CORRIERE DELLA SERA.it

06-07-2016
Lettori
319.200

http://www.corriere.it/

ONGRESSO A MILANO

Due casi di Zika in Emilia Romagna, scatta la disinfestazione

Due turisti residenti a Modena e Correggio hanno contratto il virus durante un viaggio all'estero. Partono interventi massicci per eliminare tutte le zanzare

Arriva il virus della zanzara tigre in Emilia, e scattano le disinfestazioni. Le Aziende Usl di Reggio Emilia e Modena informano che è arrivata mercoledì la conferma della diagnosi di malattia da Zika per due viaggiatori, residenti nei Comuni di Modena (lui) e Correggio (lei). Se le condizioni delle due persone che hanno contratto il virus «non destano preoccupazione», dalle verifiche dei dipartimenti. L'infezione è stata contratta nel corso di un viaggio all'estero, in un'area già nota per la presenza del virus, e si è manifestata al rientro in Italia.

La malattia: che cosa provoca

L'Ausl ricorda che la malattia non è pericolosa per l'adulto e si manifesta di solito con sintomi lievi: febbre, dolori ossei e muscolari, manifestazioni cutanee che ricordano quelle da morbillo, a volte accompagnate da prurito. Possono però spuntare conseguenze gravi nel caso l'infezione sia contratta in gravidanza: il neonato potrebbe infatti poi risultare affetto da disturbi neurologici e cognitivi, da microcefalia, da disturbi al sistema nervoso periferico. L'infezione si può trasmettere principalmente con due modalità': tramite la puntura di zanzare tigre infetta oppure in caso di rapporti sessuali con partner maschile infetto. Finora tutti i cittadini italiani che hanno contratto Zika virus si sono infettati durante un viaggio all'estero, si tratta quindi di casi importati di malattia.

Disinfestazione dei luoghi di residenza e lavoro

Secondo la prassi di questi casi, quindi, i Comuni di Correggio, Reggio Emilia e Modena, in collaborazione con le Ausl, si sono attivati per organizzare tempestivamente i trattamenti nei luoghi di residenza e di lavoro delle due persone che hanno contratto il virus. Si svolgerà mercoledì notte, nella zona sud di Modena, il primo dei tre interventi di disinfestazione. L'intervento sarà preceduto da comunicazioni via altoparlante da parte della Polizia municipale e dall'affissione di volantini.
L'ordinanza del sindaco Muzzarelli prevede che venga concesso agli addetti alla disinfestazione l'accesso alle aree aperte degli edifici per effettuare i trattamenti, che siano rimossi i focolai larvali presenti nelle aree cortilive private e indica, tra le misure di precauzione, la chiusura delle finestre durante le ore notturne tra il 6 e il 9 luglio.

Le precauzioni

Finestre e porte ben chiuse nella notte, quindi, e sospensione del funzionamento degli impianti di ricambio dell'aria. Inoltre, vanno tenuti al chiuso gli animali domestici e devono essere protetti con teli di plastica i loro ricoveri all'aperto e le suppellettili, come ciotole e abbeveratoi. Anche la frutta e la verdura degli orti deve essere protetta in modo ermetico. Per consumare frutta e verdura irrorate con insetticidi sarà necessario aspettare 15 giorni, dovranno essere lavate abbondantemente e la frutta dovrà essere sbucciata. Mobili e giochi per bambini rimasti all'esterno ed esposti al trattamento dovranno essere puliti utilizzando guanti lavabili o a perdere. In caso di contatto accidentale con il prodotto insetticida, lavare abbondantemente la parte del corpo interessata con acqua e sapone.

Il parere dell'esperto

L'intervento è massiccio, ma è giustificato dalla stagione estiva, come spiega Fabrizio Pregliasco, virologo all'Università degli Studi di Milano e direttore dell'IRCCS Galeazzi nella stessa città: «Siamo in estate, periodo di massima diffusione delle zanzare, quindi raccomando un intervento di disinfestazione , è una precauzione a lungo termine,che va vissuta con serenità. La nostra zanzara più comune non trasmette zika, ma la zanzara tigre sì, anche se è un vettore secondario. È importante che chi ha contratto l'infezione non si faccia pungere dalle zanzare che in questo modo potrebbero a loro volta infettarsi e trasmettere la malattia all'uomo, pungendolo».

quotidianosanità.it

Giovedì 07 LUGLIO 2016

OMS. Per virus Zika validi i sistemi di sorveglianza della polio

La Sindrome di Guillain-Barré, legata al virus Zika trasmesso dalle zanzare, potrebbe essere fronteggiata al livello mondiale con programmi nazionali già esistenti per l'individuazione della polio. È quanto emerge da un documento redatto da alcuni ricercatori dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

(Reuters Health) - La Sindrome di Guillain-Barré è una malattia neurologica rara, più comune tra gli adulti, che può causare una paralisi temporanea. "Alcuni dei soggetti affetti possono necessitare di cure intensive per problemi respiratori, ma la maggior parte di essi si riprende pienamente", afferma l'OMS. Poggia ormai su un forte consenso scientifico la correlazione tra il virus Zika il difetto alla nascita noto come microencefalia, una condizione caratterizzata da una conformazione cranica più piccola del normale che può portare a problemi di sviluppo e causare la Sindrome di Guillain-Barre. Secondo i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) statunitensi, almeno 49 paesi sono stati interessati da epidemie attive di Zika, in particolare nelle Americhe.

Attualmente, i sistemi di sorveglianza in atto in 177 dei 194 stati membri dell'OMS verificano la presenza di paralisi flaccida acuta (AFP) nell'ambito del programma globale di eradicazione della polio promosso dall'ONU. Le feci dei ragazzi al di sotto dei 15 anni vengono analizzate in laboratorio per confermare o individuare casi di "paralisi flaccida acuta non polio", tra cui casi di sindrome di Guillain-Barré. "Con evidenze crescenti dei legami tra la sindrome di Guillain-Barré e l'infezione da virus Zika, è fondamentale potenziare la sorveglianza di questa Sindrome – hanno dichiarato i ricercatori OMS, guidati da **Nirmal Kandel**, in un articolo pubblicato sul sito dell'Organizzazione – Tutto questo può essere attuato utilizzando i sistemi di sorveglianza esistenti come quello per la paralisi flaccida acuta (AFP) di cui si servono i programmi per l'eradicazione della polio. Ulteriori ricerche in merito ai casi di paralisi flaccida acuta – la cui causa è riconducibile alla Sindrome di Guillain-Barré – possono essere un punto di partenza per testare la presenza di virus Zika".

I sistemi di sorveglianza della polio
I sistemi di sorveglianza della polio nei vari Paesi rappresentano una piattaforma per l'individuazione, il monitoraggio e la risposta al livello globale alla malattia", fanno sapere i ricercatori, osservando come vengano ormai impiegati di routine diversi sistemi informativi e attrezzature da laboratorio. L'anno scorso, in tutto il mondo sono stati rilevati 99.582 casi di paralisi flaccida acuta in bambini, tra cui 72 casi di poliovirus selvaggio confermati in laboratorio Nell'area delle Americhe – dove si sta diffondendo il virus Zika – il tasso annuale di paralisi flaccida acuta è oscillato tra lo 0.8 e l'1.1 ogni 100.000 bambini. La correlazione tra Zika e la microencefalia è emersa per la prima volta l'anno scorso in Brasile, che ora ha confermato più di 1600 casi di microencefalia che si ritengono legati alle infezioni da Zika nelle madri.

Fonte: *OMS*

Reuters Staff

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

quotidianosanità.it

Giovedì 07 LUGLIO 2016

Aborto. Comitato Ministri del Consiglio d'Europa "assolve" l'Italia: "Numero obiettori è congruo". Riconosciute le ragioni del ministero della Salute

Il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa non ha seguito le indicazioni del Comitato europeo dei diritti sociali che nell'ottobre scorso aveva accolto il reclamo della Cgil contro l'Italia, ravvisando una situazione molto critica per l'esercizio del diritto all'IVG. Ma la memoria di difesa italiana ha convinto i ministri. Soddisfatta Lorenzin: "Recepite le informazioni date dal nostro paese".

"Il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa ha approvato una risoluzione positiva nei confronti dell'Italia in tema di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) ed obiezione di coscienza. Il Comitato ha recepito le informazioni date dal nostro paese, e, letteralmente, ne "accoglie gli sviluppi positivi". Una valutazione positiva dei dati e delle argomentazioni, quindi, da parte dell'organo politico europeo, che chiude questa fase del procedimento. Nel 2017 il paese riferirà gli aggiornamenti sulla situazione al Comitato europeo dei diritti sociali".

Lo precisa in una nota il Ministero della Salute che ricorda come "i Ministri europei si dovevano esprimere sulla decisione del Comitato Europeo dei Diritti Sociali sul reclamo CGIL contro l'Italia".

Il Comitato dei Diritti Sociali aveva parzialmente accolto, il 12 ottobre scorso, un reclamo collettivo presentato dalla CGIL il 27 gennaio 2013, che riguardava l'applicazione della legge n. 194/78 in relazione al diritto all'obiezione di coscienza degli operatori sanitari, e all'accesso al servizio IVG da parte delle donne italiane. La CGIL denunciava difficoltà nell'accesso al servizio IVG da parte delle donne, e lo collegava ad un numero eccessivo di obiettori di coscienza fra il personale medico.

"Lo scorso 24 maggio – precisa il Ministero - il pronunciamento negativo del Comitato europeo dei diritti sociali del Consiglio d'Europa è stato esaminato dal GR-SOC (Gruppo Affari sociali). In quell'occasione la delegazione italiana, comprendente un rappresentante del Ministero della Salute, ha fornito i dati più aggiornati in materia, presentati nell'ultima relazione al parlamento sull'applicazione della L.194 e illustrati in parlamento nel corso dell'informativa del Ministro Lorenzin del 4 maggio 2016".

"Tali dati – continua la nota di Lungotevere a Ripa - , sia a livello nazionale che disaggregati per ciascuna ASL, mostrano che il numero di non obiettori risulta congruo, anche a livello sub-regionale, rispetto alle IVG effettuate, e tale numero è rimasto costante nel tempo, fin dalla entrata in vigore della legge 194, mentre le IVG si sono più che dimezzate. Nel frattempo, gli aborti nel nostro Paese sono costantemente diminuiti, secondo tutti gli indicatori".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 202.162
Diffusione 04/2016: 149.284
Lettori Ed. I 2016: 833.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

08-LUG-2016
da pag. 36
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità. La Stato-Regioni licenzia investimenti per 241 milioni negli ospedali in Emilia, Veneto e Toscana

Il «Patto digitale» in porto, i nuovi Lea a metà strada

ROMA

Disco verde al «Patto per la sanità digitale» che a regime dovrebbe consentire risparmi di 8-10 miliardi. Via libera ancora a metà ai nuovi Lea (livelli essenziali di assistenza) che in anno costeranno 771,8 milioni. Visto finale a fondi per 241 milioni per ospedali, tecnologie, territorio. Tra investimenti nelle cure, nell'edilizia, nel futuro hi-tech del sistema, dalla Conferenza Stato-Regioni di ieri sono arrivate importanti aperture di credito per il Servizio sanitario nazionale, sbloccando interventi e progetti tenuti da tempo in naftalina.

Quella dei Lea è senz'altro la partita più spinosa. «Nuovi Lea dopo 15 anni, nuovo Nomenclatore dopo 17, piano vaccini approvato; un grande giorno per la sanità italiana»: così, su Facebook, una entusiasta ministra Beatrice Lorenzin. In verità i nuovi Livelli non si applicheranno subito e comunque arrivano con ritardo rispetto alle attese. Manca ancora il parere parlamentare, quindi l'ok vero e proprio della Stato-Regioni, con i governatori che in una lettera hanno dato il loro via libera condizionato, come anticipato ieri da Il Sole-24 Ore. Ben che vada i Lea - che tra le novità includono autismo, malattie rare, eterologa, ludopatia - saranno applicati da settembre-ottobre. Hanno una dote in Stabilità di 800 milioni l'anno, ma sia Regioni che Economia vogliono vederci chiaro. Per questo una speciale commissione ne valuterà l'impatto, con la riserva posta dalle Regioni di rivedere l'accordo ed eventualmente operare un delisting. Segno che le preoccupazioni sui conti sono alte. Le Regioni, che hanno ripassato intanto il cerino al Governo, contano del resto di giocare la partita dentro quella più grande del finanziamento al Ssn per il 2017, dopo le promesse di Lorenzin di strappare un aumento di 2 miliardi.

Un passo in avanti importante per il futuro del Ssn potrebbe essere poi il nuovo «Patto per la salute digitale», previsto dal «Patto per la salute 2014-2016». Un futuro tecnologico - come anticipato. L'obiettivo dichiarato (per il testo, come per quello dei Lea, si veda *www.24oresanita.com*) è di rendere il Ssn più efficiente, trasparente e sostenibile, ad ampio spettro di servizi e di assistenza a distanza. Il tutto «a costo zero» in più, ma accedendo a a risorse già in campo (fondi strutturali), finanziamenti Bei, ampio concorso dei privati.

Altro passaggio importante in Stato-Regioni, è stato poi l'ok agli accordi di programma da 241 milioni totali (224 a carico dello tato) per Emilia Romagna, Toscana e Veneto per 66 interventi complessivi. In cima a tutto, l'ammodernamento e la riorganizzazione della rete ospedaliera e di quella territoriale, di pronto soccorso e reparti, ma anche dei sistemi tecnologici e informatici.

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'anticipazione

Il Sole 24 ORE

Sanità. Giovedì il nuovo patto in Conferenza Stato-Regioni

Con la sanità digitale attesi risparmi fino a 8-10 miliardi

Risparmi fino a 8-10 miliardi
Su Il Sole 24 Ore del 5 luglio l'anticipazione dei contenuti del «Patto per la sanità digitale» (il testo su *www.24oresanita.com*), licenziato ieri in via definitiva dalla Conferenza Stato-Regioni, che era previsto dal «Patto per la salute 2014-2016» di due anni fa tra Governo ed enti territoriali

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

healthdesk

07-07-2016

http://www.healthdesk.it/

SERVIZIO SANITARIO

Italia lumaca nella digitalizzazione della sanità

Ci separa un abisso dai Paesi europei più avanzati. E per mettersi in pari occorrerebbero almeno 15 miliardi di investimenti

Siamo così indietro che occorrerebbero almeno 15 miliardi di euro di investimenti nei prossimi 5 anni per rimetterci al passo con l'Europa. E forse non basterebbe perché la digitalizzazione in sanità è un processo culturale prima ancora che organizzativo ed economico.

La sentenza è del rapporto "Le condizioni per lo sviluppo della Sanità Digitale: scenari Italia-UE a confronto" realizzato dal Censis e presentato nei giorni scorsi.

«I risultati dell'analisi mostrano che il Servizio Sanitario Nazionale debba realizzare nei prossimi anni un deciso cambio di passo nelle risorse finanziarie da investire in Sanità Digitale, per stare al passo con i Paesi europei più avanzati in questo settore», affermano i ricercatori che rinvengono nei mancati investimenti le ragioni di questo ritardo divenuto ormai strutturale: nel 2015 la spesa per la sanità digitale ammontava all'1,2 per cento della spesa sanitaria pubblica, rispetto alla media UE compresa fra il 2 e il 3 per cento, con punte

vicine al 4.

I mancati investimenti sono però soltanto una parte della storia. I ricercatori hanno infatti messo a confronto i Paesi europei su quattro indicatori in grado sentire il polso dei processi di digitalizzazione. Su nessuno il nostro Paese riesce a tenere il passo dell'Ue.

Il primo indicatore era la ricerca di informazioni online sui temi della salute da parte dei cittadini. Nulla che riguardasse i Governi o le amministrazioni pubbliche, dunque. Ebbene, nel 2015 l'Italia si situa al di sotto della media UE (al 27° posto all'interno dei 28 Paesi UE+2). La percentuale di utenti che negli ultimi 3 mesi ha ricercato online informazioni sulla salute è risultata pari al 46% contro la media UE del 58%.

Facciamo meglio sul fronte della prenotazione delle visite mediche on line da parte dei pazienti: con il 10 per cento delle visite prenotate via Web l'Italia nel 2014 occupa la dodicesima posizione, contro la media UE del 12,5 per cento. Le avanguardie, in questo campo, sono Spagna, Finlandia e Danimarca con, rispettivamente, il 36, 35 e 34 delle visite prenotate online.

Con il 9 per cento della copertura, siamo al diciassettesimo posto per quanto riguarda l'invio elettronico delle prescrizioni da parte del medico al farmacista. Ma è stupefacente l'abisso che ci separa dai Paesi "migliori": Estonia (100%), Danimarca (100%), Croazia (99%), Svezia (97%), Islanda (96%), Olanda (94%).

Infine, risultati analoghi sono stati osservati nella percentuale di medici di medicina generale che condividono i dati medici dei pazienti con altri operatori e professionisti sanitari: siamo al quattordicesimo posto; al primo si piazza la Danimarca con il 92 per cento.

Messi insieme questi indicatori, i ricercatori sono stati in grado di definire un indice sintetico di eHealth che ha visto in testa la Danimarca (0,87) seguita da Finlandia (0,84), Spagna (0,72), Olanda (0,71) e Svezia (0,67). L'Italia, raggiunge appena il valore di 0,26.

C'è da dire che qualcosa si muove, come ammette lo stesso rapporto: «<La recente Strategia per la crescita digitale 2014-2020 segna il rinnovato impegno da parte del Governo italiano per la digitalizzazione del Paese al fine di "portare l'Italia entro il 2020 in linea con gli altri Paesi europei rispetto agli obiettivi definiti con l'iniziativa un'Agenda digitale europea"» ,scrivono i ricercatori. «Il processo di digitalizzazione della sanità viene annoverato fra le azioni prioritarie, come "passaggio fondamentale per migliorare il rapporto costo-qualità dei servizi sanitari, limitare sprechi e inefficienze, ridurre le differenze tra i territori, nonché innovare le relazioni di front-end per migliorare la qualità percepita dal cittadino". Il riferimento è a una serie di strumenti, sui quali il Ministero della Salute ha avviato nel 2008

l'eHealth Information Strategy: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ricetta elettronica (ePrescription), dematerializzazione di referti medici e cartelle cliniche, Centro unico di prenotazione (CUP), Telemedicina».

«A questi - continuano - si aggiunge l'impegno congiunto di Stato e Regioni alla sottoscrizione del Patto per la Sanità Digitale, finalizzato a realizzare un piano straordinario di sanità elettronica attraverso un Master Plan pluriennale e ad attivare "iniziative di partenariato pubblico-privato capaci di innescare un circuito virtuoso di risorse economiche destinate a finanziare gli investimenti necessari».

Ma darà frutti questo impegno? I ricercatori azzardano alcune stime ipotizzando tre scenari per mettersi in pari con l'Europa: a seconda che l'Italia punti a raggiungere il 2, il 3 o il 4 percento del PIL come spesa in sanità digitale occorrono risorse aggiuntive che vanno dai 2 ai 15,2 miliardi di Euro entro il 2020.

E non è detto che basti questo: «la questione degli investimenti - conclude infatti la ricerca - un fattore necessario ma non sufficiente per lo sviluppo della Sanità Digitale e per il conseguimento dei benefici connessi. Occorre affrontare contestualmente il tema del ridisegno complessivo del sistema salute, quello del digital divide, quello della costruzione di una governance nazionale dell'innovazione e di una strategia architetturale complessiva, quello della definizione di una chiara politica della sicurezza e della privacy. Mentre resta ancora aperta a livello internazionale la questione di una corretta misurazione e valutazione dei benefici e dei ritorni dell'investimento in Sanità Digitale".

LA STAMPA.it

07-07-2016

Lettori
221.508

http://www.lastampa.it/

La stanchezza cronica dipende dall'intestino

FABIO DI TODARO

Quello che era un indizio, oggi è un sospetto con radici ben fondate. La sindrome da stanchezza cronica, condizione che in Italia colpirebbe all'incirca duecentomila persone (manca un registro ufficiale), è quasi certamente una malattia che nasce da un'alterazione della flora intestinale e non ha invece un'origine psicologica. Questo, almeno, è quanto sostiene un gruppo di ricercatori della Cornell University (Ithaca) in uno studio pubblicato sulla rivista «Microbiome ».

«La sindrome da stanchezza cronica nasce dall'intestino, non dalla testa», hanno sentenziato gli scienziati, le cui parole confermano l'ipotesi più battuta dagli specialisti impegnati nell'individuare l'esatta eziologia della malattia.

L'ORIGINE DELLA MALATTIA RISIEDE NELL'INTESTINO

Nell'ultimo studio, i ricercatori hanno identificato alcune alterazioni delmicrobiota intestinale comuni a tutte le persone coinvolte nello studio (48) che segnalavano sintomi riconducibili alla sindrome da stanchezza cronica (rispetto ai 39 soggetti inseriti nel gruppo di controllo). L'osservazione, riferibile all'83 per cento delle persone che segnalavano i sintomi caratteristici della condizione (stanchezza protratta, difficoltà di concentrazione, dolori articolari, mal di gola e mal di testa che non si attenuano con i farmaci), è avvenuta attraverso il campionamento delle feci e un semplice prelievo.

«Il nostro lavoro dimostra che chi soffre di affaticamento cronico ha un'alterazione della flora batterica intestinale che risulta probabilmente responsabile dei sintomi gastrointestinali e dei

processi infiammatori riscontrabili in questi pazienti», afferma Maureen Hanson, docente di genetica e biologia molecolare alla Cornell University e prima firma della pubblicazione. Molti aspetti restano ancora da scoprire, ma secondo la scienziata l'evidenza è «sufficiente a escludere l'origine psicologica della malattia», finora presa in esame vista la frequente concomitanza con le sindromi depressive.

Sequenziando le regioni di Dna microbico raccolte attraverso i campioni di feci, i ricercatori hanno identificato diverse tipologie di batteri, tra le persone sane e quelle colpite dalla sindrome da stanchezza cronica. In particolare nelle persone malate è stata individuata una quota inferiore di microrganismi dotati di azione antinfiammatoria. Il riscontro, ottenuto anche in alcuni studi mirati a indagare il possibile ruolo della flora batterica intestinale nei meccanismi di insorgenza delle malattie infiammatorie croniche intestinali, ha convinto gli esperti a cercare nel microbiota le possibili cause della risposta immunitaria sovradimensionata che innesca la sindrome da stanchezza cronica. Resta poco chiaro se le alterazioni siano una causa o un effetto della malattia, ma su un aspetto gli esperti concordano: il legame non è da trascurare. Oltre ai batteri, i ricercatori puntano a capire se un ruolo determinante non sia giocato anche da virus e funghi.

ALTRI FATTORI RESPONSABILI

L'ipotesi non è peregrina. Finora, infatti, tra le possibili cause della malattia è stato considerato anche il virus di Epstein-Barr, responsabile della mononucleosi: spesso presente nel sangue dei pazienti, al momento della diagnosi. Non si esclude comunque che a innescare i meccanismi immunologici alla base del disturbo ci siano altri fattori: alimentari, ambientali o endocrini. Senza trascurare l'ipotesi ormonale, viste le disfunzioni riscontrate in molti pazienti a carico dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. La strada per completare la conoscenza della sindrome da stanchezza cronica rimane ancora lunga.

Twitter @fabioditodaro

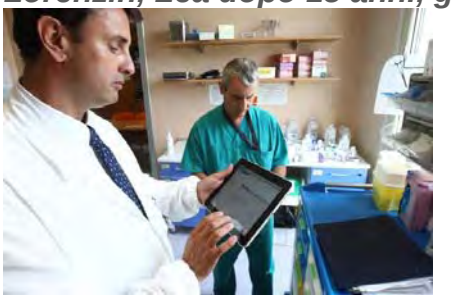
ANSA

07-07-2016
Lettori
155.567

http://www.ansa.it

Via libera Regioni a Livelli assistenza ma pesa nodo fondi

Lorenzin, Lea dopo 15 anni, grande giorno



Dopo 15 anni dalla loro entrata in vigore, nel 2001, arriva oggi il via libera della Conferenza delle Regioni ai nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) aggiornati, ovvero le prestazioni e le cure erogate dal Servizio sanitario nazionale (Ssn) ai cittadini gratuitamente o pagando un ticket. Un semaforo verde, quello da parte dei governatori, molto atteso e che il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, saluta con soddisfazione. Ma sul tavolo resta il nodo dei finanziamenti.

"Nuovi Lea dopo 15 anni, nuovo nomenclatore protesi e ausili dopo 17, piano vaccini approvato: un grande giorno per la Sanità italiana", ha commentato il ministro con un post su Facebook. I Lea, infatti, comprendono anche il nuovo Piano vaccinale 2014-16, con uno stanziamento previsto di 200 mln. Ma il 'sì' delle Regioni prevede dei 'paletti': "Le Regioni hanno dato il sì all'accordo sui nuovi Lea - ha detto l'assessore Sergio Venturi, coordinatore vicario della Commissione Sanità della Conferenza delle Regioni - chiedendo che per il 2016 il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri vada avanti e sbloccando quindi di fatto la questione Lea. C'è da fare cioè un lavoro di riquantificazione per il 2017, mentre per il 2016 non ci sono problemi". A confermarlo lo stesso presidente della Conferenza delle Regioni, Stefano Bonaccini: "Abbiamo raggiunto l'accordo all'unanimità, rassicuriamo quindi per quel che riguarda le risorse per il 2016 le Regioni. Ora va fatta una valutazione in sede tecnica per valutare quel che potrà servire per il 2017".Un giudizio critico arriva invece dalla Fp-Cgil secondo cui i Lea "senza finanziamenti adeguati in sanità - afferma il segretario Massimo Cozza - rischiano di rimanere sulla carta". E per l'Associazione Coscioni, va bene l'assenso delle Regioni ma "non si ha ancora notizia di un altro 'assenso' forse anche più importante: quello della Ragioneria Generale dello Stato che ha bloccato i Lea dal 2008 negando la famosa 'bollinatura', cioè il via libera alle forme di copertura". Basta, è la richiesta, "al gioco delle tre carte Ministero-Regioni-Ragioneria Generale".

Quanto alle nuove cure che saranno garantite ai cittadini con i Lea aggiornati, come già

annunciato dalla stessa Lorenzin, dovrebbero entrare nelle lista delle prestazioni erogate dal Ssn l'epidurale per il parto indolore, i trattamenti per la fecondazione assistita omologa ed eterologa, le cure per l'endometriosi, per la ludopatia, per l'autismo, le indagini cliniche per la diagnosi della celiachia, i trattamenti per alcune malattie croniche, per oltre 100 nuove malattie rare e l'adroterapia oncologica (il trattamento dei tumori mediante l'impiego di protoni e e ioni carbonio).

Farmacista33

08-07-2016

http://www.farmacista33.it/

Nuovi Lea, Regioni pronte ma resta dubbio su federalismo farmaceutico

Fanno discutere i nuovi livelli essenziali di assistenza che le Regioni applicheranno dopo l'accordo unanime raggiunto ieri tra i governatori per l'erogazione delle prestazioni relativa a quest'anno. E in relazione alle farmacie non emerge ancora un'interpretazione certa dell'articolo 9 del decreto (Assistenza erogata con farmacie convenzionate ed ospedaliere). Secondo la versione ieri in esame di questa norma, il Servizio sanitario nazionale "può garantire nelle farmacie territoriali ed ospedaliere i medicinali per il trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale e per il post-dimissioni, sulla base di direttive regionali". Nella precedente stesura era scritto "garantisce". Due le letture che circolano tra gli addetti ai lavori. La prima è "inoffensiva": le regioni decidono forme diverse di distribuzione del primo ciclo di terapia post-dimissioni, tra territorio ospedale e distribuzione per conto. La seconda è "federalista": se la regione non ce la fa a "garantirli", certi farmaci sul suo territorio non saranno disponibili. Una forzatura? In realtà, come ha spiegato la governatrice friulana **Debora Serracchiani** vicina alle posizioni del premier Renzi «è ancora necessario che da parte del tavolo tecnico si individuino indicazioni puntuali per alcuni Lea». In pratica, resta strada da fare a livello interregionale anche in materia di organizzazione dell'erogazione dei Lea. L'articolo in questione conferma poi che la farmacia territoriale garantisce la dispensazione dei farmaci in fascia A di cui al decreto legge 536/93 "ove l'erogazione non è affidata direttamente alle strutture regionali". Limitatamente ai principi attivi per

ciascuno dei quali sono in commercio diversi prodotti la fornitura attraverso la farmacia è assicurata fino alla concorrenza del prezzo più basso tra quelli dei farmaci disponibili nel normale ciclo distributivo regionale. La farmacia territoriale peraltro offrirà i nuovi servizi fissati dalla legge 69/2009 all'articolo 11 comma 1. Se arrivano esiti positivi dalle sperimentazioni a partire dalla fase II, il Ssn garantirà inoltre sul territorio italiano i farmaci innovativi ancora non commercializzati in Italia e quelli in commercio per indicazioni differenti da quelle autorizzate, ove non vi sia nel nostro paese valida alternativa terapeutica. Non solo nella specialistica ma anche nella protesica occorrerà stare attenti a che la ricetta del medico faccia riferimento a una prestazione coperta dal Servizio sanitario; non saranno infatti erogabili le richieste che non rispettano note e indicazioni limitative fissate dai decreti appropriatezza, come recepiti negli allegati 4 e 5. Del decreto, oltre al testo con i suoi articoli "controversi" fa riflettere la relazione tecnica.

Nuovi vaccini, esami, protesi, ausili, esenzioni, e introduzione del parto indolore costeranno alla collettività non oltre 771 milioni in più: la cifra risulta dalla differenza tra il costo vivo delle nuove prestazioni e la somma tra ticket che pagheranno i cittadini su molte prestazioni (in genere trasferite dal regime ospedaliero a quello ambulatoriale) e minor costo dovuto al fatto che alcune prestazioni le regioni le passano già. Le stesse regioni, almeno per quest'anno, si sono accordate a dispetto dei dubbi espressi da alcuni osservatori secondo cui i calcoli del governo sarebbero ottimistici e sarà difficile garantire in tutta Italia per sempre le prestazioni oggi offerte solo in alcune realtà. L'assessore emiliano Sergio Venturi ha spiegato che le risorse per il 2016 ci sono, quelle per il 2017 vanno definite di qui al 30 novembre. «Diamo mandato alla commissione (sui Lea) di fare una verifica sul campo del costo effettivo dei nuovi e vecchi livelli essenziali di assistenza - ha detto il coordinatore degli assessori alla sanità - per valutare se ci sono prestazioni che possono essere defalcate e quantificare con precisione le risorse utili per l'anno prossimo». Anno, il 2017, a partire da quale «la commissione Lea verificherà i costi direttamente sul campo».

adnkronos salute

8 luglio 2016
NUMERO 125 | ANNO 10

Pharma kronos

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

» COLETTO PRESIDENTE AGENAS

Luca Coletto, assessore alla Sanità della Regione Veneto, è stato ufficialmente nominato presidente dell'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. La nomina è stata formalizzata durante i lavori della Conferenza dei presidenti delle Regioni. Il governatore veneto, Luca Zaia, si dice "soddisfatto e orgoglioso di un incarico che, dopo il coordinamento delle Regioni, porta ancora una volta il Veneto al centro delle politiche sanitarie nazionali. Ci tengo a ringraziare i colleghi presidenti delle altre Regioni - afferma Zaia - che con la loro indicazione unanime su Coletto hanno voluto dare un chiaro segnale di riconoscimento del ruolo cardine del Veneto nella sanità italiana. Un ruolo che, come sempre, intendiamo svolgere con tutto l'impegno e la disponibilità per favorire la diffusione delle buone pratiche che ancora oggi, in un momento finanziario molto difficile, ci consentono di erogare cure di qualità mantenendo i conti in ordine", conclude il presidente.

quotidianosanità.it

Giovedì 07 LUGLIO 2016

Disclosure Code. È stata fatta vera trasparenza? Intervista a Scaccabarozzi: “Nostra finalità era mettere nero su bianco i rapporti economici con i medici. È stato fatto. E siamo gli unici a farlo”

A Farmindustria e alle 200 imprese aderenti va certamente il plauso per aver scelto, senza obblighi di legge, di pubblicare on line i loro rapporti economici con medici e organizzazioni sanitarie. Ma forse si poteva fare di più. Rendendo più “leggibili” i dati e soprattutto chiarendo finalità e motivazioni delle scelte di finanziamento adottate. Ne abbiamo parlato con il presidente Scaccabarozzi

Il 30 giugno scorso, onorando l’impegno assunto con l’operazione Disclosure Code di Efpia (l’associazione europea delle aziende del farmaco) le aziende associate a Farmindustria hanno avviato la pubblicazione sui loro siti web dell’ammontare dei compensi erogati nel 2015 a medici e organizzazioni sanitarie (in questa dizione sono compresi ospedali, Asl, società scientifiche e di servizi e quant’altro).

Un’operazione presentata come azione di trasparenza e “passo epocale” per spazzare via pregiudizi e ombre nei rapporti tra aziende del farmaco e mondo sanitario. Le premesse, è indiscutibile, sono buone. Per la prima volta si potrà sapere quanti soldi prende il tal medico o la tale società scientifica (ma anche aziende di servizi congressuali o Ecm) e per fare cosa. Ma è veramente così?

Dalle prime letture dei vari dossier pubblicati sui siti aziendali la premessa ci è sembrato però sia stata onorata solo parzialmente.

Andiamo con ordine. Le aziende hanno effettivamente reso noti i loro rapporti economici con medici e altri soggetti ma inserendoli in file non lavorabili, salvo eccezioni che al momento non abbiamo rilevato. In altre parole non si possono eseguire estrapolazioni ed operazioni di sintesi.

Non sono poi state rese note le causali delle erogazioni ma ci si è limitati a suddividere i finanziamenti tra donazioni e contributi, sponsorizzazioni eventi, spese di viaggio e ospitalità, spese per consulenza.

Abbiamo quindi solo un totale generico di erogazioni in denaro per singolo medico od organizzazione (in molti casi non figura neanche il totale complessivo erogato per azienda per le varie voci) che ci dà conto esclusivamente del dato contabile del singolo rapporto economico.

In sostanza le aziende hanno pubblicato una sorta di rendiconto con un taglio squisitamente amministrativo. Cioè senza “entrare nel merito” e senza quindi la possibilità, come del resto aveva temuto per primo nei mesi scorsi Carlo Cricelli della Simg, di capire perché e con quali finalità quei soldi sono stati erogati. Tant’è che il 30 giugno lo stesso Cricelli ribadiva che sarà la Simg stessa a pubblicare sul proprio sito “voce per voce, tutto quello che facciamo con i fondi che riceviamo: quanti convegni, quanta formazione. In questo modo si può realmente fare chiarezza su come vengono impiegati i soldi”.

Poi ci sono altri aspetti. I dati non sono aggregati per il complesso delle aziende e così non sapremo mai, a meno di non spulciare maniacalmente i circa 200 dossier di molte pagine ciascuno, se il tal medico o la tal organizzazione abbiano preso soldi da più di un’azienda.

In altri termini il rischio è “tanti dati, nessun dato”. Intendiamoci, considerando che le aziende non avevano alcun obbligo di legge a farlo, il fatto di avere scelto di rendere noti i loro rapporti economici con medici & C. gli fa onore. Ma l’aspettativa che la stessa Farmindustria ha creato sull’evento aveva suscitato ben altre attese.

Che l’operazione sia una cosa importante ed encomiabile, ma che per esserlo effettivamente debba essere effettivamente “accessibile” ed esaustiva, ne è del resto convinta anche la presidente della Commissione Sanità del Senato Emilia Grazia De Biasi, che martedì scorso ha partecipato, insieme ai colleghi della Commissione Industria, all’audizione del presidente Scaccabarozzi proprio sul Disclosure Code. “E' uno strumento importante”, ha detto De Biasi. Ma, ha aggiunto, “bisognerà vedere come sarà applicato, se sarà leggibile se si potranno trarre delle conclusioni. Se sono dati sparsi e non si capisce come metterli assieme è una cosa. Se invece, come auspico e credo, saranno dati organizzati, sarà più semplice trarne conseguenze. Speriamo si vada sempre più nella direzione di una reale leggibilità e facilità di accesso ai dati".

Insomma, si poteva fare di più, oppure ciò che è stato fatto da Farmindustria e dalle aziende associate era il massimo possibile in questa fase?

Lo abbiamo chiesto direttamente al presidente di Farmindustria Massimo Scaccabarozzi.

Presidente, il dato è tratto. Come da programma il 30 giugno sono stati messi on line i tabulati con i compensi erogati dalle aziende farmaceutiche a medici e organizzazioni sanitarie. Ma come le ho detto all’inizio di questa nostra conversazione molti dubbi sulla loro effettiva “fruibilità” restano. Che ne pensa?
Intanto vogliamo dire che il settore del farmaco è l’unico settore, a quanto mi risulta, e non parlo solo della sanità, ad aver deciso di fare una cosa del genere?

Non solo glielo riconosco, ma ritengo sia stata una scelta coraggiosa ed encomiabile. Ma i nostri dubbi restano…
Vorrei fosse chiara una cosa: con il Disclosure Code noi abbiamo deciso di mettere on line i dati relativi alle transazioni economiche tra singola azienda e singolo medico e singola organizzazione sanitaria. Lo scopo non era di fare ricerche o analisi particolari su questi dati. Chi avesse voglia di farle ora può. Fino a ieri no. E lo ribadisco, nessuna legge ci imponeva di rendere questi dati di dominio pubblico.

Resta il fatto che l’elaborazione di questi dati, anche solo per trarre il totale delle somme erogate da un’azienda per convegni o consulenze, richiede l’elaborazione manuale dei file perché in calce alle tabelle non ci sono neanche i totali…
Lo ripeto lo spirito dell’iniziativa non è quello di fare delle analisi particolari ma quello di mettere in chiaro che al medico x la tale azienda ha dato un determinato compenso come rimborso spese per la partecipazione ad un evento, che, si ricordi, sono sempre pre autorizzati da Aifa, o per una consulenza professionale ai nostri team di ricerca perché si ritiene che quel medico abbia le competenze giuste. Non è scopo di questo enorme lavoro quello di fare sintesi o estrapolazioni. Ciò, lo ripeto, è semmai compito o meglio, nelle possibilità di chi voglia farlo. Un giornale, un ente di ricerca, un parlamentare. Ma non è un nostro compito.

Possiamo immaginare però che nei prossimi anni, una volta avviata questa operazione, si possa contare su un maggiore dettaglio dei dati, ad esempio anche sulle branche mediche più interessate ai finanziamenti?
Certamente il Disclosure Code migliorerà nel tempo ma non penso diventerà qualcos’altro da quello che è. Ciò detto non escludo per l’appunto miglioramenti o ampliamenti delle informazioni ma mi consenta di ribadire che quello che abbiamo appena fatto è già di per sé una svolta epocale per il mondo del farmaco.

Farmindustria potrà essere maggiormente coinvolta in un’eventuale elaborazione?
Il Disclosure Code è un progetto di cui sono titolari e responsabili le singole aziende. Farmindustria, come altri soggetti, potrebbe fare anche lei delle eventuali elaborazioni sui dati ma al momento lo escluderei e in ogni caso la decisione spetterebbe comunque alle aziende. Non dimentichiamo poi che stiamo parlando di dati sensibili per l’utilizzo dei quali ci siamo attenuti alle indicazioni del Garante della privacy che sull’uso di dati personali relativi a transazioni economiche prevede giustamente norme di comportamento molto rigide.

Ma non pensa però che a questo punto chi potrebbe fare le spese di questa operazione possano essere alla fine i singoli medici che potrebbero ritrovarsi in prima pagina additati come una sorta di FarmaPaperoni per i compensi ricevuti?
Il rischio c’è. E lo abbiamo sempre saputo. Ma con i medici abbiamo condiviso un percorso di trasparenza che rivendico e al quale hanno aderito otto medici su dieci (per alcune aziende sono stati addirittura il 100% a dire sì) dandoci il nulla osta alla pubblicazione. Quei medici hanno detto sì perché per primi sanno che non c’è nulla da nascondere. Anzi sono convinto che il fatto di collaborare con un’azienda o di aver ricevuto da questa un sostegno alla loro formazione sia un elemento in qualche modo di valorizzazione per la loro professionalità e che come tale essi lo vivano.

Cesare Fassari

IHQI of Evaluation 07/07/2016

7 lug 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG
Farmaci

AZIENDE E REGIONI

Cannabis, Regioni: «Uso ricreativo incompatibile con scopi terapeutici»

È inattuabile la liberalizzazione dell'uso ricreativo della cannabis, un prodotto che ha sempre più indicazioni per scopi terapeutici, «altrimenti c'è il rischio di fare confusione e quindi di gravi ripercussioni in termini sanitari». È questa la posizione espressa nel documento approvato dalla Conferenza delle Regioni che sarà presentato in sede di audizione parlamentare sulla proposta legislativa C 3235 e abbinate. Pertanto la stessa legge – evidenzia la Conferenza delle Regioni - non può regolamentare due aspetti che sono incompatibili.

Finora sono dodici le Regioni che hanno adottato leggi o provvedimenti relativi all'uso terapeutico di medicinali a base di cannabis: Piemonte, Puglia, Toscana, Veneto, Liguria, Marche, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Sicilia, Umbria, Basilicata e Lombardia.

Le normative regionali convergono tutte nel disciplinare l'erogazione dei medicinali a carico dei propri Servizi sanitari regionali (SSR) e, salvo specifici aspetti di carattere organizzativo e procedurale, si allineano a quanto disposto dal Ministero della Salute con proprio decreto del 9 novembre 2015.

Inoltre la Conferenza delle Regioni rileva che:

- la proposta di legge è in contrasto con le normative attuali in merito a quanto disposto sulla penalizzazione dell'omicidio stradale;
- la selezione delle piante, il metodo di coltivazione, i tempi di raccolta, la tecnica di trasformazione sono passaggio che possono incidere in modo significativo sul titolo del principio attivo e sulla qualità del prodotto finale, presupposti indispensabili al fine di poter disporre di un prodotto sicuro, con un titolo in principio attivo ben definito, di qualità garantita, nonché un sistema di rilevazione degli eventuali effetti collaterali;
- gli usi terapeutici non sono approvati come indicazioni terapeutiche ed è in discussione non solo la sicurezza d'uso ma anche l'effettiva efficacia in diverse patologie;
- la proposta di legge potrebbe portare ad uso inappropriato per i soggetti minorenni, con possibilità di sicurezza e danno a tale fascia di età;
- non è altresì da escludere che, una volta diffusa la pratica del “fai da te” per usi ricreativi, questa pratica (la norma non lo vieta e neppure potrebbe vietarlo) non possa essere attivata anche per gli usi terapeutici con gravi conseguenze sulla salute pubblica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

MEDICINA E RICERCA
03 Settembre 2015
Epatite C: innovazione sostenibile per il Ssn entro 5 anni

MEDICINA E RICERCA
03 Settembre 2015
Hcv tra sostenibilità di sistema e accesso alle cure

IMPRESE E MERCATO
03 Settembre 2015
Vendite in farmacia in salita del 4,8% nel 2015

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 32.655
Diffusione 04/2016: 17.457
Lettori Ed. I 2016: 157.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

08-LUG-2016
da pag. 15
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Tatuaggi mortali, c'è l'inchiostro killer

Si chiama «Dynamic», è cancerogeno e si vende nelle fiere dei tatuatori Gli esperti consigliano: «No agli abusivi, andate negli studi certificati»

Il colore sotto accusa

È nero, contiene metalli pesanti e idrocarburi policiclici

Natalia Poggi
n.poggi@iltempo.it

■ Una moda che, prima o poi,contagia tutti (o quasi). Il tatuaggio sulla pelle è per la vita, è un biglietto da visita, un messaggio subliminale, qualcosa di intimo che esce allo scoperto per dire «eccomi, io sono cosi». Ogni tatuaggio è una storia a sè. Dal total body alla farfalla nascosta che maliziosamente occhieggia da uno spacco dell'abito da sera. I tatuaggi parlano un linguaggio universale, non fanno distinzione di classe, sono alternativi, aggressivi, ammiccanti ecc.

C'è un aspetto però che non va mai sottovalutato. E cioè il potenziale di pericolosità dei tatuaggi per la salute di chi li porta addosso. Ad esempio ora è scattato l'allarme per un inchiostro nero a rischio tumori in circolazione in Italia.

A lanciarlo è stata proprio l'Associazione italiana tatuatori riuniti (Atir) attraverso il suo presidente, Geppi Serra, che si è attivato appena ha avuto le prime segnalazioni facendo analizzare il prodotto e inviando i preoccupanti risultati al ministero della Salute e ai Nas. «Questo inchiostro - ha spiegato Serra - si chiama "Dynamic" e viene esportato e venduto soprattutto nelle fiere di tatuaggi. Costa un pò meno di un inchiostro di qualità usato in studi certificati. A dire il vero alcuni importatori appongono etichette su cui è scritto che non deve essere usato per i tattoo. Ma temo che questa avvertenza non scoraggi gli abusivi che in Italia sono 10 per ogni tatuatore a norma. E del resto anche queste etichette-avviso sono del tutto fuori dalle regole».

Le analisi dell'inchiostro, fatte realizzare dall'Atir presso laboratori certificati, hanno rilevato la presenza di alcuni metalli pesanti e di diversi tipologie di Ipa (idrocarburi policiclici aromatici), sostanze classificate come cancerogene, mutagene e teratogene. «Siamo molto preoccupati. Si tratta di un prodotto che costa poco e, a quanto sappiamo, molto scuro, con buoni risultati su disegno. Ma è estremamente pericoloso» ha concluso Serra. L'appello a chi ha deciso di fare un tattoo è il seguente: «È importante rivolgersi a professionisti preparati e certificati, facendo attenzione anche agli inchiostri usati. Meglio evitare gli abusivi, i tatuatori improvvisati e i tatuaggi a bassissimo costo».

In generale i tatuaggi possono creare delle reazioni allergiche. Gli inchiostri, soprattutto quelli rossi, possono causare reazioni allergiche della pelle, che provocano prurito nella zona tatuata. La reazione allergica può verificarsi addirittura diversi anni dopo il tatuaggio. In maniera più grave i tattoo possono provocare infezioni batteriche locali, caratterizzate da rossore, gonfiore, dolore e dalla presenza di pus. Inoltre intorno al tatuaggio si possono formare dei granulomi, cioè piccoli rigonfiamenti. Si tratta di un ispessimento della pelle, causato dalla proliferazione del tessuto cicatriziale. Con l'igiene, ovviamente non si scherza. Se l'attrezzatura usata per realizzare il tatuaggio è contaminata da sangue infetto, c'è il rischio di contrarre diverse malattie trasmesse dal sangue, come l'epatite B, l'epatite C, il tetano e l'HIV, cioè il virus che provoca l'AIDS.

Se alla lunga ci si stufa, il tatuaggio può essere rimosso. Un'operazione che deve essere eseguita da un dermatologo in ambulatorio, in anestesia locale. Insomma non è una passeggiata: quindi prima di farsi tatuare qualcosa addosso è bene essere consapevoli che sarà per sempre.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSA

07-07-2016
Lettori
155.567

http://www.ansa.it

Una dieta varia tutti i giorni la chiave antinvecchiamento per il cervello

Lo dimostra una ricerca giapponese

L'alimentazione da seguire per rallentare l'invecchiamento del cervello è forse più semplice del previsto: il segreto non è tanto questo o quell'ingrediente, ma piuttosto mantenere una dieta varia che comprenda tutti i gruppi di alimenti.
Infatti uno studio pubblicato sulla rivista Geriatrics and Herontology International dimostra che è proprio massimizzando la varietà della dieta giorno per giorno che ci si può difendere dal declino cognitivo.
La ricerca è stata condotta presso il National Institute for Longevity Sciences (NILS-LSA), National Center for Geriatrics and Gerontology, ad Aichi in Giappone.
Che l'alimentazione in qualche modo abbia un'influenza sullo stato di salute e di invecchiamento del cervello è già stato ampiamente dimostrato in diversi lavori. Ad esempio uno studio italiano ha dimostrato che una dieta ricca di polifenoli - i preziosi antiossidanti presenti nell'uva, nel vino rosso, tè, frutta e verdura in generale - potrebbe rallentare l'invecchiamento del cervello. La ricerca giapponese, però, piuttosto che concentrarsi su questo o quel cibo, evidenzia come una dieta varia sia una chiave anti-aging per il cervello.
La ricerca ha coinvolto 298 maschi e 272 femmine di 60-81 anni. La loro funzione cognitiva all'inizio dello studio è stata misurata con un test classico che si usa a questo scopo. La varietà della loro dieta giornaliera è stata invece calcolata con un indice ad hoc sulla base dei diari alimentari dei partecipanti.
E' emerso che l'apporto giornaliero di vari tipi di cibo potrebbe rappresentare un fattore protettivo contro il declino cognitivo; in altri termini, quanto più è varia l'alimentazione quotidiana dell'anziano, tanto più è protetto dal declino delle funzioni cognitive.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 391.072
Diffusione 04/2016: 290.379
Lettori Ed. I 2016: 1.482.000
Settimanale - Ed. nazionale

il venerdì di Repubblica

Dir. Resp.: Attilio Giordano

08-LUG-2016
da pag. 56
foglio 1
www.datastampa.it

SHUTTERSTOCK / BRAGIN ALEXEY

ALL'ATTACCO DEL CANCRO CON UN VACCINO CORAZZATO

di Giuliano Aluffi

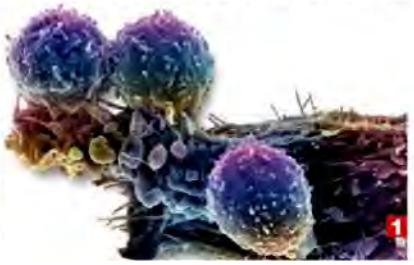
L'immunoterapia appare sempre più promettente nella lotta ai tumori. Grazie anche alle nuove tecnologie: per esempio, l'uso delle **nanoparticelle**

Un vaccino contro il cancro, sogno che la medicina insegue da anni, potrebbe diventare realtà: lo suggeriscono i risultati ottenuti in Germania da un vaccino antimelanoma. È il primo vaccino anticancro terapeutico, ossia utile a curare chi è già colpito da melanoma stimolando la reazione del suo sistema immunitario, e si aggiunge ad alcuni vaccini preventivi (per i tumori a fegato o alla cervice uterina). Ma perché l'immunoterapia è la nuova grande speranza contro i tumori? «Un grave problema del cancro è il fatto che ogni tumore è associato a moltissime mutazioni genetiche casuali, e quindi si manifesta in maniera diversa da persona a persona. Ma anche il sistema immunitario è diverso da persona a persona, e quindi può affrontare i tumori meglio di un farmaco chemioterapico uguale per tutti» ci spiega Ugur Sahin, direttore del dipartimento di oncologia traslazionale dell'Università Johannes Gutenberg di Mainz, che ha lavorato al vaccino antimelanoma.

Un'altra subdola arma del cancro è la sua lentezza. «Di routine, il nostro organismo riconosce e cerca di eliminare le mutazioni pericolose. Ma le più lente possono non provocare allarme» spiega Sahin. «Ecco perché è importante attivare le cellule immunitarie con un vaccino». Per scatenare una risposta mirata bisogna però dare l'identikit del nemico ai nostri «soldati», i linfociti T, le cellule in grado di imparare a riconoscere e a combattere i nemici del nostro organismo. «Gli "istruttori" dei linfociti sono le cellule dendritiche. Queste, quando incontrano un virus o un altro corpo estraneo, lo mangiano e lo spezzettano. Poi mostrano i "pezzetti" caratteristici del patogeno distrutto, detti antigeni, ai linfociti per aizzarli contro qualsiasi entità (virus, microbo o cellula) che contenga gli stessi pezzetti» spiega Sahin. «Il "pezzetto" che identifica un tumore consiste in una molecola di Rna. Noi la rivestiamo con una corazza protettiva di nanoparticelle, e la iniettiamo nel sangue del paziente. Convinciamo così il sistema immunitario che sia in corso un'infezione». Il nostro organismo si preoccupa infatti più delle infezioni che dei tumori. «E dal punto di vista dell'evoluzione è sensato: il cancro è una malattia che in genere compare tardi nella vita, mentre le infezioni sono un rischio già dalla nascita e potrebbero non farci arrivare all'età della riproduzione».

«Quella di Ugur Sahin è una ricerca molto promettente» dice Chiara Bonini, vicedirettore di immunologia al San Raffaele. «L'idea di istruire le cellule immunitarie passando loro l'identikit dei tumori non è nuovissima, ma la molecola dell'Rna è fragile e, iniettata da sola nell'organismo, verrebbe eliminata presto. La corazza di nanoparticelle evita questo rischio».

«Il lavoro di Sahin, di grande interesse, si colloca nel quadro dell'immunoterapia, che sta rivoluzionando la lotta al cancro» dice Alberto Mantovani, direttore scientifico dell'Irccs Istituto clinico Humanitas di Milano. «Usiamo già terapie antitumorali derivate dall'immunologia: gli anticorpi si sono rivelati efficaci contro leucemie e linfomi, cancro della mammella e del colon. La presenza di un tumore indica infatti che nel nostro organismo sono successe due cose: alcuni "guardiani" sono stati narcotizzati, frenati, altri invece si comportano come "poliziotti corrotti", ossia lavorano per favorire la propagazione del cancro. Una strategia sviluppata negli ultimi tre anni è quella di togliere i "freni": così agisce il primo farmaco immunoncologico approvato (*l'ipilimumab, ndr*) che ha guarito il 20% dei pazienti malati di melanoma sottoposti a un test clinico». Un'altra idea è fermare i «poliziotti corrotti»: «trent'anni di nostre ricerche si sono concretizzati in un farmaco approvato per uso clinico in Europa nei sarcomi, e nel cancro della mammella e delle ovaie: la trabectedina». È una scienza giovane, l'immunoncologia, ma ha un grande potenziale. ■



SPL / AGF

[1] TRE LINFOCITI T, CELLULE DEPUTATE ALL'IMMUNITÀ ACQUISITA (OVVERO CHE IMPARANO A RICONOSCERE E A COMBATTERE I NEMICI DELL'ORGANISMO) ATTACCANO UNA CELLULA CANCEROSA
[2] ALBERTO MANTOVANI [3] CHIARA BONINI
[4] UGUR SAHIN

FRANCO CAVASSI / AGF

data stampa
dal 1980 monitoraggio media