

Secondo un'indagine SWG condotta su un campione di 1.000 cittadini italiani Procreazione Medicalmente Assistita 'ok' per 2 su 3

■■■ Secondo un'inedita indagine SWG condotta su un campione di 1.000 cittadini italiani, uomini e donne, presentata nei giorni scorsi a Milano, il 26% dei rispondenti afferma che preferirebbe rivolgersi a strutture presenti in Italia e la fase di apertura legislativa e culturale in atto nel nostro Paese offre nuove prospettive in questa direzione. «In oltre 15 anni di esperienza abbiamo trattato 7.000 pazienti italiane. Grazie all'apertura della Clinica Eugin di Modena, ci sarà possibile mettere questa nostra comprovata esperienza al servizio delle donne in cerca di maternità direttamente in Italia, offrendo loro la stessa qualità dell'assistenza che prima potevano trovare soltanto a Barcellona - afferma la dottoressa Valérie Vernaève, direttrice medica del Gruppo Eugin - Presso la clinica italiana saranno disponibili sia trattamenti di base, come l'inseminazione artificiale o la fecondazione in vitro, sia quelli più complessi, come la diagnosi genetica pre-impianto o la donazione di ovuli. Inoltre, siamo stati tra i primi a proporre un'analisi genetica completa di tutte le nostre donatrici, per rilevare possibili malattie rare ed ereditarie». (E. SER.)





PRIMO PIANO

ECONOMIA

SPETTACOLI e CULTURA

CINEMA

SOCIETÀ

SPORT ROMA

TECNOLOGIA

HDBLOG

MOTORI

SALUTE

VIAGGI

WEB TV

SALUTE

Il Messaggero.it
Medicina, Prima Infanzia, Benessere



Home Medicina Bambini e Adolescenza Benessere e Fitness Prevenzione Alimentazione Salute Donna La Coppia Storie Foto e Video Focus

RICERCA

I pediatri: c'è anche il fumo di "terza mano" si deposita su abiti degli adulti

Tweet



«Noi pediatri siamo i primi ad attivarci per rendere più consapevoli i genitori sui danni del tabagismo. Molte persone ad esempio non sanno che oltre al fumo attivo e passivo esiste anche quello di "terza mano": quando i derivati della combustione si depositano sugli abiti e sulla tappezzeria e possono essere inalati. Anche dai bambini se sono presi in braccio o messi nei seggiolini in auto. Approviamo la nuova manovra del Ministero che interviene con misure ancora più restrittive a tutela della salute dei bambini. ma sono necessari anche attività educazionali e di sensibilizzazione dei genitori».

E' questa la posizione della Società italiana per le malattie respiratorie infantili espressa dal presidente Renato Cutrera sulla proposta di legge voluta dal ministro [Beatrice Lorenzin](#) che vieta il fumo in auto e nelle aree esterne agli ospedali pediatrici.

«In questa guerra contro l'aumento delle malattie respiratorie correlate al fumo anche il pediatra può fare molto. Le giovani coppie con un bambino, infatti, s'intrecciano più spesso col pediatra che con il proprio medico - aggiunge Cutrera - . I figli di fumatori hanno un rischio oppio di diventare fumatori a loro volta»

25 Lug 2015 17:37 - Ultimo aggiornamento: 20:37
© RIPRODUZIONE RISERVATA

DIVENTA FAN DEL
MESSAGGERO



Il Messagg...

Mi piace questa

Segui
@ilmessaggeroit

BLOG

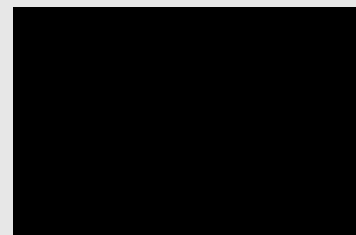


Sani & Salvi
di Carla Massi

Come un selfie può accorciarti la vita

Per fare un selfie ci vogliono, in media, dai 13 ai 15 secondi. Tanti bastano, mentre si guida, a s...

IL VIDEO PIÙ VISTO



Roma, l'autista del bus spiega perché i mezzi non passano

Dica33

L'ESPERTO RISPONDE

Scegli l'argomento e poni direttamente la tua domanda agli **esperti** che ogni **settimana** sono a tua disposizione. Il servizio è gratuito.

Alimentazione Allergie Bocca e denti
Chirurgia estetica Circolazione sanguigna
Cuore Diabete Fegato Infanzia Infezioni
Mente e cervello Occhio
Orecchie, naso e gola Pelle Polmoni Reni
Salute femminile **Salute maschile**
Scheletro e Articolazioni Sessualità
Stomaco e intestino Tiroide
Tumori

INVIA LA TUA DOMANDA

ULTIME DOMANDE

24/7/2015

Tachicardia causata dall'ansia: posso correre?

Cuore

Giuseppe Pizzetti

23/7/2015

Nodulo lobo destra tiroide

Tiroide

Antonio De Carlo

23/7/2015

ecografia tiroidea

Tiroide

Antonio De Carlo

23/7/2015

Nodulo tiroide

Tiroide

Antonio De Carlo

23/7/2015

nodulo tiroide

Tiroide

DIBATTITO SULLA BIOETICA / LA REPLICA

Il paziente al centro

Il nuovo Regolamento europeo non lascia dubbi: serve un solo comitato etico in grado di coordinare i pareri su tutti gli studi clinici

di **Luca Pani**

Il dibattito innescato dal mio articolo del 10 maggio scorso sul funzionamento degli attuali Comitati Etici (CE) italiani e seguito dagli interventi di Michele De Luca e Gilberto Corbellini (24 maggio), Antonio G. Spagnolo (14 giugno), Alfredo Anzani e Guido Pozza (28 giugno) e infine Maurizio Mori (19 luglio) tutti su questo giornale ha messo in rilievo che il problema esiste. Va allora ricordato che il Legislatore Europeo, emanando un Regolamento (536/2014) e non una Direttiva, sceglie un modello organizzativo della valutazione etica degli studi clinici completamente diverso dai precedenti. Lo strumento normativo del Regolamento non lascia spazio a recepimenti e bizantinismi nazionali. Dice che dovrà esserci un solo "contact point" per Stato membro, che coincide con l'Autorità Competente (in Italia l'Aifa), che ha la responsabilità di coordinare le valutazioni di tutti gli studi clinici nazionali. È esclusa la possibilità di doppi canali di dialogo con il medesimo Stato. È escluso che l'Aifa sia la sede o abbia dei suoi rappresentanti in un eventuale CE nazionale. Il Regolamento non prevede un unico parere etico per le sperimentazioni multinazionali da parte di un CE, ma richiede il coinvolgimento di un solo Comitato etico (...an Ethics Committee...) nel team di valutazione di TUTTE le sperimentazioni cliniche su farmaci per uso umano, comprese quelle monocentriche e puramente nazionali.

In Italia ci sono, ad oggi, 91 CE, che esprimono livelli molto ampi ma «incompleta-

mente diversi» di expertise scientifica. E molto improbabile, e infatti non accade, che un solo CE sia in grado di esprimere un parere completo su tutti gli aspetti scientifici molto rilevanti. È anche evidente che non ci possano essere 91 esperti, uno per ciascun CE, per ogni ambito di valutazione, che riescano a garantire un livello omogeneo di approfondimento etico e scientifico degli studi. Per questo l'ulteriore riduzione dei CE è di fatto la migliore garanzia di tutela per i pazienti italiani, al contrario della attuale frammentazione che, con poche ma lodevoli eccezioni, appare anche un modo per conservare rendite di posizione prive di una concreta e più ampia visione della ricerca clinica, o al peggio quando ci sono un "gettonificio" di presenze.

La realtà attuale evidenzia ritardi nell'avvio delle sperimentazioni causate spesso da richieste e dilazioni da parte dei CE, con conseguente mancato arruolamento di pazienti e il conseguente danno etico ed economico che deriva dal mancato accesso a terapie innovative e potenzialmente salvavita. Di questo problema alcuni CE locali sono in parte responsabili, soprattutto quando le osservazioni espresse sembrano scaturire da autoreferenzialità e autoaffermazione, perché non trovano corrispondenza nelle valutazioni di altri CE in tutta l'Europa e - evidentemente - nulla hanno a che fare con la ricerca clinica e tantomeno con l'Etica. Questa e altre prassi in voga nel nostro Paese porteranno automaticamente all'esclusione dell'Italia dalle sperimentazioni cliniche, a causa dei tempi aggiuntivi che potrebbero addirittura significare l'impossibilità di presentare le domande di sperimentazione in Italia. E non va dimenticato che il CE che parteciperà alla valutazione delle sperimentazioni cliniche sarà oggetto di controlli obbligatori da parte della Commissione Europea per verificare l'efficienza dell'Italia nell'applicazione del Regolamento.

Con i tempi inaccettabili osservati per la ricostituzione dei CE, al punto che a due anni dal termine posto dalla normativa nazionale, non tutte le regioni sono state in grado di completare l'iter di riordino, figuriamoci se possa essere una via praticabile quella di costituire una rete di comitati, dissimili per composizione e livelli di competenza, in grado di rilasciare un parere condiviso finale, ve-

rosimilmente in lingua inglese, da trasmettere ad Aifa e al portale europeo entro 45 giorni, senza alcuna possibilità di sospensione per approfondimenti come avviene ora. Che un solo CE sia in grado di rispettare i tempi, se ben costituito ed efficiente, è invece dimostrato dai tempi medi di alcuni CE di eccellenza. Paradossalmente sono proprio quelli con numeri limitati di sperimentazioni cliniche a non rispettare i tempi o a richiedere più documenti aggiuntivi rispetto a quanto previsto dalla normativa attuale. Quindi ci si dovrebbe chiedere in tutta onestà intellettuale qual è il valore aggiunto di un CE che non riesce a esprimere il proprio parere nei tempi previsti, non consentendo così ai propri pazienti l'accesso al farmaco? Nessuno. Di conseguenza, qual è il valore aggiunto di una pluralità di CE coinvolti nella valutazione dello stesso studio? Nessuno.

Se tutti questi argomenti non fossero sufficienti basterebbe far parlare - come sempre - i numeri. In base ai dati oggi disponibili sulle sperimentazioni caricate nell'Osservatorio sulla Sperimentazione Clinica (OsSC) a partire dal 1° ottobre 2014 ad oggi, su 243 studi presentati, il Parere unico è stato pubblicato solo nel 42% dei casi e la durata per l'emissione, quando c'è il Parere unico, è arrivata fino a 150 giorni. Considerando tutti i Comitati etici partecipanti a questi studi, i pareri totali attesi (inclusi i Comitati etici satellite) dovrebbero essere stati pari a 449. Di questi, ne sono stati pubblicati in OsSC 189. Tra i 10 Comitati etici che hanno espresso un parere unico su almeno 12 studi nel periodo preso in esame, solo due l'hanno emesso in media entro i 30 giorni previsti dalla normativa. L'intervallo delle medie dei tempi per questi Comitati etici è compreso tra 13 e 114 giorni. I due Comitati etici con il numero maggiore di Pareri unici in questo intervallo di tempo (21 e 29) hanno espresso tale parere in media in 49 e 53 giorni rispettivamente.

In queste condizioni non siamo in grado di essere competitivi e portare sperimentazioni cliniche importanti (quelle cioè che non sono scientificamente ed eticamente aspettare) in Italia. I pazienti e i loro clinici, prima di tutti gli altri, questo lo devono sapere. I pazienti in particolare, che sono infatti al centro del nuovo Regolamento, del quale il CE, ancorché fosse persino unico, non sarà mai che uno degli strumenti e non il protagonista.

Solo metà dei pazienti con patologie croniche assume correttamente i farmaci prescritti

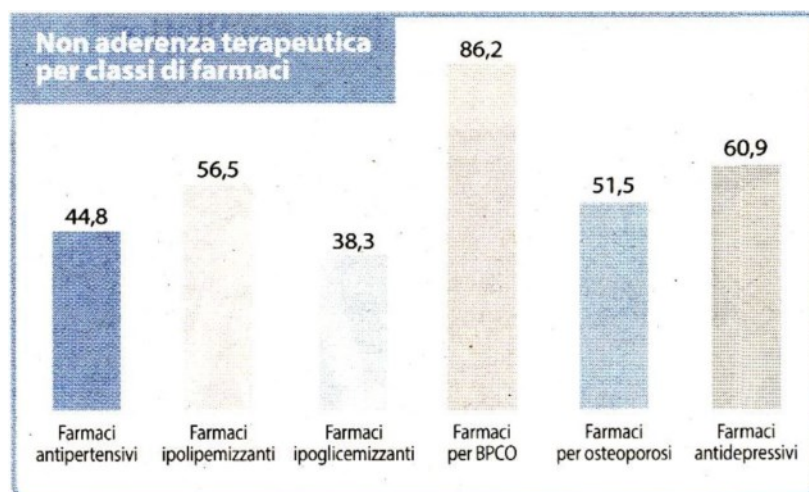
Serve maggiore aderenza alle terapie con i farmaci

Fondamentale il rapporto di dialogo e fiducia con il proprio medico curante

La scarsa aderenza alle prescrizioni del medico è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche. Un fenomeno molto diffuso cui si associa un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, dei casi di malattia e della mortalità con danno sia per i pazienti sia per il sistema sanitario e la società. In Europa, secondo i dati OMS, il costo della non aderenza alle terapie con i farmaci è pari a circa 125 miliardi di euro l'anno con livelli di aderenza al trattamento, in pazienti affetti da malattie croniche, che non superano il 50%. Costi di carattere economico che non si limitano, in questo caso, allo spreco di medicinali, ma si estendono a una maggiore richiesta di farmaci dovuta al peggioramento delle condizioni di salute di tali pazienti. Non affrontare questo tema cruciale per il benessere dei pazienti e del paese significa vedere crescere inevitabilmente la spesa farmaceutica nazionale complessiva (pubblica e privata), che nei primi nove mesi del 2014 è stata di 19,9 miliardi di euro, di cui il 75,6% rimborsato dal sistema sanitario. Ma che cosa si intende per "aderenza alla terapia"? Molto semplicemente è la decisione del paziente, condivisa con il proprio medico curante, di aderire a un trattamento farmacologico che prevede tempi, dosi e frequenza nell'assunzione del farmaco o dei farmaci prescritti per l'intero ciclo della terapia. Maggior aderenza significa minor

rischio di ospedalizzazione, minori complicanze associate alla malattia, maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti e riduzione dei costi per le terapie. Com'è ormai noto, la popolazione anziana è quella più a rischio sotto il profilo dell'aderenza alle terapie, specie in presenza di più patologie. L'Italia è al secondo posto in Europa per indice di vecchiaia, con intuibili conseguenze sull'assistenza sanitaria a causa del numero elevato dei malati cronici. Dalle analisi contenute nel Rapporto dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed) 2014 emerge che poco più della metà dei pazienti (55,2%) con ipertensione arteriosa assume farmaci antipertensivi con continuità. Recenti studi osservazionali rivelano che quasi il 50% dei pazienti in trattamento con antidepressivi sospende il trattamento nei primi 3 mesi di terapia e oltre il 70% nei primi 6 mesi. I dati provenienti dai database amministrativi delle ASL mostrano che la percentuale di pazienti aderenti risulta solo del 39,1%, mentre per i farmaci ipolipemizzanti (statine) e gli antidiabetici la percentuale di aderenza è stata pari rispettivamente al 43,5% e al 61,7%. Bassi livelli di aderenza al trattamento (13,9%) si registrano anche per l'asma e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Per tutte le classi terapeutiche si registra in genere un'aderenza più bassa al Sud.

Le cause della mancata o scarsa aderenza ai trattamenti sono di varia natura e comprendono fattori socioeconomici, fattori legati al sistema sanitario, alla patologia, al trattamento e al paziente: tra le più comuni la complessità del trattamento, l'inconsapevolezza della malattia, il monitoraggio inadeguato del paziente, il decadimento cognitivo e la depressione, oltre alla scarsa informazione sulle terapie. Diverse sono le strategie per affrontarla. «L'aderenza terapeutica – afferma Fabrizio Gatti, medico di medicina generale a Roma – è direttamente proporzionale alla capacità del medico di relazionarsi con il paziente al quale spiegare quanto più possibile sulla terapia prescritta, dissipando i suoi dubbi e soddisfacendo le sue curiosità. Inoltre, particolare attenzione va rivolta all'anziano e al paziente con disturbi dell'umore (depressione) ai quali prescrivere pochi farmaci eventualmente a lunga durata e ben tollerati, con schema posologico semplice e chiaro. Ma, soprattutto, con l'esperienza si impara a conoscere bene i propri pazienti con i quali sviluppare un rapporto di dialogo e di fiducia con l'obiettivo di educarli ad avere una maggiore consapevolezza di se stessi e dei farmaci che assumono».



Percentuali di pazienti non aderenti al trattamento con farmaci per patologia (dati OsMed gennaio-settembre 2014)



Un microchip sotto la pelle ecco la pillola del futuro

Dagli Usa all'Italia: così testiamo nuovi metodi contraccettivi per evitare gravidanze indesiderate

In Colorado offrendolo gratis è stato ridotto del 40 per cento il tasso di natalità tra le adolescenti

In pochi minuti viene inserito sotto il braccio, dura tre anni e riduce gli effetti collaterali

MICHELE BOCCI

Il futuro della pillola è sotto la pelle. I nuovi anticoncezionali stanno cambiando i costumi sessuali e potrebbero rivoluzionare i dati sugli aborti. Paura di ingrassare, di avere disturbi di vario tipo o anche di scordarsi di prendere la pasticca ogni giorno stanno spingendo le donne verso prodotti più recenti, piccoli dispositivi in plastica impiantati nella cute o inseriti nell'utero per rilasciare ormoni che bloccano l'ovulazione anche fino a tre anni. Come una sterilizzazione a scadenza, che si può interrompere in qualunque momento. In alcuni casi questi nuovi farmaci si sono rivelati strumenti utili per campagne di salute pubblica. Nello stato Usa del Colorado, dal 2009 al 2013 sono stati offerti gratuitamente alle donne giovani e giovanissime o in condizioni di povertà, quelle che più spesso vanno incontro a gravidanze indesiderate. I risultati sono stati sorprendenti, il tasso di natalità tra le adolescenti è sceso del 40%, le interruzioni di gravidanza sono calate del 42%. Un successo inatteso che ha spinto il governo ad avviare una raccolta di fondi per finanziare un altro piano dello stesso tipo.

In Italia il tasso di abortività delle giovani sotto i 25 anni non è preoccupante come negli Usa o in altri Paesi europei. Eppure ha una caratteristica che mette in allarme gli esperti: è stabile. Mentre nelle classi di età superiori, da anni, si assiste a un calo, che traina la diminuzione del numero assoluto di aborti, la stessa cosa non accade tra i 20 e i 25 anni e soprattutto sotto i 20. I numeri assoluti non sono alti ma questa immobilità è considerata negativa. Le minorenni che

fanno questa scelta sono prevalentemente italiane, mentre le donne immigrate abortiscono di più, ma in fasce d'età superiori. «L'idea di un intervento con strumenti farmacologici adeguati non sarebbe sbagliata, anche perché le giovani italiane che interrompono la gravidanza sono circa 300 volte in più di quelle che partoriscono», dice Valeria Dubini, consigliere nazionale della Sigo, la società scientifica dei ginecologi ospedalieri. «Nei consultori dell'area fiorentina — prosegue — viene offerto già questo tipo di contraccettivi gratuitamente alle donne che hanno fatto un'interruzione di gravidanza ma non solo. Del resto, le ragazze ormai prendono la pillola malvolentieri e il vantaggio di questi dispositivi è che utilizzano ormoni che hanno meno effetti collaterali rispetto agli estrogeni, ad esempio sono più sicuri per chi ha problemi circolatori. Si tratta comunque di strumenti efficaci ma non per forza migliori degli altri. Anche la spirale può andare benissimo». Ci vogliono pochi minuti per mettere l'anticoncezionale sotto pelle, nell'interno del braccio. Chi lo sceglie nel consultorio di solito è giovane e spesso si tratta di straniere, «del resto all'estero si usa molto, in particolare in Sud America», dice sempre Dubini. «Ma anche molte giovani italiane ce lo chiedono. In pochi casi tornano prima dei tre anni per toglierlo». Emiliano Arisi, presidente della società medica per la contraccezione, è scettico sull'ipotesi di avviare in Italia un'esperienza simile a quella del Colorado. «Dipende dagli obiettivi delle autorità sanitarie. Vedo operazioni di questo tipo solo su piccoli gruppi di popolazione, dove esi-

ste un tasso di aborti troppo alto. Del resto l'impegno economico per campagne estese è consistente e mi sembra impensabile allargare un'esperienza del genere a tutta la popolazione». Riguardo al tasso di abortività delle giovani italiane, «ci sono Paesi dove è assai più alto — dice ancora Arisi — come la Francia. Non solo, Oltralpe hanno anche una più alta natalità tra le giovani e un più alto utilizzo dei contraccettivi». Ed è vero anche che malgrado le eterne polemiche sulla contraccezione (e sull'interruzione di gravidanza) nel nostro Paese i dati non sempre sono preoccupanti. Un esempio è quello della pillola di emergenza. È stata sdoganata, con fatica e dopo molte resistenze da parte dello stesso Consiglio superiore di sanità, quella dei cinque giorni dopo. Da poco più di due mesi si può vendere senza ricetta. Ebbene, grazie a questo il farmaco ha fatto un boom: è passato da avere circa l'8% del mercato, quindi una porzione molto inferiore rispetto alla più "vecchia" pillola del giorno dopo, ad avvicinarsi al 35%. Già oltre 15mila donne l'hanno usato. Ma il numero totale di confezioni di contraccettivi di emergenza venduti ogni mese in Italia resta invariato. Più facile reperibilità non vuol dire maggiore consumo. Così è accaduto anche per la pillola abortiva Ru486, che non ha fatto aumentare le interruzioni di gravidanza. L'aborto resta una scelta difficile e sofferta, e chi si occupa di contraccezione lavora proprio per prevenirlo. E la chiave potrebbero essere proprio quei microchip di plastica e ormoni.

ERIPRODUZIONE RISERVATA



I principali metodi contraccettivi

Metodi ormonali

Pillola



Farmaco composto da un estrogeno e un progestinico, il cui effetto principale è inibire gli eventi ormonali che inducono l'ovulazione

Minipillola



(composta esclusivamente da progestinici)

Cerotto contraccettivo



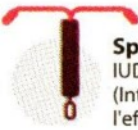
Rilascia sotto la cute un mix di estrogeni e progestinici che inibiscono l'ovulazione



Anello Vaginale

E' a lento rilascio ormonale, aiuta a prevenire gravidanze indesiderate.

Usato da **1,5 milioni di donne**



Spirale nota come IUD

(Intra Uterine Device) l'effetto anticoncezionale è garantito dall'impedimento della fecondazione

Metodi di barriera

Preservativo maschile



Offre una protezione da gravidanze indesiderate e malattie veneree variabile dall'**85** al **99,8%**



Diaframma

Cupola in gomma da inserire nel collo dell'utero prima di un rapporto sessuale. In abbinamento con una sostanza spermicida garantisce una protezione superiore al **90%**



Preservativo femminile

Formato da due anelli: protegge da gravidanze indesiderate perché impedisce il contatto



Gli aborti in Italia 105.968



nel 2012



4,5%

Il tasso di abortività tra le minorenni

In molte regioni italiane l'**85%** dei medici si dichiara obiettore di coscienza, in intere province non si può più abortire legalmente

+17,3%

L'aumento degli obiettori negli ultimi 30 anni

Metodi d'emergenza



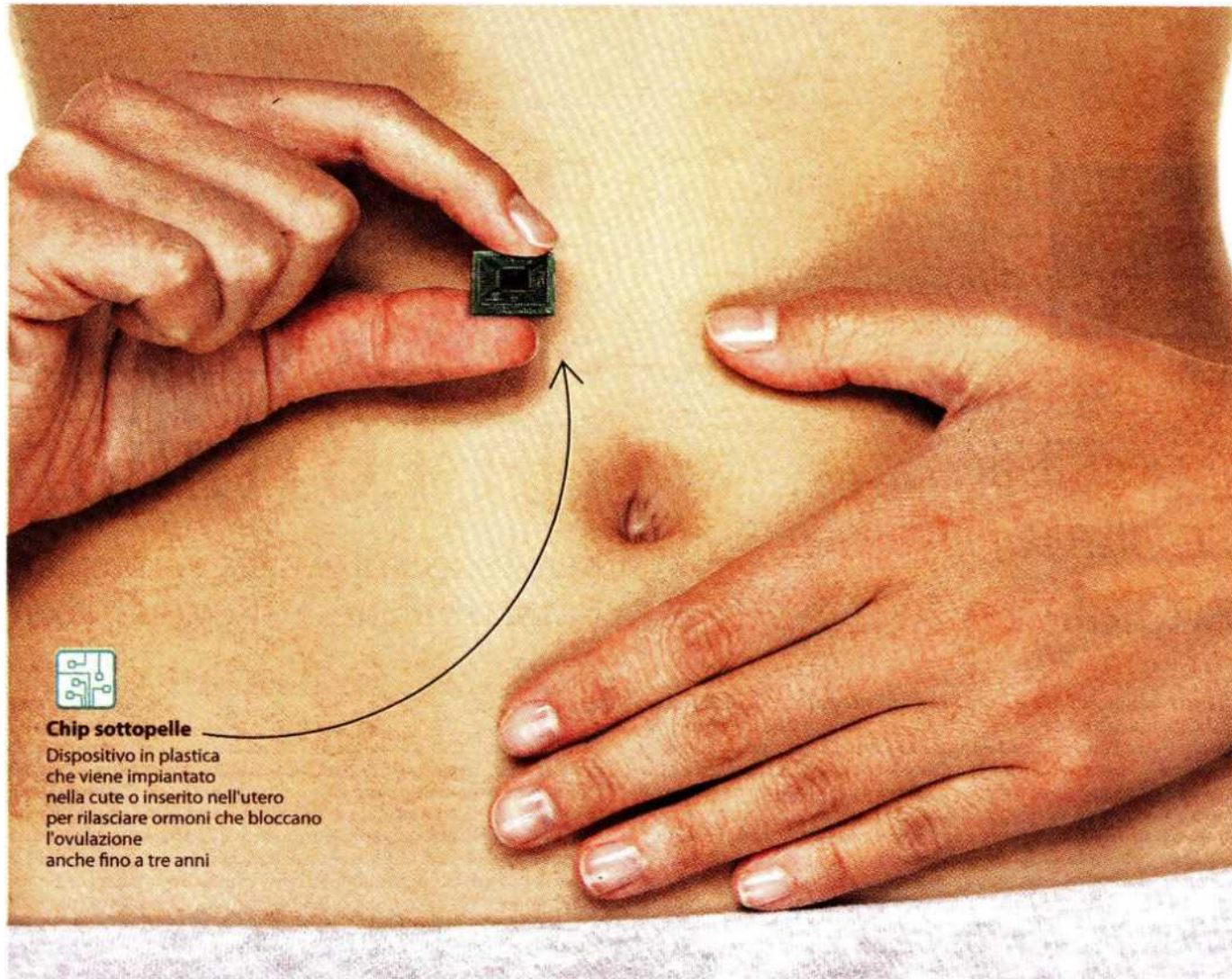
Pillola del giorno dopo

E' una preparazione farmaceutica progestinica che può essere assunta dopo un rapporto sessuale a rischio. Non è un metodo abortivo perché non impedisce l'impianto dell'ovulo



Pillola dei 5 giorni dopo

E' un contraccettivo di emergenza: da poco più di due mesi si vende senza ricetta in Italia. Detiene già il **35%** del mercato



Chip sottopelle

Dispositivo in plastica
che viene impiantato
nella cute o inserito nell'utero
per rilasciare ormoni che bloccano
l'ovulazione
anche fino a tre anni

Le 'istruzioni per uso estivo' degli esperti della Società Italiana di Diabetologia SID

Diabete: 'istruzioni' per il caldo e durante queste vacanze estive

Importante evitare di esporsi a inutili pericoli in questo periodo dell'anno

■ ■ ■ LARA LUCIANO

■ ■ ■ Gli esperti della Società Italiana di Diabetologia hanno messo a punto un decalogo di 'istruzioni per l'uso' a cui i quasi 4 milioni di italiani con diabete dovrebbero fare riferimento.

- 1. Bere abbondantemente** anche se non si ha molta sete per evitare il pericolo di disidratazione e bere ancora di più se si ha sudato molto. Inoltre, i diabetici spesso assumono diuretici e, da poco tempo, sono talora trattati con farmaci anti-diabete (inibitori SGLT-2 o gliflozine) che aumentano le perdite urinarie di glucosio e, con essi, di acqua. Per reintegrare i liquidi perduti la bevanda da preferire è l'acqua oppure il tè fatto in casa, non zuccherato.
- 2. Prestare attenzione all'alimentazione**, anche quando si soggiorna in albergo e sono frequenti le tentazioni dei ricchi buffet o dei menu pantagrulici. È l'occasione per aumentare il consumo di pesce, verdura, frutta e non per togliersi soddisfazioni con dolci e per esagerare coi carboidrati e i grassi.
- 3. Astenersi dal fare attività sportive strenue** se non si è allenati e in generale di fare sport all'aperto nelle ore più calde. Eccellente il nuoto, al mare, al lago o in piscina per la sua capacità di mettere in movimento tutti i muscoli in un contesto fresco.
- 4. Evitare di esporsi troppo al sole** per evitare ustioni o dermatiti da

raggi solari. Le infezioni che possono complicare le lesioni cutanee scompensano il diabete.

5. Evitare di camminare scalzi. Le persone con diabete devono fare attenzione a non riportare lesioni ai piedi e non devono mai camminare scalzi. Al mare è bene usare ciabatte morbide per non scottarsi o ferirsi accidentalmente anche per la ridotta sensibilità alle estremità tipica del diabete.

6. Non trascurare il maggiore rischio di ipoglicemia se si è in trattamento con insulina o con farmaci anti-diabetici orali quali sulfoniluree e glinidi che possono causare ipoglicemia. D'estate ci si muove a volte di più e la glicemia può scendere perché il glucosio è consumato nei muscoli. Durante un soggiorno di vacanza fuori casa può cambiare la qualità o la quantità del cibo e la glicemia può salire meno in occasione del pasto e/o scendere troppo fra un pasto e l'altro.

7. Monitorare con regolarità la glicemia. Anche in estate è indispensabile non abbandonare i periodici controlli glicemici, commisurati al tipo di diabete e alla terapia anti-diabetica. Ricordare che glucometro e strisce per la glicemia non amano il troppo caldo o il troppo freddo, quindi le strisce reattive e lo strumento vanno conservati al riparo dal sole.

8. Valutare la necessità di ade-

guare la terapia antidiabetica. Il riposo riduce lo stress e solo questo cambiamento può far scendere le glicemie. D'altro canto il soggiorno in albergo e le attività ricreative possono determinare una diversa distribuzione dei carboidrati fra i vari pasti e cambiamenti nell'orario di assunzione del cibo.

9. Prevenire le variazioni della pressione arteriosa. Se si soggiorna a lungo in ambienti caldi può essere necessaria una riduzione delle dosi dei farmaci antipertensivi, in particolare dei diuretici. Al contrario, se ci si reca in montagna, la terapia antipertensiva potrebbe meritare un potenziamento perché in alta quota tende a salire.

10. Ricordare di portare con sé farmaci e glucometri. Prima di partire, ricordarsi di procurarsi scorte di farmaci sufficienti per tutto il periodo di vacanza, aumentate di un prudenziale 20-30% per far fronte ad ogni evenienza. Soprattutto l'insulina va conservata in maniera adeguata, senza esporre penne e flaconi ad alte temperature, avendone massima cura.



segui quotidianosanita.it [Tweet](#)  stampa


Disturbi mentali. Tra il 2011 e il 2013 costi sanitari e sociali per 16 trilioni di dollari. Più di cancro, malattie cardiache o diabete

I disturbi mentali sono già nei Paesi ad alto reddito la principale causa di perdita di anni di vita per morte prematura e disabilità (17,4%), seguiti dal cancro (15,9%), dalle malattie cardiovascolari (14,8%), dagli infortuni (12,9%) e dalla malattie muscolo-scheletriche (9,2%).



25 LUG - Secondo un rapporto dell'Harvard School of Public Health e del World Economic Forum, recentemente ripreso dall'Economist in un articolo intitolato "Mental illness. The age of unreason", tra il 2011 e il 2030 il costo delle malattie mentali in tutto il mondo sarà di oltre 16 trilioni di dollari in termini di mancata produzione (in dollari 2010), più di patologie oncologiche, cardiovascolari, respiratorie croniche e del diabete.

I disturbi mentali, intesi sia come patologie psichiatriche quali ansia, depressione o disturbi bipolari, che neurologici, come Alzheimer e demenze, sono già nei Paesi ad alto reddito la principale causa di perdita di anni di vita per morte prematura e disabilità (17,4%), seguiti dal cancro (15,9%), dalle malattie

cardiovascolari (14,8%), dagli infortuni (12,9%) e dalla malattie muscolo-scheletriche (9,2%).

Secondo i dati forniti dall'OCSE, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, nel suo focus "Fare i conti con la salute mentale", la depressione grave, il disturbo bipolare, la schizofrenia e le altre malattie mentali gravi riducono la speranza di vita in media di 20 anni rispetto alla popolazione generale, in modo analogo alle malattie croniche come le malattie cardiovascolari. Il 5% della popolazione mondiale in età lavorativa ha una severa malattia mentale e un ulteriore 15% è affetto da una forma più comune. Una persona su due, nel corso della vita, avrà esperienza di un problema di salute mentale e ciò ridurrà le prospettive di occupazione, la produttività e i salari.

I costi diretti e indiretti della malattia mentale, secondo le statistiche OCSE, possono superare il 4% del Prodotto Interno Lordo (PIL). I costi indiretti includono le spese mediche, dovute a una maggiore necessità di assistenza sanitaria, e i costi per servizi sociosanitari come l'assistenza a lungo termine. La salute mentale inoltre può far lievitare il costo dei trattamenti per altre patologie, ad esempio la terapia del diabete è più costosa quando il paziente soffre anche di depressione e le persone con una salute mentale non buona hanno maggiori probabilità di soffrire anche di cancro e di malattie cardiovascolari.

Circa la metà degli adulti con malattia mentale l'ha sviluppata prima dei 15 anni, per cui l'identificazione e il trattamento precoci possono contribuire anche a ridurre i

costi. Tra le malattie mentali, a livello globale, le demenze sono la seconda causa di disabilità tra la popolazione di età superiore ai 70 anni, con una stima di 44 milioni di persone affette da demenza in tutto il mondo. La demenza è destinata a diventare il 50% più comune nei paesi ad alto reddito e l'80% più comune nei paesi a basso e medio reddito entro il 2030. È la principale causa di più rapida crescita delle disabilità a livello mondiale, e il costo per la società - già stimato in 645 miliardi di dollari USA - è destinato a crescere ulteriormente.

Per i sistemi sanitari e per le Agenzie regolatorie del farmaco questi dati confermano la necessità di far fronte all'impatto di queste patologie non solo sulla salute e sulla qualità della vita della popolazione, ma anche sulla sostenibilità dei costi dell'assistenza, delle terapie farmacologiche e di supporto, anche in considerazione dei livelli ancora troppo bassi di aderenza ai trattamenti che si registrano ad esempio in Italia.

Con riferimento alla depressione, diversi studi osservazionali condotti sul territorio italiano hanno dimostrato che la quota di pazienti che assumono antidepressivi in modo continuativo e appropriato è appena il 20%, mentre circa il 50% sospende il trattamento nei primi 3 mesi di terapia e oltre il 70% nei primi 6 mesi. Questo comporta una ridotta efficacia del trattamento farmacologico con conseguente aumento di complicanze, nonché un aggravio di spesa per il Servizio Sanitario Nazionale.

Dai dati epidemiologici provenienti dalla Medicina Generale emerge che in Italia la depressione maggiore colpisce circa il 12,7% della popolazione, di cui solo il 33,1% assume farmaci antidepressivi; le quote maggiori di pazienti non trattati farmacologicamente sono localizzate al Sud, nella popolazione maschile e tra i pazienti più giovani. L'analisi delle indicazioni riportate dai MMG nelle prescrizioni di antidepressivi, evidenzia che nel 61,4% dei casi è presente una diagnosi di depressione o di sintomi a essa correlati. Una quota rilevante di prescrizioni (32,5%) riporta una diagnosi di ansia e il 10,2% una diagnosi di disturbi neuropsichiatrici (psicosi, disturbi comportamentali ecc.). Meno del 2% delle prescrizioni di qualsiasi antidepressivo ha riguardato disturbi del sonno come l'insonnia (1,9%), così come il trattamento di cefalea o emicrania (1,5%).

L'articolo dell'Economist inoltre offre diversi spunti sulla "relazione statistica tra malattia mentale e lo sviluppo economico", risalendo sino a "Il disagio della civiltà" in cui "Sigmund Freud ha affermato l'idea che la nevrosi sia aumentata in tandem con il profitto. Prima di Freud, un neurologo americano, George Beard, aveva notato che un disturbo nervoso che aveva etichettato nevrastenia (e altri soprannominato "Americanite") era in aumento". Anche l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), scrive John Prideaux sull'Economist, indica che la spesa per servizi in salute mentale aumenta in maniera vertiginosa quando il PIL pro capite tocca quota 20.000 dollari. Più le società sono ricche e maggiori sono le risorse destinate alla diagnosi e al trattamento delle malattie mentali, e al tempo stesso più sono grandi e maggiore è il numero di persone colpite dalle demenze. Questo non perché il progresso economico renda le persone malate. Piuttosto, si deve a una combinazione del profondo effetto che diventare "più ricchi" ha sulla diagnosi e gli standard più stringenti di "comportamento normale" stabilito dai moderni posti di lavoro nel settore dei servizi.

Trattare direttamente con i clienti presenta esigenze differenti per il cervello rispetto al lavoro in una fabbrica o nei campi.

Le rilevazioni indicano che l'incidenza di gravi malattie mentali come la schizofrenia e il disturbo bipolare è abbastanza costante, tra l'1,5% e il 3% della popolazione nel mondo. Per contro, l'incidenza di forme più lievi di disturbo mentale varia molto di più tra e anche all'interno dei paesi. Questo è vero per la depressione comune, l'ansia, il disturbo da stress post-traumatico, il disturbo da deficit di attenzione e molti altri. Nel mondo ricco, queste condizioni nel complesso colpiscono circa il 20% della popolazione. Il governo federale degli Stati Uniti stima che nel 2013 circa 44m della popolazione del paese di circa 325m ha sofferto di un qualche tipo di malattia mentale, con la depressione e l'ansia tra le più comuni.

Interessante in questo senso l'esempio cinese, una società "sulla buona strada per diventare ricca e vecchia" come efficacemente riassunto dall'Economist. Come in ogni società "matura", anche in Cina si sta facendo strada l'aspettativa che sia il settore pubblico a farsi carico del costo del trattamento delle malattie mentali. In Cina, infatti, la cura dei malati di mente continua a gravare in gran parte sulle famiglie e la letteratura in materia è ricca di aneddoti relativi a casi di maltrattamenti inflitti a persone affette da disturbi mentali dai propri familiari. Il sistema psichiatrico della Cina, così com'era, è stato in gran parte chiuso dopo il 1949; il nuovo governo comunista non prevedeva la malattia mentale in una società razionalmente ordinata. Come detto, assieme al PIL, è cresciuta la domanda di assistenza per la salute mentale.

Nel 2012 la Cina ha approvato la sua prima legge nazionale sulla salute mentale.

Il trattamento e l'assistenza non sono l'unica sfida nel campo dei disturbi della mente, ve ne è una ancora più a monte, quella della diagnosi. In assenza di una corretta comprensione della malattia mentale, disturbi vari, sindromi e tratti caratteriali che sono etichettati come tali sono spesso solo descrizioni ingegnose di sintomi variabili.

In America, le compagnie di assicurazione si basano sulle definizioni fornite dal Diagnostic and Statistical Manual (DSM) dell'American Psychiatric Association per determinare ciò che conta come malattia e ciò che è solo all'interno della consueta gamma di variazioni dalla norma. Ogni edizione del DSM rimuove alcuni disturbi e ne aggiunge altri. (L'OMS mantiene il proprio sistema, chiamato classificazione internazionale delle malattie, o ICD, le cui definizioni differiscono dal DSM).

La più recente edizione del DSM elenca circa 300 malattie mentali. Ma i sintomi della depressione lieve sono così diversi dagli effetti invalidanti del genere grave che le due cose probabilmente non dovrebbero condividere lo stesso nome, e nessuno dei due ha molto in comune con, ad esempio, il disturbo da stress post-traumatico (PTSD).

La scelta della definizione, che è a sua volta soggetta a modifiche, ha un effetto sulla diagnosi. Ma ciò che i medici cercano di definire con precisione è anch'esso mutevole. All'inizio del 20° secolo una diagnosi di disturbi nervosi era comune in Occidente. Oggi tali disturbi sono stati sostituiti da condizioni quali l'ansia e la depressione. I sintomi cambiano non solo nel tempo, ma da luogo a luogo. "Dire che una persona ha un disturbo del comportamento non significa la stessa cosa in Mozambico o a Manhattan", afferma Shekhar Saxena, che gestisce il braccio di salute mentale dell'OMS. "In alcuni luoghi sentire voci è considerato normale, anche desiderabile quando parte di un'esperienza religiosa. In altri potrebbe essere motivo di prescrizione di farmaci antipsicotici. La differenza è soggettiva: gli psichiatri sono solitamente interessati solo a voci che sono angosciosamente insistenti o che dicono qualcosa di spiacevole".

Altri fattori che influenzano l'incidenza della malattia mentale sono la disponibilità delle persone a parlarne. Alcuni potrebbero non voler ammettere di avere dei problemi. D'altra parte, le regole per l'accesso a indennità per motivi di salute possono fornire un incentivo per la diagnosi di ansia o depressione.

La diagnosi è anche sensibile ai progressi della farmacologia. L'attuale popolarità degli antidepressivi, che sono assunti da un americano su dieci di qualsiasi età, ha molto a che fare con il successo delle aziende farmaceutiche nell'aver trovato forme di somministrazione di farmaci che sono sicure e non hanno effetti collaterali. Gli antidepressivi che agiscono sulla serotonina, un neurotrasmettitore che influenza l'umore, sono esistiti fin dagli albori della "jet age", ma si sono diffusi solo una volta che sono stati sviluppati farmaci come il Prozac, che erano convenienti e considerati sicuri (e quindi facili da prescrivere per i medici di

famiglia). L'uso di farmaci psichiatrici a volte sembra quasi un'epidemia nel mondo ricco, ma può diminuire come aumentare. "Alla fine degli anni Novanta – riporta l'Economist – la Francia è stata leader mondiale nel malessere, con circa il 30% dei cittadini che assumevano psicofarmaci, ma da allora i numeri sono diminuiti. La terapia cognitivo-comportamentale, che si propone di rompere gli schemi autodistruttivi di pensiero e di sostituirli con qualcosa di più positivo, si è rivelata efficace, almeno quanto i farmaci per il trattamento della depressione lieve e sta diventando più largamente disponibile".

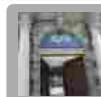
Lo scenario prefigurato è quindi quello di una prossima grande "epidemia" sanitaria. "A causa del legame tra sviluppo economico, invecchiamento e malattia mentale – conclude infatti l'Economist – i prossimi decenni rischiano di assomigliare a un'età dell'irragionevolezza".

Fonte: articolo pubblicato su agenziafarmaco.gov.it

25 luglio 2015

© Riproduzione riservata

Altri articoli in Scienza e Farmaci



Epatite C. La Gilead restituirà 41 milioni di euro come pay back per i farmaci Sovaldi e Harvoni



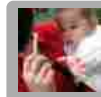
Ema. Agenzia europea dà il via libera a 10 nuovi farmaci. Dalla malaria al colesterolo



Malaria. Pronto il primo vaccino. Arriva il via libera dell'Agenzia europea. Efficace nel 56% dei bambini tra 5-17 mesi



Epatite. Oms: "Muoiono 1,4 mln di persone all'anno. Più prevenzione e trattamenti per tutti i malati". Il 28 luglio la Giornata mondiale



Divieto fumo in auto. I medici: "Bene ma necessario sensibilizzare i genitori su quello di 'terza mano'"



Melanoma. Sì dell'Ue a pembrolizumab

OS newsletter

ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER

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

OS gli speciali



Manovra sanità e riordino Aifa. Gli emendamenti del Governo

tutti gli speciali