

SANITA': REGIONI IN PIANO RIENTRO, MENO RICOVERI E POSTI LETTO

(ANSA) - ROMA, 8 FEB - Decremento consistente dell' ospedalizzazione e di ricoveri inappropriati, riduzione di posti letto anche se spesso non ancora in linea con quanto previsto dagli standard nazionali, alcune criticita' nell'erogazione dei servizi di prevenzione e di screening, incremento degli anziani assistiti a domicilio. E' il quadro generale che emerge dall' ultimo Monitoraggio sull'assistenza ospedaliera messo a punto dall'Ufficio Sistema di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVEAS) della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del ministero della Salute, nell'ambito delle attivita' di affiancamento alle Regioni con Piano di rientro dal debito sanitario per il periodo 2007-2012. Quest'anno, per ciascuna delle Regioni in Piano di rientro (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia) e' disponibile una scheda di sintesi della verifica Lea che fotografa i risultati raggiunti nel triennio e il trend 2009-2012. I risultati vengono suddivisi in 3 sezioni: Analisi farmaceutica, ospedaliera e territoriale. "Il processo di riqualificazione dei Servizi sanitari regionali, alla base dei Piani di rientro, non si esplica attraverso mere riduzioni lineari sui posti letto - ricorda il ministero della Salute - ma con la promozione di riorganizzazioni complessive dei sistemi sanitari regionali finalizzate ad eliminare sprechi di risorse e, nel contempo, a favorire servizi qualitativamente adeguati e sicuri. Cio' nell'ottica di migliorare la qualita' dei servizi offerti al cittadino e con l'obiettivo di ottimizzare l'offerta dirottando le risorse risparmiate dove sono maggiormente necessarie e piu' appropriate". (ANSA).

Home Virgilio | Mail | Virgilio Mobile | Telecom Italia:ADSL

virgilio NOTIZIE Cerca nel Web

[Home](#) | [CRONACA](#) | [POLITICA](#) | [QUIFINANZA](#) | [SPORT](#) | [CINEMA-TV](#) | [SCIENZA-TECH](#) | [FOTO](#) | [VIDEONEWS](#) | [ULTIM'ORA](#)

Gli italiani fanno shopping in farmacia. Con meno rimborsi. Video

Cresce l'acquisto di farmaci nei primi 9 mesi del 2013, ma cala la spesa a carico del SSN

L'acquisto di farmaci da parte degli italiani, nei primi nove mesi del 2013, è cresciuto del 2% rispetto allo stesso periodo del 2012. Complessivamente sono state acquistate 1.398 milioni di confezioni di medicinali, di classe A e C, con una media di 23 confezioni a testa. Anche le prescrizioni sono cresciute, del 3,2% rispetto all'anno precedente. E' quanto emerge dal Rapporto Aifa sul consumo dei farmaci nei primi nove mesi del 2013. Sul fronte dei consumi in regime di assistenza convenzionata, nello stesso periodo, sono state prescritte 1.002,4 dosi giornaliere ogni mille abitanti, un dato superiore a quello dell'anno precedente dell'1,8%. Complessivamente la spesa farmaceutica è stata di 19,5 miliardi di euro, mentre quella a carico dei cittadini ammonta a 6 miliardi, con una crescita del 3,9% rispetto al 2012.

In compenso, nello stesso periodo, la spesa farmaceutica territoriale a carico del Servizio sanitario nazionale, comprensiva della spesa farmaceutica convenzionata netta e della spesa per i farmaci di fascia A erogati in distribuzione diretta e per conto, è stata pari a 8 miliardi 799 milioni di euro (148,1 euro pro capite), con una riduzione pari al -3,9% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Complessivamente, la spesa farmaceutica nazionale totale, comprensiva dei medicinali distribuiti attraverso le farmacie pubbliche e private e di quelli acquistati e dispensati dalle strutture sanitarie pubbliche (Asl, aziende ospedaliere, policlinici universitari), è stata pari, nei primi nove mesi del 2013, a 19,5 miliardi di euro, il 74,7% dei quali rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Intanto l'Antitrust ha deciso di avviare un'istruttoria nei confronti delle società farmaceutiche Novartis Farma e Italfarmaco per verificare l'esistenza di una possibile intesa restrittiva della concorrenza realizzata in occasione delle gare bandite da tre Regioni italiane per la fornitura di un farmaco per la cura di sindromi associate ad alcune tipologie di tumori.

(Affaritaliani.it)

CERCA IN NOTIZIE

Effettua la ricerca

Rubrica

- Il Santo del giorno: **San Girolamo**
- L'Oroscopo di oggi Benessere

Meteo

Il meteo di oggi Previsioni prossimi giorni ▶

Virgilio Sapere

- Sinonimi e contrari Correttore ortografico
- Verbi Verifica il tuo inglese Wikipedia

QuiFinanza

- FTSE MIB Cambia Valuta Calcola il Codice Fiscale Scadenze fiscali Calcola pensione

Attiva gli RSS di Virgilio Notizie
 Tieniti aggiornato!

casa.it Trova la casa giusta per te

TROVA SUBITO ▶

segugio.it
 IL MIGLIOR AMICO DEL RISPARMIO

CONFRONTA I MIGLIORI PREVENTIVI
 PER LA TUA RC AUTO E MOTO

quotidianosanita.it

Venerdì 07 FEBBRAIO 2014

Per i medici obbligo di accettare pagamenti con bancomat sopra i 30 euro. Ma è caos sulle date

E' stato pubblicato in GU il decreto dello Sviluppo Economico che prevede l'obbligo per i professionisti, medici compresi, di dotarsi del Pos. C'è però confusione sulle date: il decreto prevede infatti che l'obbligo scatti dal 28 marzo di quest'anno ma solo per chi ha un fatturato sopra i 200mila euro. Ma un emendamento al milleproroghe posticipa il tutto al 30 giugno 2014. [Il Decreto.](#)

Dovrebbe slittare al 30 giugno 2014 l'obbligo per i professionisti – tra i quali gli studi medici ed odontoiatrici – di dotarsi del Pos per i pagamenti dei propri assistiti tramite bancomat e carta di credito, come previsto da un [emendamento](#) al Decreto Milleproroghe, che aspetta però di essere convertito in legge entro il 28 febbraio.

Intanto, però, il ministero dello Sviluppo Economico, di concerto con il Mef, è intervenuto per stabilire importanti novità sulle "**Definizioni e ambito di applicazione dei pagamenti mediante carte di debito**", in applicazione dell'art. 15, comma 4, della 17 dicembre 2012, n. 221, che prevede che i professionisti si dotino di Pos a partire dal 1 gennaio di quest'anno e che, come abbiamo detto, il Milleproroghe vorrebbe però far slittare di sei mesi per dare più tempo ai professionisti di adeguarsi alla norma.

In realtà uno slittamento rispetto al 1 gennaio è già previsto dal decreto dello Sviluppo Economico, che fissa al 28 marzo la sua entrata in vigore, stabilendo inoltre che l'obbligo di accettare pagamenti effettuati attraverso carte di debito si applichi a tutti i pagamenti di importo superiore **a 30 euro**. E precisando che **in sede di prima applicazione, e fino al 30 giugno 2014, l'obbligo scatterà solo per i pagamenti effettuati per lo svolgimento di attività di vendita di prodotti e prestazione di servizi il cui fatturato dell'anno precedente sia superiore a 200 euro**.

Il decreto stabilisce poi che si possa emanare una nuova disposizione per individuare nuove soglie e nuovi limiti minimi di fatturato. Nello stesso decreto, inoltre, potrà essere disposta l'estensione degli obblighi ad ulteriori strumenti di pagamento elettronici, anche con tecnologie mobili. Manca, invece, come sottolinea la Fnomceco in una nota, ogni riferimento ad eventuali sanzioni per i professionisti che non rispettano l'obbligo di dotarsi di pos.

Come è evidente, e sottolineato dallo stesso [Centro Studi della Camera](#), a questo punto **serve però un coordinamento delle date** per evitare una palese confusione tra le norme e le scadenze. E cioè: la data di entrata in vigore dell'obbligo che, se passerà il milleproroghe, sarà quella del 30 giugno e non più del 28 marzo; ma anche la data del regime provvisorio (quello che limita l'obbligo a fatturati sopra i 200mila euro) che il decreto dello Sviluppo fissa per un periodo limitato al 30 giugno, che è la stessa data dell'entrata in vigore dell'obbligo di POS secondo il milleproroghe.

USA: TOSSINA IN FRUTTI MARE CAUSA DANNI A RENI, RIVEDERE I LIMITI

(AGI) - Washington, 8 feb. - Una neurotossina, chiamata acido domoico, che e' presente nei frutti di mare provoca danni renali nei topi anche a livelli considerati sicuri per il consumo. L'allarme arriva da un nuovo studio pubblicato sul 'Journal of the American Society of Nephrology' (JASN), secondo il quale questa scoperta dovrebbe indurre le autorità a riconsiderare le soglie minime consentite nei pesci e molluschi. L'acido domoico e' una tossina molto stabile e resistente al calore che sta diventando sempre piu' presente nelle regioni costiere, a causa probabilmente dei cambiamenti ambientali. La tossina puo' accumularsi in particolare nelle vongole e nelle capesante. I limiti di assunzione attuali si basano principalmente considerando i livelli massimi che possono provocare effetti neurologici negativi. Tuttavia, dato che l'acido domoico viene eliminato dal corpo attraverso i reni, lo studio condotto dalla University of South Carolina ha provato a scoprire se questo "passaggio" sia pericoloso per la salute di questo organo. Dai dati e' emerso che i reni sono molto piu' sensibili del cervello a questa tossina. "Abbiamo scoperto - hanno precisato gli autori - che l'acido domoico danneggia i reni a concentrazioni che sono cento volte piu' basse di quelle che causano effetti neurologici. Questo vuol dire che gli esseri umani che consumano pesce possono subire un rischio aumentato di danno renale che puo' portare ad insufficienza e dialisi". .

Stimola le difese immunitarie Difende i bronchi

Ci sono persone che necessitano di un apporto maggiore di vitamina C perché sono costitutivamente portate ad assorbirla meno, mentre altre hanno stili di vita che portano ad abbattere la sua concentrazione nel sangue. Può essere utile per le donne sapere che la vitamina C migliora l'assorbimento del ferro assunto con gli alimenti, così come può ridurre il rischio di sviluppare infezioni urinarie durante la gravidanza.

Difese immunitarie

Tra le altre categorie di persone per cui la vitamina C è più importante di altre c'è chi ha un sistema immunitario deficitario o trascurato, ovvero chi fa poco esercizio fisico, dorme male e mangia male. Gli etilisti sono cronicamente a corto di vitamina C ed esemplare, infine, è la categoria dei fumatori:

Fumatori

Secondo un'indagine dell'Osservatorio Grana Padano una sola sigaretta «brucia» 20 milligrammi di vitamina. I fumatori devono quindi assumerne di più per raggiungere il fabbisogno giornaliero. Proprio quando ne avremmo più bisogno, nei mesi freddi, assumiamo meno vitamina C perché prediligiamo cibi molto calorici. E se in inverno siamo messi a dura prova da raffreddori e influenze – dunque avremmo bisogno di maggiore vitamina C – c'è un motivo: l'habitat in cui i virus associati alle malattie da raffreddamento sguaizzano meglio ha un range di temperature attorno ai 10 gradi centigradi.

Vie respiratorie

Il freddo irrigidisce le ciglia che tappezzano l'albero bronchiale, quelle che spazzano via i microorganismi. Ecco spiegata la stagionalità di raffreddore e influenza. Mai fare mancare d'inverno un alleato così importante del sistema immunitario come la vitamina C anche da alimenti come pomodori, verdura a foglia larga, cavoli, broccoli e legumi in generale.

DOVE E COME



RIBES
41 milligrammi di vitamina C

KIWI
92 milligrammi di vitamina C

VERDURE
Crude o cotte al vapore ottime fonti

INTEGRATORI
La dose giornaliera raccomandata di vitamina C si può ottenere anche dagli integratori



Verdura e frutta sono ricche di acido ascorbico, d'inverno un toccasana vitale. **Fumo di sigaretta**, smog e stress esauriscono le riserve di questo **antiossidante naturale**

Bruciamo tanta **vitamina C** Meglio **ricaricare** le scorte

Marco Pivato

Avete presente i proverbiali bicchieroni energetici self-made, quelli che frullate in cucina con ogni tipo immaginabile di frutto e vegetale, certi che siano una botta di salute? Esistono modi ancora più efficaci per fare scorta di vitamine.

Meglio mangiare direttamente frutta e verdura, rigorosamente freschissima e intera: l'esposizione alla luce, all'aria e al calore degrada in fretta – per esempio – la vitamina C, che proprio in questa stagione, quando fa freddo, ci fa scudo dall'influenza.

Centrifugati

Le lame del frullatore fanno a pezzi buccia e polpa nella frutta e le membrane nella verdura, scoprendo il prezioso acido ascorbico (per semplicità il nome chimico della vitamina C) in primis alla luce e all'ossigeno che lo trasformano in un attimo, separandolo da tutto il complesso di enzimi, cofattori, minerali e altri elementi indispensabili alla sua attività come vitamina. Attività innanzitutto antiossidante, come «soluzione tampone» nei confronti dei radicali liberi, fisiologicamente sempre presenti nell'organismo e che facilitano l'invecchiamento della pelle, delle cellule e il corso di malattie degenerative.

Ossidazione

Anche il contatto con alcuni metalli può degradare le vitamine. Ecco perché è meglio evitare pentolini e cucchiari per impastare o contenere alimenti ricchi di vitamina C a meno che non siano in acciaio inox. Evitare soprattutto stoviglie in rame e alluminio che potrebbero «catalizzare» cioè inattivare l'acido ascorbico. Si sa che gli agrumi contengono in quantità questa sostanza, e non è un caso: l'ambiente acido presente al loro interno ne protegge la degradazione. E infatti la vitamina C si trova in cibi acidi co-

me spinaci, peperoni, rosa canina. Ma anche nella patata, che di medie dimensioni (150 grammi), e se mangiata con la buccia, assicura il 45% della dose giornaliera (60 milligrammi). A proposito di buccia: non conviene fare tanto gli schizzinosi, perché la vitamina C si trova soprattutto proprio lì. In una, per quanto salutare, spremuta di succo d'arancia, rimane solo il 25% della vitamina, contenuta per la maggior parte nella parte bianca della scorza.

Buccia

Considerazione analoga per il limone, che se viene poi spremuto nel tè, o comunque bevande calde, non lascia quasi traccia della vitamina C. Se volete allora farvi una scorpacciata di frutta e verdura mantenendo inalterato l'alto contenuto di questa preziosa sostanza evitare anche di trattarli in acqua bollente, vapore, microonde o alla piastra.

Agrumi e frutta rossa sono una miniera di vitamina



stampa | chiudi

IL SONDAGGIO

Costi delle cure contro il cancro: si risparmia con i farmaci «no brand»

Oncologi preoccupati dai tagli alla spesa sanitaria. Per i biosimilari alta l'attenzione sulla loro efficacia e sicurezza

NOTIZIE CORRELATE

Tagliare gli sprechi per impiegare meglio i fondi

Con il «risk-sharing» farmaco pagato solo se ha funzionato

Antitumorali senza griffe. I dubbi di medici e pazienti

La discussione ferve: stanno per scadere i brevetti di alcuni farmaci anticancro biotecnologici, si apre la strada per le «copie biosimilari» (come dice il nome stesso, simili ma non identiche) e gli oncologi si preparano al loro arrivo, che se da un lato può essere vantaggioso perché saranno meno costosi, dall'altro richiede molte attenzioni nel loro utilizzo. Secondo gli esiti del sondaggio condotto dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica a novembre e dicembre 2013 fra 858 soci, praticamente tutti gli oncologi italiani (il 98 per cento) utilizzano i farmaci biotech, efficaci contro la gran parte dei tumori. E l'88 per cento è convinto che la decisione sulla sostituibilità con i biosimilari, prodotti simili ma non uguali ai più complessi originali biotech, debba essere di esclusiva competenza dell'oncologo. E le associazioni di pazienti aggiungono: «La sostituibilità può essere accettata solo con il consenso informato del paziente e non per motivazioni di carattere economico. In ogni caso i pazienti devono essere informati, prima del trattamento, della differenza tra originario e biosimilare».

ONCOLOGI PREOCCUPATI DAI TAGLI - Per il 70 per cento dei clinici, inoltre, l'estensione d'uso del biosimilare per indicazioni diverse da quelle contenute nel dossier registrativo potrebbe essere inadeguata, soprattutto per molecole quali gli anticorpi monoclonali, e ogni nuova indicazione terapeutica dovrebbe essere sottoposta a iter registrativo specifico. E' poi molto sentito il tema dei tagli alla spesa sanitaria, che per il 91 per cento (83 nel marzo 2013) degli intervistati pesano sulla capacità di curare al meglio i pazienti. In 10 mesi il livello di conoscenza degli specialisti è cresciuto in maniera significativa. Nel marzo scorso infatti, nel primo sondaggio nazionale (su 508 campioni validi), solo il 24 per cento degli interpellati sapeva esattamente cosa fossero i biosimilari, mentre oggi il 79 per cento ne dà una definizione corretta. Merito anche della campagna di informazione svolta dalla società scientifica in nove Regioni nel corso del 2013. «Il 76 per cento dei clinici – spiega Stefano Cascinu, presidente Aiom - ritiene che l'istituzione di un budget nazionale per l'oncologia possa favorire la programmazione

sanitaria. Nel 2013 sono state registrate in Italia 366mila nuove diagnosi di cancro e i casi sono in costante crescita, per cui devono essere colte le opportunità per risparmiare risorse, rispettando tutte le garanzie per i pazienti».

LA PROCEDURA DI REGISTRAZIONE PREVEDE TUTTE LE TUTELE – L'agenzia regolatoria italiana (nel Position Paper del 13 maggio 2013) chiarisce che biologici e biosimilari non possono essere considerati equivalenti, escludendone quindi la sostituibilità automatica. Proprio perché i biosimilari sono simili, ma non identici agli originatori, l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha deciso di non includerli nelle liste di trasparenza, che consentono la sostituibilità automatica tra equivalenti. Di conseguenza, la scelta fra il biologico di riferimento e il biosimilare spetta allo specialista che lo prescrive. Le differenze tra un «farmaco biotech originale» e il biosimilare possono essere tanto maggiori quanto più complessa è la struttura della molecola, ad esempio nel caso dei biosimilari di anticorpi monoclonali. Ecco perché le attività di sorveglianza su tutto il processo di produzione, sull'approvazione e registrazione e i controlli successivi sono cruciali. Ad oggi, tutte le tutele per i malati paiono essere previste dai regolamenti e i prodotti biosimilari vengono anche sottoposti a monitoraggio intensivo da parte Aifa) per i cinque anni successivi alla commercializzazione.

ASPETTI CRITICI DA TENERE SOTTO CONTROLLO - Per il 66 per cento degli intervistati (62 nel marzo 2013) le maggiori criticità legate all'uso dei farmaci simili agli originatori derivano dal fatto che possono funzionare in maniera differente rispetto al medicinale di riferimento e per il 19 per cento dal diverso grado di immunogenicità, cioè la capacità di indurre una reazione immunitaria nell'organismo, che potrebbe risultare maggiore nel biosimilare rispetto all'originatore. Per il 71 per cento degli oncologi, inoltre, i nuovi biosimilari sono più complessi di quelli attualmente disponibili, richiedono processi di vigilanza più accurati e appositi registri e studi clinici. Una variazione, anche minima, apportata a qualsiasi passaggio del processo produttivo, può infatti avere conseguenze importanti. «Un altro aspetto critico – afferma Carmine Pinto, presidente eletto Aiom - è costituito dall'estensione d'uso dei biosimilari per indicazioni diverse da quelle contenute nel dossier registrativo. Per la maggioranza dei clinici potrebbe essere inadeguata». Infine, Elisabetta Iannelli, segretario della Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia, sottolinea che «sarebbe auspicabile la continuità terapeutica per ogni paziente già in trattamento con il farmaco biotech originale. Certo è che l'utilizzo di questi farmaci, considerando il numero di terapie anticancro ad alto costo il cui brevetto scadrà nei prossimi anni, potrebbe permettere una razionalizzazione della spesa sanitaria, con la disponibilità di risorse economiche per i nuovi trattamenti innovativi». In realtà, ricorda Enrique Häusermann, presidente di AssoGenerici «il tema della sostituzione tra originatore e biosimilare in pazienti già in trattamento non è all'ordine del giorno, come mostrano anche le politiche di acquisto delle strutture sanitarie, che tutelano la continuità terapeutica prevedendo di fatto il ricorso al biosimilare per i pazienti che cominciano un trattamento "nuovo". Quanto all'estensione delle indicazioni, è evidente che devono essere subordinate a un iter di autorizzazione basato su prove cliniche, ma questo non l'ha mai messo in discussione nessuno».

UN LUNGO ITER DI CONTROLLI - Anche per i biosimilari la procedura di approvazione è centralizzata a livello europeo. Il dossier registrativo viene analizzato dal CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use) e l'EMA (European Medicines Agency) rilascia l'autorizzazione all'immissione in commercio, che risulta vincolante per ogni Stato membro. «La procedura – chiarisce Michele Carruba, Direttore del Dipartimento di Farmacologia, Chemioterapia e Tossicologia medica all'Università di Milano - è molto diversa da quella necessaria per l'introduzione sul mercato di un generico. Le linee guida dell'EMA stabiliscono infatti che è necessario condurre studi clinici mirati per dimostrare la sovrapposibilità dell'azione biologica di un biosimilare con quella dell'originator. Il

generico è la copia di un farmaco di sintesi chimica, il cui processo di produzione è standardizzato e costantemente riproducibile, grazie alle metodiche analitiche disponibili. I farmaci biologici hanno dimensioni da 100 a 1000 volte maggiori di quelli di sintesi e una struttura molecolare più complessa: ogni fase produttiva è di difficile riproducibilità, perché possono subire modifiche che ne indirizzano l'attività biologica. Il principio attivo del biosimilare è analogo, ma non identico a quello contenuto nell'originatore. La complessità del metodo di produzione dei medicinali biologici ne determina, infatti, differenze qualitative e quantitative (contenuto, potenza, immunogenicità). In misura molto superiore ai farmaci a basso peso molecolare, la qualità del prodotto finale (includendo efficacia e sicurezza) dipende dal processo di fabbricazione. Da qui l'importanza dell'esercizio di confronto richiesto per la commercializzazione».

stampa | chiudi

Dieta integrale molto meglio per il cuore che non pochi grassi

Una dieta che preveda l'apporto di fibre integrali come quelle fornite da frutta fresca e secca e verdura è meglio per la salute del cuore che non una dieta povera di grassi. La dieta mediterranea, in questo caso, è un esempio di dieta corretta suggerisce uno studio



Togliere i grassi dalla dieta non è tutto per proteggere la salute di cuore e arterie ma, secondo uno studio, è importante che si assumano cibi contenenti fibre e sostanze naturali integrali come l'olio d'oliva, i cereali, la frutta fresca e secca e le verdure. Questa scoperta spiegherebbe anche il perché **una sola dieta che bandisca i grassi possa sì ridurre il colesterolo, ma non riduca i tassi di morte per eventi cardiovascolari.**

A condurre lo studio revisionale, pubblicato sul *The American Journal of Medicine*, sono stati i ricercatori dell'University of Arizona College of Medicine e della Northwestern University dott. James E. Dalen e dott. Stephen Devries che hanno analizzato i dati relativi agli studi sull'impatto della dieta sulle malattie cardiache a partire dal 1957 fino a oggi, coprendo così la bellezza di 57 anni di ricerca. I risultati dell'analisi hanno permesso di scoprire che, in generale, coloro che avevano adottato una dieta che prevedesse l'apporto di cibi integrali, anziché limitare l'assunzione di grassi, **avessero beneficiato di una maggiore riduzione di morte per disturbi cardiovascolari.**

«Quasi tutti gli studi clinici negli anni '60, '70 e '80 vertevano sul confronto di diete normali con quelle caratterizzate da **una bassa assunzione di grassi totali**, basso contenuto di grassi saturi, colesterolo basso e un aumento dei grassi polinsaturi – spiega il coautore dello studio James E. Dalen – Queste diete hanno fatto ridurre i livelli di colesterolo. Tuttavia, esse non hanno ridotto l'incidenza di infarto miocardico o morte per malattie coronariche».

Analizzando con attenzione gli studi e le sperimentazioni dal 1957 a oggi, i ricercatori hanno trovato che la dieta integrale, e **in particolare le diete in stile mediterraneo**, sono efficaci nel prevenire le malattie cardiache, anche se non possono abbassare il colesterolo LDL (quello "cattivo"). Una caratteristica della dieta mediterranea, per esempio, è quella di contenere pochi grassi animali e grassi saturi, mentre favorisce l'assunzione di grassi monoinsaturi che si trovano in frutta secca e olio extravergine di oliva.

«La potenza di combinare singoli alimenti cardioprotettivi è notevole, e **forse anche più forte di molti dei farmaci** e le procedure che sono state al centro della cardiologia moderna – spiega nell'articolo dell'*AJM* il coautore Stephen Devries della Divisione di Cardiologia, Northwestern University – I risultati degli studi sottolineano come la riduzione dei grassi alimentari fosse una delusione, spingendo gli studi successivi che incorporano un approccio a una dieta integrale con una raccomandazione più sfumata per l'assunzione di grassi».

Sulla base dunque dei dati provenienti da diversi autorevoli studi i ricercatori ritengono che incoraggiare l'assunzione di determinati gruppi di alimenti, invitando le persone a diminuire l'assunzione di altri, **è più cardioprotettivo e in generale aiuta meglio a prevenire le malattie cardiache** rispetto a una dieta povera di grassi. Incoraggiare pertanto il consumo di olio d'oliva rispetto a burro e panna, e aumentare al contempo la quantità di verdure, frutta, cereali integrali, noci e pesce promette di essere più efficace come dieta.

«Gli ultimi 50 anni di epidemiologia e studi clinici hanno stabilito un chiaro legame tra dieta, aterosclerosi ed eventi cardiovascolari. Gli interventi nutrizionali hanno dimostrato che un approccio “dieta integrale” **con uguale attenzione a ciò che viene consumato**, così come ciò che è escluso, è più efficace nella prevenzione delle malattie cardiovascolari rispetto alle diete con un basso contenuto di grassi e colesterolo», conclude il dottor Dalen.

<http://www.lastampa.it/2014/02/10/scienza/benessere/alimentazione/dieta-integrale-molto-meglio-per-il-cuore-che-non-pochi-grassi-xfHH3etftbw6JLUbevq3jO/pagina.html>

SALUTE E GIUSTIZIA

I SOLDI CHIESTI ALLA REGIONE

“Tentata truffa”, Vannoni a processo

Torino, il fondatore di Stamina rinviato a giudizio: “Il suo progetto era privo di contenuto scientifico”

MASSIMILIANO PEGGIO
TORINO

Davide Vannoni, fondatore e presidente di Stamina Foundation, ieri è stato rinviato a giudizio dal tribunale di Torino per tentata truffa ai danni della Regione Piemonte. È accusato di aver chiesto un finanziamento di 500 mila euro a sostegno della ricerca sulle cellule staminali, presentando un «progetto privo di contenuto scientifico» e millantando la collaborazione di scienziati e luminari internazionali. Il processo si aprirà il prossimo 3 aprile.

Ma già tira aria di battaglia. «Ci difenderemo - spiega il suo difensore, l'avvocato Roberto Piacentino - dimostrando che quel progetto era lecito e corretto, e che il contributo regionale sarebbe stato integrato con altri fondi». Il centro di ricerca ad «al-

ta tecnologia», come hanno accertato i carabinieri del Nas, sarebbe dovuto sorgere alla periferia di Torino: all'interno del complesso Antidoping annesso all'ospedale San Luigi di Orbassano.

La vicenda risale al 2007. Davide Vannoni, in cerca di finanziamenti pubblici per dare vita a un «centro di ricerca di valore internazionale in Piemonte per la ricerca sulle staminali adulte con l'impiego di ricercatori italiani e stranieri di comprovata esperienza clinica e di ricerca nel settore della medicina rigenerativa» presenta il suo progetto in Regione il 14 settembre: protocollo 15134. Due mesi più tardi, il «26 novembre alle ore 17, nella sala delle adunanze della giunta regionale» Mercedes Bresso e i suoi assessori danno il loro consenso votando all'unanimità. L'oggetto della delibera è un esempio di solennità scientifi-

ca: «realizzazione di un laboratorio con prerogative Aifa, -agenzia del farmaco - per lo sviluppo di tecnologie biomediche, applicabili nell'ambito della medicina rigenerativa con utilizzo di cellule mesenchimali adulte autologhe». A presentare il progetto è l'Associazione Di Medicina Rigenerativa Onlus, con sede in via Giolitti, nel centro di Torino. Il finanziamento regionale è prelevato da due capitoli di spesa: 150 mila per sviluppo di tecnologie biomediche, 350 mila per le attrezzature di laboratorio. Un anno dopo Vannoni finisce nella bufera. Il pm Raffaele Guariniello inizia ad interessarsi al «guru delle staminali» e si scopre la pratica del finanziamento. Anzi è lo stesso Vannoni a mostrare ai militari del Nas, nella prima perquisizione nella sede Onlus, la delibera regionale, a dimostrazione della sua «serietà scientifica».

Da qui in poi le strade delle due indagini si separano. Guariniello continua ad approfondire gli aspetti scientifici del metodo, mentre il collega Giancarlo Avenati Bassi si dedica al finanziamento. Nel 2008 la Regione revoca la delibera, così il reato diventata tentata truffa. Si scopre poi che l'associazione non era iscritta all'anagrafe delle Onlus all'Agenzia delle Entrate, quindi non aveva i requisiti per chiedere i 500 mila euro. Nel progetto si affermava inoltre che nella società Re Gene srl, collegata all'Onlus, lavoravano due luminari russi, il professor Vyacheslav Klimenko e la professoressa Elena Schegleskaya, e che tutta l'attività di ricerca si sarebbe svolta in collaborazione con docenti universitari russi, ucraini e italiani, quali componenti del «comitato scientifico dell'associazione». Comitato, scrive il pm negli atti d'accusa, che «non si è mai riunito».

Le famiglie

«Pronti ad andare
in Israele per le infusioni»

Una decina di pazienti, con le loro famiglie, sta pensando di partire per Israele per effettuare alcune infusioni di cellule staminali al di fuori del protocollo Stamina. Ad annunciarlo è il Movimento vite sospese che ha invitato altre associazioni di malati, molte delle quali legate a Stamina Foundation, a partecipare all'iniziativa. Davide Vannoni, il fondatore di Stamina, però, non parteciperà. «Pur comprendendo i fini nobili di alcune iniziative - ha dichiarato Vannoni su facebook - s'intende puntualizzare che il movimento si dissocerà dai progetti nei quali Stamina non risulterà ele-

mento cardine della struttura organizzativa». Nessuna iniziativa, quindi, se non controllata dalla fondazione.

500.000
euro

La somma prima stanziata e poi revocata dalla Regione Piemonte

Assente
Davide Vannoni in una foto d'archivio: il presidente della Fondazione Stamina ieri non era presente in aula

**L'accusa del pm:
il comitato
della Fondazione
non si è mai riunito**

“I genitori dei bambini malati devono sapere che c'è ricerca sana

La senatrice Cattaneo: lo Stato stia più vicino alle famiglie

Intervista

”

NICCOLÒ ZANCAN
TORINO

Iciarlatani, i mancati controlli, le responsabilità della politica. Nel giorno del primo rinvio a giudizio per Davide Vannoni, la senatrice a vita Elena Cattaneo, una delle massime esperte di cellule staminali nel mondo, ha già lo sguardo rivolto al futuro: «In questa storia tragica, il peso maggiore non ce l'hanno i ciarlatani. In Italia sono sempre esistiti. Il punto è cercare di capire perché un Paese civile come il nostro non sia riuscito a difendere i propri cittadini da queste manipolazioni. È una storia che rivela tante inquietudini. Sto conducendo al Senato un'indagine conoscitiva, origine ed evoluzione del caso Stamina. Gli atti sono pub-

blici. Tante persone, tante istituzioni, non hanno fatto il loro dovere».

Senatrice Cattaneo, perché ha deciso di spendersi in prima persona per questa battaglia di verità?

«Non sono stata certo l'unica, a farlo. Ma era in corso una truffa scientifica di enormi dimensioni, non potevo tirarmi indietro, isolarmi nel mio laboratorio. Ci siamo accorti che le istituzioni non stavano capendo»

Da cosa siete partiti?

«Quando devi cercare quello che qualcuno dice di aver dimostrato in un cestino, significa che stiamo parlando del nulla. Abbiamo studiato il protocollo scritto da Davide Vannoni per registrarlo all'ufficio brevetti degli Stati Uniti. Il presunto metodo sarebbe questo: cellule staminali mesenchimali in grado di trasformarsi in neuroni. L'ufficio brevetti americano, per respingerlo, ha risposto: non c'è niente in questi documenti che in mano esperta possa essere replicato. Che significa: non c'è metodo. È niente. Come avevamo già capito. Eppure questo niente veniva somministrato ai malati».

Quali malattie si possono curare oggi con le cellule staminali?

«Leucemie. Lesioni della cornea e della pelle. Stanno in un palmo di mano, mentre le malattie sono decine di migliaia. Ovvio che dietro c'è una frontiera di colleghi e studiosi che si ingegna per accumulare prove e andare avanti. Studiano, sperimentano, verificano. Anni che passano, importantissimi. Studiare una malattia è difficile, serve tempo».

Cosa risponde a quei genitori di figli gravemente ammalati che preferiscono l'incerto al nulla?

«Che qui non si tratta di incerto, è un inganno. Sottopongono i bambini al trapianto di folle. Allora perché non affidarsi alle pratiche tribali? Queste folle sono pericolose, per di più. Senza base razionali, non possiamo abusare dell'uomo e della malattia. A quei genitori dico che c'è una ricerca sana. Vorrei che lo Stato sapesse stare più vicino al dramma di queste famiglie».

Cosa sta emergendo dall'indagine conoscitiva?

«Grossi punti di domanda. Abbiamo delle regole. Ma da quanto emerso dal lavoro dei

Nas e dall'Aifa, sembra che enormi passaggi siano stati saltati. Si cita la Turco-Fazio come decreto per le cure compassionevoli, ma noi abbiamo ben chiaro che Stamina non aveva neanche sulla carta i requisiti per aderire a quel decreto ministeriale».

Mancati controlli?

«È mancato tutto. Questo è il punto nodale. Qualsiasi persona nella sofferenza chiede aiuto allo Stato e alla collettività. Ma lo Stato deve garantire che la sofferenza sia rispettata. Io sono una scienziata, tradirei la mia professione, mentendo. Dedico tutta la mia vita alla ricerca. Non posso dire che quelle cellule si trasformano in neuroni. Non ci sono prove».

Lei crede che questa storia possa servire ad immunizzare l'Italia da altri casi analoghi?

«Deve servire. Non voglio mai più vedere una cosa simile. Per me, il caso Stamina è il tradimento dell'umanità intera. Tutte le responsabilità vanno chiarite. Io voglio vedere le istituzioni pronte a tenere fronte, dobbiamo innalzare la consapevolezza che questo Paese ha uno scheletro di civiltà da garantire e difendere sempre».

La denuncia

I controlli

È mancato tutto
Da quanto emerso
dal lavoro
dei Nas e dell'Aifa
sono saltati
enormi passaggi

Il futuro

Non voglio più
vedere una cosa
simile: per me
il caso Stamina
è il tradimento
dell'umanità intera

Ricercatrice

Elena
Cattaneo,
ricercatore e
senatrice a
vita, conduce
una battaglia
contro le finte
cure di
Stamina



La scelta dello **specialista** momento cruciale


Paolo Giovanni Morselli*

La rinoplastica è l'intervento che si propone di migliorare l'aspetto estetico del naso e quindi del volto. Si definisce piramide nasale la parte prominente del viso e una sua irregolarità risulta ben visibile. Rimodellando le strutture (cartilagine e parti ossee) si correggono la linea del dorso e la punta del naso e diventa più armonico il profilo in senso globale. Le dimensioni del naso e la qualità della cute sovrastante possono influenzare il miglioramento devono essere considerate le variabilità di ogni persona, il programma non è mai standard ma varia da individuo ad individuo. La rinoplastica rimane una raffinata tecnica chirurgica che non può prescindere da una accurata scelta del chirurgo plastico specialista che deve dimostrare, attraverso il proprio curriculum, preparazione e competenza specifica sia sul piano chirurgico che estetico.

Tecnica

Difficoltà respiratorie spesso si associano a un naso torto, non gradevole, non funzionale. L'intervento mira ad ottenere correzioni che migliorano il respiro e l'armonia del volto. La forma e la funzionalità, fuse insieme, raggiungono nella rinoplastica l'espressione più elevata. L'intervento chirurgico, che si può effettuare dai 12-14 anni nelle donne e dai 14-16 anni negli uomini, permette attraverso una piccola incisione all'interno delle narici di cambiare il contorno sia della struttura ossea che di quella cartilaginea.

Procedimento

Finalità e vantaggi: rimodellamento del naso attraverso rimozione del gibbo, regolarizzazione della punta, restringimento delle narici, correzione di alcuni problemi di tipo respiratorio. Durata dell'intervento: da una a due ore. Anestesia: generale o locale con sedazione. Durata della degenza: un giorno. Effetti locali temporanei: gonfiore e colorito giallo-verdastro al di sotto degli occhi. Convalescenza: miglioramento dopo una settimana, normale aspetto dopo due settimane. Risultato: permanente.

(*) *Chirurgo plastico, docente universitario*

