

Martedì 30 GIUGNO 2015

Neonati. Dalla Sin i consigli ai genitori per affrontare i primi 30 giorni con il bebè

Dai primi momenti dopo il parto all'allattamento, dagli screening alla prima settimana a casa, fino ai controlli medici e ai possibili problemi di salute. Tutte le rassicurazioni e in consigli della Società italiana di neonatologia per affrontare al meglio un momento lieto ma al tempo stesso "traumatico" per le mamme ed i papà colti da dubbi e incertezze.

L'arrivo di un bebè è un momento lieto, ma allo stesso tempo "traumatico" per mamma e papà, che vengono assaliti da mille dubbi e incertezze. Una nuova vita sta per nascere e ciò che più conta è affrontare l'evento nel modo giusto. Ecco i consigli della Società italiana di neonatologia per rassicurare e consigliare i futuri genitori, dalla scelta del punto nascita ai primi controlli, dall'allattamento alla vita in casa.

È nato: un bel respiro e poi il taglio del cordone

Appena il bimbo viene alla luce viene sollevato per farlo vedere a mamma e papà, ma subito dopo si susseguono dei passaggi importanti, sia pure veloci. Innanzitutto si liberano le vie aeree con un sondino, dopodiché, prima ancora di clampare il cordone ombelicale, si attende che il bimbo compia almeno 2-3 atti respiratori. E' un'attesa importante da rispettare, che consente al sangue placentare di passare al bebè e di ossigenarlo meglio, prevenendo disturbi come anemia neonatale o cali pressori. Nella pancia della mamma infatti il polmone non riceve sangue, ma è solo con i primi atti respiratori che i polmoni si espandono ed il sangue può irrorarli efficacemente. Per favorire l'afflusso, il neonato viene appoggiato su un piano leggermente più basso rispetto alla mamma, anche se sono le stesse contrazioni uterine, unitamente agli atti respiratori del neonato, a pompare il sangue verso il bambino.

Dopo 1 minuto: il primo test di Apgar

Ad un minuto dalla nascita, si valuta il primo Indice di Apgar, con il quale si verifica il benessere del neonato attraverso 5 parametri: la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, i riflessi, il tono muscolare ed il colorito.

Finalmente in braccio a mamma

Dopo queste operazioni, che in tutto durano pochi istanti, il piccolo viene asciugato, avvolto in un telo ed appoggiato finalmente alla mamma. E' molto importante perché così si evita un raffreddamento corporeo che può essere pericoloso. Va bene anche il contatto pelle a pelle, ma la schiena deve essere ben protetta.

L'attaccamento precoce al seno

Una volta in braccio alla mamma, il bambino può essere attaccato al seno. Si tenga presente che nella prima mezz'ora di vita in genere il neonato è molto attivo, dopodiché segue una fase fisiologica di rilassamento dopo lo stress del parto, in cui è normale che si addormenti. Ecco perché i 20-30 minuti successivi alla nascita sono quelli ideali in cui cominciare ad allattarlo, per stimolare da subito la produzione del latte e favorire il legame mamma-bambino.

Dopo 5 minuti: il secondo Indice di Apgar e poi la visita e la vestizione

Anche se il bambino è ancora in braccio alla mamma, dopo 5 minuti è necessario valutare il secondo Indice di Apgar, con il quale si valutano nuovamente gli stessi parametri di prima e si conferma che sia

tutto a posto. Trascorso qualche altro minuto, il bambino viene prelevato per essere lavato, pesato e visitato dal neonatologo, che controlla in modo più accurato il respiro, sente il cuore, palpa la pancia, controlla naso, bocca, orecchie e genitali; infine si medica il cordone ed il piccolo viene vestito. Nel frattempo la mamma resta sul lettino della sala parto per il secondamento e per la sutura di eventuali lacerazioni.

Le 2 ore successive al parto

Nelle 2 ore successive al parto la donna resta in osservazione in una stanza attigua alla sala parto. E il neonato? E' probabile che a questo punto si sia già addormentato, per questo è meglio che anche la mamma si rilassi e il bimbo sia portato nel nido, dove può riposare nelle condizioni ed alla temperatura ottimali e dove soprattutto le puericultrici ed il neonatologo possono effettuare periodicamente i controlli di battito e respiro.

E se c'è stato il cesareo?

La prassi non cambia di molto se la donna ha partorito con il cesareo. Dal punto di vista pratico, l'unica differenza del cesareo è che difficilmente la mamma potrà abbracciare o attaccare suo figlio al seno appena nato, visto che ha una flebo ad un braccio ed è molto più limitata nei movimenti; di solito lo si avvicina alla mamma per il primo contatto visivo ed anche per un bacio e poi si completa l'intervento chirurgico, mentre il neonatologo effettua la visita.

Comincia il lavoro della mamma e dei genitori

Superata la fase dell'adattamento neonatale precoce, l'organismo del neonato presenta alcune importanti modificazioni fisiologiche, tra cui il Calo Fisiologico neonatale. Dopo la nascita tutti i neonati presentano un calo del peso che è dovuto alla perdita di liquidi non compensato dall'apporto alimentare (pochi liquidi ingeriti). Solitamente è inferiore al 10% e non richiede alcun provvedimento.

Perdita di peso: come si valuta se il calo è fisiologico

Se si verifica una perdita di peso superiore al 10%, o più del 5% al giorno, che non è più considerato "fisiologico", è importante eseguire dei controlli specifici (controllo della diuresi e della concentrazione di sodio nel siero al fine di evitare possibili complicanze).

Se il calo è tra il 7% e il 10% si integra l'allattamento al seno con latte artificiale (aggiunta di latte dopo la poppata al seno) in modo da garantire al neonato l'apporto adeguato, si controlla la diuresi (semplice osservazione) e si danno indicazioni ai genitori sull'alimentazione al seno. Se il calo di peso è maggiore del 10% si controlla la diuresi con il peso del pannolino, si eseguono esami ematochimici (natremia e creatininemia) e si suggerisce un'integrazione alimentare con latte artificiale dopo la poppata al seno. In questo caso la dimissione può essere condizionata dall'esito dei controlli e deve essere fatta solo in assoluta sicurezza per il neonato. E' ovvio che per compensare il calo fisiologico è importante un avvio precoce e idoneo dell'Allattamento al seno.

Non ho latte! Quando arriva il latte?

E' normale che i primi giorni dopo il parto, le mamme (soprattutto le primipare) non abbiano latte. La montata latte si realizza solitamente dopo 2-3 giorni dal parto, talvolta anche 4-5 giorni nelle mamme al primo figlio. Nel frattempo, il neonato va attaccato al seno ogni qualvolta ne manifesti il bisogno (comunque ogni 2 ore) perché viene soddisfatto dal colostro che è il primo prodotto della ghiandola mammaria, che è ricco di proteine, sali minerali, vitamine e fattori che stimolano il sistema immunitario, favorisce la maturazione dell'intestino e lo prepara a ricevere il latte maturo.

Come è possibile che il mio bambino si accontenti di così poco?

I neonati a termine e di peso appropriato sono dotati di scorte di grasso e di glicogeno accumulate durante la vita fetale proprio per disporre, alla nascita, di un piccolo patrimonio calorico, in attesa che il loro sistema gastrointestinale si adatti progressivamente a ricevere quantità crescenti di alimento.

Quando devo allattare?

E' importante attaccare il neonato al seno appena possibile e frequentemente nei primi giorni di vita poiché la suzione dal capezzolo è l'unico stimolo veramente efficace per la produzione del latte. Ogni poppata dovrebbe durare in tutto circa 20-30 minuti (non più di 10-15 minuti per seno) alternando il seno da cui si inizia. In fase di avvio dell'allattamento le poppate sono a richiesta del neonato, ma è

bene non far passare più di 2-3 ore tra una poppata e l'altra. Se il neonato dorme un buon sistema per svegliarlo può essere quello di cambiargli il pannolino e lavarlo.

Come allattare? Il bambino non riesce ad attaccarsi! Ho il seno gonfio!

Per favorire la produzione e l'eiezione del latte, ridurre il gonfiore e l'ingorgo mammario è fondamentale il massaggio delle mammelle, lo stiramento e la rotazione del capezzolo. Normalmente queste manovre, così come la posizione da assumere durante l'allattamento e il modo di sostenere il seno e porgere il capezzolo per facilitare la suzione, sono illustrate dal personale (ostetriche e infermiere che aiutano nell'accudimento del neonato).

Terminata la poppata è bene aiutare il neonato a fare il "ruttino" tenendolo per qualche minuto in posizione verticale con il capo appoggiato alla spalla (se non lo fa non c'è da preoccuparsi!).

Una volta superata la fase di avvio che richiede un progressivo adattamento di mamma e neonato, tutto sarà molto semplice!

Il bambino è calato di peso, il latte materno è sufficiente?

Il calo di peso nei primi giorni di vita fino al 10% del peso di nascita è assolutamente fisiologico e non deve destare preoccupazione. Durante la degenza in ospedale i neonati sono pesati tutti i giorni e se il neonato ha un calo di peso eccessivo si provvederà ad una temporanea integrazione dell'allattamento al seno che non pregiudicherà in alcun modo la riuscita dell'allattamento stesso.

L'ittero neonatale

Già dal giorno dopo la nascita può comparire un colore giallastro della cute: è l'ittero neonatale.

Nella vita fetale la bilirubina viene eliminata dalla placenta. Alla nascita il fegato non è maturo per questa funzione, ma la acquisisce nei primi giorni di vita. Il neonato ha un numero elevato di globuli rossi e produce più bilirubina di un adulto con conseguente progressivo aumento dei valori di bilirubina. Il prematuro ha una iperbilirubinemia più grave e richiede controlli più accurati.

L'ittero si manifesta, di solito, nei primi 2-5 giorni di vita. In questo periodo è necessario valutare l'ittero cutaneo (visivo o con la determinazione transcutanea) per decidere se eseguire la bilirubinemia serica e con quale frequenza controllarla in funzione dell'ora di vita del neonato. Infatti, se la bilirubinemia serica aumenta sino a livelli superiori a quelli considerati normali per l'ora di vita si effettua un trattamento con la fototerapia per ridurre i livelli di bilirubinemia e prevenire eventuali danni neurologici, che consiste nell'esposizione del neonato a una fonte luminosa di specifica lunghezza d'onda in grado di degradare la bilirubina che viene eliminata senza la necessità del metabolismo epatico. Va considerato come fenomeno fisiologico e tende ad autolimitarsi nei primi 7-10 giorni di vita.

Gli screening

Superati i primi due giorni di vita in ospedale ci si accinge ad andare a casa. Purtroppo o per fortuna la degenza in ospedale sta per finire e prima della dimissione il neonato viene sottoposto ad alcuni screening neonatali.

Gli Screening metabolici

Eseguiti su sangue prelevato dal tallone, servono ad identificare alcune malattie che possono essere curate prima che diano sintomi gravi: ipotiroidismo congenito, fenilchetonuria, fibrosi cistica, galattosemia, leucinosi e omocistinurie. In assenza di notizie entro il mese di vita lo screening va considerato negativo (normale).

Screening neurologico neonatale

Il test serve solo a verificare la normalità neurologica e ad escludere la necessità di indagini specifiche. In molti anni di esperienza si è verificato che sottoponendo un neonato "apparentemente normale e senza rischio neurologico" a uno specifico esame neurologico è possibile identificare neonati con problemi neurologici altrimenti non identificabili.

Screening audiologico

Il test è rapido, semplice e non invasivo.

Riflesso Rosso Retinico

Si verifica la trasparenza dei mezzi diottrici dell'occhio e serve a escludere forme di cataratta congenita,

il retinoblastoma o altre anomalie più rare. Se il test è negativo sarebbe bene ripeterlo nelle visite pediatriche successive nei primi sei mesi di vita. In caso di positività o dubbio si esegue visita specialistica oculistica.

Saturazione emoglobinica

Questo test non esclude in modo assoluto la cardiopatia, ma identifica alcune delle cardiopatie neonatali asintomatiche. La maggior parte delle cardiopatie congenite si presenta con segni clinici alla nascita. Una piccola parte può sfuggire all'ecografia morfologica prenatale, può non avere sintomi evidenti e viene ricercata mediante la misurazione della Saturazione emoglobinica prima della nascita.

Manovra di Barlow-Ortolani

Si esegue sia alla nascita sia prima della dimissione e serve a verificare la normalità dell'articolazione dell'anca. In tal modo si diagnosticano la lussazione congenita dell'anca e la Displasia dell'anca. La manovra deve essere ripetuta nei primi mesi di vita ed è consigliabile eseguire sempre anche l'Ecografia delle anche nel corso del terzo mese di vita.

Le dimissioni

Genitori e figlio sono pronti per andare a casa dove li aspetta un adattamento ancora più complesso di quello che hanno vissuto in ospedale. Infatti, l'ospedale è un luogo in cui si sentivano protetti e avevano punti di riferimento (ostetrica/o, pediatra, infermiera pediatrica/puericultrice) costanti e sempre presenti. Persone cui poter fare domande per avere risposte a qualsiasi dubbio.

Purtroppo problemi economici, così come convinzioni di dover demedicalizzare l'evento nascita, hanno anticipato di molto la dimissione dei neonati dall'ospedale e questa avviene quando ancora alcuni eventi neonatali non sono completati (vedi l'ittero o il recupero del peso) e quando l'allattamento non è ancora completamente avviato (soprattutto nelle primipare e nelle donne che hanno fatto un taglio cesareo).

Una volta a casa

Per la prima settimana a casa la mamma dovrebbe pensare solo ad allattare il proprio figlio.

Il neonato si autoregola nell'appetito e piange quando ha fame. Questo è certamente vero quando il colostro iniziale si sarà trasformato in latte maturo (15-20 giorni dopo il parto), ma fino a quel momento cercare un ritmo sarà utile per il neonato e per il seno materno. Se si attacca il neonato al seno ogni 2-3 ore e si cerca di allungare il tempo tra una poppata e l'altra non c'è dubbio che si facilita l'assunzione di quantità di latte maggiori perché il seno ha più tempo per riempirsi. Nello stesso tempo un neonato che mangia quantità sempre maggiori tende ad assumere un ritmo di poppate inferiori lasciando alla madre il tempo di recuperare (forze e sonno).

Ma la mamma è spesso in ansia perché non sa se il suo latte va bene. E allora il consiglio più semplice è quello che spesso non viene dato. Se è vero che il latte è l'alimento ideale per un neonato perché garantisce un apporto proporzionato di liquidi e di calorie, basterà verificare che il neonato bagni il pannolino con regolarità (segno che i liquidi bastano) e che inizi a crescere dopo il calo ponderale (non importa quanto, ma che cresca).

Bisogna rassicurare le mamme che se si somministra qualche liquido (acqua, camomilla, tisana) al neonato questo si attaccherà comunque al seno. Lo stesso dicasi in caso di utilizzo del ciuccio come pacificatore. L'importante è che la mamma sia profondamente convinta di allattare; è questo che fa la differenza tra chi allatta e chi non allatta. Infine, ci sono donne, per fortuna poche, che non riescono ad allattare; non si debbono sentire aliene e frustrate se ci hanno provato fino in fondo e non ci sono riuscite.

Il primo controllo

Normalmente questo primo controllo si fa 4-7 giorni dopo la dimissione, generalmente nello stesso ospedale dove è nato il bambino, ma se la madre ha già identificato il pediatra di famiglia lo può organizzare anche autonomamente. L'importante è che rispetti i tempi del controllo. Perché il neonatologo/pediatra che ha dimesso il neonato dall'ospedale ha identificato un tempo che è utile per verificare che l'adattamento post-natale continui in modo idoneo. Ciò in riferimento al peso del neonato e al recupero del peso della nascita, all'autonomia nutrizionale (vedi sopra) e all'eventuale presenza di un ittero in via di regressione. Ritardare il controllo potrebbe far correre al neonato qualche rischio aggiuntivo non dovuto.

Se tutto procede per il meglio, il successivo controllo - questo sì dal pediatra di famiglia - si fa verso i

15-20 giorni. A questo punto sarà caduto il moncone ombelicale e sarà verificata la cicatrice ombelicale, sarà ripetuta la manovra per verificare lo stato dell'anca, potrebbe essere ripetuto il riflesso rosso oculare e la valutazione neurologica confermerà che il periodo neonatale (che termina a 28 giorni di vita) si sia svolto nella normalità.

Se invece a 4-7 giorni si verificherà qualche evento non del tutto fisiologico sarà necessario operare i controlli del caso e sarà compito del pediatra che visita il neonato programmare controlli ed eventuali esami.

I primi problemi...

L'allattamento non si è avviato bene e il neonato non cresce di peso: il pediatra valuterà se c'è spazio per tentare ancora solo con il latte materno o se è necessario integrare l'alimentazione con un latte formulato. Spesso bastano i consigli giusti e rassicurare la madre per far proseguire adeguatamente un allattamento al seno. Se così non fosse il pediatra si deve adoperare per non far sentire la madre incapace e inadeguata (guai a fomentare la depressione post-partum!).

Il neonato ha dolori di pancia (coliche?) e non sembra gradire il latte materno? Bisogna convincersi tutti che non esiste il neonato che ha problemi con l'allattamento materno (esclusi gli intolleranti al lattosio, che sono pochi). Il neonato è ancora itterico: sarà il pediatra a giudicare se è necessario fare la determinazione della bilirubinemia. Ma attenzione! Se il neonato si alimenta al seno e cresce bene spesso l'ittero non ha significato patologico e guai a sospendere l'allattamento per verificarne la scomparsa. Non serve a nulla e può creare problemi al prosieguo dell'allattamento.

Non ci sono normalmente altri problemi.

Molto importante, al momento del ritorno a casa, è mantenere un equilibrio tra le esigenze di tutti i componenti della famiglia. L'allattamento impegna molto la mamma e così essa avrà necessità di essere aiutata in tutti i modi possibili. D'altra parte il neonato deve trovare un ambiente confortevole con temperatura (20-22° gradi) e umidità (50%) adeguate, poco rumoroso (non è necessario il silenzio, ma vanno evitati gli eccessi) che aiuteranno a rispettare i ritmi sonno/veglia del neonato e consentiranno alla mamma di avere delle pause di riposo.

OMEOSTASI Gli endocrinologi in prima linea per il nostro benessere

Gli ormoni regolano la vita

Ipofisi, tiroide, surreni, pancreas e fattori riproduttivi, ci condizionano

Luigi Cucchi

— A Brescia, nell'aula magna dell'università, si terrà domani e dopo una riunione di endocrinologi (Terzo incontro del Clinical Update in endocrinologia e metabolismo). Questi specialisti sono in prima linea per la prevenzione, convinti che la salute del Terzo millennio dipende anche dagli ormoni. Molti dimenticano. Nella società di oggi vi sono sempre più padri e madri- nonni che pensano di poter procreare e gestire figli a qualsiasi età. Altri parlano di società di genere. Gli endocrinologi invitano a riconsiderare alcune scelte fondamentali per la nostra vita: l'età anagrafica e l'attività ormonale regolano la nostra fisiologia. Con l'avanzare dell'età aumentano inevitabilmente anche le patologie croniche: in Europa secondo l'European Health Report sono responsabili dell'86% dei decessi. Lo specialista endocrinologo è un esperto della salute riproduttiva e del benessere globale dell'individuo.

«L'endocrinologo costituisce il perfetto connubio tra il medico generalista e il medico internista», afferma Andrea Lenzi, da poco presidente della Società italiana di endocrinologia e professore ordinario all'università La Sapienza. «Ci si dovrebbe rivolgere a

questo specialista tutte le volte che si avverte qualcosa di diverso dallo standard delle funzioni del proprio organismo. Un controllo ormonale è d'obbligo specie tra i 30 e i 40 anni, se non si è fatto prima, e può cambiare in meglio la qualità della vita. I disordini tiroidei, il malfunzionamento dell'ipofisi, le alterazioni della sessualità e della sfera riproduttiva maschile e femminile, ma anche le problematiche nutrizionali e la salute endocrinologica di genere, sono al centro della nostra attività».

Il ruolo della prevenzione nelle varie fasce di età è cruciale e non solo nel campo della fertilità. Una alimentazione scorretta che porta a disordini ormonali che generano diabete, obesità o, al contrario, anoressia, e alla formazione di tessuto adiposo che, contrariamente a quanto si riteneva in passato, viene oggi considerato un vero e proprio organo endocrino capace di secernere ormoni e interagire con altre strutture endocrine, vanno combattuti e modificati il più precocemente possibile così come è perentorio identificare nei primi anni di vita alterazioni che possono essere curate e non dare conseguenze drammatiche sulla salute.

«Recentemente la disciplina endocrinologica ha posto grande attenzio-

ne alla prevenzione primaria e secondaria mirate a interventi sullo stile di vita dannoso e sui fattori di rischio ambientali, in particolare sui nuovi fattori di rischio che vengono definiti interferenti endocrini, sempre più chiamati in causa, che riguardano un gruppo di sostanze che agendo attraverso vari meccanismi appaiono correlati ad un incremento dello sviluppo di tumori, malformazioni genitali, alterazioni del liquido seminale, sterilità, alterazioni della pubertà nella donna, del ciclo mestruale, dell'ovaio e della fertilità. Gli ormoni - precisa Lenzi - danno segno di sé solo quando sono realmente in eccesso o in difetto, ma siamo in grado di accorgerci per tempo delle alterazioni in arrivo con un semplice prelievo di sangue e una visita adeguata».

L'alimentazione gioca un ruolo decisivo nello scacchiere ormonale. Sia la qualità che la quantità dei cibi possono influenzare in maniera importante non solo la produzione dei singoli ormoni ma il loro funzionamento a livello degli organi bersaglio. L'obesità o l'eccessiva magrezza sono causa del 12% dell'infertilità. Il diabete si sta diffondendo in modo allarmante nei paesi civilizzati. È questa una espressione tipica dei disordini endocrini e metabolici che vanno controllati nel tempo.



LENZI
L'attività ormonale è vitale per la nostra fisiologia: opportuni controlli clinici e di laboratorio in caso di anomalie ricorrenti



Dolore, in 13milioni senza le terapie

**A SULMONA
UNA SCUOLA EUROPEA
PER INSEGNARE
AI MEDICI LE CURE
ANTALGICHE
PIÙ INNOVATIVE
LO STUDIO**

Il dolore non curato è inutile per il paziente e dannoso per le casse pubbliche. Pesa su costi complessivi del Servizio sanitario nazionale per una percentuale che va dal 18 al 23%. «Al dolore non bisogna abituarsi. Per questo, combatterlo con l'ausilio di tecniche innovative, in modo concreto e quindi definitivo, deve essere un obiettivo del servizio sanitario». Lo afferma il presidente di Federdolore-Sicd, Francesco Amato. «Il dolore non trattato o mal gestito in termini di ricorso al pronto soccorso di ricoveri inappropriati, di utilizzo di esami o di farmaci non efficienti, impatta sulla spesa sanitaria nazionale fino al 23%». In Italia 13 milioni di persone soffrono di dolore cronico. La maggior parte sono donne. Generalmente si crede che questo problema riguarda solo i malati di tumore, mentre, al contrario, sono tante le patologie che la terapia antalgica può alleviare contribuendo ad ot-

tenere una migliore qualità di vita: dall'emicrania all'endometriosi, dalla fibromialgia all'artrosi.

LE LEGGI

Eppure, in questo campo, nonostante il Parlamento abbia approvato all'unanimità una legge per garantire ad ogni cittadino le terapie necessarie, l'Italia è ancora molto indietro. I dati dell'Ue parlano chiaro: siamo all'ultimo posto in Europa nel consumo di farmaci antidolorifici adeguati, ovvero oppioidi, cannabinoidi e derivati mentre siamo al primo posto nel consumo procapite di farmaci di antinfiammatori non steroidei. Proprio per incrementare la cultura del non-dolore, la Fondazione Isal, Istituto di Scienze Algologiche nata nel '93 e diretta da William Raffaelli a Rimini, è stato deciso di aprire una sede in Abruzzo, a Sulmona, sotto la guida di Gianvincenzo D'Andrea. E' un progetto europeo, con corsi in lingua italiana ed inglese, rivolto a medici di tutta la Ue. La scuola di alta formazione parte con la prima masterclass su «Il governo clinico della terapia con farmaci della classe oppioide e cannabinoide». E' intitolata a Giovanni Leonardis, abruzzese, recentemente scomparso, padre della Terapia del dolore in Italia.

R.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

Uomini e donne, diversi anche nel dolore

Il sistema attraverso cui percepiamo gli stimoli è differente. La scoperta apre ora allo sviluppo di farmaci antidolorifici mirati a seconda del sesso



Nell'eterna lotta tra uomini e donne su chi sopporta meglio il dolore –non sai cosa si prova a partorire, questa la frase più gettonata- nessuno uscirà vincitore. Il motivo è molto semplice: i due sessi percepiscono gli stimoli dolorosi con meccanismi differenti l'uno dall'altro. Una scoperta che potrebbe ora portare allo sviluppo di nuove molecole disegnate su misura a seconda del sesso. Ad affermarlo –i risultati sono stati pubblicati dalla prestigiosa rivista Nature Neuroscience- sono i ricercatori della McGill University di Montreal (Canada).

I meccanismi del dolore sono differenti

Come spiega il professor Jeffrey Mogil, uno degli autori dello studio, «Da tempo la ricerca ha dimostrato che gli uomini e le donne hanno una sensibilità diversa al dolore. Queste ultime soffrono maggiormente il dolore cronico. Nonostante la differenza gli scienziati hanno sempre pensato che nei due sessi il meccanismo con cui lo stimolo doloroso arriva al cervello sia identico». Una convinzione che in realtà si è rivelata errata.

Lo studio

Per arrivare al curioso risultato gli scienziati della McGill University hanno esaminato la risposta cellulare al dolore in due gruppi di topi suddivisi per sesso. Dalle analisi è emerso che nei maschi, agendo farmacologicamente con un antidolorifico sulle cellule della microglia, era possibile spegnere l'infiammazione e la percezione del dolore. Al contrario nelle femmine, pur agendo sullo stesso bersaglio, il sintomo doloroso persisteva.

Farmaci più mirati

Il risultato costringe ora i ricercatori a ripensare alla lotta al dolore: «Topi e umani possiedono un sistema nervoso molto simile. Capire le vie attraverso cui il dolore si propaga nei due sessi è assolutamente essenziale nella progettazione dei farmaci antidolorifici di nuova generazione. I risultati che abbiamo ottenuto ci indicano la direzione nella quale andare» afferma Michael Salter, il principale autore della ricerca.

La ricerca deve considerare anche i topi femmine

Ma i risultati ottenuti dagli scienziati canadesi aprono ora interessanti scenari anche nella ricerca di base. Questa scoperta infatti conferma ancora una volta l'importanza di effettuare test clinici e pre-clinici che vedano protagonisti i due sessi. Un'indicazione, sposata dal National Institutes of Health statunitense, più che mai necessaria alla luce delle differenze biologiche.

Metastasi ossee, un nuovo trattamento riduce notevolmente il dolore



30 giugno 2015

Si chiama STAR ed è una nuova procedura grazie alla quale i pazienti con dolore da metastasi ossee possono finalmente avere sollievo dal male senza complicazioni come quelle derivanti dai trattamenti analgesici farmacologici in questi soggetti. Questa metodica che si basa sull'energia delle onde radio e microonde ed è stata studiata presso il Sandra and Malcolm Berman Brain & Spine Institute at LifeBridge Health riesce ad attaccare il tumore che sta mangiando l'osso e a ridare un minimo di respiro ai pazienti. Il tumore non sparisce ma il dolore si riduce notevolmente.

Molti pazienti con tumori avanzati provano dolore in misura elevata. Tale dolore quando è causato da metastasi (soprattutto nel caso di cancro che si sono diffuse lungo la colonna vertebrale) può essere straziante perché la crescita del tumore può sostituire le ossa.

Questo si attua soprattutto quando il tumore è a contatto con un nervo.

Anche se i farmaci possono contribuire ad alleviare il dolore, molti di essi hanno effetti collaterali e non affrontano la questione di fondo della crescita tumorale.

I medici del Sandra and Malcolm Berman Brain & Spine Institute at LifeBridge Health stanno offrendo una nuova tecnica per ridurre il dolore da questi tumori spinali. Il sistema di ablazione del tumore STAR utilizza le onde radio e l'energia delle microonde per riscaldare e distruggere i tumori.

Il chirurgo poi deposita un cemento liquefatto per stabilizzare l'osso.

"Molti tumori, tra cui la prostata, melanoma e il cancro al seno, possono diffondere alla spina dorsale, causando una grande quantità di dolore per i pazienti che già stanno affrontando altri problemi medici tra diagnosi e trattamento del cancro", ha precisato il dott. James Frazier, neurochirurgo e specialista della colonna vertebrale presso il Sandra and Malcolm Berman Brain & Spine Institute at LifeBridge Health.

"Con il trattamento STAR, siamo in grado di ridurre o eliminare il dolore e migliorare la qualità della vita di questi pazienti", ha aggiunto il dottor Frazier.

Durante la procedura, i medici usano una guida a raggi X per posizionare una sonda attraverso una piccola

incisione nel tumore spinale. Quindi, utilizzando una antenna a onde radio orientabile, l'energia a microonde riscalda il tumore a 120 gradi per distruggere le cellule. Tuttavia, quando il tumore viene distrutto, la colonna può essere instabile, così i chirurghi aggiungono un cemento liquido per riempire il vuoto lasciato dal tumore e sostenere l'osso.

I medici spesso eseguono la procedura utilizzando solo una leggera sedazione, anestesia locale e una piccola incisione, e di solito prendono meno di un'ora.

Il paziente in genere può tornare a casa il giorno stesso.

"E' importante capire che, mentre questo procedimento allevia il mal di schiena, non cura il cancro sottostante. Tuttavia, il dolore da questi tumori spinali può essere debilitante, per cui qualsiasi metodo che porta sollievo può fare una grande differenza per questi pazienti. Mentre il cancro purtroppo è ancora lì, il dolore non lo è", ha sottolineato il dott. Frazier.

Ci sono delle eccezioni, infatti i tumori della colonna vertebrale cervicale, o superiore, non possono essere trattati con questa procedura. Inoltre, i pazienti con pacemaker o altri impianti elettronici non sono eleggibili per questo trattamento.

Emilia Vaccaro

LifeBridge Health Offers New Technique Using Microwave Energy to Ease Pain from Spinal Tumors.

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

<http://www.adnkronos.com/salute/sanita/>

184mila morti l'anno legate al consumo di bibite zuccherate

Nel mondo le bevande zuccherate sarebbero responsabili ogni anno di 184 mila decessi tra gli adulti. E' la stima pubblicata sulla rivista 'Circulation' dell'American Heart Association. Secondo gli esperti questa è la prima valutazione delle morti globali attribuibili alle bibite dolci (dalle bevande analcoliche ai frullati di frutta). Il dato è frutto della somma di circa 133 mila decessi ogni anno per il diabete, 45 mila morti per malattie cardiache e 6.450 per tumore.

Lo studio ha valutato 62 lavori scientifici sull'alimentazione che hanno incluso più di 611 mila persone, condotti tra il 1980 e il 2010 in 51 Paesi. Una fotografia che rappresentano quasi i due terzi della popolazione adulta del mondo. La maggior parte delle vittime - riporta l'"Independent" - ha un'età compresa tra i 20 e i 44 anni. In cima ai tassi di mortalità c'è il Messico, con 404,5 decessi ogni milione di adulti.

Secondo gli esperti "i risultati indicano la necessità di sforzi concentrati sulla popolazione per ridurre il consumo delle bevande zuccherate in tutto il mondo, attraverso politiche sanitarie efficaci e interventi mirati diretti ad arginare le malattie correlate all'obesità". Lo studio è stato condotto da un team internazionale di ricercatori degli atenei Usa di Harvard, Tufts e Washington e dell'Imperial College di Londra nel Regno Unito.

<http://www.corriere.it/salute/>

STUDIO ITALIANO

Da una pianta speranze contro il tumore al cervello (ma servono anni)

La Ruta graveolens è in grado di uccidere le cellule tumorali del glioblastoma risparmiando quelle sane. Ma la sperimentazione sull'uomo è ancora lontana



Nella macchia mediterranea potrebbe nascondersi una nuova speranza contro il glioblastoma, il cancro al cervello più diffuso e aggressivo. Uno studio pre-clinico, condotto in laboratorio e non ancora sui malati, suggerisce che l'estratto acquoso di una pianta molto comune nel nostro Paese e utilizzata dalla tradizione contadina in versione decotto - la *Ruta graveolens* - è in grado di uccidere le cellule tumorali risparmiando quelle sane. Italiana la pianta, italiana anche la ricerca, condotta da scienziati della Seconda università degli Studi di Napoli (Sun) e pubblicata in marzo su *Plos One*.

Cosa è il glioblastoma

«Il glioblastoma multiforme - spiega in una nota Luca Colucci-D'Amato, docente di Patologia generale del Dipartimento di Scienze e Tecnologie ambientali biologiche e farmaceutiche della Sun - è un tumore cerebrale altamente aggressivo la cui prognosi è tuttora infausta. Nonostante la terapia chirurgica, la chemio e la radioterapia, solo circa il 5% dei pazienti colpiti sopravvive. Per gli altri la morte sopraggiunge in media entro circa 15 mesi dalla diagnosi». Pertanto «vi è un grande sforzo della ricerca biomedica nel cercare nuovi farmaci o terapie in grado di contrastare questo tumore e di migliorare la sopravvivenza dei pazienti».

La morte di cellule di glioblastoma

Lo studio ha mostrato come l'estratto acquoso ottenuto dalla ruta riesca a indurre la morte di cellule di glioblastoma coltivate in vitro. A differenza di farmaci usati nella chemioterapia per questo tumore, inoltre, la sostanza è risultata innocua quando somministrata su cellule neuronali non proliferanti e differenziate. Pertanto l'estratto di ruta sembra discriminare fra le cellule cancerose e quelle normali, uccidendo le prime e graziando le seconde. Ma ci vorranno comunque molti anni per poter sperimentare l'utilizzo di questa pianta sull'uomo, e ancora di più perché la terapia venga approvata se la sperimentazione andrà bene.

Chi ha fatto la ricerca

La ricerca è stata coordinata da Colucci-D'Amato, con la collaborazione del Laboratorio di Botanica

della Sun diretto da Claudia Ciniglia, di quello di Farmacologia dell'università di Genova, diretto da Tullio Florio, di Floriana Volpicelli, fisiologa dell'università Federico II di Napoli, e Marina Melone, neurologa della Sun. Gli esperimenti sono stati finanziati dal Network per la salvaguardia e la gestione delle risorse genetiche agro-alimentari `Agrigenet`, dal Progetto Sicurezza, sostenibilità e competitività nelle produzioni agroalimentari della Campania `Carina`, e dal Programma di ricerca scientifica di rilevante interesse nazionale (Prin).

La pianta

«Le sostanze naturali - evidenzia Claudia Ciniglia, docente di Botanica della Sun - rappresentano un'importante sorgente di nuove molecole con attività terapeutica in molte malattie incluso il cancro. In particolare, *Ruta graveolens* L. è una pianta erbacea molto diffusa in Italia, della famiglia delle Rutacee, cui appartengono anche i più noti agrumi. Frequentemente si sviluppa in prossimità dei litorali, nelle pianure e nelle fessure dei muri». Un'erba nota da tempo alla medicina. «Le prime indicazioni terapeutiche della ruta - ricorda l'esperta - risalgono ai trattati del Corpus Hippocraticum, dove era prescritta per curare malattie polmonari, o usata anche contro l'angina faringea o per ridurre il gonfiore della milza. Ulteriori esperimenti sono in corso per definire i meccanismi molecolari dell'azione terapeutica della ruta.

In breve



WELFARE AZIENDALE

Sanità, priorità per due su tre

Quasi due italiani su tre credono che le aziende debbano occuparsi di cure sanitarie per i propri dipendenti. A questi si aggiunge un ulteriore 18% a cui piacerebbe che le imprese fossero più coinvolte in questo aspetto di quanto lo siano ad oggi. È quanto rileva la nuova ricerca dell'Osservatorio Sanità di UniSalute, la compagnia del Gruppo Unipol specializzata in assistenza sanitaria, che si occupa di prestazioni integrative in particolare all'interno delle polizze collettive previste dai contratti di lavoro. Guardando alle singole prestazioni che gli italiani vorrebbero vedersi garantire all'interno dei contratti, quelle che raccolgono i maggiori consensi sono le cure odontoiatriche (75%), le cure oculistiche (50%), le coperture per terapie fisioterapiche (30%) e per l'assistenza domiciliare (28%).



L'aspirina a domicilio con un clic

L'Italia recepisce una direttiva europea e da oggi dà il via libera all'acquisto on line dei farmaci di automedicazione. Esclusivamente su siti certificati

I PREZZI SARANNO SIMILI A QUELLI DEL NEGOZIO MA DOVRÀ ESSERE AGGIUNTO IL COSTO DELLA SPEDIZIONE

305mln 2,4mld 100mln

Le confezioni di farmaci da banco che sono state vendute nel 2014 in Italia

Di euro il giro d'affari dei medicinali acquistabili senza la prescrizione medica

Le confezioni vendute in un anno per le malattie respiratorie

LE CURE

Basta cliccare su "ok" e lo sciroppo finisce nel carrello, virtuale. Altri clic e la spesa si arricchisce di pomate contro l'herpes, antipiretici, melatonina, pasticche per il mal di testa e i dolori muscolari. Si paga e i farmaci arrivano a casa. Certi di aver acquistato medicinali legali a prezzi regolari. Solo prodotti da banco, però, quelli che si possono prendere senza la ricetta del medico.

La "rivoluzione" da oggi. Dal 1 luglio, infatti, l'Italia ha deciso di recepire una direttiva europea che permette di vendere confezioni di automedicazione on line. Dove potranno essere cercate farmacie e parafarmacie contrassegnate da una sorta di bollino di qualità del Ministero della Salute. Al via, dunque, lo shopping in negozi virtuali come in tutti gli altri paesi dell'Unione Europea. Come riconoscere il sito giusto? E' una croce bianca su sfondo a righe verdi. Il simbolo, una volta fatto clic, rimanda al sito dell'autorità che ha rilasciato il sì alla vendita on line di medicinali, dove è possibile consultare l'elenco completo dei rivenditori che sono autorizzati al commercio in rete.

IL LISTINO

I prezzi saranno più o meno sovrapponibili a quelli delle farma-

cie "vere". Si tratta di prodotti da automedicazione e, quindi, il listino può variare secondo la decisione del farmacista esattamente come accade tra negozio e negozio. Al costo dell'antidolorifico o delle pasticche contro il mal di denti vanno aggiunte le spese di spedizione. «I "senza ricetta" in Italia hanno mediamente un prezzo di 8 euro, con l'acquisto via web - spiega Annarosa Racca presidente di Federfarma - il consumatore spenderà un po' di più perché deve aggiungere il recapito a domicilio. Le nuove norme sono comunque un passo avanti contro la contraffazione e assicurano di poter comprare on line medicine sicure provenienti da siti che fanno capo a farmacie realmente esistenti».

IL PROVVEDIMENTO

Un'avvertenza che non è scritta nei "bugiardini" delle confezioni acquistate illegalmente: chi si rivolge a internet per ottenere prodotti per i quali non si ha la ricetta (da utilizzare per il doping sportivo o per dimagrire molto velocemente con sostanze euforizzanti) non sa che il 90% di questi acquisti è contraffatto. Cioè non contiene il principio attivo, lo contiene in dosaggio diverso da quello indicato oppure non è conservato alle giuste temperature.

«E' previsto - ha annunciato il ministro della Salute Beatrice Lo-



renzin - un sistema nazionale antifalsificazione dei medicinali gestito dall'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, per evitare ogni rischio di contraffazione nella vendita on line. Il decreto prevede anche sanzioni personali e patrimoniali per i titolari di farmacia che offrono prodotti soggetti a prescrizione medica». Esclude che la novità porterà ad un aumento del consumo dei medicinali il presidente di Farmindustria Massimo Scaccabarozzi: «Credo che il grande vantaggio per il cittadino sarà la praticità, una valida alternativa al recarsi in farmacia». Ovviamente quando non c'è l'urgenza.

TOSSE E FEBBRE

In Italia nel 2014 secondo i dati di Assosalute (Associazione nazionale farmaci di automedicazione), sono stati venduti quasi 305 milioni di prodotti da banco, con un giro d'affari che sfiora i 2,4 miliardi di euro. Al top della classifica tutto quello che si compra in caso di malattie respiratorie, dalla pasticca per abbassare la febbre allo sciroppo per la tosse fino allo spray anti-raffreddore. Ben 10 milioni di confezioni concentrate nei mesi invernali. A seguire, con 64 milioni di pezzi, tutto quello che placa e lenisce i disturbi dello stomaco, che vuol dire cattiva digestione, bruciore, nausea e vomito. Al terzo posto gli analgesici che, con 60 milioni di scatole, coprono l'area dolorifica: mal di testa, colpo della strega, strappi muscolari e disturbi articolari. Poi la dermatologia (27 milioni con il picco in estate per eritemi, colpi di sole e herpes labiale), l'apparato circolatorio (13 milioni di confezioni) e i prodotti a base di vitamine e minerali che sfiorano i 10 milioni di pezzi all'anno.

Sul sito www.semplicemente-salute.it le "istruzioni" sulle malattie che possono essere affrontate con farmaci di automedicazione, i principi attivi come le avvertenze. «Va ricordato - commenta Agnès Renault presidente di Assosalute - che con la vendita on line viene a mancare la possibilità di confronto e consiglio del farmacista al momento dell'acquisto, aspetto fondamentale per i consumatori».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il logo



Una bandierina per la sicurezza

I siti sicuri per acquistare i farmaci da banco on line hanno un logo europeo che garantisce il consumatore: troviamo scritte verdi nella lingua prescelta con una piccola bandierina del Paese in alto a destra. Un link gestito dal [Ministero della Salute](#) offre l'elenco delle farmacie autorizzate (www.fakeshare.eu/it)

ARITMIE

Un antidoto inibisce farmaco anti coagulante

— Un frammento di anticorpo umanizzato servirà da antidoto per bloccare emorragie in pazienti trattati con anticoagulante orale in seguito a fibrillazione atriale. Questo frammento si lega esclusivamente alle molecole dell'anticoagulante (dabigatran) neutralizzando l'effetto, senza interferire con la cascata della coagulazione. Boehringer Ingelheim ha avviato le proprie attività di ricerca su idarucizumab nel 2009, prima dell'ottenimento della autorizzazione all'immissione in commercio di dabigatran. I primi risultati di uno studio su questo anticorpo umanizzato mostrano che inattiva immediatamente l'effetto anticoagulante entro pochi minuti, in pazienti che richiedono procedure d'urgenza o con gravi complicanze emorragiche. I risultati sono stati pubblicati sul *New England Journal of Medicine* e presentati alla Società Internazionale di Trombosi ed Emostasi (ISTH 2015) in corso a Toronto.

«I risultati dei dati dello studio sono importanti, perché forniscono le prime informazioni sull'effetto di questo antidoto che inibisce in modo specifico l'azione di un anticoagulante orale (che non sia un

antagonista della vitamina K), in reali situazioni d'emergenza», ha dichiarato il dottor Charles Pollack, professore di medicina d'emergenza-urgenza della Perelman School of medicine dell'università di Pennsylvania, Philadelphia, e coordinatore internazionale dello studio clinico. Questo studio clinico ha coinvolto 38 Paesi di tutto il mondo, fra cui l'Italia con 10 centri. L'interim analysis ha compreso i dati di 90 pazienti in situazioni di emergenza-urgenza, in terapia con dabigatran, che necessitano un'inibizione dell'effetto del farmaco.

Gli ampi criteri d'inclusione di questo studio hanno consentito l'arruolamento anche dei pazienti in situazioni cliniche critiche o gravemente traumatizzati (con grave emorragia intracranica o in sepsi), che hanno urgente necessità di inibire l'azione dell'anticoagulante.

I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: il Gruppo A ha compreso pazienti con complicanze emorragiche non controllate o a rischio di vita, il Gruppo B pazienti che necessitano di interventi chirurgici d'urgenza o procedure invasive traumatiche.

LC



Martedì 30 GIUGNO 2015

Epatite C. Pronti gli screening per i soggetti a rischio. Al via studi per stimare l'impatto economico delle nuove terapie. Il Piano nazionale all'esame della Stato Regioni

E' pronto il piano nazionale contro le epatiti B e C. Ma l'attenzione si incentra soprattutto sulla seconda. Il primo obiettivo del piano è fare chiarezza sull'effettiva diffusione del virus. Per questo sono previsti programmi di screening a partire dai soggetti considerati a rischio. Attenzione anche alla B che comunque conta 600mila portatori cronici. Obiettivo del PNEV è assicurare uniformità delle cure su tutto il territorio, anche alla luce delle nuove terapie contro L'HCV. [IL TESTO](#)

Individuare i dati di prevalenza delle infezioni da Virus B e C dell'epatite anche per identificare i numero dei pazienti non ancora diagnosticati. Realizzare progetti pilota di screening su HCV in Regioni del Nord, Centro e Sud Italia su soggetti a rischio di infezione. Incrociare dati nazionale e regionali per delineare la prevalenza di HBV e HCV sia come infezione cronica che come malattia acuta o cronica. E ancora, realizzare una rete nazionale per garantire percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali standard e quindi equità di accesso qualificato alle cure su tutto il territorio. Creare un unico Pdta per il trattamento delle epatiti B e C. Promuovere studi di costo efficacia dei diversi trattamenti anti HCV e HBV e l'impatto sulla spesa sanitaria sia nel breve che nel lungo periodo.

Sono solo alcuni degli obiettivi dello schema di Intesa sul Piano nazionale per la prevenzione delle epatiti virali B e C (PNEV) arrivato sul tavolo dei tecnici della Stato Regioni e pronto per essere esaminato nella seduta prossima seduta utile.

Un provvedimento che indica le strategie da attuare per contenere le infezioni da epatite B e C e le tempistiche entro le quali gli obiettivi dovranno essere messi a segno (si va da un minimo di un anno fino a 36 mesi per raggiungere quelli più complessi): secondo le stime sono infatti oltre un milione i soggetti infetti da virus dell'epatite C, e la stima di prevalenza di HBV si attesta in oltre 600mila portatori cronici. Una fotografia che pone l'Italia come uno dei Paesi europei con la più alta prevalenza di epatite virale.

Mission del PNEV è assicurare un approccio omogeneo sul territorio nazionale a queste patologia, in linea con il principio universalistico del diritto alla salute sancito dalla Costituzione. Per questo il Piano punta a porre le basi per un accesso alle cure per le epatiti virali che sia uniforme su tutto il territorio nazionale, con equità e qualità delle cure, e che alla luce delle recenti terapie contro L'Hcv, ne assicuri l'accesso a tutti i pazienti.

Lo scenario italiano. Quello contenuto nel PNEV è un vero e proprio piano di battaglia per contenere il dilagare delle epatiti B e in particolare della C.

Il quadro epidemiologico delle epatiti B e C negli ultimi trent'anni è cambiato con una diminuzione sia delle nuove infezioni, sia della prevalenza dei markers di infezione dei due virus grazie alle vaccinazioni di massa anti HBV, ad una maggiore attenzione nelle precauzioni universali e ai test di screening sul sangue e al test molecolare per il virus C.

Ma non si può abbassare la guardia. Negli ultimi dieci anni è stato registrato un incremento del numero

di nuovi casi di infezioni HBV, perlopiù trasmesse da rapporti sessuali e non di rado con popolazioni immigrate da regioni endemiche per HBV.

In Italia il primato europeo per numero di persone HCV positive. Non solo. in Italia si stima che i pazienti cronici con HCV siano oltre un milione di cui 330mila con cirrosi. Soprattutto il nostro Paese ha il primato in Europa per numero di persone HCV positive e per mortalità di tumore primitivo del fegato. Oltre 20mila persone muoiono ogni anno per malattie croniche del fegato, due persone ogni ora, e nel 65% dei casi l'epatite C è la causa unica o concausa dei danni epatici. Le Regioni più colpite sono quelle del Sud Italia. In Campania, Puglia e Calabria la prevalenza dell'HCV supera il 20% nella popolazione over 70.

Sono cinque i grandi capitoli del documento, cinque linee di indirizzo da seguire, per assolvere alla sua mission: epidemiologia; prevenzione; sensibilizzazione, informazione e formazione; cura, trattamento e accesso; impatto sociale.

Tre invece gli elementi portanti su cui si basa il modello di gestione per assicurare un pieno successo del Piano: l'individuazione delle aree prioritarie di intervento, definendo anche tempistiche e responsabilità; una collaborazione massima con la Conferenza Stato Regioni; un'azione di centralizzazione di coordinamento e monitoraggio da parte del ministero della Salute che vedrà coinvolte l'Aifa l'Iss, la Conferenza Stato Regioni, le società scientifiche gli esperti e le Associazioni dei pazienti.

Progetti pilota regionali di screening su HCV. Uno degli atout del PNEV è lo screening per HCV nella popolazione generale, un intervento considerato fino a poco tempo fa non appropriato e costo efficace a causa della limitata efficacia delle terapie disponibili. Uno scenario oggi cambiato grazie alle nuove terapie che mostrano tassi di guarigione superiori rispetto alle precedenti, e agli studi che hanno dimostrato come la malattia epatica avanzata produca costi molto più elevati rispetto ad una infezione rilevata e guarita con una terapia duale.

Insomma, come si legge nel documento, ci sono evidenze solide e clinicamente validate sull'appropriatezza dell'offerta di screening per HCV nella popolazione a rischio.

Le attività chiave dei progetti pilota saranno quindi: disegno e valutazione aspetti etici ed economici; individuazione dei gruppi di popolazione a rischio e luoghi di offerta dei test; definizione del percorso per i positivi allo screening, predisposizione del protocollo per attori offerta test e la predisposizione del materiale informativo.

Nell'ambito del progetto pilota, sarà condotto uno studio per valutare l'accuratezza diagnostica di un test rapido per la ricerca degli anticorpi HCV su campioni di saliva. Gli attori coinvolti in questa fase che durerà 24 mesi più tre mesi di analisi sono il ministero della Salute, Iss, Aifa, Regioni, Asl; Aisf, Fire; Simg/Fimmg, Fimp, SItI, Sim, e associazioni dei pazienti.

Promozione di studi di costo efficacia. Altro tassello del Piano è poi costituito dagli studi di costo efficacia. Un obiettivo che dovrà realizzarsi nell'arco di 18 mesi. In Italia la triplice terapia per HCV (PEG + ribavirina e PI di prima generazione) costa intorno ai 30-35mila per trattamento. E i costi per le nuove terapie potrebbero presentare costi per paziente anche superiori a quelli dei farmaci già disponibili. Ma, sottolinea il Piano, l'Italia ha un numero di pazienti con HCV superiore al resto d'Europa. Diventa quindi indispensabile fare un uso razionale delle risorse.

Inoltre alcuni studi hanno dimostrato che i nuovi trattamenti sono costo efficaci nel lungo periodo, mancano tuttavia analisi di impatto a causa delle scarse informazioni aggiornate di prevalenza. E, ricorda il documento, la costo efficacia ha motivato negli Usa la scelta di una massiccia campagna di screening anti HCV nei baby boomers. Da qui la necessità di attivare gli studi di HTA per pazienti con HCV e HBV che tengano conto dei costi diretti e indiretti in particolare della perdita di produttività che hanno impatto ad esempio sull'Inps. Servono anche attività di budget impact per quantificare le risorse necessarie e sostenere campagne di screening su popolazione e rischio e il trattamento di un numero crescente di pazienti.

Gli attori che saranno coinvolti in questa fase sono il ministero della Salute, Aifa, Siha, gruppo Wef. Associazioni di pazienti, Aisf, Fire, Agenas, Simit e Sim.

Attenti al fruttosio: non è così alternativo allo zucchero come si è finora pensato

STEFANO RIZZATO

■ Per un periodo lo si è persino consigliato ai diabetici, come dolcificante alternativo. Eppure - anche se il nome suona più rassicurante e più sano - nemmeno il fruttosio fa bene, se consumato in eccesso. «Ma non possiamo considerarlo l'unico grande nemico nella battaglia contro l'obesità», avverte Luc Tappy, docente e ricercatore di fisiologia all'Università di Losanna, esperto del metabolismo degli zuccheri. «Per una dieta che funzioni davvero - spiega - è necessario ridurre le calorie, concentrandosi su più fronti. Non basta dire no a fruttosio o saccarosio».

Tappy è intervenuto a Expo 2015 in un convegno organizzato da Ferrero e intitolato «Back to Basics». E alle basi bisogna tornare, in tema di zucchero e dolcificanti, dopo che si è detto di tutto e il contrario di tutto. Spiega: «Quando lo consumiamo insieme con il cibo, come fonte di energia, lo zucchero non è un ingrediente nocivo. Ma negli ultimi 20 anni il suo consumo è aumentato. E assumerlo «da solo», nelle bevande, fa ingrassare più facilmente».

Quanto al fruttosio, si è osservato che aumentare del 30% l'apporto energetico ottenuto da questa sostanza fa crescere in modo drastico la quantità di trigliceridi nel sangue e il grasso nel fegato, entrambi fattori legati all'obesità e al rischio cardiovascolare. L'ideale, quindi, è non superare mai la soglia giornaliera di un grammo per ogni chilo di peso. «Ma adesso stiamo cercando di capire - avverte Tappy - se questa soglia possa essere universale. Spesso, infatti, gli studi vengono fatti su giovani volontari sani, ma forse per gli anziani la soglia va abbassata. Al contrario gli atleti usano gli zuccheri per la loro attività e non patiscono, anzi richiedono, un eccesso di fruttosio».



[Share](#)  stampa

Anteprima. Conferenza Stato Regioni 2 luglio. Ecco i documenti

All'ordine del giorno della Conferenza di giovedì prossimo ci sarà l'Intesa sulla sforbiciata di 2,637 mld previsti dalla Stabilità. Ma per la sanità ci saranno esaminate anche le proposte di deliberazione Cipe sui fondi per Aids e Fibrosi cistica 2008-2009-2010-2011 e 2012. Le gravi insufficienze di organo e la quota residua delle risorse vincolate per gli obiettivi di Psn 2012



30 GIU - La tanto attesa fumata bianca sulle misure di razionalizzazione e di efficientamento della spesa del Ssn dopo molti rinvii potrebbe arrivare il prossimo 2 luglio. L'Intesa sul come e quanto tagliare spese e costi del Ssn per rispettare la riduzione del fondo sanitario 2015 di 2,352 miliardi è infatti all'Ordine del giorno della Conferenza Stato Regioni di giovedì, anche se al momento non sono ancora stati trasmessi testi innovativi rispetto a quello del 24 aprile ([vedi anteprima](#)). Ma nel corso della giornata saranno esaminati anche altri provvedimenti che interessano la sanità. Vediamo quali.

Gravi insufficienze di organo – LVAD. Tra i documenti in esame l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul "[Documento di indirizzo del Gruppo Nazionale sulle gravi insufficienze di organo – LVAD \(Left Ventricular Assist Device\)](#)". Il documento, curato dal Gruppo di lavoro dei Centri trapianto di cuore e delle cardiocirurgie non sedi di trapianto, e coordinato da Alessandro Nanni Costa direttore del Cnt, si focalizza sul trattamento a lungo periodo e sull'interazione tra il Ventricular assist device e l'impegno di sistemi di assistenza circolatoria temporanei da un lato, e il trapianto di cuore dall'altro.

Aids. C'è poi l'Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione Cipe di assegnazione alle Regioni della quota destinata al finanziamento di [interventi per la prevenzione e la lotta all'Aids a valere sul Fondo sanitario nazionale 2013](#).

Sono stati accantonati in totale 49,063mln di euro di cui 18,076 per l'espletamento di corsi di formazione e di aggiornamento per il personale e 30,987 mln per il trattamento domiciliare.

Fibrosi cistica. All'ordine del giorno ci sono poi le intese sulla proposta del Ministro della salute di deliberazioni Cipe di assegnazione alle Regioni della quota vincolata per le finalità di prevenzione e cura della fibrosi cistica destinata alla ricerca a valere sul Fondo sanitario nazionale [2008 - 2009 - 2010 - 2011 e 2012](#)

Per ogni anno le disponibilità a valere sui Fsn è di 4,390 mln, di cui 3,100 per l'assistenza specifica e di 1,290 mln dedicati alla ricerca.

Quota residua delle risorse vincolate per gli obiettivi di Psn 2012. In approvazione la proposta del Ministro della salute di ammissione al finanziamento della [quota residua delle risorse vincolate](#), per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale 2012 dei progetti delle regioni Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Puglia, Liguria e Sicilia.

30 giugno 2015

© RIPRODUZIONE RISERVATA

allegati*

 :: [Documento di indirizzo del Gruppo Nazionale sulle gravi insufficienze di organo – LVAD \(Left Ventricular Assist Device\)](#)

 :: [Proposta di deliberazione Cipe di assegnazione della quota per il finanziamento per prevenzione e lotta all'Aids - Fsn2013](#).

 :: [Proposta di deliberazioni Cipe quota vincolata per cura fibrosi cistica a valere sul Fsn 2008](#)

 :: [Proposta di deliberazioni Cipe quota vincolata per cura fibrosi cistica a valere sul Fsn 2009](#)

 :: [Proposta di deliberazioni Cipe quota vincolata per cura fibrosi cistica a valere sul Fsn 2010](#)

 :: [Proposta di deliberazioni Cipe quota vincolata per cura fibrosi cistica a valere sul Fsn 2011](#)

 :: [Proposta di deliberazioni Cipe quota vincolata per cura fibrosi cistica a valere sul Fsn 2012](#)

 :: [Quota residua delle risorse vincolate per gli obiettivi di Psn 2012 Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Puglia, Liguria e Sicilia](#)

*avvertenza: se il browser non consente il download immediato del documento: posizionare il cursore sul collegamento, quindi 'tasto destro' > 'salva oggetto con nome' (Explorer) oppure 'salva destinazione con nome' (Firefox)

articoli precedenti

 :: [Decreto Ilva. Via libera definitiva dal Senato](#)

 :: [Costi standard. Rinviata a settembre la decisione sulle tre regioni benchmark](#)

 :: [Di Fare. Parere favorevole della Commissione Sanità del Senato](#)

 :: [Camera. Approvata la Legge di delegazione europea 2013 con le norme anti-vivisezione](#)

 :: [Di lavoro. Emendamento Barani salva stipendi dipendenti Asl nelle Regioni in Piano di rientro](#)

 segui [ilFarmacistaonline.it](#)


feed

newsletter

archivio

iPiùletti (ultimi 7 giorni)

- 1 Ddl concorrenza. Antitrust "promuove" società di capitali in farmacia e insiste su liberalizzazione farmaci fascia C
- 2 Enpaf. "Entro ottobre dal Cda proposta di riforma dell'Ente". Consiglio nazionale accoglie mozione della Fofi
- 3 Dall'Ema via libera a 10 nuovi farmaci. Tra questi anche due terapie per malattie genetiche
- 4 Vendita farmaci online senza ricetta. Cade il divieto ma potranno venderli solo farmacie e parafarmacie. Aifa fa il punto della situazione
- 5 Malattie cardiovascolari 'big killer' dei Paesi industrializzati. Per ridurre mortalità: stili di vita sani, prevenzione e gestione integrata del paziente. Il rapporto Oese
- 6 Blocco contratti PA. La Corte Costituzionale: "Illegittimo". Ma non ci sarà retroattività
- 7 Oncologia. Tumori malattie sempre più croniche. Dalle Associazioni 6 proposte per migliorare l'assistenza e preservare la sostenibilità del Ssn
- 8 Oncologia. Proseguono studi sugli effetti dell'estratto di Prunus Spinosa. Ma Ricciardi (Iss) avverte: "Attività antitumorale ancora da dimostrare sull'uomo"
- 9 Per risparmiare le Asl acquistano sondini e cateteri pericolosi per la salute. Interrogazione a Lorenzin di due parlamentari del PD
- 10 Cancro esofago e stomaco. Addio endoscopia? Per la diagnosi basterà un respiro. Da Londra un nuovo test accurato al 90%

