

Lunedì 18 LUGLIO 2016

Gravidanza. Il fumo danneggia fertilità e sessualità del figlio maschio

Le donne che fumano in gravidanza avrebbero meno probabilità di diventare nonne, nel senso che danno alla luce neonati che, da grandi, potrebbero avere una ridotta produzione di sperma. A ipotizzarlo è uno studio australiano coordinato da Roger Hart, dell'University of Western Australia, e pubblicato sul Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism.

(Reuters Health) - Per valutare l'effetto del fumo sulla prole adulta, i ricercatori hanno contattato uomini di circa 20 anni le cui madri avevano partecipato a un precedente studio di salute materno-infantile, 20 anni prima. In particolare, Hart e colleghi hanno raccolto campioni di sperma da 365 uomini e hanno eseguito un'ecografia a livello dei testicoli su 404 persone. I ricercatori australiani hanno quindi valutato la produzione media di sperma, arrivando alla conclusione che nei giovani nati da madri che avevano fumato in gravidanza la quantità di liquido era del 19% più bassa.

I maschi nati prematuri – un rischio più frequente tra le donne che fumano durante la gravidanza – avevano inoltre più bassi livelli di testosterone da adulti, una condizione associata a disfunzione erettile, diminuzione del desiderio sessuale e riduzione della conta spermatica. Mentre anche la crescita del feto nell'utero sarebbe un importante fattore da considerare per valutare la funzionalità sessuale da adulti. Gli uomini che erano cresciuti nella norma, infatti, avevano parametri normali di conta spermatica, mentre chi era cresciuto poco o troppo aveva spesso problemi. E in effetti il fumo può arrestare la crescita nell'utero. Ma il peso dovrebbe essere normale anche durante l'infanzia, per mantenere una buona funzionalità riproduttiva da adulti. Infatti, secondo Hart e colleghi, i ragazzi con un peso nella norma avevano da grandi un più alto volume dei testicoli e maggiori livelli di testosterone.

I commenti

Una limitazione dello studio, come hanno sottolineato gli stessi autori, è riferibile al fatto che qualche uomo si è rifiutato di sottoporsi ai test della funzionalità testicolare, il che potrebbe aver influenzato il risultato. Tuttavia, anche così ci sono molte evidenze scientifiche che dimostrano che le donne non dovrebbero fumare in gravidanza. Tra le altre cose, il fumo potrebbe indurre complicazioni durante la gravidanza e la nascita prematura, oltre che alterare lo sviluppo cerebrale e aumentare i problemi di difficoltà respiratoria e di salute dell'infanzia, come l'iperattività.

Fonte: *J Clin Endocrinol Metab* 2016

Lisa Rapaport

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

<http://www.doctor33.it/>

NHS OFFRIRÀ TEST GENETICI A TUTTE LE DONNE CON CANCRO OVARICO



Semplificare il test genetico per il cancro ovarico potrebbe salvare più vite di pazienti e familiari, facendo risparmiare alla casse del Servizio sanitario britannico qualcosa come due milioni e mezzo di sterline l'anno. Ecco, in sintesi, le conclusioni pubblicate sulla rivista Scientific Reports di un gruppo di ricercatori britannici coordinati da Sabera Nazneen Rahman, genetista e direttrice della sezione Genetica ed epidemiologia all'Institute of Cancer Research (Icr).

«I test genetici permettono ai medici di scegliere i farmaci più adatti con cui trattare ogni paziente, oltre che a stabilire in modo rapido e affidabile il rischio di cancro dei familiari» esordisce la ricercatrice, spiegando che quasi tutte le 7.000 donne inglesi con diagnosi di tumore ovarico hanno il diritto di essere testate per il gene Brca, che aumenta notevolmente le probabilità di sviluppare tumori maligni non solo all'ovaio, ma anche a prostata e mammella. «L'attuale sistema, tuttavia, è lungo e laborioso e richiede l'invio delle pazienti seguite in oncologia ai servizi di genetica, con il risultato che solo un terzo delle pazienti fa il test» riprende l'autrice, sottolineando che l'Icr ha semplificato il processo invitando gli oncologi a sottoporre all'esame, un semplice prelievo di sangue, tutte le donne con cancro ovarico, inviando ai servizi di genetica solo quelle i cui risultati destano preoccupazione. Ma non solo: ora l'esame è più veloce, e i risultati sono disponibili dopo sole tre o quattro settimane invece dei precedenti quattro o cinque mesi.

I ricercatori inglesi hanno verificato l'efficacia del sistema così semplificato su 207 donne cui è stato proposto il test, scoprendo che nell'80% dei casi i risultati sono serviti a decidere il miglior trattamento. E, cosa altrettanto importante, i familiari delle 33 donne positive al gene Brca hanno avuto la possibilità di essere a loro volta sottoposti al test per stabilire il loro livello di rischio. Conclude Paul Workman, direttore dell'Institute of Cancer Research: «Vent'anni fa il gene Brca2 è stato identificato proprio qui all'ICR, e questo studio è un ottimo esempio di come la ricerca di base può essere trasformata in qualcosa di pratico che può migliorare la cura del paziente salvando vite umane».

RINNOVI CONTRATTUALI/ Approvato dal Comitato di settore Sanità l'atto d'indirizzo per la dirigenza

Medici tra carriere, turni e deroghe

Norme più stringenti per la parità di genere ai vertici - Sistema fondi più semplice

Ridisegnare le carriere, gestionali e soprattutto professionali, della dirigenza sanitaria nel suo complesso intervenendo sull'uso dei fondi contrattuali e garantendo la parità di genere; potenziare il ruolo di indirizzo e garanzia del contratto nazionale assegnando una giusta rilevanza alla contrattazione aziendale; prevedere un modello di coperture assicurative minime omogeneo sul territorio nazionale; adeguare la disciplina dell'orario di lavoro in base alle direttive Ue sui riposi prevedendo le opportune deroghe; semplificare il sistema dei fondi contrattuali con l'obiettivo di creare un fondo unico; stabilire i presupposti per una effettiva compartecipazione del personale nella lotta agli sprechi nel sistema sanitario.

Dopo due trienni di blocco della contrattazione sono queste alcune delle proposte contenute nell'atto di indirizzo per il triennio contrattuale 2016-18 per il personale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria approvate dal Comitato di settore Regioni e sanità.

I rinnovi contrattuali della dirigenza, è l'assunto di base del documento, devono diventare «funzionali» ai processi di riorganizzazione in atto del Ssn, in primis il nuovo modello per intensità di cura degli ospedali e la riparametrazione del rapporto ospedale-territorio. E sullo sfondo, ma non troppo, i cambiamenti che questi nuovi modelli hanno già prodotto sul personale, come la riduzione degli incarichi di «alta gestione», che hanno portato al taglio di 2mila direttori di struttura complessa su 9mila e all'aumento delle condizioni di disagio.

Tra le priorità sottolineate dalla parte pubblica c'è anche la necessità di rispondere a una delle criticità più rilevanti osservate dai sindacati in questi anni: la totale mancanza di «certezza attuativa». Criticità che andrà superata riducendo «lo spazio interpretativo del livello aziendale alle disposizioni riservate alla contrattazione nazionale, rafforzando le garanzie reciproche di applicazione dei contratti individuali che devono affermarsi in una loro completa estensione sul territorio nazionale e devono contenere con una stringente precisione l'insieme delle regole che governano, in applicazione del Ccnl, il rapporto tra singolo professionista e datore di lavoro, al fine di evitare i contenziosi e dare le dovute e reciproche certezze».

Riguardo la disponibilità di risorse, l'atto di indirizzo prevede limitati spazi di manovra. «Le Regioni - si legge nel testo - potranno destinare, esclusivamente al personale direttamente e proficuamente coinvolto nei processi di ristrutturazione, miglioramento organizzativo e razionalizzazione, parte delle economie aggiuntive conseguite con risparmi sui costi per le risorse umane e individuare specifici e ulteriori criteri premiali per il personale coinvolto in progetti innovativi, principalmente mirati alla riduzione delle liste di attesa, alla piena e qualificata erogazione dei Lea e alle condizioni di lavoro». Ma tali risorse dovranno premiare i risultati senza diventare in alcun modo «voci irreversibili» della retribuzione.

Sulle carriere va individuata una soluzione contrattuale «che risponda al crescente

(nella realtà e nel percepito) sbilanciamento tra competenza gestionale e quella professionale» e vanno fissate norme più stringenti per l'attuazione della parità di genere nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali.

I trattamenti economici tra i due percorsi dovranno essere equiparabili: «gli incarichi professionali e di alta professionalità, con la dovuta graduazione contrattuale, abbiano omogenea dignità giuridica e la stessa parametrizzazione economica di quelli gestionali, compresi quelli di struttura complessa, anche in considerazione della prevista ed estesa riduzione degli incarichi di unità semplice e di unità complessa». Sugli orari di lavoro si cerca un compromesso tra rispetto dei paletti Ue e deroghe possibili. Ed è previsto un graduale passaggio a un'organizzazione del lavoro effettivamente basata su obiettivi e risultati verificati in modo stringente. Considerando, nel contempo, in modo organico tutte le variabili che incidono sul monte orario (standard, apertura servizi, organici, negoziazione degli obiettivi prestazionali). Fari puntati in particolare sui servizi di guardia medica e di pronta disponibilità e sulle ricadute della turnazione notturna.

Forti perplessità da parte di Anaa Assomed. Sia per l'assoluta incertezza delle risorse economiche sia sull'orario di lavoro: «Sembra quasi che le Regioni - sottolinea il sindacato - sulle regole europee relative all'organizzazione del lavoro stiano preparando una sorta di Italexit».

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RINNOVI CONTRATTUALI/2

Professioni, arriva il super infermiere

Con la firma sul nuovo atto d'indirizzo per il comparto delle professioni sanitarie riparte una stagione contrattuale in stallo da sei anni. E non solo, perché Regioni, sindacati e Governo hanno trovato probabilmente "la quadra" sulle cosiddette competenze avanzate degli infermieri. E non è affatto banale. Perché di fatto così si supera l'impasse che dura da due anni sulla riforma del comma 566 della legge di Stabilità per il 2015. Un colpo d'acceleratore, che bypassa anche il Governo, indeciso sul da farsi perché ha lasciato da troppo tempo nel cassetto la bozza di accordo Stato-Regioni con le competenze avanzate, a cui i governatori già da anni avevano detto di sì.

Con l'atto d'indirizzo per il comparto si fanno avanti due figure innovative: il professionista specialista, laureato e con un master di primo livello nelle professioni sanitarie. A cui si affiancheranno i professionisti esperti (non laureati), che hanno acquisito competenze avanzate grazie a percorsi formativi complementari regionali e le attività professionali svolte anche in base a protocolli concordati tra le rappresentanze delle professioni, di quelle mediche e dell'area sanitaria in generale. Due generazioni di infermieri a confronto nello scenario della sanità che verrà.

L'atto d'indirizzo passa ora i al presidente del Consiglio, alla ministra per la Semplificazione e la Pa e alla ministra della Salute, per acquisirne il parere. Subito dopo il passaggio con il Governo, i documenti saranno inviati all'Aran, l'agenzia per la rappresentanza negoziale per le pubbliche amministrazioni. A questo punto potrà aprirsi la fase della contrattazione. Spetterà poi all'Osservatorio na-

zionale per le professioni sanitarie, che è stato costituito presso il ministero dell'Università nel marzo scorso, prevedere e organizzare nel concreto i vari percorsi formativi, compreso, per la laurea magistrale, il nuovo indirizzo clinico, implicito nella nuova figura di professionista specialista.

L'atto di indirizzo introduce anche a una nuova area, quella delle professioni sociosanitarie. «Tutta da disegnare», specifica il documento, ma indispensabile ancora una volta per applicare la previsione di integrazione socio-sanitaria del Patto per la salute. «Quando il tavolo contrattuale sarà aperto - ha spiegato **Barbara Mangiacavalli**, leader della Federazione Ipasvi - la palla passerà ai sindacati che dovranno mettercela tutta per applicare, difendere e tutelare il lavoro dei nostri professionisti e di tutti gli operatori chiamati in causa nel nuovo modello di assistenza disegnato dalle Regioni». Per Mangiacavalli la parola chiave sarà «concertazione».

E infatti il sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo** che ha seguito negli ultimi due anni da vicino il dibattito sull'evoluzione e il ruolo delle professioni sanitarie ha riconosciuto che: «Medici, infermieri e le altre professioni e professionalità del Ssn in questi anni di fermo contrattuale hanno dato molto garantendo, comunque, il miglior funzionamento possibile dei servizi sanitari, è ora che, a iniziare dall'avvio del rinnovo contrattuale, Stato e Regioni siano in grado di dare risposte di apprezzamento concreto della loro funzione e ruolo».

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.ansa.it>

Mancano 47.000 infermieri, a rischio sicurezza cure

Emorragia dovuta a tagli, in 5 anni persi 7500 posti, specie a Sud



ROMA - In Italia mancano 47mila infermieri "per raggiungere livelli accettabili di sicurezza" nelle cure. E ben 7.500, a causa di tagli alla spesa e blocchi del turnover, ne sono stati persi tra il 2009 e il 2014. Una 'emorragia' che ha colpito in particolare le Regioni in piano di rientro: Campania, Lazio e Calabria, da sole, in questi cinque anni, hanno perso 5.439 professionisti. E' quanto emerge dall'analisi della Federazione dei Collegi degli infermieri Ipasvi, in base ai dati 2014 del Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato. Molti infermieri non lavorano e chi lavora lo fa con mille difficoltà: nei 5 anni in esame le retribuzioni sono state ridotte del 25% in termini di potere di acquisto.

Quanto all'età media dei professionisti, a causa del mancato ricambio generazionale la percentuale di over 50 - meno adatti a turni pesanti e a manovre rischiose - a livello nazionale è pari al 38% degli 'operativi', ma in Calabria raggiunge il 61%, il 58% in Molise e il 54% in Campania.

E poi i turni massacranti testimoniati dalla continua crescita della spesa per gli straordinari, necessari a coprire le carenze d'organico: in Lazio e Campania raggiunge in media il 4,5% della retribuzione del singolo infermiere, contro l'1,9, ad esempio, delle Marche.

"La soluzione - spiega Barbara Mangiacavalli, presidente dell'Ipasvi - sono nuove assunzioni". Ma "un 'placebo' per alleggerire la situazione nelle Regioni in piano di rientro sarebbe la mobilità volontaria, prevista dalla riforma della PA, ma che aziende e Regioni 'bloccano' non rilasciando i nulla osta. A richiederla sono soprattutto le Regioni del Sud e ad aderire sarebbero gli infermieri di quelle stesse Regioni che vivono da anni a migliaia di chilometri da casa". (ANSA).

Allarme. Sanità, mancano 47mila infermieri «A rischio la sicurezza delle cure in corsia»

I numeri parlano chiaro: gli infermieri in Italia sono troppo pochi per garantire sicurezza ed efficienza dei servizi. Per la Federazione dei Collegi Ipasvi – che ha realizzato un'analisi ad hoc in base ai dati presenti nell'ultimo Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato – «ne mancano circa 47mila per raggiungere livelli accettabili». Per di più, tagli alla spesa e blocchi del turnover ne hanno fatti perdere in cinque anni – tra il 2009 e il 2014 – quasi 7.500, con un'emorragia più forte nelle Regioni in piano di rientro: Campania, Lazio e Calabria da sole in questo periodo ne hanno 5.439 in meno, il 72,5% del totale. E chi lavora lo fa con mille difficoltà: retribuzioni ridotte; un rapporto infermieri/medici che a livello ottimale sarebbe di 3 a uno, ma in alcune regioni si ferma a malapena a 2; turni massacranti. Difficoltà «che rischiano di coinvolgere anche i cittadini»: i numeri dicono che se i pazienti per infermiere scendono da 10 a 6 la mortalità si riduce del 20%. In Italia la media nazionale è di 12 pazienti per infermiere.



quotidianosanita.it

Lunedì 18 LUGLIO 2016

Comitati etici. Simla: "Sì a riduzione, ma imprescindibile loro molteplicità sul territorio"

Così il presidente Claudio Buccelli è intervenuto sulla prossima entrata in vigore del Regolamento U.E. n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano. L'auspicio della Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni è che "venga a cadere la distorta opinione che gli stessi vadano aboliti per essere sostituiti da un Unico Comitato Etico nazionale".

"La Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni (Simla) esprime profonda soddisfazione per la verificata concorde opinione che pur nel riassetto organizzativo e funzionale dei Comitati Etici Territoriali venga a cadere la distorta opinione che gli stessi vadano aboliti per essere sostituiti da un Unico Comitato Etico nazionale". Così il presidente Claudio Buccelli in riferimento alla prossima entrata in vigore del Regolamento U.E. n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano, discussa lo scorso il 12 luglio 2016 durante un [convegno presso il Senato della Repubblica promosso dal Senatore Lucio Romano](#), Vicepresidente della Commissione Politiche dell'Unione europea, sul futuro dei Comitati Etici.

"I partecipanti al Convegno hanno infatti convenuto sulla impossibilità che un Comitato Unico nazionale possa mai far fronte alle complesse esigenze di analisi e valutazione di tutti i protocolli di ricerca del nostro Paese, per di più con il forte rischio di scindere la valutazione scientifica da quella etica della sperimentazione. Per converso va riaffermato l'insostituibile ruolo dei Comitati Etici Territoriali nella loro vigilanza di rispetto nella ricerca dei valori fondamentali della vita, della integrità psico-fisica, della dignità, della libertà, dell'autonomia della persona", prosegue Buccelli.

"La Simla rileva che, pur nella eventuale riduzione del numero dei Comitati Etici Territoriali, rimane imprescindibile la loro molteplicità sul territorio nazionale, con ulteriore evoluzione di qualità, che rappresenta garanzia non solo della fondamentale ed appropriata tutela delle persone incluse nei protocolli di ricerca, ma anche del valore del pluralismo sociale che è alla base del concetto stesso di democrazia. In tale prospettiva ritiene che il Convegno ha costituito un momento fondamentale di chiarificazione dei problemi connessi con la sperimentazione clinica e di un apprezzabile evoluzione qualitativa della presenza della riflessione bioetica nella ricerca scientifica", conclude il presidente della Simla Claudio Buccelli.

Livelli di assistenza:
ecco cosa cambia

A PAG. 5

I CONTENUTI

Entrano Pma, screening e 110 rare Ed ecco il Piano vaccini new look

«Gli 800 milioni possono bastare e in ogni caso monitoreremo»

Aggiornamento del nomenclatore dell'assistenza protesica (fermo al 1999) e di quello della specialistica ambulatoriale (fermo all'ancor più lontano 1996). Nel primo caso, dal ministero citano gli esempi di nuovi ausili informatici e di comunicazione, di apparecchi acustici a tecnologia digitale, di presidi per disabilità motorie come barelle per la doccia, carrozzine con sistema di verticalizzazione e arti artificiali a tecnologia avanzata. Il nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale prevede, tra le novità, tutte le prestazioni di procreazione medicalmente assistita (pma) - che escono dall'ospedale - la revisione delle prestazioni di genetica, l'introduzione della consulenza genetica e prestazioni di altissimo contenuto tecnologico come l'adroterapia o di tecnologia recente (come enteroscopia con microcamera ingeribile).

Rinnovato l'elenco delle malattie rare: entrano oltre 110 nuove patologie, tra cui la sarcoidosi, la sclerosi sistemica progressiva e la

miastenia grave. Le prestazioni relative alle malattie rare sono totalmente esenti. Esce invece dal gruppo delle malattie rare per entrare in quello delle patologie croniche (in buona compagnia con sindrome di Down e connettiviti), la celiachia: sarà sufficiente la certificazione di uno specialista per ottenere il nuovo attestato di esenzione, riguardante tutte le prestazioni utili al monitoraggio della patologia e alla prevenzione delle complicanze e degli eventuali aggravamenti. Sei le nuove patologie croniche esenti: sindrome da talidomide, osteomielite cronica, patologie renali croniche, rene policistico autosomico dominante, endometriosi negli stadi clinici "moderato" e "grave", Bpco da "moderata" a "molto grave".

Debutta lo screening neonatale per la sordità congenita e la cataratta congenita e viene esteso a tutti i nuovi nati lo screening neonatale esteso per le malattie metaboliche ereditarie. «Quanto all'autismo - tiene a sottolineare [Lorenzin](#) - il nuovo Dpcm recepisce in toto la legge 134/2015».

Il Piano vaccini nei Lea. «Il Piano vaccinale - avvisa ancora [Lorenzin](#) - è finalmente incluso nei Lea. Una svolta: fino a oggi la programmazione sui vaccini era finanziata all'interno degli Obiettivi di Piano. E l'offerta - continua - è particolarmente ricca: saranno erogati in ambi-

to Lea l'anti Hpv esteso pure ai maschi, l'anti pneumococco, l'anti meningococco».

I fondi saranno sufficienti? Al ministero sono convinti di sì. «Non siamo partiti da un budget per decidere in base a quell'importo cosa inserire - tiene a chiarire la ministra. Abbiamo fatto un lavoro ampio e approfondito di valutazione e "svecchiamento" di molte prestazioni o delle modalità con cui prima erano erogate e così abbiamo pianificato il disinvestimento su prestazioni inappropriate o obsolete. Se invece di 800 milioni avessimo stimato un impatto di 1,3 miliardi, li avremmo chiesti». A tirare le somme è il Dg Renato Botti: «Nel complesso la griglia dei costi assegna 600 milioni al distretto - di cui 380 milioni alla specialistica e 153 milioni alle protesi - e 220 milioni alla prevenzione, cioè ai vaccini. In più - conclude - vanno considerati 20 milioni derivanti dal trasferimento da ospedale a territorio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.doctor33.it/>

Sanzioni appropriatezza, con nuovi Lea occorre vigilare. Ora nel mirino comportamento prescrittivo complessivo



Con il decreto sui livelli essenziali di assistenza, le sanzioni ai medici che prescrivano "impropriamente" prestazioni specialistiche difficilmente si riproporranno anche se convenzioni e contratti potrebbero introdurre ulteriori limitazioni prescrittive. Rispetto al vecchio "decreto appropriatezza" del ministero della Salute, il medico oggi non può essere più giudicato sulla base di una singola prescrizione, ma sul comportamento prescrittivo complessivo. E' la sintesi del ragionamento di **Guido Giustetto**, presidente Omceo Torino, che ha seguito da vicino l'accordo tra Fnomceo e Ministero della Salute foriero del Manifesto sull'appropriatezza e ha rilasciato un comunicato dove rimarca che c'è stata una svolta, il governo ha richiamato autonomia e responsabilità prescrittiva del medico. «Nel decreto sui Lea possiamo individuare due novità - spiega Giustetto - la prima è che per le prestazioni specialistiche si definiscono egualmente sia note relative a condizioni di erogabilità sia indicazioni di appropriatezza prescrittiva. Sono due criteri in tutto diversi. Per le note, in relazione all'erogazione di una quarantina di prestazioni in genere lontane dalla medicina generale e di alto costo (inclusi i marker genetici) il Ministero della Salute fissa a monte quali cittadini hanno diritto, quali medici possono prescrivere e in quali condizioni. Per le indicazioni di appropriatezza, più numerose e relative a prestazioni che spesso il medico prescrive anche sulla base della conoscenza clinica del paziente, il governo riconosce che si tratta di indicazioni. Ed ecco la seconda novità, connessa con la prima: il loro rispetto non può essere verificato atto per atto; il medico non può essere giudicato per aver prescritto una Rmn al ginocchio, poiché i casi singoli possono essere influenzati da fattori clinici. Le Asl valuteranno il profilo complessivo di appropriatezza del medico, e se prescrive dieci volte più risonanze

della media dei colleghi gli potrà essere chiesto il perché, e nel contraddittorio lui lo spiegherà. Non si può dire che il medico perda autonomia rispetto a un "prima": lo stesso Manifesto Fnomceo dice che potrà prescrivere senza alcun vincolo, ma dovrà farlo nell'ambito di un percorso di responsabilità».

Invita a tenere alta la guardia il presidente Omceo Milano **Roberto Carlo Rossi** che ricorda come a inizio anno ricorse per incostituzionalità contro il decreto appropriatezza. «Io non so se il governo ha fatto dietro front per le prese di posizione degli Ordini di Milano, Bologna e Savona, se per paura di attacchi mediatici, o per la mediazione con Fnomceo. Le nostre prese di posizione sono di gennaio-febbraio e la circolare che abolisce le sanzioni ai medici è di marzo. Il "decreto Lorenzin" incidereva illegittimamente -afferma Rossi- sull'articolo 32 della Costituzione. I padri costituenti scrivono che la Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e garantisce le cure agli indigenti. Nell'accezione riconosciuta universalmente la salute è anche prevenzione: uno stato deve costruire le condizioni perché la gente non si ammali. La legge 833 è conseguenza di questa scelta che può essere cambiata solo riformando la Carta. Il decreto Lorenzin invece toglieva non solo esami di alto costo utili in poche situazioni, ma anche colesterolo, alcuni elettroliti e marker d'uso comune nella pratica clinica di cui è arduo intuire il discrimine utilità-inutilità. Senza uno straccio di bibliografia, un documento del consiglio superiore di sanità rendeva meno accessibili anche esami routinari, che spesso non costano pochissimo, e creava un discrimine tra chi un certo esame - fino a prova contraria utile - se lo può permettere e chi no. La platea degli assistiti si è sgranata. Ora si è rimediato, ma occorre fare in modo che condizioni di erogabilità e sanzioni non siano ripristinate. Il compito è dei sindacati ma la Fnomceo deve avere la forza di vigilare a tutela del paziente. L'Italia non è pronta alle conseguenze delle nuove note. I miei assistiti non si arrabbiano più tanto se non passo certe prestazioni a carico Ssn, sanno che i centri privati erogano le stesse al costo del ticket e vendono test a pacchetti a prezzi "bassi". Ma se di routine il privato iniziasse a proporre, ad esempio, tutti gli elettroliti al posto dell'unico che serve all'indagine clinica di quale appropriatezza si avvantaggeranno gli italiani con le note?» Su un punto Rossi e Giustetto concordano: «Nel precedente decreto era difficile cogliere le basi scientifiche di molte note». Per Giustetto, «nei momenti di confronto con Asl e Regioni si profila comunque la possibilità di sviluppare ragionamenti più vicini al paziente».

Lunedì 18 LUGLIO 2016

E-cig. Secondo studio USA riducono rischio decessi del 21%

Le sigarette elettroniche potrebbero portare a una diminuzione fino al 21% di decessi correlati a patologie dipendenti dal fumo, nei nati dopo il 1997. A dimostrarlo è uno studio pubblicato su *Nicotine & Tobacco Research*.

(Reuters Health) - La ricerca, finanziata dal National Institute on Drug Abuse, dal National Cancer Institute e dal Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network degli USA, dimostrerebbe che le sigarette elettroniche, come altri tipi di vaporizzatori, hanno un impatto positivo sulla salute pubblica.

Diversi studi hanno cercato di valutare l'impatto delle e-cig sulla salute con risultati contrastanti. All'inizio di quest'anno, per esempio, una ricerca dell'Università della California aveva messo in evidenza un aumento del doppio delle possibilità di passare alle sigarette tradizionali tra i ragazzi che fumano quelle elettroniche. L'ultimo studio pubblicato, però, differisce dai precedenti perché prende in considerazione i consumi a partire da dati nazionali, mentre le ricerche precedenti usavano dati locali, che non sarebbero necessariamente rappresentativi dell'intero Paese.

Lo studio

Tra i giovani che usavano la sigaretta elettronica, la ricerca ha distinto quelli che non avrebbero comunque fatto uso di sigarette tradizionali da quelli, che grazie alla sigaretta elettronica, non fumavano le bionde. Secondo i ricercatori, quando entrambe queste popolazioni di giovani sono prese in considerazione, i benefici delle sigarette elettroniche supererebbero i danni. Inoltre, sono molti gli esperti che credono che ci siano benefici per i fumatori che passano a utilizzare solo le sigarette elettroniche.

“Mentre i dati non sono ancora chiari come vorremmo, il fatto di presentare il quadro a livello nazionale è un buon inizio”, ha dichiarato David Abrams, Amministratore Delegato del Schroeder Institute of Tobacco Research and Policy Studies al Truth Initiative. Molti studi precedenti includevano tra i fumatori di e-cig qualsiasi persona che ne aveva fatto uso nei 30 giorni precedenti, inclusi quelli che l'avevano provata una o due volte. Mentre il leader dello studio ha sottolineato che il loro obiettivo era anche “cercare di avere un'idea del numero di persone che erano passate a un utilizzo stabile”.

A maggio, la Food and Drug Administration americana ha annunciato nuove regole per l'autorità del tabacco, estendendole anche alle sigarette elettroniche, alle pipe, ai sigari e ai narghilè. Ma secondo chi difende i benefici della sigaretta elettronica, le troppe regole imposte dall'ente potrebbero soffocare lo sviluppo di prodotti più sicuri, che potrebbero effettivamente prendere il posto delle sigarette tradizionali.

Fonte: *Nicotine Tob Res* 2016

Toni Clarke

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

<http://www.adnkronos.com>

Virus Zika, allarme sulle vie di contagio dopo il secondo caso in Utah



Un contagio "insolito" di [virus Zika](#) registrato negli Stati Uniti. L'anziano paziente morto negli giorni scorsi nello Utah, **dopo aver contratto il virus nel corso di un viaggio all'estero, potrebbe infatti aver contagiato un familiare che non ha mai lasciato gli States** e che lo aveva assistito. Un'infezione in assenza di rapporti sessuali che fa interrogare le autorità sanitarie americane su una possibile nuova via di trasmissione del virus diffuso dalle zanzare. A riportare la vicenda è il 'Washington Post', secondo cui le autorità federali stanno indagando sul secondo paziente con virus Zika nello Utah.

Una delle possibilità è che l'infezione sia legata proprio allo stretto contatto con l'anziano. **Le autorità hanno raccolto e stanno testando le zanzare presenti vicino alle abitazioni dei due soggetti.** "Si tratta di un caso insolito - ammette Gary Edwards, ufficiale sanitario del Salt Lake City County Health Department - Il" secondo "soggetto non ha nessuno dei fattori di rischio noti finora" per quanto riguarda il virus Zika. Non ha viaggiato nei Paesi colpiti, non ha avuto rapporti sessuali con persone infette. **E in Utah non è presente nemmeno la specie di zanzara primo vettore di Zika.** Le indagini sono in corso, ma finora le autorità hanno reso noto solo che il secondo paziente è un familiare del primo e lo aveva assistito nelle cure. "Al momento non sappiamo se il contatto fra il nuovo caso e il paziente morto abbia giocato un ruolo nella trasmissione della malattia", ha concluso Edwards.

GLI SCIENZIATI RITENGONO CHE LA PROSSIMA POTRÀ SOPRAGGIUNGERE TRA UN DECENNIO, MA CI SARÀ IL VACCINO

L'epidemia di Zika è destinata a cessare fra due o tre anni perché una persona non può essere infettata due volte

DI SIMONETTA SCARANE

Dopo la pronuncia, a giugno, dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), adesso è la volta del Cdc, il centro americano di controllo e prevenzione delle malattie, a emettere il verdetto sul rischio di diffusione del virus Zika durante i Giochi Olimpici di Rio che verranno inaugurati il 4 agosto. Le probabilità sono molto basse, secondo le autorità sanitarie americane: i 350-500 mila visitatori attesi sono soltanto l'1% di tutti i viaggiatori internazionali che si recano nelle zone del mondo dove c'è il virus Zika. Il parere del Cdc arriva dopo che, in primavera, 150 esperti della sanità avevano scritto alla direttrice dell'Oms, **Margaret Chan**, sostenendo che mantenendo l'impegno delle Olimpiadi a Rio si sarebbe esposto inutilmente all'incirca mezzo milione di turisti al rischio di contrarre il virus che agisce in un modo che la scienza non ha mai visto in precedenza. Con la possibilità che l'epidemia diventi endemica. Ora, il direttore del Cdc, **Tom Friedman**, intervistato da *Le Figaro*, sostiene che non c'è nessun motivo di sanità pubblica per ritardare o cambiare i Giochi, che comunque, ha ricordato, in Brasile si svolgono nella stagione invernale, la meno favorevole per le zanzare. L'unica cosa, se si vuole, è sconsigliare alle donne incinte di andarci.

Il virus Zika, la cui contaminazione è difficile da contenere, viene trasmesso dalla zanzara *Aedes aegypti*. L'ultimo numero della rivista *Science* pubblica il risultato dello studio di una équipe di ricercatori dell'Imperial College di Londra che sostiene che «se i paesi non sanno contenere la diffusione del virus e non sanno lottare contro la zanzara che lo diffonde sappiano che l'epidemia è destinata a scomparire di qui a due o tre anni. E questo perché, è il risultato della loro ricerca, una persona non può essere infettata due volte. E per questo gli scienziati parlano di immunità collettiva.

In base al modello da loro elaborato sostengono che una nuova epidemia potrà verificarsi soltanto fra una decina d'anni con l'arrivo di nuove generazioni che non sono mai state precedentemente infettate. Un lasso di tempo congruo per riuscire a metter a punto un vaccino, ha dichiarato a *Le Figaro* **Neil Ferguson, principale autore dello studio. Tuttavia, restano ancora diverse questioni aperte intorno a questo virus e alla sua trasmissione e spingono gli scienziati a potenziare le ricerche perché non è da escludere, nello scenario peggiore, che l'epidemia Zika possa diventare endemica in America Latina con focolai di infezione di minore importanza ma più frequenti.**

—© Riproduzione riservata—



A caccia dell'elisir di lunga vita in un paesino di 1900 anime

“Con aria e acqua pulite sfidiamo i coetanei di Okinawa”

**Una zona
unica**
I Comuni
coinvolti
nel progetto
sono 10

Retrosena

NICOLA PINNA
PERDASDEFOGU (NUORO)

Antonio Mura, 102 anni a settembre, non è d'accordo con gli scienziati: «Hanno fatto un sacco di esami ma la questione è più semplice: qui viviamo a lungo perché stiamo in un posto isolato. Beviamo acqua buona e respiriamo aria non inquinata. Andiamo in campagna e dello stress abbiamo solo sentito parlare».

Ma gli studiosi che analizzano il Dna dei sardi hanno un'altra teoria e hanno capito che il segreto della longevità è quasi tutto scritto nel corredo genetico. Per valutarlo ci sono voluti anni di lavoro e uno screening che ha consentito di realizzare una banca del Dna, composta da oltre 230 mila campioni. A Perdasdefogu, paese di 1900 abitanti, c'è una sorta di «cassaforte genetica». I risultati delle analisi su 13.500 sardi, abitanti di 10 paesi confinanti, rappresentano per la scienza un tesoro. Un capitale che ora passa nelle mani della società «Tiziana Life Sciences».

Il progetto Shardna era decollato nel 1995. Aveva iniziato Renato Soru, prima della sua avventura politica. Alla società consortile avevano aderito alcuni Comuni della zona, ma

quando Soru è diventato governatore tutto è stato ceduto al San Raffaele di Milano. Ora la società britannica ha comprato per 258 mila euro e medita di portare avanti la ricerca dell'elisir di lunga vita. Mario Pirastu, il genetista del Cnr che ha lavorato allo screening, esulta: «Non ho incarichi nella società, ma sono felice perché si è scongiurato il rischio più grosso, quello di perdere tutto».

A Perdasdefogu i laboratori sono chiusi e il mantenimento dei campioni era affidato alle attenzioni dell'unica dipendente in servizio. I caveau della biobanca sono grandi freezer a

temperatura costante di -80°. In tutto una struttura di 500 metri quadri che custodisce informazioni preziosissime. Che fanno gola alle università e - sostengono i maligni - alle case farmaceutiche. «Cosa potrebbero farne? Ricerca - dice Pirastu -. Il valore non sta tanto nei campioni di Dna, ma nella popolazione stessa».

I centenari dell'Ogliastra, infatti, sfidano i vecchietti dell'isola giapponese di Okinawa a colpi di compleanni e sono diventati un fenomeno mediatico. Di certo, qui, il corredo genetico degli abitanti è arrivato fino a oggi senza cambiamenti, quasi identico a quello dei sardi del Neolitico. «A Perdasdefogu, il paese dei fratelli Melis che per anni hanno detenuto il primato di famiglia più longeva del mondo, siamo riusciti a ricostruire l'albero genealogico più grande che esista - racconta il genetista -. Non l'ha fatto mai nessuno. Ecco perché credo che sia importante salvare questo patrimonio».

© BY N.CND/ALCUNI DIRITTI RISERVATI



La biobanca

Geni in freezer

I campioni di Dna sono mantenuti a una temperatura di -80°



Sussurri & Grida

Londra investe sulla longevità sarda

(c.d.c.) Solo sull'isola giapponese di Okinawa si vive più a lungo. E allora ecco che Tiziana Life Sciences, società quotata all'Aim di Londra ha deciso di comprare i segreti dei centenari sardi. Tiziana Life Sciences plc, società focalizzata su farmaci mirati per il trattamento di malattie in oncologia ed immunologia, ha annunciato di aver acquistato beni chiave da Shardna Spa, la biobanca con sede a Cagliari, per un valore complessivo di 258.000 euro. Un'acquisizione che comprende 230.000 campioni biologici ricavati da quasi 13.000 residenti dell'Ogliastra, la regione storica della Sardegna centro-occidentale che registra una prevalenza di centenari quasi 50 volte sopra quelle di Usa e Regno Unito e la più alta longevità al mondo dopo Okinawa. Regista dell'operazione l'italo-americano Gabriele Cerrone, 43 anni, nato a Sora in provincia di Frosinone, che ha creato la Tiziana life sciences.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LO SPORT PULITO RESISTERÀ (NONOSTANTE TUTTO)

Chi ama lo sport ci crede e continuerà a farlo. È dura ma è così. Nessun doping e nessun atleta malato di farmacologia riuscirà a cancellare l'emozione. Quel vulcano senza fine che continua a buttar fuori risultati fasulli, record viziati, vittorie truffaldine, medaglie rubate crea problemi in chi ha fede sportiva, ma non lo porta all'abiura. Si resta sconcertati di fronte al rapporto della Wada, l'organismo internazionale che studia e persegue il doping: una relazione precisa e documentata che descrive anni e anni di farmacologia, testosterone, epo, altre diavolerie chimiche, provette falsificate, esami «sporchi» che diventavano puliti. Tutto questo in Russia.

Un sistema di doping di Stato costruito con complicità politiche reso ancor più efficiente con l'aiuto dei servizi segreti. Uno si mette davanti alla tv aspettando la prestazione che ti fa sognare, trattenere il respiro, è lì da solo o con gli amici pronto ad accompagnare con la sua passione quel volo in pista, quelle bracciate in acqua, quelle sciare così eleganti e potenti, quelle picchiate ad alta velocità

col bob o con lo slittino e, maledizione, non sa che dietro a quella vittoria, a quel primato, a così tanto talento, a quel campione(ssa) c'è l'orchestra del male che ha organizzato la Grande Truffa.

Chi ama lo sport non è un fesso, non è portato a credere a tutto, è capace di analisi, perché sa bene che quel pianeta che frequenta con occhio attento, passione, lettura, e magari anche per lontana pratica, si porta dietro interessi milionari che addirittura fanno Pil. Grandi aziende, sponsor, finanza, televisioni, contribuiscono all'industria dello sport, questa sì, che non conosce confini. Appassionati e tifosi si rendono conto che l'inganno, venga dal doping o dalle scommesse non conta, può essere dietro ad ogni vittoria. Ma continua ad amare i suoi campioni puliti, inseguendo una giustizia sportiva che non sia giustizialismo, capace di punire con estrema severità solo e soltanto chi si macchia. Anche perché quello pulito che vince con fatica e talento ci sarà sempre. Anche in Russia.

Daniele Dallerà

© RIPRODUZIONE RISERVATA

