healthdesk

28-07-2016

http://www.healthdesk.it/

SULLA BUONA STRADA

Più vicino il primo vaccino contro la clamidia

Sui topi ha funzionato, ora va provato sugli esseri umani. L'antigene usato sugli animali ha provocato una risposta immunitaria molto efficace: il numero di batteri si riduce in poco tempo fino a zero

I risultati sono promettenti e il vaccino contro la clamidia, obiettivo di tante ricerche da cinquant'anni a oggi, sembra più vicino. Almeno a quanto dicono gli autori di un recente studio pubblicato su Vaccine. Si tratta di un gruppo di ricercatori canadesi del MG DeGroote Institute for Infectious Disease Research della McMaster University che hanno sperimentato sui topi una nuova strategia di attacco contro il batterio Chlamydia trachomatis, la causa più comune di questa malattia che può avere conseguenze gravi soprattutto per le donne con danni anche irreversibili all'apparato riproduttivo.

I ricercatori hanno combinato tra loro tre diverse proteine del batterio Chlamydia trachomatis assemblandole in una sola proteina, l'antigene BD584 con la speranza che il trio potesse innescare una reazione immunitaria ai germi, una volta introdotto nell'organismo. L'intuizione era buona, i risultati lo hanno confermato.

I topi su cui è stato condotto l'esperimento sono stati divisi in due gruppi, il primo ha ricevuto il BD584 attraverso uno spray nasale, mentre il secondo un falso medicinale. Tutti gli animali sono poi stati infettati con il batterio Chlamydia muridarum, l'equivalente murino del Chlamydia trachomatis. Ebbene, tutte le cavie a cui era stato somministrato il vaccino avevano prodotto degli anticorpi,

mentre nel gruppo di controllo nessun animale presentava una reazione immunitaria. Nei topi vaccinati la presenza di batteri infetti si riduceva del 95 per cento dopo circa una settimana dall'infezione rispetto ai non vaccinati. I risultati miglioravano con il passare del tempo. Dopo 32 giorni dall'infezione il numero di batteri nei test dei topi vaccinati era pari a zero. La controparte che non aveva ricevuto l'immunizzazione continuava invece a ospitare i germi in gran quantità. Inoltre, il vaccino si è dimostrato capace di ridurre notevolmente (87%) l'infezione delle tube di Falloppio, uno dei danni della clamidia che può essere causa di infertilità. È ancora troppo resto per sperare che il vaccino possa risparmiare agli esseri umani i disturbi dovuti alla malattia che, solo negli Stati Uniti, colpisce 2.860.000 persone ogni anno, ma i ricercatori sono convinti di trovarsi sulla buona strada.

«Gli sforzi per sviluppare un vaccino negli ultimi trent'anni - dice David Bulir della McMaster University, principlae autore dello studio - sono stati improduttivi e non c'è ancora un vaccino approvato per gli umani. L'immunizzazione sarebbe la strada migliore per prevenire le infezioni da clamidia e questo studio ha identificato nuovi importanti antigeni che potrebbero venire utilizzati in un vaccino per prevenire o eliminare del tutto i danni all'apparto riproduttivo a causa di infezioni non curate».

quotidianosanità.it

Mercoledì 27 LUGLIO 2016

Menopausa. La terapia sostitutiva ormonale aumenta la densità ossea

La terapia sostitutiva ormonale (HRT – Hormone Replacement Therapy) sarebbe superiore al trattamento con la pillola contraccettiva nell'aumentare la densità ossea nelle donne che vanno spontaneamente in menopausa precoce. A riportarlo è uno studio inglese pubblicato sul Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism.

(Reuters Health) - La menopausa precoce è dovuta alla perdita della funzionalità ovarica prima dei 45 anni di età, per cui le donne devono affrontare molti anni di riduzione dei livelli di estrogeni e di perdita di densità ossea.

Lo studio
Per mettere a confronto l'effetto della terapia sostitutiva ormonale con quella a base di pillola anticoncezionale sulla densità e sul turnover ossei in donne in menopausa precoce, un gruppo di ricercatori inglesi – guidati da **Beth Cartwright**,del Guy's Hospital di Londra – ha preso in considerazione 36 donne tra i 18 e i 44 anni. In particolare, 12 sono state trattate con HRT, nove con pillola anticoncezionale e 16 non hanno voluto ricevere alcun trattamento farmacologico e sono entrate a far parte, dunque, del gruppo di controllo.

I risultati
Il follow-up, a sei mesi, un anno e due anni, ha mostrato un aumento in densità ossea significativo, a livello spinale, nel gruppo di donne trattate con terapia sostitutiva ormonale a uno e due anni. Mentre non ci sarebbe stata alcuna variazione nella densità delle ossa, sempre a livello spinale, tra le donne che avevano ricevuto la pillola anticoncezionale. Infine, sarebbe stata rilevata una riduzione della densità nel gruppo di donne non trattate.
Dunque, mettendo a confronto la HRT con la pillola anticoncezionale, la prima avrebbe avuto un effetto migliore rispetto alla seconda. Entrambi i gruppi di donne, invece, avrebbero avuto benefici dal trattamento a sei mesi e a un anno rispetto a quelle che avevano scelto di non sottoporsi a terapie farmacologiche. Anche i dati sul turnover osseo hanno mostrato una maggiore efficacia dei due trattamenti rispetto al controllo.

Il commento allo studio
"Lo studio è fatto su poche donne, per cui è solo preliminare e dovrebbe essere esteso a un gruppo maggiore di persone per dare risultati significativi che determinino un cambio nella pratica clinica – ha sottolineato Beth Cartwright, del Guy's Hospital di Londra -Sicuramente, però, non seguire alcuna terapia non è consigliabile. La nostra ricerca dimostra che il trattamento con HRT determina un aumento del 3,5% in più, rispetto alla terapia anticoncezionale, di densità ossea a livello spinale, mentre entrambi i trattamenti hanno mantenuto un buon livello di densità delle ossa su anca e collo del femore. Nelle donne che hanno rifiutato il trattamento, invece, è stata evidenziata una perdita ossea in tutti i punti e lo stato scheletrico è andato peggiorando col tempo. La differenza in densità ossea a livello spinale tra le donne trattate con HRT e quelle non trattate a due anni è stato di più del 6%".

Fonte: *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*

Marilynn Larkin

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 343.161
Diffusione 05/2016: 287.794
Lettori Ed. I 2016: 1.425.000
Settimanale - Ed. nazionale

FAMIGLIA CRISTIANA

Dir. Resp.: Antonio Sciortino

31-LUG-2016
da pag. 89
foglio 1
www.datastampa.it

I MICRONUTRIENTI

ZINCO, FERRO E VITAMINA A RISCHIO

I prodotti ittici diventano sempre più importanti nell'alimentazione globale, perché attualmente il 17% della popolazione mondiale è carente di zinco. In tutto il mondo, **quasi 1/5 delle donne in gravidanza ha carenza di ferro** e circa 1/3 è in deficit di vitamina A. Si stima che quasi 1 miliardo di persone (l'11% della popolazione mondiale attuale) rischia un calo di questi tre micronutrienti se i prodotti ittici, a fronte di una pressione sugli ecosistemi, continueranno a diminuire. **I pesci sono alimenti di buona qualità e ricchi di proteine;** il settore contribuisce in misura rilevante alla sicurezza degli approvvigionamenti mondiali. Eppure tutto ciò potrebbe finire presto, in assenza di regole condivise e di controlli. La salute del nostro pianeta, così come la nostra salute e il futuro della sicurezza alimentare, dipendono da come trattiamo e tratteremo il mare.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

HQI of Evaluation 07/27/2016

27 lug 2016

TAG

Medicina generale
Contenzioso
Prestazioni sanitarie
Ospedale

LAVORO E PROFESSIONE

Risk, lo «sboom» dei sinistri Ssn

Stando a quanto riferiscono alcuni media la sinistrosità per Medical Malpractice è in continua, inarrestabile ascesa per numero e per costi. Questa diffusa ma, come vedremo, assai poco fondata percezione ha tra l'altro determinato la fuga delle compagnie assicurative, e di quelle italiane in particolare, dal comparto della sanità. Sono oramai pochissime le Regioni italiane provviste di copertura assicurativa per la Med-Mal, la maggior parte è oramai in "autoassicurazione": delicato eufemismo per dire che i sinistri causati se li coprono e se li gestiscono da soli. Lo stesso dicasi per la maggior parte delle strutture dell'ospedalità privata del Paese. Questa percezione di rischio avrebbe indotto nei medici un riflesso condizionato di difesa definito "medicina difensiva". La prescrizione di esami, la selezione dei pazienti, l'indicazione degli interventi, la scelta di un percorso di cura rispetto a un altro, non avverrebbero solo secondo "scienza e coscienza", ma con un preoccupato retropensiero attento a evitare una possibile azione di rivalsa. Qualcuno è riuscito, non sappiamo come, a stimare anche il costo di tale comportamento in diversi miliardi di euro. Il mondo politico infine ha messo mano a un nuovo testo di legge (Dl Gelli), approvato alla Camera, che dovrebbe riordinare normativamente il settore, e tutti speriamo in meglio.

Il metodo di lavoro. La Società italiana di Ortopedia e traumatologia, che rappresenta 4.500 ortopedici, professionisti tra i più esposti ad azioni di rivalsa, con l'ausilio di alcuni dei migliori esperti del Rischio clinico quali Alessandra De Palma, Davide Mozzanica e Riccardo Tartaglia, ha elaborato un'analisi della sinistrosità per Med-Mal in tre Regioni italiane, l'Emilia-Romagna, la Lombardia e la Toscana, per valutarne le cause, conoscerne le tipologie, i tempi e i costi e soprattutto definire le pratiche per la sicurezza da adottare. Tale lavoro è stato di recente pubblicato sulla rivista Giot.

Sono stati presi in esame tutti i sinistri censiti nei data base di Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana, relativi al periodo 2009-2014. Questa macroregione ospita il 30% della popolazione italiana ed eroga il 30% dei ricoveri ospedalieri.

Con il termine sinistro indichiamo, come nella terminologia degli assicuratori, qualunque formale richiesta di risarcimento danni pervenuta. Non appaia scontato sottolineare che una pretesa risarcitoria non è sinonimo di danno accertato, infatti come vedremo solo poco più della metà delle stesse, esperita l'istruttoria del caso, si rivelerà fondata ed esiterà in un rimborso. Ma d'altra parte, come vedremo non ogni danno determinato esita in un'azione di rivalsa.

Il numero. I "sinistri" censiti si riferiscono esclusivamente alle strutture sanitarie pubbliche, ambulatoriali, ospedaliere, territoriali. Il numero complessivo dei sinistri, non solo non è in aumento, ma piuttosto in lieve diminuzione. La media complessiva del periodo 2009-2014 è di 5.402 sinistri per anno, l'oscillazione anno per anno è minima, il dato è stabile. La media nel primo triennio 2009-2011 è di 5.500 sinistri, quella del secondo 2012-2014 è di 5.300, la variazione è in diminuzione: -3,5 per cento.

Ania (Associazione nazionale imprese assicuratrici) in un recente rapporto *("Ania: L'assicurazione italiana 2014-15. La responsabiltà civile in ambito sanitario", pagine 172 e seg.)* registra nel periodo 2010-2013 una riduzione ancora più significativa, -11% delle richieste risarcitorie pervenute. A fronte di queste 5.400 pretese risarcitorie, nelle strutture pubbliche di queste tre Regioni, vengono effettuati ogni anno oltre due milioni di ricoveri ospedalieri (2014 = 2.023.250) *(fonte: ministero della Salute, Rapporto Sdo 2014)*. La frequenza è quindi: n. 2,7 sinistri ogni 1.000 ricoveri per acuti.

I sinistri senza seguito. Le richieste risarcitorie pervenute vengono valutate da appositi Comitati e possono essere soddisfatte o rigettate ed esitare o meno in contenzioso. Una

HiQPdf Evaluation 07/27/2016

percentuale variabile fra il 40 e il 45% delle richieste si chiude senza seguito dopo la fase istruttoria, non venendo accolta e non esitando in giudizio.

Ania stima tale dato addirittura fra il 60 e il 70%, scontando però una possibile duplicazione delle denunce per lo stesso sinistro (sanitario e struttura; più sanitari; più strutture ecc.), con apertura (e conseguente chiusura) di più pratiche per lo stesso evento.

La latenza. Il tempo medio intercorrente tra l'evento che ha determinato il danno e l'arrivo della richiesta risarcitoria è incredibilmente lungo: 775-850 giorni. Agenas lo stima in 852 giorni, nello stesso studio la definizione della pratica richiede ulteriori 542 giorni.

I costi. Gli importi medi pagati dalle Regioni del nostro campione, per transazione o a seguito di sentenze, oscillano tra i 26.513 della Toscana e i 47.466 della Lombardia (tabella 1).Agenas (*"Monitoraggio delle denunce di sinistri 2014"*) stima in euro 52.368 il costo medio dei sinistri nel solo 2014, valore questo peraltro assai vicino a quello rilevato nel nostro campione dalla Lombardia nello stesso 2014 (50.771).

I sinistri in ortopedia. Il numero dei sinistri prodotti in ortopedia appare stabile e rappresenta il 15,4% del totale (figura 2). La loro frequenza è di n. 3,5 sinistri ogni 1.000 ricoveri (237.392 ricoveri nel 2014), a testimonianza della relativa maggiore rischiosità di questa branca rispetto alla media generale, almeno per quanto attiene al numero dei sinistri censiti.

La tipologia. L'errore chirurgico, come prevedibile, è la causa più frequente di pretese risarcitorie con frequenze che vanno dal 29 al 56% del totale delle richieste (tabella 2). L'errore terapeutico è tra il 7 e il 10%, quello diagnostico fra il 10 e il 14 per cento. Le infezioni rappresentano dal 6 all'8% di tutte le richieste. Le cadute contribuiscono in una percentuale tra l'1 e il 2 per cento. Marginali i vizi di consenso (0,4%) o gli errori di assistenza (1,3 per cento).

E per il 2016? Cosa dobbiamo aspettarci?

Il numero dei sinistri previsti. Se nelle tre Regioni esaminate che ospitano il 29,95% della popolazione italiana e il 30,6% dei ricoveri (acuti e non acuti), vengono censiti stabilmente 5.400 sinistri, è ragionevole prevedere che nell'intero Paese nel 2016 si attiveranno, verso le strutture sanitarie a gestione pubblica, un numero di pretese risarcitorie vicino a 18.000. Solo il 55-60% di tali pretese risarcitorie (circa 10.400), però otterrà un risarcimento per via giudiziale o extragiudiziale.

Ania stima invece n. 30.000 sinistri all'anno, dando però espressamente atto che all'interno di tale numero si annidano rilevanti duplicazioni, tanto che, a suo dire «... mediamente oltre due terzi dei sinistri denunciati alle compagnie... vengono chiusi senza seguito» (pag. 173).

Quindi anche secondo Ania, non più di 10.000 sarebbero i sinistri effettivamente onerosi a carico per di più di tutto il sistema pubblico e privato. Meno di quanti stimiamo nella nostra analisi, posto che Ania ricomprende anche il sistema ospedaliero privato che rappresenta da solo il 26,5% dei ricoveri ospedalieri.

I costi per il Ssn. Nel nostro campione il costo unitario medio dei risarcimenti, rilevato nell'ultimo triennio, è stato di euro 33.958; Agenas nello studio citato, limitatamente al solo 2014, rileva tale costo a euro 52.368. Ania pubblica annualmente un dettagliatissimo tabulato (tabella 3), dal quale si evince che il valore medio pluriennale più elevato è stato di euro 43.539 (2008-2013), mentre il costo più elevato per singolo anno (2013) è stato di euro 56.479.

Prendendo a riferimento il valore minimo (euro 33.958, tabella 1) e quello massimo (euro 56.479, tabella 3) il costo complessivo dei circa 10.400 sinistri da risarcire in questo 2016 sarà compreso in una forchetta, certamente ancora troppo ampia, ma per la prima volta definita tra i 350 e i 580 milioni di euro.

I premi per le assicurazioni. A fronte di tali costi che poniamo a stima per il 2016 per il comparto pubblico, il sistema assicurativo riscuoterà per lo stesso anno non meno di 564 milioni di premi *(Ania: stima premi 2013)*. Se teniamo conto che tale importo viene incassato a fronte di quella piccola parte dei sinistri del comparto pubblico e di quello privato, gestiti da assicurazioni (oramai molte Regioni e molti operatori privati non sono coperti da polizze assicurative e gestiscono direttamente i propri sinistri), i numeri sembrano dirci che tali premi sembrerebbero ben compensare gli importi che dovranno essere liquidati per i sinistri, per di più al netto delle franchigie.

Gli eventi avversi reali e il rischio clinico. Questi sono i dati del contenzioso reale, occorre però precisare che, secondo la letteratura e gli studi nazionali e internazionali, il

HtOPdf Evaluation 07/27/2016

5% di tutti i ricoveri ospedalieri sono gravati da eventi avversi, con ciò intendendo eventi inattesi, ma capaci di condizionare in senso sfavorevole il percorso di guarigione del paziente, certamente accidentali e assolutamente non intenzionali, ma prevedibili e in larga parte, per fortuna, prevenibili. L'attenzione che negli ultimi dieci anni è stata posta su tali eventi ha portato a elaborare una serie di misure di salvaguardia e di protezione verso il verificarsi e il ripetersi degli stessi.

Gli eventi avversi sono conseguenza di criticità riconducibili a fattori soggettivi (abilità tecniche) od oggettivi (ambientali-organizzativi) e a seconda delle fasi del processo di cura sono riferibili alla diagnosi (ritardata, mancata, sbagliata ecc.); al trattamento (ritardato, mancato, fallito, non necessario ecc.); alla comunicazione (verbale o scritta); alla valutazione (indicazioni sbagliate, mancato rispetto protocolli, planning inadeguato ecc); a problemi ambientali o relativi al sistema (sicurezza ambientale, adeguatezza delle risorse ecc.).

Non tutti gli eventi avversi divengono danni e non tutti i danni divengono richieste risarcitorie o contenziosi giurisdizionali. Scopo della gestione del Rischio clinico è rilevarne e analizzarne la frequenza, la tipologia, la prevedibilità, le cause e fornire le indicazioni per la prevenzione degli stessi, anche quando non si traducono in un danno o in un contenzioso.

Molto è stato fatto, ma tanto resta ancora da fare, sul piano delle misure preventive, per contenere i rischi e innalzare le tutele e la sicurezza del paziente negli ambienti sanitari e nei percorsi di cura.

Per richiamarne solo alcune, in particolare per l'ortopedia: innanzitutto la formazione è a fondamento della crescita e dell'aggiornamento professionale e per questa ragione deve essere continua; l'adozione di check list di sala operatoria; il rispetto delle procedure per l'igiene delle mani; l'utilizzo di barriere precauzionali per prevenire le infezioni correlate all'assistenza; l'utilizzo delle numerose pratiche cliniche "evidence based"; il lavoro interdisciplinare in team quale strumento efficacissimo per ridurre l'errore clinico; la ricognizione e la riconciliazione farmacologiche; la prevenzione delle cadute; l'organizzazione del lavoro che tenga conto dei limiti psicofisici e delle condizioni di stress cui sono sottoposti gli operatori; l'adozione di sistemi di reporting learning; la capacità di comunicazione onesta, chiara e trasparente che, nel caso di eventi avversi, diventa uno strumento strategico per mitigare la conflittualità e tentare di ricreare un clima di fiducia.

Conclusioni. I dati ricavati dalle tre Regioni esaminate consentono di affermare che il numero dei sinistri sia sostanzialmente stabile da anni, anzi in lieve diminuzione e che invece sia in aumento il costo medio dei risarcimenti. Per la prima volta, siamo in grado di stimare, per la componente pubblica del nostro sistema sanitario, il numero delle domande risarcitorie attese per il 2016 (circa 18.000) e il costo prevedibile che il Ssn dovrà sopportare per soddisfare le stesse (fra 350 e 580 milioni di euro).

Ulteriori studi e il consolidamento dei dati ci consentiranno di confermare la veridicità di tali previsioni e di restringere la forchetta dei costi. Molto è stato fatto e tanto resta ancora da fare, ma non vi è dubbio che formazione, adozione delle pratiche di sicurezza, corretta comunicazione, sono le parole chiave per ridurre il numero di eventi avversi e per gestire al meglio i rapporti con i nostri assistiti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

DAL GOVERNO
05 Agosto 2015

Riforma Pa: sì al Polo unico della medicina fiscale. Fimmg: «La nostra proposta diventa legge»

LAVORO E PROFESSIONE
04 Settembre 2015

Scocca l'ora dei test di ingresso: oggi tocca alle professioni sanitarie

EUROPA E MONDO
02 Settembre 2015

Troppa competitività: nel Regno Unito uno studente di medicina su sette ha pensato al suicidio

ANSA

27-07-2016

Lettori
155.567

http://www.ansa.it

TUMORI: CNR, SCOPERTO NUOVO MECCANISMO CRESCITA CELLULARE

PASSO AVANTI PER SVILUPPO FARMACI ANTI-CANCRO

ROMA, 27 LUG - Scoperto un nuovo meccanismo della crescita cellulare. Il Cnr ha infatti realizzato uno studio, pubblicato su Nature Communications, che rivela un nuovo processo regolatorio nella divisione cellulare. La scoperta ha permesso di rivelare nuovi bersagli per lo sviluppo di farmaci attivi contro la crescita cellulare, quindi contro il cancro. La ricerca è dell'Istituto di biochimica delle proteine del Consiglio nazionale delle ricerche di Napoli (Ibp-Cnr), in collaborazione con l'Istituto per il sistema produzione animale in ambiente mediterraneo (Ispaam-Cnr). La divisione delle cellule "è regolata da meccanismi di controllo molto accurati, noti come checkpoint. Quello più investigato è il checkpoint che agisce prima della divisione del materiale genetico (Fase G1), lo stesso che, in caso di tumori, non è più funzionante. Il secondo è quello che opera dopo il completamento della divisione del materiale genetico (fase G2)", spiega spiega Antonino Colanzi, coordinatore del gruppo di lavoro e ricercatore Ibp-Cnr. La ricerca di base - finanziata da Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc), Regione Campania (Progetto Ockey) e Miur - è "fondamentale per la scoperta di nuovi ambiti applicativi. Poiché i tumori presentano un checkpoint G1 non funzionale, la possibilità di inibire il ciclo cellulare durante la fase G2 rivela nuovi bersagli per lo sviluppo di farmaci attivi nella lotta contro la crescita cellulare, quindi - conclude Colanzi - contro il cancro".
I Centri di competenza sono in media 3,8 per milione di abitante ma si passa da 1,8 della Sicilia al 12,8 per il Molise. Altra marcata diversità regionale riguarda la realizzazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) per la presa i carico del paziente: è ancora in fieri, fatta eccezione per Lombardia, Toscana, Lazio, Emilia-Romagna, Piemonte-Valle d'Aosta, Sicilia, P.A. Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia e Umbria, Veneto.

quotidianosanità.it

Mercoledì 27 LUGLIO 2016

Cancro al seno: la digitopressione allevia l'affaticamento

Il trattamento mirato in certi punti specifici con massaggio e digitopressione potrebbe aiutare le pazienti con cancro al seno a superare l'astenia e l'affaticamento. È quanto emerge da uno studio statunitense pubblicato da JAMA Oncology.

(Reuters Health) - La digitopressione è un tecnica simile all'agopuntura in quanto coinvolge punti specifici del corpo, ma senza utilizzare aghi. La pressione infatti viene applicata nei punti specifici con le dita o tramite dispositivi. Inoltre, come precisano gli autori dello studio, si tratta di un trattamento semplice, a basso costo e a basso rischio.

Lo studio
I ricercatori – guidati da Suzanna Zick, della University of Michigan – hanno assegnato in modo casuale 288 pazienti sopravvissute al cancro al seno a tre diversi gruppi di osservazione. Ad un primo gruppo è stato detto di continuare il trattamento. Un secondo gruppo ha ricevuto la digitopressione mirata in punti specifici, allo scopo di favorire il rilassamento. L'ultimo gruppo ha ricevuto una digitopressione stimolante, allo scopo di aumentare l'energia.
All'inizio dello studio le donne sono state istruite per autogestire la digitopressione con un movimento circolare per 3 minuti ogni giorno, per sei settimane. Le tecniche di digitopressione sono state valutate all'inizio dello studio, nelle tre settimane successive e alla fine. Le donne hanno iniziato lo studio mostrando un punteggio medio di circa 5, secondo una scala di valutazione dell'affaticamento crescente da 1 a 10.

I risultati
Alla fine delle sei settimane, circa il 66% delle donne nel gruppo della digitopressione rilassante e circa il 61% nel gruppo di quella stimolante mostravano una riduzione del punteggio della scala di valutazione dell'affaticamento pari a 4, cioè nel range considerato normale, mentre questo avveniva solo per circa il 31% delle donne nel gruppo che continuava il trattamento abituale.

Dopo altre quattro settimane, il 56% del gruppo della digitopressione rilassante e il 61% del gruppo della digitopressione stimolante mostravano ancora segni di affaticamento nel range di normalità, rispetto a circa il 30% nel gruppo di confronto. Va precisato che nessuna delle due tecniche di digitopressione ha superato l'altra in termini di riduzione della fatica; tuttavia il metodo rilassante ha ulteriormente migliorato la qualità del sonno e la qualità della vita rispetto al metodo stimolante.

I ricercatori stessi osservano che i loro risultati sono coerenti con quelli degli studi precedenti, che avevano valutato la digitopressione come metodo utile per il trattamento dell'astenia. E precisano che circa il 90% delle partecipanti erano di razza bianca. Inoltre, circa il 12% delle donne ha sospeso la digitopressione perché la riteneva troppo lunga da praticare. In ogni caso i ricercatori sperano di poter approfondire il loro studio osservando le risposte del cervello alla digitopressione e sperimentandola in tempi ridotti ad un solo minuto per trattamento.

Fonte: JAMA Oncology 2016
Andrew M. Seaman
(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 137.765
Diffusione 05/2016: 72.273
Lettori Ed. I 2016: 500.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

28-LUG-2016
da pag. 35
foglio 1
www.datastampa.it

FOCUS SALUTE E BENESSERE

IL PUNTO A «IMPACT PROACTIVE 2016»

L'accesso alle terapie del dolore e la conoscenza della Legge 38

Non esiste un'omogeneità sulle pratiche di utilizzo dei farmaci

Riccardo Cervelli

■ Non siamo condannati a soffrire. La Legge 38 emanata nel 2010 mira a garantire a tutti i cittadini il diritto ad accedere a terapie del dolore o a cure palliative adeguate per continuare a vivere o per morire dignitosamente. Inoltre, sempre più studi a livello internazionale dimostrano che il dolore cronico è fonte anche di danni economici e sociali. A che punto siamo nell'attuazione dei principi della Legge 38/2010? Quali sono gli ostacoli alla sua piena attuazione? Quali sono le buone pratiche per affrontare, da Paese civile, il problema del dolore acuto e cronico? Medici anestesisti, esperti di medicina d'urgenza, oncologi, ortopedici, medici di medicina generale, rappresentanti di altre specialità, farmacisti e rappresentanti di associazioni *no-profit* e di istituzioni si incontrano ogni anno al workshop Impact Proactive per affrontare questi argomenti

Il tema principale di quest'anno erano le *disparities*: «Ci sono ancora troppe disuguaglianze nelle diverse regioni italiane per quanto riguarda la problematica della gestione del dolore», ha sintetizzato Gian Franco Gensini, presidente e responsabile scientifico di Impact Proactive. Il problema della mancanza di omogeneità di approcci terapeutici e di accesso agli stessi tipi di farmaci tra una Regione e l'altra è stato sottolineato da Raffaella Pannuti, presidente della Fondazione Ant (Onlus che fornisce assistenza specialistica domiciliare ai malati di tumore sul territorio nazionale): «Il Questionario sul dolore che abbiamo inviato l'anno scorso assieme a Federconsumatori e Impact Proactive a migliaia di cittadini ha evidenziato una scarsa diffusione nella conoscenza della Legge 38 e del diritto a non soffrire, oltre a una evidente disparità nell'applicazione di tale norma nelle diverse zone. Ogni Regione legifera per sé, ogni Asl sceglie i propri modelli, complicando la burocrazia e creando situazioni paradossali».

Forti i messaggi verso la politica partiti quest'anno per affrontare, una volta per tutte, questo problema, legato anche a un'interpretazione troppo pedissequa del nuovo Titolo V della Costituzione.

L'evento ha toccato, inoltre, anche altri temi come l'uso degli oppiacei - con un focus particolare sui falsi miti che si sono creati intorno a questi farmaci in seguito a studi effettuati oltre Atlantico, in una realtà completamente diversa dalla nostra - sull'importanza della medicina narrativa per comprendere meglio (attraverso il vissuto dei pazienti e dei loro familiari) le sofferenze reali, e l'agopuntura. Ancora un volta - nel corso di quasi tutti gli interventi - è stata auspicata la necessità di un rapporto sempre più collaborativo tra le branche della medicina più interessate al tema del dolore, le associazioni degli infermieri, i farmacisti e gli enti che si occupano di assistenza socio-sanitari a ogni livello nei territori. Ultima ma non meno importante, una corretta ed efficace comunicazione ai cittadini.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 137.765
Diffusione 05/2016: 72.273
Lettori Ed. I 2016: 500.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

28-LUG-2016
da pag. 1
foglio 1
www.datastampa.it

IL PARADOSSO

I fanatici della salute che colpiscono solo il fumo

LA PROVOCAZIONE

Sigarette horror? Mettete sugli snack i danni del diabete

di **Massimiliano Parente**

Non ci sono solo i fondamentalisti islamici, bisogna guardarsi anche dai terroristi del salutismo. Un esempio eclatante è la nuova normativa per i pacchetti di sigarette: non bastava scrivere a caratteri cubitali i rischi causati dal fumo («Il fumo provoca il cancro eccetera»), adesso ogni lato del pacchetto è occupato da immagini raccapriccianti: donne che sputano sangue, pezzi di polmoni anneriti, addirittura perfino una pupilla velata con la didascalia «il fumo aumenta il rischio di cecità» (in realtà mai sentito, uno diventato cieco perché fumava, una volta casomai si diceva a chi si toccava troppo).

Se tanto mi dà tanto, però, non si capisce perché non spingersi oltre e indicare i rischi di qualsiasi cosa possa essere dannosa, perché il problema della vita è che per ogni piacere c'è un rovescio della medaglia.

Infatti non c'è neppure bisogno di informarsi per sapere come dimagrire: più un cibo non sa di niente, più fa bene. Non mangiarti un toast con del bacon, mangiati una galletta di riso sebbene sembri un pezzo di polistirolo. E quindi: sui cibi grassi apporre foto di moribondi. Sui dolci delle belle immagini di affetti di diabete, magari senza dita dei piedi (si possono usare anche foto di Bettino Craxi quando era malato terminale).

Non prendete l'automobile per spostarvi, andate a piedi, come nell'Ottocento, perché il numero di decessi da incidenti stradali è altissimo, e coerentemente stampiamo sulle portiere delle gigantografie di corpi mutilati dalle lamiere.

Già che ci siamo mettiamo anche un cartello sui lungomare, c'è il rischio di morire schiacciati da un camion guidato da un islamico, meglio starsene a casa, dove però bisognerà tempestare di fotografie di morti ogni angolo, una bella percentuale di persone muore per incidenti domestici, urgono foto di morti elettrificati anche sul phon. E gli alcolici? Oltre a essere la causa di molti dei suddetti incidenti stradali, causano cirrosi epatica e altri malanni cardiocircolatori, e quindi al posto dell'etichetta di un J&B si metta la foto di un fegato distrutto e sanguinolente.

Morale della favola? Una notizia sconvolgente: per vivere provando qualche piacere bisogna correre qualche rischio, altrimenti la vita è una noia. Anzi, dirò di più: l'ossigeno che respiriamo nell'aria (per fortuna solo il 20 per cento, il resto è azoto) alla lunga ossida le nostre cellule, per questo vanno di moda gli antiossidanti.

Ma allora, se vogliamo portare il discorso fino in fondo, dovremmo apporre delle scritte anche sulle pance delle donne incinte, invitandole all'aborto, con il messaggio: «attenzione, la vita causa la morte».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale HiQPdf Evaluation 07/27/2016 ABBONATI ACCEDI

Sanità24 | Il Sole 24 ORE

26 lug 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG
Riparto

DAL GOVERNO

Fondo non autosufficienze, arriva alla Stato Regioni lo schema di riparto per il 2016

Lo schema di decreto con la ripartizione del Fondo

L'accordo integrativo sugli investimenti in Friuli V. G.

Il ministero del Lavoro ha inviato alla Conferenza Stato-Regioni lo schema di decreto con il riparto del Fondo per le non autosufficienze relativo al 2016.

Dallo scorso anno in poi il Fondo è stato individuato come «strutturale» per gli anni a venire, portando a 400 milioni di euro la dotazione. Le risorse sono attribuite alle Regioni in funzione della popolazione anziana non autosufficiente e degli indicatori socio-economici. Dal 2014, inoltre, è individuata una quota pari a 10 milioni di euro, attribuita al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai fini della promozione di interventi innovativi in materia di vita indipendente.

Lo schema di decreto è all'ordine del giorno della riunione in Via della Stamperia prevista per il 3 agosto.

La somma più rilevante è destinata alla Lombardia (circa 60 mln), seguita da Lazio (35), Campania (33), Sicilia (32), nonché Emilia Romagna e Veneto (entrambe poco più di 30 mln).

Il ministero della Salute, inoltre, ha inviato alla Stato-Regioni per l'assenso tecnico e l'inserimento all'ordine del giorno della riunione del 3 agosto, l'intesa raggiunta di concerto con il ministero dell'Economia, inerente l'Accordo integrativo di programma quadro per il settore degli investimenti sanitari con il Friuli Venezia Giulia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

DAL GOVERNO
03 Dicembre 2015
Lorenzin spiega all'Ocse dove va l'Italia della salute

DAL GOVERNO
23 Marzo 2016
Corte dei conti, per il superamento degli Opg assegnati 144 mln dal 2012 al 2015

SENTENZE
15 Aprile 2016
Sul sostegno agli alunni disabili decide il giudice amministrativo

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 354.388
Diffusione 05/2016: 266.814
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

28-LUG-2016
da pag. 22
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Un gene all'origine della Sla individuato dagli scienziati grazie alle secchiate d'acqua

Lo studio frutto dei 100 milioni donati dall'«Ice bucket»

La storia

di **Claudio Del Frate**

A colpi di secchiate d'acqua gelata, doccia dopo doccia, la Sla oggi è un po' meno imbattibile rispetto a due anni fa. Ricordate le ironie sull'«Ice bucket challenge», quella specie di «catena di Sant'Antonio» che impazzava sui social nell'estate del 2014? Quella in cui vip di tutto il pianeta e gente comune accettavano di farsi immortalare mentre si rovesciavano addosso acqua ghiacciata e donavano nel frattempo soldi alla ricerca contro la malattia? Il giochino non solo ha messo assieme 115 milioni di dollari (oltre 100 milioni di euro) ma ha consentito a due progetti specifici di ricerca di aggiungere importanti tasselli sulla conoscenza della Sla.

La rivista *Nature Genetics* nel suo ultimo numero ha pubblicato i risultati dei due studi che hanno individuato altrettanti geni ritenuti responsabili dello sviluppo della malattia. Notizia nella notizia: entrambi i progetti hanno visto la partecipazione di specialisti italiani. Non un caso, dato che l'Italia è in prima fila nella raccolta di fondi per la lotta alla Sla e che anche da noi l'Ice bucket challenge ha trovato molte adesioni. «La sconfitta della malattia non è dietro l'angolo — spiega il professor Mario Sabatelli, ricercatore del Gemelli di Roma — ma quanto riferito da *Nature Genetics* ci dice alcune cose importanti. La prima è strategica: anche una trovata all'apparenza strampalata come tirarsi secchiate d'acqua alla fine ha funzionato. Ha coinvolto tutto il mondo su un obiettivo comune perché queste battaglie, che si tratti di raccogliere soldi o di fare ricerca, ormai si vincono solo attraverso la cooperazione internazionale. Poi c'è l'aspetto scientifico: è stato confermato che la Sla nasce non da fattori ambientali ma genetici e in particolare dal malfunzionamento di più geni. Le ricerche ne hanno individuato uno, denominato Nek1, e hanno indicato dove isolarne un altro, il C21. Non siamo ancora riusciti a svelare perché questi geni si ammalano, ma il passo avanti è importante».

All'Ice bucket challenge, due anni fa, si prestarono leader politici di tutto il mondo, da Barack Obama a Matteo Renzi, star dello spettacolo come Steven Spielberg, Tom Cruise, e Beyoncè, fino ai big del digitale come Bill Gates e Tim Cook. Grazie ai 17 milioni di video caricati sui social e ai 440 milioni di clic, ha raccolto denaro in tutto il pianeta e sostenuto 6 diversi programmi di ricerca. Con il coinvolgimento di molti italiani: nella campagna è stata parte attiva Aisla, il gruppo di associazioni dei malati e delle loro famiglie, e Arisla, la fondazione che si occupa nello specifico di ricerca. Il contributo scientifico alle due indagini citate da *Nature genetics* è arrivato dal Centro auxologico italiano e dal centro «Dino Ferrari» dell'Università di Milano. «È la prima volta che il nostro Paese aderisce al progetto mondiale che punta al sequenziamento completo del genoma di pazienti affetti da Sla sporadica» testimonia il professor Vincenzo Silani, dell'Auxologico.

Apprezzamenti arrivano anche dal Mario Melazzini, medico e uomo simbolo della lotta alla Sla: «I risultati permetteranno di sviluppare nuove strategie terapeutiche e testimoniano che la collaborazione internazionale è fondamentale per una malattia rara come la Sclerosi laterale amiotrofica. La ricerca ha bisogno di essere sostenuta: ogni contributo, come ha dimostrato l'ondata dell'Ice bucket challenge, può aiutare a compiere passi in avanti decisivi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

healthdesk

28-07-2016

http://www.healthdesk.it/

RICERCA MADE IN ITALY

Doppio attacco alla Sla con due studi su Nature Genetics

Troppo presto per cantare vittoria e affermare di averla sconfitta, ma la sclerosi laterale amiotrofica (Sla), grazie a due nuovi studi italiani condotti dall'Irccs Istituto Auxologico Italiano e dal Centro "Dino Ferrari" dell'Università degli Studi di Milano, ha sempre meno segreti. Entrambi i lavori, uno sulla Sla familiare e uno sulla Sla sporadica, sono stati pubblicati su nature Genetics Nel primo i ricercatori dell'Irccs Istituto Auxologico Italiano hanno confermato il ruolo patogenetico delle forme familiari del gene Nek 1.

Il ricorso ad una particolare tecnologia (exome-wide rare variant burden analysis) ha permesso agli scienziati di affermare che il gene Nek 1 non è solo implicato nella malattia, come già risaputo, ma rientra nelle cause della patologia. Infatti, nel caso della Sla, malattia neurodegenerativa che colpisce in età adulta, la dimostrazione della segregazione di un gene nella famiglia è difficile per la scomparsa dei genitori già avvenuta nella maggioranza dei casi. Utilizzando 1.022 casi familiari a gene non identificato e 7.315 controlli sani, è stato identificato il gene Nek1 quale significativamente associato alla patologia.

A conferma della scoperta, ci sono i dati ricavati dall'analisi di una popolazione indipendente olandese affetta da Sla: il gene risulta responsabile del tre per cento dei casi di Sla con interessamento anche

delle forme sporadiche.

Il secondo lavoro di Nature Genetics iguardante la Sla sporadica. Lo studio rappresenta un rafforzamento di una precedente ricerca di genome-wide association (Gwa) da cui era emersa la prima significativa evidenza di una associazione genetica della Sla sporadica con il cromosoma 17 ed il gene Sarm1. Ora oltre al gene Sarm1, confermato quindi nella sua associazione alla malattia, altri loci sono stati identificati: C21orf2 sul cromosoma 21, Mobp sul cromosoma 3 e Scfd1 sul cromosoma 14.

Polimorfismi a singolo nucleotide (Snps) del gene Mobp sono stati associati alla paralisi sopranucleare progressiva (Psp) e alla demenza frontotemporale, a sottolineare quindi le vie comuni della neurodegenerazione.

«Abbiamo così raccolto un'importante conferma del nostro operato – spiega Vincenzo Silani direttore del Centro "Dino Ferrari" per le Malattie Neurodegenerative e Neuromuscolari dell'Università degli Studi di Milano - Conferma elegante di un lavoro iniziato tanti anni prima in Italia e ora arricchito con altre regioni cromosomiche imputabili nello scatenare la Sla».

Il successo della ricerca in Italia si avvale della collaborazione internazionale ma anche delle istituzioni italiane, quali il Ministero della Salute, e AriSla con i progetti Exomefals 2009 e Novals 2012.

«Questo nuovo importante risultato raggiunto per la ricerca scientifica sulla Sla conferma l'eccellenza del lavoro dei ricercatori italiani: un prezioso operato che la nostra Fondazione è impegnata a sostenere quotidianamente, con l'obiettivo di individuare al più presto una terapia per questa malattia – commenta Giulio Pompilio, direttore scientifico di AriSla - Certamente queste ultime scoperte contribuiscono a compiere un ulteriore passo in avanti in tale direzione aprendo nuove prospettive in termini terapeutici».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 257.931
Diffusione 05/2016: 176.463
Lettori Ed. I 2016: 1.238.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

03-AGO-2016
da pag. 24
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Vi darò la mano (bionica)

Giovanni Di Pino, neurologo che ha perso l'uso delle gambe, sta creando un arto artificiale che dialoghi con il cervello. E per questo progetto ha ricevuto dall'Europa un milione e mezzo di euro.

La corazza di ritrosia e timidezza sembra impossibile da rompere: Giovanni Di Pino rifugge le foto, non sorride mai, e alle domande, all'inizio, risponde quasi a monosillabi. Ma nonostante l'understatement e lo sguardo sfuggente di chi detesta essere al centro dell'attenzione, non riesce a nascondere il carisma del genio.

Perché Di Pino è uno scienziato visionario del quale, possiamo scommettere, sentiremo parlare per molto tempo: 36 anni, neurologo e ingegnere bio medico, l'enfant prodige dell'Università Campus Bio Medico di Roma si è appena aggiudicato lo Starting Grant, un finanziamento del valore di 1 milione e 500 mila euro che i 30 scienziati (tra cui vari premi Nobel) dell'European Research Council hanno deciso di affidargli per il suo progetto «Reshape»: dedicato alla messa a punto di una mano bionica che possa essere percepita, dall'amputato, come «propria», restituendo la sensazione che l'arto artificiale sia parte integrante del proprio corpo e del proprio essere.

Giovanni Di Pino, 36 anni, all'Università Campus Bio Medico di Roma, dove lavora, insieme a un collega.

«Quando, via mail, è arrivata la notizia del finanziamento che mi sono aggiudicato, quasi non volevo crederci» racconta Di Pino. «È stata una grande emozione, mi ha parzialmente ripagato di tanti anni difficili, e degli enormi sacrifici fatti per arrivare a questo punto». Sacrifici e difficoltà che non hanno scoraggiato Giovanni, nato a Giarre, in Sicilia, e arrivato giovanissimo al Campus romano, dove si laurea nel 2003 in Medicina con lode e menzione d'onore; è il primo del suo corso, trascorre un anno all'Università di Pittsburgh, e quando torna in Italia la sua carriera da ricercatore promette di prendere il volo.

Ma a poco più di un anno dalla laurea un incidente sportivo lo priva dell'uso degli arti inferiori (limitando anche quello degli arti superiori) e lo porta su una sedia a rotelle, lui che era un cultore della fisicità, ottimo istruttore di arti marziali: «Dopo l'incidente, sono stato ovviamente costretto a uno stop forzato, ho smesso di frequentare l'università e i laboratori, finché alcuni professori del Campus Bio-Medico, dove ero praticamente cresciuto, sono venuti a cercarmi a casa, per incoraggiarmi a riprendere a lavorare. Così ho deciso di iniziare un dottorato in ingegneria biomedica: volevo riuscire a integrare in me le due professionalità di medico e ingegnere, figura che in Italia quasi non esiste ma che invece

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 257.931
Diffusione 05/2016: 176.463
Lettori Ed. I 2016: 1.238.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

03-AGO-2016
da pag. 24
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Franco Origlia

Giovanni Di Pino con un modello di arto bionico: la sua mano non sarà semplicemente «robotica» ma si connetterà con sistema nervoso, integrandosi alla mappa del cervello.

all'estero è molto diffusa». Da qui inizia il sogno di un progetto per aiutare chi soffre di menomazioni fisiche, sviluppando un sistema comunicativo che, coniugando ingegneria e neuroscienze, permetta di connettere direttamente il sistema nervoso della persona amputata con una protesi esterna. O, in altre parole, di integrare la mano nella mappa del cervello, convincendolo che quell'arto sia esattamente come quello vero.

«Nel bene e nel male, la disabilità credo mi dia un punto di vista privilegiato» dice Di Pino, circondato dai giovani colleghi dell'Unità di ricerca di neurologia e di robotica biomedica. «Finora, le mani bioniche sono state considerate principalmente come robot. Sofisticati, ma robot. Solo che la mano è molto di più che uno strumento. Noi con le mani gesticoliamo, ci salutiamo, ci tocchiamo tra noi. È il ponte con cui creare relazioni con il mondo, e avere una mano "solo" robotica, anche se perfettamente funzionante, ti fa percepire come diverso. Voglio sviluppare protesi che le persone possano sentire non più come un corpo estraneo ma come parte di sé. Per semplificare: voglio realizzare una mano che permetta all'amputato di sentirsi a proprio agio anche in una serata di gala, non solo mentre impugna una matita».

Progetto estremamente ambizioso, proprio per questo premiato con il prestigioso finanziamento: perché l'European Research Council, nello scegliere i «top young scientists», non finanzia chi porta avanti progetti «solo» promettenti o innovativi, ma chi fa ricerche letteralmente rivoluzionarie. «Esatto» conferma Di Pino. «L'Erc vuole ricerche che dicano "ebbene, finora la scienza è arrivata qui; adesso miriamo in alto, cambiamo completamente strada e andiamo da tutt'altra parte. Il mio progetto è esattamente questo, una ricerca "high risk, high gain" *(alto rischio, alto guadagno, ndr)*».

E se Di Pino non è tipo da temere il rischio, sul guadagno ci sono già i primi risultati, perché «i soldi del grant mi permetteranno di avere spazi migliori e più ampi; e di attrarre, spero, figure di primo piano dall'estero, così da internazionalizzare il laboratorio». E se invece arrivasse per lui, la chiamata dall'estero, magari da un'Università prestigiosa alla quale sarebbe difficile dire di no? Potrebbe portare i soldi del suo Grant altrove? «Certo, il finanziamento dell'Erc è alla persona, non alla sua università. Ma finora il Campus Bio Medico è stato un luogo ideale, mi ha dato i migliori mentori, ha saputo essere attrattivo, e mi ha sempre messo nelle condizioni di svolgere il mio lavoro al meglio. Per assurdo, se domani non lo fosse più, dovrei trovare una soluzione. Ma per adesso, questa è casa mia».

Una casa dove adesso, come previsto dal Grant, il ricercatore ha cinque anni per trasformare il suo progetto in realtà: e alla domanda se potremo rivederci quindi, nel 2021, per vedere all'opera la mano bionica e fargli i complimenti, Di Pino finalmente sorride. *(Maddalena Bonaccorso)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

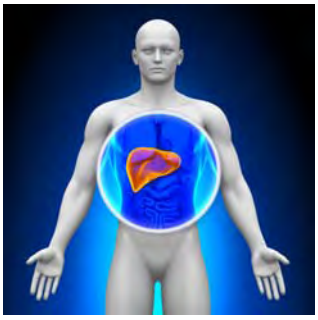
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Doctor33

28-07-2016

http://www.doctor33.it/

Giornata mondiale epatite, dieci milioni di infetti in Ue. Solo uno su 100 riceve terapia



Dieci milioni di persone in Europa soffrono di epatite B o C, la maggior parte dei quali senza saperlo, e ogni anno l'Ue registra 57mila nuove diagnosi di una di queste infezioni. I numeri aggiornati sono del Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (Ecdc), alla vigilia della giornata mondiale dedicata alla malattia il 28 luglio. Lo slogan di quest'anno è semplicemente "Elimination", dopo che per la prima volta l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha fissato l'obiettivo che entro il 2030 l'epatite non sia più un problema di salute pubblica. L'Europa è però ancora lontana dalla rotta giusta, segnalano i numeri dell'Ecdc. Nel 2014, ultimo anno di cui sono disponibili i dati, gli stati membri hanno riportato 22.442 casi di epatite B e 35.231 di C. Se dal 2006 il tasso di epatite B acuta è dimezzato grazie ai vaccini, nello stesso periodo quello di HCV si è alzato di quasi il 30%.

«Per eliminare l'epatite virale in Europa dobbiamo lavorare insieme per aumentare le diagnosi e i trattamenti, oltre che migliorare i programmi di prevenzione - afferma **Andrea Ammon**, direttore dell'Ecdc -. Allo stesso tempo dobbiamo migliorare i sistemi di sorveglianza, perché i dati in molti paesi dell'Unione Europea sono insufficienti». Se l'Europa arranca, il mondo è messo anche peggio, afferma l'Oms. Solo uno su 20 tra chi ha l'infezione, sottolinea un comunicato, ha fatto il test, e solo uno su 100 è sotto terapia.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 05/2016: 257.931
Diffusione 05/2016: 176.463
Lettori Ed. I 2016: 1.238.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

03-AGO-2016
da pag. 26
foglio 1
www.datastampa.it

Gli ingredienti delle infusioni in vena: vitamine, minerali, sostanze antiossidanti. Servite anche a domicilio.

L'ultima follia, le flebo alle vitamine

Farsi iniettare in vena sostanze nutrienti e minerali: una moda sempre più diffusa, inutile e pure rischiosa.

All'inizio erano star americane, modelle, divette, vipperie assortite: tra i loro «segreti di bellezza», informavano giornali e siti, c'erano le flebo di vitamine e sostanze nutrienti. Adesso la moda di farsi iniettare vitamine e minerali sta contagiando anche chi non fa parte dello star system ma vuole ottenere (almeno questa la promessa) una sferzata improvvisa di salute ed energia. A New York e San Francisco le iniezioni in vena di integratori, offerte nella spa, nelle cliniche di beauty, in centri specializzati, hanno nomi fantasiosi, come racconta il mensile *The Atlantic*: Hangover Club (il club della sbornia, l'idea è smaltire i postumi dell'alcol), VitaSquad, Drip Room. Pagando tra 500 e 700 dollari, si lascia il braccio attaccato alla flebo per circa un'ora, mentre vitamine, minerali (come il magnesio), antiossidanti (glutatione) ma anche anestetici locali (lidocaina) entrano in circolo.

Una moda che però non ha dietro alcun fondamento scientifico. Per di più, se fatta in modo non corretto, un'infusione in vena può provocare infezioni del sangue o formare coaguli. Il problema è che le flebo alle vitamine, almeno negli Stati Uniti, vengono fatte persino a domicilio, con «cliniche» a quattro ruote che si muovono su richiesta dei clienti: un'infusione al posto della solita pausa pranzo, per esempio.

In Italia la moda non è ancora così diffusa, anche se l'offerta di flebo alle vitamine è compresa in alcune lussuose beauty farm. «È una delle tante follie che agitano il mondo della nutrizione» commenta Michelangelo Giampietro, specialista in Scienza dell'alimentazione e medicina dello sport. «Le flebo, proprio perché sono un trattamento farmacologico, vanno riservate a chi ha carenze nutrizionali gravi, anoressia, disidratazione. Troppe vitamine, poi, possono essere dannose. E mentre sotto forma di pillole vengono in qualche misura filtrate dal sistema gastrointestinale, sotto forma di flebo non c'è neanche quel filtro protettivo. Insomma, è una sciocchezza e non priva di pericoli».

(Daniela Mattalia)

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media