Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 241.998
Diffusione 07/2016: 163.662
Lettori Ed. I 2016: 1.241.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

17-SET-2016
da pag. 1
foglio 1
www.datastampa.it

OGNI CASO È STORIA A SÈ
BISOGNA DARE SPERANZA

LA RICERCA

Regalare speranza ai malati terminali

UMBERTO VERONESI

Lo studio dell University College London ha il grande merito di farci riflettere sulla malattia nella fase terminale, un momento critico su cui il dibattito viene spesso evitato. Accade addirittura che neppure il significato dei termini venga approfondito. Innanzitutto quindi va chiarito che le terapie di cui parla la ricerca inglese sono palliative, vale a dire orientate a curare il sintomo, e non la malattia in sé. Non sono dunque utilizzate con una pianificazione strategica perché non hanno l'ambizione di guarire la malattia, ma di eliminare - o almeno controllare- i suoi effetti collaterali.

Da qui anche la difficoltà di fare previsioni sullo sviluppo nel tempo di una malattia lasciata, per così dire, alla sua naturale evoluzione. È comprensibile di conseguenza che non sia mai stato considerato prioritario un approfondimento scientifico sulle possibilità di predire con precisione il tempo di sopravvivenza di un malato in terapia palliativa. Ma il punto è: cui prodest ? Se i sintomi – ogni forma di dolore in primis - vengono controllati con attenzione e amorevolezza è davvero così importante prevedere il tempo rimasto a disposizione di un malato terminale? Può servire all'ospedale per programmare una degenza; può servire alla famiglia per ragioni organizzative; ma mi domando se può servire alla persona malata. Personalmente credo di no, e per questo ho sempre scelto di non parlare mai del tempo. Prima di tutto perché il tempo della malattia ha una percezione soggettiva. Due, tre, sei mesi o un anno di vita è tanto o poco? Dipende, non c'è altra risposta. E dipende dalla qualità di quei mesi o quell'anno. Ecco allora che sul «come» piuttosto che sul «quanto», il medico può avere un ruolo determinante. Credo che nel rapporto medico-paziente in fase terminale vada escluso tutto ciò che non è utile a dare speranza. Una data può creare false aspettative o delusioni, mentre la speranza può creare solo voglia di vivere perché intravedere un varco di salvezza nel futuro toglie l'angoscia e rende più facile curarsi bene nel presente. Per questo la speranza non ha pesi e misure: va data al massimo, e non rispetto ai parametri clinici del malato. Certo, la speranza è più difficile da trasmettere che una previsione. Ma proprio per questo è più importante insegnare ai medici come instaurare un dialogo profondo con i malati, piuttosto che come prevedere meglio la sopravvivenza. Non sto proponendo l'inganno: ai miei malati, anche i più gravi, non ho mai nascosto nulla. Si tratta di distinguere fra diagnosi e prognosi: la diagnosi è sempre certa e come tale va comunicata, ma la prognosi non ha certezze e possiamo permetterci di essere ottimisti. Possiamo anche, come suggeriscono gli inglesi, cercare di fare previsioni, ma ogni persona è un unicuum, ogni caso è diverso e mantiene un margine di imperscrutabilità. In questo margine bisogna inserire un ragionevole ottimismo, e oggi è diventato più ampio. Mentre anni fa dare speranza poteva apparire una forzatura, oggi la medicina personalizzata ci offre nuovi strumenti e credo che sulla loro applicazione, sotto la guida costante dell'empatia, debba concentrarsi il massimo impegno di ogni medico.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Umberto Veronesi
Oncologo e direttore dell'Istituto europeo di Oncologia

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 241.998
Diffusione 07/2016: 163.662
Lettori Ed. I 2016: 1.241.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

17-SET-2016
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

Le previsioni di fine vita sbagliate di quasi tre mesi

Studio inglese: "L'incertezza rende il tempo rimasto più doloroso"

L'ultimo saluto allo stadio Nella foto in alto Lorenzo Schoonbaert, belga, che decise di rimandare l'eutanasia per vedere per l'ultima volta con sua figlia una partita della sua squadra del cuore, il Bruges

4600 note mediche sono state analizzate dai ricercatori dell'University College di Londra

86 giorni la media delle previsioni sottostimate. Nei casi di sovrastima la media è di 93 giorni

il caso

VALENTINA ARCOVIO

Non importa se praticano la professione da una vita o se hanno maturato una lodevole esperienza con i pazienti, ma spesso i medici sbagliano nel fare previsioni su quanto tempo rimane da vivere a un malato terminale. Sbagliano sia per difetto che per eccesso, anche se si denota una lievissima tendenza a essere più ottimisti. Almeno è questo quello che succede nel Regno Unito, secondo uno studio condotto dal Dipartimento di Ricerca Cure Palliative dell'University College di Londra. Le conclusioni, riportate dal quotidiano britannico Independent, si basano su una revisione di oltre 4600 annotazioni mediche, dove i medici hanno appuntato le loro previsioni circa la sopravvivenza dei pazienti in cura. Da questi appunti i ricercatori hanno rilevato un'ampia varietà di errori di previsione. In particolare, i medici tenderebbero a sottostimare il tempo rimasto a un malato terminale sbagliandosi in media di 86 giorni e tenderebbero a sovrastimarlo, sbagliando in media di 93 giorni. Al momento non è stata individuata alcuna categoria di medici più brava nel fare previsioni. Secondo i ricercatori, infatti, sbagliano sia i dottori più esperti o anziani che quelli più giovani e alle prime armi.

Eppure, riuscire a fare una previsione più accurata possibile può essere molto importante, sia per il paziente che per la sua famiglia. «Dare la terapia più appropriata nelle fasi terminali di una malattia dipende spesso dalla previsione accurata dei medici», spiega Paddy Stone, esperto di cure palliative e fine vita, nonché autore dello studio. «Sapere quanto tempo rimane da vivere può aiutare i pazienti e i loro cari a fare scelte più consapevoli sulle terapie», aggiunge.

Ecco perché ora i ricercatori sono impegnati nel capire se può essere possibile aiutare i medici a fare previsioni più accurate. «Questa ricerca – sottolinea Stone - suggerisce che non ci sono modi semplici per capire quali medici siano più bravi a prevedere la sopravvivenza di un paziente. Essere più vecchi o più esperti non necessariamente rende un medico più bravo nel fare previsioni, ma ora vogliamo vedere se è possibile individuare come e perché alcuni medici sono più bravi di altri nel prevedere la sopravvivenza, e capire se questa competenza possa essere insegnata».

La questione non è solo scegliere la terapia più adatta, ma anche rendere più confortevoli gli ultimi giorni di vita. «Per una persona che sta morendo e per i suoi familiari, l'incertezza può rendere il tempo rimasto più doloroso e difficile da affrontare», dice Stephanie Aiken, vicedirettrice del Royal College of Nursing. Ma c'è una figura, quella dell'infermiere che si prende cura dei malati terminali e dei propri cari, che potrebbe dare una mano a capire quanto tempo rimane a un paziente in fin di vita. «Proprio come quando nasciamo – continua - la tempistica precisa della morte può essere una scienza inesatta, ma gli infermieri che si occupano delle persone alla fine della loro vita riconoscono l'impatto positivo di essere più aperti possibili all'osservazione dei segnali del corpo, anche se questo non ti permette di fare previsioni definitive». Non è tanto, ma neanche poco.

«Chiaramente si può fare di più per migliorare il riconoscimento dei segnali che manda chi sta morendo, e sostenere le famiglie con le giuste informazioni», conclude Aiken.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.226
Diffusione 07/2016: 256.969
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

17-SET-2016
da pag. 23
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il genetista italiano che disarmò l'Hiv guida la ricerca per il colosso Usa

Milano, i finanziamenti alla start up di Naldini sulle staminali al San Raffaele

La storia

di **Massimo Sideri**

Terapia genica
La sfida è la cura di alcuni tumori, nel 2017 si sperimenterà sull'uomo

«Potrebbe sembrare fantascienza, ma ormai è scienza» aveva scritto *l'Economist*, solo l'anno scorso, citando il lavoro del genetista Luigi Naldini, 57 anni, direttore del Tiget e fondatore, con Pierluigi Paracchi, di Genenta Sciences. Che non fosse fantascienza lo devono avere pensato anche i manager di Amgen, la più grande società indipendente di biotech, 20 miliardi di dollari di fatturato, che pure essendo basata a Los Angeles ha affidato a Naldini, Genenta e all'Ospedale San Raffaele (di cui la start up è uno spin-off), la ricerca e sviluppo nella terapia genica delle staminali ematopoietiche. Un chiaro segnale di attenzione all'Italia e al nostro biotech.

Oggi Naldini è uno scienziato che il mondo ci invidia. È lui che ha «disarmato» l'Hiv, il virus responsabile dell'Aids, trasformandolo in un potente veicolo per infondere la terapia genica nel sangue del paziente. Non è un caso che «Nature» gli abbia affidato un anno fa la revisione scientifica dell'argomento. Ma la particolarità in questo caso è che Naldini è anche un «cervello di rientro», visto che ha studiato e lavorato a lungo negli Usa prima di decidere di tornare a Milano.

Un cervello di rientro che piace agli americani e che dimostra che anche qui le cose si possono fare.

Tutto inizia in California, circa 20 anni fa. Naldini, torinese del 1959, dopo la laurea in Medicina e chirurgia all'Università di Torino, svolge un periodo di perfezionamento negli Stati Uniti specializzandosi in Scienze citologiche e morfogenetiche. «Come molti ricercatori ho fatto il giro del globo portandomi dietro questo progetto di ricerca sulla terapia genica iniziato in California presso l'istituto Salk — aveva già raccontato al *Corriere* —. Prima di tornare a Milano sono stato a San Francisco e in questi vent'anni ho percorso tutta la strada che porta dalla concezione di sviluppare uno strumento per la terapia genica che fosse più efficace, ai test sull'uomo. Proprio in quegli anni l'Hiv era ancora più temibile di adesso perché si stava ancora scoprendo la biologia di questo virus. Il nostro lavoro è stato poter dimostrare che fosse un veicolo».

Dopo quella fruttuosa esperienza Naldini è tornato in Italia, affrontando anni, come tra la fine dei Novanta e gli inizi del Duemila, in cui la genetica aveva perso molta credibilità anche a causa di risultati inizialmente deludenti. Ha continuato al San Raffaele, chiamato dal collega genetista del San Raffaele, Claudio Bordignon (primo scienziato al mondo a testare le staminali del sangue nel '92), ai tempi di Don Verzé.

Per inciso, almeno per questa apertura verso la scienza di frontiera, la figura di Don Verzé dovrà forse essere recuperata (nella «basilica» del San Raffaele l'altare è ancora sovrastato da un'enorme, pendente, elica di dna).

I risultati sono già arrivati su alcune malattie rare. Ma la vera sfida, quella di Genenta, è tentare la cura di alcuni tumori. E nel 2017 è previsto il passaggio delle sperimentazioni sull'uomo.

Naldini è anche un ottimo divulgatore come aveva dimostrato in passato partecipando al Festival di Sanremo come testimonial «pop» della scienza e di Telethon. O come si può vedere in uno dei video postati su Youtube in cui spiega le sorti della genetica. Uno scienziato da «Ted». Il biotech è la promessa della medicina e il fatto che da Los Angeles vogliano fare R&S qui è un chiaro segnale di attenzione per l'Italia. Già oggi le cellule di un uomo — mettiamo — del New Jersey partono dagli Usa, arrivano nei centri milanesi per essere ingegnerizzate e ripartono per l'iniezione nel paziente, a volte salvifica.

Il prestigioso risultato di Genenta con la Biotech Usa può tornare utile anche nel tentativo di portare l'Ema, l'agenzia europea per il farmaco, a Milano. Anche questo risultato potrebbe ora essere scienza, non fantascienza.

@massimosideri

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale ABBONATI ACCEDI

Sanità24 Il Sole 24 ORE

16 set 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Medicina generale
Contenzioso
Formazione professionale

DAL GOVERNO

Si sbloccano le specializzazioni non mediche ad accesso misto. Il decreto firmato dalla Salute

di *Rosanna Magnano*

Si sblocca il futuro per le scuole di specializzazione così dette ad accesso misto (Microbiologia e virologia, Patologia clinica e Biochimica clinica, Genetica medica, Farmacologia e Tossicologia clinica, Scienza dell'alimentazione, Statistica sanitaria e biometria) che per i medici sono già attive in forza del Dl 68/2015, ma che per i «non medici» attendevano un decreto interministeriale predisposto dal Cun da oltre un anno . Il Ministro della Salute, dopo la firma del Ministro dell'Università, ha infatti finalmente firmato il Decreto che reca i nuovi ordinamenti didattici delle scuole ad accesso pluricategoriale.

«Si tratta di una grande opportunità per tutti i giovani colleghi - sottolinea **Andrea Lenzi**, il presidente del Cun - che da anni non hanno accesso alle scuole di specializzazione e alla formazione professionale che ne deriva nonché alle opportunità di lavoro connesse. Si tratta di un successo della collaborazione fra i Ministeri della Salute e dell'Università che hanno collaborato fra loro a livello dei vertici politici e dei rispettivi dipartimenti e direzioni e con il mondo delle rappresentanze del mondo accademico e sindacale per raggiungere un risultato rilevante anche sul piano politico. Si tratta di un nuovo terreno di collaborazione virtuoso fra Scuole di Medicina e Sistema Sanitario Nazionale per la formazione di qualità dei nostri giovani».

La svolta arriva dopo un blocco poliennale delle scuole di specializzazione che ha pregiudicato le scelte e il futuro di migliaia di laureati magistrali, e dopo un anno e mezzo dal Decreto relativo agli ordinamenti didattici delle scuole aperte ai medici.

Un nuovo scenario quindi, che potrà consentire agli Atenei di predisporre i nuovi bandi di accesso alle scuole in tempo per l'avvio dell'anno accademico 2016/2017, consentendo una ripresa degli accessi che tenga conto del lunghissimo blocco, che in alcune regioni, è stato di oltre cinque anni e che ha anche prodotto un lungo contenzioso.

© 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

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 183.852
Diffusione 07/2016: 124.550
Lettori Ed. I 2016: 833.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

17-SET-2016
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità. In 5 anni 16.500 grandi apparecchiature nuove

Da Consip risparmi per 7-800 milioni entro fine anno

DIAGNOSTICA

Al via gare per defibrillatori, stent, pacemaker e dialisi. Risparmi anche del 60% per gli ecografi, con scelta fra quattro marche di qualità

Roberto Turno

ROMA

La prossima sfida, neppure avveniristica, sarà quella di facilitare la sostituzione completa in cinque anni di un parco di quasi 16.500 grandi apparecchiature di diagnostica per immagini (il 57% del totale) ormai obsolete, con gare parallele anche per i prodotti finanziari necessari per acquistarle. E poi di entrare nel mercato fin qui inesplorato della sanità digitale, di varare la frontiera dei servizi per l'assistenza domiciliare integrata e della diagnostica di laboratorio. La Consip pensa e si attrezza sempre più in grande. E nella sanità, terreno di caccia privilegiato della spending review pubblica per fare buoni acquisti a grandi sconti, si sta attrezzando per sminare almeno un pezzetto di terreno al Governo, anche in vista della prossima manovra 2017. Con un consolidato già di tutto rispetto: quest'anno, ma sono stime conservative, avrà fatto realizzare solo in sanità risparmi per 700-800 mln, con un volano di benchmark sulle centrali d'acquisto locali che ne vale almeno 1,5. E il prossimo anno, con tutte le iniziative in corso e allo studio, crescerà ancora del 20-25%. Un ritmo di crescita (e di risparmi per il Ssn) vertiginoso.

«Il nostro slogan, meglio, la nostra ragion d'essere, è che si può risparmiare molto assicurando agli assistiti, il nostro principale "pubblico di riferimento", un'ottima qualità e buone cure», spiega Luigi Marroni, ad di Consip. Aggiungendo: «Perché è possibile risparmiare, anche molto, ma senza mai assolutamente perdere di vista la qualità dei servizi e la sicurezza. Se non acquisti la qualità, curi male e peggiori le cose, in tutti i sensi. Fallendo anche l'obiettivo dei risparmi ».

Sembra quasi una quadratura del cerchio, ma così non è, stando almeno a quanto è stato realizzato in questi anni da Consip, e a quanto ancora ha in cantiere la società che ha l'Economia quale azionista di riferimento. Uno dei segreti delle iniziative avviate, e ora di quelle nuove in programma, è il confronto con tutti gli stakeholder, «ma anche del rapporto costante con le Regioni», aggiunge Marroni. E allora le carte sono, e sempre più saranno, assicura l'ad di Consip, il dialogo con le società scientifiche, con l'Istituto superiore di sanità, le associazioni di riferimento, le imprese. Poi le «prove in vivo» e quelle tecnico-funzionali dei prodotti, l'introduzione di criteri discrezionali per gli acquisti per evitare acquisti massificati e non specifici, il ricorso costante alla letteratura scientifica, l'ascolto della «scelta clinica» per poter individuare l'acquisto giusto per la singola realtà medico-sanitaria che la vuole. «Ciò non toglie che sulla diagnostica per immagini abbiamo realizzato risparmi anche del 50% e del 60% per gli ecografi. Il clinico ha potuto scegliere tra quattro marche. Tutte di ottima qualità. Perché è accaduto? Perché ne abbiamo acquistati tanti. Ma, lo ripeterò fino alla noia, senza nulla togliere alla qualità e alla sicurezza delle cure. Che resta una mission da cui non si deve mai sgarrare».

Intanto nelle prossime settimane partiranno gare Consip molto attese. E finanziariamente di tutto rispetto. Ben 150 mln vale quella per i defibrillatori, 100 mln quelle per pacemaker, stent, dialisi. Gare che potranno generare risparmi, appunto, in media attesi intorno al 20-25%.

E poi c'è il futuro ormai più che alle porte dell'ampliamento dell'offerta Consip. Che avverrà principalmente lungo cinque direttrici di marcia: le grandi apparecchiature, i farmaci, la logistica del farmaco, l'assistenza domiciliare integrata (Adi), la diagnostica di laboratorio. Per le macchine di diagnostica per immagini si stima che cambiare quel 57% vetusto costerebbe 1,5 mld: la Consip stima di poter arrivare a sconti del 35% in media del prezzo a base d'asta, per un risparmio di almeno 600 mln. Questo grazie anche alle gare per i prodotti finanziari, con accordi quadro e col metodo d'acquisto del «pay per use». Sui farmaci sarà implementato il sistema dinamico d'acquisto attraverso pre-gare. L'Adi spalanca le porte ai bisogni sempre più emergenti dell'età anziana e delle cronicità: l'acquisto di pacchetti di servizi da parte delle asl, dai prelievi a casa alle medicazioni, fino all'assistenza domiciliare o alla fisioterapia. E per la diagnostica di laboratorio si punta a gare molto rilevanti, che vadano dal global service ai contratti di noleggio. Insomma, attendiamoci una Consip a tutto campo in sanità per far risparmiare e dare una mano al Governo e alla sua manovra. «Ma per avere cure di qualità», giura Marroni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GLI INTERVENTI

57%

Apparecchiature da sostituire
Tra le prossime sfide della Consip ci sarà quella di facilitare la sostituzione completa in cinque anni di un parco di quasi 16.500 grandi apparecchiature di diagnostica per immagini (il 57% del totale) ormai obsolete, con gare parallele anche per i prodotti finanziari necessari per acquistarle.

20-25%

Crescita del risparmio
Quest'anno ci saranno in sanità risparmi per 700-800 mln, con un volano di benchmark sulle centrali d'acquisto locali che ne vale almeno 1,5. E il prossimo anno, con tutte le iniziative in corso e allo studio, crescerà ancora del 20-25%.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 78.653
Diffusione 06/2016: 57.256
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

left

Dir. Resp.: Matteo Fago

17-SET-2016
da pag. 55
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

L'umanità è più in salute ma si può fare meglio

I killer sono sempre i soliti: tumori e malattie cardiovascolari e respiratorie. L'età media cresce rispetto al 1990. Ma l'Onu lancia l'allarme: bisogna lottare contro mortalità infantile e l'aids in Africa

di Pietro Greco

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 78.653
Diffusione 06/2016: 57.256
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

left

Dir. Resp.: Matteo Fago

17-SET-2016
da pag. 55
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

Il caso più strano è quello della Ckd (Chronic kidney disease), l'insieme delle malattie croniche che affliggono il rene. Le morti che le vengono attribuite dal Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (Gbd), il rapporto sulla salute globale dell'Institute for Health Metrics and Evaluation (Ihme) fondato a Seattle da Christopher Murray, sono in aumento ovunque: nei Paesi di antica e di nuova industrializzazione, così come nei Paesi ancora in via di sviluppo. Negli Stati Uniti nel 2013 la Ckd ha causato 22 morti ogni 100.000 abitanti: con un'incidenza del 72% superiore a quella del 1990. In Messico nello stesso periodo l'incidenza della Ckd è aumentata all'incirca del 400% e oggi rappresenta il 9,1% delle cause di morte, contro il 2,5% del 1990. Il fatto è che non sappiamo esattamente perché. Gli epidemiologi attribuiscono un quarto dell'aumento delle morti da Ckd all'incremento dell'obesità e del diabete, un altro quarto all'elevata pressione del sangue, ma non riescono a spiegare la restante metà della crescita delle morti.

Nel Sud del mondo crescono i tumori

Il caso più tragico, ma anche piuttosto atteso, è l'incremento delle morti per tumore nei Paesi a economia emergente o ancora in via di sviluppo. L'incidenza del cancro in questi Paesi è aumentata del 33% rispetto al 1990. I tumori di ogni tipo in questi Paesi mietono un numero di vittime superiore del 50% rispetto al totale delle tre principali malattie infettive: tubercolosi, aids e malaria. È la dimostrazione che quello che una volta si chiamava il Sud del mondo sta percorrendo la medesima strada sanitaria del Nord: contrasta in maniera sempre più efficace le malattie trasmissibili e subisce in maniera sempre più evidente la crescita delle malattie non trasmissibili (malattie cardio-vascolari e cancro, in primis).

Ma siamo più in salute di prima

E tuttavia, la salute del mondo sta nettamente migliorando. Certo, rispetto al 1990, il numero di morti per anno è aumentato: da 47 a 55 milioni (nel 2013). Ma solo perché è aumentata la popolazione. In questo stesso periodo, infatti, è aumentata l'aspettativa di vita alla nascita: da 65,4 a 71,4. Oggi un maschio che viene al mondo ha in media di fronte a sé 69,1 anni di vita e una femmina 73,8. Purtroppo questa media contiene un'ampia oscillazione. Se in Giappone (83,7 anni) e in altri undici paesi (tra cui ben otto europei) l'aspettativa di vita è ormai superiore a 82 anni, in Sierra Leone (50,1), in altre sei paesi è inferiore ai 55 anni e in altri diciannove Paesi (tutti dell'Africa sub-sahariana) è inferiore ai 60 anni. A dimostrazione che in questo ultimo quarto di secolo le "Health Inequalities", le disuguaglianze di salute, sono state solo leggermente ridotte e che quello dell'equità è uno dei più gravi problemi della sanità globale.

La forbice tra vita vissuta e vita in salute

Ma, sostengono ancora gli esperti dell'Institute for Health Metrics and Evaluation, in questo ultimo quarto di secolo è aumentata anche la qualità della vita, che possiamo in prima battuta misurare in termini di aspettativa di vita in piena salute. Ebbene, secondo l'istituto di Seattle, gli anni perduti per morti premature (Daly) sono scesi a scala mondiale da 2,56 a 2,46 miliardi, malgrado l'aumento della popolazione. Il che significa, sostiene la World Health Organization (Who), l'agenzia delle Nazioni Unite con sede a Ginevra, che chiunque venga oggi al mondo ha un'aspettativa di vita in piena salute di 63,1 anni (64,6 le femminucce; 61,5 i maschietti). Il che significa, tuttavia, che ciascuno dei nuovi nati dovrà attendersi, in media, di vivere otto anni in salute non propriamente buona. La sfida della medicina, intesa come scienza, e soprattutto della politica sanitaria (perché i mezzi tecnici già ci sono per la gran parte) non è solo e non è tanto aumentare l'aspettativa di vita, ma è ridurre sia le morti premature (quelle al di sotto dei 70 anni, per intenderci) sia la forbice tra vita vissuta e vita vissuta in piena salute.

Le principali cause di morte

Il *World Health Statistics 2016* pubblicato di recente dalla World Health Organization prende in esame le principali cause di morte nel mondo. Ebbene, la principale è quella delle malattie non trasmissibili (cardio-vascolari, tumori, diabete e malattie respiratorie croniche in primo luogo), che da sole determinano il 68% delle morti. Malgrado la loro incidenza sia in crescita nei Paesi a economia emergente e nei Paesi ancora in via di sviluppo, la capacità di contrastarle sta migliorando. L'incidenza delle morti premature, al di sotto dei 70 anni, per malattie non trasmissibili è diminuita del 15% tra il 2000 e il 2012.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 78.653
Diffusione 06/2016: 57.256
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

left

Dir. Resp.: Matteo Fago

17-SET-2016
da pag. 55
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

Nel mondo 800.000 suicidi

Molta attenzione va posta, invece, alle malattie della mente. Nel mondo ci sono 676 milioni di persone affette da un qualche tipo di disordine mentale (i principali sono la depressione e l'ansia). La depressione, in particolare, quando è in forma grave può indurre al suicidio. Nel 2012 sono stati registrati 800.000 suicidi nel mondo: nell'86% dei casi a uccidersi sono state persone di età inferiore ai 70 anni. Nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 29 anni il suicidio rappresenta l'8,5% tra le cause di morte, secondo solo agli incidenti stradali. Entrambi, incidenti e suicidi, sono fortemente associati all'uso di alcol e droghe.

Aids in calo ma non in Africa

Tra le malattie infettive, la tubercolosi sembra essere la più diffusa. Nel 2014 ha contagiato 9,6 milioni di persone, uccidendone 1,5 milioni. Nel 2014 il virus Hiv ha contagiato 2 milioni di persone e l'aids ha causato la morte di 1,2 milioni di contagiati: in questo caso siamo in presenza di un deciso contenimento sia del numero di infetti che di morti. Ma nell'Africa sub-sahariana la situazione resta gravissima: ci sono 2,6 contagiati ogni 1.000 abitanti nella fascia di età compresa tra 15 e 49 anni, contro la media mondiale compresa tra 0,1 e 0,4.

Meglio le cose vanno per la malaria, almeno in termini di mortalità. Nel 2014 sono morte per questa malattia infettiva 438.000 persone (su 214 milioni di contagiati), pari a circa un quinto delle morti per malaria degli anni scorsi.

Mortalità infantile, occorre fare di più

La Who registra un calo di mortalità tra le mamme al momento del parto e un drastico calo dei bambini al di sotto dei cinque anni. Nel 2015 hanno perso la vita 5,9 milioni di bambini. Tantissimi. Troppi. Ma nel 1990 ne erano morti 12,7 milioni. La mortalità infantile si è più che dimezzata (da 90,6 a 42,5 morti ogni 1000 nati vivi). Ma è possibile ed è doveroso fare molto di più.

Quanto sono affidabili i dati

Abbiamo fornito, finora, molti dati. Che magari avranno annoiato il lettore. Ma si tratta di dati importanti, che orientano le scelte in tema di politica sanitaria. Per esempio, l'età media in Italia lo scorso anno è diminuita. Non di molto, ma è la prima volta che succede dopo molti decenni di ininterrotto aumento. Bisogna capire esattamente il perché (ci sono state meno vaccinazioni in inverno e condizioni climatiche sfavorevoli in estate) e porvi rimedio. Dunque, questi e altri dati a scala globale come a scala locale sono davvero importanti. Ma quanto sono affidabili?

Fino a qualche tempo fa esisteva un unico centro di raccolta mondiale, quello della Who di Ginevra, che raccoglie i dati provenienti dagli uffici di statistica sanitaria delle singole nazioni. Da qualche tempo c'è anche l'Ihme di Seattle, un grande istituto privato con oltre mille ricercatori, che ha come principale finanziatore la Fondazione di Bill e Melissa Gates. L'Ihme ha raccolto dati che coprono gli ultimi 25 anni in 188 diversi Paesi con una metodologia molto diversa da quella del Who e si accinge a pubblicare un nuovo Global Burden of Diseases.

Oltre alla Who di Ginevra, anche l'Ihme di Seattle raccoglie le statistiche mondiali sulla sanità, ma a volte i dati non coincidono. Serve più collaborazione tra i due soggetti e una metanalisi terza

E se le cifre non concordano?

Talvolta i dati dei due organismi concordano. Talaltra no. Qualche volta la divergenza è piuttosto grossa. Per esempio l'Ihme stima che in India ci siano un numero di malati di malaria dieci volte superiore a quello indicato dalla Who. Il motivo è (sarebbe) che in India prendono in considerazione solo le persone la cui diagnosi di malaria è effettuata in ospedale. Ma, dicono a Seattle, solo un malato su dieci si reca in un ospedale in India. Ancora, l'Ihme stima che le morti per malaria in tutto il mondo tra gli adulti siano molto superiori a quelle indicate dalla Who. Al contrario a Seattle ritengono che i contagiati dal virus Hiv e i morti per aids, così come le infezioni da acqua contaminata siano in numero inferiore a quelli valutati a Ginevra.

Come superare le divergenze

Queste divergenze dovranno essere presto risolte. E le modalità sono due, peraltro complementari. Da un lato occorre una metanalisi terza che, su basi rigorose, ci dica quali sono le statistiche più affidabili. Dall'altra occorre che la collaborazione tra l'agenzia delle Nazioni Unite e l'istituto di Christopher Murray diventi più stretta. È in gioco la salute di tutto il mondo. ω

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 322.557
Diffusione 07/2016: 210.061
Lettori Ed. I 2016: 877.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica D

Dir. Resp.: Valeria Palermi

17-SET-2016
da pag. 120
foglio 1
www.datastampa.it

Marino Niola

IL FUTURO È UN UOMO CHE PARTORISCE CON CORAGGIO

Negli Usa un bimbo su 100 nasce in provetta. Nel Regno Unito uno su 50. Ma i numeri mostrano appena l'inizio del cambiamento: avere un figlio non è né maschile né femminile. È solo umano

LE STATISTICHE DICONO che ogni quattro secondi una donna mette al mondo un bambino. Il problema è trovare quella donna e fermarla». La folgorante battuta è del comico inglese Henny Youngman. Oggi però trovare quella donna non basta più, perché a fare figli ci si sono messi in tanti. Uomini compresi.

Come e perché il concepimento sia diventato una pratica trasversale, che va al di là dei sessi, dei generi e dell'età, lo racconta la genetista britannica Aarathi Prasad in *Storia naturale del concepimento. Come la scienza può cambiare le regole del sesso* (Bollati Boringhieri). Il sottotitolo contiene, di fatto, la chiave del libro. Perché la tesi di Prasad è che dall'antica idea della donna come madre per natura stiamo entrando in una nuova era della procreazione, in cui a dettare legge non è più la natura, ma la scienza e la tecnologia che offrono agli individui una libertà di scelta finora impensabile. Nel senso che la fecondazione assistita sta progressivamente mettendo fuori gioco il pensiero unico della maternità. Quello che dalla notte dei tempi considera la donna il solo essere concepito per concepire.

Un'incubatrice ambulante. Una portatrice passiva. Lo dicono le parole stesse che nelle varie lingue si riferiscono alla generazione. A partire dal latino *concipere* - da cui il nostro concepimento, il francese e l'inglese *conception*, lo spagnolo *concepción* – che significa contenere qualcosa. Fino a termini come il tedesco *Empfängnis*, ricevere, o l'italiano gravidanza, che ha il peso e la fatica nel nome. E persino un vocabolo apparentemente lontano come matrimonio, vuol dire letteralmente "compito della madre". Un'idea quasi agricola della procreazione, specchio di una natura e di una società entrambe immutabili, che assegnano le parti una volta per tutte. Alla femmina quella di terra da seminare, al maschio il ruolo di seminatore. Proprio così Eschilo chiama il padre.

Eppure, anche prima dell'inseminazione assistita, ci sono stati degli esploratori dell'avvenire che sono andati oltre le colonne d'Ercole della procreazione cosiddetta naturale. Nel 1500 il grande filosofo e alchimista Paracelso cercò di riprodurre l'origine della vita sigillando del seme maschile in un'ampollina di vetro e magnetizzandolo. Col risultato di ottenere una cosa che assomigliava a un feto. Una via di mezzo tra la larva e l'ectoplasma, chiamata *homunculus*, da impiantare in una giumenta che avrebbe dovuto fungere da utero in affitto. Insomma Paracelso può essere considerato il precursore della fecondazione in vitro. E il suo *homunculus* è a tutti gli effetti il cugino di Superbabe, soprannome attribuito dall'*Evening News* a Louise Joy Brown, la prima bambina concepita in provetta nel luglio 1978. E che adesso è sempre meno sola, visto che negli Stati Uniti a nascere in laboratorio è un bambino su cento. E in Inghilterra addirittura uno su cinquanta. Cifre che bastano da sole a dare l'idea del terremoto che sta rimettendo in discussione l'universo della parentela. Col risultato di riscrivere le mappe stesse del desiderio di genitorialità. Perché la natura ha smesso di essere la custode unica e inflessibile dei limiti ultimi dell'agire umano. Ma se la fecondazione artificiale dai '70 a oggi era apparsa uno strumento nuovo e potente nelle mani delle donne, lo scenario sta cambiando velocemente. Nel verso delle pari opportunità riproduttive. Come dimostra il caso di Thomas Beatie, che nel 2008 è stato il primo transgender al mondo a dare alla luce una bambina, dopo essere diventato un maschio - senza però sottoporsi all'isterectomia - con l'aiuto di un ovulo di sua moglie Nancy e lo sperma di un donatore esterno. «Avere un bambino non è né maschile né femminile. È semplicemente umano», ha dichiarato allora ai giornali.

E nello stesso anno, in Australia, gli scienziati del Dipartimento di medicina del New South Wales hanno creato il primo utero artificiale servendosi di un oggetto comunissimo ed economicissimo come un contenitore di plastica. Con buona pace della sacralità dell'utero materno. Da quel momento anche i maschietti possono far propria una rivendicazione femminista come "l'utero è mio e me lo gestisco io". E forse in un futuro neanche troppo lontano, il vero uomo sarà quello che affronta coraggiosamente i dolori del parto. (©2016 Bompiani/Rizzoli libri SpA)

Marino Niola, giornalista e antropologo, insegna all'Università Suor Orsola Benincasa di Napoli. L'articolo in questa pagina è tratto dal suo libro *Il presente in poche parole* (Bompiani), che presenta il 17 settembre al Festival *Pordenonelegge*.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

LA STAMPA.it

16-09-2016

Lettori
221.508

http://www.lastampa.it/

Sani e longevi? Potete riuscirci riducendo le calorie

Dai topolini all'uomo: ora ci sono le prove che la restrizione calorica rinforza l'organismo. I consigli innovativi di Valter Longo nel suo libro «La Dieta della Longevità»

NICLA PANCIERA

Il segreto di una vita sana e longeva? Nel piatto. Il potere del cibo - di prevenzione e anche terapeutico - è confermato dal crescente numero di studi sull'alimentazione. L'attenzione verso adeguate misure dietetiche esiste dagli albori della medicina, nel giuramento di Ippocrate. Risale alla notte dei tempi anche una pratica comune a molte società a **scopo purificatore, terapeutico o religioso: è il digiuno**, ora sotto i riflettori della scienza.

Uno dei pionieri di queste ricerche è l'**italiano Valter Longo, direttore del «Longevity Institute» dell'Università della Southern California a Los Angeles e del «Laboratorio di Longevità e Cancro» all'Istituto Ifom di Milano**. Il biochimico si occupa di genetica dell'invecchiamento e di come l'alimentazione moduli l'attività di quei geni che lo favoriscono, attivando la straordinaria capacità dell'organismo di **riparare e rigenerare se stesso**.

Le tappe geografiche e scientifiche che l'hanno portato alla comprensione dei meccanismi biologici, cellulari e molecolari scatenati da uno schema alimentare che simula il digiuno - la Dieta Mima-Digiuno - sono ora ripercorse nel suo libro «La Dieta della Longevità», in uscita oggi per Vallardi (i proventi delle vendite andranno alla ricerca).

La storia inizia dai lieviti del pane: i ricercatori hanno visto che, affamati, vivevano più a lungo. E così le prime scoperte, pubblicate su «Science», sono proseguite su topi e primati. Infine, sull'uomo. «I meccanismi biomolecolari alla base degli effetti osservati nei lieviti e nei topi sono presenti anche negli esseri umani - ci spiega Longo, leader a livello internazionale nel campo degli studi sull'invecchiamento -, come se si conservassero nelle diverse specie, pur nel diverso livello di complessità e nelle particolarità di ciascuna».

I benefici della Dieta Mima-Digiuno hanno «prove solide, coerenti, che poggiano su una base scientifica e clinica», spiega Longo: ricerche di base, studi clinici ed epidemiologici, studi sui centenari e sui sistemi complessi, che definisce come i «cinque pilastri» della sana longevità. Questo stile alimentare non è un digiuno vero e proprio: a contare non è tanto l'apporto calorico quanto i processi che attiva sul sistema endocrino, nervoso e immunitario. Infatti, **non provoca solo una riduzione del grasso viscerale e sottocutaneo, ma una vasta rigenerazione cellulare**.

Nei topi Longo ha osservato un'aumentata produzione di cellule progenitrici e staminali e del sangue e un conseguente ringiovanimento del sistema di ossa, muscoli e sistema immunitario, oltre a una neurogenesi nell'ippocampo accompagnata da migliori prestazioni cognitive. Per eseguire degli studi controllati su esseri umani è stato creato uno schema alimentare più facilmente adottabile del digiuno vero e proprio, che però ne simulasse gli effetti: «La Dieta Mima-Digiuno, composta da proteine (11-14%), carboidrati (42-43%) e grassi (46%), per una riduzione calorica complessiva compresa tra il 34% e il 54% rispetto al normale - spiega Longo - è frutto di quasi otto anni di discussioni con medici e colleghi, con i quali siamo giunti ad un compromesso in grado di rispettare tre elementi importanti: l'efficacia, la sicurezza e l'aderenza dei soggetti al programma».

Dagli studi emerge anche che questo schema alimentare non indebolisce l'organismo, ma, al contrario, lo rende più equipaggiato per affrontare un percorso come quello della chemioterapia. «Non solo è sicuro e praticabile dal paziente oncologico, ma predispone l'organismo a ricevere il trattamento – spiega Longo -. Le cellule tumorali, infatti, soffrono la mancanza di glucosio e di altri fattori in circolo e quelle sane attivano una modalità protettiva che le preserva dagli effetti tossici della chemio».

E non solo. «Un numero crescente di studi clinici mostra i benefici effetti di questo regime alimentare anche in caso di diabete, sclerosi multipla, Alzheimer, malattie cardiovascolari, infiammatorie e neurodegenerative», oltre ad un rallentamento generale dell'invecchiamento e, di conseguenza, un aumento della longevità.

Tanto che l'ente americano che controlla la sicurezza e la commercializzazione sia dei farmaci sia degli alimenti (la Food&Drug Administration) ha espresso interesse per la **dieta Mima-Digiuno, che presto potrebbe essere approvata come trattamento per la riduzione dei fattori di rischio di alcune malattie croniche**.

«Pensiamo che tutti questi processi biomolecolari scatenati dalle specifiche restrizioni caloriche e che giocano un ruolo nella crescita e nell'invecchiamento siano dei meccanismi evolutivi volti a proteggerci dalle malattie, ma che, forse, la costante abbondanza di cibo ci impedisce di attivare e di sfruttare», conclude il**professore, definito da «Time» il «guru della longevità»**.

Lui assicura: «Seguire le indicazioni della Dieta della Longevità, che descrivo nel libro, attività fisica inclusa, e integrarle saltuariamente con la Dieta Mima-Digiuno significa fare tutto ciò che è in nostro potere per ridurre al minimo il rischio di malattia».

Emma Morano è un'altra centenaria studiata da Longo (con lei nella foto). Nata il 29 novembre 1899, è la donna più

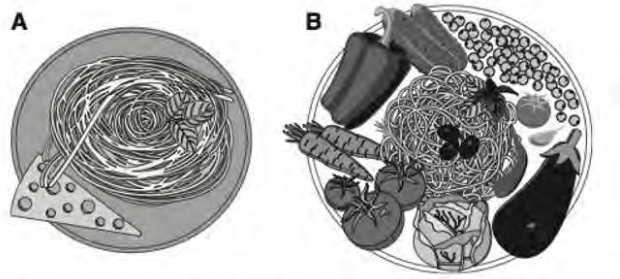
anziana del mondo. Vive sul Lago Maggiore

LA 4 RACCOMANDAZIONI: DALLA TRADIZIONE ALLA SCIENZA

Ecco le raccomandazioni seguendo le quali possiamo «riprogrammare, proteggere e rigenerare le cellule del nostro corpo» aiutandoci – scrive Longo - a «minimizzare l'insorgenza di malattie e massimizzare la durata della vita sana».
1) Alimentazione quotidiana: dieta vegana a basso contenuto di proteine (0,7-0,8 grammi di proteine al giorno per chilo di peso corporeo) con aggiunta di pesce cercando di limitarne il consumo a 2-3 pasti a settimana
2) Frequenza dei pasti: 2 volte al giorno se avete problemi di peso e meno di 65 anni, più eventualmente uno spuntino
3) Limitazione oraria dei pasti: mangiare nell'arco di 12 ore
4) Sottoporsi periodicamente a una dieta che imita il digiuno con frequenza basata sul bisogno.

A queste si aggiunga l'attività sportiva, necessaria al nostro organismo.
Un dettagliato programma di alimentazione bisettimanale per persone tra i 20 e i 65 anni; a partire dai 65 anni, di 3 pasti e 1 spuntino per un totale di 1700-1800 calorie (55-60% dai carboidrati, 30-35% grassi e 10%proteine è stato scritto in collaborazione con la nutrizionista Noemi Renzetti e le dietiste Mahshid Shelehchi e Susan Kim e si trova in appendice al libro.

MANGIARE DI PIÙ NON DI MENO CON LA DIETA DELLA LONGEVITÀ



8.2. Opzione A = 360 grammi; 1.110 calorie. Opzione B = 775 grammi, 800 calorie.

Opzione A (scelta sbagliata): 150 grammi di pasta o pizza (540 calorie); 150 grammi di formaggio (550 calorie); 60 grammi di sugo (20 calorie)
Peso totale = 360 grammi; calorie totali = 1.110
Basso contenuto di nutrienti (vitamine, minerali); i carboidrati vengono rapidamente trasformati in zuccheri; alta percentuale di grassi saturi non sani (di origine animale).

Opzione B (scelta giusta): 40 grammi di pasta (circa 140 calorie); 400 grammi di ceci o fagioli (circa 330 calorie, peso sgocciolato); 320 grammi di verdure miste (circa 210 calorie); 15 grammi di olio d'oliva (120 calorie)
Peso totale = 775 grammi; calorie totali = 800
Alto contenuto di nutrienti (vitamine, minerali), di carboidrati complessi, di grassi monoinsaturi buoni (vegani), minor rilascio di insulina, permette di mangiare oltre il doppio del cibo dell'opzione A e fornisce il 30% in meno di calorie.