a Ebola e colpirlo - adesso nelle comunità dove ha già infettato oltre 10 mila africani, soprattutto in Guinea, Liberia, Sierra Leone e Mali.

È una questione bifronte - medica e umanitaria - se la si osserva con lo sguardo di un camice bianco-filantropo. Ma non solo. È una questione matematica e l'allarme si affronta anche attraverso gli strumenti del Big Data. L'ha spiegato mercoledì scorso Vittoria Colizza al «Better Decisions Forum» di Roma, l'evento organizzato dalla società Iconsulting e dedicato a un tema sempre più «virale» (proprio in stile Ebola): come si generano decisioni che coinvolgono le esistenze di milioni di individui, «elaborando sulla base di gigantesche masse di dati - dice il responsabile innovazione Piergiorgio Grossi - la strategia migliore».

Fisico di formazione, ri-

cercatrice alla Fondazione Isi di Torino e all'Inserm di Parigi (il centro dedicato alla scienza della complessità e l'altro focalizzato sulla salute pubblica), Colizza ha guidato un team internazionale, arrivando a una conclusione secca: «Isolare le aree colpite da Ebola è un rimedio antico ed evoca reminiscenze medievali, ma sul lungo termine è inefficace. Anzi. Rischia di peggiorare la situazione». Contro l'epidemia bisogna ribaltare la prospettiva, appunto. Come invoca Spencer.

Cambiare visione significa mettere da parte le trappole del buon senso e - sottolinea Colizza - adottare le logiche controintuitive della scienza. Come?

«Il dibattito che si è scatenato in Occidente, se e come chiudere le frontiere, cancellando i voli dai Paesi africani e sospendendo i visti, oltre alle quarantene imposte al personale in rientro, è via via cresciuto, ma senza basarsi su dati quantitativi». Che il team, invece, ha trattato in un modello a cui ricorrono gli studiosi della complessità per indagare la propagazione delle epidemie. I numeri sono arrivati dai movimenti di popolazione, concentrati su griglie di 20 km per 20 e proiettati sia sulle rotte aeree (in 3400 aeroporti) sia sugli spostamenti pendolari, in 40 nazioni, con i mezzi più diversi, bici comprese. Studiando i tracciati in un periodo-chiave - lo scorso agosto, quando il panico internazionale montava - la scoperta è stata un'evidenza al di là del «common sense».

«Le restrizioni decise da molti Paesi, in realtà, hanno

avuto conseguenze diverse rispetto alle attese». La riduzione dei contagi si è fermata sulla soglia del 60% e in compenso i blocchi sulle reti di comunicazione hanno avuto contraccolpi seri per diverse aree dell'Africa: strangolando il flusso di medicinali e personale specializzato, hanno aggravato la crisi. Ed Ebola si è rafforzato. Mentre l'Onu e l'Oms chiedevano un'inversione di tendenza, i rivoli dell'infezione hanno continuato a scorrere. Solo con maggiore lentezza. «I ritardi, da Paese a Paese, sono stati dell'ordine di poche settimane, fino a un massimo di un mese. Il rischio del primo caso importato, quindi, non può mai essere annullato del tutto».

La ragione - vale la pena enfatizzarlo - è matematica: «Qualsiasi decrescita lineare, come quella dei viaggi, rispetto alla crescita esponenziale dei contagi alla «sorgente», non riuscirà a capovolgere la situazione».

Conclusione: cambiamo bersaglio - dice Colizza - e indirizziamo le armi anti-epidemia nella cooperazione, coinvolgendo laboratori, aziende farmaceutiche, governi e organizzazioni internazionali. Intanto, però, la crisi peggiora. E la colpa è anche dei «muri» anti-Ebola. Ultimi, in ordine di tempo, quelli alzati da Canada e Australia.



SANITÀ/IL POLICLINICO HA FISSATO I PARAMETRI, GARANTITO L'ANONIMATO DEI VOLONTARI

Eterologa, ecco le regole per il registro dei donatori

ALESSANDRA CORICA

UN DOPPIO registro. Uno per archiviare i donatori, e un altro per conservare i dati medici e anagrafici delle coppie che decidono di sottoporsi all'eterologa. Obiettivo, catalogare tutti gli "abbinamenti" tra volontari e coppie, e verificare che il limite massimo di dieci nati per donatore sia rispettato. È pronto il registro regionale dei donatori per la fecondazione eterologa: il compito di strutturare l'archivio (che dovrebbe essere attivo finché non ne sarà realizzato uno a livello nazionale) era stato affidato dalla Regione al Policlinico di Milano. L'ospedale ha costituito un gruppo di lavoro, che nei giorni scorsi ha inviato una bozza alla Regione. La Direzione generale Salute ha approvato il protocollo e incaricato Lombardia Informatica di strutturare una banca dati telematica, «interoperabile tra tutti i cen-

tri regionali». Tra pubblici e privati, in Lombardia le strutture autorizzate a effettuare l'eterologa sono 25: tutte dovranno utilizzare il registro, che dovrebbe essere operativo entro fine anno.

Il protocollo elaborato dal Policlinico prevede che a ogni donatore sia assegnato un codice composto da lettere e numeri. L'obiettivo è mantenere l'anonimato del volontario, i cui dati anagrafici per questo non saranno archiviati nel registro del Policlinico, ma saranno noti solo al centro che ha raccolto la donazione. Nel registro, saranno specificati sesso e provenienza del donatore (se è lombardo, se arriva da un'altra regione oppure dall'estero). A ogni volontario, che non potrà essere scelto dalla coppia in base al fenotipo, corrisponderà una cartella, con dati quali età, altezza, colore degli occhi e della pelle e numero di donazioni effettuate. Ognuno dovrà firmare un'autocertificazione in cui dichiara se ha già donato i propri gameti,

e dovrà essere sottoposto a uno screening, i cui risultati saranno anch'essi custoditi dal centro che ha raccolto la donazione.

La via lombarda all'eterologa resta comunque accidentata. A causa della mancanza di donatori, che scarseggiano non solo in Lombardia, ma in tutta Italia. A complicare ulteriormente il quadro, poi, ci sono i ricorsi giudiziari. Che sono stati presentati in seguito alla decisione della Regione di rendere le prestazioni sempre a carico delle coppie, con tariffe che vanno dai 1.500 ai 4 mila euro. Al momento i ricorsi sono tre: i primi due sono stati avanzati la scorsa settimana, dall'onlus Sos infertilità e da un gruppo di medici. Il terzo è stato notificato ieri: a proporlo, l'associazione Medicina democratica. «La delibera regionale — spiega Elisabeth Cosandey, di Medicina democratica — è discriminante perché solo chi è benestante potrà fare l'eterologa. In questo modo, si viola l'articolo 32 della Costituzione che tutela la salute come diritto».

Già presentati tre ricorsi contro le tariffe a pagamento della Regione



LA BANCA DATI

La società Lombardia Informatica è stata incaricata dalla Regione di realizzare una banca dati sui donatori che sarà messa a disposizione delle 25 strutture accreditate





SANITA': INDAGINE, ASSOCIAZIONI PAZIENTI SI SENTONO POCO COINVOLTE IN DECISIONI =

Oltre 80% accoglie bene idea di Consulta nazionale presso ministero

Roma, 18 nov. (AdnKronos Salute) - Sostengono le famiglie dei malati e difendono i loro diritti. Eppure, le Associazioni dei pazienti si sentono scarsamente valorizzate all'interno del Ssn e nelle sedi istituzionali dove si decidono le politiche sanitarie: la maggioranza dichiara, ad esempio, di essere poco coinvolta nei processi decisionali che riguardano i percorsi diagnostico-terapeutici (il 75%), i processi assistenziali e di cura e le politiche sociali e di sostegno (l'80%). Anche sul fronte della partecipazione ai processi decisionali sull'accesso ai farmaci non va meglio: appena il 33% dichiara di farne parte. Per questo più dell'80% accoglie con favore l'idea di una Consulta nazionale delle associazioni con sede presso il ministero della Salute. E' quanto emerge dall'indagine 'Il processo di empowerment' realizzata dalla Swg per Fondazione Msd, presentata oggi a Roma.

La ricerca, condotta tra luglio e ottobre 2014, ha coinvolto 23 Associazioni e 7 soggetti Istituzionali (esponenti del Parlamento, delle Regioni, delle principali Agenzie e Istituzioni sanitarie italiane e dell'industria del farmaco). Un coinvolgimento maggiore delle Associazioni di pazienti emerge negli ambiti che riguardano la promozione della qualità di vita: oltre la metà ritiene di partecipare attivamente alle decisioni. Rimane il fatto che l'86% delle Associazioni pensa che il loro ruolo sia scarsamente valorizzato all'interno del Ssn e nelle sedi istituzionali dove si decidono le politiche sanitarie. E il 65% ritiene insufficiente l'attuale normativa che regola i rapporti tra Associazioni e Istituzioni e oltre il 50% non può, al momento attuale, far riferimento a un network sufficientemente rappresentativo in grado di rivendicare questo ruolo.

Da parte loro, i soggetti istituzionali interpellati ritengono importante il lavoro svolto dalle Associazioni e pensano che il loro ruolo sia prezioso in quanto rappresentano una risorsa conoscitiva sul piano clinico e dei bisogni assistenziali.

A peggiorare la situazione concorrono la crisi economica e i tagli nelle spese sanitarie: il 91% delle Associazioni ha difficoltà di tipo economico, il 59% deve far fronte al taglio dei servizi, il 41% ha difficoltà a garantire l'accesso dei pazienti a tutte le opzioni terapeutiche. Dall'indagine emerge poi che l'80% delle Associazioni rivendica un ruolo nelle decisioni di politica sanitaria, per far sì che il paziente - insieme ai medici e agli amministratori - possa esercitare un potere decisionale nelle questioni che lo riguardano da vicino, dalla scelta terapeutica agli indirizzi di spesa in campo sanitario.

L'intento dell'indagine, spiega Pierluigi Antonelli, presidente e amministratore delegato di Msd Italia, "è scattare una fotografia dello stato dell'arte del rapporto tra associazione di pazienti, istituzioni, industria ma anche un modo di tracciare un bilancio dell'attività svolta sino a oggi da attori pubblici e privati a sostegno di questo processo di empowerment per individuare insieme le traiettorie di sviluppo futuro". Da parte sua, Msd ha "creato un programma pluriennale di formazione e aggiornamento per 30 associazioni di pazienti rappresentative delle patologie a più elevato impatto sociale. In totale, più di 100 ore di formazione modulate in lezioni frontali, simulazioni e laboratori, con il coinvolgimento di professionisti della comunicazione e delle relazioni istituzionali e con testimonianze dirette di giornalisti e Istituzioni".

"Condividere lo status quo dei rapporti delle Associazioni dei pazienti con le Istituzioni sanitarie rappresenta un'occasione unica per far emergere le eventuali difficoltà esistenti nel processo di coinvolgimento dei pazienti e per individuare strumenti correttivi efficaci", ha scritto il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, in un messaggio rivolto alla platea.

(Bdc/AdnKronos Salute)

La cifra è stata fornita dal ministro **Beatrice Lorenzin** in un convegno a Ferrara

Sanità, 30 miliardi di sprechi

E non solo i 3-4 mld che ha promesso di tocare Renzi

Per risparmiare bisogna digitalizzare la sanità, attivare le centrali uniche di acquisto e far pagare il ticket a quelle persone che prenotano gli esami e poi non si presentano: allungano le liste di attesa

Se mi chiedessero se i 112 miliardi di spesa sanitaria sono adeguati, si domanda il ministro, direi di sì. Ma se mi chiedessero anche se questi capitali sono spesi bene, risponderei con sicurezza di no

La Confartigiano ha calcolato che in un decennio (2003-2013) la spesa sanitaria è aumentata del 32,7%, cioè più del doppio dell'aumento del pil nello stesso periodo che infatti è stato del 16,3%

La spesa sanitaria è esplosa con il trasferimento delle competenze dallo Stato. Lidia Lanzillotta calcola che per far funzionare le Regioni serve il 17% del budget. Ecco perché vanno accorpate

DI GIORGIO PONZIANO

Il ministro lascia tutti di stucco. La platea è qualificata, formata prevalentemente da operatori della sanità. Del resto, anche se lei è a Ferrara per sostenere il candidato governatore alla Regione del Ncd (si voterà domenica 23 novembre) il convegno che le è stato cucito addosso riguarda il futuro del servizio sanitario. E **Beatrice Lorenzin** candidamente ammette: «Ci sono 30 miliardi di sprechi nella sanità». Se lo dice il ministro.... Che poi aggiunge: «sì, gli sprechi ci sono, inutile nascondere, ma con i costi standard ormai a regime possiamo risparmiare».

Il pubblico è incredulo. Il ministro ha scoperto che si possono risparmiare 30 miliardi, altro che i 4 miliardi tocati da **Matteo Renzi** alle Regioni che hanno fatto inviperire i governatori, minacciando di bloccare proprio le prestazioni sanitarie. D'altra parte un esempio di spreco è illustrato proprio da un Comitato civico, che chiede al ministro di

inviare i suoi ispettori ministeriali: «Hanno speso 13 milioni di euro per ricostruire l'ospedale San Camillo, a Comacchio - dice il portavoce - ma appena pronto lo hanno chiuso affermando che non serviva più: lo presidiamo da un anno e un mese». Un documento con ottomila firme è stato consegnato al ministro, che ha messo anche questo tassello nel puzzle degli sprechi in sanità.

Il convegno è in una sala blasonata, San Girolamo dei Gesuati, e a chi sostiene che la sanità pubblica arretra sotto i colpi dei tagli, il ministro ribatte: «la Corte dei conti ha stimato in 3-4 miliardi il risparmio dai costi standard a regime, con la telemedicina e l'elettronica ci sarebbero altri 7 miliardi di risparmi diretti e 7 indiretti, e ancora 5 miliardi con un ricorso più razionale ai ricoveri e con le cure sul territorio, poi le prescrizioni diagnostiche, il contrasto all'evasione dai ticket, l'educazione preventiva».

Il conto finale è, per la **Lorenzin**, appunto di una trentina di miliardi. «Visto che siamo in Italia - dice - mi accontenterei anche di un risparmio di dieci miliardi in cinque anni. Per risparmiare serve da subito la digitalizzazione della sanità, centrali uniche d'acquisto, appropriatezza delle prestazioni e quant'altro. Bisogna poi far pagare il ticket anche a quelle persone che prenotano gli esami e poi non si presentano, perché queste non

sono rimpiazzabili ed allungano le liste d'attesa».

Aggiunge: «Occorre chiudere le falle organizzative anche perché negli anni la logica dei tagli lineari è stata una scusa utilizzata dalle Regioni per non riformare il processo. Se qualcuno mi chiedesse se 112 miliardi di euro della spesa sanitaria sono adeguati, risponderei sì in questo momento. E non sono troppi, sono quello che abbiamo e dobbiamo preservarli. Se però mi chiedessero se sono spesi bene, risponderei di no. L'impiego delle risorse non è efficiente: la sanità è come un enorme acquedotto pieno di buchi».

Rimane senza risposta la domanda: più che parlare di sprechi e salire in cattedra non sarebbe meglio mettere in atto provvedimenti concreti in modo da voltare davvero pagina? Non basta aprire il *cahier de doléances* come fa il ministro Ncd parlando del servizio sanitario nazionale: «Il nostro ssn gode di buona salute, il punto è se continuerà a farlo nel futuro, sapendo che la popolazione italiana sta invecchiando senza che questa si ricambi e quindi il problema della sostenibilità del welfare si porrà molto presto in un Paese come il nostro che prevede un accesso universalistico alle cure».

Bisogna agire. E il ministro ha un sussulto di renzismo: «Il momento delle scelte è adesso poiché la crisi comporta un abbassamento della spesa. In Italia spendiamo il 6,9% del pil per la sanità, a differenza di Francia, Germania e Regno Unito dove si arriva anche fino al 10%. Per contenere la spesa però sono serviti tagli lineari, blocchi dei turnover in alcuni casi anche da dieci anni e commissariamenti in mezza Italia.



Abbiamo tenuto, ma questa si chiama emergenza, e non può quindi essere una soluzione ordinaria». Parlano gli esperti del settore. Secondo **Nino Cartabellotta**, presidente della fondazione Gimbe: «Oltre il 25% degli sprechi in sanità è conseguenza della prescrizione/erogazione di interventi sanitari inefficaci e inappropriati perché il ssn preferisce introdurre continuamente sul mercato trattamenti di efficacia non provata piuttosto che investire in ricerca comparativa indipendente, generando conoscenze utili a ridurre gli sprechi. Per iniziare basterebbe l'1% del fondo sanitario nazionale».

L'ufficio studi di Confartigianato ha calcolato che la spesa sanitaria tra il 2003 e il 2013 è cresciuta del 32,7%. Un ritmo doppio rispetto all'aumento del Pil nel medesimo periodo, pari al 16,3%. Nello stesso periodo le Regioni che hanno aumentato maggiormente la loro spesa sanitaria sono quelle del Nord. A guidare la classifica: il Friuli-Venezia Giulia, (+49,6%) e la Provincia Autonoma di Trento (+ 47,8%). Nella zona alta della classifica compaiono anche Lombardia (+46,9%), Emilia-Romagna (+44,7%) e Toscana (+42,6%). Queste ultime, sono le regioni che, secondo il ministero, hanno la sanità migliore d'Italia, insieme al Veneto. Aumenti considerevoli sono comunque avvenuti anche nel Sud: Sicilia +31,2%, Calabria + 31,1, Campania +26,8, Abruzzo +20,9.

Da notare che i ticket coprono appena l'1,3% di una

spesa sanitaria fuori controllo, tanto che incominciano a farsi sentire le voci di chi vorrebbe limitare il potere delle Regioni, accentrando in tutto o in parte il ssn.: «la spesa è esplosa proprio con il trasferimento delle competenze dallo Stato alle Regioni - dice **Beatrice Lorenzin** - trasferimento a cui non è corrisposto un aumento dell'efficienza e sono cresciute le disparità esistenti tra le varie parti d'Italia, innescando un meccanismo perverso».

Ancora più esplicita è la senatrice **Linda Lanzillotta**, vice-presidente del Senato, di Scelta Civica: «Su 200 miliardi di spese totali delle Regioni - spiega - 112 vanno alla Sanità, 72,5 sono destinati ad altre politiche (in particolare Istruzione, Formazione, Assistenza sociale, Trasporti, Territorio) e 12,5 sono assorbiti da spese di amministrazione. Escludendo la sanità, dunque, il costo del funzionamento degli apparati burocratici è di circa il 17% della spesa gestita. Si impone, dunque, un ripensamento sul numero, sul ruolo e sul costo delle Regioni in una prospettiva di consolidamento dei conti pubblici e di inevitabile riduzione della spesa».

Il sistema sanitario nazionale conta 643.169 dipendenti, l'1,1% della popolazione italiana, il 2,7% della popolazione attiva. È tra i primi datori di lavoro del Paese. Prima che affondi sarà meglio guardarci dentro.

Twitter: @gponziano

—© Riproduzione riservata—

Martedì 18 NOVEMBRE 2014

Standard ospedalieri. Il parere del Consiglio di Stato sul regolamento. Testo con molti vizi formali e dubbi sul "costo zero" dell'operazione

Tra i rilievi anche il periodo di vigenza che, secondo i magistrati, dovrebbe scattare dal 2015 e non dal 2014. Non è chiaro inoltre se le proposte indicate come "irrinunciabili" e consegnate dalle Regioni nella seduta della Stato Regioni del 5 agosto 2013 siano state accolte o meno. Il Consiglio di Stato ha invitato comunque il Ministero a "una rilettura e riscrittura dell'intero testo". [IL PARERE](#)

Il Consiglio di Stato con il [parere interlocutorio 03453/2014](#) del 6/11/2014, anche se per ragioni più formali che sostanziali, ha invitato il Ministero della Salute a rimettere mano sullo schema di decreto recante regolamento sulla "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". Il testo scaturisce dalle leggi 11/2004 e 135/2012 e da ultimo dal Patto per la salute 2014-2016 del 10 luglio 2014, che all'art. 3 ha previsto la stipula dell'intesa sul regolamento. Successivamente, è stato avviato un percorso di analisi e revisione unitamente alle Regioni, che si è concluso [lo scorso 5 agosto](#) con la stipula dell'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Lo schema di regolamento elaborato è stato quindi sottoposto alle valutazioni del Consiglio di Stato. Sul piano generale, i magistrati hanno contestato la 'forma' con la quale il documento è stato redatto: "Va rilevato come l'intero provvedimento (ivi compreso l'allegato) si caratterizzi per una scrittura assai lontana dai buoni canoni di un periodare piano, comprensibile a prima lettura ed elegante e per un uso assai frequente di acronimi e di espressioni in lingua straniera, il cui ricorrere – secondo le regole della redazione dei testi legislativi – andrebbe vietato. Si raccomanda pertanto all'Amministrazione una rilettura e riscrittura dell'intero testo alla luce dei suddetti criteri".

E' stato inoltre rilevato il dubbio sul fatto che l'intesa con la Conferenza Stato-Regioni – prevista come obbligatoria – sia stata effettivamente raggiunta. Infatti, si spiega nel parere, nel corso della seduta del 5 agosto 2013, nella quale è stata adottata la deliberazione n. 98/CSR, le Regioni hanno consegnato un documento, classificato allegato B, cui la deliberazione stessa fa specifico riferimento, contenente proposte emendative alla bozza di regolamento presentato dal Governo. Tali proposte, alcune delle quali espressamente indicate come "irrinunciabili", o non risultavano accolte (emendamenti 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11 e 12) o non è chiaro se lo siano state (4, 7 e 10). "In tale situazione - scrive il Consiglio di Stato - la Sezione non può che invitare l'Amministrazione a chiarire la sussistenza o no dell'Intesa e subordinare a tale sussistenza il proprio parere favorevole".

Al comma 2, nel parere viene indicato che si dovrebbe tener conto che, del triennio 2014-2016, il primo anno è ormai già interamente trascorso, "sicché, se si vuole concedere alle Regioni un triennio per attuare il programma di riduzione della dotazione di posti letto, il triennio stesso dovrebbe essere quello 2015-2017 (anche per questa eventuale modifica dovrebbe tener conto della durata 2014-2016 del Patto della Salute)". Non mancano, anche in questo caso, giudizi sulla qualità sintattica: "Andrebbe riscritta inserendo anche una corretta punteggiatura, tutta l'ultima parte, in modo da

renderla più perspicua", e ancora: "L'Amministrazione dovrebbe decidere se la parola 'regioni' debba essere scritta con l'iniziale maiuscola o minuscola".

Infine, i giudici di Palazzo Spada hanno posto in evidenza che, se è vero che l'art. 2 contiene la clausola d'invarianza finanziaria, "è anche vero che l'adeguamento delle regioni ai suggerimenti contenuti nell'allegato ed il connesso cambiamento/adeguamento di alcune strutture necessario al perseguimento dei fini fissati nell'allegato stesso potrebbe comportare un immediato onere a carico della finanza pubblica, prima di provocare i risparmi attesi".

Detto questo va in ogni caso ricordato che il parere del Consiglio di Stato è innanzitutto finalizzato ad evidenziare eventuali profili di illegittimità dei provvedimenti e in questo caso, i magistrati non ne hanno evidenziato alcuno. Pertanto, nonostante l'invito alla riscrittura, non si può effettivamente parlare di una vera e propria bocciatura del testo. Adesso la palla torna al ministero che valuterà in che forma e misura tener conto delle indicazioni del Consiglio di Stato.

Giovanni Rodriguez

CHEMIOTERAPIA, SE FUNZIONA E' ANCHE MERITO DEL SISTEMA IMMUNITARIO

Studio italiano pubblicato su Nature Medicine: "Le nostre cellule di difesa giocano un ruolo fondamentale per l'efficacia dei trattamenti antitumorali" Prima degli Anni 60 l'unica soluzione nella lotta al cancro era rappresentata dalla chirurgia. Un approccio fondamentale ancora oggi ma che non aveva la minima efficacia quando il tumore si era diffuso nei tessuti circostanti. Una situazione di impotenza durata sino alla scoperta dei primi chemioterapici. Ora, a distanza di anni, emergono nuovi particolari sul loro funzionamento. Uno su tutti è quello legato sistema immunitario: alcuni farmaci risultano più efficaci se aiutati da una risposta specifica delle nostre cellule di difesa. Ad affermarlo è uno studio italiano, pubblicato sulle pagine di Nature Medicine, ad opera del Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina Molecolare dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con l'Istituto francese Gustave Roussy di Parigi. Una battaglia su più fronti Di passi avanti nella lotta ai tumori ne sono stati fatti tanti. Come testimonia il volume "I numeri del cancro in Italia 2014", l'annuale documento prodotto dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), le morti per cancro -rispetto a un ventennio fa- sono in netto calo: meno 18% tra gli uomini e meno 10% tra le donne. Risultati importanti frutto di terapie sempre più mirate. Oggi, accanto alla classica chemioterapia, la lotta al cancro passa anche da farmaci capaci di potenziare questo sistema educandolo a distruggere le cellule tumorali. Più le ricerche si fanno sofisticate e più il sistema immunitario sta emergendo come un attore fondamentale nella buona riuscita delle terapie. Un esempio è l'ultimo studio dei ricercatori dell'ISS. Lo studio In particolare i ricercatori italo-francesi si sono concentrati sulle antracicline, molecole con cui vengono trattate le pazienti affette da tumore alla mammella. Dalle analisi si è potuto osservare che questi farmaci sono in grado di attivare risposte immuni inducendo nella cellula cancerosa un particolare tipo di morte, denominata apoptosi immunogenica. Questo perché le risposte immunitarie mediate dalle antracicline mimano quelle indotte dai virus. Sarebbe proprio questa sorta di imitazione, spiegano i ricercatori, la chiave di successo della chemioterapia. Il meccanismo Come spiega Enrico Proietti, uno degli scienziati dell'ISS, « La cellula tumorale morente invia segnali che allertano il sistema immunitario e attivano una sua risposta specifica che contribuisce all'eliminazione della massa tumorale, vigilando al tempo stesso che la malattia non insorga di nuovo. In questo meccanismo viene ad assumere un ruolo centrale nell'indurre il fenomeno dell'apoptosi immunogenica l'interferon di tipo I (interferon alfa e interferon beta), ovvero quella famiglia di proteine dotate di azione antivirale e antitumorale che sempre più sembrano essenziali nell'allertare e attivare il sistema immunitario». Le prospettive I risultati ottenuti aprono ora interessanti prospettive dal punto di vista terapeutico. Aver scoperto il meccanismo d'azione non è pura accademia ma contribuirà a personalizzare le cure. Nelle pazienti non in grado di attivare completamente i diversi circuiti legati al sistema interferon, l'effetto delle antracicline è risultato notevolmente ridotto. Un dato importante in grado di indicare agli oncologi chi risponderà meglio a quel tipo di terapia. Ma le novità non finiscono qui: associando interferon di tipo I al trattamento, alcuni chemioterapici che normalmente non riescono a indurre l'apoptosi immunogenica diventano capaci di farlo. Un modo per potenziare la chemioterapia rendendola più efficace. Twitter @danielebanfi83

Cure rivoluzionarie per ricchi e per poveri: con le nanotecnologie

Dai farmaci intelligenti alle diagnosi super-veloci
La svolta non è più un'utopia, ma è ora di investire

ROBERTO CINGOLANI

ISTITUTO ITALIANO DI TECNOLOGIA

Esiste un filo rosso che lega i destini dei Paesi benestanti e di quelli poveri. E' assolutamente ingenuo pensare che una situazione in cui il 20% della popolazione sfrutta l'80% delle risorse sia sostenibile e senza conseguenze. Se l'umanità vorrà un futuro, dovrà sviluppare tecnologie capaci di ridurre le differenze e di preservare l'ambiente. Il primo passo è quello di innalzare il livello del welfare, là dove ancora si muore di fame e si diffondono epidemie come l'Ebola. Le nanotecnologie potrebbero rappresentare una grande opportunità offerta dalla scienza in questa direzione.

Potrebbero, infatti, portare profonde innovazioni nell'analisi e nella diagnosi precoce; nelle terapie personalizzate; nel rilascio selettivo di medicinali sulle singole cellule malate, senza effetti collaterali; nella creazione di nuovi materiali artificiali biocompatibili e anche nell'ingegneria tissutale e degli organi. Per esempio, le nanotecnologie potrebbero

permettere diagnostiche portatili a basso costo, di tipo «usa e getta», in grado di verificare molto rapidamente e con altissima sensibilità l'insorgenza di una malattia, ma anche una mutazione genetica o la presenza di determinati elementi inquinanti e pericolosi in quantità piccolissime di campioni prelevati dal paziente (per esempio saliva, sangue o capelli) oppure dal sistema che si vuole analizzare (come cibo o animali).

Questi sensori sono pensati per effettuare screening di ampi campioni di popolazione in assenza di ospedali, per analizzare lo stato di conservazione e sofisticazione dei cibi che devono essere trasportati in giro per il mondo o per effettuare analisi rapide negli aeroporti, prevenendo la diffusione di malattie contagiose. Lo sviluppo di questa tipologia di sensori biologici e medicali ad altissima sensibilità - noti come «point of care technology» -, in grado di rilevare la presenza di una o più specie chimiche in un campione biologico in soluzione, è una sfida scientifica di capitale importanza: porterebbe, infatti, la cura nel luogo esatto in cui c'è bisogno di intervento (sia cura o prevenzione), rovesciando così il paradigma per cui, in caso di sospetta malattia o contagio, è il paziente a doversi recare in un ospedale.

Questa tecnologia ha un comprensibile significato sociale: basti pensare alla possibilità di portare tecnologie di

screening massivo e a basso costo nei Paesi affetti da malattie epidemiche o di utilizzarle per l'analisi in loco dell'inquinamento delle falde acquifere. Questa stessa tecnologia potrebbe consentire anche di rivelare la presenza di enzimi specifici, connessi a marcatori tumorali noti, attraverso la loro azione biocatalitica su nanoparticelle metalliche. La sensibilità di questo metodo è straordinaria: consente infatti di rivelare concentrazioni enzimatiche nell'ordine di una molecola ogni 100 miliardi di miliardi.

Il successivo passaggio, poi, sarà dotare il sensore della capacità di distruggere questa cellula, una volta individuata. Purtroppo questo passaggio nella realtà del corpo umano è difficile. Uccidere le cellule è semplice. Il problema è la capacità di uccidere in un essere vivente solo le cellule malate, distinguendole da quelle sane. Lo sviluppo di sensori avanzati che consentano di riconoscere con grande accuratezza mutazioni genetiche, oltre a cellule malate e proteine, rappresenta quindi solo il primo passo. Le tecnologie di «intelligent drug delive-

ry», cioè di rilascio mirato di medicinali, rappresenta ancora una frontiera della ricerca, anche se molti passi sono già stati fatti: basti pensare, per esempio, alle «nanocipolle» al carbonio sviluppate all'Istituto Italiano di Tecnologia, già oggi in grado di illuminare con grande precisione le cellule malate e senza problemi di tossicità.

Lo sviluppo di sistemi multifunzionali che garantiscano simultaneamente il contrasto diagnostico e la capacità terapeutica, in risposta a stimoli di tipo diverso, è una delle sfide più appassionanti della nanomedicina. Perché tutto questo si realizzi, tuttavia, è necessario un grande impegno dei governi dei Paesi benestanti attraverso visioni di sviluppo scientifico e tecnologico centrate sull'uomo e politiche di respiro: capaci, queste ultime, di portare le nuove tecnologie nei Paesi poveri. Più che una «decrecita felice» - anche se una certa riduzione degli eccessi è auspicabile - è urgente un innalzamento del benessere là dove non c'è, in connessione ad una nuova idea di sviluppo, là dove il benessere già esiste. Si tratta di un circolo virtuoso con benefici diffusi. Queste nuove tecnologie, inoltre, potrebbero guidare una nuova rivoluzione manifatturiera, creando materiali a bassissimo impatto ambientale, senza ulteriori aggravati per il pianeta in termini di risorse e inquinamento. Anzi. Potrebbe essere il primo passo per un'inversione di tendenza.

Questo futuro è all'orizzonte e, con ogni probabilità, lo ve-

dremo già nella seconda metà del secolo. Non è più un problema tecnologico. D'ora in avanti sarà determinante la volontà politica di realizzare una nuova idea di società.

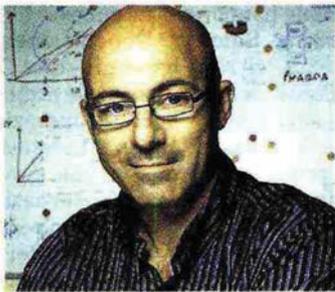
6 - Continua

LE OPPORTUNITA'

Si migliorerà il livello del Welfare nel Primo e anche nel Terzo Mondo

LE SFIDE

I governi devono «firmare» una nuova alleanza con la scienza



Roberto Cingolani
Fisico

RUOLO: È DIRETTORE SCIENTIFICO DELL'ISTITUTO ITALIANO DI TECNOLOGIA DI GENOVA

IL LIBRO: «IL MONDO È PICCOLO COME UN'ARANCIA» - IL SAGGIATORE



Astenersi dal cibo per alcuni giorni in diversi periodi dell'anno non solo non danneggia la salute ma al contrario rafforza le difese e fa vivere più a lungo. È la tesi del professor Valter Longo, direttore dell'Istituto di oncologia e longevità all'Ifom: «Prima si consumano le riserve, si atrofizzano gli organi ma poi inizia una vera rigenerazione»

«Malattie, il digiuno ci salverà»

L'INTERVISTA

NEW YORK

Digiunare per rafforzarsi e per vivere più a lungo. Quello che a prima vista appare un ossimoro, è il tema centrale di una ricerca che affascina lo scienziato genovese Valter Longo dalla data del suo arrivo negli Usa, quando a sedici anni si è trasferito a Chicago con l'ambizione di diventare un musicista. Blues, Be-bop e biochimica hanno portato il ricercatore a trasferirsi in Texas e poi a Los Angeles, dove oggi dirige l'Istituto di Longevità della University of Southern California. Ma da quest'anno è anche direttore del laboratorio di oncologia e longevità all'Ifom di Milano. I suoi studi sugli effetti che l'astensione dal cibo ha sul sistema immunitario lo hanno catapultato negli ultimi tempi alla ribalta della comunità scientifica dei media americani.

Il primo profeta del digiuno che allunga la vita è stato lo scienziato Roy Walford, morto poi a 71 anni con il morbo di Gehrig.

«Walford è stato in effetti il mio maestro per due anni, e l'advisor per il mio dottorato. Il suo lavoro mi ha affascinato e gli esperimenti che lui ha condotto 50 anni fa sono oggi confermati da studi molto più accurati di quelli che lui aveva potuto svolgere al suo tempo. Roy prescriveva però un'astinenza prolungata ed austera dal cibo, che a me oggi sembra eccessiva e difficilmente proponibile. Al suo posto io sto sperimentando una dieta di basso livello calorico, da seguire per 4-5 giorni e da ripetere ogni volta da uno a sei mesi, in base al bisogno».

Il digiuno è un elemento arcaico nella cultura umana.

«E infatti le religioni, che della sapienza antica filtravano gli elementi più importanti, lo hanno tutte incorporato nelle loro dottrine. Purtroppo nel corso degli

anni il rigore della Quaresima e del Ramadan sono stati sviliti, stravolti dagli interessi commerciali che li hanno ridotti a celebrazioni consumistiche».

Che cosa accade nel corpo sottoposto al digiuno?

«Un organismo in mancanza di cibo, inizia a consumare le riserve che trova a disposizione al suo interno: i grassi, il glucosio, i chetoni. Allo stesso tempo dà avvio ad un processo di atrofia degli organi, perché il corpo cerca di razionalizzare le ridotte risorse disponibili. Noi ci siamo focalizzati inizialmente sull'atrofia del sistema immunitario, e abbiamo osservato il sacrificio di quasi un terzo dei globuli bianchi, una pulizia delle cellule danneggiate o allo stato latente».

A che punto del digiuno avviene questo processo?

«Nei topi l'abbiamo trovato tra il secondo e il terzo giorno. Nell'uomo sospettiamo tra il quarto e il quinto giorno».

L'organismo si indebolisce in conseguenza di questa atrofia?

«Al contrario. Mentre è in corso il processo degenerativo, alcune cellule staminali cominciano già a prepararsi per rimpiazzare le cellule scartate. E appena il cibo viene nuovamente introdotto in quantità sufficiente, le staminali cominciano a generare le progenitrici dei nuovi globuli bianchi. Il deterioramento del sistema immunitario è una delle essenze del processo di invecchiamento e la porta di accesso a varie malattie. La sua riprogrammazione combatte l'uno e le altre».

Quanto è efficiente questo processo?

«La rigenerazione è profonda. I topi adulti in laboratorio dopo il digiuno mostravano di avere il sistema immunitario di un topo giovane».

La fontana della giovinezza.

«Forse, ma in termini più strettamente clinici anche un corpo meglio attrezzato a difendersi. Noi ad esempio pensiamo che il digiuno sia appropriato nella lotta contro il tumore. Il nostro labora-

torio collabora con una decina di centri oncologici negli Usa e anche in Italia, e stiamo sperimentando l'effetto del digiuno come protettore delle cellule normali ma come coadiuvante della chemioterapia contro quelle del cancro. Umberto Veronesi ha avuto il coraggio di schierarsi al nostro fianco, anche se la nostra ricerca su un campione umano non è ancora terminata».

Ci sono effetti collaterali?

«La dieta leggera o il digiuno totale vanno praticati sotto stretto controllo medico per evitare ogni rischio. A parte questo, gli effetti che abbiamo registrato continuano ad entusiasmarci. Sospettiamo ad esempio che la rigenerazione interessi anche il metabolismo, e che il digiuno periodico possa restituire ad un adulto il processo metabolico di una persona giovane. Questo vuol dire ingerire grassi e zuccheri che poi il corpo in parte "spreca", riesce cioè a bruciarli senza trasformarli in grasso addominale».

Se le sue teorie saranno verificate dai test su campione umano, non teme le ire dell'industria alimentare?

«Più che temerla, ho già avuto modo di sperimentarla la scorsa primavera, quando abbiamo pubblicato uno studio sull'effetto deleterio delle diete che promuovono l'assunzione esasperata di proteine animali. Nel giro di tre giorni eravamo bombardati sul web da una valanga di 5.000 commenti tra cui tanti negativi e infamanti, molti dei quali provenivano apertamente dagli esperti all'interno dell'industria. Alla lunga però, la comunità scientifica e i media ci hanno difeso, e la qualità del lavoro che avevamo svolto ha resistito agli attacchi. Oggi mi sento più forte, e l'andamento incoraggiante della ricerca mi dà un'enorme fiducia per il futuro».

Flavio Pompetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

QUESTA TERAPIA È APPROPRIATA CONTRO IL TUMORE PERCHÉ ATTIVA LA PROTEZIONE DELLE CELLULE SANE

CI DEVE ESSERE STRETTO CONTROLLO MEDICO MA PUÒ RESTITUIRE UN METABOLISMO DA GIOVANI

Nella sanità i veri penalizzati sono unicamente gli infermieri

Scripta manent

Caro direttore, sono una infermiera plurispecializzata (psichiatria e stomaterapia) e vorrei fare alcune considerazioni sull'intervento del parlamentare e medico Gian Luigi Gigli a proposito del nuovo assetto del Piano sanitario nazionale. Tale nuovo assetto, lamenta Gigli, vuole il personale sanitario medico vicino ai pazienti, facendo iniziare il percorso professionale in modo "umile", anche dal punto di vista retributivo. Faccio notare che ogni specializzazione medica ha un qualche riconoscimento giuridico, mentre tutte le specializzazioni infermieristiche non ne hanno e sono funzionali, da una parte, al desiderio di noi infermieri di essere preparati e, dall'altra, a rimpinguare le casse, con le nostre tasse, di università sempre più piene di docenti non retribuiti in attesa che qualcuno si ricordi di loro. Aggiungo che i medici possono operare "intramoenia" o "extramoenia",

mentre le altre figure sanitarie non mediche, pur riconosciute come "attività intellettuali", questo non possono farlo, pena il licenziamento. E non esito a dire che il collasso della sanità è legato proprio all'abbondanza, fino all'esubero, di medici e dirigenti medici e alla carenza di personale infermieristico, specializzato e no. Bisognerebbe cominciare ad applicare quei progetti di attività ambulatoriale e di reparti di degenza a gestione infermieristica di cui le Regioni hanno i cassetti pieni. Ma questo ben possibile cambiamento culturale, di cui potremmo essere caposcuola in Europa (dove si bandiscono, per esempio in Inghilterra e Germania, concorsi per migliaia di infermieri italiani, i meglio formati), fa tremare i polsi a una certa baronia medica, che tiene gelosamente per sé privilegi e diritti. L'urgenza nel nostro Sistema sanitario nazionale è non lasciare soli tutti gli operatori che vogliono seriamente lavorare, i pazienti, e soprattutto i più poveri, oggi sempre di più con accesso negato alla salute...

Ada Aloisi
infermiera a Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Home Virgilio | Mail | Virgilio Mobile | Telecom Italia:ADSL

Entra con Facebook ▶ Entra ▶ Registrati

virgilio NOTIZIE

CERCA nel Web

CRONACA | POLITICA | QUIFINANZA | SPORT | CINEMA-TV | MUSICA | SCIENZA | FOTO | VIDEONEWS | DITEMI

CRONACA

Sempre in contatto con la tua energia

Con Axpo hai sempre sotto controllo la tua fornitura energetica

axpo

Salute: donne europee abusano di più di psicofarmaci

Dati raccolti da Consiglio d'Europa in 17 Paesi tra Europa e Med

postato 8 ore fa da ANSA

ARTICOLI A TEMA

- troppi psicofarmaci per donne europee
- india: donne morte, topicida nei farmaci
- dolore cronico, ne soffre 1 donna su 3
- Altri

(ANSA) - STRASBURGO, 18 NOV - Le donne ricorrono agli psicofarmaci più degli uomini e tra i minorenni sono le ragazze che ne abusano maggiormente. Lo rivela la ricerca "Dimensione di genere dell'uso non

medico di farmaci da prescrizione in Europa e nel Mediterraneo", la prima mai condotta in quest'area geografica, finanziata dal governo italiano e condotta dal Gruppo Pompidou, esperti in politiche per la lotta alla droga, del Consiglio d'Europa. La ricerca si basa su dati raccolti in 17 paesi - Cipro, Repubblica Ceca, Egitto, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Israele, Italia, Libano, Lituania, Malta, Marocco, Serbia, Olanda, Tunisia e Galles. Non tutti i Paesi sono stati in grado di fornire le informazioni richieste per lo studio, ma da tutto il materiale raccolto risulta che l'uso di psicofarmaci è maggiore tra le donne. Per l'Italia, secondo un sondaggio sulla popolazione tra i 18 e i 64 anni condotto nel 2012, le donne che hanno risposto di fare o di aver fatto uso di psicofarmaci sono il 24% mentre gli uomini sono il 15%. Per quanto riguarda l'età media della prima assunzione di psicofarmaci, in Italia è 30 anni, per donne e uomini. Questo dato è in linea con quello degli altri Paesi, il che secondo i ricercatori dimostra che è tra i trenta e i quarant'anni che è più probabile che una persona inizi a far uso di psicofarmaci. Nella ricerca non sono riportati dati relativi all'Italia per l'abuso di psicofarmaci tra la popolazione. Questo dato è disponibile solo per la fascia d'età tra i 15 e i 19 anni. E anche in questo caso tutto sembrerebbe dimostrare che sono le ragazze ad abusare di più degli psicofarmaci, cioè a farne un uso diverso da quello prescritto dal medico. L'età del primo abuso è 14 anni per le ragazze e 15 per i ragazzi, mentre l'assunzione di psicofarmaci assieme ad alcool è circa la stessa, anche se i ragazzi tendono a farlo un po' di più. (ANSA).

CERCA IN NOTIZIE

Effettua la ricerca **CERCA**

più di 1.000 annunci di lavoro al giorno!

impiego.eu INVIA CURRICULUM

casa.it Trova la casa giusta per te

TROVA SUBITO ▶

VIRGILIO CONSIGLIA

CERCHI LAVORO? **INCREDIBILI OFFERTE DI LAVORO!**
 Approfitta delle occasioni su Impiego.eu! Carica ed invia il CV

MILIONI DI VOLI LOW-COST
 Cerca il tuo volo tra più di 1.000 compagnie aeree e risparmia subito!

PrestitiOnline.it **CERCHI UN PRESTITO?**
 Confronta le migliori offerte e fai il tuo preventivo di finanziamento online!



L'antidoto per



Ce l'hai 1 € al



Un autunno



I capelli ricrescono!

Nuovi studi per la diagnosi precoce della malattia
In Italia oltre 200mila pazienti anche quarantenni

Il Parkinson si può scoprire 10 anni prima

LA RICERCA

Azzerare la diagnosi tardiva del Parkinson, puntando alla scoperta della malattia anche dieci anni prima la comparsa dei sintomi. Non è merito di una nuova scoperta tecnologica ma del ritorno alla tradizione della scienza medica, ovvero anamnesi ed esame clinico. Secondo uno studio dell'ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì, pubblicato su *Review Neuroscience*, i disturbi del sonno rem possono precedere di oltre dieci anni ogni altra manifestazione clinica del Parkinson.

IL RALLENTAMENTO

L'80% dei pazienti che presentano quello che viene chiamato Rbd, acronimo di *rem sleep behavior disorder* (disturbo del sonno) svilupperanno malattia di Parkinson e ciò rende questo sintomo un importante predittore della malattia. La cosiddetta sindrome delle gambe senza riposo è un marker di Parkinson importante. Un altro filone di ricerca si focalizza sul riscontro di precoci alterazioni olfattive: qua-

si metà (46%) dei pazienti con problemi di olfatto, appunto, potrebbe sviluppare manifestazioni cliniche della malattia nel caso presenti anche alterazioni cerebrali all'esame con Datscan. Inoltre sono a rischio anche pazienti che presentano per più di due anni sintomi (ovviamente più di uno) come stipsi, depressione, disturbi somatici funzionali, dolori diffusi, ipotensione quando si è in piedi e deficit delle funzioni esecutive. Devono rapidamente essere avviati al neurologo, anche in assenza della caratteristica triade di tremore, rigidità e rallentamento motorio. La malattia colpisce in Italia oltre 200mila persone over 50, soprattutto uomini, ma esistono casi rari anche tra i giovani fra i 30 e i 40 anni. «Chi presenta questi sintomi non è detto che poi sviluppi necessariamente la patologia - spiega Alfredo Berardelli, Presidente della Lega Italiana per la Lotta contro la Malattia di Parkinson - però bisogna star attenti a certi campanelli d'allarme che in passato erano sottovalutati, in particolare per gli over 55. Disturbi del sonno, difficoltà a dormire, risvegli precoci, ma

anche problemi gastrointestinali o motori sono spie importanti. Non vanno ignorati i lievi tremori agli arti superiori, un rallentamento nell'esecuzione dei movimenti, come scrivere più lentamente del solito o con una grafia più piccola».

LA PROTEINA

Inoltre, un gruppo di ricercatori dell'università di Bologna ha recentemente dimostrato come sia possibile dimostrare la presenza di *alpha-sinucleina* (alfa-sinucleina, proteina alterata nella malattia di Parkinson) nei nervi periferici prossimali con una biopsia cutanea. L'*alpha-sinucleina* è una proteina normale, ma se è troppo presente può danneggiare le cellule nervose. Un recente studio su "Cell Reports" ha dimostrato su ratto "parkinsonizzato" come sia possibile bloccare la trasmissione cellula-cellula, aprendo la strada alla possibile immunoterapia. Alcuni ricercatori di Vienna hanno iniziato uno studio per creare una sorta di vaccino che riduce l'accumulo di *alpha-sinucleina*.

LE VISITE

In occasione della Giornata Nazionale Parkinson del 29 novembre, promossa dalla Lega per la lotta al Parkinson e Le sindromi extrapiramidali, parte un progetto pilota nel Lazio e nella Lombardia (numero verde 800-131.749) per consentire ai pazienti di ricevere a casa ricette mediche e farmaci, superando i grossi problemi di spostamento che spesso impediscono di recarsi dal medico o in farmacia.

Antonio Caperna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL 29 NOVEMBRE
LA GIORNATA
MONDIALE
I CAMPANELLI
D'ALLARME: DOLORI,
LENTEZZA, RIGIDITÀ**

Sei anni di ricerche in America, su diciottomila pazienti, hanno dimostrato che per fermare il colesterolo non ci sono soltanto le statine. Ma esiste una cura alternativa che riduce i rischi

Cuore

La nuova pillola che ci salverà da infarto e ictus

I medici spiegano che il risultato raggiunto è a dir poco spettacolare

GINA KOLATA

PER la prima volta da quando sono entrate regolarmente in uso le statine, un ampio studio ha riscontrato che un altro tipo di farmaco in grado di abbassare il colesterolo è in grado di proteggere da infarti e ictus.

La scoperta potrà aiutare milioni di persone ad alto rischio di attacco cardiovascolare che non tollerano le statine. Oltre a ciò, la scoperta contribuisce a chiarire il ruolo del colesterolo Ldl, cosiddetto "cattivo". Alcuni avevano sostenuto che le statine riducevano il rischio di infarto non soltanto abbassando i livelli di Ldl, ma riducendo l'infiammazione. Da questo nuovo studio si apprende che il fattore cruciale ai fini di un evento cardiovascolare è proprio l'Ldl, e che quanto più è basso tanto meglio è.

Lo studio durato sei anni è presentato lunedì alla sessione plenaria del congresso annuale dell'American Heart Association, ha interessato 18mila persone che avevano subito in precedenza un infarto o sofferto di episodi di angina pectoris. A questo nutrito gruppo di persone sono state as-

segnate (in modo random) terapie con statine o con statine in abbinamento al farmaco alternativo per ridurre maggiormente i livelli di Ldl. Entrambi i gruppi che hanno preso parte alla sperimentazione clinica alla fine si sono ritrovati con livelli molto bassi di Ldl: quelli che avevano assunto solo la statina (simvastatina) hanno presentato un livello medio di Ldl di 69; quelli che avevano assunto la simvastatina e anche l'altro farmaco, l'ezetimibe o Zetia, abbinati in una sola pillola commercializzata con il nome di Vytorin, in media hanno presentato un Ldl di 54. Nessuna sperimentazione clinica aveva mai indagato che cosa potesse accadere quando i livelli di Ldl scendono sotto 70 perché, dice Robert Califf, cardiologo della Duke e responsabile dello studio, «molte persone erano preoccupate se i livelli scendevano così tanto e immaginavano possibili tossicità». Le statine abbassano l'Ldl evitando che si formi. L'ezetimibe abbassa l'LDL evitando che il colesterolo sia assorbito nell'intestino.

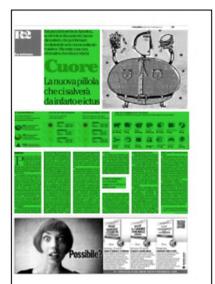
Nel gruppo di pazienti che si è sottoposto alla terapia con Vytorin si è avuto il 6,4 per cento in meno di eventi cardiovascolari. La quantità di eventi cardiovascolari gravi in meno corrisponde a ciò che si prevedeva potesse accadere diminuendo ancor più il colesterolo tramite il cocktail di far-

maci. Per di più, aggiunge Califf, lo studio non ha riscontrato alcun effetto collaterale nell'ezetimibe: nessun tumore, nessun dolore muscolare, nessun mal di testa. «Sembra quasi un placebo», ha commentato. Lo studio è stato sponsorizzato da Merck, l'azienda farmaceutica che produce Vytorin, ma i ricercatori hanno avuto il diritto di pubblicare ciò che credevano, e hanno avuto l'ultima parola in merito a ciò che è stato scritto.

«Si tratta di un risultato veramente spettacolare per i pazienti», ha commentato Sekar Kathiresan, del Broad Institute and Massachusetts General Hospital che studia gli aspetti genetici delle malattie cardiovascolari e non ha preso direttamente parte allo studio. Harlan M. Krumholz, cardiologo a Yale non coinvolto nello studio, dice che avrebbe auspicato una revisione peer-to-peer degli articoli pubblicati invece di una semplice presentazione dei risultati clinici a un congresso — le analisi dei dati sono state ultimate appena la settimana scorsa —, e tuttavia dando per scontato che il risultato sia comprovato «questo è proprio il risultato che auspicavamo di ottenere».

Al tempo stesso, e per puro caso, altri due gruppi di ricercatori hanno reso noti studi genetici che avallano le conclusioni alle quali è pervenuta la sperimentazione.

I risultati dello studio stanno



inducendo molti a interrogarsi al riguardo delle ultime linee guida sul colesterolo, che non citano nessun altro farmaco oltre la statina. Invece di offrire obiettivi precisi per i livelli ideali di colesterolo, le linee guida per di più non fanno altro che consigliare a chi è ad alto rischio l'assunzione di statine.

Neil Stone, capo della commissione incaricata di definire le linee guida e cardiologo alla Northwestern University, ha un'opinione più sfumata in merito a ciò che affermano le linee guida, ma aggiunge che il risultato dello studio «offre ai medici un'altra opzione, nel caso in cui avessero pazienti che non tollerano una statina ad alto dosaggio». I nuovi dati sono in aperto contrasto con quanto accertato nel 2006, quando l'ezetimibe parve inutile.

Secondo Krumholz, in ogni caso, che il farmaco sia stato consigliato e venduto per così tanti anni senza prove evidenti della sua utilità è imperdonabile. «L'azienda farmaceutica, i ricercatori e la comunità scientifica erano dubbiosi in proposito. Questo dovrebbe indurci a essere sempre molto prudenti. Anche perché i risultati avrebbero potuto facilmente essere diversi», ha aggiunto.

Christopher Cannon, ricercatore di spicco e cardiologo al Brigham and Women's Hospital è invece dell'opinione che lo studio insegni una lezione molto più importante: «Ci ricorda che abbassare l'Ldl previene le malattie cardiovascolari». Adesso, conclude Braunwald, le polemiche su come abbassare il colesterolo dovrebbero avere fine e «la gente potrà smettere di parlare a vanvera».

(Traduzione di Anna Bissanti)
©2014, The New York Times

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL COLESTEROLO

È una molecola lipidica che circola nel sangue trasportata da lipoproteine di tre tipi:

-  **HDL** Lipoproteine ad alta densità ("colesterolo buono")
-  **LDL** Lipoproteine a bassa densità ("colesterolo cattivo")
-  **VLDL** Lipoproteine a densità molto bassa

LE SOGLIE NEI BAMBINI

I valori vanno aggiustati sull'età del bambino



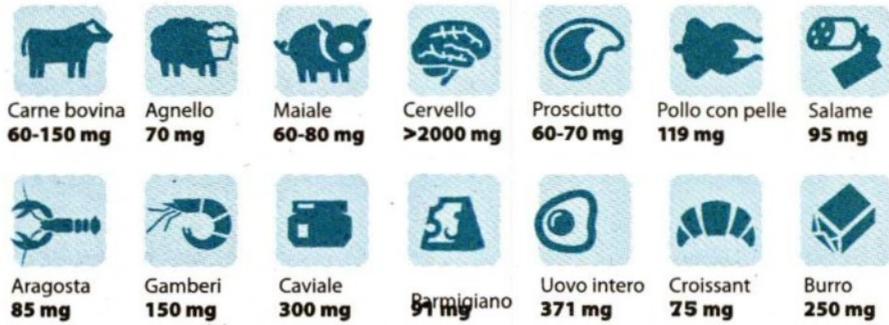
LE SOGLIE NEGLI ADULTI

Valori di colesterolo nel sangue espressi in mg/dl e rischio di malattie



CIBI DA TENERE SOTT'OCCHIO

Contenuto di colesterolo in mg ogni 100 grammi al netto degli scarti (parte edibile)



INFOGRAFICA PAULLA SIMONETTI

I successi dei nuovi farmaci che debellano l'epatite C

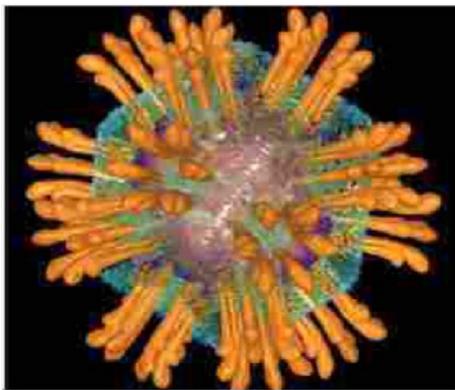
DANIELE BANFI

■ I nuovi **farmaci** contro il virus dell'epatite C funzionano. E' questo il messaggio emerso in occasione del congresso dell'«American Association for the Study of Liver Disease» («Aasld»), svoltosi Boston, negli Stati Uniti. Una buona notizia, dal momento che il virus rappresenta la causa principale delle cirrosi e dei tumori al fegato.

Lo spiega Carlo Federico Perno, primario dell'Unità Complessa di Virologia Molecolare al Policlinico di Roma Tor Vergata: «Il virus dell'epatite C è molto complesso e trova sempre una strada per sfuggire alle cure. Le vecchie terapie, infatti, falliscono perché puntano su un solo meccanismo».

Oggi, fortunatamente, la percentuale di successo può arrivare però fino al 98%: creare una terapia in grado di attaccare il virus su più fronti, infatti, rappresenta l'unica strategia vincente per eliminarlo. Da alcuni anni sono stati sviluppate diverse combinazioni di **farmaci** capaci di agire sui differenti meccanismi che il virus mette in atto per replicarsi e infettare nuove cellule. Ad aprire la strada è stato sofosbuvir, la molecola dell'azienda Gilead capace di sradicare il virus dell'epatite C in sole 12 settimane. A breve, in attesa dell'approvazione degli enti Fda negli Usa ed Ema in Europa, sbarcherà sul mercato anche la cura combinata di tre **farmaci**, sviluppata dalla statunitense Abbvie. Ottimi i risultati presentati a Boston: nelle diverse popolazioni sulle quali è stata testata la molecola si è dimostrata efficace nel 98% dei casi e, dato ancora più importante, senza presenare effetti collaterali.

Infine, anche se ancora in fase di sperimentazione, sono arrivate buone notizie anche sulla duplice cura in un'unica compressa appena sviluppata da Msd. Anche in questo caso le percentuali di successo superano il 90%. Molecole innovative dall'unico neo: il prezzo ancora troppo elevato.



Ora il virus dell'epatite C fa meno paura



Il caso

Dai grandi gruppi ai piccoli marchi: almeno 150 delle nostre imprese hanno spostato oltralpe parte della loro attività. Un esodo che la Legge di stabilità vuole sfidare. Per arrestare la fuga di talenti e attrarre investimenti stranieri

“Chi fa ricerca paga meno tasse” la guerra dei cervelli tra Italia e Francia

La battaglia a colpi di concorrenza fiscale è impari: Parigi concede sgravi dieci volte superiori a quelli previsti da Roma

FEDERICO FUBINI

ROBERTO Barbieri ha imparato la meccanica alla scuola allievi Fiat di mezzo secolo fa e ancora oggi se la ricorda: «Sembrava il servizio militare». Non è però la nostalgia che lo ha spinto a investire in Francia, uno dei Paesi considerati più ostili al capitalismo, quando lo hanno invitato a sistemare i suoi uffici in una caserma dismessa di Briançon. «Per un modesto affitto mi hanno offerto tutto — dice — incluso del personale dedicato a tenere i rapporti con la burocrazia locale».

L'azienda di Barbieri, la Emmegi, non supera i dieci addetti ma produce impianti innovativi di risalita sulla neve. È una molecola in un'onda sempre più grossa che ogni mese parte dall'Italia e si rovescia sulla Francia. Sono imprese di ogni settore, dalla **farmaceutica** alla meccanica, dalla chimica al tessile, che si muovono dalla pianura padana per impiantarsi dall'altra parte delle Alpi occidentali. Sono attratte da incubatori creati dal governo, come a Briançon, o più spesso da un magnete ancora più potente: sgravi sulle tasse dieci volte più incisivi che in Italia su ogni spesa catalogabile sotto la voce ricerca, sviluppo, innovazione. L'anno scorso i progetti di investimento del made in Italy in Francia sono stati 64, per 2.500 posti di lavoro, e solo Stati Uniti e Germania hanno fatto di più. Una stima dell'Agenzia di Parigi per gli investimenti internazionali indica che circa 150 aziende italiane potrebbero aver già spostato almeno parte della ricerca in Francia. Lo hanno fatto marchi del gruppo Fiat come Magneti Marelli o Iveco, leader nella produzione di pace-maker come Sorin, gruppi **farmaceutici** dal profilo basso e dal fatturato miliardario come la Chiesi.

C'è da capirli. Parigi concede uno sgravio fiscale di 323.500 euro in media per ogni impresa che sposti la ricerca in Francia. Per i grandi gruppi è molto di più. È la parte meno

nota di un fenomeno che sia il presidente François Hollande che il suo «alleato» italiano Matteo Renzi deprecano: la concorrenza fiscale, disegnata per aspirare investimenti da Paesi vicini o lontani. Nel caso del Lussemburgo, ha prodotto lo scandalo per il quale ora in molti in Europa chiedono le dimissioni dell'ex premier e neo-presidente della Commissione Ue Jean-Claude Juncker. Fra Francia e Italia invece non ci sono proteste, ma una sfida a colpi di crediti d'imposta sulla ricerca che, per ora, il governo di Roma sta perdendo.

In questo, il lavoro dell'ambasciata di Parigi in Italia è trasparente. Sotto la sua ala, a Milano opera l'ufficio dell'Agenzia francese per gli investimenti italiani: quattro persone, oltre al direttore Hervé Pottier. Ogni mattina l'ufficio setaccia una rassegna dei giornali locali di tutt'Italia, in cerca di notizie su imprenditori che dichiarino di voler crescere all'estero, o rafforzare gli investimenti in ricerca. «Non appena leggiamo qualcosa del genere, visitiamo le aziende per mostrare le opzioni di credito d'imposta — spiega Pottier —. Qui l'interesse è enorme, molto evidente». Magneti Marelli ha un impianto di ricerca e sviluppo a Sophia Antipolis, il parco tecnologico tra Nizza e Cannes, non lontano da quelli del colosso cinese dell'elettronica Huawei e del concorrente sudcoreano Samsung: gli sgravi di Hollande stanno portando investimenti da tutto il mondo, inclusa l'americana Microsoft. La Francia è ormai il polo europeo della ricerca, come la Germania lo è per l'industria o Londra per la finanza.

Quelli che vuole non sono posti di lavoro come gli altri. Sono ricercatori, scienziati, ingegneri, programmatori. Enrico Moretti, un'economista dell'Università della California a Berkeley, stima che per ogni posto di lavoro del genere se ne generino in media altri cinque in attività accessorie: ristoranti, hotel, palestre, scuole private per i figli. Ogni cervello attratto o attivato su un distretto sprigiona un effetto moltiplicatore.

Hollande per questo non bada a spese e ha rafforzato l'iniziativa lanciata da Nicolas Sarkozy, il suo predecessore. Nel 2013, i cre-



diti d'imposta a ricerca e innovazione sono costati al bilancio di Parigi 5,8 miliardi di deficit in più. Da quest'anno il governo Renzi prova a reagire, per attirare anche in Italia cervelli dall'estero o almeno arrestare l'emorragia di quelli legati alle imprese che se ne vanno in Francia. In Legge di stabilità le risorse del credito d'imposta Ricerca e sviluppo, fortemente voluto dal ragioniere generale dello Stato Daniele Franco, crescono a 500 milioni di euro. È un passo avanti sul 2013, ma resta oltre dieci volte meno che in Francia. Questa ha tutta l'aria di una battaglia impari a colpi di concorrenza fiscale per i cervelli e c'è da chiedersi se sia leale: l'Italia rispetta i tetti del Patto di stabilità sul deficit, mentre la manovra di Parigi non è stata respinta da Bruxelles benché il disavanzo viaggi da anni ben oltre le soglie. Hollande usa questo spazio di bilancio per sottrarre investimenti, posti di lavoro ad alto valore e gettito fiscale ai Paesi che affrontano sacrifici pur di evitare una procedura del Fiscal Compact. Ha senso? «Se la politica serve a qualcosa — replica Pottier dell'Agenzia francese per gli investimenti italiani — è proprio perché deve fare delle scelte e indicare priorità a costo di essere impopolare».

Del resto non è tutta colpa di un credito d'imposta, se poi resta debole la base da cui partire. Secondo Eurostat, l'Italia ha circa 160mila studenti in matematica, scienze e informatica: metà che in Germania o Gran Bretagna, due terzi della Francia, meno che in Spagna. Più lealtà fiscale fa bene l'Europa, ma anche la vecchia scuola militaresca della Fiat di mezzo secolo fa potrebbe dare una mano.

ha deciso di delocalizzare le sue attività nella regione Provenza-Alpi-Costa Azzurra

SAATI

Il gruppo tessile realizzerà in Francia un centro d'eccellenza per la creazione e la produzione di tessuti di nuova generazione

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE AZIENDE

MAGNETI MARELLI

L'azienda ha deciso di creare un centro di ricerca nella regione della Provenza-Alpi-Costa Azzurra dedicato alle nuove tecnologie applicate alle auto

JALATTE

Specializzata in calzature sportive, l'azienda conterà su un investimento del gruppo U-Power di 1,5 milioni per il suo centro di ricerca in Francia

EMMEGI

L'azienda specializzata in impianti di risalita