

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

Sovrappeso in gravidanza? Il nascituro potrebbe diventare obeso

La probabilità di avere problemi di chili di troppo aumenta di 4 volte se le madri che ci hanno portati in grembo sono ingrassate troppo durante la gestazione



NICLA PANCIERA

MILANO

La parola d'ordine è pianificare, dal momento che la condizione fisica della futura mamma e il suo stile di vita, fin da prima del concepimento, influenzeranno il nascituro anche più in là negli anni.

Iniziare una gravidanza con dei chili di troppo mette, infatti, a rischio anche la salute del piccolo, aumentandone la propensione al sovrappeso. In particolare, come mostra una ricerca di un gruppo di epidemiologi dell'Università di Southampton in Inghilterra, la probabilità di diventare sovrappeso o obeso è quattro volte maggiore nei figli di mamme obese.

Insieme alla forma fisica materna, anche altri fattori aumentano il rischio del bambino di sviluppare obesità e sovrappeso: un eccessivo aumento di peso durante la gravidanza, il fumo, la carenza di vitamina D. Oltre a questi aspetti, sui quali è possibile intervenire, i ricercatori hanno preso in considerazione anche un altro fattore: l'allattamento al seno.

L'analisi è stata condotta su quasi mille coppie di mamme-bambini partecipanti al Southampton Women's Survey, un ampio studio il cui obiettivo è quello di comprendere in che modo la dieta e le abitudini materne incidano sulla salute di mamma e bambino e per questo le donne possono venire reclutate fin da prima del concepimento.

I risultati, pubblicati oggi sull'*American Journal of Clinical Nutrition*, mostrano che all'età di quattro anni i bambini esposti ad almeno quattro dei fattori di rischio considerati avevano una probabilità quattro volte più alta di essere obesi o in sovrappeso. Quanto alla composizione corporea, avevano il 19% in più di massa grassa rispetto agli altri. Al raggiungimento del sesto anno di età, la situazione per questi bambini era anche peggiore, con una probabilità quintuplicata di essere obesi e il 47% in più di massa grassa rispetto agli altri.

«I primi anni di vita possono essere un periodo critico, in cui avviene la programmazione dell'appetito e della regolazione metabolica del bambino che ha delle conseguenze sul lungo periodo relative al rischio di diventare sovrappeso. Per quanto l'importanza della prevenzione precoce sia riconosciuta, tuttavia ci si concentra per lo più sui bambini in età scolare», ha dichiarato la responsabile dello studio, la professoressa Sian Robinson, epidemiologa e nutrizionista. «I nostri risultati suggeriscono che gli interventi per prevenire l'obesità devono iniziare anche prima del concepimento, quando avere un peso corporeo nella norma e non fumare potrebbe essere fondamentale».

Ormai è risaputo che la vita intrauterina è importante nel determinare la futura predisposizione del nuovo nato a sviluppare certe malattie. Del resto, la popolazione ostetrica oggi è molto cambiata rispetto al passato, quanto a contesto socio-economico, età, abitudini e stili di vita delle puerpere. Questi risultati potrebbero indicare nuovi approcci di prevenzione precoce dell'obesità e costituiscono una ragione in più per le mamme in gestazione di prestare attenzione non solo ai nuovi bisogni nutrizionali della gravidanza ma anche ai molti aspetti della loro vita che influenzeranno quella del loro bambino.

RSALUTE

Malattie metaboliche. Esteso

lo screening da 3 a 30 esami, come già in Toscana, Sardegna ed Emilia. Occorre evitare lacune e sprechi

Patologie rare I test neonatali in tutta Italia

Un confronto tra esperti internazionali organizzato dalla Fondazione Sigma Tau

MARIA PAOLA SALMI

LO SCREENING neonatale per alcune malattie rare come le patologie metaboliche, è stato introdotto dal ministero della Salute nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), e d'ora in avanti chi, per esempio, nasce in regioni dove ancora non si fa lo screening esteso a circa 30 malattie metaboliche, avrà gli stessi diritti di chi nasce in Toscana, in Emilia Romagna o in Sardegna dove già si esegue.

Un tassello importante in uno scenario disomogeneo dello screening neonatale. Il test consiste in un prelievo di poche gocce di sangue dal tallone che permette di individuare fin dai primi giorni di vita la presenza di una malattia metabolica. Sinora lo screening neonatale obbligatorio prevedeva solo tre malattie: la fenilchetonuria, l'ipotiroidismo congenito e la fibrosi cistica. Da una decina di anni è stato introdotto in Italia quello "allargato", o esteso a una trentina di malattie tra cui la fenilchetonuria, le aminoacidopatie, le organicoacidurie e i difetti della beta ossidazione. Di come funziona il percorso diagnostico-terapeutico in Italia e in altri paesi, dei trattamenti e dei nuovi filoni di ricerca, hanno parlato la settimana scorsa i maggiori esperti del settore durante tre incontri (Roma, Padova e Firenze) organizzati dalla Fondazione Sigma Tau.

In Italia nel 2013 secondo il report annuale di Simmesn, la Società italiana per lo studio

delle malattie metaboliche ereditarie e lo screening neonatale, il 31% dei nuovi nati ha ricevuto lo screening esteso. «Di fatto quello esteso in Italia è partito da tempo, ma bisogna renderlo efficiente perché esistono ancora troppe disomogeneità tra le diverse regioni, ed eccessi come i 32 centri per lo screening obbligatorio quando ne sarebbero sufficienti una decina — afferma il pediatra Carlo Dionisi Vici, responsabile UOC di patologia metabolica e coordinatore dell'area di ricerca di malattie metaboliche dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma — andrebbero invece sanate alcune gravi lacune per evitare quel che accade con la fibrosi cistica che lascia scoperto un 20% di nuovi nati».

Paesi come la Francia, con politiche restrittive, stanno molto più indietro di noi. Ben integrato, invece, il sistema negli Stati Uniti. «Dove lo screening — dice Nicola Longo, Divisione di genetica medica del dipartimento di pediatria, patologia e Arup laboratories dell'Università di Utah — è omogeneo in tutti gli Stati e per circa una sessantina di malattie. Un grosso passo avanti è stato l'introduzione della spettrometria di tandem massa che ha modificato l'approccio allo screening rendendo possibile attraverso il cosiddetto "screening neonatale esteso", ossia l'individuazione di un ampio gruppo di malattie metaboliche per le quali trattamenti dietetici o farmacologici riducono mortalità e complicanze».

In attesa che lo screening neonatale esteso diventi operativo, qualora venga approvato il Disegno di legge 998 che stabilisce tra le altre cose un finanziamento di 25 milioni di euro, si cercano i fondi. Il Decreto della legge di stabilità 2014 prevede per ora lo stanziamento di 10 milioni di euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



www.agi.it

Obesita': cattivi stile di vita mamme influenzano futuro figli

(AGI) - Washington, 2 feb. - Anche prima che una donna concepisca, le sue scelte possono avere un impatto sorprendente sulla salute del futuro figlio. Infatti, le donne in sovrappeso e che conducono un cattivo stile di vita possono avere fino a quai 5 volte in piu' il rischio di avere un bambino grasso. Lo ha scoperto un gruppo di ricercatori della University of Southampton in uno studio pubblicato sul The American Journal of Clinical Nutrition. In particolare, gli studiosi hanno dimostrato che le donne che hanno condotto cattivi stili di vita prima, durante e subito dopo la gravidanza hanno 4,65 volte piu' probabilita' di mettere al mondo un bambino in sovrappeso, cioe' con il 47 per cento di massa grassa in piu' all'eta' di sei anni. Le donne che invece presentano 4 dei fattori di rischio - cioe' obesita' prima del concepimento, bassi livelli di vitamina D, fumo durante la gravidanza, eccessivo aumento di peso in gravidanza ed impossibilita' ad allattare al seno per piu' di un mese - hanno anche piu' probabilita' che il figlio a sei anni d'eta' abbia il 47 per cento in piu' di massa grassa. Questo, secondo i ricercatori, dimostrerebbe l'importanza degli stili di vita della futura mamma nello sviluppo dei meccanismi del figlio che aiutano a regolare il bilancio energetico. La ricerca si e' basata sui dati di 991 coppie di mamme e bambini. Le donne sono state monitorate prima, durante e dopo la gravidanza. Invece, i bambini, nati tutti tra il 1998 e il 2003, sono stati sottoposti a periodici controlli. I risultati mostrano che all'eta' di 4 anni, i bambini con 4 o 5 fattori di rischio avevano 3,99 volte piu' probabilita' di essere in sovrappeso rispetto ai bambini che non avevano sperimentato nessun fattore di rischio, e la massa grassa e' stata del 19 per cento superiore.

Mancano le donatrici di ovociti Caos nelle Regioni sull'importazione

L'ipotesi di bandi locali. Costi tra 2.800 e 3.500 euro. Potrebbero ricadere sulle coppie

La convenzione

La Toscana ha stabilito una sorta di convenzione per procurarli all'estero

L'esperto

L'andrologo Foresta: «Bisogna uniformare i criteri, dalla raccolta alla ricompensa»

ROMA I figli dell'eterologa made in Italy saranno per metà «stranieri». Almeno quelli concepiti in provetta nei centri pubblici. La pratica sul campo ha infatti reso evidente ciò che era prevedibile. Le donne italiane non donano ovociti e le Asl si devono arrangiare.

La Toscana anche in questo è stata intraprendente con la delibera del Careggi che ha stabilito una sorta di convenzione per l'importazione da quattro bio-banche. Altre Regioni stanno valutando l'ipotesi di battere la stessa pista per rifornirsi, acquistandoli, di gameti femminili ceduti da donne spagnole, svedesi o di altra nazionalità. Non sarebbe una sorpresa se l'ufficio legale del ministero della Salute andasse a verificare la compatibilità della delibera del Careggi con la normativa italiana specie per quanto concerne l'aspetto economico.

Il tavolo tecnico delle Regioni sulla procreazione medicalmente assistita nell'ultima riunione ha preso atto delle difficoltà: «Non possiamo fingere — dice il coordinatore, l'andrologo veneto Carlo Foresta —. Il nodo va districato. Come? Magari con la creazione di banche in Italia sul modello di quelle europee. Bisogna uniformare i criteri di donazione, ad esempio la raccolta e la ri-

compensa alle volontarie».

Ora, insiste Foresta, il sistema è squilibrato. Un pacchetto di ovociti importati, inclusi il trasporto, costa da 2.800 e 3.500 euro, a carico della coppia committente che deve inoltre pagare il ticket per l'eterologa (circa 200 euro). A conti fatti, sembrerebbe più conveniente espatriare in cliniche estere. I viaggi della speranza riproduttiva sono il fenomeno che la sentenza della Corte costituzionale (a giugno l'eterologa è tornata legale) avrebbe dovuto stroncare.

L'Emilia-Romagna è orientata a seguire la Toscana, ipotesi che si sta delineando negli incontri tecnici fra i responsabili dei servizi ospedalieri. Critico Giovanni La Sala, direttore del centro di Reggio Emilia: «A livello personale sono contrario alle bio-banche estere. Formalmente risultano a posto con la legge comunitaria che vieta di remunerare le donatrici, nella pratica la ricompensa c'è. Si chiama in altro modo, ad esempio indennità». Inoltre l'eterologa made in Italy contiene una contraddizione, rileva La Sala: «Le pazienti secondo le raccomandazioni delle Regioni possono farla gratuitamente sotto i 43 anni e con un numero massimo di tre cicli. L'età di chi richiede la do-

nazione è più alta e tre tentativi non bastano». In Puglia, stessa situazione di stallo. Nel maggior centro pubblico (ospedale Iaia di Conversano), come a Bari e Nardò, l'eterologa è un miraggio: «Anche qui ci vorrebbe un bando per le bio-banche estere — non vede alternative Giuseppe D'Amato, direttore a Conversano —. Un fatto è certo. Un'indagine interna fra le nostre pazienti in cura per la fecondazione omologa (ambedue i gameti della coppia), si è conclusa amaramente. Nessuna è disposta a regalare parte degli ovociti in sovrannumero, il cosiddetto egg sharing. C'è una barriera culturale. Chissà che con una campagna di informazione...».

Il servizio di fecondazione artificiale all'Evangelico di Genova è diretto da Mauro Costa: «La scelta della Toscana è discutibile. Noi speravamo nell'altruismo delle nostre pazienti in trattamento per l'omologa. Su 150 solo una ha sottoscritto l'egg sharing. Una delusione. Bisogna arrangiarsi».

Il ministero sta lavorando sulle nuove linee guida nazionali per la fecondazione artificiale. Ci vorrà tempo.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA





adnkronos
salute

○ 3 febbraio 2015
○ NUMERO 17 | ○ ANNO 9

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Lice, sì a restrizioni anti-epilessia in età fertile

Dopo le recenti raccomandazioni Ema e Aifa

Anche se alcuni rischi del farmaco erano già conosciuti, i nuovi dati scientifici che hanno condotto le autorità competenti all'aumento delle restrizioni per l'utilizzo del valproato, impongono ulteriori cautele per le donne con epilessia in età fertile e prefertile. Se ne è discusso alla riunione policentrica annuale della Lice (Lega italiana contro l'epilessia) da poco conclusa alla Sapienza Università di Roma, nel corso della Tavola Rotonda 'Utilizzo del valproato: recenti novità regolatorie e alternative terapeutiche'. Recenti raccomandazioni Ema e Aifa sono state emanate a seguito di importanti evidenze scientifiche che hanno documentato gravi rischi connessi all'utilizzo di farmaci contenenti valproato nelle donne in gravidanza, generando, in Europa come in Italia, preoccupazione tra le persone affette da epilessia, i loro caregiver e gli operatori sanitari. Tale preoccupazione è giustificata dall'impiego diffuso di questi medicinali per il trattamento di più tipologie di epilessia. La società scientifica Lice, che in Italia riunisce i maggiori esperti in epilettologia, ha delineato alcune indicazioni, al termine dell'incontro, allo scopo di informare correttamente le persone con epilessia e gli epilettologi che le hanno in cura. Si legge nella nota europea, infatti, che i bambini in età prescolare esposti a valproato durante la gravidanza hanno dal 30 al 40% di rischio per problemi di sviluppo, inclusi ritardi nel camminare e parlare, problemi di memoria, difficoltà col linguaggio e la lingua e minore abilità intellettuale. Inoltre, dato già noto, hanno un significativo maggior

rischio per malformazioni alla nascita (come difetti del tubo neurale e palatoschisi) in confronto sia alla popolazione generale che ai figli di donne con epilessia che assumono altri farmaci. I dati disponibili suggeriscono anche che questi bambini hanno un rischio 3 volte superiore per un disturbo dello spettro autistico. Nel corso del dibattito si è sostanzialmente concordato con le ulteriori raccomandazioni Ema. Sulla base di queste, la Lice dunque raccomanda di osservare scrupolosamente quando scritto in scheda tecnica e le modifiche recentemente introdotte relativamente all'utilizzo del valproato in gravidanza, che indicano di: evitare la prescrizione come primo farmaco di valproato in donne in età fertile; utilizzare il valproato solo dopo che altri farmaci alternativi si siano rivelati inefficaci; raccomandare l'uso di una efficace contraccezione in caso di utilizzo di valproato; informare le donne che lo assumono, o lo dovranno assumere, dei rischi connessi all'utilizzo di valproato; discutere, con le donne che già lo assumono, le problematiche recentemente emerse e prendere in considerazione trattamenti alternativi, se una donna in trattamento con valproato, dovesse pianificare una gravidanza o rimanere incinta; utilizzare la più bassa dose efficace visto il legame tra il livello plasmatico e le problematiche emerse. Si raccomanda fortemente, infine, di non smettere di assumere comunque il farmaco senza aver prima consultato il proprio epilettologo di riferimento.

Interni

Salute, Lice: Raccomandazioni su farmaci epilettici e gravidanza

Salute, Lice: Raccomandazioni su farmaci epilettici e gravidanza

 di red/san - 02 febbraio 2015 18:20
 fonte ilVelino/AGV NEWS

Roma


[Tweet](#)

[Stampa articolo](#)

Le recenti raccomandazioni EMA (European Medicines Agency) e AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) sono state emanate a seguito di importanti evidenze scientifiche che hanno documentato gravi rischi connessi all'utilizzo di farmaci contenenti valproato nelle donne in gravidanza, generando, in Europa come in Italia, preoccupazione tra le persone affette da epilessia, i loro caregivers e gli operatori sanitari. Tale preoccupazione è giustificata dall'impiego diffuso di questi medicinali per il trattamento di più tipologie di epilessia. Se ne è discusso alla riunione policentrica annuale della LICE (Lega Italiana contro l'Epilessia), da poco conclusa alla Sapienza Università di Roma, nel corso della Tavola Rotonda "Utilizzo del valproato: recenti novità regolatorie ed alternative terapeutiche". Anche a seguito di tale incontro, la Società Scientifica LICE, che in Italia riunisce i maggiori esperti in Epilettologia, ha delineato alcune indicazioni allo scopo di informare correttamente le persone con epilessia e gli epilettologi che le hanno in cura.

"Anche se alcuni rischi del farmaco - spiega una nota della Lice - erano già conosciuti, i nuovi dati scientifici, che hanno condotto le autorità competenti all'aumento delle restrizioni per l'utilizzo del valproato, impongono ulteriori cautele per le donne con epilessia in età fertile e prefertile. Si legge nella nota europea, infatti, che i bambini in età prescolare, esposti a valproato durante la gravidanza, hanno dal 30 al 40% di rischio di avere problemi di sviluppo, inclusi ritardi nel camminare e parlare, problemi di memoria, difficoltà di linguaggio e riduzione del quoziente intellettivo. I nuovi dati disponibili suggeriscono anche che questi bambini hanno un rischio tre volte superiore di avere un disturbo dello spettro autistico. Inoltre, dato già noto, hanno un significativo maggior rischio per malformazioni alla nascita (come difetti del tubo neurale e palatoschisi) in confronto sia alla popolazione generale che ai figli di donne con epilessia che assumono altri farmaci antiepilettici".

"Nel corso del dibattito si è sostanzialmente concordato con le nuove raccomandazioni EMA che hanno portato alle modifiche della scheda tecnica. La LICE raccomanda di osservare scrupolosamente quando scritto in scheda tecnica, e in particolare le modifiche recentemente introdotte relative all'utilizzo del valproato in gravidanza, che indicano di: evitare la prescrizione di valproato come primo farmaco in donne in età fertile; utilizzare il valproato solo dopo che altri farmaci antiepilettici si siano rivelati inefficaci; raccomandare l'uso di una efficace contraccezione in caso di utilizzo di valproato; informare le donne che lo assumono, o lo dovranno assumere, dei rischi connessi all'utilizzo di valproato; discutere, con le donne che già lo assumono, le problematiche recentemente emerse e prendere in considerazione trattamenti alternativi se una donna in trattamento con valproato dovesse pianificare una gravidanza o rimanere incinta; utilizzare la più bassa dose efficace visto il legame tra il livello plasmatico e le problematiche emerse. Si raccomanda fortemente, comunque, di non interrompere l'assunzione del farmaco senza aver prima consultato il proprio epilettologo di riferimento. In caso di gravidanza non programmata, la LICE raccomanda di valutare attentamente i benefici del trattamento con valproato contro i possibili rischi per il nascituro".

AGV NEWS

20:55 - ECO

Scommesse, Isola dei Famosi: favorito Siffredi, unica alternativa Rodriguez

20:26 - POL

Difesa, solidarietà di Alfano al vicesindaco di Mondragone

[Ultim'ora](#)
[Notiziario generale](#)

Altri articoli di Interni

[Tutti gli articoli](#)

Lunedì 02 FEBBRAIO 2015

Antidolorifici in gravidanza. Aifa: "Serve cautela, soprattutto con gli oppioidi"

Dello stesso avviso il CDC americano che segnala troppe prescrizioni inapporiate di antidolorifici oppiacei in gravidanza. Aifa ricorda che in gravidanza l'antidolorifico di prima scelta è il paracetamolo. In caso di resistenza, si può ricorrere all'acido acetilsalicilico, all'ibuprofene e all'indometacina per brevi periodi, al dosaggio minimo efficace e non oltre il secondo trimestre.

I dati più recenti sull'uso dei farmaci in Italia (Rapporto OsMed gennaio-settembre 2014) confermano l'incremento nell'uso dei farmaci per il dolore, in particolare, tra gli antidolorifici ad azione centrale, si registrano rilevanti aumenti del consumo degli alcaloidi naturali dell'oppio (morfina, idromorfone, oxicodone e codeina in associazione) e degli altri oppiacei (tramadolo e tapentadolo). Il tapentadolo è il terzo principio attivo a maggior variazione di spesa convenzionata rispetto al 2013 con un incremento del +38,5%.

Osservando il trend degli ultimi anni, il consumo di farmaci per il dolore è passato da 2,1 dosi giornaliere per mille abitanti (DDD/1000 ab die) nel 2005 a 7,3 DDD/1000 nel 2013 e all'interno della categoria il consumo di oppioidi (maggiori, minori e in associazione) è passato da 1,1 DDD/1000 (2005) a 5,2 DDD/1000 (2013).

Se l'incremento nella prescrizione di farmaci per la terapia del dolore rientra nell'ambito del percorso intrapreso dall'Italia a tutela del diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore con la legge 38/2010 ("Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore") e le norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore (allegato III bis del Testo Unico sugli Stupefacenti), si registra anche un ricorso non sempre appropriato a questa tipologia di medicinali per il trattamento di forme non severe di dolore.

Un invito alla prescrizione e all'uso responsabile di antidolorifici oppiacei, specie per le donne in età fertile, giunge in questi giorni dai Center for Disease Control and Prevention degli Stati Uniti. In un rapporto (Morbidity and Mortality Weekly Report, MMWR) del Centro Nazionale CDC sui difetti alla nascita e sulle disabilità dello sviluppo è emerso che più di 1/3 delle donne in età riproduttiva seguite dalla sanità pubblica e più di 1/4 di quelle con assicurazione privata hanno ricevuto prescrizioni di un antidolorifico a base di oppio almeno una volta all'anno nel periodo compreso tra il 2008 ed il 2012. Gli oppioidi sono normalmente prescritti per contrastare il dolore medio o forte e sono presenti anche in alcuni farmaci per lenire la tosse: i più comuni sono l'idrocodone, la codeina e l'ossicodone.

I CDC hanno analizzato i dati 2008-2012 di due ampi database di assicurazioni sanitarie: uno riguardava le donne di età compresa tra 15-44 anni con assicurazione privata; l'altro, donne della stessa fascia d'età iscritte a Medicaid. I dati hanno evidenziato che, in media, il 39% delle donne iscritte a Medicaid ha ricevuto una prescrizione di oppioidi da una farmacia ambulatoriale ogni anno rispetto al 28% delle donne con assicurazione sanitaria privata. Lo studio è stato il primo condotto dai CDC per esaminare specificamente il consumo degli oppiacei da parte delle donne in età riproduttiva.

"Molte donne in età riproduttiva stanno prendendo questi farmaci e magari non sanno ancora di essere in gravidanza e possono inconsapevolmente esporre i loro bambini a grossi rischi" segnala il direttore

dei CDC, **Tom Frieden**.

Alcuni studi sul consumo di oppiacei in gravidanza – affermano i CDC USA – suggeriscono infatti che questi farmaci potrebbero aumentare il rischio di difetti del tubo neurale (difetti maggiori del cervello e della colonna vertebrale), di difetti cardiaci congeniti e gastroschisi (un difetto della parete addominale del bambino) e di sindrome da astinenza neonatale (NAS).

Coleen Boyle, Ph.D., MS.Hyg., Direttore del Centro, sottolinea che "le donne incinte o che stanno pianificando una gravidanza, dovrebbero discutere con il proprio medico curante del profilo rischio/beneficio di tutti i farmaci che stanno assumendo e prendere in considerazione i possibili rischi di difetti di alla nascita e di sviluppo di disabilità.

Ed è proprio sulla prescrizione responsabile da parte del medico curante e sulla necessità di assicurare corrette e dedicate informazioni per le mamme sui farmaci da prendere durante la gravidanza che sono incentrati i principali messaggi della campagna di comunicazione AIFA "*Farmaci e Gravidanza*".

Durante la gravidanza la mamma e il bambino rappresentano infatti un'unità inseparabile e lo stato di salute della madre costituisce un requisito indispensabile per un regolare sviluppo del feto.

Da ciò la necessità di informare i cittadini e gli stessi operatori sanitari sull'importanza di assumere i farmaci in gravidanza con responsabilità, quando ritenuto necessario per la salute di mamma e bambino.

Sul sito AIFA dedicato ai farmaci in gravidanza (www.farmaciegravidanza.gov.it) è possibile trovare informazioni importanti circa l'uso di analgesici. L'analgesico comunemente impiegato in gravidanza è il paracetamolo, che non va somministrato in associazione con pseudoefedrina, aspirina o altri FANS. Acido acetilsalicilico, Ibuprofene e Indometacina (FANS) sono farmaci di seconda scelta da utilizzare, per brevi periodi e al dosaggio minimo efficace, in caso di resistenza alla terapia con paracetamolo; da evitare nel terzo trimestre di gravidanza per gli effetti sulla circolazione fetale.

Fonte: Aifa

RICHIAMO DELL'OMS AL MINISTERO DELLA SALUTE

Vaccini obbligatori, male l'Italia

MANUELA CORRERA

Roma

Netto calo in Italia delle vaccinazioni obbligatorie per i bambini: dall'antitetanica all'antipolio, nel 2013 la copertura tra i piccoli entro i due anni ha registrato una diminuzione che il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha definito un «serio problema di sanità pubblica». Ed in calo è anche la vaccinazione, consigliata, contro il morbillo, tanto che gli esperti dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) hanno richiesto un incontro urgente a Lorenzin.

È un quadro allarmante quello che emerge dai dati del ministero della Salute relativi al 2013 e pubblicati dall'Istituto superiore di sanità (Iss), che evidenziano come le coperture vaccinali nazionali raggiungono il livello più basso degli ultimi 10 anni. In calo sono tutte le vaccinazioni ed in particolare il morbillo, nonostante il 2015 sia il termine ultimo fissato dall'Oms per eliminare questa malattia in Europa.

L'Italia però è in ritardo, denuncia l'Associazione mondiale per le malattie infettive e i disordini immunologici (Waidid), dopo un incontro a Copenaghen dell'Oms per fare il punto sulla campagna di vaccinazioni in Ue. I dati italiani, rileva Waidid, «risultano ancora incompleti e per questo l'Oms, ha chiesto un incontro urgente con il ministro della Salute a marzo». Il punto, avverte l'Iss, è che il «mantenimento di coperture elevate è fondamentale per prevenire epidemie ed evitare che si ripresentino malattie che sono state eliminate in Italia. È con preoccupazione quindi che si nota - sottolinea l'Istituto - una flessione delle coperture medie nazionali per quasi tutte le vaccinazioni». I dati del ministero si riferiscono alle coperture vaccinali a 24 mesi d'età, relative al 2013 (co-

orte di nascita 2011) e riguardano la maggior parte delle vaccinazioni offerte attivamente e gratuitamente alla popolazione, secondo il Piano nazionale della prevenzione vaccinale (Pnpv) 2012-2014, ovvero poliomielite, tetano, difterite, epatite B, pertosse, Haemophilus influenzae b, morbillo, parotite e rosolia. Tra queste, le prime 4 sono considerate vaccinazioni obbligatorie.

L'andamento «in netta diminuzione delle coperture a 24 mesi», rileva l'Iss, «rende indispensabile interventi urgenti». In particolare, la vaccinazione esavalente (offerta ai bimbi entro un anno e che copre difterite, tetano, pertosse, epatite B, poliomielite ed emophilus B) registra un calo delle coperture, più o meno accentuato rispetto al 2012, in quasi tutte le Regioni. In Valle d'Aosta, Abruzzo, Molise e Calabria si registra un calo di oltre 1,5 punti percentuali nelle coperture per polio, difterite, tetano, pertosse ed epatite B. Inoltre, in otto Regioni, che complessivamente hanno una popolazione target pari al 26% del totale, le coperture vaccinali sono inferiori al 95%. Anche la copertura per morbillo, parotite e rosolia è diminuita nel 2013 ed è pari all'88,1% contro il 90% del 2012.

Proprio il calo delle coperture vaccinali per morbillo e rosolia, avverte l'Iss, «è più marcato rispetto alle altre vaccinazioni ed è stato registrato in tutte le Regioni». Varie le possibili cause del fenomeno: dall'errata percezione nella popolazione dell'importanza delle vaccinazioni all'effetto delle campagne mediatiche in atto contro i vaccini. Da qui l'allerta dell'Istituto, che auspica «interventi urgenti» e avverte: «L'andamento in netta diminuzione delle coperture a 24 mesi non può essere ignorato, anche alla luce delle recenti recrudescenze di malattie ritenute sotto controllo o eliminate».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Netto calo delle vaccinazioni obbligatorie per i bimbi e l'...

Renzi agli iscritti Pd: "Ora puntiamo allo ius soli"

New York, storico italiano ucciso in un parco. Indagò sulla ...

Loris, il riesame: "La mamma lucida assassina"

Mediaset, fine pena anticipata per Berlusconi

Netto calo delle vaccinazioni obbligatorie per i bimbi e l'Oms richiama l'Italia

In netta diminuzione l'antitetanica, l'antipolio e il vaccino contro il morbillo. L'organizzazione mondiale della sanità vuole un incontro con il Ministro della Salute

 Condividi < 102  Tweet < 83  +1 < 1

02/02/2015

È un quadro allarmante quello che emerge dai dati del ministero della Salute relativi al 2013 e pubblicati dall'Istituto superiore di sanità (Iss), che evidenziano come le coperture vaccinali nazionali raggiungono il livello più basso degli ultimi 10 anni. In Italia in netto calo le vaccinazioni obbligatorie per i bambini: dall'antitetanica all'antipolio, nel 2013 la copertura tra i piccoli entro i due anni ha registrato una diminuzione che il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha definito un «serio problema di sanità pubblica». E in calo è anche la vaccinazione, consigliata, contro il morbillo, tanto che gli esperti dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) hanno richiesto un incontro urgente a Lorenzin.

In calo sono tutte le vaccinazioni ed in particolare il morbillo, nonostante il 2015 sia il termine ultimo fissato dall'Oms per eliminare questa malattia in Europa. L'Italia però è in ritardo, denuncia l'Associazione mondiale per le malattie infettive e i disordini immunologici (Waidid), dopo un incontro a Copenhagen dell'Oms per fare il punto sulla campagna di vaccinazioni in UE. I dati italiani, rileva Waidid, «risultano ancora incompleti e per questo l'Oms, ha chiesto un incontro urgente con il ministro della Salute a marzo».

Il punto, avverte l'Iss, è che il «mantenimento di coperture elevate è fondamentale per prevenire epidemie ed evitare che si ripresentino malattie che sono state eliminate in Italia. È con preoccupazione quindi che si nota - sottolinea l'Istituto - una flessione delle coperture medie nazionali per quasi tutte le vaccinazioni». I dati del ministero si riferiscono alle coperture vaccinali a 24 mesi d'età, relative al 2013 (coorte di nascita 2011) e riguardano la maggior parte delle vaccinazioni offerte attivamente e gratuitamente alla popolazione, secondo il Piano nazionale della prevenzione vaccinale (Pnpv) 2012-2014, ovvero poliomielite, tetano, difterite, epatite B, pertosse, Haemophilus influenzae b, morbillo, parotite e rosolia. Tra queste, le prime 4 sono considerate vaccinazioni obbligatorie.

L'andamento «in netta diminuzione delle coperture a 24 mesi», rileva l'Iss, «rende indispensabile interventi urgenti». In particolare, la vaccinazione esavalente (offerta ai bimbi entro un anno e che copre difterite, tetano, pertosse, epatite B, poliomielite ed emophilus B) registra un calo delle coperture, più o meno accentuato rispetto al 2012, in quasi tutte le Regioni. In Valle d'Aosta, Abruzzo, Molise e Calabria si registra un calo di oltre 1,5 punti percentuali nelle coperture per polio, difterite, tetano, pertosse ed epatite B.



LEGGI ANCHE

19/06/2012

Tbc, scoperte molecole che potenziano il sistema immunitario

ANSA

06/10/2014

Pacemaker senza controlli, la Gdf all'Iss

ANSA

10/10/2013

Stamina, bloccata la sperimentazione Lorenzin: "Questa cura non esiste"

Inoltre, in otto Regioni, che complessivamente hanno una popolazione target pari al 26% del totale, le coperture vaccinali sono inferiori al 95%. Anche la copertura per morbillo, parotite e rosolia è diminuita nel 2013 ed è pari all'88,1% contro il 90% del 2012.

Proprio il calo delle coperture vaccinali per morbillo e rosolia, avverte l'Iss, «è più marcato rispetto alle altre vaccinazioni ed è stato registrato in tutte le Regioni». Varie le possibili cause del fenomeno: dall'errata percezione nella popolazione dell'importanza delle vaccinazioni all'effetto delle campagne mediatiche in atto contro i vaccini. Da qui l'allerta dell'Istituto, che auspica «interventi urgenti» e avverte: «L'andamento in netta diminuzione delle coperture a 24 mesi non può essere ignorato, anche alla luce delle recenti recrudescenze di malattie ritenute sotto controllo o eliminate».

LA STAMPA CON TE DOVE E QUANDO VUOI



E-mail

Password

ABBONATI



ACCEDI



+ Recupera password

TI POTREBBERO INTERESSARE ANCHE

Sponsor
(4WNNet)

02/02/2015
7650 euro al mese? Madre single di Roma guadagna 7650 euro al mese da casa!

18/01/2015

Scatta l'allerta per l'influenza suina Decine di ricoveri in terapia intensiva

20/05/2014

Usa, Cia: dopo bin Laden basta vaccinazioni come copertura

28/08/2014

Ebola, Oms: "Fermare l'epidemia entro 6-9 mesi". In Nigeria il primo decesso fuori da Lagos

30/01/2015

Poco spazio al mercato, ambulanti pronti a scioperare

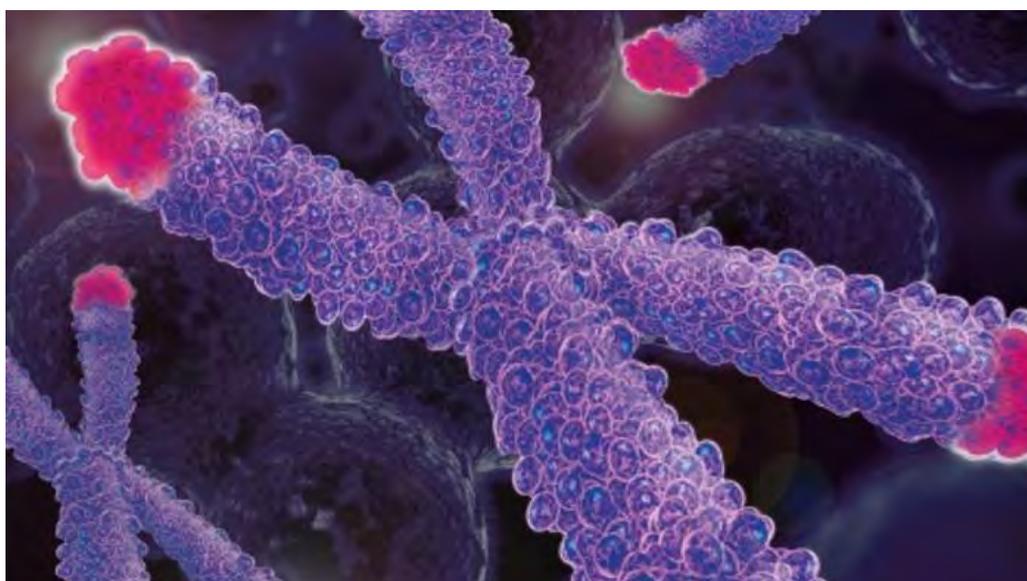
10/12/2014

Vaccinarsi? Un dubbio sempre più frequente nelle mamme

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

Telomeri, il “tallone d’achille” delle cellule del cancro

La scoperta è del gruppo di ricerca italiano



ROMA

Le cellule tumorali hanno un punto debole. È il telomero, ossia la porzione estrema del cromosoma, che in queste cellule si altera, rendendole sensibili all’azione dei farmaci. La scoperta è del gruppo diretto da Annamaria Biroccio dei laboratori di ricerca dell’Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma, che studia da tempo i telomeri e i suoi componenti quali potenziali bersagli terapeutici per il trattamento dei tumori umani.

Lo studio, pubblicato su *Nucleic Acid Research*, ha rivelato il meccanismo attraverso il quale i farmaci riescono a riconoscere - e di conseguenza uccidere - esclusivamente le cellule tumorali, lasciando intatte quelle sane. Il lavoro è finanziato da Airc (Associazione italiana per la ricerca sul cancro).

I telomeri sono porzioni di Dna che si trovano alle estremità dei cromosomi e per la loro funzione possono essere considerati l’orologio biologico della cellula; si accorciano ogni volta che la cellula si divide sin quando, divenuti criticamente corti, inducono un blocco della duplicazione e avviano la cellula verso un processo chiamato senescenza. A contrastare questo fenomeno del tutto normale, ed evidentemente connesso con l’invecchiamento cellulare, è la telomerasi, un enzima in grado di sintetizzare nuove sequenze telomeriche, allungando di fatto la vita cellulare. Nelle cellule tumorali la telomerasi continua ad agire con efficienza rendendole sempre giovani e quindi “immortali”. Al contrario, nelle cellule normali la telomerasi con gli anni si indebolisce fino a sparire. Gli studi sulla telomerasi e sui telomeri offrono filoni di ricerca interessanti per influenzare il processo di invecchiamento delle cellule tumorali.

«Proprio in questa direzione è orientata la ricerca del gruppo da me coordinato - spiega Biroccio - in particolare abbiamo identificato diverse molecole capaci di legare una particolare struttura dei telomeri, chiamata G-

quadruplex, e pertanto di bloccare l'accesso della telomerasi. I risultati che abbiamo ottenuto hanno chiaramente dimostrato che questa molecola non è un semplice inibitore della telomerasi, ma è in grado di distruggere rapidamente l'architettura dei telomeri determinando alterazioni citogenetiche che portano all'attivazione della morte cellulare programmata per apoptosi. Nello studio appena pubblicato, abbiamo scoperto che a rendere le cellule tumorali particolarmente sensibili all'azione di tali farmaci è la presenza di telomeri alterati».

«Infatti - continua l'esperta - quando abbiamo creato un telomero artificialmente non funzionale nelle cellule sane, tali cellule sono diventate sensibili al trattamento. Abbiamo inoltre individuato dei marcatori molecolari, come la proteina H2ax attiva, grazie ai quali è possibile identificare il grado di danno al Dna telomerico di una cellula tumorale, che rende le cellule suscettibili al trattamento».

«Tali marcatori - chiosa Ruggero De Maria, direttore scientifico del Regina Elena - potranno essere utilizzati in clinica per identificare i pazienti che risponderanno a farmaci antitumorali che danneggiano le estremità dei cromosomi».

www.adnkronos.com/

Un filo della vita senza nodi, scienziati italiani svelano il segreto dell'Rna



Nessuno l'aveva verificato prima ma l'Rna, coinvolto in molte funzioni cellulari tra cui la sintesi delle proteine, sembra essere l'unico 'filamento della vita' a non avere nodi. A descrivere la sua insolita struttura 'a trifoglio', che a differenza di quello che accade al Dna non si aggroviglia, è un team di ricerca di cui fanno parte ricercatori della Sissa di Trieste.

Nel corso degli anni, i progressi nel campo della biologia strutturale hanno stabilito che proteine e Dna non sfuggono alla legge statistica in base alla quale, se c'è un filamento molecolare abbastanza lungo e compatto, questo sarà inevitabilmente annodato. Ma nessuno finora aveva esaminato il caso del Rna. Utilizzando una banca dati pubblica che consente agli scienziati di condividere le informazioni sulla struttura di proteine, Dna e Rna, gli italiani Cristian Micheletti e Marco Di Stefano dalla Sissa, insieme a Henri Orland della Cea di Saclay in Francia, hanno avviato una ricerca dei nodi. "Ci aspettavamo che questa molecola lunga e molto flessibile si comportasse come le altre, e formasse nodi con una certa frequenza", spiega Micheletti. "Invece ci siamo trovati di fronte ad una sorpresa: su 6.000 strutture note, solo in tre casi c'erano nodi sospetti".

Sospetti, poiché i tre casi potrebbero in effetti essere falsi. "Il database, infatti, contiene più descrizioni della stessa molecola inserita da gruppi di ricerca distinti utilizzando diverse tecniche sperimentali con vari gradi di risoluzione. Confrontando le descrizioni alternative dei nostri candidati nodi, "non abbiamo riscontrato casi effettivi" di grovigli. In natura l'Rna tende ad assumere configurazioni geometriche particolarmente semplici. "Le ragioni alla base di questa disarmante semplicità sono probabilmente molteplici", continua Di Stefano. "E' plausibile che la composizione chimica dell'Rna si sia evoluta" così per facilitare le operazioni del macchinario molecolare che lo decodifica, per sintetizzare le proteine. Eventuali nodi influiscono negativamente il processo".

L'autunno del maschio

Dai 50 si riducono desiderio, muscoli voglia di fare. È il calo degli ormoni sessuali. Ma sul prendere testosterone c'erano dubbi. Che la ricerca invece ha risolto

RSALUTE

Andropausa. Calo di desiderio, depressione, osteoporosi come sintomi: è l'autunno del maschio. Un recente articolo della Mayo Clinic fugia i dubbi sulla pericolosità della cura ormonale, con cautela

Il testosterone come terapia ma niente abusi

GIUSEPPE DEL BELLO

HIOMA e barba incanutiscono, fa capolino la pancetta, ci si sente pigri e compare qualche dolore. Gli ineludibili segni dell'età annunciano l'ingresso in una nuova fase della vita. Vale per gli uomini così come per le donne dopo i 50. Ma se per queste ultime è più netta la linea di demarcazione tra "prima e dopo", con la menopausa che segna la fine dell'attività riproduttiva e lo stop del ciclo mestruale, conseguenza del calo di progesterone e di estrogeni, non altrettanto accade per i maschi. La paura del declino e di un autunno alle porte, in questo caso, si identifica nell'andropau-

sa. È il corrispettivo della menopausa? Vuol dire che diminuisce la libido e, dunque, sono a rischio pure le performance sotto le lenzuola? Dagli specialisti la prima puntualizzazione: l'andropausa non è l'equivalente della menopausa. «È un termine di uso comune, lo abolirei», azzarda Fabrizio Iacono, professore di Urologia alla Federico II di Napoli, «ma se bisogna dargli un'accezione scientifica direi che segna l'inizio di una lenta e progressiva trasformazione della sessualità. Un po' come passare da un pranzo consumato in un fast food a quello di un ristorante a 5 stelle. Do-



po i 50 ci vogliono pochi cibi ma di qualità, e per il sesso vale lo stesso principio». La metamorfosi fisiologica, così come la definisce il docente, è conseguenza del calo di testosterone che si registra dopo i 30 anni e che fa registrare alla soglia dei 50 una perdita dell'ormone di circa il 30 per cento. Una diminuzione che segue di pari passo le modificazioni che accompagnano tutti gli organi in rapporto all'età. «Il testosterone (il valore, nell'uomo, è maggiore di 346 nanogrammi per Dl, e si definisce basso se sotto 230) è prodotto per lo più dai testicoli, e supporta apparato scheletrico, prostata, corpi cavernosi, spermatogenesi e funzione sessuale. Intuitiva la funzione testosterone-dipendente del desiderio sessuale. Ma se l'ormone finisce sotto il limite minimo può servire implementarlo? «Un apporto limitato può giovare a mantenere tono e trofismo muscolare, quindi uno stato di benessere generale», risponde Iacono, «purché non ci si illuda che a un suo abuso corrispondano prestazioni da supermaschio. Per intenderci, alla Rocco Siffredi». Rimane acceso il dibattito sulle conseguenze di una terapia sostitutiva ormonale. Dagli effetti su cuore e sistema vascolare all'insorgenza di un tumore. Appena una settimana fa un articolo dedicato al testosterone da un'autorevole rivista della Mayo Clinic, metteva in dubbio l'esistenza di un nesso causa-effetto. Secondo Abraham Morgentaler, urologo del Beth Israel Medical Center di Boston, non ci sarebbe «alcuna chiara evidenza dagli studi pubblicati fino ad ora che l'assunzione di testosterone possa aumentare il rischio cardiovascolare». Subito dopo però, si legge: «Questo non vuol dire che la strategia terapeutica sia del tutto sicura. Mentre è riconosciuta una forte correlazione tra alti livelli di testosterone e riduzione del rischio cardiovascolare». In effetti, dal '40 a oggi, solo quattro studi ipotizzano che i pazienti in trattamento con testosterone siano più esposti a malattie cardiovascolari. Studi divisi a metà, dunque, rispetto alle conclusioni, tra quelli che esaltano la funzione protettiva e

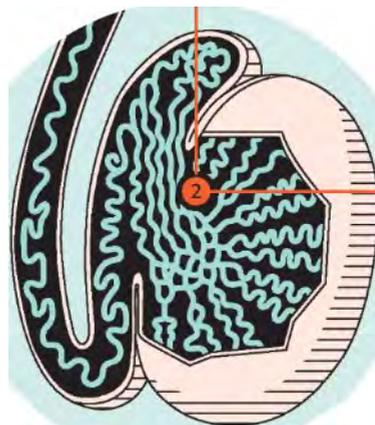
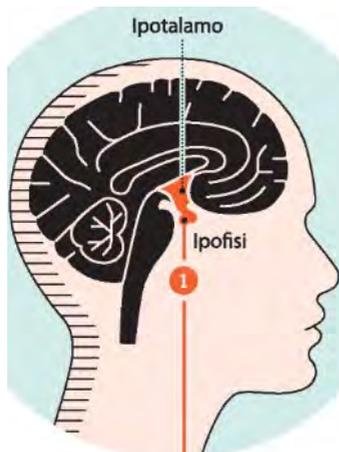
coloro che consigliano un atteggiamento più cauto. Salomonico il verdetto della Fda statunitense secondo cui nessuno studio scientifico arriva a conclusioni convincenti sull'aumentato rischio cardiovascolare. Sulla correlazione con i tumori, invece, Iacono taglia corto: «Anche su questo punto c'è discordanza di pareri. Ma sembra scontato che un abuso di terapia ormonale possa favorire l'atrofia testicolare, l'impotenza,

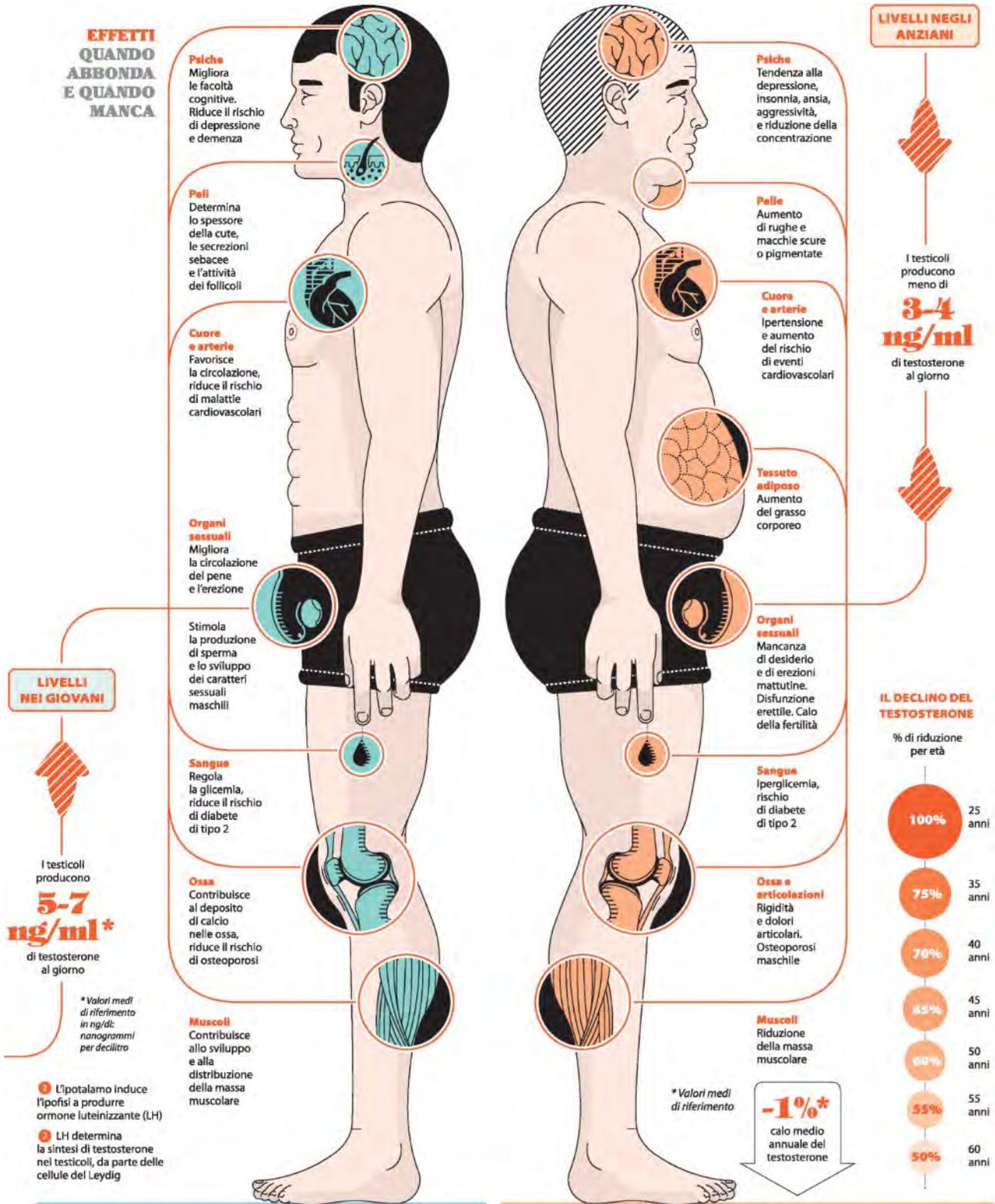
la sterilità, la cirrosi epatica, l'acne, la ginecomastia (crescita del seno), gli edemi dovuti a ritenzione idrica, la rottura di tendini, il tumore della prostata e del fegato. E la lista potrebbe continuare».

Per gli americani l'andropausa è la "late-onset hypogonadism" o Loh, cioè quell'ipogonadismo (ridotta funzione dei testicoli) che insorge tardivamente. E che riguarda tra il 3-7% degli uomini tra 40 e 69 anni, mentre dopo i 70 coinvolge il 18,4%. I sintomi con cui si manifesta sono sfumati, ma di certo il campanello d'allarme arriva dalla sfera sessuale. Con la conseguenza più temuta, il deficit o un insufficiente livello di erezione da cui, a sua volta, deriva depressione e irascibilità. Unica arma, la prevenzione. A cominciare dall'imprescindibile rispetto dello stile di vita. Dieta bilanciata, attività fisica, stop al fumo e meno alcolici, sono regole alla portata di tutti. E se non basta? «Si può prescrivere una ormonoterapia integrativa, simile a quella utilizzata nelle donne, a base di testosterone. In compresse, cerotti o iniezioni, nel dosaggio deciso dall'andrologo. Ovviamente, il protocollo va valutato individualmente e prima di iniziare sono d'obbligo gli esami del sangue: emocromo, colesterolo, trigliceridi e Psa, il cui valore è predittivo del rischio di tumore alla prostata. In questo caso gli ormoni vanno evitati. Come pure, durante l'ormonoterapia è necessario controllare periodicamente la prostata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

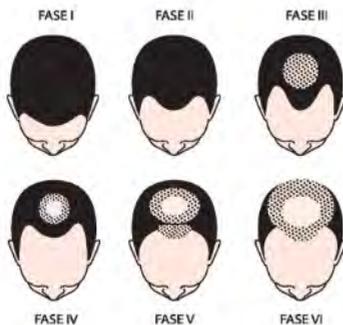
DEFICIT DI TESTOSTERONE, FATTORI DI RISCHIO





ALOPECIA ANDROGENETICA

La predisposizione a questo tipo di alopecia è legata a fattori genetici e ha inizio a circa 18 anni. La causa principale è un enzima prodotto nei follicoli piliferi che trasforma il testosterone libero, quello capace di penetrare nelle cellule, in un suo derivato - il diidrotestosterone o DHT - componente responsabile della calvizie



TESTOSTERONE E OBESITÀ

Il testosterone contrasta la tendenza all'aumento di peso. L'avanzare dell'età e il calo ormonale favoriscono sovrappeso e obesità. Gli uomini tendono ad avere "l'obesità di tipo androide o a mela": massa adiposa concentrata in viso, collo, spalle e soprattutto addome



FONTI: RIELABORAZIONE DATI RISALUTE / DEFICIT DAT ID ETÀ, HARMAN ET AL / MORALES A., ANDROGENS AND AGE RELATED DISEASES

Pillole di 9 mesi

Spesa farmaceutica stabile a 20 mld ma la compartecipazione dei cittadini sale (4,4%). Il report Aifa sui primi nove mesi 2014.

A PAG. 4-5

AIFA/ Nei primi nove mesi del 2014 spesa stabile a 20 mld, il copayment sale del 4,4%

Pillole più care per i cittadini

Lazio e Campania maglia nera - Oncologici al sorpasso, boom antidepressivi

La spesa farmaceutica complessiva è stabile a quota 20 miliardi (il 75,6% rimborsato dal Ssn), per circa 23 confezioni di medicinali a testa. Ma il livello di compartecipazione del cittadino continua a crescere e rispetto al 2013 è salito del 4,4% - tra ticket regionali e differenza tra il prezzo del farmaco acquistato dal cittadino e il prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto - con un esborso pari a 1,12 miliardi. La spesa privata totale a carico del cittadino è però scesa lievemente (-0,1%) soprattutto per la riduzione degli acquisti di farmaci di fascia C con ricetta medica (-1,8%) e dei farmaci di automedicazione (-0,5%). Sono alcuni dei dati sui consumi farmaceutici contenuti nel Rapporto nazionale gennaio-settembre 2014 dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa).

Permangono forti differenze regionali. E nella disomogeneità spiccano Campania e Lazio. La prima, con 1.268,2 euro pro capite, ha fatto registrare la spesa convenzionata più elevata, seguita a distanza da Puglia (163,1 euro) e Calabria (160,2 euro). Nel Lazio si rilevano invece i consumi medi giornalieri di farmaci più elevati (anche in questo caso seguono Calabria e Puglia).

«I dati della Campania e del Lazio - commenta la ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin** - ci continuano a dire che esiste un gap fortissimo rispetto alle altre Regioni che deriva dall'appropriatezza della prescrizione e dei controlli che non è solo un problema economico ma di salute dei cittadini. Nelle altre Regioni è stato avviato un percorso di appropriatezza che ha dato frutti e va esteso a tutte le Regioni d'Italia. La frammentazione non ci aiuta, ci rende meno efficienti e non garantisce la tenuta del sistema».

Il fragile equilibrio della spe-

sa. La spesa farmaceutica nazionale nei primi nove mesi del 2014 è stata pari a 19,9 miliardi di euro. Se da un lato si riducono (-1,7%) la spesa territoriale (che comprende i farmaci distribuiti attraverso le farmacie e la distribuzione diretta e per conto) a carico del Ssn (risultata pari a 8,769 milioni di euro) e il capitolo della spesa convenzionata in farmacia (-2,2%), continua dall'altro la crescita della spesa per medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: +5,6% rispetto al 2013 pari a 108,8 euro pro capite. La spesa in ambito ospedaliero è stata pari a 2 miliardi di euro: tra le Regioni che hanno speso di più la Lombardia, la Toscana e il Veneto. Ma si tratta di una voce praticamente fuori controllo in ogni Regione, rispetto ai limiti previsti dalla spending review, che supera di oltre un punto percentuale il tetto del 3,5% del Fondo sanitario nazionale e che a fine anno sforerà prevedibilmente di un miliardo di euro. Basti pensare infatti che il «rosso» rilevato a ottobre (si tratta di una stima ancora non ufficiale e data in anteprima) ammonta già a 975 milioni. Una cifra destinata a salire, come solitamente accade, per gli acquisti che le Regioni fanno nell'ultima fase dell'anno.

Farmaci innovativi per l'Epatite C: Sofosbuvir al ralenti nelle Regioni. La sfida fondamentale per la sostenibilità del Ssn è quella dei costosi farmaci innovativi. In attesa di trovare una soluzione con i partner Ue per aumentare il potere contrattuale degli Stati acquirenti (joint procurement) l'Italia ha istituito con la legge di Stabilità 2015 un fondo sperimentale di 1 miliardo. Tuttavia, a oggi, il nuovo farmaco Sofosbuvir per l'eradicazione dell'epatite C, denuncia Pani, è stato erogato «solo a 30 pazienti, e solo in 5-6 Regioni. È scandaloso».

Le categorie di farmaci più

prescritte. Per la prima volta dal '98, ma anche di più, la spesa per i farmaci antineoplastici e immunomodulatori (3 mld) ha superato quelli per il sistema cardiovascolare (2,7 mld), che restano al primo posto per consumo. Al secondo posto tra i più prescritti e al terzo per spesa pubblica restano saldi i farmaci dell'apparato gastrointestinale (1,9 mld, ad alto tasso di inappropriata, gli inibitori di pompa acida che generano «sprechi» intorno ai 300 milioni di euro). Seguono i medicinali per sangue e organi emopoietici (al terzo posto per consumi e al quinto per spesa con 1,4 mld) e quelli per il sistema nervoso centrale (quarto posto per prescrizione e sesto per spesa con 1,4 mld), con in testa gli antidepressivi, che hanno evidenziato «ampi spazi di miglioramento dell'appropriatezza d'uso».

Un nodo fondamentale, quello del trattamento della depressione, che inciderà anche sulla sostenibilità del sistema. E sul quale pesa, fa notare il direttore generale dell'Aifa, **Luca Pani** «una carenza dei servizi nazionali di assistenza psichiatrica sul territorio, anche riguardo alla presa in carico precoce del disagio in età pediatrica e adolescenziale». «Alcuni recenti studi internazionali - continua Pani - indicano che nel 2030 la depressione, dopo le malattie cardiovascolari, sarà la patologia responsabile della perdita del più elevato numero di anni di vita attiva e in buona salute. E inevitabilmente gli antide-

pressivi rappresentano a oggi una delle principali componenti della spesa farmaceutica pubblica. Nell'ultimo decennio il consumo è cresciuto in maniera drammatica: da una parte, per l'aumentata prevalenza di depressione e altri disturbi psichiatrici, quali ansia e attacchi di panico; dall'altra, per la maggiore maneggevolezza di altri antidepressivi di recente commercializzazione e degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina».

Antidolorifici: volano gli oppioidi. Spie accese anche sull'inappropriatezza degli analgesici. Il tapentadolo (un oppiaceo) si colloca al terzo posto tra i primi trenta principi attivi a maggior variazione di spesa convenzionata con un incremento del 38,5%. «Anche in Italia - spiega Pani - si è abbassata la soglia del dolore e l'uso di antidolorifici è in aumento. Con un Paese diviso in due: al Nord soprattutto oppioidi, al Sud soprattutto antinfiammatori, con il conseguente incremento dell'uso di gastroprotettori. Si è notato soprattutto un impiego inappropriato di oppioidi negli anziani, con il rischio di abusi e dipendenze». Fenomeno, sottolinea Aifa, che non ha nulla a che fare con una corretta terapia del dolore e con l'erogazione delle cure palliative per i malati terminali.

pagine a cura di
Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Variabilità regionale del consumo di antibiotici: consumi primi nove mesi del 2014 in termini di Ddd/1.000 ab die

Regione	Ddd/1.000 ab. die 2014	Var. % 2014/2013	Regione	Ddd/1.000 ab. die 2014	Var. % 2014/2013	Regione	Ddd/1.000 ab. die 2014	Var. % 2014/2013	Regione	Ddd/1.000 ab. die 2014	Var. % 2014/2013
Piemonte	16,6	-5,6	Veneto	15,5	-5,6	Marche	22,5	-3,7	Puglia	29,3	0,3
V. d'Aosta	16,7	-4,5	Friuli V.G.	14,6	-6,7	Lazio	23,8	-6,4	Basilicata	24,9	-2,4
Lombardia	17,3	-5,9	Liguria	13,8	-7,8	Abruzzo	24,4	-1,7	Calabria	27,6	0,3
Pa Bolzano	11,8	-6,8	Emilia R.	17,4	-4,4	Molise	24,5	1,3	Sicilia	25,3	-5,1
Pa Trento	17,1	-2,6	Toscana	19,4	-7,0	Campania	31,9	-0,5	Sardegna	19,7	-1,3
			Umbria	23,3	-6,0				Italia	21,2	-4,0

Composizione della spesa farmaceutica nei primi 9 mesi del 2014

	Spesa (mln €)	%	Δ% 2014/2013
Spesa convenzionata lorda	8.244	41,5	-2,4
Distribuzione diretta e per conto di fascia A	2.314	11,6	3,3
Classe A privato	905	4,6	0,0
Classe C con ricetta	2.210	11,1	-1,8
Automedicazione (farmacie pubbliche e private)	1.727	8,7	0,5
Asl, aziende ospedaliere, Ria e penitenziari *	4.475	22,5	10,3
Totale	19.875	100,0	1,2

(*) Al netto della spesa per i farmaci erogati in distribuzione diretta e per conto di fascia A

Automedicazione (farmacie pubbliche e private)

8,7%

Classe C con ricetta

11,1%

Classe A privato

4,6%

Asl, aziende ospedaliere, Ria e penitenziari *

22,5%

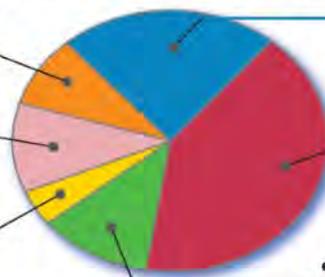
Spesa convenzionata lorda

41,5%

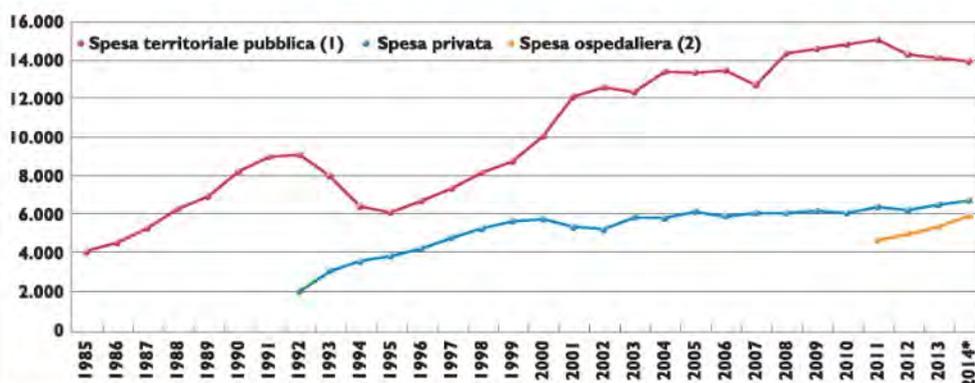
Distribuzione diretta e per conto di fascia A

11,6%

(*) V. nota tabella



Spesa farmaceutica in Italia nel periodo 1985-2014 (milioni di euro)



(1) Spesa territoriale pubblica (comprensiva della spesa farmaceutica convenzionata - a lordo del pay-back e sconto) e della distribuzione diretta e per conto di fascia A-Ssn, incluse le compartecipazioni a carico del cittadino

(2) Spesa strutture sanitarie pubbliche (a lordo del pay-back) al netto della distribuzione diretta e per conto di fascia A-Ssn

(*) Stimato sulla base dell'andamento dei primi 9 mesi

Fonte: elaborazione OsMed su dati Nsis, del ministero dell'Economia e delle finanze e Ims health

Spesa farmaceutica territoriale: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2010-2014

		2010 (mln)	2011 (mln)	2012 (mln)	2013 (mln)	2014 (mln)	Δ% 11/10	Δ% 12/11	Δ% 13/12	Δ% 14/13
1 + 2 + 3 + 4	Spesa convenzionata lorda	9.725	9.375	8.666	8.450	8.244	-3,6	-7,6	-2,5	-2,4
1 + 2	Compartecipazione del cittadino	714	975	1.052	1.074	1.121	36,6	7,9	2,1	4,4
1	Ticket per confezione	321	401	401	421	411	24,9	0,0	5,0	-2,4
2	Quota prezzo di riferimento	393	574	651	653	710	46,1	13,4	0,3	8,7
3	Sconto (1)	588	624	584	698	669	6,1	-6,4	19,5	-4,2
4	Spesa convenzionata netta	8.423	7.776	7.029	6.678	6.455	-7,7	-9,6	-5,0	-3,3
5	Distribuzione diretta di fascia A (2)	1.608	2.124	2.124	2.240	2.314	32,1	0,0	5,5	3,3
4 + 5	Spesa territoriale	10.031	9.900	9.153	8.918	8.769	-1,3	-7,5	-2,6	-1,7

(1) Comprende lo sconto per fasce di prezzo posto a carico delle farmacie; l'extrasconto da Determinazione Aifa 9 febbraio 2007, successivamente modificata dalla Determinazione Aifa 15 giugno 2012; e lo sconto a carico dell'industria da Determinazione Aifa 30 dicembre 2005.

(2) Spesa distribuzione diretta e per conto di fascia A, comprensiva - nel caso di Regioni con dati mancanti - del valore del 40% della spesa farmaceutica non convenzionata rilevata attraverso il flusso della "Tracciabilità del farmaco", ai sensi della legge 222/2007. In particolare, è stata applicata tale procedura alla Sardegna (per il periodo giugno-settembre); il dato della distribuzione diretta e per conto non è consolidato e, pertanto, coincide con la stima sviluppata nell'ambito del monitoraggio periodico della spesa farmaceutica condotto dall'Aifa.

Fonte: elaborazione OsMed su dati Nsis, Agenas e Ims health

Spesa e consumo in regime di assistenza convenzionata di classe A-Ssn dei farmaci a brevetto scaduto (1)

	Consumi totali		Consumi farmaci a brevetto scaduto			Spesa lorda farmaci a brevetto scaduto			% Spesa equivalenti (2)
	Ddd/1.000 ab die	Δ% 2014/2013	Ddd/1.000 ab die	% sul totale Ddd	Δ% 2014/2013	€ pro-capite	% sul totale spesa	Δ% 2014/2013	
Piemonte	973,4	0,6	687,3	70,6	13,2	61,8	51,3	6,9	33,5
V. d'Aosta	968,4	2,0	670,1	69,2	15,8	58,1	48,6	8,8	33,9
Lombardia	951,1	-0,8	662,9	69,7	9,7	61,2	47,7	6,8	39,9
Pa Bolzano	764,6	1,2	558,6	73,1	16,8	48,3	49,9	10,4	37,2
Pa Trento	972,0	2,8	662,2	68,1	17,3	57,1	52,8	10,1	44,6
Veneto	946,1	-2,4	674,8	71,3	8,1	60,9	51,9	5,9	34,9
Friuli V.G.	994,4	0,3	705,0	70,9	13,6	60,8	50,5	6,5	35,2
Liguria	883,7	-2,6	625,8	70,8	8,5	60,2	51,9	5,0	32,2
Emilia R.	971,0	-0,5	718,1	73,9	13,5	59,2	56,9	6,8	35,7
Toscana	986,2	0,0	711,6	72,2	11,9	60,1	55,7	5,7	33,6
Umbria	1.094,9	-2,4	805,8	73,6	9,0	68,4	55,7	4,1	27,3
Marche	1.029,2	1,6	731,6	71,1	15,3	70,4	52,6	9,1	24,8
Lazio	1.184,2	-0,3	798,3	67,4	11,8	79,0	51,3	5,2	23,0
Abruzzo	1.059,6	2,2	730,8	69,0	15,9	74,5	48,9	9,8	26,9
Molise	1.019,8	5,0	724,8	71,1	21,9	71,1	52,9	11,8	20,8
Campania	1.118,7	3,5	772,9	69,1	12,7	83,2	49,5	9,1	19,4
Puglia	1.157,9	2,2	826,2	71,4	15,1	85,0	52,1	9,7	23,1
Basilicata	1.007,3	1,3	710,5	70,5	17,2	70,4	52,4	10,6	19,3
Calabria	1.179,3	3,0	808,8	68,6	15,2	82,8	51,7	8,9	19,3
Sicilia	1.111,2	-3,6	788,3	70,9	7,7	79,4	50,4	-0,4	20,0
Sardegna	1.125,5	1,0	775,2	68,9	16,7	74,4	48,7	10,1	27,7
Italia	1.035,9	0,0	728,9	70,4	11,9	69,2	51,1	6,6	28,8
Nord	952,2	-0,8	675,8	71,0	11,0	60,5	50,8	6,7	36,6
Centro	1.092,0	-0,0	761,7	69,8	12,1	70,8	52,9	5,9	26,5
Sud e isole	1.122,0	1,1	785,3	70,0	12,9	80,7	50,5	7,0	21,5

(1) L'analisi è stata effettuata utilizzando le liste di trasparenza pubblicate mensilmente dall'Aifa.

(2) Calcolato sul totale della spesa per i farmaci a brevetto scaduto. Si intendono farmaci equivalenti i medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, a esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale, ai sensi dell'articolo 1-bis del DL 27 maggio 2005, n. 87, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 2005, n. 149.

Spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata: confronto fra i primi 9 mesi (2010-2014)

		2010 (mln)	2011 (mln)	2012 (mln)	2013 (mln)	2014 (mln)	Δ% 11/10	Δ% 12/11	Δ% 13/12	Δ% 14/13
1	Spesa convenzionata netta	8.423	7.776	7.029	6.678	6.455	-7,7	-9,6	-5,0	-3,3
2	Distribuzione diretta e per conto di fascia A	1.608	2.124	2.124	2.240	2.314	32,1	-0,0	5,5	3,3
1 + 2	Totale spesa pubblica	10.031	9.900	9.153	8.918	8.769	-1,3	-7,5	-2,6	-1,7
3	Compartecipazione del cittadino	714	975	1.052	1.074	1.121	36,6	7,9	2,1	4,4
4	Acquisto privato di fascia A (1)	708	810	852	905	905	14,4	5,2	6,2	0,0
5	Classe C con ricetta	2.338	2.421	2.275	2.251	2.210	3,6	-6,0	-1,1	-1,8
6	Automedicazione (Sop e Otc)	1.550	1.610	1.608	1.736	1.727	3,9	-0,1	8,0	-0,5
3 + 4 + 5 + 6	Totale spesa privata	5.310	5.816	5.787	5.966	5.963	9,5	-0,5	3,1	-0,1
	Totale spesa farmaceutica	15.341	15.716	14.940	14.884	14.732	2,4	-4,9	0,4	-1,0
	Quota a carico Ssn (%)	65,4	63,0	61,3	59,9	59,5				

(1) Il dato relativo alla spesa privata di farmaci rimborsabili dal Ssn è ricavato per differenza tra la spesa totale (stimata da lms) e la spesa a carico del Ssn (ottenuta dai dati Osmed).

Fonte: elaborazione OsMed su dati Nsis lms health (per i dati di spesa privata)

ANTIBIOTICI IN CALO (-4%)

Le campagne ministeriali di informazione e sensibilizzazione per un uso appropriato degli antibiotici, soprattutto tra Mmg e pediatri, hanno dato i loro frutti. Il consumo di antibiotici nei primi nove mesi del 2014 si è infatti ridotto del 4% rispetto allo stesso periodo del 2013 (nessuna riduzione in Puglia, Calabria e Molise). I maggiori consumi si rilevano in Campania, seguita da Puglia e Calabria mentre nella Pa di Bolzano, in Liguria e in Friuli Venezia Giulia si registrano meno prescrizioni. Penicilline, seguite da macrolidi e fluorochinoloni le categorie maggiormente impiegate.

In regime di assistenza convenzionata sono state consumate 21,2 dosi giornaliere ogni mille abitanti di antibiotici, facendo registrare una riduzione, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, del -4%. Anche la spesa per questa categoria di farmaci ha segnato una riduzione, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, del -3,8%. Il valore pro capite è stato pari a 9,1 euro. I consumi hanno continuato a mostrare un'ampia variabilità regionale e, in particolare, sono stati caratterizzati da un gradiente Nord-Sud. La Campania (31,9 dosi giornaliere per 1.000 abitanti), seguita da Puglia (29,3 dosi giornaliere per 1.000 abitanti) e Calabria (27,6 dosi giornaliere per 1.000 abitanti) continua a essere la Regione con il maggior consumo di antibiotici.

LE AREE DELL'INAPPROPRIATEZZA

A rischio di inapproprietezza gli antipertensivi (sartani), in associazione a calcio-antagonisti, comprendenti molecole con copertura brevettuale; gli inibitori di pompa e gli antidiabetici.

Per quanto riguarda i farmaci per la prevenzione del rischio cardiovascolare, l'analisi dei dati Asl mostra che in poco più della metà dei pazienti (55,2%) il trattamento antipertensivo viene assunto con continuità, sebbene questo indicatore evidenzia un andamento negli ultimi anni che si muove nella direzione dell'appropriatezza. Per la depressione, indipendentemente dall'antidepressivo utilizzato (Ssri o antidepressivi triciclici), le linee guida raccomandano un trattamento di almeno 6 mesi nei pazienti affetti da depressione, in virtù dell'alto rischio di recidiva a cui si attribuisce gran parte dei costi economici e sociali della depressione. Precedenti studi osservazionali hanno tuttavia dimostrato che quasi il 50% dei pazienti in trattamento con antidepressivi sospende il trattamento nei primi tre mesi di terapia e oltre il 70% nei primi 6 mesi.

I dati provenienti dai database amministrativi delle Asl mo-

strano che nel 2014 la percentuale di pazienti aderenti risulta solo del 39,1%, sebbene in lieve aumento rispetto agli anni precedenti. Si registra una percentuale pari al 23,6% di pazienti trattati con farmaci antidepressivi occasionali, sebbene in calo rispetto al 2013.

Per i farmaci antidiabetici i dati Istat 2013 evidenziano che sono circa 3,2 milioni i soggetti affetti da diabete, pari al 5,4% della popolazione italiana. È emersa nel 2014 una percentuale di pazienti aderenti al trattamento con farmaci antidiabetici pari al 61,7%, in leggero aumento rispetto all'anno precedente. A partire dal Rapporto annuale 2013 è stata valutata la percentuale di pazienti in trattamento con gli inibitori della dipeptidil-peptidasi IV (DPP-IV) senza i criteri previsti dalle precisazioni Aifa sulle limitazioni generali alla rimborsabilità di questi farmaci. Tale percentuale è risultata pari al 27,9%, registrando una riduzione rispetto al 2013. Dall'altro lato, si riduce anche la percentuale di pazienti non in trattamento con DPP-IV che hanno i criteri previsti dalle precisazioni Aifa sulle limitazioni generali alla rimborsabilità di questi farmaci.

BREVETTO SCADUTO IN AUMENTO (11%)

Continua a crescere anche nei primi mesi del 2014 (+11%) l'uso dei medicinali a brevetto scaduto, che rappresentano il 70% delle dosi consumate ogni giorno e oltre la metà (51,1%) della spesa farmaceutica convenzionata: Molise (+21,9%) e la Provincia autonoma di Trento (+17,3%) sono le Regioni con i maggiori incrementi rispetto al 2013.

Il consumo medio più elevato si registra in Emilia Romagna (73,9%), Umbria (73,6%) e Provincia autonoma di Bolzano (73,1%), mentre Lazio (67,4%), Provincia autonoma di Trento (68,1%) e Calabria (68,6%) sono le Regioni con i livelli più bassi.

L'Emilia Romagna (56,9%), la Toscana e l'Umbria (55,7%) sono risultate le Regioni con la maggiore quota di spesa per medicinali a brevetto scaduto, mentre la minore incidenza è stata registrata in Lombardia (47,7%), Valle d'Aosta (48,6%) e Sardegna (48,7%).

La percentuale di spesa per i farmaci equivalenti (farmaci a base di principi attivi con brevetto scaduto, a esclusione di quelli che hanno goduto di una copertura brevettuale) è stata pari al 28,8% del totale dei farmaci a brevetto scaduto. Complessivamente, i primi venti principi attivi a brevetto scaduto rappresentano circa il 50% dei consumi di tutti i farmaci a brevetto scaduto.

Il pantoprazolo e il lansoprazolo, sceso in seconda posizione nel 2014, sono risultati i principi attivi a brevetto scaduto a maggior spesa, con rispettivamente 217,5 e 189,2 milioni di euro.

I livelli di assistenza di **Lorenzin**: entrano anche Hpv, eterologa e hi-tech ai disabili, alt ai medici spreconi

Nuovi Lea e tagli, Regioni in trincea

Costeranno 470 mln in più, mentre i governatori dovranno rinunciare a 2,7 mld

Edopo 14 anni, arrivano i nuovi Lea: la ministra **Beatrice Lorenzin** è pronta a discuterli con le Regioni per poi renderli effettivi. Tra new entry e prestazioni che escono, il saldo è di 470 mln in più. La parola d'ordine è appropriatezza, le prestazioni dovranno portare vantaggi ai cittadini, senza sprechi. Tra le novità: epidurale, eterologa, nuovi vaccini, presidi hi-tech per i non autosufficienti. Resta da scio-

gliere il nodo sostenibilità per le Regioni, alla luce del mancato aumento del Fondo 2015 per 2,2 mld previsto dalla manovra, cui si sommano altri 500 mln per l'edilizia sanitaria che non arriveranno. In attesa che Regioni e Governo si rivedano: la data del 31 gennaio per l'accordo sul taglio non è considerata perentoria. Intanto i privati alzano le barricate.

VAZZA A PAG. 6-7

RIFORME/ Al via il confronto sui livelli essenziali di assistenza tra **Lorenzin** e governatori

Ecco la carica dei nuovi Lea

Entrano eterologa, vaccino Hpv, presidi hi-tech - Un saldo di +470 mln

Tanto tuonò che piovve. Annunciati, rinviati e alla fine approvati, arrivano, dopo 14 anni dalla prima istituzione, i nuovi Lea. Nati sotto il segno dell'appropriatezza e del contrasto neanche troppo implicito alla medicina difensiva. L'elenco sarà presentato forse già mercoledì 4 febbraio dal ministro **Beatrice Lorenzin** alle Regioni in un incontro che si preannuncia caldo. Per le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale deve garantire ai cittadini - a totale carico dello Stato o dietro pagamento di un ticket - sono previste più spese per 470 mln, tra maggiori costi per 1,99 miliardi e risparmi di calcolati in 1,54 miliardi.

Finiranno sotto controllo i medici «spreconi», quelli che esagerano con le prescrizioni di visite ed esami specialistici inutili. E andranno sotto la lima dei nuovi Lea 35 casi di analisi «reflex», concesse gratis una seconda volta solo se il primo esame ne dimostra la reale necessità. Oggi le prestazioni in modalità reflex valgono almeno 38 milioni. Inoltre, come già avviene per i farmaci, debuttano le note limitative alla concessione gratis di esami diagnostici.

E se parliamo di appropriatezza, nel mirino non possono che finire i parti cesarei, accompagnati da misure disincentivanti che le Regioni dovranno varare per evitare sprechi. Le donne potranno partorire con l'epidurale (gratis), e a tutti i nuovi nati sarà garantito lo scree-

ning neonatale. E, fiore all'occhiello del ministro **Lorenzin**, a tutte le coppie italiane che lo desiderano sarà garantita la procreazione assistita, omologa ed eterologa.

Prevenzione. Nei nuovi Lea sono previste le vaccinazioni gratuite per varicella, pneumococco, meningococco e Hpv: l'onere quantificabile è di 138 mln, ma al netto del fatto che in molte Regioni questi vaccini sono già erogati gratuitamente nel quadro di intese e del piano nazionale vaccini, il saldo si riduce a 68 milioni.

Non autosufficienti. Notevoli le novità a favore dei cittadini disabili e in generale per la popolazione non autosufficiente, che è in costante crescita in tutto il Paese. Il Ssn si farà carico degli apparecchi acustici digitali di ultima generazione, degli scooter a quattro ruote, dei sollevatori per la vasca da bagno, dei kit di motorizzazione per le carrozzine. Merita una segnalazione l'introduzione di ausili informatici per aiutare la comunicazione di malati con gravi limitazioni funzionali. Introdotti anche gli alimenti aprotici, indispensabili per i malati di reni: una buona notizia che le associazioni aspettavano da tempo e che dovrebbe costare 24 milioni. Dalle stime ministeriali si legge che per l'assistenza integrativa e protesica si spenderanno 424 milioni, ma se ne recupereranno 250 da politiche di razionalizzazione e revisione delle tariffe da cui non si potrà prescindere.

La stretta sui ricoveri. Oltre alle novità che hanno più un impatto sociale che economico (epidurale, procreazione assistita, screening neonatale), si punta a recuperare risorse dall'assistenza ospedaliera più a rischio sprechi. Innanzitutto, come detto, dalla fissazione di soglie per limitare al minimo necessario il ricorso al parto cesareo, ma soprattutto dai paletti per il ricorso al day hospital, il day surgery e le lungodegenze.

Sarà ridotto il numero dei ricoveri diurni sia per i Drg medici che chirurgici: anche se, dal quadro che si profila, ne risentiranno particolarmente i Drg medici per effetto dell'introduzione nella specialistica ambulatoriale di prestazioni storicamente erogate in ambito ospedaliero. Da questo ci si aspetta una riduzione della spesa di circa 57 milioni, mentre il gettito atteso dal ticket è stimato dal ministero in 8 milioni.

Patologie croniche. Nell'aggiornamento trova posto la Bpco nei



tre livelli: moderato, grave e molto grave. Le osteomieliti croniche, le patologie renali, il rene policistico, la Talidomide, le endometriosi di III e IV stadio. Tra le new entry: celiachia (che prima era considerata rara), sindrome di Down e connettività indifferenziate. È stata esclusa dall'elenco la Sindrome di Kawasaki, perché è acuta e a risoluzione spontanea e dunque fuori dal novero previsto dal Dm 329/1999, che individua le condizioni perché le patologie siano considerate croniche e invalidanti.

Malattie rare. Altro capitolo significativo, le malattie rare: sono state introdotte oltre 110 nuove patologie. Tra le nuove entrate la sclerosi sistemica e la miastenia grave. È stata confermata l'inclusione nell'elenco di gruppi di malattie come le sindromi da neoplasie endocrine multiple e la classificazione dei difetti congeniti del metabolismo.

Il confronto politico. Fin qui i contenuti e le buone intenzioni. Ma il finale di partita sui nuovi Lea è tutto da scrivere. Da una parte se il ministro **Lorenzin** sulle nuove prestazioni ha allargato i cordoni della borsa con un aggiornamento che peserà circa 470 mln sul Ssr, sull'altra sponda i governatori sembrano ormai rassegnati a rinunciare all'aumento del Fondo 2015 per 2,7 mld, in modo da compensare il colpo del taglio da 4 mld della manovra 2015. Quindi il braccio lungo del Governo sui nuovi Lea rischia di essere vanificato dai tagli

alle Regioni imposti dallo stesso Governo.

Ora sui Lea la palla passa a «un dibattito serio e rigoroso», ha specificato il sottosegretario alla Salute **Vito De Filippo**. «È stato fatto un lavoro complicato, a cui le Regioni hanno partecipato. E spero che sul documento si apra velocemente una valutazione e si arrivi a una decisione». E anche Raffaele Calabrò (Ncd, commissione Affari sociale) ha chiarito che «i nuovi Lea sono necessari, coraggiosi e, si spera, capaci realmente di constatare l'inappropriatezza prescrittiva». Che ci sia bisogno di confronto è chiaro. Perché, come ha sottolineato Luca Coletto, coordinatore della Commissione Sanità della Conferenza delle Regioni, ma «aspettiamo di valutare cosa entra e cosa esce dai livelli essenziali di assistenza», e comunque «sarebbe stato molto meglio se ci avessero lasciato i 4 miliardi che ci vogliono tagliare in modo lineare». Insomma, la conferma che la partita, quella finanziaria, resta aperta e complicata. Anche la Cisl ha commentato positivamente l'introduzione delle nuove prestazioni: «L'arrivo dei nuovi Lea è una notizia positiva, ma riteniamo che il Governo debba avviare subito un confronto serio con i sindacati su come realizzare interventi ad hoc in tema di sanità, sostegno e cura», ha spiegato Maurizio Bernava, segretario confederale del sindacato.

In attesa di sviluppi anche Fede-

ranziani che esprime soddisfazione per «l'importante razionalizzazione condotta dal **ministro della Salute Beatrice Lorenzin** attraverso il lavoro per l'aggiornamento dei Lea, oggi sottoposti all'attenzione delle Regioni», spiega l'associazione. Celerità è quello che chiede anche l'Associazione Luca Coscioni, «Bene la bozza di decreto sui Livelli essenziali di assistenza, ora i tempi siano veloci», ha affermato il segretario Filomena Gallo. Insomma, nella partita dei nuovi Lea tutti sembrano in attesa di capire la direzione reale che Governo e Regioni prenderanno. C'è chi spera che gli elenchi delle prestazioni anticipati dalla stampa non siano del tutto chiusi e si augura che vengano inserite patologie emergenti come la ludopatia, la dipendenza da gioco d'azzardo, come ha chiesto don Armando Zappolini, portavoce di «Mettiamoci in gioco». Tra i nuovi inserimenti anche l'adroterapia contro i tumori, definita da Umberto Veronesi «una scelta di successo, una comprensione del fatto che bisogna dare alle tecnologie lo spazio che meritano». L'adroterapia, le terapie con adroni, sono un successo coltivato dal nostro Paese, in cui è presente il centro più avanzato d'Europa, il Cnao di Pavia, dove si trattano già tumori con ioni di carbonio: un trattamento che al momento esiste solo in Giappone.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Impatto complessivo dei nuovi Lea (stima)

Livello di assistenza	Prestazioni aggiuntive	Effetti misure di contenimento	Impatto netto
ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA			
Attività di prevenzione rivolta alle persone	138		
Prestazioni già erogate		70	
Importo sub totale	138	70	68
ASSISTENZA DISTRETTUALE			
A) Specialistica ambulatoriale	1.500		
prestazioni già in erogazione		1.000	
criteri di appropriatezza		230	
prestazioni reflex		8	
maggiori ticket		5	
Impatto			258
ASSISTENZA INTEGRATIVA-PROTESICA			
B) Acquisto in serie e appropriatezza	423,7		
Impatto			173,5
C) Particolari categorie	5		5
Importo sub totale (A - B - C)	1.928,7	1.492	178,7
ASSISTENZA OSPEDALIERA			
Appropriatezza		57,715	
Importo sub totale	13,75	57,515	-43,965
Totale complessivo (mln/euro)	1.942,45	1.549,72	460,735

Specialisti, "sconto" di un anno

Arrivano le firme dei ministri e si parte. Nel decreto di riordino delle scuole di specializzazione di Medicina arriva l'attesa riduzione (in media di un anno) del percorso di formazione. Ma anche una retromarcia: salta l'ipotesi dell'esame nazionale di certificazione per singola specialità.

BARTOLONI A PAG. 16-17

Con il varo del decreto di riordino delle scuole scatta la riduzione del percorso di formazione

La specializzazione è più breve

Subito la revisione degli ordinamenti e i bandi entro il 28 febbraio

Tutto confermato, o quasi. Nel decreto di riordino delle scuole di specializzazione di Medicina - alla firma venerdì scorso del ministro **Beatrice Lorenzin** - arriva l'attesa riduzione (in media di un anno) del percorso di formazione dei giovani medici. Ma anche una retromarcia: salta l'ipotesi di chiamare i giovani medici specializzandi a fronteggiare un esame nazionale di certificazione per singola specialità, una sorta di bollino di qualità che ne attestasse la preparazione. Il resto della riforma resta invece come era stato anticipato.

La decisione di rinunciare a questa certificazione delle competenze nasce in particolare dalla preoccupazione che un test finale potesse alla fine rivelarsi un boomerang oneroso se non anche "rischioso" (basta ricordare la pioggia di polemiche scatenate dopo i pasticci del primo concorso nazionale per le scuole di specializzazione). Da qui la scelta di rinunciare, anche se molto probabilmente si farà una sperimentazione.

In attesa di leggere tutti i dettagli nel decreto interministeriale che andrà in Gazzetta restano confermate le novità più importanti. A cominciare dal fatto che la durata delle scuole viene ridotta mediamente di un anno (la riduzione del percorso di studio riguarda oltre 30 Scuole su 55). Non esisteranno infatti più percorsi di studio di 6 anni: potranno essere di 3 anni (5 scuo-

le), 4 (34 scuole) o 5 anni (16 scuole) al massimo. È previsto anche l'accorpamento di cinque scuole precedentemente esistenti. In particolare: Medicina tropicale sarà accorpata a Malattie infettive che assume la nuova denominazione di Malattie infettive e tropicali; Neurofisiopatologia confluirà in Neurologia; Chirurgia dell'apparato digerente sarà assorbita da Chirurgia generale; Biochimica clinica sarà invece accorpata alla Patologia clinica che assume la nuova denominazione di Patologia clinica e Biochimica clinica. Inoltre Tossicologia medica sarà accorpata a Farmacologia che assume la nuova denominazione di Farmacologia e Tossicologia clinica. Infine due Scuole - medicina aeronautica e spaziale e odontoiatria clinica generale - vengono soppresse. Le Scuole di specializzazione passano dunque dalle attuali 61 a 55. E anche i contratti per gli specializzandi dovrebbero aumentare: i risparmi del riordino dovrebbero infatti finanziare 700 borse in più.

Per guadagnare tempo, in attesa che sia pubblicato in «Gazzetta» il decreto di riordino, il Miur è già al lavoro sul secondo bando di concorso nazionale per l'ingresso nelle Scuole. Da qui la richiesta del ministro **Giannini** agli atenei - una quarantina quelli coinvolti - di «rivedere a tempo di record gli ordinamenti». Il tempo è strettissimo, visto che il nuovo bando

dovrebbe uscire a fine febbraio. Ma la **Giannini** è fiduciosa: «Non ho dubbi che rispetteremo la scadenza del 28 febbraio e la prova sarà entro aprile». Il decreto nei suoi corposi allegati mette infatti mano agli ordinamenti didattici delle Scuole di specializzazione, con i relativi obiettivi formativi, rivedendo la distribuzione dei crediti fra le attività previste. Almeno il 70% della formazione - ha spiegato lo stesso **Miur** - dovrà poi essere dedicato allo svolgimento di attività professionalizzanti (pratiche e di tirocinio). Gli specializzandi potranno fare il loro percorso all'interno di una rete formativa più ampia che potrà includere, oltre alle strutture universitarie, i presidi ospedalieri e le strutture territoriali del Servizio sanitario, attraverso un meccanismo rigoroso di accreditamento secondo specifici parametri valutativi. Gli specializzandi assumeranno così una progressiva responsabilità durante il periodo di formazione, soprattutto nell'ultimo anno di corso.

Sulla riforma resta critico

Raffaele Calabrò, capogruppo Ncd-Ap in commissione Affari Sociali: «È senz'altro un bene sapere fin da ora che ad aprile si svolgeranno i concorsi per l'ammissione alla scuola di specializzazione, consentendo ai nostri giovani una maggiore programmazione degli studi». «Resta alta, però, - prosegue **Calabrò** - la perplessità sulle modalità di aumento del numero di borse. Evitiamo la distinzione tra i contratti finanziati dal **Miur** e quelli finanziati dalle Regioni, non spezziamo quella rete formativa tra Università e ospedali che finora ci ha permesso di formare le migliori leve».

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Come cambiano le scuole di specializzazione

Classi delle specializzazioni di area medica

La classe della Medicina clinica generale e specialistica:

- Medicina interna (5 anni)
- Medicina d'emergenza-urgenza (5 anni)
- Geriatria (4 anni)
- Medicina dello sport e dell'esercizio fisico (4 anni)
- Medicina termale (4 anni)
- Oncologia medica (5 anni)
- Medicina di comunità e delle cure primarie (4 anni)
- Allergologia e Immunologia clinica (4 anni)
- Dermatologia e Venereologia (4 anni)
- Ematologia (4 anni)
- Endocrinologia e malattie del metabolismo (4 anni)
- Scienza dell'alimentazione (4 anni)
- Malattie apparato digerente (4 anni)
- Malattie dell'apparato cardiovascolare (4 anni)
- Malattie dell'apparato respiratorio (4 anni)
- Malattie infettive e tropicali (4 anni)
- Nefrologia (4 anni)
- Reumatologia (4 anni)

La classe Neuroscienze e scienze cliniche del comportamento:

- Neurologia (4 anni)
- Neuropsichiatria infantile (4 anni)
- Psichiatria (4 anni)

La classe di Medicina clinica dell'età evolutiva:

- Pediatria (5 anni)

Classi delle specializzazioni di area chirurgica

La classe delle Chirurgie generali e specialistiche:

- Chirurgia generale (5 anni)

- Chirurgia pediatrica (5 anni)
- Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica (5 anni)
- Ginecologia e Ostetricia (5 anni)
- Ortopedia e traumatologia (5 anni)
- Urologia (5 anni)

La classe delle Chirurgie del distretto testa e collo:

- Chirurgia maxillo-facciale (5 anni)
- Neurochirurgia (5 anni)
- Oftalmologia (4 anni)
- Otorinolaringoiatria (4 anni)

La classe delle Chirurgie cardio-toraco-vascolari:

- Cardiocirurgia (5 anni)
- Chirurgia toracica (5 anni)
- Chirurgia vascolare (5 anni)

Classi delle specializzazioni di area Servizi clinici

La Classe della Medicina diagnostica e di laboratorio:

- Anatomia patologica (4 anni)
- Microbiologia e virologia (4 anni)
- Patologia clinica e biochimica clinica (4 anni)

La Classe della Diagnostica per immagini e radioterapia:

- Radiodiagnostica (4 anni)
- Radioterapia (4 anni)
- Medicina nucleare (4 anni)

La Classe dei servizi clinici specialistici:

- Anestesia Rianimazione, Terapia intensiva e del dolore (5 anni)
- Audiologia e foniatria (4 anni)
- Medicina fisica e riabilitativa (4 anni)

La Classe dei servizi clinici specialistici biomedici:

- Genetica medica (4 anni)
- Farmacologia e Tossicologia clinica (4 anni)

La Classe della Sanità pubblica:

- Igiene e Medicina preventiva (4 anni)
- Medicina del Lavoro (4 anni)
- Medicina Legale (4 anni)
- Statistica sanitaria e Biometria (3 anni)

Per completezza di impianto sono stati, inoltre, rivisti gli ordinamenti delle seguenti Classi e Tipologie con accesso esclusivo per "non medici":

La Classe delle specializzazioni in Odontoiatria:

- Chirurgia orale [accesso per i laureati magistrali in Odontoiatria e Protesi dentaria (Classe LM 46), laureati specialistici in Odontoiatria e Protesi dentaria (Classe 52/S) e ai laureati del vecchio ordinamento in Odontoiatria e Protesi dentaria]
- Ortognatodonzia [accesso per i laureati magistrali in Odontoiatria e Protesi dentaria (Classe LM 46), laureati specialistici in Odontoiatria e Protesi dentaria (Classe 52/S) e ai laureati del vecchio ordinamento in Odontoiatria e Protesi dentaria]
- Odontoiatria pediatrica [accesso per i laureati magistrali in Odontoiatria e Protesi dentaria (Classe LM 46), laureati specialistici in Odontoiatria e Protesi dentaria (Classe 52/S) e ai laureati del vecchio ordinamento in Odontoiatria e Protesi dentaria]

La Classe della Farmaceutica:

- Farmacia ospedaliera [accesso per laureati specialisti in Farmacia e Farmacia industriale (Classe 14/S) e ai laureati quadriennali del vecchio ordinamento in Farmacia e Chimica e tecnologia farmaceutica]

La Classe della Fisica sanitaria:

- Fisica medica [accesso ai laureati specialisti in Fisica (Classe 20/S) e ai laureati quadriennali del vecchio ordinamento in Fisica]

N.B.: si segnala, in particolare, che sono state ridenominate e aggregate le seguenti tipologie: Medicina dello sport e dell'esercizio fisico, Medicina di comunità e delle cure primarie, Malattie apparato digerente, Malattie infettive e tropicali, Patologia clinica e Biochimica clinica, Anestesia Rianimazione, Terapia intensiva e del dolore, Farmacologia e tossicologia clinica e che è stata mantenuta la tipologia Medicina termale.

Specializzazioni mediche - Allegato su scuole accorpate/eliminate e riduzione durata corsi**A. Eliminazione/accorpamento delle seguenti 7 tipologie di scuole precedentemente previste nel Dm 1° agosto 2005:**

1. Medicina tropicale (accorpata a Malattie infettive che assume la nuova denominazione di Malattie infettive e tropicali)
2. Neurofisiopatologia (le cui attività confluiscono nella Neurologia)
3. Chirurgia dell'apparato digerente (le cui attività confluiscono nella Chirurgia generale)
4. Biochimica clinica (accorpata alla Patologia clinica che assume la nuova denominazione di Patologia clinica e biochimica clinica)
5. Tossicologia medica (accorpata a Farmacologia che assume la nuova denominazione di Farmacologia e Tossicologia clinica)
6. Odontoiatria clinica generale (eliminata)
7. Medicina aeronautica e spaziale (eliminata)

È stata, infine, soppressa, rispetto al testo del precedente decreto, la previsione relativa alla Scuola in Psicologia clinica, in quanto, dal 2006, tale Scuola è disciplinata da uno specifico decreto, il Dm 27 gennaio 2006.

B. Riduzione della durata dei percorsi formativi

Innanzitutto, non esistono più scuole con percorso di 6 anni. I percorsi saranno di 3 anni (n. 5 scuole), di 4 anni (n. 34 scuole) e di 5 anni (n. 16 scuole). Sono state apportate le seguenti riduzioni di percorso rispetto al passato regime ordinamentale:

Riduzione da 6 anni a 5 anni per le seguenti scuole:

- Chirurgia generale
- Neurochirurgia

Riduzione da 5 anni a 4 anni per le seguenti scuole:

- Geriatria

- Medicina dello sport, che cambia anche denominazione in «Medicina dello sport e dell'esercizio fisico»

- Medicina termale

- Medicina di comunità, che cambia anche denominazione in «Medicina di comunità e delle cure primarie»

- Allergologia e Immunologia clinica

- Dermatologia e venereologia

- Ematologia

- Endocrinologia e malattie del metabolismo

- Scienza dell'alimentazione (transitata dall'Area dei Servizi clinici all'Area medica)

- Gastroenterologia, che cambia anche denominazione in «Malattie dell'apparato digerente»

- Malattie dell'apparato cardiovascolare

- Malattie dell'apparato respiratorio

- Malattie infettive, che ha assunto la nuova denominazione di «Malattie infettive e tropicali» a seguito dell'accorpamento di Malattie tropicali

- Nefrologia

- Reumatologia

- Neurologia

- Neuropsichiatria infantile

- Psichiatria

- Oftalmologia

- Otorinolaringoiatria

- Anatomia patologica

- Microbiologia e virologia

- Patologia clinica, che ha assunto la nuova denominazione di «Patologia clinica e Biochimica clinica» a seguito dell'accorpamento di Biochimica clinica

- Radiodiagnostica

- Radioterapia

- Medicina nucleare

- Audiologia e foniatria

- Medicina fisica e riabilitativa

- Genetica medica

- Farmacologia, che ha assunto la nuova denominazione di «Farmacologia e Tossicologia clinica» a seguito dell'accorpamento di Tossicologia medica

- Igiene e medicina preventiva

- Medicina del lavoro

- Medicina legale

Riduzione da 5 anni a 3 anni per le seguenti scuole:

- Statistica sanitaria, che cambia anche denominazione in «Statistica sanitaria e Biometria»

Riduzione da 4 anni a 3 anni per le seguenti scuole:

- Fisica medica

C. Scuole che non hanno subito riduzioni di percorso:**Sono confermate nella durata di 3 anni**

- Chirurgia orale
- Ortognatodonzia
- Odontoiatria pediatrica

Sono confermate nella durata di 4 anni

- Farmacia ospedaliera

Sono confermate nella durata di 5 anni

- Medicina interna
- Medicina d'emergenza-urgenza
- Oncologia medica
- Pediatria
- Chirurgia pediatrica
- Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica
- Ginecologia e ostetricia
- Ortopedia e traumatologia
- Urologia
- Chirurgia maxillo-facciale
- Cardiocirurgia
- Chirurgia toracica
- Chirurgia vascolare
- Anestesia rianimazione e Terapia intensiva, che cambia anche denominazione in «Anestesia rianimazione, Terapia intensiva e del dolore»

IL DECRETO

Formazione più breve per diventare chirurghi ora bastano 5 anni

ROMA. Con la firma sul decreto di riordino delle Scuole di specializzazione il ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Stefania Giannini ha tagliato la durata delle scuole: in media di un anno. Non esisteranno più percorsi di studio di sei anni: potranno essere di 3, 4 o 5 stagioni al massimo. Per diventare chirurghi generali o neurochirurghi serviranno 5 anni di formazione e non più 6. Scuole come Geriatria, Dermatologia, Oftalmologia dureranno 4 anziché 5 anni. La riduzione del percorso di studio riguarda 30 scuole su 55. È previsto l'accorpamento di cinque scuole e la soppressione di due (Medicina aeronautica e spaziale e Odontoiatria clinica generale). Le Scuole di specializzazione passano dalle attuali 61 a 55.



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

Operato in anestesia locale? Intanto guarda un dvd

Studio della University of Surrey (Inghilterra). Paura e dolore fisico durante gli interventi possono essere alleviati tramite metodi sempre più utilizzati



DANIELE BANFI

MILANO

Complice lo sviluppo di tecniche chirurgiche sempre più precise e minimamente invasive il ricorso all'anestesia generale si è notevolmente ridotto. Sempre più operazioni infatti si svolgono con l'ausilio della sedazione locale. Se da un lato questo è un bene per il corpo, dall'altro aumentano stress, ansia e percezione del dolore. Come combatterli mentre si è "sotto" i ferri? Guardando un Dvd, maneggiando una pallina anti-stress o semplicemente parlando con l'infermiera. Ad affermarlo è uno studio pubblicato dall'European Journal of Pain ad opera della University of Surrey (Inghilterra).

Per arrivare al curioso risultato gli scienziati inglesi hanno diviso oltre 400 persone sottoposte ad intervento di rimozione di vene varicose in 4 gruppi. Al primo è stata concessa la visione di un Dvd a scelta; al secondo la possibilità di parlare -lungo tutta la durata dell'operazione- con un'infermiera dedicata; al terzo l'utilizzo di una pallina anti-stress e al quarto di ascoltare della musica. Anche se la procedura di rimozione è altamente efficace e sicura, spesso i pazienti sperimentano uno stato di ansia in quanto pienamente consapevoli di tutto ciò che sta accadendo.

Dalle analisi il gruppo che ha visionato un Dvd ha riportato un calo del 25% del livello di ansia rispetto al normale trattamento. L'interazione con il personale medico invece lo ha ridotto del 30%. Nel caso delle palline anti-stress la riduzione è stata del 18%. Non solo, in questo caso la percezione del dolore era ridotta del 22%. Il dato più strano riguarda la musica. A differenza di diversi studi che sostengono il contrario, l'ascolto non ha sortito nessun beneficio sia nel ridurre l'ansia sia il dolore.

Come dichiara la professoressa Jane Ogden, una delle autrici dello studio, «la nostra ricerca ha individuato un modo semplice e poco costoso per migliorare le condizioni di chi si sottopone ad operazioni in assenza di anestesia generale. Piccoli accorgimenti che potrebbero essere estesi ad altre procedure come la colonscopia».

RSALUTE



Tweet e Co.

Una fonte importante sono i post in cui gli iscritti comunicano i propri sintomi e malasseri vari.



HealthMap

È il sito che ha battuto sul tempo l'Oms nel rilevare in Guinea l'epidemia di Ebola.



Gleam

È il sistema che individua nei social network i post con sintomi di influenza.



Influnet

È un sistema italiano dedicato all'influenza basato sulle segnalazioni degli iscritti.

Malattie infettive. Ecco i siti capaci di raccogliere dai giornali online, dai post sui social network e da tante altre fonti dati con cui predicono e seguono la diffusione di virus e batteri. I casi dell'influenza e anche di Ebola

E ora il Web rivela se arriva l'epidemia

La rapida diffusione della grave patologia emorragica annunciata dieci giorni prima dell'Oms



Ebola

Il virus Ebola come appare ingrandito dal microscopio elettronico a trasmissione

SIMONE COSIMI

L'OBBIETTIVO è monitorare in modo rapido ed esaustivo, quasi in tempo reale con tutti i relativi vantaggi di tipo medico per la collettività, i fenomeni e le tendenze che toccano la salute pubblica attraverso l'uso di fonti informali pescate online. Come open data, risorse giornalistiche e soprattutto interventi dei singoli cittadini sui social network, canali di comunicazione ormai onnipresenti nelle nostre vite quotidiane. Piattaforme sulle quali, lo sanno bene Mark Zuckerberg e compagnia, riversiamo una quantità infinita di informazioni. Molte delle quali riguardano il nostro stato di salute.

Uno dei casi che hanno fatto scuola e continuano a stupire è quello di HealthMap. Un progetto lanciato nel 2006 da ricercatori, epidemiologi e sviluppatori del Children's Hospital di Boston per tenere sotto controllo l'esplosione di patologie su scala epidemica e "avvistare" precocemente le minacce emergenti per la salute generale. Il 23 marzo scorso l'Organizzazione mondiale della sanità ha ufficialmente dichiarato la pre-

senza di una epidemia di virus Ebola su vasta scala, partita dalla Guinea. HealthMap era arrivato quasi dieci giorni prima, il 14 dello stesso mese, individuando attraverso i dati raccolti in rete una "misteriosa febbre emorragica" in fase espansiva. Il sito è disponibile a tutti: chi lo desidera vi può accedere via pc o tramite l'applicazione per smartphone "Outbreaks Near Me".

«I metodi tradizionali di raccolta dei dati dei pazienti sono lenti e costosi - racconta al sito Govtech, Ming-Hsiang Tsou, professore alla San Diego University e autore di studi sul collegamento fra tweet e influenza - di recente gli strumenti di sorveglianza si sono raffinati e i ricercatori possono sfruttare una grande mole di dati disponibile in tempo reale su Internet e, fattore non trascurabile, a costi irrisori».

La sfida è insomma velocizzare l'analisi dei sintomi e la loro interpretazione, pratica a volte ostacolata dagli attuali protocolli standard. Senza contare che spesso chi è colpito da una patologia non si rivolge subito al medico ma, almeno all'inizio, cerca rimedi su Google oppure condivide i suoi problemi di salute proprio sui social media. Sono tutti indicatori preziosi che possono contribuire

a individuare fenomeni sanitari emergenti, se opportunamente raccolti ed analizzati.

Un altro esempio statunitense è Flu Near You, piattaforma per addetti ai lavori sviluppata da HealthMap insieme all'American Public Health Association in cui gli utenti inseriscono settimanalmente i propri sintomi. L'app li analizza e mappa i focolai. Stessa linea dell'italiana Infloweb. L'influenza stagionale, che metterà a letto quattro milioni di persone solo nel Belpaese, è insomma uno dei banchi di prova più diffusi. Sempre da noi è stata da poco lanciata Fluoutlook, una piattaforma che prevede l'andamento del virus influenzale in Europa e Nord America. A realizzarla la Fondazione Isi di Torino insieme ai ricercatori della Northeastern University di Boston. Si basa su due tipi di modelli predittivi: le serie temporali e il cosiddetto Glean, Global epidemic mobility model, che viene calibrato sull'analisi dei social network, in particolare i cinguettii pubblicati su Twitter che parlano di influenza. Un approccio già sperimentato con successo sempre dagli stessi istituti con la piattaforma Ebola-tracking.

Ma i casi concreti, oltreoceano e non solo, sono ormai molti. Se a Chicago hanno sfruttato Twitter per monitorare le emergenze alimentari, a New York, grazie al social di recensioni Yelp, sono stati tracciati i ristoranti "a rischio" infezione. Certo, ci sono molti limiti - su tutti, il fatto che si tratta di contenuti grezzi, non moderati, spesso imprecisi - ma i grandi numeri, con gli opportuni correttivi statistici, consentono di superarli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RSALUTE

SESSUALITÀ.

L'amore nei cardiopatici?
Sfatare i luoghi comuni
fa bene, nessuna rinuncia
con una ripresa graduale

Per le donne che hanno sofferto
di specifiche patologie evitare
la pillola e fare allenamento fisico

IL SESSO non fa mai male, parola di cardiologo. «È chi soffre di cuore non è costretto a rinunciarvi. Purché, se il suo è malandato, si affidi a buon senso e cautela». Sfata i luoghi comuni ma chiarisce che le situazioni non sono tutte uguali Michele Gulizia, presidente nazionale dell'Anmco, l'Associazione italiana cardiologi ospedalieri. Per esempio, che per i soggetti sani non ci sono limiti: «Ovviamente senza esagerare. Soprattutto per i maschietti, occhio alle prestazioni da superman». Eppure i timori sembrano avere il sopravvento soprattutto tra quelli che qualche problema al cuore l'hanno avuto. Tanto che l'Anmco sta avviando un'indagine sui cardiopatici afferenti agli ambulatori ospedalieri mirato a valutare quale grado di compromissione psicologica coinvolge il paziente dopo una qualsiasi patologia cardiaca acuta che abbia determinato paure e fobie nei confronti del rapporto sessuale. E questo prima che sfocino in vere e proprie ansie da prestazione. «Il nostro obiettivo è di sfatare, col sostegno scientifico, le false credenze secondo cui fare sesso è pericoloso per un cardiopatico», chiarisce lo specialista, «Spesso infatti, un evento cardiaco pone fine all'attività sessuale. I colleghi cardiologi dovrebbero consigliare adeguatamente i pazienti e i loro partner su una ripresa sessuale che non va sconsigliata. Si tratta di un'attività che è alla base di una buona qualità di vita. Le ultime linee guida europee, come pure quelle americane, forniscono tutte le spiegazioni utili ad affrontare questioni come i tempi della ripresa dell'attività sessuale, la sicurezza e la valutazione individuale. «Ancora più confortanti sono i dati che emergono da un recentissimo studio israeliano», aggiunge

Gulizia, «che ha dimostrato come non ci sia correlazione tra concentrazione di testosterone nell'organismo e cardiopatie». In sostanza, alcuni consigli pratici sono indirizzati solo a chi sia stato colpito da evento cardiaco acuto. A partire dalla visita cardiologica che deve precedere l'attività sessuale regolare. Come pure è indicata l'esecuzione di una buona prova da sforzo per mettersi al riparo dai rischi conseguenti a uno stress fisico, come quello che deriva dal sesso. «È importante rispettare con regolarità le terapie prescritte», raccomanda il medico, «e non vivere nella paura di una quanto mai improbabile riduzione delle prestazioni sessuali». Infine, come tutte le attività fisiche, anche il rapporto di coppia esige un training, un allenamento costante che preveda una pratica fisica aerobica utile a stimolare positivamente la circolazione generale e cardiaca».

Per le donne, qual è l'atteggiamento corretto? «Quelle che hanno sofferto di una patologia cardiovascolare acuta dovrebbero evitare l'uso di contraccettivi orali che, incrementando l'aggregazione piastrinica», risponde Gulizia, «potrebbe favorire il rischio trombotico durante l'eccitazione psico-fisica. Anche per loro è consigliabile ripartire gradualmente evitando emozioni forti senza allenamento. In ogni caso, la soddisfazione per un'attività sessuale regolare determina un significativo miglioramento della qualità di vita, non solo del cardiopatico ma anche del partner».

(giuseppe del bello)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



TOSCANA: DA APRILE LA PRESCRIVE IL MEDICO

Ma non chiamatela "cannabis terapeutica"

CARLO BELLINI

Tante mani abbiamo visto alzarsi in segno di esultanza – ma anche di protesta – alla notizia che nuove sostanze per il trattamento del dolore sono da oggi prescrivibili, a certe condizioni, dai medici di famiglia in Toscana. Qual è il motivo di tanta passione? Semplice: le sostanze derivano dalla cannabis, la pianta che troppi usano come droga.

A PAGINA 3.

Cannabis: parole fuorvianti e obiettivi reali

TROPPO FUMO ATTORNO A UN «FARMACO»

di Carlo Bellini

Si sta facendo una confusione strumentale e pericolosa tra una sostanza estratta dalle foglie e l'uso di queste come droga

Tante mani abbiamo visto alzarsi in segno di esultanza – ma anche di protesta – alla notizia che nuove sostanze per il trattamento del dolore sono da oggi prescrivibili, a certe condizioni, dai medici di famiglia in Toscana. Qual è il motivo di tanta passione? Semplice: le sostanze derivano dalla cannabis, la pianta che troppi usano come droga. Così dunque da un lato assistiamo a un allarme legato al fatto che si traggono farmaci da una pianta incriminata per i danni che procura alla salute, dall'altro c'è chi si rallegra ritenendo che l'uso medico di queste sostanze sia il preludio a una prossima liberalizzazione

della droga. Ma medicina e droga non vanno certo a braccetto: non è infatti lo "spinello" che cura il dolore ma una sostanza tra le cento contenute nella cannabis, un alcaloide detto "cannabinoidi", che avrebbe un'azione di supporto alla terapia del dolore già attuata con altri farmaci più sperimentati. Questa sostanza viene isolata, purificata, dosata e solo allora è somministrata al paziente. Non c'è motivo per demonizzare una sostanza solo perché alcune persone fanno un uso sbagliato della pianta da cui deriva: anche la morfina cura il dolore, e anche la morfina non viene somministrata in ospedale col narghilè con cui si respirano i fumi d'oppio ma in apposite dosi e con le opportune vie. Sarebbe scandaloso non usare trattamenti contro il dolore dove sia dimostrata la loro efficacia. Ma in questa partita dei farmaci a base di cannabinoidi c'è molto più che questo semplice ragionamento. Tanto per capirci, si parla di «cannabis terapeutica» ma è una definizione ingannevole che può far inopportuno

credere che sia la cannabis e non un suo derivato purificato a servire alla medicina. Sarebbe come dire "papavero terapeutico" solo perché è da lì che si estrae la morfina, o "catrame terapeutico" solo perché dal catrame sono estratti alcuni farmaci. È fin troppo facile, scientificamente sbagliato e perciò pericoloso proporre l'equivalenza tra la cannabis che contiene alcune sostanze buone e lo spinello che di conseguenza non farebbe male. No, lo spinello non fa per niente bene. E se non bastassero le innumerevoli prove scientifiche già prodotte, lo dimostra una volta in più l'ultimo numero della rivista *Addiction* specializzata nel settore delle dipendenze: «La ricerca scientifica degli ultimi 20 anni – vi si legge – mostra



che l'uso della cannabis aumenta il rischio di incidenti, che può produrre dipendenza, e che esiste un'associazione consistente tra l'uso regolare di cannabis e conseguenze psicosociali negative così come sulla salute mentale». L'equazione tra l'idea di farmaco e il fatto che non possa far che bene è culturalmente insidiosa, anzitutto perché le medicine se non sono assunte dal paziente giusto e nella dose corretta fanno male quasi tutte, e poi perché, come spiega un recente documento dell'American Academy of Pediatrics, è lo stesso "fumo" a far male. Inoltre è solo il principio attivo detto cannabinoide che ha qualche effetto antidolorifico, al contrario di tutte le cento sostanze respirate con lo spinello (che i medici di certo non prescrivono...). Infine, va ricordato che "antidolorifico" significa "contro il dolore fisico", un concetto che non ha niente a che vedere con la tristezza, la solitudine, la depressione e tutti i motivi più o meno seri o futili per cui ci si droga.

Ai ragazzi va ripetuto con chiarezza di non lasciarsi blandire dalla propaganda di chi vuole lasciarli con i loro guai irrisolti concedendogli al massimo la "libertà" di drogarsi nella loro stanzetta mediante una confusione strumentale di una medicina nuova con l'uso indiscriminato di un'erba che può provocare solo guai. Una sostanza tossica peraltro quasi sempre assunta non certo su consiglio di amici che sanno affrontare davvero i problemi, dei genitori o di un medico che sa ben distinguere tra una molecola (il cannabinoide) contro il dolore estratta da una pianta e una foglia d'erba che si fuma per la strada, che fa sentire "come gli altri", ma che li lascia dolorosamente soli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA