

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

Cancro ai testicoli, boom di casi: ecco le cinque mosse per proteggersi



Cinque mosse per proteggersi dal **cancro ai testicoli**, imparando a eseguire da soli un esame attento e accurato.

La difesa della salute maschile passa anche attraverso l'autopalpazione, una pratica ormai ben nota all'universo femminile, abituato a osservare e tastare il proprio seno.

A raccomandare questa azione preventiva fondamentale sono gli specialisti riuniti a Madrid per il congresso della Società europea di urologia (Eau). Il tumore ai testicoli colpisce principalmente fra i 25 e i 49 anni, uomini abbastanza giovani dunque, con una frequenza in crescita (+45% negli ultimi 30 anni), ma con una mortalità in netto calo: guarisce il 95% dei pazienti. In Italia, secondo gli ultimi dati, sono oltre 2 mila casi.

Alla scarsa attenzione maschile verso la prevenzione si è aggiunta l'aggravante della mancata visita di leva, che ha sottratto i giovani alla diagnosi e cura di patologie del distretto uro-genitale, e la sottovalutazione di problematiche insorte già da bambini.

Al bando imbarazzi e pudori. «I ragazzi devono imparare come, con poche mosse e in qualche minuto, scoprire un eventuale tumore dei testicoli sul nascere», sottolinea Vincenzo Mirone, segretario generale della Siu (Società italiana di urologia). «Questa è la neoplasia più comune - spiega - nei giovani maschi fra i 25 e i 49 anni, rappresentando circa l'1% del totale e il 3-10% dei tumori che colpiscono l'apparato urogenitale maschile.

È importante perciò sensibilizzare i giovani all'autopalpazione, insegnando loro a prestare attenzione a qualsiasi modifica possa verificarsi nell'anatomia o nella forma dello scroto e dei testicoli. Adulti e ragazzi dovrebbero conoscerne dimensioni e aspetto 'normali', in modo da essere in grado di riconoscere immediatamente qualunque alterazione». Non solo. Questo significa anche allontanare le probabilità fino al 12% di un possibile sviluppo di un cancro della prostata.

Ecco, dunque, le cinque regole dell'autopalpazione al maschile. Innanzitutto, affinare il 'tatto', che richiede di avvolgere il testicolo, prima l'uno e poi l'altro, nel palmo delle mani; poi esaminarlo facendolo ruotare accuratamente tra pollice e indice di entrambe le mani. Quindi la terza mossa: le dita devono andare a caccia di noduli duri, gonfiore morbidi o tondeggianti o qualsiasi altra anomalia rilevabile sulla superficie del testicolo, riferendone tempestivamente qualsiasi eventuale presenza al medico. La quarta

regola dell'autopalpazione è la periodicità della procedura, poiché per essere utile deve essere ripetuta mensilmente e dopo un bagno caldo, quando cioè il sacco scrotale è rilassato e meglio ispezionabile.

Infine, il quinto 'diktat': un inizio precoce della palpazione, che va insegnata e messa in atto fin dall'adolescenza. La Siu sta lavorando a video fatti 'ad hoc' per i ragazzi, per sensibilizzarli fin dalle scuole. Nemmeno l'infanzia va trascurata.

«È fondamentale che i genitori facciano controllare i bambini dal pediatra di fiducia, poiché una correzione dell'eventuale discesa incompleta del testicolo entro il primo anno di vita riduce il rischio di cancro e facilita la diagnosi precoce del tumore», conclude Mirone.

<http://www.meteoweb.eu>

Salute: il fumo tra principali nemici del sesso, causa disfunzioni e tumori

Aumenta le disfunzioni erettile, rende più cattivi i tumori alla prostata e fa salire il rischio di cancro ai reni, oltre che alla vescica



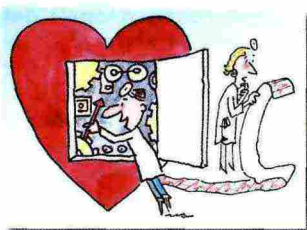
Il fumo è il ‘nemico pubblico numero uno’ dell’apparato genitale maschile, hanno sottolineato gli esperti durante il congresso della Società Europea di Urologia in corso a Madrid in un focus dedicato al tema. “Fino a poco tempo fa si pensava che il fumo fosse legato solo ai tumori alle vie urinarie – ha spiegato Paolo Verze, ricercatore dell’università Federico II di Napoli – invece sempre più ricerche hanno mostrato che rende più aggressivo il tumore della prostata, ed è anche una delle cause delle disfunzioni erettile oltre ad avere un ruolo nei tumori del rene”. Nel caso delle disfunzioni erettile, sottolinea Verze, che ha presentato una revisione degli studi più recenti sul tema, il rischio aumenta all’aumentare delle sigarette fumate. “A causare la patologia è l’aumento dei radicali liberi provocato dalla nicotina e dalle altre sostanze. La buona notizia è che se si smette si inverte il trend – spiega -, mentre per i tumori questo non avviene”. In particolare il tumore alla prostata è reso più aggressivo dal fumo, come ha dimostrato uno studio presentato al congresso secondo cui nei fumatori il rischio di recidiva dopo un intervento è doppio rispetto a chi non fuma. “Il fattore di rischio principale per questo tipo di cancro è la familiarità – afferma Verze – ma anche il fumo è importante, tanto che chi ha dei casi in famiglia non dovrebbe proprio avvicinarsi alle sigarette”.



news box

A CURA DI FEDERICO MARCHETTI

L'OCSE VALUTA LA SANITÀ ITALIANA



Qualità buona, spesa contenuta, personale adeguato. Restano troppe differenze tra le Regioni. Ma i tagli e il rigore stanno mettendo tutto a rischio. Il verdetto in una revisione della qualità della nostra assistenza commissionata all'OCSE dal Ministero della Salute. Analizzate nel

dettaglio tutte le caratteristiche del nostro sistema. Che però oggi vede mettere a rischio i suoi livelli perché "il risanamento delle finanze è divenuto priorità assoluta, nonostante i bisogni in fatto di salute evolvano rapidamente".

Lo studio mette subito in evidenza quelli che sono gli aspetti positivi del SSN individuati nel documento. Emergono in primis gli indicatori di esito, qualità ed efficienza che risultano uniformemente notevoli.

L'aspettativa di vita, 82,3 anni, è tra le più alte tra i Paesi OCSE (Figura 1).

I tassi di ricovero per asma, malattie polmonari croniche e diabete (indicatori di qualità delle cure primarie), sono tra i migliori e quelli di mortalità a seguito di ictus o infarto (indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera) sono ben al di sotto della media.

L'assistenza è buona ed è erogata a un prezzo contenuto, pari a 3027 dollari pro capite. L'Italia spende, infatti, molto meno dei Paesi limitrofi quali Austria (4593), Francia (4121) e Germania (4650). Il sistema delle cure primarie ha tradizionalmente fornito un'assistenza primaria di alta qualità, come dimostrato da indicatori di qualità quali il ricovero ospedaliero evitabile; **i livelli di soddisfazione del paziente sono anch'essi alti**. L'Italia ha compiuto - sottolinea lo studio - un passo importante verso il maggiore coordinamento e l'integrazione dell'assistenza con la Legge Balduzzi (n.189/2012), che incoraggia la creazione di reti di assistenza territoriale. E il personale sanitario offre, nel complesso, un'assistenza di alta qualità.

L'OCSE apprezza inoltre il contesto e il quadro istituzionale di assetto di cui si è dotato il sistema: il Patto per la Salute, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SIVeAS), il Programma Nazionale per la Promozione Permanente della Qualità nel Servizio Sanitario Nazionale (PROQUAL); l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). A queste iniziative si aggiungono: il Sistema Nazionale per le Linee Guida per rendere facilmente accessibili le linee guida per la pratica clinica; l'Osservatorio Na-

zionale Buone Pratiche nel 2008 per migliorare la sicurezza del paziente, che è una eccellente dimostrazione del ciclo Plan-Do-Study-Act, considerato a livello internazionale come un modello di successo da emulare; la Conferenza Unificata tra Stato, Regioni, Comuni ed Enti Locali, come meccanismo mirato a garantire uniformità di approccio alla misurazione e al miglioramento della qualità tra le Regioni e le Province. L'Italia possiede un ampio numero di ricchi database nazionali e regionali e numerosi registri dei pazienti che contengono informazioni sulla qualità e sugli esiti dell'assistenza sanitaria.

Ma, ovviamente, le criticità non mancano.

Secondo l'OCSE l'Italia si trova ad affrontare due sfide principali:

- A) la prima è garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa in campo sanitario non vadano a intaccare la qualità quale principio fondamentale di governance;
- B) la seconda è quella di sostenere le Regioni e Province Autonome (R&PA) che hanno una infrastruttura più debole, affinché possano erogare servizi di qualità pari alle Regioni con le performance migliori. È necessario un approccio più solido e ambizioso al monitoraggio della qualità e al miglioramento a livello di sistema.

Filo conduttore risiede nelle difficoltà a migliorare la qualità e la riorganizzazione del sistema che hanno così assunto un ruolo secondario quando la crisi economica ha iniziato a colpire. E, all'interno di questo quadro, il risanamento delle finanze è divenuto priorità assoluta, nonostante i bisogni in fatto di salute evolvano rapidamente. Per esempio, ricorda lo studio, gli indicatori relativi a demenza, numero di anni di vita in buona salute e limitazioni nelle attività quotidiane dopo i 65 anni sono peggiori rispetto alle medie OCSE e il tasso di bambini in sovrappeso è tra i più alti dell'area OCSE.

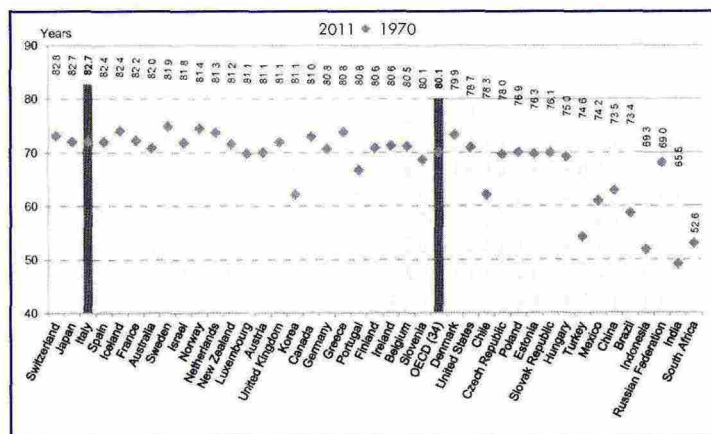


Figura 1. Aspettativa di vita alla nascita, tra il 1970 e il 2011 (o anno più vicino). Fonte: OECD Health Statistic, 2013; World Bank for non-Oecd countries.



news box

L'Italia deve, infatti, confrontarsi con un crescente invecchiamento della popolazione e un aumentato carico delle patologie croniche, che probabilmente si tradurranno in aumentati costi dell'assistenza e ulteriore pressione sul settore delle cure primarie. Tuttavia il progresso verso un modello di sistema sanitario in cui la prevenzione e la gestione di tali patologie siano in primo piano è piuttosto lento e i servizi per l'assistenza di comunità, a lungo termine e di prevenzione sono poco sviluppati rispetto agli altri Paesi OCSE. A testimonianza di ciò il fatto che l'Italia spende meno di un decimo di quanto spendono Olanda e Germania per la prevenzione e che presenta la più bassa percentuale di operatori per l'assistenza a lungo termine osservabile nei Paesi dell'OCSE, in rapporto alla popolazione con 65 anni di età e oltre.

Nel complesso, rileva l'OCSE, **Il Sistema Sanitario Italiano è stato tradizionalmente caratterizzato da un alto livello di frammentazione e mancanza di coordinamento dell'assistenza erogata dai diversi professionisti.** Il coordinamento delle cure e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale sono caratterizzati da una bassa e disomogenea diffusione sul territorio nazionale. A preoccupare soprattutto l'osservazione che la spesa sanitaria nelle AUSL appare ancora predominantemente diretta a tipi tradizionali di servizi di cure primarie, quali medici individuali, con una piccola spesa allocata a servizi per pazienti fragili o quelli con condizioni croniche.

Sotto un profilo strutturale, l'Italia è un Paese molto eterogeneo, sia dal punto di vista sociale che economico: la PA di Bolzano ha un PIL pro capite di 39.170 dollari e un tasso di disoccupazione del 4,1%, la Campania ha un PIL pro capite di 17.120 e un tasso di occupazione del 19,39%. Tale eterogeneità si riflette nel sistema sanitario. Malgrado i tentativi di armonizzazione, osserva l'OCSE, le differenze regionali in termini di qualità dell'assistenza rimangono significative. La percentuale di pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica entro 48 ore dall'infarto varia da ~15% nelle Marche, Molise e Basilicata a ~50% in Valle d'Aosta e Liguria.

Le differenze all'interno delle Regioni sono ancor più marcate: lo stesso indicatore varia da ~5% a oltre il 60% se disaggregato a livello di ASL. La mortalità a 30 giorni a seguito di infarto, disaggregata a livello di ASL, varia da ~5% al 18%, con una media nazionale del 10%. Il numero di ricoveri ospedalieri per broncopneumopatia cronica ostruttiva è più basso in Piemonte (1,51 per 1000 abitanti, corretto per età e sesso) e nella PA di Trento (1,55), e più alto in Puglia (3,84), Campania (3,13) e Basilicata (3,07). Lo stesso dicasi per l'asma infantile, che vede Toscana (0,21 per 1000 abitanti, corretto per età e sesso), Veneto (0,23) e Valle d'Aosta (0,25) registrare il numero più basso di ricoveri, e Sicilia (0,95), Abruzzo (0,82) e Sardegna (0,74) i più alti.

Il tasso dei cesarei si attesta a livello nazionale al 25% (dati 2011), ma con enormi variazioni tra le Regioni e le Province (13,6% a Bolzano e 14,5% a Trento vs 45% in Campania) (Figura 2).

Emergono quindi enormi differenze tra ed entro Regioni e Province nelle modalità e negli strumenti di gestione della performance del sistema sanitario e nei modelli di accreditamento. Ciò rende difficile il confronto con gli standard nazionali e limita la responsabilità del provider nei confronti dell'utente. Secondo l'OCSE **le riforme costituzionali del 2001 hanno contribuito a creare 21 sistemi sanitari regionali, con differenze notevoli sia per quanto riguarda l'assistenza che gli esiti.** È elevato il numero di pazienti che si spostano da regione a regione per ricevere assistenza sanitaria, con le realtà settentrionali che figurano come importatori netti.

Le iniziative nazionali volte al miglioramento della qualità dell'assistenza non vengono applicate in maniera omogenea a livello regionale. Allo stesso tempo si nota uno scarso coordinamento da parte delle agenzie centrali delle diverse attività regionali connesse alla qualità e sono poco sviluppate o mancano del tutto alcune strategie chiave relative alla qualità. La professione medica continua a basarsi sull'abilitazione e su sistemi di educazione continua in medicina relativamente poco impegnativi a confronto di altri Paesi.

È scarsa l'attenzione prestata ai meccanismi per la promozione della qualità del personale sanitario, quali la ri-certificazione o la revisione tra pari come parte di uno Sviluppo Professionale Continuo e non si rileva alcun nesso tra la valutazione delle performance dei singoli operatori e l'accreditamento ECM. Tra le altre criticità individuate, **i sistemi di pagamento che non sempre premiano i miglioramenti nell'assistenza clinica o negli esiti.** L'infrastruttura informativa è insufficientemente sfruttata a causa di una debole capacità di collegamento dei dati e un uso limitato della cartella clinica elettronica/fascicolo sanitario elettronico. Gli attuali

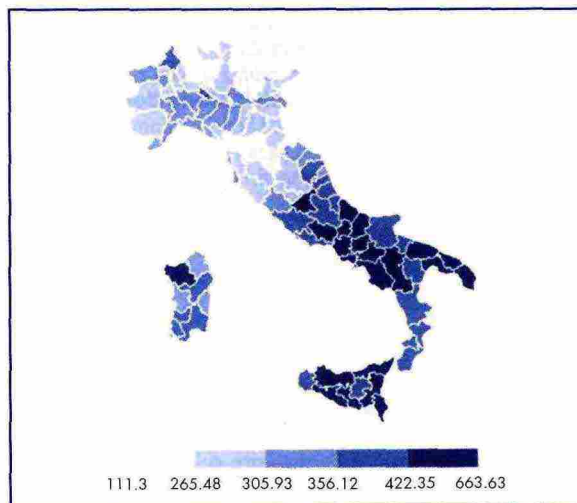


Figura 2. Tasso di parti cesarei in Italia per provincia, standardizzato per età/1000 donne, 2011. Fonte: Analysis of the National Hospital Discharge Database, Ufficio VI, DG Programmazione, Ministero della Salute, Italy.



news box

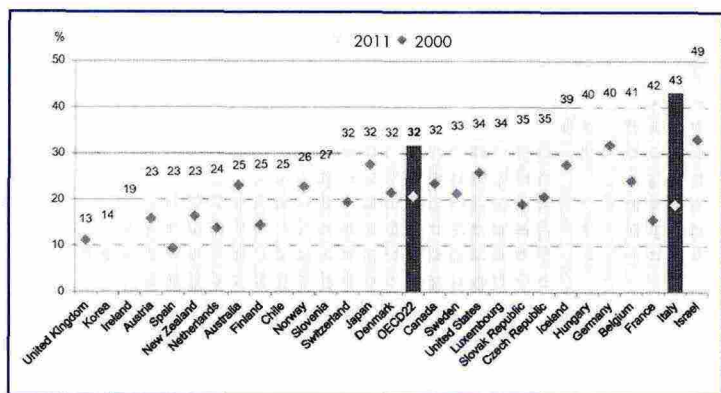


Figura 3. Percentuale di medici con età superiore ai 55 anni, tra il 2000 e il 2011 (o anno più vicino). Fonte: OECD Health Statistic, 2013.

indicatori relativi all'assistenza primaria e territoriale non sono sufficienti a fornire un quadro completo dell'efficacia, della sicurezza e della centralità del paziente in questo settore. Altre difficoltà sono legate a una carenza di informazioni sulla qualità orientata al paziente e sulla qualità dell'assistenza effettivamente erogata.

Un altro aspetto potenzialmente critico riguarda l'**età media dei medici italiani** che è molto avanzata (42% con una età oltre i 55 anni) (Figura 3) e il basso numero degli infermieri, con un rapporto di 1.6 tra infermieri e medici che è tra i più bassi dei Paesi OCSE.

L'OCSE propone quindi alcune raccomandazioni per il miglioramento della qualità in Italia. La priorità deve passare da un sistema che assegna priorità al controllo di bilancio a uno che dà eguale priorità alla qualità. Incentivi finanziari e informativi devono essere allineati con i risultati e la qualità della cura ed è necessario un approccio più omogeneo al monitoraggio e allo sviluppo della qualità attraverso tutto il Paese.

Rafforzare la governance della qualità nell'assistenza sanitaria

- Assicurando una applicazione più omogenea a livello regionale delle iniziative nazionali per la qualità, in particolare modo riguardo ad accreditamento e requisiti minimi. La creazione di un ispettorato sanitario nazionale potrebbe fornire a questa funzione una base sicura.
- Considerando ulteriori risorse per incoraggiare l'uso di linee guida per la qualità a livello regionale.
- Valorizzando i dati attualmente esistenti superando le difficoltà nel collegamento dei dati attraverso i database. È necessario produrre una standardizzazione delle procedure per l'approvazione del collegamento e dell'analisi dei dati sanitari e per la diffusione delle migliori pratiche nel trattamento dei dati personali.
- Aumentando le possibilità per i pazienti e per il pubblico di fare un uso dei dati di qualità e di essere coinvolti nelle procedure di valutazione della qualità dell'assistenza sani-

taria. In particolare, è necessario realizzare indagini sulla soddisfazione del paziente in maniera estesa e sistematica.

- Proseguendo il lavoro eccellente sulla sicurezza del paziente che l'Italia ha già iniziato.

Migliorare la qualità dei servizi di cure primarie e assistenza territoriale

- Rafforzando l'infrastruttura informativa per supportare la qualità dell'assistenza primaria e territoriale, ad esempio attraverso la raccolta di indicatori relativi alla gestione delle cronicità, al coordinamento tra i diversi livelli di cura o all'esperienza del paziente con le nuove reti territoriali e forme associative dei medici (e pediatri) di base.
- Ampliando le reti per l'assistenza territoriale e gli ospedali di comunità su tutto il territorio nazionale,

attraverso l'erogazione di risorse finanziarie, lo sviluppo di linee guida per la messa a punto di tali servizi di comunità o per il supporto organizzativo volto a incoraggiare l'adozione di chronic care model.

- Mettendo a punto sistemi di pagamento più ingegnosi e articolati capaci di premiare la qualità, l'attività o il raggiungimento di obiettivi nazionali attraverso la formula di compenso a prestazione (fee-for-service). Specifica attenzione dovrebbe essere diretta verso strategie preventive, gestione efficiente delle malattie croniche e miglior coordinamento delle cure erogate.
- Incoraggiando l'aderenza alle linee guida cliniche attraverso incentivi finanziari e informativi (ci sono esempi chiave per imparare dai Paesi OCSE, quali il Regno Unito, dove l'introduzione di incentivi finanziari ha avuto effetti positivi sull'aderenza da parte dei medici di medicina generale, portando miglioramenti in tutta una serie di indicatori relativi alla prevenzione secondaria e alla gestione delle patologie croniche).
- Migliorando il ruolo svolto dagli erogatori di cure primarie nella prevenzione primaria e secondaria. Rappresentano possibili opzioni da considerare per lo sviluppo di programmi formativi in materia di prevenzione e diagnosi precoce attraverso programmi di Educazione Continua in Medicina (ECM), e investire maggiormente nella forza lavoro infermieristica.
- Sviluppando standard nazionali per l'assistenza primaria e ampliando il focus del nuovo programma di accreditamento nazionale ai servizi di assistenza primaria e territoriale, includendo il nuovo insieme di reti per l'assistenza territoriale e di ospedali di comunità.

Migliorare la formazione medica per rafforzare la qualità del personale sanitario italiano

- Considerando se le procedure di accesso alla facoltà di medicina, gli esami per l'abilitazione e lo spostamento verso scuole specialistiche siano utili a promuovere le qualità, quali comunicazione, lavoro di squadra, auto-analisi della propria attività e competenze, richieste al personale sanitario italiano che lavora oggi nel sistema.
- Incoraggiando le scuole di medicina a promuovere un inse-



news box

gnamento e metodi di apprendimento di elevata qualità, allontanandosi dagli approcci didattici tradizionali ed esplorando metodi di apprendimento attivi e partecipativi.

- Massimizzando l'impatto positivo dell'ECM attraverso la promozione delle attività ECM che corrispondano alle competenze richieste agli operatori e alle lacune nella loro pratica corrente. Considerando di introdurre forme più moderne di garanzia della qualità del personale, inclusa la ri-certificazione, che prevede valutazioni più rigorose, quali una valutazione completa fra pari, e stimola i professionisti a riflettere sui propri punti di forza e debolezza.
- Esplorando le possibilità per l'introduzione, a livello di professionista sanitario e di prestazione erogata, di indicatori di qualità ed esito, che possano aiutare i clinici a riflettere e a migliorare la propria pratica assistenziale, se questi sono incoraggiati e supportati nel riflettere sui loro risultati in maniera produttiva.

Migliorare la qualità e gli esiti dell'assistenza nelle R&PA con una performance più bassa

- Sviluppando un approccio più omogeneo in tutte le R&PA nell'utilizzo delle informazioni per gestire la performance e rafforzare la responsabilità (*accountability*) a livello locale. I temi chiave da affrontare sarebbero il livello di utilizzo dei metodi di misurazione della performance nella contrattazione con ospedali, altri fornitori e i loro comitati di gestione, e l'estensione per cui tali metodi sono disponibili per un esame pubblico e un confronto aperto.
- Lavorando per una infrastruttura informativa meno frammentata a supporto del Sistema Sanitario Italiano, magari attraverso la creazione di un'unica organizzazione nazionale per l'informazione sanitaria per raccogliere, analizzare e diffondere le misurazioni del sistema sanitario.
- Assicurando che l'allocazione delle risorse regionali abbia un focus sulla qualità, e sia collegata ad incentivi per il miglioramento della qualità.
- Ricorrendo a modelli innovativi di distribuzione delle risorse, messi a punto in altri Paesi per garantire che le risorse siano distribuite secondo i bisogni e, quando possibile, premiano la qualità.
- Monitorando l'impatto del consolidamento finanziario e dell'introduzione di meccanismi di compartecipazione alla spesa (*co-payment*), sulla salute degli individui e delle comunità vulnerabili.

Rafforzare l'approccio regionale alla governance e all'erogazione dell'assistenza sanitaria in Italia

- Sviluppando le responsabilità e le capacità delle autorità nazionali il cui ruolo è supportare le R&PA. In particolare, si potrebbe considerare l'opportunità di sviluppare con maggior dettaglio il ruolo di Agenas, modellandolo su organizzazioni equivalenti in altri Paesi quali *Danske Regioner* in Danimarca e *Kommunesektorens organisasjon* in Norvegia.
- Allo stesso tempo, essere costantemente attenti a qualsiasi tensione o inefficienza che possono sorgere a causa di governo multilivello. In particolare, deve essere individuato e affrontato ogni eventuale vuoto di responsabilità, informazioni, competenze o finanziamenti.

Infine, un giudizio positivo viene espresso in merito al Patto per la Salute che contiene diversi indirizzi, per cui sono previste specifiche attività con scadenze a breve termine, che rispondono alle raccomandazioni OCSE

- Aggiornamento dei LEA in attuazione dei principi di equità, innovazione e appropriatezza e nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica.
- Riparto del finanziamento del SSN a cui concorre lo Stato, effettuato anche tenendo conto del trend di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità.
- Predisposizione da parte del Ministero di un documento di proposte per la Conferenza SR per implementare un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale ai fini del monitoraggio costante dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi.
- Aggiornamento degli obiettivi, struttura e funzionamento del sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.
- Adozione del regolamento degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- Stipula dell'intesa Stato-Regioni sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del paziente.
- Definizione di un documento di indirizzo per individuare i criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari setting riabilitativi.
- Individuazione e condivisione in Conferenza Stato-Regioni di strumenti di valutazione della soddisfazione del paziente e della qualità percepita, omogenei sul territorio nazionale.
- Riorganizzazione dell'assistenza territoriale, con l'istituzione delle Unità Complesse di Cure Primarie e le Aggregazioni Funzionali Territoriali, compresa la definizione, nell'ambito dell'NSIS, di un sistema di monitoraggio delle prestazioni erogate e di un sistema di codifica delle prestazioni omogeneo sul territorio nazionale.
- Predisposizione da parte del Ministero del "Piano nazionale delle cronicità".
- Impegno delle Regioni nella definizione e attivazione delle reti integrate dei servizi sociosanitari.
- Aggiornamento del sistema di monitoraggio, supporto, verifica, e rafforzamento dei servizi sanitari regionali.
- Definizione del "Piano di Evoluzione dei Flussi NSIS" come strumento di programmazione degli interventi di aggiornamento e sviluppo sui sistemi informativi.

CHE COS'È L'OCSE?

L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo economico (OCSE) (in inglese *Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD*) è un'organizzazione internazionale di studi economici per i Paesi membri, Paesi sviluppati aventi in comune un sistema di governo di tipo democratico e un'economia di mercato. L'organizzazione svolge prevalentemente un ruolo di assemblea consultiva che consente un'occasione di confronto delle esperienze politiche, per la risoluzione dei problemi comuni, l'identificazione di pratiche commerciali e il coordinamento delle politiche locali e internazionali dei Paesi membri. L'OCSE conta 34 Paesi membri e ha sede a Parigi.

GLI ESPERTI/2

Attenzione alle false promesse Non servono **pillole** ma volontà

Ci sono soltanto due strumenti: dieta ed esercizio fisico che spesso sono vissuti come imposizione. E molti lasciano

I rischi del sovrappeso ormai li conoscono tutti, l'«indice di massa corporea» è diventato un calcolo di routine, nel mondo si portano avanti campagne e battaglie, dalle tasse sulle bevande gassate all'indicazione delle calorie sui menu, dalla campagna «Let's move» di Michelle Obama (giunta al quinto anno) alla proposta dei Tory di cancellare i benefici del welfare per gli obesi che non si impegnino a perdere peso (subito ritirata). Perché allora sovrappeso e obesità sono così difficili da combattere? «Primo, per motivi culturali - spiega Michele Carruba, direttore del Centro di studio e ricerca sull'obesità dell'università di Milano - . La storia dell'obesità è comunque recente. E all'inizio non era considerato un vero problema, una questione più estetica che medica». Così la ricerca è partita tardi, «negli Ottanta avevamo prodotto una decina di studi, alla pari con l'America». Col passare degli anni però si capisce che invece il problema è medico e pure molto serio: «Negli anni Novanta le ricerche negli Usa erano già seimila, fra il 2000 e il 2010 sono state trentamila». E l'Italia? «Siamo terzi per produzione scientifica, dopo Usa e Gran Bretagna».

Ma l'obesità è difficile da fermare anche per un altro motivo: «A differenza che per le altre patologie, non esiste una pillola per risolverla. E l'approccio terapeutico coinvolge non solo il medico, ma anche la capacità e la volontà del paziente di capire e darsi da fare». Sui farmaci anti obesità Silvio Garattini, farmacologo e direttore dell'Istituto Mario Negri (l'ultimo libro è *Fa bene o fa male?*, Sperling & Kupfer) è molto chiaro: «Non ci sono farmaci che agiscano sull'obesità, è inutile illudersi che prendendo una pillola si possa controllare il peso. Esistono dei prodotti, ma o sono senza base scientifica, o sono pericolosi». E anche in futuro «è difficile intravedere un farmaco» anti grasso perché «dovrebbe agire forzando il metabolismo e, alla lunga, diventerebbe tossico». Quindi restano solo due strumenti: «Dieta ed esercizio fisico, che però - conclude Carruba - spesso sono vissuti come un'imposizione». Risultato: «L'aderenza alla terapia è bassa e si finisce per curare le malattie correlate, perché è più facile prendere una pastiglia». Con i costi e le conseguenze del caso.

EB



EMERGENZA SALUTE

Ogni anno 28 miliardi di euro
Ecco quanto pesano gli **obesi**
(sulle casse dello Stato)

Eleonora Barbieri

■ Un italiano su tre ha problemi con la bilancia. E pesa sulle tasche di tutti. Un'emergenza con tanti miti da sfatare.

alle pagine **14-15**

ALLARME SOCIALE

Quanto pesano gli **obesi** (sulle nostre tasche)

Un italiano su tre ha problemi con la bilancia: in totale sono 17 milioni e costano 28 miliardi l'anno. I più colpiti? Gli uomini

Il fenomeno non è mai stato così diffuso. Basterebbe dimagrire di 5-10 chili per risparmiare l'80% delle spese

di **Eleonora Barbieri**

È un mondo sempre più tondo. Grasso, obesità, sovrappeso: se ne parla sempre, se ne parla tanto, ma la realtà è che negli ultimi trent'anni non c'è un Paese che sia riuscito ad arginare il fenomeno. E ormai il numero di persone con problemi di peso ha raggiunto il trenta per cento della popolazione mondiale, due miliardi e cento milioni di individui, in pratica un abitante della terra su tre. Cifre da «epidemia», come ormai la definiscono gli esperti. Nel 1980 erano 857 milioni le persone in sovrappeso o obese, oggi sono 671 milioni soltanto gli obesi e oltre la metà di essi - spiega uno studio pubblicato da *Lancet* - è concentrata in dieci Paesi, cioè Stati Uniti (leader con il 13 per cento del totale), Cina e India (che insieme arrivano al 15 per cento) e poi Russia, Brasile, Messico, Egitto, Germania, Pakistan, Indonesia. Nessuno è immune: due

terzi degli obesi vive nel Sud del mondo, in molti Paesi in via di sviluppo si è passati direttamente dalla malnutrizione, soprattutto infantile, al sovrappeso.

IL PREZZO DEL GRASSO

Il fatto è che il grasso ha un prezzo. Non è un problema soltanto estetico: è anche una questione di costi. Sociali, umani, sanitari. I chili di troppo diventano «fattori di rischio» per una serie di malattie e, di conseguenza, voci di spesa per il singolo cittadino e per il welfare. Anche qui, cifre pesanti. L'obesità costa duemila miliardi l'anno, più

dell'alcolismo, per dire, più dell'inquinamento, molto di più degli incidenti stradali o della malnutrizione o delle pessime condizioni igienico-sanitarie. L'obesità vale quanto il 2,8 per cento del Pil globale ed è - secondo un'analisi condotta da McKinsey - il terzo fardello sociale del pianeta. Ci costano di più soltanto il fumo (2.100 miliardi) e il mix di armi, guerre e terrorismo. Il peso sulla spesa sanitaria nazionale è in media fra il due e il sette per cento, ma sale al venti per cento se si considerano anche le malattie collegate. Il problema è proprio questo, che l'obesità predispone a



ipertensione, malattie cardiovascolari, problemi ortopedici, tumori, diabete (quello di tipo due o metabolico, dovuto all'eccesso di zuccheri ingeriti). Patologie spesso croniche, che necessitano di farmaci, cure costanti e costose. E poi ci sono i costi indiretti dell'obesità: le giornate di lavoro perse per visite mediche e malattie, la minore produttività, gli stipendi mediamente inferiori, la perdita del lavoro e la difficoltà a trovarne un altro (le possibilità scendono in media del 20-30%), oltre ai costi per le diete, l'assicurazione sanitaria, l'alimentazione e la morte prematura.

BIMBIA RISCHIO

Se le stime per i costi indiretti sono difficili, per quanto riguarda quelli diretti il Centro di studio e ricerca sull'obesità dell'università di Milano, diretto da anni dal farmacologo e nutrizionista Michele Carruba, ha condotto un'analisi precisa per il nostro Paese. In Italia obesità e sovrappeso costano ogni anno 28,2 miliardi di euro. Di questi, 19 miliardi (il 67%) sono a carico del Servizio sanitario nazionale. Come si arriva a quei 28 miliardi? Una persona in sovrappeso (cioè con un indice di massa corporea fra 25 e 29,9) costa 984 euro l'anno, una obesa (con indice fra 30 e 39,9) ne costa 2.136, una gravemente obesa (con indice superiore a 40) 2.796. «Ma gli italiani in sovrappeso sono tanti, 17 milioni e mezzo, il 35 per cento della popolazione - spiega Carruba - e quindi in totale costano 17,2 miliardi l'anno, di cui 10 in carico al Sistema sanitario. Di fatto la grande massa in sovrappeso costa allo Stato più dell'obeso, che pure, singolarmente preso, costa più del doppio». Visti da questa prospettiva, i chili di troppo non so-

no così innocenti. L'obesità costa poi 9,6 miliardi, mentre per l'obesità grave se ne spendono 1,4: in totale undici miliardi di euro l'anno che però, secondo le previsioni, sono destinati ad aumentare del 43 per cento entro il 2025, arrivando a 15,7 miliardi. Una cifra che sottintende un altro problema: l'obesità infantile che, nei prossimi dieci anni, potrebbe crescere del 205%.

I 28,2 miliardi di euro sono composti «in gran parte dalle spese per l'ospedalizzazione - spiega Carruba - che coprono il 64 per cento del totale»; poi ci sono quelle per gli esami e la diagnostica (12%), i farmaci (7%), le visite (6%). Il fatto è che le malattie legate all'obesità portano in ospedale più spesso e più a lungo: «Si pensi che in media il venti per cento dei pazienti sono ricoverati a causa del diabete» spiega Gabriele Riccardi, professore di Endocrinologia e Malattie del metabolismo all'università Federico II di Napoli ed esperto della Fondazione Barilla Center for Food and Nutrition. Questo vuol dire che «sono ricoverati quattro volte di più della media», e non solo: «Quando è in ospedale, un paziente col diabete ci rimane in media il 20 per cento del tempo in più, perché necessita di cure e controlli maggiori». A casa, poi, chi soffre di diabete metabolico «è costretto a prendere due o tre farmaci al giorno - prosegue Riccardi -. Se poi ha anche la pressione alta, oltre due pastiglie; poi una per il colesterolo; e, se ha una malattia cardiovascolare, anche un antiaggregante, oltre a dover controllare la glicemia». Il risultato è che «un obeso costa in media il 20-40 per cento in più al sistema sanitario».

Ma un obeso è per forza condannato a sviluppare tutte queste ma-

lattie? «Esistono anche degli obesi sani - spiega Gigliola Braga, biologa nutrizionista e autrice di *La zona è donna* (Sperling & Kupfer) - però ce ne sono pochi, e l'epidemiologia dice che è solo questione di tempo». Più sono i chili in eccesso, più il rischio è alto.

CURARSI CON I NUMERI

E non guarda troppo in faccia al sesso: «In Italia gli uomini adulti obesi sono il 9,1%, la stessa percentuale delle donne, anche se il sovrappeso riguarda più gli uomini, il 41 per cento, mentre le donne sono il 25 per cento» spiega Carruba. Ma le cifre (e le spese) sono destinate ad aumentare: secondo lo studio McKinsey la percentuale di persone in sovrappeso potrebbe salire dal 30 al 40 per cento entro il 2030. «È un fenomeno allarmante, non è mai stato così diffuso nella storia dell'umanità - spiega Riccardi -. Negli Stati Uniti un adulto su tre è obeso, in Italia lo è uno su cinque: è una epidemia, un problema non dei singoli ma della società». Per gli esperti, l'unica strada è la prevenzione: «È il rimedio più efficace e meno costoso» dice Riccardi. Lo stile di vita, abitudini alimentari ed esercizio fisico insieme, è quello che può invertire la rotta: «Prevenire l'obesità significa abbattere non solo i costi ma anche le patologie collegate - conclude Carruba -. Può sembrare un'impresa, ma in realtà basta un calo di peso modesto, fra cinque e dieci chili, per risparmiare in media l'80 per cento delle spese in farmaci contro il diabete e l'ipertensione».

I COSTI MONDIALI DELLE 14 EMERGENZE





L'EGO

IL VADEMECUM

Vero 

Falso 

Esistono obesi «sani» 

Vero

Ma i fattori di rischio sono così elevati, che la probabilità di sviluppare una patologia correlata è in genere solo questione di tempo

Nei paesi poveri non ci sono problemi di obesità 

Falso

In molti paesi si è passati dalla malnutrizione al sovrappeso soprattutto nei bambini, a causa di alimenti troppo energetici o del «cibo spazzatura»

Le proteine sono pericolose 

Falso

Le proteine (per esempio quelle della carne) sono rischiose per peso e salute se consumate in dosi eccessive, ma sono necessarie all'organismo

Sono più in sovrappeso le donne 

Falso

Nei paesi in via di sviluppo sono le donne quelle più in sovrappeso, ma nei paesi ricchi più gli uomini

Gli zuccheri sono nemici del giusto peso 

Vero

Dolci, bibite gassate (e alcoliche), carboidrati in eccesso sono da evitare o ridurre se si vuole evitare il rischio del sovrappeso

Frutta e verdura sono fondamentali 

Vero

Contengono gli elementi nutritivi fondamentali e anche i polifenoli, che hanno una importante funzione anti infiammatoria

L'Italia si salva grazie alla dieta mediterranea 

Vero

Ma solo per gli adulti. I giovani e i bambini si allontanano sempre di più dalla cultura mediterranea e in queste fasce questi fenomeni sono ormai allarmanti

I grassi sono proibiti 

Falso

Sono da evitare quelli di origine animale, ma l'olio extravergine di oliva è concesso

L'obesità è una malattia 

Falso

Però è una condizione che porta più facilmente a molte malattie come ipertensione, diabete, tumori, problemi cardiovascolari

Bisogna perdere troppi chili per avere benefici sulla salute 

Falso

Basta un calo di 5-10 chili per ottenere effetti positivi e risparmiare anche sui farmaci

Un bambino in sovrappeso dimagrirà da grande 

Falso

80%

è la probabilità di rimanere in sovrappeso anche da adulto

L'EGO

Stenosi aortica in pazienti ad alto rischio: a 5 anni outcome uguali per TAVI e chirurgia standard



22 marzo 2015

Una serie di dati raccolti in 5 anni inducono a ritenere che la valvola cardiaca transcaterete SAPIEN costituisca un'opzione praticabile per i pazienti con grave stenosi aortica considerata ad alto rischio per la chirurgia a cuore aperto. Lo dimostrano i risultati dello studio PARTNER, presentati alla 64ma edizione dell'American College of Cardiology a San Diego. E questo nonostante il leakage (distacco paravalvolare con passaggio di sangue) della protesi sia risultato più frequente con la valvola di prima generazione valutata in questo studio rispetto alla chirurgia.

«Quando il blocco di una valvola aortica diventa grave, la sostituzione è l'unica vera possibilità di trattamento, ma molte persone anziane e fragili non sono eligibili per la chirurgia a cuore aperto al fine di posizionare una nuova valvola» ha ricordato Michael Mack, direttore del centro per le malattie cardiovascolari al Baylor Scott and White Health di Dallas, primo autore della ricerca.

Nel trial PARTNER sono stati randomizzati 699 pazienti ad alto rischio alla sostituzione della valvola mediante chirurgia standard o tramite approccio transcaterete, noto come TAVR (Transcatheter aortic valve replacement) o TAVI (Trans Aortic Valve Implant), una procedura meno invasiva in cui si utilizza un telaio metallico contenente una minuscola valvola biologica di origine bovina che viene fatta espandere mediante un palloncino dopo il posizionamento nella valvola di destinazione.

Il dato sorprendente, secondo Mack e collaboratori, è che «non ci sono state sorprese». In altre termini «i risultati a 5 anni confermano quelli ottenuti in precedenza, ossia che gli outcome sono equivalenti in pazienti chirurgici ad alto rischio indipendentemente dal fatto che siano stati sottoposti a un intervento chirurgico oppure con TAVI. Con quest'ultima tecnica cardiointerventistica, in particolare, «non si sono rilevati segni di deterioramento strutturale della valvola né di perdita di funzione valvolare».

A 5 anni anche i tassi di mortalità e ictus sono risultati statisticamente gli stessi in entrambi i gruppi. Il 67,8% dei pazienti sottoposti a TAVI e il 62,4% di quelli operati a cuore aperto sono deceduti, valori corrispondenti a una sopravvivenza mediana di 44,5 mesi con TAVI e di 40,6 mesi con chirurgia standard. Per quanto riguarda

l'ictus il tasso si è attestato al 15,9% nei pazienti TAVI e al 14,7% nei soggetti sottoposti a chirurgia. Sono risultati gli stessi in entrambi i gruppi pure i tassi di riospedalizzazione e gli outcome funzionali.

«Si possono osservare i risultati di questo trial e sostenere che, non essendoci differenza tra i due bracci di trattamento non c'è alcuna novità» commenta Mack. «In realtà, proprio qui sta il messaggio principale dello studio: con una terapia nuova, utilizzando un dispositivo di prima generazione - che rappresenta la maggior parte dell'esperienza dei centri di sperimentazione clinica - gli outcome sono risultati praticamente identici a quelli degli standard di cura utilizzati negli ultimi 50 anni».

Le valvole transcateretere non si sono avvicinate al basso tasso di perdita ematica attorno alla valvola (il leakage, appunto) che può essere ottenuto da un'operazione a cuore aperto. In linea con i risultati di precedenti studi, il tasso di moderata o grave perdita attorno alla valvola è rimasto significativamente più alto per il gruppo TAVI (14% con TAVI vs 2,1% con la chirurgia standard) e a 5 anni il tasso di perdita ancora più elevato ha portato a un aumento dei decessi con un tasso di mortalità nei pazienti con leakage superiore del 9% rispetto ai pazienti che non hanno avuto una perdita significativa.

La valvola di prima generazione utilizzata in questo trial peraltro è già stata sostituita da un dispositivo SAPIEN di seconda generazione - già approvato negli Stati Uniti dall'FDA per i pazienti inoperabili e ad alto rischio - mentre una valvola di terza generazione è stata progettata specificamente per ridurre il fenomeno del leakage. Attraverso l'analisi dei dati sono state identificate diverse indicazioni e precauzioni per entrambe le procedure. Le malattie renali, per esempio, hanno costituito un problema significativo con la TAVI ma non per l'intervento chirurgico; un elevato punteggio di rischio i criteri della Society of Thoracic Surgeons, indicativo del fatto che il paziente è malato al momento del trattamento, ha rappresentato un fattore predittivo di exitus nel gruppo chirurgico; la malattia epatica, infine, è risultata un fattore di rischio significativo in entrambi i gruppi.

I pazienti sottoposti a TAVI saranno seguiti ogni anno per tutta la vita nell'apposito registro delle terapie transcateretere della Society of Thoracic Surgeons e dell'American College of Cardiology mentre i pazienti sottoposti a chirurgia non verranno seguiti oltre i 5 anni.

A.Z.

[chiudi questa finestra]

Il morbillo uccide più di incidenti e Aids I genitori temono gli effetti del vaccino

ROMA — Uno dei principali luoghi comuni sul morbillo è che «è una malattia poco grave», ma recenti fatti di cronaca come quello del bimbo morto a Berlino hanno dimostrato che non è così. A far capire però quanto la malattia uccida ci ha pensato un'elaborazione del Washington Post, che ha estratto dai dati del Global Burden of Diseases pubblicato da Lancet quelli relativi alla mortalità infantile. Dall'elaborazione si scopre che, tra i bambini di cinque anni, il morbillo fa più vittime dell'Hive degli incidenti stradali. Oltre 82 mila morti, concentrati nei Paesi in via di sviluppo e non solo, dal momento che alcuni Paesi occidentali hanno abbassato la guardia sulle vaccinazioni. Secondo l'elaborazione il morbillo è la settima causa di morte globale sotto i cinque anni, preceduta solo da infezioni respiratorie, malaria, diarrea, carenze nutrizionali, difetti congeniti e meningite. I bambini sotto i 5 anni contano la metà dei morti totali per questa malattia, che in alcune aree del mondo raggiunge il 10% di mortalità.

«I numeri parlano chiaro, il morbillo può avere conseguenze gravissime — afferma Alberto Villani, vicepresidente della società italiana di Pediatria — È vero che la maggior parte dei bambini quando lo prende non sviluppa effetti gravi, ma non si può svantaggiare chi è più debole, e ha magari qualche problema che lo rende vulnerabile. È importante che tutti si proteggano, e che anche i pediatri contribuiscano a sensibilizzare le famiglie».

Proprio dalle famiglie, ha confermato uno studio dell'università del Colorado pubblicato da Pediatrics, parte spesso l'impulso a non vaccinare.



La vaccinazione di un bambino



segui [quotidianosanita.it](#) [Tweet](#) [stampa](#)


La demenza scritta nei geni

Un nuovo servizio di counselling genetico attivato presso il Fatebenefratelli di Brescia consente di valutare la suscettibilità individuale alle forme ereditarie di Alzheimer e di demenza fronto-temporale. Le mutazioni del gene della progranulina sono responsabili di un terzo delle demenze familiari in territorio bresciano.



22 MAR - L'IRCCS Fatebenefratelli di Brescia ha attivato un nuovo servizio, consistente in una consulenza genetica per valutare il rischio individuale di suscettibilità alle demenze ereditarie.

Nella maggior parte dei casi, spiegano gli esperti del centro, le demenze si manifestano nelle persone anziane in maniera sporadica, ma in alcuni casi ricorrono su base ereditaria o familiare e più persone all'interno della stessa famiglia presentano questi disturbi. Succede ad esempio nel 5% dei casi di Alzheimer e nel 30-40% delle demenze fronto-temporali.

Le forme ereditarie hanno in genere un'età di comparsa più precoce e una più rapida evoluzione della malattia, rispetto alle forme sporadiche e sono dovute ad alterazioni genetiche.

Al momento sono stati individuati tre geni che, quando presenti in forma mutata, possono determinare le forme di Alzheimer familiari; si tratta del gene per la proteina precursore dell'amiloide (APP) e dei geni codificanti per la presenilina 1 (PSEN1) e presenilina 2 (PSEN2).

Responsabili invece della maggior parte delle forme di demenza fronto-temporale familiare sono le mutazioni a carico dei geni che codificano per tau (MAPT), progranulina (GRN) e C9ORF72.

“Questi test – afferma **Luisa Benussi**, ricercatrice senior del Laboratorio Marcatori Molecolari – rappresentano un'opportunità importante. In un'epoca nella quale il controllo di tali malattie si realizza ancora prevalentemente attraverso la diagnosi e la prevenzione, le analisi genetiche rappresentano uno strumento di largo interesse e di supporto all'attività clinica e, per molti pazienti e per i loro familiari, un elemento di riferimento nelle scelte di vita e nell'acquisizione di informazioni di potenziale interesse prognostico/terapeutico.

Le ricerche condotte negli scorsi anni nell'ambito delle malattie neurodegenerative, ed in particolare per la malattia di Alzheimer e la demenza fronto-temporale, hanno permesso il riconoscimento di geni che, quando presenti in forma mutata, risultano essere responsabili di

decadimento cognitivo trasmesso con ereditarietà di tipo autosomico dominante.

Test molecolari sono oggi disponibili per tali forme e sono stati inseriti nei più recenti criteri diagnostici. La diagnosi di demenza familiare si basa su un'accurata valutazione clinica e su un'approfondita anamnesi familiare: entrambe hanno un ruolo primario nel percorso diagnostico e possono essere completate con l'esecuzione di test genetici”.

Gli studi condotti dall'Università di Brescia hanno inoltre consentito di individuare nelle alterazioni del gene che codifica la progranulina, la principale causa di demenza fronto-temporale nel territorio bresciano. Queste alterazioni sono presenti infatti in un paziente su tre dei pazienti con forme familiari di demenza.

“Proprio nel nostro territorio – spiega la dottoressa **Roberta Ghidoni**, vicedirettore scientifico dell'IRCCS Fatebenefratelli e responsabile del Laboratorio Marcatori Molecolari - è stata identificata una delle mutazioni più comuni al mondo in tale gene.

Per i casi familiari di demenza, è quindi possibile analizzare l'eventuale presenza di alterazioni dell'assetto genetico; vista l'elevata frequenza di mutazioni in GRN nel territorio bresciano, questo si impone come il primo gene candidato per la ricerca di alterazioni genetiche nell'analisi condotta presso il nostro centro.

Questi test genetici possono essere effettuati sul paziente affetto, consentendo una migliore definizione della diagnosi della malattia (test diagnostico) o possono essere effettuati su persone che, pur non presentando i sintomi della malattia, sono a rischio genetico poiché un loro familiare di primo grado è portatore di un'alterazione genetica (test pre-sintomatico). La presenza di mutazioni in uno dei geni associati alle forme familiari di demenza indica che la persona potrà sviluppare con un'elevata probabilità la malattia, anche se con quadri clinici variabili».

Restano ovviamente in primo piano e non completamente risolte le implicazioni etiche inerenti ad un esame di questo tipo. In particolare vanno considerati il possibile impatto psicologico, le conseguenze in ambito lavorativo ed assicurativo, gli aspetti legali e la comprensione dei risultati del test. E' dunque necessario

porre in atto particolari precauzioni e procedure sia nell'offerta del test, che nella comunicazione dei suoi risultati.

Non è possibile infatti lasciare il soggetto che è stato sottoposto al test da solo, di fronte ai risultati; è indispensabile cioè inscrivere il test molecolare, all'interno di un *counselling* genetico completo.

"Risale al 1975 – spiega la dottoressa Benussi - la definizione di consulenza genetica (*Ad hoc Committee on Genetic Counseling*, 1975) come 'processo di comunicazione che concerne i problemi umani legati all'occorrenza, o al rischio di ricorrenza, di una patologia genetica in una famiglia'. Presso l'IRCCS di Brescia è in corso da alcuni anni un'attività di studio e ricerca preliminare all'attivazione di un servizio di consulenza genetica per pazienti affetti da demenze a carattere ereditario ed i loro familiari.

Un primo studio, condotto grazie ad un finanziamento del Ministero della Salute (progetto Ministeriale RF1/02 Conv. 194 Progetto "Consulenza genetica per le demenze ereditarie: Progetto pilota per la strutturazione di un servizio di Counselling genetico" coordinato dal Dr Giuliano Binetti dell'IRCCS Fatebenefratelli di Brescia), ha rilevato che l'intenzione a sottoporsi ad un test genetico in soggetti italiani, familiari di pazienti affetti da demenza, è molto più elevata rispetto alla popolazione americana e olandese. Il fatto che gli intervistati italiani esprimano un'intenzione ugualmente elevata (oltre il 70%) in ogni scenario proposto, indipendentemente dall'accuratezza del test o dalla disponibilità di una cura, ci ha fatto presupporre che i partecipanti avessero una scarsa capacità critica nel giudicare le possibili implicazioni dei diversi scenari.

Inoltre i familiari italiani hanno dimostrato una scarsa conoscenza della malattia ed una bassa percezione del rischio di malattia".

Per rispondere a questo bisogno emergente è stato dunque costituito a Brescia un gruppo multidisciplinare di studio e lavoro composto da genetisti medici, neurologo, biologo specializzato, psichiatra, psicologo ed è stato strutturato un protocollo di consulenza genetica. L'équipe di consulenza genetica dell'IRCCS incontra periodicamente le famiglie valutate a rischio di una demenza di tipo familiare, che facciano esplicita richiesta di consulenza genetica. Ad oggi sono entrate nel percorso di consulenza genetica oltre 140 famiglie e più di 200 pazienti.

Infine, uno studio condotto dai ricercatori dell'IRCCS Fatebenefratelli di Brescia, in collaborazione con la Mayo Clinic di Jacksonville, Florida e l'Istituto Max-Planck di Monaco di Baviera ha consentito anche di 'datare' l'origine di questa specifica mutazione della GNR che insiste nel territorio bresciano, collocandola temporalmente o ai tempi di Canossa, cioè a cavallo dell'anno 1000 oppure al tempo di Moretto da Brescia, cioè intorno alla prima metà del '500.

Maria Rita Montebelli

22 marzo 2015

© Riproduzione riservata

Altri articoli in Scienza e Farmaci



Pillola "5 giorni dopo". Garattini: "Il Css ha sbagliato. Ecco perché ho votato contro quel parere"



Asma e bronchite. Da Gsk nuova combinazione farmacologica in monosomministrazione giornaliera



Giornata Mondiale Sindrome Down. L'accesso all'assistenza uguale per tutti è la chiave



Aids, tubercolosi e malaria. L'Italia torna a contribuire al Global Fund: stanziati 100 mln per il triennio 2014-16



Emilia Romagna. Farindustria presenta settore Conto Terzi. Sul territorio imprese da 160 milioni di fatturato e 800 addetti



Pillola "5 giorni dopo" e obbligo di prescrizione. Dopo il parere del Css la palla passa all'Aifa. Ma i margini di autonomia rispetto alle decisioni europee sono molto ristretti. A meno che...

OSnewsletter

ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER

Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

🔍 Biotech

Investire in biotecnologie vuol dire investire nel futuro. Non solo per guadagnare, ma anche per dare una mano al progresso sociale e clinico. La sperimentazione, infatti, sta portando alla scoperta di terapie rivoluzionarie per la cura di malattie rare, riuscendo così a salvare vite che, finora erano senza speranze. I buoni risultati ottenuti, hanno dato maggiore impulso alla ricerca e per il prossimo futuro si attendono altri buoni frutti. «Ci aspettiamo altri farmaci innovativi — spiega Stefano Reali, gestore azionario di Pharos Sicav che punta sulle biotecnologie — e un incremento dell'attività di merger and acquisition (M&A), che è una delle caratteristiche fondamentali del settore». Solo nell'ultimo anno sono state fatte acquisizioni per un controvalore di circa 300 miliardi e l'attività continua a ritmo sostenuto. L'altro trend in forte crescita sono le partnership. Sulle opportunità d'investimento nel settore biotech, se ne parlerà al Salone del Risparmio, il 26 marzo.

P. PU.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

