quotidianosanità.it

13 DICEMBRE 2015

Stabilità. Salta emendamento su rischio clinico. In forse anche le norme per le nuove assunzioni

Alla fine il Governo getta la spugna. Sembrerebbero infatti emersi problemi sia sul piano giuridico che per la quantificazione dei risparmi da destinare all'assunzione di personale per tamponare l'emergenza orario di lavoro. A questo punto potrebbero saltare anche le norme sulle nuove assunzioni. Al momento due le ipotesi: o un emendamento ad hoc del relatore oppure un provvedimento dedicato dopo la stabilità.

Niente più norme sul rischio clinico nella legge di stabilità. L'intenzione del Governo di anticipare parti salienti del Ddl Gelli sulla responsabilità professionale nella legge di stabilità, alle quali erano state collegate norme ad hoc per nuove assunzioni per far fronte all'emergenza derivante dall'entrata in vigore del nuovo orario di lavoro, è naufragata per motivi di ordine giuridico ed economico. Lo si è appreso in serata da fonti parlamentari durante i lavori della commissione Bilancio.

Ma facciamo un passo indietro. Nella giornata di giovedì il Mef e il Ministero della Salute sembravano aver raggiunto l'intesa su un testo che anticipava gli articoli 2, 7, 8, 9 e 10 de ddl sulla responsabilità professionale e prevedeva contestualmente una serie di misure per consentire l'assunzione, prima in via straordinaria ricorrendo a forme di natura flessibile e poi in pianta stabile con appositi concorsi, per medici e infermieri.

Già nella giornata di ieri, però, cominciavano ad arrivare le prime indiscrezioni su una serie di difficoltà nel percorso dell'emendamento, che infatti ritardava la sua presentazione alla Bilancio. Fino al colpo di scena finale di stasera, quando il Governo ha rinunciato a presentare l'emendamento.

A questo punto, fermo restando l'impegno ribadito da **Federico Gelli** di andare avanti spediti con il ddl sul rischio clinico e la responsabilità professionale già approvato dalla XII Commissione, **per quanto riguarda le norme sulle assunzioni si aprono invece due ipotesi: o un emendamento ad hoc del relatore oppure un provvedimento dedicato dopo la stabilità.**

Giovanni Rodriquez

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 133.263
Diffusione 10/2015: 88.589
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

ItaliaOggi Sette

Dir. Resp.: Marino Longoni

14-DIC-2015
da pag. 36
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

Il Garante privacy su Dossier e Fascicolo sanitari elettronici: indispensabile un referente

La sanità ora si unifica in rete

Cure e scambio di dati con il via libera del paziente

Pagina a cura
DI ANTONIO CICCIA MESSINA

Ci vuole un responsabile privacy per le strutture sanitarie pubbliche e private, che possono usare due archivi informatizzati: il Dossier sanitario elettronico e il Fascicolo sanitario elettronico (Fse).

La tecnologia, certo, viene in aiuto di professionisti ma i pazienti devono sapere che fine fanno le informazioni sulla salute. E il consenso del paziente raddoppia: l'interessato è chiamato a esprimere la propria adesione sia alla prestazione di cura sia a un flusso di dati, che corre sul tracciato della telematica.

Per garantire una circolazione sicura di informazioni così delicate, comunque, è diventato fortemente consigliabile un referente privacy. Parola del Garante della privacy.

Per il dossier elettronico le linee guida dell'autorità, presieduta da Antonello Soro (provvedimento n. 331 del 4 giugno 2015, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 164 del 17 luglio 2015), in ragione della particolare delicatezza delle informazioni trattate, auspicano che i titolari del trattamento individuino al loro interno una figura di responsabile della protezione dei dati che svolga il ruolo di referente con il Garante (cosiddetto Dpo, Data protection officer). Lo stesso dicasi per il Fascicolo sanitario elettronico: nel dare il parere favorevole allo schema di regolamento (approvato con Dpcm 29 settembre 2015, n. 178, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n.263 dell'11 novembre 2015) il Garante ha consigliato l'individuazione all'interno delle strutture sanitarie di una figura di responsabile della protezione dei dati (provvedimento del Garante privacy n. 261 del 22 maggio 2014).

Il sistema di interconnessione tra Asl, ospedali e oggetti accreditati nel sistema sanitario pubblico, e quello degli organismi sanitari privati richiedono, una competenza specializzata in materia di trattamento dei dati personali.

Così sarà a breve grazie a una specifica previsione del futuro regolamento europeo, in corso di approvazione, che impone la nomina di un responsabile del trattamento dei dati a tutti gli enti pubblici e, a certe condizioni, anche ai soggetti privati.

Il comparto sanità, d'altra parte, richiede, più di altri, una valutazione d'impatto dei trattamenti dei dati e l'attivazione di accorgimenti a salvaguardia dei diritti del paziente, ma anche a garanzia della qualità della prestazione medica.

Il principale obiettivo dei nuovi strumenti che il garante della privacy e parlamento/governo hanno disciplinato (in

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

particolare dossier sanitario e fascicolo sanitario elettronico), infatti, è la certezza del dato trattato e conservato.

Avere data base con dati sanitari certi, cioè esatti e aggiornati, è il presupposto per consentire al medico di formulare una diagnosi idonea e una conseguente efficacia assunzione di decisione terapeutica.

Avere un archivio sanitario con informazioni non più corrette o non aggiornato sarà anche un problema di privacy, ma soprattutto rischia di compromettere l'incolumità del paziente.

Dossier e fascicolo possono essere strumenti che aumentano le chance di cura e guarigione, ma devono essere riempiti con dati esatti e devono essere costantemente monitorati. Altrimenti finiscono per complicare le cose. Magari diventano un contenitore virtuale pieno zeppo di informazioni disordinate: a che servono? Non sono utili per l'attività di cura e poi violano anche la privacy.

La figura del Dpo sanitario diventa il centro propulsore di condotte coerenti con la normativa della privacy e promotore di attività di controllo periodico sul livello adeguato di accorgimenti e precauzioni.

Tra le quali la principale è la completa e adeguata informazione al paziente.

Il singolo deve sapere come viene costruito la scheda del dossier e del fascicolo sanitario che lo riguardano e deve avere il potere decisionale.

Il potere di decisione sulle informazioni sanitarie deve rimanere appannaggio del paziente.

Paziente che deve sapere a che rischi va incontro. Mettiamo che uno decida di eliminare una certa sua malattia dal fascicolo o dal dossier e che tale omissione impedisca una corretta decisione a riguardo di un evento sanitario successivo e mettiamo che quella persona subisca un danno: che interesse si può avere a oscurare alcuni dati?

Certo il paziente deve potersi fidare di chi ha le chiavi di accesso a dossier e fascicoli e per potersi fidare deve avere garanzie su come saranno usate le sue informazioni.

Tutta l'operazione si basa, dunque, sulla correttezza del trattamento: e ciò dipende dalla costruzione di un'organizzazione interna rispettosa delle discipline di legge/regolamento e delle linee guida del garante della privacy.

Senza dimenticare una cosa molto semplice: dossier e fascicolo sanitario sono un ausilio tecnologico e non un mezzo esclusivo e sostitutivo del flusso di notizie che il medico deve avere a disposizione.

Anche da un punto di vista deontologico sono poste a carico del medico la proporzionalità e l'appropriatezza ed efficacia dell'uso di tecnologie informatiche, il ricorso alle quali deve essere coerente con il principio generale della non delegabilità dei compiti di diagnosi, terapia e riabilitazione del paziente: tutte attività che si realizzano impegnando la competenza, l'autonomia e la responsabilità del professionista.

Uso di dossier e fascicoli non stornano la responsabilità professionale, altrimenti

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 133.263
Diffusione 10/2015: 88.589
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

ItaliaOggi Sette

Dir. Resp.: Marino Longoni

14-DIC-2015
da pag. 36
foglio 3 / 4
www.datastampa.it

il paziente potrebbe farsi la diagnosi da sé, magari usando software venduti con pubblicazioni mediche.

Se l'anamnesi è una partita di scacchi tra medico e paziente, il medico deve utilizzare l'aiuto delle tecnologie informatiche che sopperiscono a lacune nel ricordo del paziente, ma deve utilizzare lo strumento con il filtro della valutazione professionale.

© Riproduzione riservata

Somiglianze e differenze

Dossier e fascicolo sanitario sono gemelli diversi. Si somigliano molto, ma non sono la stessa cosa. Cerchiamo somiglianze e differenze.

Il fascicolo sanitario ha una copertura giuridica nel dlgs 179/2012 e nel successivo Dpcm 25 settembre 2015; il dossier sanitario ha una regolamentazione nel provvedimento del Garante del 4 giugno 2015.

- Chi è coinvolto. Il fascicolo sanitario elettronico riguarda tutti gli enti del servizio sanitario nazionale e i soggetti accreditati: si tratta di un sistema informativo che coinvolge una molteplicità di titolari.

Il dossier sanitario coinvolge un unico ente, anche se a livello locale ci sono già esperienze di locale interconnessione.

- Finalità. Il dossier sanitario può essere utilizzato solo per finalità di cura.

I dati del fascicolo sanitario elettronico potranno essere realizzati per scopi di cura, ma anche (seppure escludendo i dati identificativi dei pazienti) di ricerca e di governo e programmazione sanitaria.

- Contenuto. Il contenuto del dossier elettronico non è predeterminato. Il Dpcm del 29 settembre 2015 contiene l'elenco delle informazioni raccolte nel fascicolo sanitario. Spiccano, tra le altre, due sezioni: il profilo sanitario sintetico e il taccuino.

Il primo serve a dare al medico un quadro di dati velocemente consultabili, soprattutto quando deve intervenire in emergenza: è il minimo indispensabile da conoscere al volo. Il taccuino è a disposizione del paziente, che può metterci quello che ritiene indispensabile e utile.

- Diritti. Sia per il dossier sanitario che per il fascicolo sanitario la struttura sanitaria deve garantire al paziente l'esercizio dei diritti riconosciuti dal Codice privacy (accesso ai dati, integrazione, rettifica) e la possibilità di conoscere il reparto, la data e l'orario in cui è avvenuta la consultazione; le linee guida per il dossier specificano che il riscontro a istanze di integrazione, aggiornamento e rettificazione dei dati deve essere fornito annotando le modifiche richieste senza alterare la documentazione di riferimento.

Sia per il dossier che per il fascicolo deve essere garantita, poi, la possibilità di «oscurare» alcuni dati o documenti sanitari che non intende far confluire nel dossier. L'oscuramento dell'evento clinico (revocabile nel tempo) deve avvenire con modalità tali da garantire che i soggetti abilitati all'accesso non possano venire automaticamente a conoscenza del fatto che l'interessato ha effettuato tale scelta («oscuramento dell'oscuramento»).

Peraltro se si spiega bene agli interessati il rischio medico collegato all'oscuramento la percentuale di oscuramento, come quella di negazione del consenso al Dossier, è risultata essere minore dell'1%

- Sicurezza. Le linee guida sul dossier sanitario e il Dpcm 29 settembre 2015 sul Fse prescrivono di adottare elevate misure di sicurezza. I dati sulla salute devono essere separati dagli altri dati personali, e devono essere individuati criteri per la cifratura dei dati sensibili.

- Accesso. L'accesso al dossier e al fascicolo sanitario è consentito solo al personale sanitario coinvolto nella cura. Ogni accesso e ogni operazione effettuata, anche la semplice consultazione, saranno tracciati e registrati automaticamente in appositi file di log.

- Data breach. La struttura sanitaria deve comunicare al Garante eventuali violazioni di dati o incidenti informatici (data breach): entro 48 ore dalla conoscenza del fatto per il dossier sanitario, entro una settimana per il Fse.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 133.263
Diffusione 10/2015: 88.589
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

ItaliaOggi Sette

Dir. Resp.: Marino Longoni

14-DIC-2015
da pag. 36
foglio 4 / 4
www.datastampa.it

Terapie garantite senza discriminazione

Ci vuole il consenso del paziente sia per il Dossier sia per il Fascicolo sanitario elettronico (Fse). Ai pazienti deve essere consentito di scegliere, in piena libertà, se far costituire o meno il dossier sanitario. In assenza del consenso il medico avrà a disposizione solo le informazioni rese in quel momento dal paziente o in precedenti prestazioni fornite dallo stesso professionista. La mancanza del consenso non deve incidere minimamente sulla possibilità di accedere alle cure richieste. Per poter inserire nel dossier informazioni particolarmente delicate (infezioni Hiv, interventi di interruzione volontaria della gravidanza, dati relativi ad atti di violenza sessuale o pedofilia) sarà necessario un consenso specifico. Per consentire al paziente di scegliere in maniera libera e consapevole, la struttura sanitaria dovrà informarlo in modo chiaro, indicando in particolare, chi avrà accesso ai suoi dati e che tipo di operazioni potrà compiere. Allo stesso modo il Fse può essere alimentato esclusivamente sulla base del consenso libero e informato da parte dell'assistito. Il consenso può essere espresso anche per via telematica, e può essere revocato in ogni momento. La revoca del consenso determina l'interruzione dell'alimentazione del Fse, senza conseguenze in ordine all'erogazione delle prestazioni del Servizio sanitario e dei servizi socio-sanitari regionali.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

13 DICEMBRE 2015

Studio americano getta luce su come fa il tumore a metastatizzare

Le cellule tumorali sono in grado di manipolare i fibroblasti a loro favore, inducendoli a tracciare delle 'corsie preferenziali' nella matrice extracellulare, all'interno delle quali le cellule maligne si spostano rapidamente per andare a metastatizzare. Ipotizzato anche un possibile bersaglio terapeutico che per la prima volta riguarda la matrice e non il tumore stesso

Smascherati da un gruppo di ricerca americano gli 'aiutanti' dei quali le cellule tumorali si servono per realizzare una via di fuga attraverso la matrice extracellulare. Questo consente loro di staccarsi dal tumore primitivo, spostarsi rapidamente da un punto all'altro e dare metastasi.
La scoperta, fatta dai ricercatori della Vanderbilt University è stata presentata al congresso dell'*American Society for Cell Biology*, in corso in questi giorni a San Diego.

Le cellule tumorali per spostarsi hanno dunque bisogno dell'aiuto di altre cellule non tumorali, che sono state individuate dai ricercatori americani nei fibroblasti, cellule deputate alla produzione e all'organizzazione della matrice extracellulare, la 'trama' alla quale stanno aggrappate le cellule.

Sono sempre più evidenti le prove che i fibroblasti che si trovano nelle immediate vicinanze del tumore (CAF, cancer associated fibroblast), 'aiutano' le cellule maligne a metastatizzare. A dare una svolta a questo filone di ricerche ha provveduto il gruppo di Begum Erdogan della Vanderbilt University. In particolare sembra che i CAF aprano un vero e proprio varco all'interno della matrice cellulare per consentire alle cellule tumorali di migrare altrove.

I fibroblasti 'aiutanti' del tumore costruiscono questa 'autostrada' metastasi, ordinando in file parallele le fibre di fibronectina, una delle più importanti proteine della matrice extracellulare, prodotta proprio dai fibroblasti corrotti. Normalmente invece le fibre prodotte dai fibroblasti normali (NAF) si dispongono a 'rete' per realizzare quella solida impalcatura che sostiene le cellule nella matrice extracellulare.

I ricercatori della Vandebilt hanno prelevato cellule da carcinoma della prostata e da tumori della testa-collo e le hanno messe su due piastre, una contenente matrice extracellulare prodotta dai CAF, l'altra dai fibroblasti normali. Le cellule tumorali adagiate sulla matrice patologica, non hanno avuto difficoltà a migrare in una stessa direzione. Questo è possibile perché i fibroblasti asserviti al tumore riarrangiano la disposizione della matrice extracellulare a formare una sorta di canale, grazie al fatto di riuscire ad 'afferrare' con più forza le fibre di fibronectina. Con una tecnica particolare, la microscopia a forza di trazione, i ricercatori americani sono stati addirittura in grado di misurare la differenza di 'presa' tra i fibroblasti normali e i CAF. A rendere più forti questi fibroblasti 'palestrati' dal tumore è il fatto che la loro proteina motrice, la miosina II, è in grado di esercitare una forza di trazione maggiore, agganciandosi alle fibre di fibronectina con degli 'uncini' detti integrine. I CAF, rispetto ai fibroblasti normali, oltre a possedere più ganci di integrina, hanno anche un altro asso nella manica, una GTPasi attivata, detta Rac, che è fondamentale per il movimento della cellula.

Ma i ricercatori americani sono andati oltre, individuando un possibile*target* terapeutico per contrastare l'azione pro- metastasi dei CAF. L'inibizione farmacologica dell'attività della miosina II depriva infatti le cellule CAF dei loro 'super-poteri' di trazione e la matrice extracellulare è libera di ritornare al suo disordine abituale.

Si tratta di risultati molto importanti che risolvono il dilemma di lunga durata su come faccia il tumore a dare le metastasi e puntano per la prima volta la luce dei riflettori sulla matrice come possibile bersaglio terapeutico per interrompere le vie del tumore. Da questo studio, che inaugura una nuova era, si attendono interessanti sviluppi sul versante della terapia.
La 'corsa' delle cellule tumorali, all'interno di questi cunicoli di fibronectina è stata ripresa dai ricercatori della Vandebilt in un video ripreso in time-lapse in microscopia confocale (Credit: Begum Erdogan & Donna Webb, Vanderbilt University).

Maria Rita Montebelli

IL TEMPO.it

14-12-2015

Lettori
13.011

http://www.iltempo.it/

1 italiano su 4 soffre di dolore cronico non oncologico

Morfina, oppiacei e criticità tra i temi del confronto tra esperti a Napoli

“Occorre un miglioramento della diagnosi e del trattamento del dolore cronico non oncologico che affligge gran parte degli italiani e il cui impatto in termini di costi e di qualità di vita è ancora difficile da stimare”. Così racconta Gennaro Savoia, direttore Uosc anestesia e rianimazione presso il Cardarelli di Napoli. C’è anche lui al XIV Congresso Nazionale dell’Area culturale del dolore SIAARTI e il XXV Convegno della Sicurezza in Anestesia che sii apre oggi a Napoli, presso il Centro Congressi della Stazione Marittima.

NOVITA’ - “La congiunzione di due Congressi, il XIV ACD SIAARTI (incontro annuale dei quattro gruppi di studio SIAARTI che fanno capo all'area culturale dolore SIAARTI dolore acuto e cronico, dolore da cancro e cure palliative, anestesia ed analgesia in ostetricia ed in anestesia locoregionale) e la XXV edizione del congresso SIA sicurezza in anestesia sta offrendo quattro corsi di aggiornamento (dolore cervicale, cure palliative, ecografia in anestesia locoregionale, percorsi sicuri in ostetricia e nella medicina del dolore) numerose letture sui vari argomenti; tavole rotonde sul trattamento del dolore postoperatorio, sul trattamento del dolore intervallare nel dolore da cancro, sul ruolo e sulle problematiche del dolore coniugato al femminile (bollino rosa) e sulle modalità dell'insegnamento in medicina del dolore. Dopodomani ci sarà lo scontro finale (ARENA) tra fautori delle tecniche multimodali contro tecniche interventistiche”, spiega Savoia.

CRITICITA’ – Quali le principali criticità nel trattamento del dolore acuto e cronico? “La costruzione delle reti regionali in hub e spoke in congiunzione con il processo di riorganizzazione della medicina di base, secondo i dettami della legge 38 del 2010, procede in Italia a macchia di leopardo e richiede un monitoraggio continuo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della qualità delle cure, soprattutto nel setting a lungo termine della presa in carico di alcune forme di dolore cronico quali il dolore spinale, osteoartrosi e il dolore neurodegenerativo e neuropatico con scenari clinici che durano 10-20 anni e più, ove bisogna bilanciare tra rischi e benefici di tecniche farmacologiche multimodali e tecniche interventistiche i cui esiti vanno seguiti e valutati a lungo termine”.

MORFINA & C. - Il consumo di morfina e più in generale di oppioidi, in Italia, a che punto è? Lo abbiamo domandato al professore. “Anche se si è osservata in Italia un continuo aumento dei consumi di morfinici negli ultimi cinque anni siamo ancora al di sotto dei consumi medi europei; c’è una serie di preconcetti culturali nella classe medica ancora duri da sradicare anche se è aumentata la consapevolezza delle complesse problematiche in gioco; vi è anche la consapevolezza culturale da parte dei medici del dolore italiani che i progressi si dovrebbero misurare non solo con l'aumento dei consumi di morfinici, ma anche con il miglioramento della qualità di vita e del coping a lungo termine dei pazienti affetti da dolore cronico, ottenuto bilanciando le tecniche di analgesia multimodale (morfinici + paracetamolo + adiuvanti (gabapentinoidi ed antidepressivi) con l'impiego appropriato e mirato delle tecniche mininvasive “.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 254.212
Diffusione 09/2015: 175.913
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

14-DIC-2015
da pag. 17
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Nasce una bimba Down condannato il ginecologo

La Cassazione: non ha messo i genitori in condizione di decidere gli esami

I giudici

Il sanitario ha l'obbligo di informare il paziente circa accertamenti utili o necessari e i rischi ed i vantaggi connessi

La lesione del diritto alle scelte diagnostiche ha causato la lesione di un altro diritto, l'interruzione volontaria della gravidanza

La storia

ANDREA ROSSI

Il dovere di un medico non si esaurisce nel valutare lo stato di salute del suo paziente. Non basta, non è tutto: un paziente deve sempre essere messo nelle condizioni di poter decidere le terapie e gli esami cui sottoporsi. Deve sapere quali sono le opzioni (tutte le opzioni) che ha di fronte a sé; il dottore non può decidere al posto suo, tacendogliele.

La Cassazione ha condannato un ginecologo di Mantova a risarcire una donna che ha partorito una bambina affetta dalla sindrome di Down e suo marito. Avevano deciso di abortire se fosse stata affetta da gravi malformazioni. I dottori lo sapevano. Eppure il ginecologo non è andato oltre gli esami indispensabili, come il bi-test, prelievo di sangue che fornisce un indice di rischio sulle patologie. Gli esiti erano positivi, non sembrava necessario approfondire, anche perché la signora Libuse S., originaria della Repubblica Ceca, all'epoca ventenne, era giovane e in buona salute. Non le ha consigliato l'amniocentesi né l'analisi dei villi coriali (un campione di tessuto della placenta). Ma, soprattutto, non l'ha informata su tutte le indagini prenatali utili a rilevare eventuali malformazioni del feto che i genitori hanno poi deciso di non riconoscere.

Dieci anni

Libuse S. e suo marito, Marco C., hanno fatto causa al medico dieci anni fa (e ora il processo torna in Corte d'Appello a Brescia, probabilmente per fissare l'entità dell'indennizzo): persa. Hanno fatto ricorso in appello: perso. Il terzo grado di giudizio ha invece riconosciuto la loro battaglia e suona in apparente contraddizione con gli orientamenti del ministero della Salute, impressi nel decreto sull'«appropriatezza prescrittiva»: evitare gli esami inutili o ridondanti che si trasformano in sprechi e gonfiano le liste d'attesa. Chi non si adegua rischia sanzioni, e su questo fronte i medici stanno dando battaglia da mesi.

La Cassazione sembra muoversi in direzione contraria: il ginecologo mantovano è stato condannato proprio perché, non avendo effettuato esami approfonditi, non ha diagnosticato la grave malformazione del feto. Non gli viene contestata una colpa medica - non aver intercettato per tempo i gravi problemi della bimba - ma una negligenza più sottile: non ha impostato un corretto rapporto con la sua paziente. Che era preoccupata: «Il risultato del bi-test suonava come un campanello d'allarme»; «il livello di rischio era doppio rispetto alla norma»; «mi ha prescritto l'ecografia morfologica oltre la ventiquattresima settimana, quando non avrei più potuto interrompere la gravidanza». In questa situazione, secondo i cinque giudici della Cassazione, il ginecologo non aveva l'obbligo di prescrivere esami approfonditi, dato che non esisteva un rischio specifico; il suo errore è stato decidere al posto della paziente - non parlandogliene nemmeno - che poteva bastare così, non servivano altre analisi. Al contrario - poiché le intenzioni della donna erano chiare - avrebbe dovuto informarla di tutte le possibilità a sua disposizione: esami specifici, magari da effettuare in un «centro di più elevato livello di specializzazione». Ecco perché dovrà pagare: un medico ha sempre il dovere di fornire indicazioni complete anche nel caso in cui «esami, interventi alternativi o complementari comportino costi o rischi maggiori, essendo rimessa al paziente la valutazione dei costi e dei rischi».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

14-DIC-2015
da pag. 25
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il Dna invece dei farmaci La sfida dei ricercatori per curare la talassemia

Il San Raffaele Telethon: i test con i trapianti di staminali

Lo scienziato
Alessandro Aiuti: «La nuova terapia sostituirà anche il trapianto di midollo»

La storia

di **Adriana Bazzi**

Un pezzo di Dna usato come farmaco. Così i chirurghi dei geni, all'Istituto San Raffaele Telethon di Milano (Tiget), stanno provando a curare una malattia rara, ma non rarissima: è la talassemia beta, una grave anemia (si chiama anche «anemia mediterranea» perché frequente proprio in quest'area) dovuta a un difetto della produzione dell'emoglobina, che serve per trasportare l'ossigeno nel sangue. La loro idea è quella di sostituire il gene difettoso dell'emoglobina con uno sano, trapiantandolo nelle cellule staminali del paziente stesso. Un primo malato è già stato trattato: ne seguiranno altri nove, anche bambini, se i risultati saranno positivi.

«Oggi la talassemia beta (ogni anno nel mondo sono 60 mila le persone che nascono con questa malattia, *ndr*) si cura con trasfusioni regolari che, però, comportano un sovraccarico di ferro nell'organismo e richiedono la somministrazione di farmaci che lo eliminano — dice Alessandro Aiuti, coordinatore dell'area clinica del Tiget e professore associato di Pediatria all'Università Vita e salute del San Raffaele —. È una terapia cronica che ha modificato le aspettative di vita dei malati, ma va continuata per sempre. Un'alternativa è rappresentata dal trapianto di midollo, ma non sempre si trova il donatore compatibile e poi c'è il rischio di reazioni al trapianto stesso. Lo fanno soltanto un terzo dei pazienti». La terapia genica potrebbe rappresentare una cura risolutiva o quanto meno ridurre la necessità di ricorrere alle trasfusioni. Si parla da anni di questa tecnica e, dopo alcune delusioni iniziali, ora si sta facendo strada nel trattamento di alcune malattie rare. Per esempio, ha permesso ai «bambini bolla», affetti da Ada-Scid e privi di difese immunitarie, di tornare a una vita normale. E funziona anche nella sindrome di Wiskott-Aldrich, sempre legata all'alterazione di un singolo gene che comporta un difetto delle difese immunitarie, e nella leucodistrofia metacromatica, una malattia che colpisce il sistema nervoso.

«Le cose sono un po' più complesse per la beta talassemia — precisa Aiuti —. Il gene viene trasportato da un virus nelle cellule staminali, ma è difficile farlo esprimere, cioè fargli produrre la beta emoglobina normale, ma ci stiamo riuscendo con nuovi virus modificati».

Al progetto sta lavorando da tempo Giuliana Ferrari, coordinatrice delle attività di ricerca del Tiget e, per quanto riguarda la sperimentazione clinica, Fabio Ciceri (direttore dell'Unità di ematologia dell'Ospedale San Raffaele), Maria Domenica Cappellini e Sarah Marktel, sempre dell'Ematologia. Tanti nomi, ma sperimentazioni di questo tipo richiedono davvero un lavoro di *équipe*, in cui ognuno porta le sue competenze.

«È ancora presto per dire se il trapianto funziona nel nostro primo paziente — continua Aiuti —. Perché abbiamo scelto, per la sperimentazione, un adulto e non un bambino, visto che questa malattia si manifesta subito dopo la nascita e sarebbe bene curarla subito? Per motivi etici: un adulto è più consapevole di quello cui va incontro. Se la terapia funzionerà, proveremo sui bambini già nei primi anni di vita».

Altri gruppi stanno lavorando al trapianto genico nella beta talassemia: uno negli Stati Uniti, a New York, e un altro in Francia. Gli americani non hanno ancora pubblicato i risultati, ma hanno segnalato, nel corso di congressi scientifici, un'efficacia parziale. I francesi, invece, hanno pubblicato un caso sulla rivista *Nature*, in cui il trapianto ha reso indipendente il paziente dalle trasfusioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

IL MATTINO.it

14-12-2015

http://www.ilmattino.it/

Trapianto di pene in Usa su un reduce dell'Afghanistan

Il primo trapianto di pene negli Stati Uniti avrà luogo nei prossimi mesi alla Johns Hopkins university del Maryland su di un soldato reduce della guerra in Afghanistan: ad annunciarlo al “New York Times” lo stesso team dei medici e chirurghi che stanno preparando la procedura, sinora speriementata due volte al mondo.
E con successo solo su di un uomo del Sudafrica di 21 anni, recentemente divenuto padre.

Gli specialisti del prestigioso centro medico Usa pianificano di prelevare l'organo da un donatore deceduto e stanno ultimando i test per la scelta del veterano da mettere in lista d'attesa per il trapianto: si calcola che 1.367 soldati reduci dalla guerre in Iraq e in Afghanistan tra il 2001 ed il 2013 abbiano sofferto ferite agli organi genitali tali, da danneggiare gravemente le funzioni sessuali e urinarie.

La procedura prenderà 12 ore e potrà essere effettuata solo su di un candidato con un'uretra intatta: nel corso dell'intervento i chirurghi connetteranno le vene e le arterie del pene donato al paziente che riceverà l'organo: le terminazioni nervose del paziente dovrebbero quindi crescere al ritmo di 2,5 centimetri al mese.

Il soldato dovrebbe così recuperare le funzioni sessuali e poter avere figli. I pazienti sottoposti a questo trapianto dovranno prendere farmaci anti-rigetto per il resto della vita.
Gli specialisti della Johns Hopkins guidati da Andrew Lee, direttore di chirurgia plastica ricostruttiva, hanno ricevuto il permesso di effettuare 60 procedure di questo tipo.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2014: 400.000
Lettori Ed. II 2015: 352.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica AFFARI&FINANZA

Dir. Resp.: Ezio Mauro

14-DIC-2015
da pag. 48
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

focus sanità

Calano le risorse, è allarme salute crescono over 65 e malati cronici

PER BLOOMBERG IL SERVIZIO SANITARIO ITALIANO È PER EFFICIENZA PRIMO IN EUROPA E TERZO AL MONDO. EPPURE UNA TEMPESTA PERFETTA MINACCIA DI AFFONDARLO. È INNESCATA DAL COMBINATO DI TAGLI DI SPESA, INVECCHIAMENTO E PATOLOGIE CONSOLIDATE

Vito de Ceglia

Milano

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) italiano è primo in Europa e terzo nel mondo in termini di efficienza. Lo riporta nero su bianco la classifica di Bloomberg, in base ai dati forniti dalla Banca Mondiale, dal Fondo monetario internazionale (Fmi) e dall'Organizzazione mondiale della Sanità. Eppure, complice anche la recente crisi economico-finanziaria internazionale, si profila all'orizzonte una possibile "tempesta perfetta" che rischia, in assenza di un significativo cambio di rotta, di farlo naufragare, anche in tempi molto brevi.

Gli elementi per prevedere un simile scenario sono chiari: aumento progressivo delle malattie croniche (ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari e tumori), invecchiamento della popolazione, tagli alla spesa sanitaria, scarsi investimenti strutturali, blocco del turn over. Bastano alcuni numeri per comprendere la portata del possibile 'naufragio': negli ultimi 60 anni in Italia il numero di cittadini di età pari o superiore ai 65 anni è aumentato di oltre 30 volte.

Nel 2015 sono previsti oltre 13 milioni di over 65 e, in base ai dati Istat, nel 2030 saranno più di 16 milioni. Ma già oggi un italiano vive in media 82,8 anni, solo pochi mesi in meno rispetto alla popolazione più longeva al mondo, cioè il Giappone. Un dato che colloca l'Italia tra i paesi Ocse più 'vecchi' (Fonte: Health at Glance Report).

Non solo: nell'ultimo ventennio la proporzione di italiani affetti da almeno una malattia cronica è aumentata dal 35,1 al 37,9% (pari a 2,7 milioni di cittadini), mentre la percentuale di persone colpite da almeno due di queste patologie è passata dal 17,7 al 20% (2 milioni). I 'multicronici' saranno quasi 13 milioni nel 2024 e oltre 14 milioni nel 2034, pari rispettivamente al 20,2% e 22,6% della popolazione (nel 2013 si attesta al 14,4%).

Di fronte a questi numeri, il sistema rischia di non riuscire a reggere le crescenti richieste di salute di molti cittadini. Le soluzioni in campo per evitare l'annunciato 'naufragio' ci sono, ma restano per il momento sulla carta. Emblematico, in questo senso, è il caso dei nuovi Lea: i livelli essenziali di assistenza per tutte le regioni da erogare gratuitamente alle persone che si rivolgono al Ssn. Si tratta di un piano, messo a punto dal governo, che prevede per le nuove prestazioni un investimento di 470 milioni di euro in più.

Il problema è un altro, ovvero che la legislazione concorrente, di stampo federalista, ha creato nel tempo sia una evidente disparità tra i Sistemi sanitari regionali (Ssr) sia un rilevante contenzioso tra Stato e Regioni, anche alla luce dell'invecchiamento della popolazione. Crisi finanziaria, situazione di deficit di oltre la metà delle Regioni (su un totale di 20, nelle quali 2 territori del Trentino Alto Adige sono organizzati come Province autonome), spending review, stanno infatti accrescendo la tensione già esistente tra centro e regioni, il cui budget sanitario rappresenta oltre l'80% del loro bilancio.

Quindi, il riparto delle risorse nazionali per la sanità è diventato, come sempre accade, il terreno di scontro cruciale a livello politico generale. A parole, l'impegno dello Stato è di garantire l'equità nell'erogazione delle cure migliori a tutti i cittadini italiani, indipendentemente dalla regione in cui risiedono.

Ma nei fatti questo non è possibile dal momento che la competenza e la responsabilità dei servizi sociali è, nel nostro Paese, attribuita al sistema delle municipalità, dei Comuni, e questo accresce la complessità dell'organizzazione dei servizi alla persona, da considerare nella sua unicità. Tradotto: in Italia ci sono Regioni che assicurano sistemi di cura in maniera assai più convincente ed avanzata rispetto ad altre.

Tale eterogeneità è amplificata dal profilo strutturale del nostro Paese, sia dal punto di vista sociale che economico: ad esempio, la PA di Bolzano ha un Pil pro capite di 36.190 euro e un tasso di disoccupazione del 4,1%, la Campania ha un Pil pro capite di 15.818 euro e un tasso di occupazione del 19.39%.

Malgrado i tentativi di armonizzazione, osserva l'Ocse, le differenze regionali in termini di qualità dell'assistenza rimangono significative. Ad esempio, la percentuale di pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica entro 48 ore dall'infarto varia dal 15% nelle Marche, Molise e Basilicata al 50% in Valle d'Aosta e Liguria.

Le differenze all'interno delle Regioni sono ancor più marcate: lo stesso indicatore varia dal 5% ad oltre il 60% se disaggregato a livello di Asl. La mortalità a 30 giorni a seguito di infarto, disaggregata a livello di Asl, varia dal 5% al 18%, con una media nazionale del 10%.

Il numero di ricoveri ospedalieri per bronco pneumopatia cronica ostruttiva è più basso in Piemonte (1,51 per 1000 abitanti, corretto per età e sesso) e nella PA di Trento (1,55), e più alto in Puglia (3,84), Campania

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2014: 400.000
Lettori Ed. II 2015: 352.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica AFFARI&FINANZA

Dir. Resp.: Ezio Mauro

14-DIC-2015
da pag. 48
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

(3,13) e Basilicata (3,07). Lo stesso dicasi per l'asma infantile, che vede Toscana (0,21 per 1000 abitanti, corretto per età e sesso), Veneto (0,23) e Valle d'Aosta (0,25) registrare il numero più basso di ricoveri, e Sicilia (0,95), Abruzzo (0,82) e Sardegna (0,74) i più alti.

Tra le altre criticità individuate dall'Ocse, ci sono anche i sistemi di pagamento che non sempre premiano i miglioramenti nell'assistenza clinica o negli esiti. L'infrastruttura informativa è infatti insufficientemente sfruttata a causa di una debole capacità di collegamento dei dati ed un uso limitato della cartella clinica elettronica/fascicolo sanitario elettronico. Gli attuali indicatori relativi all'assistenza primaria e territoriale, avverte ancora l'Ocse, non sono sufficienti a fornire un quadro completo dell'efficacia, della sicurezza e della centralità del paziente in questo settore.

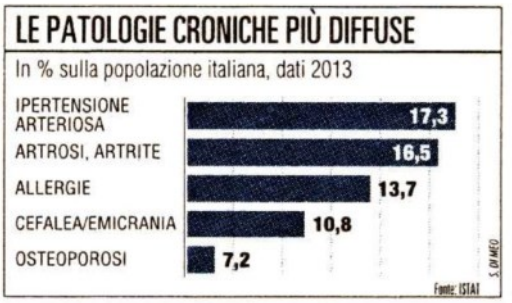
Altre difficoltà sono legate a una carenza di informazioni sulla qualità orientata al paziente e sulla qualità dell'assistenza effettivamente erogata. Non vi sono, ad oggi, rilevazioni di indicatori di qualità o di esito a livello del singolo professionista. E, in generale, la diffusione delle informazioni sulla performance dei fornitori di cura resta sottoutilizzata come potenziale guida per il miglioramento continuo della qualità.

In generale, l'Ocse conclude che in Italia le buone intenzioni di policy non sono accompagnate da meccanismi adeguati che ne assicurino l'implementazione. La strada da seguire deve essere invece quella di passare da un sistema che assegna priorità al controllo di bilancio, ad uno che dà eguale priorità alla qualità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

[L'INDAGINE]

Chi è meno benestante si ammala più degli altri



In tempo di crisi aumentano le diseguaglianze. A confermalo è un'indagine Censis sulla cronicità ed autosufficienza: solo il 5% di italiani benestanti soffre di gravi patologie, ma la percentuale arriva all'11% per persone con risorse economiche scarse. Tanto che i costi per le visite o le terapie sono l'aspetto che più preoccupano i cittadini che si ammalano (45% degli intervistati). Molto più dell'adeguatezza delle strutture sanitarie del territorio (17%) o del livello di professionalità dei medici (8%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2014: 400.000
Lettori Ed. II 2015: 352.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica AFFARI&FINANZA

Dir. Resp.: Ezio Mauro

14-DIC-2015
da pag. 48
foglio 1
www.datastampa.it

focus sanità

[LO SCENARIO]

La sostenibilità del Ssn passa dai fondi integrativi

LE FAMIGLIE IMPIEGANO 30 MILIARDI DI EURO L'ANNO PER GARANTIRSI IL DIRITTO ALLA SALUTE. L'ANOMALIA È CHE BUONA PARTE DI QUESTO COSTO NON È INTERMEDIATO DA FONDI O ASSICURAZIONI. LA NECESSITÀ DI RAFFORZARE L'ASSISTENZA SOSTITUTIVA

Milano

Crescono in Italia le persone affette da cronicità (malattie cardiovascolari e respiratorie, diabete, tumori) e, in particolare, coloro che lamentano tre o più patologie croniche. L'indicazione arriva da un'indagine condotta dall'Istat tra il 2012 e il 2014 su un campione di 60 mila famiglie. La ricerca valuta in circa 9 milioni (ossia il 14,8% dell'intera popolazione) le persone che soffrono di almeno una malattia cronica grave e in 8 milioni e mezzo (13,9%) quelle che lamentano problemi legati alla multi cronicità, ossia la compresenza di tre o più malattie croniche.

L'incidenza di queste due categorie di malati, ovviamente, cresce con l'aumentare dell'età, ma già a 55 anni un italiano su cinque risulta affetto da una cronicità grave e tra i più anziani (over 75) il rapporto sale a quasi una persona su due. Le donne, dal canto loro, presentano per tutte le classi di età, superiori ai 14 anni, tassi di multi cronicità più alti degli uomini, ma sono meno colpite da patologie gravi dopo i 50 anni.

Messi a confronto con i risultati di un'analoga indagine condotta nel 2005, poi, i dati rivelano che cronici e multi cronici sono aumentati in sette anni di circa un punto e mezzo per ogni gruppo, a causa soprattutto dell'invecchiamento demografico. L'incremento è interamente concentrato nelle donne anziane (65 anni e più) per le quali, rispetto al 2005, si osserva un aumento del tasso standardizzato di multi cronicità, dal 44,6% al 49,3%.

Merita qualche riflessione anche il dato relativo alla spesa per esami specialistici: rispetto al 2005, aumenta del 19% la quota di persone che ha pagato interamente per tali accertamenti, con un picco netto per le analisi del sangue (+74%). Si tratta quasi certamente di un effetto dell'inasprimento di ticket e compartecipazioni sulle prestazioni erogate dal Ssn, che finiscono per rendere più conveniente (anche alla luce delle attese richieste per molti esami) il ricorso al privato.

Lo confermerebbe il fatto che la richiesta di accertamenti specialistici a pagamento intero risulta più frequente al Centro (32,2%) e nel Mezzogiorno (28,6% nel Sud, 27,8% nelle Isole), ovvero nelle aree cui più spesso appartengono le Regioni sottoposte a Piani di rientro (nei quali è onnipresente l'inasprimento dei ticket come misura per attenuare il deficit).

Nel complesso, cronicità inclusa, ogni anno sono circa 30 i miliardi di euro che vengono spesi dalle famiglie italiane per garantirsi il diritto alla salute, la cosiddetta "spesa sanitaria privata" (Fonte: Fondo Est Report). Parliamo di circa il 22% della spesa sanitaria totale (che nel 2013 ammontava nel suo complesso a 144 miliardi di euro), un dato in linea con quello che succede in altri grandi Paesi europei, ma che in realtà nasconde un'anomalia: buona parte di questa spesa è di tipo 'out of pocket', ossia non intermediata da fondi o assicurazioni (si stima che solo 1,4 miliardi siano intermediati, ovvero circa il 4,7% del totale della spesa privata).

Quindi, la maggior parte di questa cifra grava direttamente sulle tasche dei cittadini. Secondo i dati forniti da Fondo Est, in occasione dei 10 anni di attività, occorre invece rafforzare il cosiddetto secondo pilastro, la sanità collettiva integrativo-sostitutiva basata sulla mutualità e di cui sono espressione i fondi sanitari, le casse e le società di mutuo soccorso.

I dati presentati da Fondo Est mostrano come la "spesa sanitaria privata" pro capite sia fortemente legata al reddito delle famiglie e alla qualità dell'offerta pubblica. In base a queste considerazioni, si scopre che a guidare la classifica delle regioni con la spesa privata sanitaria più alta troviamo la Lombardia (608 euro), l'Emilia Romagna (581) e il Friuli Venezia Giulia (551), che vantano anche strutture sanitarie pubbliche con standard qualitativi più elevati delle altre regioni. Calabria (274 euro), Campania (263) e Sicilia (245) chiudono questa graduatoria, che appare ormai invariata da 10 anni.

In conclusione, gli esperti di Fondo Est ravvisano che l'andamento della spesa sanitaria italiana negli ultimi anni è apparsa oscillante: nel 2004 ammontava a circa 119 miliardi di euro, ed è andata crescendo fino al 2011 quando arrivò a circa 146 miliardi di euro. Dal 2011 in avanti, per effetto dei tagli e della contrazione conseguente alla crisi economica, la spesa sanitaria complessiva è andata lievemente riducendosi, attestandosi nel 2013 intorno ai 144 miliardi di euro, suddivisi tra spesa sanitaria pubblica (78%) e spesa sanitaria privata (22%). ***(v.d.c.)***

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

La morte improvvisa si può prevenire con la prevenzione primaria. Conferma da uno studio di 15 anni

13 dicembre 2015

Negli ultimi anni si è osservato un notevole calo dell'incidenza di malattia coronarica (CHD), determinato soprattutto dalla riduzione della morte improvvisa extraospedaliera e dei ricoveri per infarto miocardico (IM) con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI).

Il 66% del calo degli eventi coronarici è stato determinato da cambiamenti dei fattori di rischio coronarico modificabili (colesterolemia, pressione arteriosa, fumo, attività fisica). Lo dimostra uno studio norvegese, apparso online su Circulation.

«Le variazioni dei tassi di morte extraospedaliera da CHD e quelli di ospedalizzazione, così come gli outcome degli STEMI e dei IM senza slivellamento ST (NSTEMI) influenzeranno la mortalità» affermano gli autori della ricerca, guidati da Jan Mannsverk, del Dipartimento di Malattie Cardiache dell'Ospedale Universitario della Norvegia del Nord, a Tromsø.

«È stato suggerito che il 45-75% del calo dei decessi per CHD può essere attribuito alla diminuzione del fumo, della pressione arteriosa e della colesterolemia» proseguono. «Questi studi hanno basato le loro stime su dati ecologici o modellistica matematica di dati aggregati. Pochi studi hanno utilizzato i dati individuali delle persone e in generale le ricerche si sono limitate a sottogruppi di popolazione senza studiare le CHD extraospedaliere o i sottotipi di IM».

Pertanto, spiegano gli autori, «abbiamo utilizzato i dati individuali delle singole persone tratti da ripetute indagini condotte sulla popolazione generale per studiare i tassi di CHD extraospedaliera, l'incidenza, il trattamento e l'outcome dei soggetti ricoverati per STEMI e NSTEMI, e l'impatto delle variazioni nei livelli dei fattori di rischio coronarico durante il periodo 1995-2010».

Fonte dei dati: lo studio Tromsø. Si tratta di uno studio prospettico basato sulla popolazione relativo a vari problemi di salute e malattie croniche, composto da 6 survey condotte su soggetti di entrambi i generi nel comune norvegese di Tromsø dal 1974 al 2008. «Il presente studio comprende partecipanti provenienti dalle

indagini effettuate nei bienni 1994-95, 2001-02 e 2007-08 per un totale di 29.582 individui sani di età pari o superiore ai 25 anni che hanno preso parte a uno, due o tutti e tre i sondaggi. I tassi di partecipazione alle survey del 1994-95, 2001-02, 2007-08 sono stati, rispettivamente, del 72%, 79% e 66%».

I ricercatori hanno calcolato i tassi di incidenza aggiustati per età e genere per la CHD nel suo complesso, per la morte improvvisa extraospedaliera e per gli STEMI e NSTEMI di pazienti ricoverati in ospedale. Per ogni survey sono stati misurati i fattori di rischio coronarico ed è stata stimata la relazione tra i cambiamenti nei fattori di rischio e i cambiamenti dei trend di incidenza.

In tutto 1.845 partecipanti hanno avuto un evento incidente di CHD durante 375.064 anni-persona di follow-up dal 1994 al 2010. L'incidenza totale di CHD aggiustata per età e genere è diminuita del 3% ogni anno (P <0,001). Questo declino è stato determinato da una diminuzione della morte improvvisa al di fuori degli ospedali e degli STEMI in pazienti ricoverati. Le variazioni dei fattori di rischio coronarico hanno contribuito per il 66% (p <0,001), al calo della CHD totale. Più in dettaglio, cambiamenti favorevoli della colesterolemia hanno contribuito alla riduzione per il 32%, mentre quelli relativi a pressione arteriosa, fumo e attività fisica hanno contribuito ciascuno, rispettivamente, per il 14%, 13% e 9%.

«In linea con i risultati di altri autori, abbiamo evidenziato che i cambiamenti nei tassi di morte improvvisa extraospedaliera hanno avuto un impatto maggiore sui trend della mortalità CHD rispetto alle modificazioni nella mortalità dei pazienti ospedalizzati» commentano Mannsverk e colleghi.

Lo studio, sostengono gli autori, dimostra che la prevenzione primaria mirata alla modificazione dei fattori di rischio attraverso uno stile di vita sano o l'uso di farmaci influenzerà sia l'incidenza di CHD sia il concetto di 'fatalità dovuta al caso' nelle popolazioni, essendo dimostrata l'associazione tra fattori di rischio coronarico e morti improvvise fuori dall'ospedale. «Pertanto, la morte improvvisa è una condizione prevenibile», affermano.

«I nostri risultati suggeriscono che la ridotta prevalenza di ipercolesterolemia e fumo sono i principali motori per il calo dell'incidenza di STEMI, indicando che gli sforzi di prevenzione primaria si traducono in eventi meno gravi» rimarcano gli studiosi. «In accordo con questo dato, altri studiosi hanno trovato che l'ipercolesterolemia è associata con la rottura di placche vulnerabili e il fumo con la trombosi coronarica».

Gli autori analizzano infine i dati relativi all'attività fisica. «La maggiore frequenza cardiaca a riposo è risultata più fortemente associata con la morte improvvisa extraospedaliera rispetto allo STEMI o allo NSTEMI. Frequenze cardiache più elevate sono associate a ischemia miocardica, aritmie ventricolari e aterosclerosi coronarica. Di conseguenza abbiamo scoperto che l'attività fisica, abbassando la frequenza cardiaca a riposo, risulta associata a un più basso rischio di morte improvvisa fuori dall'ospedale e rappresenta il 9% del declino della CHD totale. La prevalenza di angina pectoris autoriferita è scesa del 29%, il che suggerisce come la modificazione dei fattori di rischio porti a un minore sviluppo di aterosclerosi coronarica».

Mannsverk J, Wilsgaard T, Mathiesen EB, et al. Trends in Modifiable Risk Factors are Associated With Declining Incidence of Hospitalized and Non-Hospitalized Acute Coronary Heart Disease in a Population. Circulation, 2015 Nov 18. [Epub ahead of print]
leggi

[chiudi questa finestra]

CORRIERE DELLA SERA.it

14-12-2015
Lettori
38.890

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

Gli alimenti «insospettabili» che possono farci rischiare la gotta

I livelli di acido urico nel sangue stanno aumentando. Attenzione non solo alla carne rossa, ma agli eccessi di pesce, al fruttosio come dolcificante e ai superalcolici

Alimenti e bevande da limitare	I motivi
CARNE Fegato, cuore, frattaglie, cacciagione, estratti di carne **PESCE** Alici, acciughe, aringhe, trota, sgombri, sardine, frutti di mare	Sono ricchi di purine, che portano alla produzione di acido urico nell'organismo
BEVANDE Super alcolici, alcolici, soprattutto la birra	Riducono l'eliminazione di acido urico per via renale. La birra contiene anche una purina
DOLCIFICANTI Il fruttosio, soprattutto se usato in elevate quantità nelle bibite	È un potente induttore dell' iperuricemia

La gotta, malattia infiammatoria delle articolazioni, e prima ancora l'iperuricemia, che ne costituisce il principale fattore di rischio, sono argomenti di grande attualità. Dagli studi epidemiologici, infatti, emerge che i livelli di acido urico nel sangue stanno aumentando a causa dell'epidemia di sovrappeso e delle modificate abitudini alimentari.

La dieta come prevenzione

«È un dato che merita attenzione - avverte Claudio Borghi, professore di Medicina Interna all' Università di Bologna - perché l'iperuricemia si associa anche a un aumentato rischio di ipertensione arteriosa, sindrome metabolica e malattie cardiovascolari. Tale effetto risulta evidente già in età pediatrica e tra gli adolescenti nei quali interventi dietetici basati sul controllo dei livelli di acido urico potrebbero risultare di grande utilità preventiva». La dieta è quindi uno dei principali fattori sui quali intervenire: ma quale dieta? Esaminando i consigli per la prevenzione (e la gestione) di iperuricemia e gotta, fra gli alimenti da evitare o moderare si

trovano, oltre a frattaglie, molluschi, selvaggina, estratti di carne, anche cereali integrali, legumi, frutta secca a guscio, ortaggi come spinaci e cavolfiori.

Purine da alimenti di origine animale

Il motivo? Il contenuto di purine, sostanze presenti in quantità variabile negli alimenti (ma anche nelle nostre cellule), dal cui metabolismo deriva l'acido urico. «In realtà - spiega Leonardo Punzi, direttore dell'Unità di reumatologia dell'Azienda ospedaliero- università di Padova, coautore di una recente revisione su questi temi, pubblicata su *Swiss Medical Weekly* - in iperuricemia e gotta la restrizione delle purine va limitata ai soli alimenti di origine animale. Lo confermano studi epidemiologici in cui il consumo di cereali integrali, frutta secca, legumi, oltre a frutta poco zuccherina, latte e derivati - a basso contenuto di grassi - e di caffè, è risultato associato a un ridotto rischio di gotta.

Comunque, poiché tutte le carni e i pesci contengono purine meglio evitare quelli che ne sono più ricchi e in generale attenersi a 100 grammi per la carne e a 150 per il pesce. Ancor prima, fate attenzione al fruttosio, specie se usato in elevate quantità come dolcificante, ai superalcolici e alcolici, anche se il vino rosso pare non creare problemi, se assunto con moderazione. Importante anche una buona idratazione, la pratica regolare di attività fisica e, se necessario, un calo di peso».