

Tumori, cresce il numero di casi nel mondo, ma sfatiamo i falsi miti

Attese 25 milioni di diagnosi fra 20 anni, otto milioni di morti nel 2012: le cifre crescono, specie nei Paesi in via di sviluppo

NOTIZIE CORRELATE

Tumori in aumento in tutto il mondo. Ma i poveri muoiono di più

Politiche antifumo: 8 milioni di vite salvate in 50 anni

Dopo il tumore si vive sempre di più

«Non c'è alcun bisogno di parlare di cancro. Non esistono segnali o sintomi della malattia. Non c'è nulla che si possa fare contro i tumori. Non ho diritto alle cure anticancro». Sono questi i quattro «miti» sbagliati e da sfatare al centro della Giornata mondiale contro il cancro, organizzata ogni anno il 4 febbraio con l'intento di migliorare la conoscenza generale intorno ai tumori e fornire un aiuto concreto nel dare informazioni corrette, che possano contribuire a diagnosticare per tempo e curare al meglio una patologia il cui impatto mondiale è sempre maggiore. Per capirlo basta un rapido sguardo ai dati diffusi in occasione della Giornata dall'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc) delle Nazioni Unite: cresce in maniera esponenziale il numero di nuove diagnosi, fino ad arrivare ai 25 milioni di casi attesi nel mondo fra 20 anni; mentre nel 2012 i tumori hanno causato 8,2 milioni di morti, circa la metà nella fascia di età tra i 30 e i 69 anni.

25 MILIONI DI CASI ALL'ANNO ENTRO 20 ANNI - Dall'edizione 2014 del World Cancer Report, il documento che fornisce un quadro completo sulla malattia a livello mondiale, emerge infatti che: il cancro, come singolo fattore, rappresenta la principale causa di mortalità nel mondo, e che a livello globale l'incidenza negli ultimi 4 anni è cresciuta dell'11 per cento, con oltre 14 milioni di nuovi casi nel 2012 (vale a dire l'equivalente della popolazione di Lombardia e Piemonte unite). E nei prossimi venti anni si stima un aumento del 75 per cento dei casi di cancro nel mondo, fino a raggiungere i 25 milioni di nuove diagnosi nel 2034. «L'aumento dei tumori nel mondo è un grave ostacolo allo sviluppo e al benessere dell'umanità - ha detto Christopher Wild, direttore della Iarc -. Questi nuovi dati mandano un segnale forte circa la necessità di affrontare questo disastro che riguarda tutte le comunità e tutti i Paesi al mondo, senza eccezioni». Il Report 2014 conferma, inoltre, che esiste una disuguaglianza nella cura e nel controllo delle neoplasie nei vari paesi del mondo: il numero di decessi a causa della malattia sta

quotidiano**sanità**.it

Martedì 04 FEBBRAIO 2014

Esclusiva. Intervista a Lorenzin: “Se un manager non funziona va rimosso. Il ministero riassuma i poteri che gli spettano. I soldi per il Patto ci sono, ma attenti a chi gioca contro”. Esenti dal ticket disoccupati e cassintegrati

Ottimismo ma anche diffidenza verso chi ha “la tentazione di rimettere in discussione tutta la partita del Patto”. L’accordo è vicino. Sul tavolo la spending review interna per bruciare sul tempo i tagli di Cottarelli. La questione ticket e quella della riforma del territorio. Ma anche gli investimenti e una nuova politica del personale che parta dalla definizione di standard precisi per medici, infermieri e amministrativi. E infine una nuova governance del sistema che riveda i rapporti di forza tra Governo e Regioni. Compresa la possibilità di intervenire dove il management è inadeguato

Patto per la Salute, spesa sanitaria, spending review, riforma del territorio e standard per il personale sanitario. Ma anche responsabilità professionale, ticket e nuovo ruolo del ministero della Salute. Questi i temi sul tappeto per **Beatrice Lorenzin**, un ministro “innamorata” della sanità, come lei stessa si è definita.

E’ un amore nato in questi primi nove mesi di Governo quello di Beatrice Lorenzin. “Ho imparato ad amare la sanità perché vi ho trovato una complessità di saperi e di opportunità straordinaria. La sanità è sicuramente salute e assistenza e quindi questione di vita e benessere per tutte le persone. Ma la sanità è anche uno straordinario volano di opportunità per il Paese e la sua economia. Investire in sanità vuol dire investire nella vita ma anche nella ricchezza del Paese. E con questa logica, per la prima volta, inseriremo la sanità e le sue strutture nel decreto di coesione e sviluppo che sta mettendo a punto il ministro Trigilia. E parliamo di miliardi di euro di investimenti per ammodernare il nostro sistema sanitario”.

Ma oggi la priorità dell’agenda è senza dubbio il Patto per la Salute con le Regioni. L’atto che dovrà sancire la ripresa del settore dopo anni di tagli e disinvestimenti. E quindi è da qui che partiamo con la nostra intervista.

Patto salute. Ministro Lorenzin, ci siamo veramente?

Penso proprio di sì. Con le Regioni stiamo lavorando a tamburo battente. Il Patto è in fase operativa. Ma non vorrei che da qualche altra parte ci fosse invece la tentazione di mandare a monte tutta la partita.

Cioè?

Lo dico chiaramente. Il Patto si basa sulla certezza di un budget per la sanità emersa dal Def di

dicembre, dalla legge di stabilità e confermata dallo stesso premier Letta. Grazie a questo noi abbiamo oggi un fondo sanitario ben individuato per fare il Patto e le cifre sono: 109,902 miliardi per il 2014, 113,452 miliardi nel 2015 e 117, 563 miliardi nel 2016 ([vedi approfondimento](#)). Chiaramente con una clausola di salvaguardia implicita, legata al ciclo dell'economia, consapevoli del fatto che se dovessimo nuovamente trovarci sotto pressione con il Pil ancora in calo, sarà obbligatorio risederci attorno al tavolo e ridiscutere il tutto. Ma oggi di queste sono le cifre e su queste non torno indietro.

Molti soldi...

Attenzione sono le risorse programmate che già scontano i tagli di 25 miliardi effettuati con le spending di Tremonti e Monti, calcolando solo gli effetti nel periodo 2013/2016. Quindi per la sanità non c'è un euro in più a quanto previsto dal quadro normativo vigente.

D'accordo ma allora a chi si riferisce quando parla di “tentazione di mandare tutto a monte”?

A tutti coloro che non si rendono conto della complessità del sistema sanitario e delle sue dinamiche e della stringente interconnessione tra ogni settore di spesa che rende estremamente pericoloso operare ancora con la logica del taglio lineare. Il sistema non reggerebbe più e rischierebbe il collasso. Senza contare le sfide che abbiamo davanti sulla farmaceutica con l'imminente ingresso di nuovi farmaci importanti e costosi (basta pensare all'epatite C e ai prodotti in arrivo nel 2014 capaci di eradicare il virus ma che avranno un impatto economico di 3 miliardi di euro l'anno), sulla medicina personalizzata e la sfida delle sfide per essere protagonisti e non soggetti passivi dell'apertura dei confini sanitari che si è venuta a creare con la direttiva sulla medicina transfrontaliera. Il nostro orizzonte non sarà più la mobilità interna ma quella competitiva con Londra, Parigi, Berlino.

Però non mi ha ancora risposto del tutto. Da chi teme un attacco al Patto?

Dall'idea che, data la difficoltà di incidere con la spending review in molti comparti della PA dove non è così chiara la linea della spesa, si scelga ancora una volta la sanità dove è più facile tagliare con risultati di risparmio certi e immediati.

Solo un timore o sta già accadendo?

In questo caso, più che in qualsiasi altro, vale la l'idea che “prevenire è meglio che curare”. E quindi giù le mani dal Patto. La spending sanitaria la faremo noi, con le Regioni.

E loro sono d'accordo?

Ho chiarito subito che questo Patto nasce dalla presa in carico delle Regioni di una realtà molto netta per la sanità: siamo in bilico dal punto di vista della sostenibilità finanziaria di un sistema che rischia di non reggere più nel prossimo futuro. Quindi da un lato il sistema va ammodernato per renderlo competitivo e più efficiente ma dall'altro bisogna fare anche scelte forti. E la domanda che ho posto ai territori è stata: siete in grado e ve la sentite di fare voi queste scelte forti o preferite che le faccia qualcun altro? Hanno risposto di essere in grado di farlo. E adesso vedremo. Dalle parole stiamo passando ai fatti, mettendo tutto nero su bianco sul Patto.

Ma quali sono queste azioni “forti”?

Quelle in grado di abbattere definitivamente le sacche di sprechi e inefficienze ancora presenti nel sistema. E il mio mettere le mani avanti con il Mef, soprattutto, sta proprio qui. Voglio che sia chiaro il fatto che riuscire a tagliare ancora su sprechi e inefficienze in sanità non si traduce automaticamente in un taglio al budget. Perché la sanità ha bisogno di investimenti per cambiare. Il passaggio dall'ospedale al territorio non è gratis. Mettere a norma standard qualitativi e strutturali di quella metà dell'Italia sanitaria che non vede investimenti, chi dal 2006, chi dal 2009, non è gratis. L'informatizzazione del sistema, indispensabile per una governance moderna ed efficace, non è a costo zero. O riusciremo a fare questo e cioè tagliare per reinvestire oppure nessuno fermerà Cottarelli e i suoi tagli lineari.

Tutto affidato alle Regioni, dunque?

Non proprio. Non ne ho ancora parlato alle Regioni ma io immagino un sistema di commissariamento per cui, ad esempio, come le Regioni incidono automaticamente sulla leva dell'Irpef per finanziare i sistemi in crisi, così, mano mano che si raggiunge l'equilibrio finanziario si riducono automaticamente le tasse per legge. E stiamo parlando di 2 miliardi di euro. Un'operazione in linea con gli obiettivi

primari della spending review di Cottarelli, che sono quelli della riduzione del carico fiscale a cittadini e imprese.

Nuovi Lea. Ci saranno tagli alle prestazioni attuali?

Ci stiamo lavorando per aggiornarli e rispondere meglio ai bisogni della popolazione. Ci saranno new entry e qualche rimodulazione. Ma abbiamo già raggiunto un accordo importante sulle risorse per i nuovi Lea. Si tratta di 800 milioni di euro che, d'accordo con le Regioni, utilizzeremo per disegnare il nuovo paniere delle prestazioni del Ssn, recuperandoli da interventi specifici sull'appropriatezza nei ricoveri ospedalieri. E questa è una cosa rivoluzionaria, anch'essa in linea con la logica della spending interna, perché fino ad oggi le Regioni hanno sempre chiesto un extra budget per i Lea. E lo stesso avverrà per il nomenclatore tariffario per il quale stanziamo 350 milioni per aggiornare l'elenco dei dispositivi, fermo da 25 anni. Risorse che deriveranno anch'esse dalla spending interna.

Ticket. La palla passa alle Regioni. Ma qual è la sua idea?

Le Regioni stanno lavorando partendo dal presupposto di esentare nuove fasce di popolazione oggi in difficoltà come i disoccupati e i cassintegrati e contemporaneamente rivedere le attuali fasce di esenzione dove oggettivamente c'è molto da rivedere per evitare palesi abusi. E questa è anche la mia linea.

Ma come pensa di riuscirci visto che sono anni che si parla di un ticket più equo ma senza costruito?

A differenza del passato abbiamo molti più dati, dall'anagrafe nazionale degli assistiti, alla tessera sanitaria e alla ricetta elettronica, da cui possiamo avere una vera e propria tabella del cittadino paziente/utente e dei suoi consumi reali. Tutti dati sui quali possiamo lavorare per rivedere il sistema di esenzione con successo.

Cure primarie e H24. Riuscirà il Patto per la salute dove hanno fallito la riforma Bindi del '99 e il decreto Balduzzi del 2012?

Intanto dobbiamo riconoscere che la riforma del territorio è già in atto in molte parti d'Italia. Non siamo all'anno zero. E poi c'è ormai la consapevolezza che la riconversione dei piccoli ospedali e la creazione nel territorio degli indispensabili filtri al ricorso all'ospedale sia un processo ineludibile. E poi, come ho già detto, c'è la presa d'atto che la riforma delle cure primarie non si può fare a costo zero e infatti essa rientra tra quei settori dove investire con le risorse derivanti dalla spending sanitaria interna. Quindi, consapevolezza dell'irreversibilità del cambiamento ma anche della necessità di metterci risorse e impegni concreti. Tutto questo rende la sanità territoriale un obiettivo reale e raggiungibile in tutta Italia, non più nelle solite situazioni avanzate.

Ma pensa che la nuova sanità territoriale si possa fare con medici, pediatri e specialisti convenzionati?

Il problema non è essere dipendenti o professionisti. Il tema è cosa fanno questi operatori per il Ssn. E anche la medicina convenzionata è ormai in linea con il cambiamento e con la necessità di stare in rete. E lo stesso deve avvenire con le farmacie dei servizi che devono decollare e che saranno inserite nel Patto. In sostanza noi abbiamo due formidabili reti territoriali già operative, quelle dei medici di medicina generale e dei pediatri e quella delle 20 mila farmacie sparse su tutto il territorio. La riforma deve mettere a sistema queste reti già esistenti. Nessuna rivoluzione, abbiamo già tutti i presupposti perché la nuova medicina territoriale decolli definitivamente.

Personale SSN. Sembra un po' il grande assente. Contratti bloccati, turn over a singhiozzo. Ma come si pensa di far andare avanti la sanità con gli operatori demotivati e arrabbiati?

Intanto abbiamo stabilizzato 35 mila precari grazie al decreto fatto insieme al ministro D'Alia. Per quanto riguarda il blocco del turn over dobbiamo partire dal fatto che esso si lega alla mobilità che dobbiamo intendere sia regionale che nazionale. E quindi torna la questione degli standard: di quanti medici e infermieri abbiamo effettivamente bisogno? Dobbiamo fare gli standard, per adeguare la nostra dotazione di personale al cambiamento della medicina e dei nuovi bisogni di assistenza. E il contratto stesso rientra in una logica di pianificazione di tutto il comparto, ma in questo momento non sono in grado di fare una valutazione precisa sul “quando”, questa decisione spetta più al Mef che a noi. E' certo che dobbiamo affrontarlo. Fino ad oggi gli operatori hanno capito le difficoltà economiche

che hanno impedito la naturale rivalutazione degli accordi, ma adesso dobbiamo offrire loro un disegno chiaro del futuro. Non si può certo continuare così.

I ginecologi hanno annunciato la decisione di un possibile nuovo sciopero nazionale delle sale parto a distanza di un anno da quello del 12 febbraio 2013. Il motivo è la mancata legge sulla responsabilità professionale e la mancata attuazione del Piano sui punti nascita. Cosa sente di dirgli?

Sulla responsabilità professionale abbiamo costituito un tavolo al ministero della Salute per rivedere tutta la materia. Le proposte fin qui fatte non vanno bene. Dobbiamo conciliare l'esigenza del cittadino ad essere garantito sul risarcimento di un eventuale danno subito e quella del medico di poter operare con serenità riconoscendo una specificità giuridica all'atto medico. Ma rispetteremo i tempi e le nuove norme saranno pronte molto presto. Un'operazione che, a regime, stroncherà anche la medicina difensiva che oggi ci costa cifre tra gli 11 e i 13 miliardi l'anno. Per il Piano nazionale punti nascita la responsabilità è delle Regioni ma è certo che il ministero deve esercitare appieno la sua funzione di controllo e intervento laddove la situazione stagna.

Riforma titolo V. Il segretario del Pd Renzi parlando della riforma del Titolo V della Costituzione, ha detto che prima di tutto si elimineranno le competenze “concorrenti”. Tra queste c'è la sanità. Pensa che la riforma annunciata, e che dovrebbe far parte del pacchetto di riforme concordato con il Pdl, toccherà anche la materia sanitaria?

Renzi parla di quello di cui da anni parliamo tutti. Negli anni che ho passato in Commissione Affari Costituzionali e nella bicamerale per il federalismo non si è fatto altro che lavorare per aggiustare il titolo V. Ma dobbiamo essere realisti. A prescindere dal fatto che mi piaccia o meno il federalismo sanitario, la realizzazione del sistema sanitario regionale è costata 100 miliardi di euro, smontarla ne costerebbe altrettanti. Detto questo non esiste norma che dopo 13 anni non possa essere cambiata. Ci sono degli elementi del federalismo sanitario che non hanno funzionato e temi che devono essere ricondotti all'asset nazionale. E del resto se non lo si fa per legge lo si fa de facto. Cos'altro è il commissariamento sanitario di metà d'Italia?

Quali sono questi asset nazionali?

Poteri di controllo e intervento su governance, Lea e standard, compresi quelli per la dotazione di personale. Dobbiamo sapere di quanto personale abbiamo effettivamente bisogno, a tutti i livelli, compresi quelli amministrativi. Ma poi anche sulla ricerca scientifica e la spesa farmaceutica e all'accesso ai farmaci con la necessità di rivedere la funzionalità di Aifa che deve essere capace di dare risposte in tempo reale. E poi il tema della prevenzione: non possiamo pensare che a Milano se ho un tumore al seno vivo e a Reggio Calabria non mi fanno la diagnosi per tempo. Ma anche il tema delle grandi epidemie nell'agro alimentare che oggi affrontiamo fortunatamente in modo vincente ma che corrono su binari esclusivamente amministrativi burocratici, impensabili visto il livello dei virus. Il ministero della Salute deve diventare un dicastero di operatività non può essere un ministero di burocrazia.

Vale a dire?

Prima di tutto dobbiamo cambiare marcia. Questo ministero era stato ucciso, è rinato, ma ora deve essere rafforzato. Soprattutto nella sua attività di controllo sulla governance e sul rispetto dei livelli di assistenza. Se un manager di una Asl non funziona ma resta lì, noi dobbiamo avere la potestà di intervento con meccanismi di sanzioni più forti e questa logica deve entrare nel Patto. Insieme a nuove regole per l'arruolamento del management superando le norme attuali. Se oggi vuoi portare un manager “forte” in una struttura sanitaria in crisi non è così facile farlo.

E sul fronte delle decisioni in materia di spesa sanitaria? Oggi queste spettano al Mef, le rivedrebbe lei?

Fermo restando che la materia dovrebbe essere del ministero della Salute, chiediamoci perché con il Decreto legislativo del 2009 che ha restituito il ministero essa sia stata trasferita al Mef. Il motivo è semplice: il ministero della Salute non era stato in grado di gestirla. E' un fatto con cui dobbiamo fare i conti. Oggi le cose sono cambiate e penso che si possa lavorare in modo diverso con il Mef, come la logica del Patto sta dimostrando.



la lettera

di MASSIMO BIZZARRI

A noi medici fiscali dell'istituto stipendi ridotti del 90%

Pubblichiamo la lettera di un medico fiscale dell'Inps, ricevuta dopo la pubblicazione dell'articolo in cui «Libero» denunciava la riduzione dei controlli dei medici dell'Inps sui lavoratori in malattia.

■■■■ Illustrissimo Direttore Dr. Maurizio Belpietro,

Le scrivo in seguito ad un articolo pubblicato sul suo giornale in occasione delle dimissioni del Presidente dell'Inps Antonio Mastropasqua.

Sono un umile medico, mi sono laureato nel luglio del 1980 presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Perugia. Voglio essere sintetico e pertanto vengo subito al dunque: nel settembre 2012 l'Inps ha munito noi medici di controllo di un computer, di una stampante e di un sistema telematico per svolgere visite medico-fiscali di controllo. In tutta Italia siamo circa 1400 medici.

Tale sistema ha comportato sicuramente un miglioramento del servizio ma anche un costo elevato. Il 29 aprile 2013 l'Inps ci ha tolto la possibilità di effettuare visite medico-fiscali per effetto della spending review.

Quindi, ad oggi, febbraio 2014, sono nove mesi che lavoriamo per pochissime visite, non più di 15 al mese, mentre prima ne effettuavamo circa 100-120 al mese.

C'è da considerare che la maggior parte dei medici che svolgono questo lavoro sono ormai alla soglia dei sessanta anni e quindi sono adesso impossibilitati a rituffarsi nel lavoro o per la Medicina dei servizi o per la Guardia Medica anche perché, per poter lavorare per l'Inps, erano previste incompatibilità con tali servizi.

Intanto Le chiedo cortesemente pubblicare questa mia, con la quale desidero smentire che il reddito del nostro lavoro abbia subito una diminuzione del 25 per cento. Le assicuro invece che siamo passati da un onorario, per

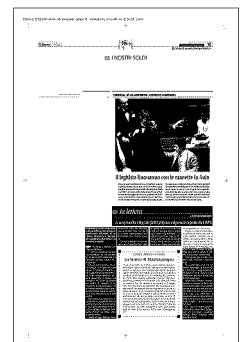
100-120 visite al mese, di 4500-5000 euro lordi a quello di 300-400 euro al mese, sempre lordi.

Tutto questo per le scelte scelerate della Direzione Nazionale Inps.

Una ultimissima cosa che mi chiedo: il passaggio di denaro dalle Casse Inps a soggetti privati è all'incirca circa la stessa somma destinata in passato al budget per le visite sopraccitate.

Ancora una ulteriore considerazione: un aumento dello 0,1 per cento di assenteismo per malattia corrisponde ad una spesa di circa 100 milioni di euro da parte dell'Ente Inps, che confrontati a quelli destinati al servizio (circa 50 milioni di euro per tutti i medici fiscali d'Italia), sono una goccia nel mare.

P.S. - Chi ci ha ridotti quasi all'elemosina è una classe dirigenziale che percepisce i cosiddetti stipendi d'oro. All'anima della spending review...



Dormiamo poco e male, il risultato è che i ritmi circadiani sono alterati, la produzione di melatonina e serotonina ridotta. Per questo a Roma è nata un'Associazione per la ricerca e l'educazione al giusto sonno. E intanto ecco quali errori evitare

Il riposo, la migliore medicina

LO STUDIO

Dormire bene fa vivere meglio. Una qualità scadente del sonno, invece, interferisce con le attività quotidiane (concentrazione, memoria, umore, sensazione di benessere) ed è causa di importanti malattie, soprattutto cardiovascolari. Per migliorare i rapporti con il sonno, è stata costituita a Roma Assirem (società scientifica per la ricerca e l'educazione nella medicina del sonno). «Il nostro scopo è quello di metterci a disposizione dei cittadini per consigliare come dormire meglio, ma anche di formare i medici per una corretta igiene del sonno», dice Pierluigi Innocenti, neurologo e presidente di Assirem. Il primo intervento scientifico dell'associazione sarà uno studio in collaborazione con la Fondazione Santa Lucia di Roma per verificare i disturbi del sonno nelle persone uscite dal coma.

GLI EFFETTI

Il problema di fondo resta uno stile di vita non corretto determinato anche dai cambiamenti della società che alterano i ritmi circadiani. Si va a letto più tardi facendo le ore piccole davanti alla tv o in compagnia di amici, si accelerano tutti gli impegni diurni risparmiando sul sonno senza tener conto che far riposare il corpo dà la carica per tutte le altre attività. Meno si dorme e meno melatonina abbiamo in circolo, sostanza sintetizzata in assenza di luce dalla ghiandola pineale dopo la comparsa dell'oscurità. La concentrazione nel sangue raggiunge il massimo tra le 2 e le 4 di notte per poi ridursi gradualmente al mattino.

I PROBLEMI

Un terzo della popolazione italiana dorme male, soffrendo soprattutto di apnee notturne e di insonnia cronica. La colpa (oltre a malfunzionamenti del sistema respiratorio) va ricercata molto spesso in uno stile di vita non più adeguato. Gli adolescenti, che dormono meno delle 7/8

ore consigliate, troppo spesso la sera sono bombardati da fonti luminose come gli schermi dei computer, tablet e smartphone, che rallentano la secrezione della melatonina e di conseguenza hanno un'alterazione del ritmo circadiano. Così ci sono pessimi risultati scolastici insieme a poca capacità di concentrazione. Nell'adulto che dorme poco e male, peggiorano invece l'umore, l'attenzione e le capacità lavorative. Aumentano peraltro gli incidenti stradali per distrazioni o colpi di sonno. Una recente indagine commissionata dalle assicurazioni, ha stabilito che un quarto degli incidenti automobilistici negli Usa derivano proprio da problemi di sonno.

LA TEMPERATURA

Se è vero che mangiamo male e dormiamo poco, è anche vero che un riposo non sereno è determinato anche dal benessere e da una non corretto uso di alcuni strumenti casalinghi molto comuni come i termosifoni. In inverno si dorme male proprio perché nelle nostre case la temperatura non è mai quella consigliata di 18/20 gradi, ma sempre più alta. Poi a complicare il riposo ci sono raffreddori e malanni dell'apparato respiratorio. «Per dormire meglio consiglio di umidificare la camera da letto - aggiunge il dottor Innocenti -, usare prodotti per la decongestione nasale e ricorre anche all'aerosol in caso di problemi più seri alla gola». Per dormire bene, l'ideale sarebbe vivere in un ambiente climatizzato. Attenti però a non esagerare poiché anche l'eccessivo freddo può essere controproducente perché irrita le vie respiratorie. E' sempre opportuno mantenere una temperatura ambientale intorno ai 18-20 gradi e comunque mai sotto i 16, utilizzando sistemi che mantengano una umidità ambientale almeno del 50%.

Marco Giovannelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I consigli

1 No a troppi caffè e drink

Non bisogna abusare di caffè durante il giorno anche se di solito è il primo rimedio dopo una notte insonne. Il caffè riduce la sonnolenza diurna ma è metabolizzato lentamente dal nostro organismo, è ancora presente la sera. Lo stesso effetto lo provocano i drink energetici, da bere con moderazione.

2 Cene leggere e poco alcol

Bere molto durante il giorno ma non prima di coricarsi per evitare risvegliarsi durante la notte per andare al bagno. A cena evitare bevande alcoliche perché l'alcool è un grande nemico del sonno anche se all'inizio sembra avere un effetto benefico perché è responsabile di risvegli precoci.

3 Mai fumare durante la notte

Altra sostanza eccitante di largo uso è la nicotina anche se per molte persone la sigaretta non è solo una compagnia durante la giornata ma soprattutto delle notti insonni. Quindi è meglio limitare il fumo nelle ore serali e bandirlo durante i risvegli notturni. Da evitare anche il cioccolato.

FORTE IL BOMBARDAMENTO DA FONTI LUMINOSE E LE CASE SONO TROPPO CALDE E CON L'ARIA SECCA



Dove finiscono le cure e inizia l'accanimento per i nati prematuri?

Il dilemma dei danni neurologici permanenti



Mario De Curtis
Pediatra

RUOLO: È PROFESSORE DI PEDIATRIA ALL' UNIVERSITÀ LA SAPIENZA E DIRETTORE «UOC» DI NEONATOLOGIA, PATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE AL POLICLINICO UMBERTO I DI ROMA
MARIO DE CURTIS
UNIVERSITÀ LA SAPIENZA - ROMA

Grazie allo sviluppo delle conoscenze mediche si è assistito, negli ultimi anni, ad un aumento significativo della sopravvivenza dei nati prematuri e ad una diminuzione della «soglia di vitalità» che ha raggiunto, oggi, le 22 settimane di età gestazionale.

Nel 2012, in Italia, sono nati 534 mila bambini e circa mille con un'età gestazionale inferiore alle 26 settimane. Questi neonati, a causa dell'estrema prematurità, non hanno avuto il tempo di completare lo sviluppo anatomico e funzionale di molti organi e spesso incorrono in una serie di malattie che possono essere mortali o compromettere la prognosi a breve ed a lungo termine. Molto temibili sono gli esiti neurologici a distanza, più frequenti se gravi lesioni cerebrali sono state riscontrate già nel periodo neonatale.

Nei vari Paesi europei, in base a differenti considerazioni di ordine medico, sociale ed etico, la decisione sull'inizio e

sulla sospensione delle cure a questi bambini è concepita in modo diverso. Mentre in Germania si tende ad intervenire, in Olanda (e in altre nazioni) viene raccomandato un trattamento attivo solo a 26 settimane e, per i nati con un'età gestazionale più bassa, si ricorre di solito a terapie compassionevoli. In questi Paesi, quindi, prevale una valutazione «statistica», che si basa sui dati di sopravvivenza e incidenza di disabilità grave, a breve e lungo termine. Con questo approccio, però, c'è il rischio di lasciare morire bambini che avrebbero potuto avere una sopravvivenza

esente da sequele e di indurre danni permanenti in soggetti che, pur non rianimati, riescono a sopravvivere. Va tenuto presente che ci può essere da parte della madre un errore nel calcolo dell'età gestazionale e che può anche essere difficile, subito dopo il parto, valutare rapidamente la maturità del bambino.

Un altro tipo di approccio - quello «interventista» - garantisce invece ogni mezzo di assistenza intensiva disponibile a tutti i nati vivi. Così vengono evitati errori di valutazione della vitalità in sala parto, ma ci possono essere svantaggi per la possibile sofferenza del paziente e dei familiari, causata da un'agonia prolungata e dalla sopravvi-

venza di soggetti che possono sviluppare una grave disabilità. Non deve essere trascurato nemmeno l'aumento dei costi per tenere artificialmente in vita pazienti destinati a morire. In base a queste considerazioni la decisione da prendere sull'inizio delle cure ed eventualmente quella sulla sospensione dell'assistenza intensiva è un argomento complesso, in cui intervengono molte variabili che riguardano i concetti di «vitalità», di qualità della vita e del migliore interesse del paziente, mentre i pareri su questi aspetti sono spesso percepiti in modo differente.

L'approccio assistenziale migliore sembra essere quello «individualizzato», che si basa sulla condizione clinica del singolo neonato. L'età gestazionale, di sicuro, non è l'unico fattore che condiziona la decisione, dato che anche altre variabili come il sesso (le bambine hanno una prognosi migliore), la somministrazione prenatale di steroidi alla mamma, il ritardo di crescita intrauterino e la gemellarità possono giocare un ruolo.

La sospensione delle cure nei nati estremamente pretermine rappresenta una scelta ancora più difficile. Il punto più controverso riguarda il caso in cui si ha la previsione di una compromissione della qualità della vita futura, quando, ad esempio, ci si trova in presenza di un grave danno cerebrale. Il Comitato di



Bioetica, già nel 2008, aveva affermato che un trattamento che prolunghi la sopravvivenza di un disabile non possa essere definito futile per il solo fatto che si rivela capace di prolungare la vita, anche se qualificabile da alcuni di «bassa qualità». Quanto al parere dei genitori, spesso, questo non coincide con quello «ufficiale».

In quasi tutti i Paesi c'è la disponibilità dei medici a tener presente il parere dei genitori sulla sorte del figlio, soprattutto quando chiedono di continuare le cure intensive. Anche se va tenuto presente che la potestà genitoriale deve essere considerata come una funzione e non come un diritto soggettivo, la decisione di continuare le cure intensive in un neonato con una grave compromissione cerebrale spesso viene ritenuta dai genitori, e dai medici, non un esclusivo interesse del figlio. In queste situazioni, in cui è presente un grave danno neurologico, molti neonatologi si pongono il problema: non certamente di ricorrere all'eutanasia ma in particolari casi di continuare la ventilazione, senza però trattare le emergenze e senza aumentare il livello degli interventi assistenziali. Su questo punto è auspicabile una maggiore riflessione ed un parere da parte delle istituzioni.

Gli Stati Uniti

Sanità, la riforma Obama costa 2,5 milioni di posti

Studio bipartisan: nei prossimi 10 anni aumenteranno part time e contratti a termine

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE

NEW YORK — Che disastro, aveva ragione la destra. La riforma sanitaria di Obama distruggerà posti di lavoro. E non pochi: fino a 2 milioni e mezzo di americani rischiano di perdere l'impiego, almeno quello a tempo pieno, di qui al 2024. Lo sostiene uno studio autorevole e non sospetto di partigianeria. È una nuova analisi pubblicata ieri dal Congressional Budget Office (Cbo), un super-ufficio studi che fa capo al Congresso e quindi è per definizione un organo tecnico, non di parte. La conclusione è un colpo duro per il presidente che sulla riforma sanitaria ha speso un "capitale politico" rilevante da 5 anni in qua. Il rapporto del Cbo è un arsenale di argomenti che i repubblicani useranno da qui a novembre, quando si vota per le legislative di mid-term. Un voto che già si presentava tutto in salita per i democratici, ora diventa sempre più ostico.

L'analisi del Cbo conclude che l'entrata a regime dell'Obamacare farà sparire in un decennio due milioni di posti, e trasformerà altri 500.000 da dipendenti a tempo pieno a dipendenti part-time. Come si spiega un simile disastro, per una legge che punta a estendere l'assistenza sanitaria alla quasi totalità della popolazione? Uno dei meccanismi agisce sugli incentivi alle assunzioni per le imprese. Poiché l'obbligo per il datore di lavoro di comprare una polizza sanitaria scatta solo al di sopra di una soglia di ore lavorate,

prarsi le polizze. C'è una parte della forza lavoro a bassi redditi che finora era obbligata a cercarsi sul mercato dei posti a tempo pieno per ottenere una copertura sanitaria; adesso gli stessi individui possono ottenere l'assicurazione medica grazie ai sussidi federali senza bisogno di lavorare. Questo secondo meccanismo sembra meno logico, perché presuppone che i bassi redditi possano davvero permettersi di non cercare un lavoro a tempo pieno, in una nazione dove le reti di protezione (indennità di disoccupazione, buoni-pasto) sono state ridotte all'osso. Ma tant'è. Quello che fa colpo è il bilancio consuntivo, i 2,5 milioni di posti in meno che il Partito repubblicano trasformerà in un potente slogan anti-riforma. Obamacare ha già avuto un esordio difficile. Approvata nel 2010, la legge è entrata in vigore solo a fine 2013 e l'obbligo di assicurarsi vale dall'inizio del 2014. I primi passi sono stati funestati da guasti a ripetizione nel sito che confronta le diverse offerte delle compagnie assicurative. Anche per questo esordio accidentato, il Cbo stima che nel primo anno la legge aggraverà solo 6 milioni di assicurati, un milione in meno delle attese.

(f.ramp.)



OBAMACARE

Duro colpo alla riforma voluta dal presidente. Il regime di polizze obbligatorie ridurrebbe gli occupati

la riforma crea un incentivo perverso: conviene assumere solo a part-time, e trasformare i dipendenti a tempo pieno in collaboratori a tempo parziale. Questo fu uno degli argomenti usati dai repubblicani contro Obamacare, descritta dagli oppositori di destra come una tassa sul lavoro. Un altro meccanismo descritto nell'analisi del Cbo guarda invece agli incentivi per i lavoratori. Qui la chiave sta nei sussidi pubblici che la riforma offre ai meno abbienti, perché possano com-





05-02-2014

ABORTO: NON CRESCE RISCHIO CON ANTI-INFIAMMATORI FANS

(AGI) - Washington, 4 feb. - Assumere farmaci anti-infiammatori non steroidei (Fans) in gravidanza non aumenta il rischio di aborti spontanei. A dirlo un nuovo studio pubblicato sulla rivista Canadian Medical Association Journal da parte di ricercatori della University of the Negev. I farmaci Nsaid includono ibuprofene, naproxene, diclofenac e altri, e sono molto usati in gravidanza nel primo trimestre per combattere dolore, febbre e infiammazioni. I ricercatori hanno studiato dati provenienti da 65457 donne di eta' compresa fra 15 e 45 anni ammesse in ospedale per partorire fra il 2003 e il 2009. Il 90 per cento delle donne ha avuto il bambino e nel 10 per cento dei casi c'e' stato aborto spontaneo. In generale, il 6,9 per cento aveva assunto anti-infiammatori Fans durante il primo trimestre di gravidanza. Circa l'8,2 per cento di queste avevano avuto aborto spontaneo, contro il 10 per cento delle donne nel gruppo che non aveva preso anti-infiammatori non steroidei.

<http://scm.agi.it/index.phtml>

HIV, ecco come il virus elude gli anticorpi

E' finalmente stato scoperto il meccanismo che utilizza l'HIV, il virus che causa l'Aids, per eludere gli anticorpi a fare il proprio devastante lavoro. La ricerca potrebbe gettare le basi per una nuova terapia o un nuovo vaccino



L'HIV è ancora uno dei tanti misteri che la ricerca medica non è riuscita a svelare. Di conseguenza, **ogni anno molte persone muoiono** a causa della mancanza di cure realmente efficaci. Un recente studio, appena pubblicato su *Proceedings of the National Academy of Sciences* (PNAS), offre però un barlume di speranza sulla progettazione di una cura risolutiva.

Alcuni scienziati hanno infatti scoperto il meccanismo che è coinvolto nella stabilizzazione delle proteine principali dell'HIV, e che sarebbe **in grado di schivare la maggior parte degli anticorpi** utilizzati dall'organismo. Osservando il virus dell'HIV, si può notare che nella sua superficie sporgono numerosi picchi che contengono una serie di tre identiche proteine a bulbo: le gp120. Queste possono essere chiuse oppure completamente aperte, come fossero petali di un fiore.

Gli anticorpi più importanti di cui un organismo è dotato sembrano non considerare l'HIV quando il trimero gp120 è chiuso. Questo rimarrà chiuso sino a che il virus non si legherà a qualche cellula.

Sostanzialmente, da quello che **hanno potuto comprendere i ricercatori**, vi sono alcuni amminoacidi presenti nella proteina gp120 che sono in grado di stabilizzare il trimero nella posizione chiusa. Un po' come se si volesse **nascondere agli anticorpi**. Tale processo è stato definito "solfatazione", ossia quando gli amminoacidi acquistano un atomo di zolfo insieme a quattro atomi di ossigeno.

A seconda se tale processo di solfatazione veniva aumentato o decisamente bloccato dai ricercatori, si poteva cambiare la sensibilità del virus sugli anticorpi che erano stati neutralizzati, permettendo l'apertura o chiusura del trimero.

Tali risultati potrebbero pertanto **contribuire alla realizzazione di un vaccino**, finalmente efficace, contro l'HIV. Ovviamente adesso è stato scoperto il meccanismo che sta dietro alla solforazione delle proteine gp120, ma ora è necessario usare una struttura più simile a quella reale, in maniera tale da poter simulare perfettamente il ruolo dell'HIV sul sistema immunitario.

NEUROETICA

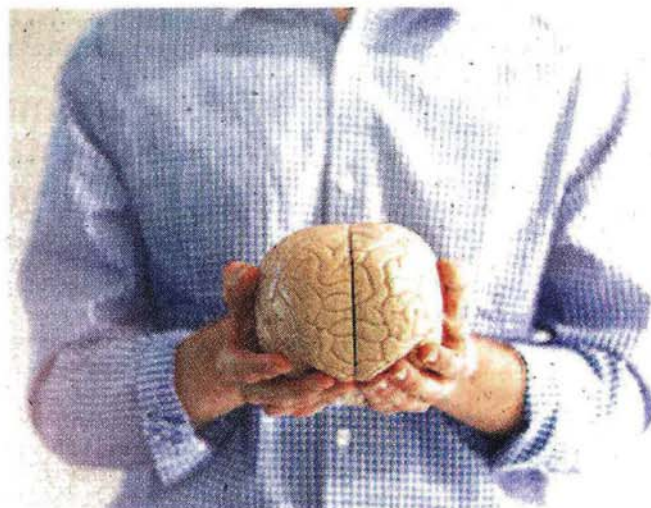
MARCO PIVATO

L' esplorazione della mente è una frontiera ambiziosa ma ambigua: come applicare il metodo scientifico al cervello, oggetto e soggetto dell'indagine? Tanto la psicologia del profondo nel Novecento quanto le neuroscienze nel XXI secolo sono state bersagliate da una vasta e saccente letteratura. Gilberto Corbellini - ordinario di storia della medicina alla Sapienza di Roma - ed Elisabetta Sirgiovanni - ricercatrice in neuroetica del Cnr - propongono però la questione da altro punto di vista e per certi versi inedito: il loro «Tutta colpa del cervello. Un'introduzione alla neuroetica» (Mondadori) non è un saggio di neuroscienze, ma un testo di filosofia delle neuroscienze, che indaga gli aspetti epistemologici delle spiegazioni neuroscientifiche e le implicazioni etiche, sociali e giuridiche.

Proprio le perizie neuroscientifiche entrano sempre più nei tribunali e l'Italia - spiega Sirgiovanni - occupa un posto centrale nel dibattito internazionale sul neurodiritto. «Il nostro Paese - specifica - è stato il primo in Europa in cui i giudici hanno accolto le risultanze di perizie psichiatrico-forensi ottenute su indagini di tipo neurogenetico e neurocognitivo per l'attribuzione di infermità mentale a imputati colpevoli di omicidio». Già nel caso Roper contro Simmons del 2005 una sentenza della Corte Suprema Usa dichiarava l'incostituzionalità della pena di morte per i minorenni, citando studi neuroscientifici sulla diversità tra il cervello di un adulto e quello di un adolescente. E oggi tomografi e macchine per la risonanza magnetica hanno

Il cervello è cambiato e per etica e diritto inizia la rivoluzione

È ora di interrogarsi sull'impatto delle neuroscienze



Elisabetta Sirgiovanni Filosofo

RUOLO: È RICERCATRICE IN NEUROETICA AL CNR
IL LIBRO: «TUTTA COLPA DEL CERVELLO. UN'INTRODUZIONE ALLA NEUROETICA» CON GILBERTO CORBELLINI - MONDADORI

un'influenza sempre maggiore sulla teoria del diritto: «Nuovi contributi saranno offerti dalle neurotecnologie - aggiunge la ricercatrice - e si valuta che mezzi di trattamento sul cervello potrebbero sostituire in alcuni casi la detenzione».

Se le trame del cervello sono state a lungo appannaggio della psicoanalisi, oggi le indagini proseguono su base empirica.

A cominciare dal concetto di inconscio, alla lente delle neuroscienze: «L'idea è non solo che vi siano processi silenti, automatici, ma che i processi coscienti non siano che un'interfaccia efficace di ciò che accade a livello dei meccanismi neurofisiologici». La discussione è intensa. «Non è nostro interesse entrare nel merito delle singole scoperte - precisa Sirgiovanni - quanto far capire che queste potrebbero produrre una rivoluzione culturale senza precedenti».

Concetti come l'inconscio, ma anche prodotti del cervello, della genetica e dell'epigenetica come «coscienza», «mente» o «morale», vanno definendosi nei confini semantici su cui filosofi e scienziati

lavorano da tempo: le neuroscienze ora vengono in aiuto, ma a volte l'approccio genera scetticismo - secondo gli autori - perché si teme la sparizione delle discipline umane e sociali. Tuttavia le neuroscienze cognitive sono un'impresa indispensabile e multilivello.

È se l'impatto delle neuroscienze è potente grazie alle neuroimmagini, come strumenti conoscitivi e diagnostici, potenti saranno anche le possibilità delle neurotecnologie di intervento sul cervello: stimolazioni e impianti neurali e per il futuro staminali, rigenerazioni, ingegneria genetica. «Oggi il trattamento delle malattie neurologiche e psichiatriche è quasi esclusivamente affidato agli psicofarmaci - nota Sirgiovanni - ma esistono risultati importanti che provengono dalle stimolazioni: interne, come quella cerebrale profonda, usata per ridurre i sintomi di patologie come il Parkinson o la Tourette, ed esterne, come la stimolazione magnetica transcranica, usata per l'epilessia». Queste tecniche non solo verranno impiegate nella clinica: «È verosimile che si ricorrerà a tali possibilità per migliorare le proprie prestazioni in ambito scolastico, lavorativo, sportivo o militare». E il potenziamento neuro-cognitivo - concludono Corbellini e Sirgiovanni - è uno dei problemi centrali della neuroetica con il quale dovremo sempre più fare i conti.

Stamina. Il comitato si farà. Ferrari in pole position

Milano. Alla fine il nuovo comitato chiamato a giudicare Stamina si farà. Sarebbe ormai imminente il decreto di nomina del gruppo di esperti chiamati dal ministero della Salute a pronunciarsi sul contrastato metodo, anche se con alcune novità: ci sarebbero infatti almeno un paio di defezioni spontanee tra gli esperti individuati. Mentre resterebbe ferma l'intenzione del mi-

nistro Beatrice Lorenzin di mantenere Mauro Ferrari a capo del gruppo di esperti, nonostante le dichiarazioni rilasciate da quest'ultimo alla trasmissione televisiva "Le Iene" e che hanno indispettito parte della comunità scientifica nostrana.

Nel nuovo organismo dovrebbero essere inseriti altri nomi, alcuni in sostituzione di quelli degli esperti che vogliono uscire, e a

questi si aggiungerebbero quelli dei rappresentanti delle famiglie dei malati e delle istituzioni sanitarie. Sui tempi resta però l'incognita delle necessità di individuare un nuovo presidente qualora l'avvocatura rilevasse l'incompatibilità dell'incarico per Ferrari alla luce delle dichiarazioni rilasciate.

Fa intanto discutere l'avvio del protocollo Stamina, a Brescia, per

un nuovo piccolo paziente affetto da una patologia genetica. La novità della sentenza che ha "ordinato" la cura sta nel fatto che il giudice del Tribunale di Trapani ha indicato anche i nomi dei medici chiamati ad effettuare i trattamenti e i tempi per avviarli. Quello che avevano chiesto gli operatori di Brescia - di fatto "in sciopero" - per continuare a somministrare le cure.

www.ecostampa.it



Commissione Stamina in bilico la Lorenzin si affida ai legali

Il candidato-presidente Ferrari: «Il mio ruolo in forse? Io sono super partes»

il caso

GRAZIA LONGO
ROMA

Il suo ruolo di presidente della commissione Stamina vacilla? Lui, il diretto interessato, il professor Mauro Ferrari - il cervello italiano di 55 anni emigrato negli Usa, esperto mondiale di nanotecnologie applicate alla medicina - passa la palla alla ministra della Salute.

«Mi rimetto alla sua volontà - dichiara al telefono dal Texas dov'è presidente e Ceo dello Houston Methodist Research Institute -. Mi accusano di aver dichiarato chissà che cosa alle Iene, ma la mia posizione è chiarissima. Io sono super partes, ma mi rendo conto che adesso il momento è molto delicato e quindi non voglio commentare l'ipotesi di essere sostituito». Non è neppure preoccupato che suoi illustri colleghi scienziati abbiano criticato la sua intervista e abbiano scritto alla mini-

stra Beatrice Lorenzin affinché riconsideri la scelta?

«Preferisco non replicare. Ribadisco la mia totale imparzialità. A questo punto decida il ministro».

Ma il problema non è tanto l'orientamento della ministra Beatrice Lorenzin - che non nasconde affatto l'enorme stima nei confronti del professor Ferrari - quanto le considerazioni dell'Avvocatura dello Stato. I legali stanno vagliando con estrema meticolosità tutti gli aspetti, per non correre rischi con una nomina troppo esposta a polemiche e future bocciature. Del resto, salvo un colpo di scena da parte loro, la linea del ministero della Salute - a dispetto dei comunicati ufficiali - è quella di «non rischiare».

La palla in gioco è molto, troppo importante: dopo la bocciatura, da parte del Tar Lazio, del precedente comitato tecnico scientifico che aveva il compito di valutare la bontà del tanto discusso metodo Stamina, l'obiettivo è quello di non perdere altro tempo prezioso. E se per il precedente di team di scienziati a rivolgersi al Tar era stato il patron di Stamina, Davide Vannoni, convinto

che quegli studiosi avessero pregiudizi sul suo metodo, nel caso del professor Ferrari c'è già un lungo elenco di scienziati italiani pronti a rivolgersi al Tar. L'appello dalle pagine di Nature contro Ferrari, le cui parole sono state definite «un insulto ai tanti ricercatori che in Italia lavorano per trasferire la ricerca sulle staminali in nuove applicazioni cliniche» ne è la conferma.

Insieme alla poltrona di Ferrari ne salteranno altre due o tre. Tutto è al vaglio dell'Avvocatura dello Stato, ma sembrano destinati ad essere sostituiti

«per imparzialità» l'esperto di cure staminali Vania Broccoli, capo unità della Divisione di neuroscienze Stem Cell Research Institute, all'Ospedale San Raffaele Milano e il clinico esperto in terapia cellulare Antonio Uccelli, del Centro per la sclerosi multipla dell'Università di Genova e responsabile della Neuroimmunologia al Centro di eccellenza per la ricerca biomedica (Cebr).

Il professor Uccelli, già osteggiato da Vannoni per sue «ostili dichiarazioni» afferma: «Rimango a disposizione del ministro e delle Istituzioni, se ritengono che la mia esperienza sia peculiare. Sarei tranquillo nel fare un passo indietro se fos-

se ritenuto necessario, ma con l'amarezza di essere stato giudicato inidoneo all'incarico per

delle dichiarazioni che credo condivisibili e di solo buon senso sull'importanza delle regole condivise nella scienza e nella Medicina». Il professor Broccoli precisa: «Non ho più avuto comunicazioni ufficiali. Siamo tutti in fervida attesa». All'attenzione dell'Avvocatura dello Stato c'è, inoltre, la posizione degli altri due italiani in lizza: il professor Carlo Dionisi Vici e il professor Francesco Frassoni. Uno dei due rischia grosso. Intanto, l'avvio del protocollo Stamina per un nuovo piccolo paziente a Brescia fa infuriare il direttore del Laboratorio cellule staminali dell'università Sapienza di Roma Paolo Bianco: «Inconcepibile che il ministro della Salute non intervenga, e che il Consiglio dei ministri non ravvisi l'urgenza di metter fine a tutto questo. Ancora più inconcepibile che l'Ordine dei Medici non si opponga».

Nei prossimi giorni il procuratore Raffaele Guariniello chiuderà le indagini del Nas: per Vannoni e soci si profila una sicura richiesta di rinvio a giudizio per associazione a delinquere, oltre che per traffico e somministrazioni di farmaci pericolosi, per truffa aggravata.

IL RISCHIO BOCCIATURA

Per evitarlo l'Avvocatura dello Stato sta vagliando tutti gli aspetti del caso

IL NUOVO CASO A BRESCIA

Via libera alle infusioni per un altro bambino
Scienziati in rivolta



L'esperto negli Usa

Mi accusano di aver dichiarato chissà cosa alle Iene, ma la mia posizione è chiarissima. Mi rimetto alle decisioni del ministro Lorenzin

Mauro Ferrari

Ceo dello Houston
Methodist Research Institute



Glaucoma, non è mai troppo presto

OFTALMOLOGIA

FABIO DI TODARO

Si porta dietro una pessima etichetta: quella di ladro silenzioso della vista. Il glaucoma resta una delle principali cause di cecità al mondo. Sul pianeta si stima che ne soffrano 55 milioni di persone, uno dei quali arriva dall'Italia.

«Mentre la forma ad angolo chiuso si manifesta con un dolore cranico, una ~~cefalea~~ ~~trattabile~~ insoportabile e la perdita improvvisa della vista, quella ad angolo aperto è la più subdola - afferma Carlo Sborgia, direttore della clinica oculistica all'Università di Bari -. Spesso il paziente se la porta dietro per anni, senza alcun fastidio. Ma è in quella fase, caratterizzata da una riduzione del campo visivo, che la pressione oculare cresce e danneggia il nervo ottico». Irreversibilmente.

Del glaucoma resta ancora molto da scoprire. Si sa che un'elevata pressione all'interno dell'occhio - provocata dal ristagno dell'umor acqueo tra la cornea e il cristallino - è il principale fattore predisponente alla malattia. Il valore, compreso tra 14

e 16, diventa sospetto se maggiore di 21: tutto misurato in millimetri di mercurio. Non è da trascurare, inoltre, che il glaucoma colpisce soprattutto nella terza età, fatta eccezione per alcune forme congenite. Da considerare anche alcuni dettagli anatomici: occhi troppo grandi (bupfalmo) possono essere la «spia» di una forma innata, mentre fessure ridotte e cornee più sottili sono indicate come fattori predisponenti in età adulta. «È quasi certo, poi, che l'alterazione di alcuni geni ha un impatto sul nervo ottico, mentre quella di altri sulla pressione oculare», asserisce Janey Wiggs, direttore dell'Istituto di genetica oculare al Massachusetts Eye and Ear Infirmary.

Carlo Sborgia Oculista

RUOLO: È DIRETTORE DELLA CLINICA OCULISTICA ALL'UNIVERSITÀ DI BARI

Di certo, quando la vista è danneggiata, non si può far altro che limitare i danni. Due le opportunità: il collirio (farmaci derivati delle prostaglandine) o l'intervento. Tutta da verificare l'ipotesi, lanciata su «Biomaterials», di sfruttare le **lenti a contatto** per inoculare il farmaco. «Diventa difficile consigliare di tenere le lenti a contatto 24 ore al giorno per almeno un mese - chiosa Sborgia -: con un ridotto apporto di ossigeno e nutrienti si rischia di inibire il metabolismo della cornea».

Twitter @fabioditodaro



SCARSEGGIANO I FARMACI ONCOLOGICI IN GRAN PARTE DELLE REGIONI ITALIANE

Molte le criticità che caratterizzano l'accesso ai farmaci salvavita per i malati italiani colpiti da tumore. Oggi solo in quattro Regioni (Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia-Giulia e Marche) e nella provincia di Bolzano, vengono recepite immediatamente le indicazioni registrative della Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa). In tutte le altre i nuovi farmaci oncologici non vengono resi disponibili ai malati fino a quando e solo se sono stati nuovamente valutati positivamente da Commissioni tecnico scientifiche regionali. Il farmaco antitumorale viene introdotto dopo un tempo variabile che in alcune regioni raggiunge i 50 mesi. Questi temi sono stati trattati durante un incontro dedicato al «Farmaco e sostenibilità nella cura del paziente oncologico», tenutosi a Roma, presso Palazzo Marini (Camera dei deputati), organizzato congiuntamente da Favo, dall'Associazione Italiana Oncologia Medica (Aiom), e dalla Società Italiana di Ematologia (SIE). Nel nostro Paese 2 milioni e 800mila persone vivono con una diagnosi di tumore, 366mila i casi accertati nel 2013. Le varie commissioni regionali sono inutili duplicati. «Il decreto Balduzzi spiega il professor Francesco De Lorenzo, presidente Favo - avrebbe dovuto eliminare le inaccettabili disparità di trattamento nelle varie Regioni e assicurare ovunque la disponibilità dei farmaci innovativi. Ma, a oggi ciò non è avvenuto. La battaglia è stata vinta solo sulla carta, le Regioni continuano a limitare l'accesso alle terapie salvavita». Pierpaolo Vargiu, presidente della commissione affari sociali della camera ha affermato che è a rischio l'equità del sistema sanitario. Emilia De Biasi, presidente della commissione sanità del senato, ha appoggiato le richieste di oncologi e pazienti.