

quotidiano**sanità**.it

Martedì 17 DICEMBRE 2013

Personale Ssn. Conto annuale 2012. In cinque anni quasi 9.000 in meno. Ma la spesa aumenta

In tutto 673.335 operatori dipendenti (65% donne), più 33.322 flessibili. Il calo dal 2007 è stato dell'1,3%. La spesa nel 2012 è stata di 40,131 miliardi (+2,8% rispetto al 2007). Retribuzione media 38.781 euro. Ecco i dati del rapporto del Mef. [LA SINTESI](#).

Sono 673.335 (234.879 uomini e 438.456 donne) gli operatori con rapporto di lavoro dipendente del Servizio sanitario nazionale registrati nel Conto annuale 2012 del Ministero dell'Economia. L'1,3% in meno rispetto al 2007, pari a 8.862 unità di personale in meno. Da registrare che la riduzione media dell'intera PA nello stesso periodo (2007/2012) è stata però del 5,6%.

A questi si aggiungono 33.322 operatori che nel 2012 risultano avere un rapporto di lavoro flessibile con il Ssn. Va detto che dal 2007 al 2012 sono stati comunque stabilizzati 24.508 contratti flessibili di varia natura nel comparto del Ssn.

Per il SSN sono rilevate tutte le ASL (aziende sanitarie locali), le aziende ospedaliere, gli IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) e i Policlinici nonché gli ESTAV (Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta).

Non in tutti i comparti della PA c'è lo stesso ricorso al tempo determinato né si registra lo stesso andamento. Si può anzi dire che nel 2012 in due comparti, quello delle Regioni ed autonomie locali e quello del SSN, sono concentrati i due terzi delle unità annue di tempo determinato, equamente suddivise. Entrambi i comparti presentano dei valori in forte calo in tutto il periodo; per gli enti locali si sono registrate forti oscillazioni nel tasso di riduzione che tuttavia hanno portato nel sesto anno ad un minor ricorso al tempo determinato o alla formazione lavoro per circa il 40% rispetto al 2007. Negli enti del SSN la riduzione è stata più graduale ma ha comunque portato ad un minor utilizzo di queste forme di lavoro flessibile per circa il 25% rispetto agli anni iniziali del periodo considerato.

L'aggregazione dei dati di spesa per l'intero pubblico impiego - avverte il Mef - contiene una forzatura metodologica poiché tutti i comparti effettuano la rilevazione con il criterio della cassa, dichiarando cioè le spese effettivamente sostenute nell'anno di rilevazione, mentre il solo comparto della Sanità effettua la rilevazione con il criterio della competenza economica, ossia rilevando il costo di competenza di ciascun esercizio indipendentemente dal momento di effettiva manifestazione dell'esborso di cassa.

Detto questo la sanità copre il 25,02% del totale della spesa per un totale complessivo (tra dipendenti e flessibili) di 40,131 miliardi di euro nel 2012 con un incremento del 2,8% rispetto al 2007.

Come era stato facile prevedere fin dallo scorso anno - rileva il Mef - nel 2012 la spesa per il personale della Sanità ha superato per la prima volta quello della Scuola (40,020 miliardi), per anni in vetta alla classifica generale, che ha però 340 mila unità di personale in più. Ma tale superamento - scrive ancora il Mef - non va ricercato nell'incremento della spesa per il personale della sanità ma nella

marcata riduzione di quella della Scuola, operata con le manovre che si sono succedute nel corso degli ultimi anni che hanno prodotto nei soli esercizi 2011 e 2012 una riduzione di circa 3,2 miliardi di euro e di circa 30.000 unità.

La retribuzione media del personale sanitario dipendente risulta essere di 38.781 euro. I valori sono espressi al lordo dipendente e sono al netto delle competenze fisse ed accessorie relative ad anni precedenti (arretrati) e comprendono: stipendio, retribuzione di anzianità, 13^a mensilità, indennità integrativa speciale, indennità fisse, compenso per lavoro straordinario, remunerazione della produttività ed altre competenze accessorie. Non sono comprese le voci non aventi carattere direttamente retributivo quali ad esempio gli assegni familiari, i buoni pasto, le coperture assicurative. Non è invece compresa l'indennità di esclusività percepita dai medici e dagli altri dirigenti del ruolo sanitario.

IV LIBRO BIANCO SULLA SALUTE DELLA DONNA

Italiane sempre più anziane: sono il 62% degli over 75

DI MANUELA PERRONE

Come stanno le italiane? Apparentemente bene, se ci si limita a prendere atto del solito dato sulla maggiore longevità femminile. Ma a uno sguardo più approfondito non sono tutte rose e fiori: il gap di sopravvivenza rimane, ma mentre il dato femminile è stabile gli uomini stanno recuperando velocemente. Le donne sono la maggioranza tra gli anziani e il 62,1% degli over 75, quelli più sofferenti a causa di disabilità, polimorbilità e non autosufficienza. Sono la maggior parte dei vecchi che vivono soli e che sono a più elevato rischio di povertà. Continuano a fare pochi figli (in media 1,39 a testa), con un tasso di fecondità inferiore a quello che garantirebbe il ricambio generazionale. Praticano meno sport degli uomini. Si ricoverano di più, anche se di poco, e assumono più farmaci. Si ammalano di più, rispetto al passato, di tumori maligni. Tutto questo in un quadro di fortissimi squilibri geografici e di una medicina scarsamente gender oriented: disuguaglianze che si sommano a disuguaglianze.

La IV edizione del Libro bianco sulla salute della donna, realizzato dall'osservatorio Onda grazie al contributo di **Farmindustria** e presentato a Roma il 10 dicembre, è foriera di spunti e riflessioni. Se non altro perché tenta di tracciare una fotografia del benessere delle italiane sulla base delle informazioni

disponibili disaggregate per genere (ancora poche, a dire il vero).

La buona notizia è che l'aspettativa di vita delle donne aumenta, seppur di poco: nel 2011 era in media di 84,5 anni contro i 79,4 degli uomini. «Dal volume - spiega **Walter Ricciardi**, direttore del Dipartimento di sanità pubblica dell'Università Cattolica di Roma - emerge una condizione di benessere fisico complessivamente buona della popolazione femminile, ma anche l'urgenza sia di promuovere campagne preventive più mirate e politiche sociosanitarie in grado di assicurare il mantenimento e il miglioramento delle generali condizioni di salute, sia di favorire l'adeguamento dell'offerta di servizi, spesso insufficienti e poco rispondenti alle esigenze degli utenti».

L'approccio di genere consente di focalizzare i bisogni e programmare meglio, un obiettivo prezioso soprattutto in tempi di crisi e di austerità. Non a caso un paragrafo è interamente dedicato a dimostrare come un orientamento di genere in medicina porti un risparmio per le casse del Ssn. Perché permette la valutazione delle differenze di outcome terapeutici tra uomo e donna diminuendo gli errori nelle prescrizioni (tanti ricoveri nelle donne sono dovuti a reazioni avverse o errori di dosaggio). Perché aumenta la sicurezza dei trattamenti. Perché garantisce appropriatezza terapeutica, oltre ad avere un impatto

positivo sui fattori socioeconomici e culturali.

«Negli approfondimenti - sottolinea **Francesca Merzagora**, presidente di Onda - sono state scelte tematiche di rilevanza clinico-epidemiologica e socio-economica tra cui le malattie a trasmissione sessuale, in preoccupante aumento; la sclerosi multipla, patologia tipicamente femminile a elevato impatto invalidante; il dolore cronico che nelle donne presenta peculiarità cliniche e terapeutiche; la salute materno-infantile, con riferimento alla depressione perinatale e alla riorganizzazione dei punti nascita, su cui c'è ancora molto da fare».

Dopo anni di disattenzione alle differenze e di appiattimento sugli standard maschili, in particolare nei trial, l'industria del farmaco ha capito il valore aggiunto della medicina di genere ed è sempre più impegnata per favorirla. «Nel mondo oggi si contano più di 850 farmaci in sviluppo per le malattie che colpiscono le donne», riferisce **Massimo Scaccabarozzi**, presidente di Farmindustria. «Anche in Italia cresce il numero degli studi clinici che coinvolgono solo donne, la maggior parte dei quali (oltre il 64%) nell'area oncologica».

Gli esperti, insomma, concordano: la salute in un'ottica di genere è un territorio che va esplorato con decisione. Se non fosse per una questione di equità, almeno per convenienza.

Speranza di vita alla nascita (anni)

	Anno 2007	
	Maschi	Femmine
Maschi	Anno 2007	78,7
	Anno 2008	78,8
	Anno 2009	79,0
	Anno 2010 *	79,1
	Anno 2011 *	79,4
Femmine	Anno 2007	84,0
	Anno 2008	84,1
	Anno 2009	84,1
	Anno 2010 *	84,3
	Anno 2011 *	84,5

Fonte: rapporto Osservasalute 2012

Tasso di consumo di farmaci (x 100) (fonte: Istat. Health for all-Italia, dicembre 2012)

Regioni	Maschi	Femmine	Totale	Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	35,18	42,78	39,09	Marche	35,06	42,26	38,76
V. d'Aosta	33,21	42,91	38,16	Lazio	34,54	44,07	39,49
Lombardia	34,94	46,76	40,97	Abruzzo	33,06	42,21	37,77
Bolzano	30,49	36,76	33,66	Molise	36,51	42,37	39,52
Trento	33,90	43,45	38,77	Campania	28,25	33,48	30,94
Veneto	38,37	46,66	42,59	Puglia	29,14	37,32	33,35
Friuli V.G.	40,08	47,25	43,78	Basilicata	34,06	43,44	38,85
Liguria	38,22	45,28	41,92	Calabria	33,56	41,77	37,77
Emilia R.	40,32	46,88	43,69	Sicilia	29,76	36,65	33,32
Toscana	36,17	48,06	42,33	Sardegna	35,11	46,42	40,87
Umbria	38,50	46,37	42,58	Italia	34,31	42,92	38,74

Martedì 17 DICEMBRE 2013

Dispositivi medici. Dal Ministero della Salute il primo rapporto nazionale sulla spesa del Ssn

In Italia, il settore rappresenta lo 0,7% del Pil. Il numero di occupati è cresciuto, tra il 2003 e il 2009, a un tasso medio annuo del 7,1%, rispetto all'1,4% dell'economia italiana, il fatturato è cresciuto dell'11,3%, rispetto al 2,1% dell'economia italiana. Marletta: "Lavoro utile per governance del sistema e per avviare benchmarking costruttivo". [IL RAPPORTO](#)

È stata presentata oggi a Roma, nel corso della VI Conferenza nazionale sui dispositivi medici, la prima edizione del [Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del Ssn per l'acquisto di dispositivi medici](#) (anno 2012). Negli ultimi anni il settore dei dispositivi medici in Italia è diventato oggetto di grande interesse da parte delle istituzioni pubbliche e, in particolare, del Ministero della salute, con l'obiettivo primario di approfondire la conoscenza di dati e informazioni circa la domanda e l'offerta di queste tecnologie nel nostro Paese.

Gli Stati Uniti d'America sono leader mondiale nella produzione e nel consumo di dispositivi. Nel 2011, il mercato statunitense era equivalente a quasi 106 miliardi di dollari (Espicom, 2012), pari al 40% del mercato mondiale, seguito dall'Europa che detiene il 25% del mercato, dal Giappone con il 17% e dal resto del mondo con circa il 15% (Advamed, 2004).

In Europa, il mercato dei dispositivi medici genera un fatturato di circa 95 miliardi di euro l'anno e impiega oltre 500.000 persone. Il 70% del fatturato totale in Europa è generato in Germania, Francia, Gran Bretagna, Italia, e Spagna (Eucomed, 2011). L'8% del fatturato globale è reinvestito in ricerca e sviluppo, equivalente a circa 7,5 miliardi di euro l'anno e, mediamente, al deposito di un brevetto ogni 38 minuti (Eucomed, 2011). In Europa, l'industria dei dispositivi medici si compone di circa 22.500 imprese. Di queste, 18.000 (circa l'80%) sono piccole-medie e micro imprese. La stessa compagine è ravvisabile nel mercato statunitense, dove il 67% delle imprese ha meno di 20 dipendenti (Advamed, 2004).

In Italia, il settore dei dispositivi medici rappresenta complessivamente lo 0,7% del Prodotto interno lordo (Pil) italiano. Caratterizzato da un alto livello di innovazione, questo settore mostra, rispetto all'economia nel suo complesso, un forte dinamismo. Ad esempio, il numero di occupati è cresciuto, tra il 2003 e il 2009, a un tasso medio annuo del 7,1%, rispetto all'1,4% dell'economia italiana e – negli stessi anni - il fatturato totale del settore è cresciuto ad un tasso medio annuo dell'11,3%, rispetto al 2,1% dell'economia italiana (Pil), anche se negli ultimi due anni il trend in crescita è stato confermato solo per i distributori e per le multinazionali italiane con produzione.

"L'Italia è oggi l'unico Paese a livello internazionale a disporre di informazioni sulla spesa per i dispositivi medici acquistati dal Ssn a tale livello di granularità", ha spiegato [nella sua presentazione Marcella Marletta](#), Direttore generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure del Ministero della Salute.

Il Ministero della Salute ha ritenuto necessario diffondere le principali informazioni ad un pubblico più ampio, costituito senz'altro da tutti i livelli di governo del Ssn e da tutti gli attori interessati alla conoscenza dei fenomeni sanitari (università, enti di ricerca, imprese). Per tale ragione, è stato

individuato il seguente obiettivo strategico per l'Anno 2013: "Miglioramento del sistema di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Ssn finalizzato anche alla condivisione e fruibilità delle informazioni a tutti gli attori del sistema stesso."

Al fine di predisporre il primo rapporto periodico per rendere disponibile in maniera continuativa i dati sull'utilizzo dei dispositivi medici è stato istituito un specifico Gruppo di Lavoro. Si è sottolineato, però, come a causa dell'incompletezza dei dati riferiti, il Rapporto ha la finalità di descrivere senza fornire interpretazioni dei dati raccolti.

"Questo lavoro avrà una sua prima utilità relativa alla governance del sistema: il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici e gli strumenti di analisi resi disponibili consentono, infatti, una lettura approfondita dei dati raccolti e la possibilità di effettuare scelte consapevoli per la governance della spesa dei dispositivi medici ai vari livelli di governo - ha spiegato Marletta - La conoscenza dei dati a livello nazionale consentirà, inoltre, di avviare sistemi di benchmarking costruttivo. Tutte le Aziende Sanitarie e le Regioni che accedono al patrimonio informativo costituito, confrontandosi anche a partire da una prima relazione descrittiva, potranno beneficiare di confronti sia intra-regionali sia interregionali, arricchendo i loro processi decisionali di acquisizione e di utilizzo di dispositivi medici con l'esperienza di tutte le strutture sanitarie nazionali. La diffusione dei dati anche al di fuori degli operatori del Sdn, infine, potrà attivare meccanismi virtuosi che creano opportunità di business per le imprese private".

"La redazione di questo primo Rapporto costituisce un passo importante verso la condivisione paritaria delle informazioni sui consumi di dispositivi medici tra le strutture pubbliche del Ssn e tutti gli altri stakeholder (istituzioni centrali, industria del settore, società scientifiche, ecc.). I dati di spesa, seppur nella loro parzialità, offrono spunti di riflessione ed elementi di autovalutazione davvero significativi - ha concluso Marletta -. L'articolazione della spesa nelle sue componenti più rappresentative consente, inoltre, di avviare un monitoraggio sistematico e raffinare gli indicatori fin qui utilizzati. L'auspicio è che le prossime edizioni del Rapporto si arricchiscano di ulteriori analisi di dettaglio e della descrizione di esperienze di autovalutazione condotte da un numero sempre crescente di Regioni".

Alla Conferenza è intervenuto anche il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** che ha ricordato come oggi vi sia la necessità "di una visione di sistema" riferendosi alla sua battaglia per evitare tagli lineari al comparto. "Certo - ha ricordato il Ministro - abbiamo la spesa più bassa rispetto alla media Ue e negli ultimi anni la sanità anche tagli lineari, ma ricordiamoci che abbiamo anche il debito pubblico più grande e un pil che non cresce".

Proprio per questo e per evitare ulteriori tagliole Lorenzin ha precisato che in ogni caso il sistema "va riformato". Ma per riformare il sistema non sono sufficienti solo le regole, per il Ministro uno dei problemi è infatti il management: **"Bisogna dire le cose come stanno. Il vero problema del Ssn sono i manager**, ovvero chi decide, non i medici, gli infermieri, gli operatori sanitari. Oggi abbiamo la possibilità di avere i dati, e quando si vedono gli esiti si è in grado di capire come si lavora. E gli inganni vegnono svelati". Per cui per Lorenzin "bisogna avere la forza di intervenire e chi sbaglia deve andare a casa".

Il Ministro ha poi parlato anche di costi standard, chiarendo che si tratta "di un metodo di riparto dei fondi utile che non va però ideologizzato". "Ieri - ha precisato - **ho mandato alle Regioni il riparto del Fondo sanitario nazionale**, quindi i costi standard sono ufficialmente operativi". Riferendosi poi agli acquisti e ai prezzi la titolare del Dicastero ha precisato come si debba "puntare sulle centrali uniche di acquisto".

Lorenzin ha anche parlato del semestre italiano di presidenza Ue e dei rischi all'orizzonte che vanno evitati soprattutto rispetto alla ricerca. "Gli investitori internazionali sembra che non vogliano più investire in Europa. Le grandi aziende vedono il mercato europeo come un mercato di vendita e a causa dell'eccessiva frammentazione delle norme fuggono verso altri paesi. Ma sono convinta invece che la ricerca sia un volano per l'Europa e per l'Italia. Dobbiamo trattenerne le piccole e medie imprese ed elaborare una legislazione nuova per liberare risorse e innovazione".

Durante i lavori ha preso la parola anche il presidente di Assobiomedica, **Stefano Rimondi** che ha

anch'egli affrontato il tema caldo dei costi standard: "Non devono essere visti come un'alternativa ai tagli lineari per definanziare ulteriormente il Servizio sanitario nazionale, ma devono essere concepiti come fattori di razionalizzazione attraverso il Patto per la Salute. È importante in questo senso che i percorsi diagnostico-terapeutici non vengano standardizzati e massificati, ma continuino a tenere in considerazione le specificità indispensabili per le singole esigenze del paziente e per una buona Sanità".

"Ci auguriamo – ha dichiarato Rimondi – che Governo e Regioni con il Patto per la Salute mettano finalmente mano a sprechi e inefficienze per una Sanità sostenibile che venga riorganizzata secondo principi di appropriatezza, qualità ed efficienza dei servizi. Quello che temiamo però è che, per far quadrare i conti, con i costi standard si introducano modalità di acquisto centralizzate che guardino principalmente al prezzo, incentivando i monopoli e penalizzando la qualità dei servizi offerti al cittadino. Siamo pronti a dare tutto il nostro sostegno a qualunque decisione che vada nella direzione di una maggiore trasparenza e appropriatezza, ma se la soluzione diventa la centralizzazione degli acquisti con lo scopo d'imporre a tutti i pazienti lo stesso prodotto al prezzo più basso, annullando qualunque esigenza specifica e azzerando il valore dell'innovazione, si andrà alla progressiva crisi di tutto il sistema salute".

"È importante ripensare il sistema salute in un'ottica di sostenibilità e di valorizzazione di settori come quello dei dispositivi medici – ha concluso Rimondi -, che possono fungere da traino per la crescita. Lo dimostra il fatto che l'export continua a crescere: nel 2012 infatti le esportazioni siano aumentate del 9,6%, a fronte di una contrazione della domanda pubblica interna del 5% e di quella privata dell'1%. Infatti le nostre imprese continuano a investire il 7,5% del loro fatturato in ricerca puntando sull'innovazione dei prodotti, aspetto che altri paesi apprezzano e valorizzano, scegliendo di acquistare e investire sui nostri prodotti".

«Trapianti, speranza di vita e risparmio»

ALESSIA GUERRIERI

ROMA

Non è solo un investimento sulla vita, ma anche un risparmio. Il trapianto, infatti, nella quasi totalità dei casi consente al paziente di tornare a una vita sociale e lavorativa completa. Ma adesso questa terapia d'eccellenza risulta essere anche la più sostenibile a livello economico nel lungo periodo per il Ssn, con un risparmio del 29%. Soprattutto in caso d'insufficienza renale. A metterlo nero su bianco il Censis che, in collaborazione con la Società italiana di Nefrologia, il Centro nazionale Trapianti (Cnt) e Pfizer, ha calcolato i costi diretti e indiretti per sanità e famiglie. Un confronto di tre anni tra trapiantati di rene e non per "monetizzare" non solo i costi della dialisi, dell'intervento e per i farmaci, ma anche il tempo impiegato per le visite e l'assistenza domiciliare. E per pazienti non trapiantati e i loro familiari il costo economico e sociale è quasi doppio: 42mila euro rispetto ai 22mila di chi ha avuto un organo nuovo.

La cultura del trapianto in questi anni è entrata nel dna degli italiani. Lo dimostra sia l'aumento delle donazioni - 1350 in un anno - sia l'aumento del 25% dei trapianti di rene da vivente e di trapianto di fegato da vivente. A questo si aggiunge «la quasi stabilità dei pazienti in lista d'attesa», oggi circa 6.700 per il rene su 9mila totali, secondo il direttore del Cnt Alessandro Nanni Costa, «una mortalità molto bassa» e una rete trapiantologica «tra le migliori d'Europa». Ma la sensibilità al dono è anche legata alle novità introdotte, come la dichiarazione di donazione sulla ~~anonimato~~ **anonimato**, un esperimento che nei prossimi anni verrà attivato in tutta Italia, ma che già ora ha visto 9.138 italiani dare il consenso all'espianto, cioè il 97%. «Una presa di coscienza», la definisce il presidente della Società italiana trapianti Pasquale Berloco, connessa al «ritorno sociale che la donazione ha», visto che quando c'è un malato terminale in casa «è tutta la famiglia ad essere coinvolta».

Un vantaggio non più solo percepito dal paziente, spiega il Censis, ma persino quantificabile per le casse pubbliche. Già la differenza di costi per la sanità tra trapiantati di rene e non è evidente, 95mila euro per i primi e 123mila per i secondi; se poi a questi si aggiunge anche il peso monetario e sociale a carico del malato, il divario è ancora più ampio: 118mila euro per l'operato e 165mila per il dializzato. Per i 40mila pazienti in dialisi e i quasi 7mila in lista d'attesa, infatti, il Ssn spende in totale circa 2,8 miliardi l'anno.



Uno studio del Cnt e della società di nefrologia: costi quasi doppi rispetto all'intervento



L'infiammazione che fa paura

Quella cronica è la più pericolosa: può fare male al cuore e scatenare tumori

VALENTINA ARCOVIO

Il diabete, le malattie cardiovascolari e il tumore hanno un denominatore comune: l'infiammazione cronica. E' un fuoco nemico che, pur se invisibile ad occhio nudo, ha un ruolo determinante nello sviluppo di queste patologie. Tanto che anche dalla biologia molecolare arriva un monito per fare attività fisica regolare, mangiare sano ed evitare di «mettere su pancia».

L'accumulo di grasso, infatti, soprattutto a livello del giro vita, oltre 94-95 cm nell'uomo e 80-82 cm nella donna, scatena un'infiammazione cronica di basso grado che attiva una serie di processi che conducono al diabete e alle malattie cardiovascolari. Ma anche al tumore. E un ruolo chiave nello sviluppo del diabete di tipo 2 è svolto da «Rankl», una proteina pro-infiammatoria in grado di attivare il fattore di trascrizione NF-kB, uno dei principali attori dell'infiammazione stessa.

E' la scoperta, giunta a coronamento di un ventennio di studi, presentata da Stefan Kiechl, neurologo di Innsbruck, in Austria, nell'ambito delle «lectures» organizzate dalla Fondazione Sigma-Tau, prima a Roma e poi a Milano, con il patrocinio della Sid, la Società italiana di diabetologia. L'infiammazione alla quale si riferisce Kiechl è molto più subdola di quelle acute e più evidenti, come una flebite oppure una scottatura presa al sole. «E' un fenomeno occulto - spiega Enzo Bonora, ordinario di Endocrinologia all'Università di Verona e presidente della Sid - ed è per questo motivo ancora più dannoso. Si instaura lentamente e continua per decenni, anche per tutta la vita. Scatenata dall'iperglicemia, ma anche da un eccesso di grassi circolanti nel sangue, l'infiammazione cronica, infatti, danneggia tessuti, organi e apparati, sia nella loro struttura anatomica sia nelle funzioni

fisiologiche. Ha insomma - aggiunge - effetti sistemici sull'intero organismo».

A livello dei vasi, per esempio, modifica la loro struttura, ma anche la capacità di produrre sostanze vaso-dilatanti e anti-trombotiche, favorendo così lo sviluppo e la successiva rottura di placche aterosclerotiche, così come la formazione di trombi sulle placche che portano a infarto e ictus. Sul versante metabolico, poi, l'infiammazione può determinare un'alterata secrezione di insulina e può anche ridurre l'effetto biologico dell'ormone. In pratica questa infiammazione rappresenta l'anello di congiunzione tra il diabete e le malattie cardiovascolari.

E tra i protagonisti assoluti di questo processo c'è l'NFkB, un fattore di trascrizione che regola l'espressione di molti geni (stimolandone alcuni e silenziandone altri) e che svolge la sua azione in una sorta di «stanza dei bottoni», posta al crocevia di vie metaboliche di importanza fondamentale non soltanto per i processi che conducono all'aterosclerosi, ma anche alla crescita tumorale. Al momento nella pratica clinica non è possibile «misurare» l'NFkB, ma è possibile dosare nel sangue i livelli di «Rankl», una proteina che, legandosi al suo recettore («Rank»), va ad attivare proprio l'NFkB, il quale, a sua volta, determina e poi mantiene questa infiammazione cronica. Lo studio condotto da Kiechl - in collaborazione con le Università di Verona, Roma, Erlangen, Cambridge e Boston - ha messo in particolare evidenza questo specifico aspetto. Il prossimo passo consisterà nel verificare se l'inibizione della proteina «Rankl» sia realmente in grado di proteggere dal diabete e dalle malattie cardiovascolari.

«Il trattamento antinfiammatorio - afferma Kiechl - è di fatto già una realtà, perché molti dei farmaci comunemente in uso per il diabete e per la prevenzione delle malattie cardiovascolari hanno pro-

prietà antinfiammatorie. La sfida da affrontare nei prossimi anni, però, è quella di ideare possibili interventi antinfiammatori specifici». Alcune soluzioni promettenti, parte delle quali sono oggetto di studi già in corso, sono, per esempio, il salsalato (un vecchio farmaco contro l'artrite) oppure i

LA «STANZA DEI BOTTONI»

Protagonista è un fattore di trascrizione che regola l'espressione di molti geni

farmaci anti-«Rankl» e anti-«Ikk». Ci sono poi il metotrexato (che è un immunosoppressore) e gli inibitori di Lp-Pla2, oltre a una serie di interventi mirati a ridurre i depositi di ferro nel corpo e a modificare il microbioma intestinale, vale a dire la flora batterica che è caratteristica di ogni individuo. «Combattere l'infiammazione - continua Kiechl - può migliorare il controllo del glucosio, ma anche contrastare le complicanze vascolari del diabete e, forse, anche le altre sue conseguenze, favorite da un ambiente pro-infiammatorio».

Esiste ormai un filone di ricerca specifico, che vede impegnati sia scienziati europei sia americani, che sta cominciando a fare luce sui meccanismi molecolari e apre la strada verso una possibile terapia mirata. Allo studio ci sono farmaci giudicati promettenti, ma le nuove terapie anti-infiammatorie dovrebbero anche agire sui principali fattori di stress che scatenano l'attivazione immunitaria e l'infiammazione: l'inattività fisica, il sovrappeso e la dieta (e cresce l'attenzione per le potenzialità legate alla modificazione del microbioma intestinale).

Ovviamente lo stile di vita salutare resta lo scudo più efficace. «Visto che i tradizionali programmi di intervento sugli stessi stili di vita hanno riportato successi variabili - sottolinea il neurologo di Innsbruck - ora l'attenzione si concentra via via su nuovi concetti a va-



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

sto raggio». E questi - conclude - coinvolgono strategie per creare una maggiore consapevolezza dell'opinione pubblica. E i social network sono sempre più al centro di tutto.

Stefan Kiechl Neurologo

RUOLO: E' PROFESSORE
DI NEUROLOGIA ALLA CLINICA
DELL'UNIVERSITÀ DI INNSBRUCK
(AUSTRIA)
IL SITO: WWW.UIBK.AC.AT/



Un modello per prevedere la diffusione delle pandemie

■ Uno studio computazionale della Northwestern University ha prodotto un nuovo modello matematico con cui analizzare le epidemie globali. Gli scienziati, utilizzando una serie di dati sul trasporto aereo, potranno valutare con maggiore precisione i flussi delle pandemie e identificare le origini dei focolai, oltre a migliorare la previsione dei processi attraverso cui si diffonde il contagio. «Con questa teoria - ha spiegato Dirk Brockmann - calcoleremo i movimenti delle malattie in qualunque parte del mondo». È un approccio - aggiunge - che tiene conto del fatto che le distanze geografiche si sono ormai accorciate e devono essere rimpiazzate dalle «distanze effettive».

La stimolazione magnetica cancella l'emicrania

■ Via libera negli Usa: la Food&Drug Administration ha approvato per la prima volta un dispositivo che ricorre alla stimolazione magnetica per alleviare i sintomi dell'emicrania che si presenta con l'«aura». Il dispositivo, che sarà vendibile solo dietro prescrizione, è molto semplice da utilizzare. Si preme sulla testa, dopo aver avviato un bottone che fa scattare la stimolazione attraverso una serie di pulsazioni: queste «toccano» la corteccia occipitale cerebrale, mitigando o eliminando il problema. L'«ok» è stato dato in base a un test su 201 pazienti: l'apparecchio è sconsigliato a chi soffre di epilessia oppure ha dispositivi medici metallici impiantati, come un pacemaker.



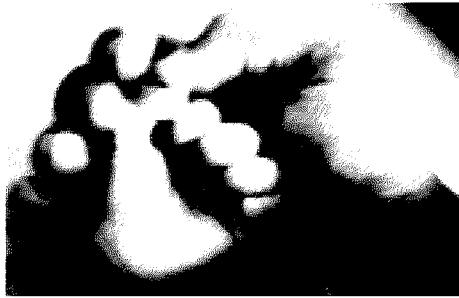
«Se i padri sono assenti i figli diventano aggressivi»

SIMONA REGINA

Quando si parla di educazione dei figli, quasi inevitabilmente il pensiero va alle mamme. In Italia sono considerate le principali (se non uniche) responsabili della loro crescita. E invece non va sottovalutata l'importanza del ruolo paterno. Uno studio su «Cerebral Cortex» suggerisce che, se i padri sono poco complici nell'accudimento, i bambini rischiano di avere problemi emotivo-relazionali.

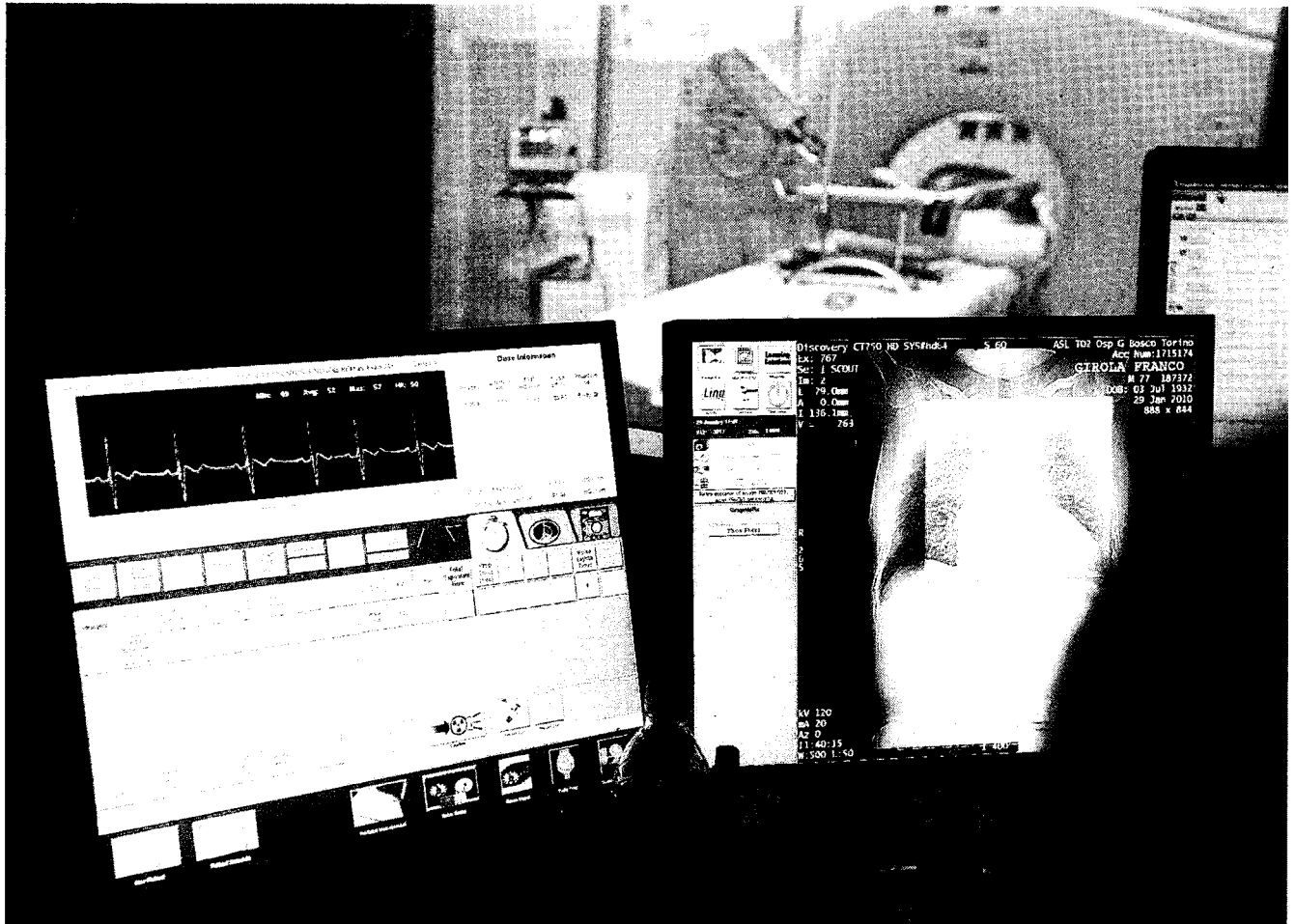
La ricerca è stata condotta sui topi, «ma i risultati - sostiene Gabriella Gobbi del McGill University Health Centre - sono rilevanti anche per gli umani. Le parti del cervello emotivo, come amigdala e ippocampo, hanno network simili e anche le emozioni di base sono regolate in modo simile. E in effetti i deficit comportamentali che abbiamo osservato sono coerenti con gli studi condotti sui bambini: l'assenza paterna è associata a un rischio maggiore di comportamenti devianti».

Il team ha riscontrato che i topi allevati solo dalle madri sono più aggressivi e presentano anomalie nella corteccia prefrontale, l'area del cervello coinvolta nelle attività sociali e cognitive. «La ricerca - precisa la neuroscienziata - è il primo tentativo di capire come il rapporto con il padre incida sullo sviluppo neurobiologico e comportamentale della prole: non possiamo trarre conclusioni definitive, anche perché i bambini spesso trovano un'altra figura di riferimento, ma la società deve interrogarsi sul ruolo dei padri nello sviluppo dei figli». Anche uno studio dell'Università di Oxford ha evidenziato l'importanza dell'interazione padre-figlio: sono state reclutate 192 famiglie nei reparti di maternità e, osservando poi a casa le dinamiche relazionali, hanno riscontrato che i bambini manifestano più aggressività se il padre dedica loro scarse attenzioni. L'American Academy of Pediatrics sottolinea inoltre che i bimbi ottengono risultati migliori a scuola quando i papà sono premurosi. «Va detto però - spiega Vittorio Lingiardi, psichiatra e psicoanalista, docente a La Sapienza - che le famiglie conoscono sempre di più geometrie variabili: nucleari, adottive, monoparentali, ricombinate, omogenitoriali, allargate, ricomposte. Ciò che è importante per i bambini, quindi, è la qualità dell'ambiente familiare, indipendentemente dal fatto che i genitori siano conviventi, separati, risposati, single o dello stesso sesso». Conclusione: «Funzione materna e funzione paterna possono essere esercitate in modo non necessariamente coerente con l'appartenenza biologica».



PRIMO ESPERIMENTO AL SAN GIOVANNI BOSCO: IL TEST DA GENNAIO A GIUGNO

Esami fino a mezzanotte per tagliare le liste d'attesa



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Tac, risonanza magnetica ed ecografie

In questo modo, dicono in Regione, sarà possibile eseguire ogni mese 160 esami in più. Il progetto pilota durerà sei mesi, da gennaio a giugno. Se i risultati saranno positivi, l'orario prolungato sarà esteso ad altre strutture

MARCO ACCOSSATO

Nasce al San Giovanni Bosco la prima Radiologia piemontese aperta fino a mezzanotte e il sabato mattina. Per abbattere almeno una parte delle interminabili liste d'attesa della Sanità, Tac, risonanze magnetiche ed ecografie potranno essere prenotate oltre gli orari tradizionalmente dedicati agli esami. Un progetto pilota che a Torino durerà in fase sperimentale sei mesi, da gennaio a giugno, e potrebbe essere poi esteso il prossimo

anno ad altre strutture del Piemonte dove il personale è in grado di coprire il prolun-

«Ma l'appropriatezza delle richieste di visite resta la prima arma

contro le liste d'attesa» gamento dei turni. «L'estensione dell'orario tutti i giorni feriali fino alle 24, e in più il sabato mattina - spiega l'assessore regionale alla Sanità, Ugo Cavallera - è una risposta ci auguriamo efficace all'esigenza di ridurre i tem-

pi di attesa di alcune tipologie di esami». Chi è già in lista d'attesa nel 2014 può chiedere da subito nelle nuove fasce orarie un appuntamento più vicino a quello già prenotato: le Tac saranno garantite i lunedì e i mercoledì, le risonanze magnetiche il giovedì, le ecografie il sabato mattina dalle 8 alle 13.

L'ospedale Torino Nord

Non è un caso la scelta del San Giovanni Bosco. E non solo per l'estensione del bacino di utenza che porta a un alto numero di richieste di



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

visite ed esami. Grazie alla riorganizzazione interna, l'ospedale Torino Nord ha già raggiunto il primato regionale delle 28 mila Tac l'anno in un'unica radiologia ospedaliera, mentre nel dipartimento di Diagnostica per immagini dell'intera Asl To2 si eseguono ogni anno oltre 250 mila indagini radiologiche, di cui 45 mila Tac.

«Con questa nuova opportunità - commenta il direttore generale, Maurizio Dall'Acqua - potremo venire concretamente e immediatamente incontro alle necessità di un sempre più ampio numero di cittadini».

Per realizzare il progetto non sono bastate le sole forze dell'ospedale di piazza Donatori di Sangue che copre anche le richieste dei residenti dei primi Comuni dell'area Nord di Torino. E' stato necessario creare una collaborazione quotidiana tra i due principali ospedali dell'Asl To2: i turni serali del San Giovanni Bosco saranno garantiti anche dal personale in trasferta della Radiologia dell'ospedale Maria Vittoria.

La Radiologia della sperimentazione è quella diretta dal dottor Carlo Alberto Cametti. L'orario prolungato partirà l'8 gennaio prossimo. Modello apripista in Piemonte, non è una novità in Italia: l'orario serale è già stato adottato con successo in Veneto e in altre regioni del nostro Paese.

L'annuncio della riorganizzazione è stato dato ieri, e per il momento non ha scatenato reazioni dei sindacati, malgrado il blocco del turnover e la carenza di personale che riguarda tutti gli ospedali del Piemonte: i nuovi orari - come detto - scatteranno da gennaio, ma le prenotazioni sono aperte da oggi, direttamente in ospedale o attraverso il Sovracup. Qui è necessario rivolgersi anche per chiedere lo spostamento degli esami già fissati.

Decine di esami in più

Con il nuovo orario della Radiologia del San Giovanni Bosco è stato calcolato che sarà possibile garantire circa 160 esami in più al mese: dodici Tac a seduta, otto risonanze magnetiche, una ventina di

ecografie. Una ricetta anti-codice, che l'assessorato alla Sanità comunica rilanciando però anche un appello ai medici di famiglia: «La prima vera arma contro l'aumento di visite ed esami che intasano gli ambulatori resta l'appropriatezza delle prescrizioni che cancella gli esami non necessari».

6

mesi

la durata della
prima sperimentazione
in un ospedale
del Piemonte

160

esami in più

l'estensione dell'orario
della Radiologia
consentirà di ridurre
le attese in sei mesi

Gli esperti avvertono: non sprecate soldi per gli integratori multivitaminici

A seguito di tre studi sugli integratori di vitamine, gli scienziati concludono che questi non servono a poco o nulla e non aiutano a prolungare la vita, a scongiurare le malattie cardiache o la perdita di memoria. In definitiva, sarebbero solo soldi sprecati



Sono ben tre gli studi pubblicati sulla rivista *Annals of Internal Medicine* a sparare a zero sugli integratori multivitaminici che, secondo quanto emerso, servirebbero a poco – se non a nulla – nel prevenire le malattie o migliorare la salute.

In particolare, secondo quanto suggerito dagli studi, **gli integratori di vitamine non servono** a scongiurare problemi di cuore o di perdita di memoria, e non sono collegati a una più lunga durata della vita.

Potranno dunque questi nuovi studi scalfire l'immagine positiva costruita nel tempo presso il pubblico, e che ha fatto degli integratori un business miliardario in tutto il mondo? Forse sì, forse no. Tuttavia, sono in molti a **ritenere che l'assunzione di integratori possa in qualche modo sopperire** alle carenze di una dieta squilibrata o povera di sostanze essenziali come quella moderna, fatta per lo più di cibi industriali e raffinati. Ma la stessa cosa non la pensano gli scienziati.

«Sarebbe bello se tutti i problemi alimentari potessero essere risolti con una pillola. Purtroppo, non è questo il caso», ha infatti commentato il dott. Eliseo Guallar, professore di epidemiologia presso la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Uno dei problemi principali evidenziati dai ricercatori è la scarsa informazione circa l'uso corretto di questi integratori, per cui pochi sanno che **alte dosi di vitamine possono anche provocare danni alla salute**. E, visti i risultati degli studi, queste pillole poi non avrebbero migliori effetti del placebo. «Riteniamo sia chiaro che le vitamine non funzionano», ha dichiarato Guallar che, insieme ai colleghi, esorta i consumatori a non buttare via il denaro in questo genere di supplementi.

Il consiglio degli esperti giunge dopo che sono stati analizzati i risultati dei tre studi, di cui il primo, condotto su circa 6.000 medici di sesso maschile che hanno assunto quotidianamente o un multivitaminico o un placebo, ha mostrato che **non vi erano differenze tra i due gruppi** nella capacità di memoria dopo 12

anni di studio – e di assunzione del multivitaminico.

La principale autrice dello studio, dott.ssa Jacqueline O'Brien, ricercatore associato presso il Brigham and Women's Hospital di Boston, ha commentato che il messaggio che arriva dallo studio è chiaro: l'effetto è stato nullo.

A onore del vero è bene tuttavia far notare che in precedenza questo stesso studio aveva mostrato una riduzione dell'8% del rischio di cancro e del 9% di cataratta nel gruppo che aveva assunto l'integratore multivitaminico, rispetto al gruppo placebo.

Gli altri due studi, di cui uno revisionale che coinvolgeva oltre 450mila persone, hanno mostrato che non vi erano evidenze per cui l'assunzione di integratori multivitaminici offra un beneficio per le malattie cardiache o che ritardi la morte per qualsiasi causa. Anche questi studi hanno soltanto trovato un vantaggio minimo per il rischio di cancro.

In conclusione, gli scienziati ritengono sia ora di **smettere di sprecare denaro** per la ricerca di prove di un beneficio da parte degli integratori di vitamine.

<http://www.lastampa.it/2013/12/18/scienza/benessere/medicina/gli-esperti-avvertono-non-sprecate-soldi-per-gli-integratori-multivitaminici-BDhLKWhQb98un6FbUbtLDL/pagina.html>

SECONDO I NUOVI STUDI L'ANZIANITÀ «PERCEPITA» CONTA PIÙ DELLA DATA DI NASCITA

Cervello e salute, l'età non si misura in anni

Non mangiare troppo né troppo poco, bere con moderazione, non fumare, andare dal medico e curarsi per vivere a lungo

NOTIZIE CORRELATE

FORUM - Geriatria

GUARDA - Fattori che incidono sull'età reale

Avere quarant'anni, cinquantacinque, settanta o ottantacinque, sembra che siano oggi solo espressioni verbali, utili ma non decisive, orientative ma non descrittive. «Ognuno ha l'età che si sente addosso», si sente anche dire spesso e se questa frase viene presa con spirito e parsimonia sembra essere quella che meglio descrive la situazione. Non stiamo parlando ovviamente di gravi patologie, e soprattutto stiamo parlando del nostro tempo, nel quale la vita si sta allungando di più di un trimestre ogni anno che passa. Molti anziani vivono così una vera e propria «età guadagnata». Con un bonus particolare per le donne, che vivono in media sei-sette anni più dei maschi. Lo conferma una recente ricerca pubblicata dalla *Population and Development Review*, rivista scientifica americana che ha messo in relazione l'età anagrafica con altri fattori che contribuiscono a determinare l'«età reale»: salute, tasso di disabilità, funzioni cognitive. E lo confermano anche i risultati di una ricerca pubblicata poco tempo fa sul *British Medical Journal*, relativa a coppie di gemelli: dei due viveva di più quello che si sentiva (e appariva) più giovane.

INSEGUIRE I SOGNI - Allora l'età non conta? Conta, conta, ma come un disegno potenziale, che se non viene sviluppato e portato in primo piano nemmeno si vede. Queste sono parole di speranza, ma non sono dolciastra melassa o follia consolatoria, sono un invito a vivere la vita secondo le proprie aspirazioni e le proprie aspettative; i propri sogni direi. È questa una grande nuova libertà, e anche un poco una nuova responsabilità. Due sono le forze portanti di una giovinezza protratta: la progettualità e l'attività. Mai chiudersi gli orizzonti e sentire il proprio futuro accorciarsi. Dietro abbiamo una vita e perché non pensare di averla anche davanti? Se c'è la passione, ovviamente, e magari più passioni. In fondo è la passione che dà spessore alla nostra vita e ne determina la dimensione reale: non necessariamente una vita lunga, ma una vita piena, libera e calda, e in questo il cervello conta molto. A fronte del dilagare di consigli di tutti i tipi per invecchiare meglio, il mio motto è: «Mangiare di tutto con moderazione, fare sport senza esagerare, adoperare il cervello senza paura di esagerare».

USARE IL CERVELLO - Perché il cervello? Non lo sappiamo, ma si è osservato da più parti che il cervello deve gestire sostanze che controllano in qualche modo il procedere dei nostri anni, e anche in caso di gravi patologie neurodegenerative chi ha vissuto adoperando di più il proprio cervello sta decisamente meglio. Prima o poi capiremo perché, e ne faremo un caposaldo della nostra condotta. Nel frattempo che fare? Non

strafare in niente, ma semmai straimmaginare, se il verbo esistesse, e aspettarsi tanto dai giorni a venire e «affacciarsi» su quelli. In fondo gli anni sono fatti di giorni. Non mangiare troppo né troppo poco, bere con moderazione e non fumare, sono i punti essenziali, ma anche andare dal medico e curarsi. Non curarsi è da stupidi, non da eroi. Ascoltare i consigli del medico e farsi le analisi prescritte. Sembra ridicolo, ma molti appassiscono tristemente per non avere osservato queste elementari precauzioni, magari facendosi forti del fatto di essere sempre stati sani. Avere buoni geni non guasta certamente, ma avere un buon rapporto con se stessi è ancora più importante. In fondo tutte le religioni hanno spinto a farsi una sorta di «esame di coscienza», in solitario o con qualche «saggio». Penso che sia fondamentale.

DAVANTI ALLO SPECCHIO - Ogni sera guardarsi nello specchio e dire: «Puoi guardarti a testa alta? Hai fatto quello che si deve, ovviamente, ma anche quello che ti senti di fare? Hai guardato il mondo e te nel mondo? Hai pensato che se ti trascuri, psicologicamente o fisicamente, puoi procurare un inatteso dolore alle persone che ti sono più care? Hai messo in moto qualche piccolo nuovo meccanismo e hai seminato qualche seme? Ti piacerebbe che dopo morto si parlasse di te come ora vorresti che si parlasse di te? Come tu, nel tuo intimo, parli di te? Sai immaginare come chi ti conosce parlerà di te?». Così facendo anche la morte si esorcizza e diviene uno dei tanti episodi della vita. In fondo la paura della morte è la paura della (brutta) vita. È della vita e di una eventuale sua malaconduzione che si deve avere paura. E soprattutto è importante poter dire «Ho vissuto», senza sprecare occasioni e opportunità, senza rinunciare per paura. Nessuno ci vuole più bene di chi si aspetta tanto da noi. Compresi noi stessi.

stampa | chiudi

“Con un bypass gastrico sconfitto il diabete”

La tecnica inventata da un italiano, reclutato dal King's College



DIABETOLOGIA

RICCARDO LATTANZI
NEW YORK UNIVERSITY

L aumento dei casi di obesità fa stimare che nel 2030 quasi il 10% degli adulti nel mondo sarà affetto da diabete di tipo 2 con un costo sanitario vicino ai 360 miliardi di euro. Ma ora gli studi di un medico italiano potrebbero invertire la tendenza... e senza cambiarci la dieta!

«E' una malattia conosciuta da migliaia di anni e sempre considerata cronica, progressiva e incurabile», spiega Francesco Rubino, che per primo ha intuito e dimostrato che il diabete si può sconfiggere con la chirurgia gastrointestinale. «E' accertato che almeno il 30% dei pazienti ottiene una risoluzione completa e prolungata oltre i cinque anni.» Quarantaquattrenne, dopo essersi formato alla Cattolica di Roma, ha proseguito la sua carriera all'estero e nel '99, ricercatore al Mount Sinai Medical Center di New York, ha teorizzato che la patofisiologia dell'insulinoresistenza, che è responsabile del diabete di tipo 2, fosse legata ad anomalie nei meccanismi di regolazione gastrointestinale e potesse essere curata col bisturi.

Altri medici, già negli Anni 50, avevano osservato che, modificando l'anatomia dello stomaco e dell'intestino, si

poteva alterare il decorso del diabete, però si era sempre ritenuto che l'effetto fosse una conseguenza del dimagrimento dovuto all'operazione.

«Entro pochi giorni e al massimo in due settimane questi pazienti non avevano più bisogno dell'insulina e i livelli di zucchero nel sangue erano tornati normali - racconta Rubino -. Un cambiamento troppo rapido per essere causato dalla perdita di peso!» Per confermare la sua ipotesi, ha quindi modificato l'operazione standard di bypass gastrico in modo da lasciare intatta la grandezza dello stomaco, ma deviandone l'uscita, che viene collegata al secondo tratto dell'intestino tenue, quello «digiuno», scavalcando la parte alta, il «duodeno». Così facendo, la quantità di cibo ingerito rimane la stessa e si poteva quindi attribuire ogni variazione della glicemia a cambiamenti ormonali. La sperimentazione sui topi gli ha dato ragione e i risultati preliminari sull'uomo sembrano confermare che la remissione del diabete non dipende dalla perdita di peso. «L'operazione fa sì che i nutrienti affluiscono al «digiuno», che percepisce una sovrabbondanza di zuccheri e di conseguenza innescano i meccanismi neuro-endocrini per stabilizzarne il metabolismo», spiega Rubino, i cui studi hanno contribui-

to a trasformare concettualmente la chirurgia bariatrica da terapia per la perdita di peso ad approccio contro il diabete e le malattie metaboliche.

Il termine «chirurgia metabolica» è ormai accettato dalla comunità medica ed è aumentato il numero di chi ricorre all'operazione per motivi di salute piuttosto che per problemi fisici ed estetici legati all'obesità. Ora il passo successivo sarà creare un nuovo modello sanitario mirato alla cura delle malattie metaboliche. Un obiettivo che ha convinto Rubino a trasferirsi a Londra per dirigere il nuovo istituto per la chirurgia del diabete del King's College, dove dallo scorso ottobre è titolare della prima cattedra al mondo di chirurgia bariatrica e metabolica. «Il programma clinico sarà multispecialistico, con chirurghi, endocrinologi-diabetologi, esperti di nutrizione, psicologi e personale infermieristico specializzato - aggiunge -. Il programma di ricerca si concentrerà sullo studio dei meccanismi d'azione della chirurgia meta-

bolica per comprendere le cause, ancora sconosciute, di diabete e obesità».

La speranza è di mettere a punto interventi più efficaci e sviluppare terapie miste farmacologico-chirurgiche in modo da aumentare la percentuale di successi e prevenire le recidive. Un po' come in oncologia si affianca la chemioterapia all'asportazione dei tumori. Rubino è però convinto che già oggi si potrebbe fare meglio, intervenendo negli stadi iniziali della malattia. «Purtroppo la selezione dei candidati è ancorata a criteri stabiliti 20 anni fa per la cura dell'obesità e non del diabete e, quindi, molte assicurazioni sanitarie ne limitano l'utilizzo a pazienti severamente obesi». Per supportare le sue convinzioni Rubino ha iniziato uno studio sull'efficacia della chirurgia metabolica per pazienti diabetici con indice di massa corporea basso, tra 27 e 34, cioè in sovrappeso o affetti da obesità lieve. Le operazioni di bypass gastrico sono pagate da Covidien Plc, azienda che si occupa di strumenti chirurgici, e l'obiettivo è reclutare almeno 50 pazienti e seguirne il decorso per cinque anni. «Sarà un'occasione per identificare sottotipi del diabete che non rispondono alla chirurgia, ma anche per studiare il contributo dei meccanismi gastrointestinali nella genesi della malattia e capire se possono essere utilizzati come bersagli di nuovi farmaci».

Il King's College vanta già Premi Nobel e chissà che non abbiano visto giusto anche stavolta.

La stimolazione magnetica cancella l'emicrania

■ Via libera negli Usa: la Food&Drug Administration ha approvato per la prima volta un dispositivo che ricorre alla stimolazione magnetica per alleviare i sintomi dell'emicrania che si presenta con l'«aura». Il dispositivo, che sarà vendibile solo dietro prescrizione, è molto semplice da utilizzare. Si preme sulla testa, dopo aver avviato un bottone che fa scattare la stimolazione attraverso una serie di pulsazioni: queste «toccano» la corteccia occipitale cerebrale, mitigando o eliminando il problema. L'«ok» è stato dato in base a un test su 201 pazienti: l'apparecchio è sconsigliato a chi soffre di epilessia oppure ha dispositivi medici metallici impiantati, come un pacemaker.





17/12/2013

E.COLI: BATTERI RESISTENTI ORIGINATI DA UNICO CEPPO

(AGI) - New York, 17 dic. - Negli ultimi dieci anni una serie di batteri evoluti da un singolo ceppo di Escherichia Coli e' stata la causa principale di infezioni ai reni e alla vescica nelle donne e negli anziani in tutto il mondo. Lo ha scoperto uno studio della Washington University pubblicato dalla rivista mBio, secondo cui oltre a diventare resistente ai farmaci il batterio ha acquisito una grande capacita' di infezione. I ricercatori si sono concentrati su un gruppo di batteri Escherichia chiamato S131, responsabile di oltre 10 milioni di infezioni urinarie negli americani, ricostruendone la "storia genetica" attraverso campioni raccolti negli ultimi 44 anni in cinque paesi diversi. Dall'analisi e' emerso che a generare il gruppo e' stato un singolo ceppo, chiamato H30, che circa dieci anni fa e' evoluto diventando resistente al principale antibiotico usato allora, la ciprofloxacina. In seguito un'altra mutazione ha dato vita al ceppo H30-Rx, multiresistente. "Ci siamo stupiti nel vedere che tutta la resistenza origina da un singolo ceppo - spiegano gli autori - che si e' rivelato anche molto contagioso. Ora che sappiamo che il nemico da combattere e' uno solo sara' piu' facile progettare un vaccino".

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