

I vantaggi della mammografia in 3D

L'evoluzione dell'attuale mammografia digitale in un test su 500mila donne: «vede» meglio il seno, trova più tumori e riduce i falsi positivi. Può diventare l'esame standard



La mammografia in 3D scova un numero maggiore di tumori del seno invasivi e riduce il numero di ulteriori approfondimenti non necessari. Lo sostiene un ampio studio americano pubblicato sulla rivista scientifica [Journal of the American Medical Association \(Jama\)](#), che ha preso in esame i dati circa mezzo milione di mammografie effettuate in 13 differenti centri statunitensi.

Mammografia 3D: vede meglio il seno

La mammografia tridimensionale, nota anche come tomosintesi digitale del seno, è l'evoluzione dell'attuale mammografia digitale. Il mammografo digitale 2D, grazie a un sistema di pendolazione del tubo tradizionale che emette le radiazioni, consente di acquisire mammografie in 3D. In pratica, a differenza di una normale mammografia, dove la macchina è fissa, nella tomosintesi si muove intorno al seno, creando con i raggi X un'immagine tridimensionale dei tessuti mammari sovrapposti. Negli Stati Uniti nel 2011 la tomosintesi è stata approvata, in combinazione con la mammografia digitale standard, come strumento da utilizzare all'interno dei programmi di screening. La tecnica è nota da almeno cinque anni e i macchinari sono già in produzione da varie ditte. «Anche in Italia è già utilizzato in molti ospedali, per esempio nel nostro Istituto già ne abbiamo uno e stiamo per acquistarne un secondo - spiega Pietro Panizza, direttore della Radiologia 1 dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e past-president della sezione di senologia della SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica) -. Da qualche anno ormai sono comparsi in letteratura risultati interessanti di varie ricerche e ci sono anche diversi gruppi italiani che lo hanno studiato».

Tra pro e contro si va verso il cambiamento

Dai rilevamenti dello studio emerge che con la tomosintesi sono stati diagnosticati il 41 per cento in più di tumori al seno invasivi, inoltre è diminuito del 15 per cento dei richiami (e conseguenti ulteriori indagini) dovuti a falsi positivi e, in generale, è stato scovato il 29 per cento in più di carcinomi mammari. «Questa analisi conferma che la mammografia in 3D scova, rispetto a quella tradizionale, un numero maggiore di

tumori potenzialmente letali e lo fa in una fase precoce, inoltre risparmia a tante donne l'ansia e "il costo" di ricevere esami aggiuntivi inutili per quelli che poi si verificano essere dei falsi positivi» dice Emily F. Conant, capo della Senologia al dipartimento di Radiologia della Perelman School of Medicine della University of Pennsylvania e autrice principale della ricerca. I vantaggi appaiono chiari: per le pazienti cambia poco, l'esame dura soltanto pochi secondi in più, ma i medici ottengono informazioni più dettagliate, perché si vedono meglio le varie «strutture e livelli» dei tessuti mammari. «In effetti il pro del 3D è che ha dimostrato una maggiore sensibilità (capacità di identificare il cancro) e specificità (capacità di riconoscere come tali le immagini falsamente dubbie) rispetto alla mammografia digitale, perlomeno nello screening - commenta Panizza -. Il contro è che la dose di radiazioni è per ora un poco superiore a quella della sola mammografia digitale. È però prevedibile che la tecnica 3D sostituirà l'attuale a breve. In particolare sarà utile nella mammografia di screening, visto che riduce il numero di richiami per accertamenti e aumenta la capacità di scovare la malattia».

http://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/14_giugno_30/i-vantaggi-mammografia-3d-0b70501e-0053-11e4-9185-2e4a12f9e1bf.shtml

“Tumore al pancreas, nel futuro c'è un vaccino”

Una ricerca italiana che si basa sui concetti rivoluzionari dell'immunoterapia



DANIELE BANFI

...idea è semplice quanto rivoluzionaria: riuscire a scatenare le difese immunitarie per combattere ed eliminare le cellule del cancro. E' il concetto dell'immunoterapia, un filone di ricerca che - come è stato evidenziato all'Asco, il congresso dell'American Society of Clinical Oncology svoltosi a Chicago - è entrato di diritto tra le nuove strategie per combattere i tumori. «Un approccio che potrebbe portare ad una rivoluzione anche nel trattamento dell'adenocarcinoma del pancreas, una delle neoplasie più difficilmente curabili»: a spiegarlo è Francesco Novelli dell'Università di Torino, da anni impegnato con il suo gruppo nella ricerca di possibili molecole attive contro questa forma di tumore. A lui, in collaborazione con il Centro Ricerche in Medicina Speri-

mentale dell'Ospedale Molinette della Città della Salute e della Scienza di Torino (Cerms), va il merito di aver scoperto un vaccino terapeutico in grado, al momento in un modello animale, di combattere con eccellenti risultati il tumore del pancreas. Una scoperta, grazie al contributo dell'Airc, pubblicata sulle pagine della rivista «Gastroenterology».

«L'adenocarcinoma pancreatico - spiega - è una delle neoplasie più aggressive tra i tumori solidi. Purtroppo fare diagnosi precoce è difficile e spesso si arriva a scoprire la malattia quando è già in fase terminale». Ecco perché identificare i biomarker in grado di segnalare la presenza del tumore è di fondamentale importanza per il decorso della patologia. Nel corso degli anni il team torinese è

riuscito ad identificare, nel siero dei pazienti, un aumento nella produzione di anticorpi diretti contro l'enzima alfa-enolasi. Un segnale che il nostro sistema di difesa è attivo nel combattere la malattia e la scoperta ha indotto Novelli a pensare di sfruttare questo processo per fini terapeutici.

«Per farlo - prosegue Novelli - abbiamo creato un vaccino terapeutico, sotto forma di Dna, capace di stimolare il sistema immunitario. L'abbiamo testato su animali da laboratorio modificati geneticamente per lo sviluppo spontaneo del tumore del pancreas e i risultati sono stati sorprendenti: nei topi a cui è stato somministrato il vaccino si è registrato un aumento dell'aspettativa di vita media di oltre il 30%». La vaccinazione, in particolare, ha indotto diversi meccanismi cellulari che determinano il rallentamento della progressione della neoplasia. Due su tutti: il primo è la produzione di anticorpi anti-enolasi capaci di legarsi a questa proteina sulla superficie delle cellule tumorali. In pre-

senza di una sostanza nel siero questi anticorpi vengono «armati» per uccidere le cellule tumorali. Il secondo è l'attivazione di alcune particolari cellule del sistema immunitario, capaci di infiltrarsi nel tessuto tumorale e riconoscere il tumore stesso, scatenando una risposta infiammatoria e citotossica che contribuisce all'eliminazione della neoplasia.

«Ora la sfida sarà trasferire i risultati di laboratorio nell'uomo: verosimilmente, in un paio di anni, si avvierà un protocollo sperimentale in pazienti affetti da adenocarcinoma

«Dopo quelli sui topolini entro un paio d'anni si passerà all'uomo»

pancreatico. Se i risultati verranno confermati, avremo a disposizione un'arma in più per quello che è tra i tumori più temibili. Una strategia che potrà essere combinata a chirurgia, chemio e radioterapia», conclude Novelli. Perché nella lotta al cancro un approccio non esclude l'altro.

@danielebanfi83

L'Airc
In 12 mesi
94 milioni

La ricerca di Novelli fa parte di una selezione di studi particolarmente significativi, presentati nel bilancio sociale 2013 di Airc e Firc, e che rappresentano al massimo grado tutti quelli finanziati dall'Associazione. In 12 mesi sono stati destinati oltre 94 milioni a centinaia di progetti di ricerca grazie all'impegno di 4 milioni e mezzo di sostenitori e di 20 mila volontari: è un risultato - spiega l'Airc - «che consente a 5 mila scienziati di lavorare alla cura del cancro».

Novelli
Immunologo

RUOLO: È PROFESSORE
NEL DIPARTIMENTO BIOTECNOLOGIE
MOLECOLARI E SCIENZE DELLA
SALUTE DELL'UNIVERSITÀ DI TORINO



Corte dei conti, governance, appropriatezza e risparmi: ministero della Salute promosso per il 2013

1 luglio 2014

Governance e appropriatezza, obiettivi centrati nel 2013 per il ministero della Salute. La Corte dei conti nella Relazione sul rendiconto generale dello Stato (**VEDI**) e nonostante tutti i problemi di corruzione e sostenibilità che il Ssn deve affrontare (**VEDI**) promuove la gestione dello scorso anno di Lungotevere Ripa, anche se tra gli aspetti positivi che rileva c'è un'ombra: «L'esercizio che si è chiuso è anche lo specchio della difficoltà di procedere oltre su tale percorso senza scelte selettive. E ciò sia nell'attività di programmazione generale, sia in quella di intervento proprio dell'Amministrazione», si legge nella relazione.

E questo perché «il settore sanitario si trova oggi di fronte a scelte impegnative dal punto di vista finanziario: interessato, da un lato, da ulteriori pressioni per una riduzione ulteriore di risorse, dall'altro, da necessità legate al progresso tecnico e all'accesso a nuovi e costosi strumenti di cura e, da un altro lato ancora, dalla difficoltà di mantenere elevati prelievi fiscali locali. La scelta di non intaccare, almeno nel breve periodo, le risorse destinate alla sanità, ma di trovare all'interno del settore le risorse per affrontare i nuovi bisogni e le somme da destinare al finanziamento degli investimenti, non riduce l'impegno che si presenta per gli esercizi a venire».

Secondo la relazione poi, a queste necessità se ne vanno aggiungendo altre. Come quella di creare condizioni competitive in tema di salute con gli altri Paesi Ue, derivante dall'applicazione della direttiva sulle cure transfrontaliere; di garantire adeguati standard di qualità e sicurezza delle cure ai cittadini italiani ed europei e di adeguare i nuovi livelli essenziali di assistenza; di rilanciare e rafforzare l'assistenza territoriale per la prevalenza di patologie cronico-degenerative dovute all'invecchiamento della popolazione; di superare le criticità, sempre più rilevanti ed emergenti su buona parte del territorio nazionale che derivano dall'inquinamento ambientale, «con inevitabili ricadute sulla salute dei cittadini e, quindi, sulla spesa sanitaria». «Il rinvio nella definizione del nuovo Patto della salute, nell'approvazione della revisione dei Lea, ma anche nella riscrittura del Piano sanitario nazionale o di quello di prevenzione, sono l'evidenza di una difficoltà di individuare concreti spazi di manovra per il reperimento »delle risorse», si legge ancora. E la relazione sottolinea che «all'Amministrazione centrale spettano, poi, ruoli significativi nel campo della prevenzione, della formazione, della gestione della sanità pubblica e nel sostegno delle politiche di investimento. Competenze di rilievo che sembrano oggi strette da un

vincolo di risorse destinato a permanere nel medio periodo. Su questi terreni le scelte selettive da assumere vanno oltre i confini dell'Amministrazione della salute così come la necessità di individuare ulteriori fonti di finanziamento».

Spesa e costi

La relazione ricorda che il processo di riassorbimento dei disavanzi sanitari nelle Regioni in squilibrio strutturale è proseguito anche nel 2013. I progressi nel contenimento dei costi sono stati evidenti e la spesa è stata di circa 2 miliardi inferiore alle attese, confermando la sua stabilizzazione in termini di Pil al 7%. La rete di valutazione e di assistenza del ministero anche attraverso i "Tavoli di monitoraggio e verifica" ha continuato «a svolgere un ruolo prezioso in un percorso di aggiustamento che sia realmente strutturale. La definizione di regole contabili e l'esercizio dei conseguenti controlli hanno consentito di prevedere un sistema di garanzie a tutela dell'aggiustamento, creando una "cortina di protezione" sulla destinazione dei fondi. Le misure introdotte dai provvedimenti che hanno avviato a soluzione il pagamento dei debiti pregressi delle Amministrazioni pubbliche dovrebbero impedire il ripetersi in futuro dei fenomeni di ritardo nel fluire delle somme destinate al sistema sanitario e naturalmente, di quelle che si configurano come vere e proprie distrazioni di risorse per altre esigenze e finalità».

Lea e prestazioni

Il sistema di monitoraggio dei livelli essenziali delle prestazioni ha mantenuto la sua funzione di stimolo e di verifica «segnalando ancora le insufficienze nella qualità dei servizi resi, nella appropriatezza e nella organizzazione delle strutture, che sono alla base delle difficoltà economiche esplose negli squilibri strutturali. Hanno giocato un ruolo prezioso, e potranno giocarlo ancor più nei prossimi anni, i potenziamenti degli strumenti di raccolta dati che consentono di offrire elementi di benchmarking a sostegno nelle scelte gestionali».

Ambiente e prevenzione

Sono continuati, spiega ancora la relazione, gli interventi per la verifica dell'attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli, in particolare sui contaminanti ambientali, l'igiene degli alimenti di origine animale e non animale, l'igiene delle tecnologie alimentari e Ogm, i prodotti destinati ad un'alimentazione particolare e integratori alimentari, gli alimenti addizionati con vitamine e minerali, l'importazione di alimenti.

E sono inoltre proseguite le attività di prevenzione con il programma "Guadagnare salute" e quelle collegate a progetti internazionali tra cui la relazione sottolinea il progetto Euromed per rafforzare i sistemi sanitari e l'offerta di salute della regione mediterranea.

La politica di risparmio

Tutti gli obiettivi sono stati centrati secondo la relazione con una contrazione «significativa» delle risorse (anche i residui passivi si sono significativamente ridotti del -12,3%). «Se guardando al dato complessivo la flessione è solo dello 0,9% in termini di stanziamenti e dello 0,4 per cento degli impegni rispetto all'esercizio precedente, al netto delle somme trasferite (a famiglie ed

Enti territoriali) la riduzione si fa più netta: -13,5 per cento gli stanziamenti, -11,9 per cento gli impegni; la dimensione del budget del ministero nel 2013 passa da 1,5 miliardi a poco più di 340 milioni».

Anche le misure di riduzione e razionalizzazione della spesa approvate con il decreto del 9 gennaio 2014, con cui l'Amministrazione ha adottato il piano delle cessazioni del personale e il processo di riorganizzazione con il passaggio dalle tre strutture dipartimentali attuali all'unico segretariato generale, concentrando le funzioni trasversali di coordinamento dei tre dipartimenti in una sola struttura e puntando così a liberare risorse da utilizzare più proficuamente negli uffici dirigenziali di amministrazione attiva, «sono segnali significativi di un impegno a rendere compatibili le attività svolte con le necessità di contenimento della spesa».

approfondimenti documenti

- [Il capitolo sul ministero della Salute del la Relazione sul rendiconto generale dello Stato](#)

©RIPRODUZIONE RISERVATA

LE RAZIONALIZZAZIONI NON DISPERDONO LE RISORSE

Una fase nuova per il Ssn: arriva la circolarità dei tagli

Manca però la compensazione strutturale dei gap tra Sud e il resto del Paese

Il prossimo Patto per la Salute farà (presumibilmente) la storia. Sarà l'inizio di una nuova sanità. Lo farà per due ordini di motivi. Il primo, perché sancisce la circolarità dei tagli, ovvero sarà lo stesso Servizio sanitario nazionale a godere del risparmio generato sulle attuali spese. È la ministra ad averlo preteso e ottenuto nell'ottica di rendere sostenibile la salute del domani.

Il secondo, per le novità sostanziali che si sta accingendo a formalizzare. Esse riguardano, secondo le informazioni subito precedenti alla sua approvazione:

- la fissazione dei nuovi standard e delle misure di contenimento per i presidi ospedalieri, che comporterà la soppressione dei piccoli ospedali, divenuti da tempo antieconomici ed esempi di pessima erogazione dei rispettivi servizi. Una regola generale nei confronti della quale sarà possibile, tuttavia, una deroga in presenza di particolari e documentate esigenze locali, soprattutto riferibili alla particolare orografia del territorio interessato e alla distribuzione demografica;
- la determinazione di principi fondamentali atti a disciplinare nel dettaglio, a cura delle Regioni, sensibili interventi di dimagrimento economici, a mo' di spending review sistemica, dell'organizzazione e della gestione delle sanità regionali;
- la previsione di regole finalizzate a centralizzare, ovunque e comunque, gli acquisti di beni e servizi, sì da determinare una consistente riduzione della spesa relativa;
- l'individuazione di indici correttivi di deprivazione socio-economica, utili a differenziare il riparto dell'attuale Fondo sanitario nazionale/regionale, ma soprattutto a individuare, di qui a poco (si spera) i fabbisogni standard, nazionale e regionale, alla luce dell'introduzione a regime dei costi standard;
- l'abrogazione delle norme che ancora consentono, in alter-

nativa a soggetti "laici" in possesso dei necessari requisiti, ai Presidenti delle Regioni con i conti della salute in dissesto di riassumere a sé anche la carica di commissario ad acta per i piani di rientro, nominato in attuazione dell'art. 120, comma 2, della Costituzione. A proposito dei piani di rientro, sarebbe utile prevedere una sensibile modifica dell'attuale disciplina, sino a oggi produttiva di risultati non affatto esaltanti, sia per l'economia pubblica che per l'esigibilità dei Lea da parte delle collettività interessate (si legga Il Sole-24 Ore-Sanità del 24 giugno 2014).

Insomma, molte le novità e tante le speranze per un sistema in crisi di funzionamento e di sostenibilità. Gli ulteriori problemi da risolvere saranno tantissimi. Tra questi l'esigenza di attuare il Dlgs 88/2011, riferito al fabbisogno estremo di perequazione infrastrutturale, attraverso il quale andranno compensati i gap di patrimonio produttivo e tecnologico che separano il Mezzogiorno da tutto il resto del Paese.

Non è più, infatti, sostenibile che vi sia una parte dello stesso che abbia in godimento tecnologie di ultima generazione e strutture avveniristiche e un'altra che abbia in uso strumentazioni "a elastico" e stabilimenti fatiscenti. Non solo. Ci sarà da individuare, così come si è fatto con gli interventi legislativi destinati al pagamento dei debiti arretrati della pubblica amministrazione (decreto legge 35/2013), analoghe norme che consentano alle Regioni indebitate di pagare i mutui trentennali con risorse libere, e non già con quelle (così come ancora avviene sino a oggi) destinate esclusivamente ai Lea. Un dovere ineludibile a mente del dettato costituzionale.

Ettore Jorio
 Università della Calabria

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tempi stretti per l'approvazione del testo attuativo della legge Balduzzi

La polizza può attendere

Verso il rinvio la copertura rc per i medici

DI **BENEDETTA PACELLI**

L'assicurazione dei medici verso una nuova proroga. Dopo due anni di dibattito e alla vigilia della scadenza che impone a tutti gli «esercenti le professioni sanitarie», esclusi i dipendenti pubblici, di dotarsi entro il 14 agosto di una polizza rc, si profila all'orizzonte il secondo slittamento. La notizia non è ufficiale ma è difficile che il testo, cioè il regolamento attuativo della legge Balduzzi chiamato a disciplinare i requisiti minimi delle polizze per i professionisti della sanità, possa essere pronto entro metà agosto.

Intanto entro la giornata di oggi dovranno arrivare tutte le osservazioni da parte delle rappresentanze sindacali, poi il testo passerà nelle mani dell'ufficio legislativo del ministero della salute e infine dell'economia. E ancora al vaglio degli organi di controllo. Tutti passaggi che necessitano di tempi più lunghi di

quelli a disposizione.

Due in particolare i punti critici all'interno della bozza di regolamento frutto del tavolo tecnico istituito al ministero della salute. Il primo riguarda l'entità finanziaria del Fondo rischi sanitari pensato per garantire idonee coperture



assicurative a chi opera nelle cosiddette aree a rischio (ginecologia, chirurgia, ortopedia e anestesia). La Balduzzi prevedeva che questo fondo fosse finanziato anche dalle compagnie assicurative fino a un massimo del 4% della raccolta premi della Rc sanità dell'anno precedente.

«Il problema», come ha spiegato a *ItaliaOggi* Luigi Conte della Fnomceo (Federazione dei medici e degli odontoiatri), «è che si parla di uno stanziamento pari a 20 milioni di euro, assolutamente irrisorio rispetto agli obiettivi. Se consideriamo che un ginecologo può versare fino a 14 mila euro di premio assicurativo ogni anno, bastano poco più di mille professionisti di questa specialità per esaurire il fondo». C'è poi il tema della retroattività e della postuma: al tavolo aveva prevalso in un primo momento la linea della Fnomceo che ha chiesto da sempre una copertura pregressa e una postuma decennale. Le compagnie, rappresentate dall'Ania (che secondo la Balduzzi siede al tavolo delle trattative) cercano invece di frenare su questo punto, proponendo polizze a retroattività zero.

Cambia, invece, l'ambito di

applicazione che ha dovuto tener conto del «Pacchetto salute» approvato dal Consiglio dei ministri di metà giugno. Il regolamento ha quindi escluso dall'obbligo i medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale, prima ricompresi, che avranno solo la facoltà di dotarsi di una polizza. Uno dei requisiti minimi che i contratti assicurativi per responsabilità civile professionale, medica e sanitaria, dovranno contenere è l'adeguamento del premio in aumento o in diminuzione, in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso della durata contrattuale. Oltre all'adeguamento del premio, la bozza di regolamento prevede tra i requisiti minimi per l'idoneità dei contratti assicurativi la durata non inferiore ai tre anni e un massimale minimo non inferiore a 1 milione di euro per ciascun sinistro e per ciascun anno, fatta salva la possibilità di reintegrare il massimale secondo le condizioni previste dal contratto.

© Riproduzione riservata



Gli altri settori. Pochi sconti per gli alberghi

Niente tasse per la sanità convenzionata

Insieme alla scuola, le attività sanitarie e assistenziali sono l'altro grande capitolo del **non profit**, e anche per loro le regole prefigurano un elevato tasso di esenzione dall'Imu.

Nel caso di sanità e assistenza il tema tariffario finisce in secondo piano, perché il requisito fondamentale per entrare nel campo delle attività «non commerciali» e di conseguenza lontane da Imu e Tasi è rappresentato da convenzioni, accreditamenti e contratti con lo Stato o gli enti territoriali: se la struttura è accreditata o convenzionata, spiegano le istruzioni diffuse ieri dal ministero, la sua attività diventa «complementare o integrativa ri-

spetto al servizio pubblico», e quindi Imu e Tasi non si pagano «a prescindere dalla quota di partecipazione di volta in volta richiesta all'utente o alla sua famiglia». In modo speculare, nei campi di attività in cui l'accREDITAMENTO o la convenzione sono possibili, la loro assenza fa scattare gli obblighi tributari, anche nel caso (teorico) in cui le tariffe fossero bassissime o assenti. Le stesse istruzioni, del resto, spiegano che le attività sociosanitarie «sono generalmente accreditate o convenzionate»: una parziale eccezione può essere rappresentata dalle case di riposo per anziani autosufficienti, ma il ministero precisa che accanto ad accreditamenti e contratti «oc-

corre prendere in considerazione anche le ipotesi di cofinanziamento della prestazione da parte dell'ente locale». Nei casi residuali di attività i cui ordinamenti non prevedono accreditamenti e convenzioni, invece, andrà esaminato il requisito delle tariffe, che dovranno essere «simboliche» e quindi scollegate dal finanziamento effettivo del servizio: in ogni caso, la tariffa non potrà superare il 50% della media applicata per le stesse attività nell'ambito territoriale locale.

Quando si passa alle attività ricettive, invece, i parametri si fanno più severi e gli automatismi funzionano al contrario, nel senso che impongono il pagamento

di Imu e Tasi salvo eccezioni: in particolare, l'esenzione è sempre esclusa per le attività «alberghiere o para-alberghiere» elencate dall'articolo 9 del Dlgs 79/2011, che accanto ad alberghi e motel contempla residenze turistiche, alberghi diffusi, residenze d'epoca, bed and breakfast «organizzati in forma imprenditoriale» beauty farm e così via. Nel caso delle attività sportive, la condizione è il riconoscimento da parte del Coni, ma l'esenzione arriva solo quando le tariffe non superano la solita soglia del 50% della media locale, con una richiesta che torna anche per le attività culturali.

G.Tr.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità. Domani il documento all'esame delle Regioni

Farmaci, la stretta arriva nel nuovo «Patto salute»

Roberto Turno

Un nuovo Prontuario dei farmaci rimborsati dallo Stato creato in base al loro costo/beneficio e alla loro reale efficacia, ma anche con prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee. Contestualità tra immissione in commercio dei medicinali e decisione della rimborsabilità pubblica. Basta far west regionali sull'equivalenza terapeutica. E insieme tavoli di monitoraggio permanenti e stringenti valutazioni di Hta (Health technology assessment) sia per i farmaci che per i dispositivi medici, per i quali ci saranno presto appositi Osservatori regionali con tanto di budget annuali dei consumi ben definiti per asl e ospedali. Contiene numerose novità per le imprese il «Patto per la salute 2014-2016» che è atteso domani all'esame delle regioni. Con una new entry: un vero e proprio «Patto nel Patto», quello sulla sanità digitale, che è tutta da realizzare nella sanità pubblica e da implementare dappertutto se davvero si vogliono realizzare i risparmi miliardari annunciati dall'e-health e a tutt'oggi un mistero in più di mezza Italia.

È un documento di 29 articoli raccolti in 36 pagine il «Patto» che dopo faticosi confronti col Governo, in primis il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, potrebbe arrivare domani allo show down quasi finale. Non che le resistenze non manchino, come ha fatto capire ieri il governatore veneto Luca Zaia («se è così non lo firmo»), aprendo le porte a sorpresa a una mancata intesa anche solo per un voto contrario. Un pre allarme che in queste ore si cercherà di sminare, col

rischio, altrimenti, di mandare tutto all'aria o di affidare le future regole del gioco dell'assistenza sanitaria pubblica a misure calate dall'alto, sebbene in grande parte già concordate.

Misure che contengono appendici volute dall'Economia: i 337 miliardi previsti nei tre anni - con la clausola che eventuali risparmi resteranno nel Ssn - potrebbero infatti subire tagli per necessità di finanza pubblica (leggi: manovre aggiuntive) o per «variazioni del quadro macroeconomico». E la pro-

messa che nelle regioni in rosso i governatori non potranno più essere commissari, con tanto di allontanamento dei manager che non rispetteranno gli impegni o non garantiranno il rispetto dei Lea (livelli essenziali di assistenza), da garantire uguali in tutta Italia e per questa tenere sotto stretta e continua osservazione.

Intanto sui farmaci si conta di procedere a passo di carica, o quasi. Anche se, insieme alla necessità confermata nel testo del provvedimento di tenere blindata la spesa del Ssn, il «Patto» afferma la necessità di coniugare «l'importanza del mondo imprenditoriale del settore» e il suo ruolo «fondamentale per le strategie del Paese». Carezze che, evidentemente, potranno trovare soluzioni su altri tavoli. Come quelle sul valore dell'innovazione e dell'accesso da parte dei pazienti. In quell'ottica della «sostenibilità» del sistema sanitario che è la parola d'ordine dell'accordo, ha ripetuto più volte il ministro Beatrice Lorenzin.

Intanto anche per i ticket si cambierà, puntando su condizione reddituale e composizione delle famiglie. La revisione sarà decisa entro fine novembre, ma in ogni caso il gettito dei ticket non potrà crescere. Della «condizione economica delle famiglie» (uso dell'Isee), se ne parlerà solo più avanti. Mentre da subito le asl dovranno attivarsi sui controlli per la sicurezza alimentare: ancora una volta con la raccomandazione di difendere un settore definito decisivo per il Pil come l'agro-alimentare. Da sostenere, ma proprio per questo da garantire al top della qualità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE NOVITÀ

Nel prontuario i rimborsi a carico dello Stato saranno calcolati in base ai costi-benefici e alla loro reale efficacia

LE CIFRE

337,3 miliardi

Il finanziamento totale
 È la cifra prevista dal «Patto» per il Ssn per l'intero triennio 2014-2016 dell'accordo; le somme potranno calare se si renderanno necessarie manovre di finanza pubblica o in seguito al peggioramento del quadro macroeconomico

440 milioni

La quota delle regioni
 È la somma che, dal 2014 al 2016, si prevede di assegnare col «Patto» alle regioni per ciascun anno di vigenza dell'accordo per gli «obiettivi di piano». In totale si tratta di 1,32 miliardi nel triennio



Perché servono farmaci tricolori

GILBERTO CORBELLINI
UNIVERSITÀ LA SAPIENZA - ROMA

Il 9 giugno scorso, presso la Health & Quality Factory di Vicenza, la Fondazione culturale del gruppo Zambon (Fondazione Zoè) ha organizzato un forum di discussione a partire da una provocatoria domanda: «Ci serve davvero un'industria farmaceutica nazionale di qualità?».

Sebbene l'interrogativo possa sembrare retorico, considerando l'evoluzione dello scenario economico e medico-sanitario internazionale, è sensato chiedersi se, visto che non siamo in grado di sostenere la competizione sul fronte della ricerca e dello sviluppo di farmaci altamente innovativi e costosi, che richiedono investimenti al momento inarrivabili e un più stretto collegamento tra ricerca accademica e industriale, non sia il caso di favorire con politiche adeguate la produzione dei farmaci di sintesi, dove l'industria italiana se la batte discretamente. Con la possibilità di generare profitti che potrebbero essere investiti in qualcuna delle nuove strategie di business che dislocano geograficamente, e secondo le migliori convenienze, le diverse fasi di ricerca, sviluppo e produzione dei farmaci, recuperando un ruolo di peso sullo scenario economico e sanitario.

I partecipanti al meeting erano figure del governo, della politica e dell'imprenditoria che si sono confrontati a partire dai risultati di uno studio commissionato ad ATKearney. Il comparto farmaceutico italiano è ancora economicamente rilevante e dinamico, grazie al fatto che sviluppa prodotti ad elevato contenuto di conoscenze, ma in ragione delle persistenti disattenzioni politiche rischia di essere devastato dai cambiamenti in corso sullo scenario mondiale del business farmaceutico. Parliamo di un settore che in Italia esprime indici che sono tra i più elevati di investimento in ricerca e sviluppo e i cui addetti sono i più qualificati e pagati dell'indu-

ustria, con la più alta pari opportunità di impiego (il 40% sono donne). Nell'industria farmaceutica lavorano eccellenti ricercatori e clinici che garantiscono produzioni a elevato contenuto scientifico e tecnologico, nonché validate sul piano della sicurezza e dell'efficacia. Per quanto riguarda l'esportazione dei farmaci di sintesi, poi, questa registra un saldo positivo e vive un trend di crescita. Ma ci sono Paesi che sanno fare anche meglio su questo fronte e ci si deve aspettare che le economie emergenti diverranno più competitive.

Quando si entra nel dettaglio, si scopre che l'industria farmaceutica italiana eccelle, anche in Europa, sul piano della produzione, ma arranca nell'innovazione. Un dato che si manifesta nell'ambito relativo alla ricerca, sviluppo e produzione di farmaci biologici (fattori di crescita, anticorpi monoclonali, vaccini...), dove non si riesce a essere competitivi.

CONTINUA A PAGINA 22



**L'industria
Produrre farmaci:
una sfida
globale
che richiede
strategie
s sofisticate**

Distratto, diabetico, obeso

Chi dorme poco si fa del male e non lo sa



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

GIANNA MILANO

Eraro lamentarsi di dormire troppo. Semmai il contrario. Ma, rubando sempre più ore alla notte, siamo figli di una società insonne. Eppure il sonno, in termini evolutivi, è indispensabile per la sopravvivenza. Tanto che le conseguenze legate alla sua mancanza sono molte e gravi. Lo confermano le ultime ricerche: non solo si compromettono le capacità cognitive e la memoria, ma ci si espone a

problemi metabolici, come il diabete di tipo 2, e si rischia anche di diventare obesi.

Meno ore si dorme, più si ingrassa. Uno studio americano su mille persone ha dimostrato che, dormendo 5 ore per notte invece di 8, aumenta del 3,6% l'indice di massa corporea. «Purtroppo, nonostante la mole di conoscenze, pochi si rendono conto di quanto importante sia rispettare il rapporto veglia-sonno. Non riposare abbastanza è un fattore di rischio, così come mangiare male e

non fare esercizio», spiega Liborio Parrino del dipartimento di Neuroscienze all'Università di Parma e presidente dell'Aims, l'Associazione di medicina del sonno.

Già nel '99, Eve Van Cauter, dell'Università di Chicago, con uno studio che rappresenta una pietra miliare, aveva dimostrato come la riduzione delle ore di sonno in giovani adulti sani inducesse una resistenza all'insulina, processo che favorisce lo sviluppo del diabete di tipo 2. «Oggi sappiamo senz'altro di più



sulla biologia alla base dei problemi metabolici legati al sonno», dice Giovanni Cizza, endocrinologo al National Institute of Diabetes and Kidney Diseases di Bethesda, negli Usa: è lui ad aver realizzato uno studio per verificare se, aumentando le ore di sonno, si potessero aiutare gli obesi a perdere chili. «In chi non dorme a sufficienza - aggiunge - si altera l'equilibrio tra due ormoni: la leptina, prodotta dal tessuto adiposo e che dà il segnale di sazietà, e la grelina, prodotta dallo stomaco e che stimola la fame. Il poco sonno fa calare la prima e aumentare la seconda ed ecco perché cresce il senso di fame: la collusione dei due messaggi induce a mangiare di più». Se in situazioni di pericolo, come nel caso degli antichi cacciatori-raccoglitori, il meccanismo aveva una funzione, oggi non è più così.

Altri studi, nel frattempo, hanno chiarito una serie di meccanismi biochimici. Indizi affascinanti sono emersi da una ricerca di Esra Tasali dell'Università di Chicago: dormire meno provoca nelle cellule adipose un aumento della resistenza all'insulina. Dopo quattro notti con sole quattro ore e mezzo di sonno le cellule di grasso di un campione di giovani volontari avevano perso il 30% di sensibilità all'insulina: l'equivalente di un invecchiamento metabolico tra 10 e 20 anni. La durata del sonno, infatti, conta, dal punto di vista metabolico, quanto la qualità. Le fasi a onde lente, che corrispondono al riposo profondo, coincidono con cambiamenti ormonali che influiscono sulla regolazione del glucosio. Non a caso, quando si toccano anche 7-8 ore, ma per diverse notti consecutive non si riesce a raggiungere il sonno profondo, si manifestano gli stessi problemi di risposta all'insulina, né più né meno come chi dorme poco.

A complicare l'interazione sonno-metabolismo c'è poi l'orologio biologico, che regola i ritmi circadiani dell'organismo. «L'high-tech ci ha distolto dai ritmi naturali, stravolgendo il meccanismo che, come un metronomo, scandisce sonno e veglia. Una sorta di direttore d'orchestra che coordina la sinfonia di attività chimiche, ormonali e nervose delle cellule», osserva William C. Dement,

fondatore del Centro di ricerca sul sonno alla Stanford University. «Gli umani sembrano essere l'unica specie che non presta attenzione all'orologio biologico: oggi il tempo di sonno si è ridotto di un'ora e mezzo per notte rispetto al XIX secolo».

Eppure, come dimostra uno studio su «PloS», estendere le ore di sonno migliora le funzioni cognitive. «Sono stati coinvolti 125 obesi, che dormivano in media meno di 6 ore e mezzo. A una parte di loro è stato chiesto di dormire di più, mentre al

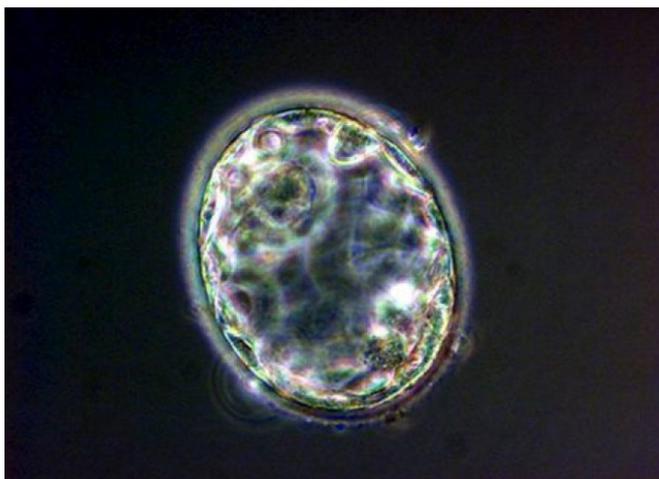
L'ALLARME

Bastano poche notti insonni per mettere sotto stress l'organismo

gruppo di controllo di non modificare le proprie abitudini - sottolinea Cizza, uno degli autori della ricerca - . Dopo 18 mesi abbiamo misurato le funzioni cognitive con una batteria di test neuro-psicologici e abbiamo scoperto che in chi dormiva di più le funzioni cognitive erano migliorate del 7% e l'attenzione del 10%. A essere potenziate, inoltre, erano le funzioni "esecutive" - vale a dire la capacità di programmare e prendere decisioni - che nel cervello sono delegate alla corteccia pre-frontale superiore». Un miglioramento attribuito non solo alla rapidità con cui ci si addormenta, ma, dal punto di vista biologico, a un gruppo di ormoni: due dello stress - il cortisolo e la dopamina - e un terzo, già evidenziato da altre analisi, la grelina: non solo stimola l'appetito, ma è un elemento-chiave per modulare una condizione così preziosa (e ignorata) come il sonno.

Fecondazione eterologa, "Garantito sostegno psicologico e anonimato per chi dona"

Al congresso europeo dell'Eshre in corso a Monaco, anticipate le prime linee guida italiane. L'esperto: "Il Parlamento stabilirà i limiti d'età, ma sarà sconsigliato andare oltre i 50 anni"



Un embrione visto al microscopio **MONACO** - Approfittano del congresso europeo dell'Eshre in corso a Monaco per riunirsi attorno ad un tavolo ed elaborare le prime linee guida italiane [per la fecondazione eterologa](#), quella cioè che prevede donazione di gameti estranei alla coppia, ovociti o spermatozoi. Linee guida che ovviamente daranno delle indicazioni e degli indirizzi di carattere medico ma che mai potranno incidere su aspetti etici e politici. I medici italiani esperti in procreazione assistita sono pronti ad avviare gravidanze con donazione, molte donne si sono già dette disponibili a donare i loro ovociti in sovrannumero o - addirittura - a sottoporsi a sedute di stimolazione ormonale per poter successivamente donare gli ovociti. Un gesto di straordinario altruismo se si considera la non gradevolezza delle terapie stimolanti e il prelievo stesso degli ovociti. Molte altre, [centinaia](#), hanno già fatto tutti gli esami preliminari in attesa dell'impianto. Mentre in migliaia si sono prenotate.

Le indicazioni. Le linee guida, al di là delle indicazioni di carattere medico, sarebbero di grande aiuto in un momento di cautela sul come procedere, dopo la sentenza della Corte Costituzionale - e la sua pubblicazione in Gazzetta ufficiale - che ha definitivamente mandato in frantumi uno dei divieti più rilevanti della legge 40. Molti medici aspettano delle indicazioni e denunciano un'incertezza che, però, secondo i giuristi non c'è: la fecondazione eterologa con gameti estranei alla coppia si può fare anche oggi.

Il sostegno psicologico. In **Spagna**, il paese con il più alto numero di donatori di organi e tessuti, chi offre i propri ovociti e spermatozoi è ricompensato con mille euro, cifra stabilita dalla legge, con un tetto stabilito di sei figli nati dai suoi gameti o sei cicli. E assoluta garanzia di anonimato. E in Italia? "È garantito il diritto di **anonimato del donatore** - precisa Andrea Borini, presidente della Sifes, una delle società che sta predisponendo le linee guida - anche se è auspicabile che nel caso poi si verificassero malattie successive alla donazione il centro venga avvertito. Le linee guida prevedono anche un **counseling psicologico** sia per chi dà che per chi riceve, soprattutto per quel che riguarda le donne che si preparano ad affrontare una gravidanza con ovodonazione. Il limite d'età non può essere stabilito dalle linee guida, ma semmai dal Parlamento. Ma, da un punto di vista medico, sarà sconsigliato andare oltre i

50 anni anche se è più a rischio una trentottenne con problematiche mediche che una cinquantenne che corre la maratona".

Il rimborso spese. Poi c'è il problema del rimborso spese. "Prima del divieto - osserva Paolo Emanuele Levi Setti, direttore dell'Humanitas Fertility Center di Milano - il decreto Bindi prevedeva la gratuità assoluta della donazione. Non potevamo rimborsare neanche il biglietto del tram con cui le donne venivano in ospedale. E infatti non avevamo donatrici assolute ma soltanto donne che donavano gli ovociti in sovrannumero. Parliamo dunque di donne non giovanissime e con problemi di fertilità. L'ideale sarebbe avere ovociti di donne giovani e fertili, ma dovremmo anche prevedere un giusto compenso che non induca commercio.

Per la donna la donazione prevede dieci giorni di stimolazione con 1-2 punture sotto cute al giorno, ecografie ed esami del sangue, una anestesia generale il giorno del prelievo. Un rimborso equo deve tenere conto di tutte queste difficoltà. Inoltre io credo che la fecondazione, omologa o eterologa che sia, debba rientrare nei Lea (*livelli essenziali di assistenza, ndr*). Capisco che ci sono pochi soldi ma almeno ad alcune categorie di pazienti - menopausa precoce, patologie

ovariche da chemioterapia o malattie genetiche - dovremmo rimborsare alcuni tentativi. Mettiamo dei paletti, ma garantiamo uno zoccolo duro, magari anche solo due tentativi e fino ad una certa età, a tutte. Se poi le Regioni vorranno fare di più saranno le benvenute ma purtroppo vedo il contrario, con Sicilia e Puglia che hanno deciso per la non rimborsabilità della procreazione assistita. Spingendo le coppie nel privato, almeno quelle che hanno il denaro per farlo".

Per ritornare in forma si riempie il carrello della spesa di prodotti ipocalorici ma attenzione alle etichette: è bene distinguere gli alimenti a ridotto contenuto di grassi da quelli che invece diminuiscono gli zuccheri

Dieta, le trappole dei cibi light



AL SUPERMERCATO Quando si fa la spesa si dovrebbe sempre leggere con attenzione gli ingredienti

Estate: tempo di buoni propositi e voglia di mangiare più sano per superare la prova costume. Come fare? Una delle scelte più diffuse, secondo uno Studio della School of Economic Sciences della Washington State University, è quella di riempire il carrello di cibi light. In tutto simili a quelli tradizionali che però, a parità di peso, apportano un quantitativo calorico inferiore.

Oggi oltre il 70% dei prodotti alimentari ha la sua versione ipocalorica e povera di grassi. Il dubbio è se scegliere quelle versioni anche per lunghi periodi. «Assolutamente no - mette in guardia la professoressa Silvia Migliaccio, nutrizionista e specialista in Endocrinologia e Malattie metaboliche presso l'Università Foro Italico di Roma - Light non significa "a zero calorie" ma "ad apporto calorico inferiore". Rispetto all'alimento di riferimento ha solo meno grassi o zuccheri semplici, perciò il loro consumo non può essere illimitato».

Il successo dei cibi light, in

commercio dagli anni Sessanta, però, è indubbio.

Ad attrarre il consumatore sono soprattutto le etichette. Qualche esempio? Una mozzarella light da 100 grammi ha 170 calorie, contro le 250 della versione classica. Un cucchiaino di maionese light fornisce 45 calorie contro le 78 di quella tradizionale. Le fette biscottate light forniscono 270 calorie per cento grammi contro le 420 delle fette comuni. Ma se il "miracolo light" funziona per Angelina Jolie (guai a toccare i suoi yogurt ipocalorici) o per Gwyneth Paltrow (nel suo carrello della spesa entrano solo prodotti leggeri) non è detto che sia per tutti così.

I RISCHI

Il primo rischio con questo tipo di alimenti è che, avendo "meno calorie", si cada nella trappola di mangiarne il doppio: non solo per golosità, ma perché spesso sono meno saporiti, col risultato di aver speso di più sia in ordine di prezzo che di calorie consumate. Insomma una patatina fritta è sempre una patatina fritta e fa poca differenza se la si frigge o la s'inforna. Inoltre, ancora oggi

il consumatore fa confusione tra cibi dietetici e quelli light. Eppure non sono la stessa cosa.

Come orientarsi, allora? «Innanzitutto dobbiamo distinguere tra alimenti a ridotto contenuto in grassi e quelli a ridotto contenuto in zuccheri. Ad esempio i formaggi light forniscono il 50% circa di grassi in meno e di conseguenza la metà delle calorie rispetto al prodotto normale. Ma se da un lato l'esistenza di tali prodotti ci permette di aumentare il consumo settimanale, dall'altro è sempre bene controllare la porzione. Il risparmio calorico e lipidico si ottiene assumendo le giuste quantità. Un dessert con meno grassi può conte-



nere più zuccheri e quindi avere comunque molte calorie. Anche le bevande light, con limitato contenuto di zucchero sono ricche di dolcificanti artificiali che, se assunti in eccesso, non sono salutari.

Francesca Filippi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**«NON SONO A ZERO
CALORIE E IL LORO
CONSUMO NON PUÒ
ESSERE ILLIMITATO»**

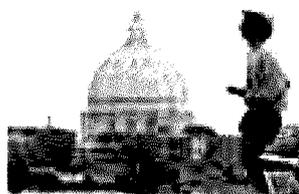
Silvia Migliaccio

**Bevande dietetiche
solo una al giorno**



Le bevande light sono ricche di dolcificanti, se è possibile non prenderne più di una lattina al dì

**Equilibrati a tavola
e poi sì allo sport**



I cibi "leggeri" non hanno utilità se non si segue un corretto regime a tavola e non si fa attività sportiva

**Evitare di mangiare
le porzioni doppie**



Si rischia di divorare una razione doppia di prodotti light, questo ostacola il dimagrimento

Il cervello "teleguidato" saprà ridare anche la vista

A Milano apre "Fens", il meeting degli esploratori dei neuroni
"Ora l'obiettivo sono i processi che generano le patologie"

NEUROSCIENZE

NICLA PANCIERA

Sarà la più importante occasione per i ricercatori del cervello. Il «Fens» - meeting biennale delle associazioni europee di neuroscienze - debutterà sabato prossimo a Milano con un centinaio di attività, tra seminari, workshop ed eventi, disegnando un enorme

Gero Miesenboeck Neuroscienziato

RUOLO: È «WAYNFLETE PROFESSOR» DI FISILOGIA E DIRETTORE DEL «CENTRO PER I CIRCUITI NEURALI E IL COMPORTAMENTO» ALLA UNIVERSITY OF OXFORD (GRAN BRETAGNA)

frattale che si estende dalla neuroetica alla biologica molecolare.

La rivoluzione della luce. L'optogenetica permette il controllo dell'attività elettrica dei neuroni attraverso la

luce, ai cui raggi le cellule geneticamente modificate vengono rese sensibili: attraverso l'attivazione o l'inibizione di gruppi di neuroni, così, gli scienziati possono «telecomandare» le cavie. La tecnica non è ancora stata utilizzata sull'uomo, ma quando i tempi saranno maturi? Risponde a «Tuttoscienze» uno dei padri dell'optogenetica, l'austriaco Gero Miesenboeck dell'Università di Oxford: «L'ostacolo principale, al momento, è che per avere le proteine fotosensibili è necessaria una qualche forma di manipolazione genetica. In più c'è il problema dell'eventuale reazione immunitaria dell'organismo». Quanto ai risvolti clinico-terapeutici, invece, «l'area più promettente è quella del ripristino della vista: l'inserimento dei geni nelle cellule dell'occhio, sito immunologicamente privilegiato, è relativamente semplice e conosciamo la neurobiologia della retina più di quanto non conosciamo quella dei disordini psichiatrici e comportamentali».

Le aspettative, quindi, non verranno deluse: «I futuri progressi richiedono studi sperimentali: per capire come la natura funzioni bisogna interferire con componenti e processi ben definiti e non

ci si può limitare all'osservazione passiva. Già ora l'optogenetica sta fornendo ai neuroscienziati un livello di controllo sul cervello mai raggiunto in precedenza».

Modelli computazionali.

Osservare interi gruppi di cellule sta consentendo di creare modelli neurali di comportamenti complessi. E così, ora, anche «disturbi mentali» invalidanti possono essere ricondotti a cambiamenti molecolari e strutturali. A determinare le nostre azioni concorrono infatti fattori emotivi, dati sensoriali, conoscenze pregresse, oltre che

errori e motivazioni. Il risultato è un equilibrio precario, in cui la transizione da sano a patologico può essere graduale e perfino inavvertibile. Basta pensare alla ricerca del piacere a tutti i costi: se può essere volontaria, in un comportamento sregolato dove finisce la libera scelta e subentra la dipendenza?

Che il «focus» vada quindi spostato dalla descrizione del disturbo al processo che lo genera è convinzione di Ray Dolan dell'Ucl di Londra e direttore del primo centro di psichiatria computazionale. «I nostri modelli - spiega - possono costituire un ponte tra cervello e comportamento, gettando luce sull'interazione e la competizione dei diversi siste-

mi cerebrali in azione, quando, per esempio, prendiamo una decisione». Osservare come il controllo di specifiche azioni passi da alcune reti neurali ad altre suggerirà possibili «target» per trattamenti farmacologici finalmente efficaci.

Neuroni e stress.

Sotto esame finiscono anche le basi molecolari e neuroendocrine, oltre che comportamentali, della vulnerabilità individuale allo stress. Una rivoluzione resa possibile dalla manipolazione genetica dei modelli animali con l'obiettivo di individuare nuovi tipi di interventi sull'uomo, dato che stress e ansia cronici influiscono sul tipo di relazioni che instauriamo e sulla struttura stessa dei gruppi di cui facciamo parte. Le nuove ricerche neurobiologiche dimostrano infatti che gli effetti duraturi di stress e paura precoci dipendono da modificazioni strutturali del cervello: ecco perché è essenziale indagare la variabilità individuale alla risposta plastica dei neuroni stessi.

Di fronte a questi scenari chi non vorrebbe venire proiettato direttamente a Copenaghen, a «Fens» 2016, per vedere che cosa le neuroscienze scopriranno di noi nel prossimo biennio?

LA SVOLTA

«Si sta andando oltre l'osservazione puramente passiva»

Sicurezza

Un logo per le vere farmacie on line

Arriva il logo che permetterà di identificare, nella giungla dei negozi online più o meno affidabili, le farmacie virtuali autorizzate alla vendita di medicinali in Europa. L'icona, lanciata dalla Commissione europea, apparirà sui siti web autorizzati e li collegherà a quelli delle autorità nazionali competenti. «Al momento

dell'acquisto di farmaci online - spiega Tonio Borg, commissario europeo per la Salute - i consumatori devono essere consapevoli che se non lo si fa rivolgendosi a fornitori online legalmente operanti, si corre il rischio di acquistare prodotti falsificati. Per questo la Commissione ha creato un logo in vigore dalla fine di luglio».

se da un lato l'esistenza di tali prodotti ci permette di aumentarne il consumo settimanale, dall'altro è sempre bene controllare la porzione. Il risparmio calorico e lipidico si ottiene assumendo le giuste quantità. Un dessert con meno grassi può contenere più zuccheri e quindi avere comunque molte calorie. Anche le bevande light, con limitato contenuto di zucchero sono ricche di dolcificanti artificiali che, se assunti in eccesso, non sono salutari.

Francesca Filippi
 © RIPRODUZIONE RISERVATA



Martedì 01 LUGLIO 2014

Malattie infiammatorie croniche intestinali. In Italia ne soffrono oltre 6000 persone

Incontro alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa per discutere le problematiche legate a queste malattie (MICI), che spesso interferiscono con le attività quotidiane di chi ne soffre, causando disabilità. Un elevato costo sociale, sia per la qualità della vita del paziente che per l'impatto economico sul sistema.

Le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) si configurano come 'malattie sociali' che possono sia comportare disturbi della salute anche gravi (disabilità) per chi ne soffre, interferendo con le attività quotidiane e in alcuni casi intaccando la qualità della vita, sia per l'impatto socio-economico per il paziente che per il sistema sanitario. Se ne è discusso in un recente incontro alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, introdotto da **Giuseppe Turchetti**, Professore di economia e management, e organizzato dal Professor **Santino Marchi** e dal Dottor **Francesco Costa** dell'Azienda ospedaliero universitaria pisana, con la partecipazione dell'On. **Federico Gelli** della Commissione affari sociali della Camera dei Deputati.

Le malattie MICI, che includono principalmente il morbo di Chron e la colite ulcerosa, colpiscono in Italia dalle 10 alle 15 persone ogni 100mila (dunque in base a questo dato circa dalle 6000 alle 9000 persone nel nostro paese).

Dalla necessità di adottare un piano diagnostico terapeutico e assistenziale condiviso e integrato tra le diverse figure che si occupano di queste patologie alla sostenibilità finanziaria delle cure, fino agli strumenti per ridurre il ritardo diagnostico che può provocare, oltre alla persistenza di sintomi invalidanti, anche una progressione verso forme complicate più gravi ed estese che si ripercuotono sulla vita quotidiana del paziente. Di questo ed altro hanno discusso gli esperti – tra cui medici, farmacisti, economisti, dirigenti sanitari della Toscana e rappresentanti delle associazioni di pazienti - durante la giornata di studio. Dunque, un punto centrale riguarda la ricerca e la messa in atto di strategie per una diagnosi tempestiva, volta ad evitare eventuali complicanze.

A tal proposito, si esprime chiaramente il Professor Giuseppe Turchetti: "la rivisitazione completa dei 'livelli essenziali di assistenza' per tali patologie che si fondi sull'applicazione rigida delle principali linee guida è indispensabile non soltanto per garantire ai pazienti il percorso di cura più veloce e più efficace con le migliori e idonee terapie disponibili, ma anche per gestire in maniera corretta le patologie dalle prime fasi della manifestazione e prevenire l'insorgenza di complicanze, evitando – ha concluso - i rilevanti costi sanitari e sociali ad esse connessi".

Per ridurre i costi, "diagnosi tempestive e integrazione tra strutture" sono gli strumenti chiave secondo gli esperti.

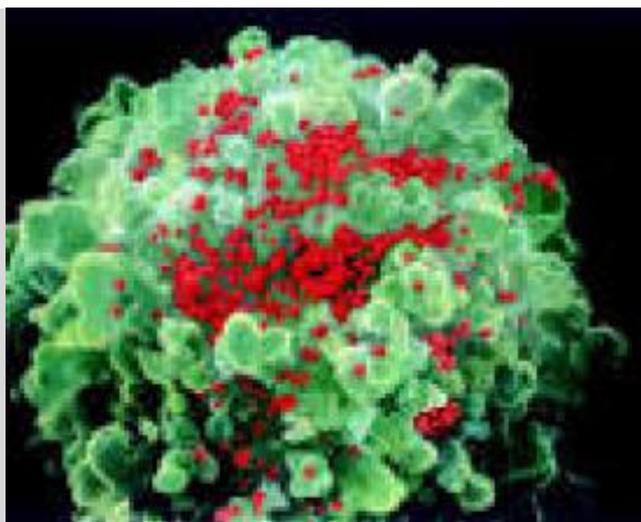
Altro focus riguarda la necessità di un approccio multidisciplinare, che "può migliorare non soltanto il momento diagnostico, ma permettere anche una adeguata valutazione comparativa dei trattamenti adottati e favorire il migliore decorso dei pazienti", spiegano gli esperti. "Non ultimo, poi, il problema della frammentazione organizzativa dei servizi sanitari regionali con punte di eccellenza affiancate a realtà non completamente idonee per la gestione soprattutto dei casi più complessi. Questa frammentazione è stata messa in evidenza dai dati sul censimento delle strutture sanitarie e sulla qualità della cura e assistenza offerte alle persone affette da queste malattie, presentati per la prima

volta in Toscana”.

Altro tema la tutela del posto di lavoro del paziente, su cui punta l'attenzione l'associazione “AMICI Onlus, secondo la quale è “urgente, l'erogazione di finanziamenti idonei alle necessità dei malati e delle famiglie, per ridurre al minimo i disagi, riconoscendo da un lato gli effetti invalidanti delle malattie e, dall'altro, preservando la tutela del posto di lavoro del paziente.

L'Associazione, inoltre, “ha richiesto agli organismi politici e amministrativi di fornire sostegno alla ricerca promuovendo la conoscenza di queste malattie, di adeguare e di diffondere le strutture sanitarie di riferimento implementando le attrezzature dei reparti degli ambulatori e degli organici; inoltre è apparsa urgente, l'erogazione di finanziamenti idonei alle necessità dei malati e delle famiglie, per ridurre al minimo i disagi, riconoscendo da un lato gli effetti invalidanti delle malattie e, dall'altro, preservando la tutela del posto di lavoro del paziente”.

HIV: CURE D'AVANGUARDIA MA AUMENTANO CONTAGI. FOCUS ALL'IRE S.GALLICANO



(ASCA) - Roma, 1 lug 2014 - Se negli ultimi 15 anni la morbosita' e la mortalita' HIV-associata sono state drasticamente ridotte dall'introduzione di sempre piu' efficaci terapie antiretrovirali di combinazione (cART), cio' non e' avvenuto per le nuove infezioni che fanno invece registrare un significativo aumento soprattutto in alcune popolazioni a piu' elevato rischio di infezioni a trasmissione sessuale. Se ne discute all'Istituto Regina Elena- San Gallicano di Roma, il 4 luglio prossimo, in occasione del 'Focus On: dalla precocita' della diagnosi al governo clinico', evento formativo patrocinato dall'Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani (ADOI) e dalla Societa' Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT). "Oggi - osservano gli specialisti - la velocita' di circolazione dell'infezione determina un elevato numero di persone inconsapevoli di essere infette e un aumentato rischio di ulteriore diffusione del virus. Per questa ragione migliorare lo screening HIV anticipando la diagnosi e portando una quota sempre maggiore di persone a rischio sessuale ad effettuare il test rappresenta oggi una priorita' per i clinici e agli esperti di salute pubblica. In contrasto, la progressiva crescita della spesa per la terapia HIV, anche in presenza di diversi schemi terapeutici a costi differenti conduce oggi a stabilire percorsi assistenziali sempre piu' sostenibili e che possano assicurare un accesso alle cure appropriato, equo e piu' esteso possibile. Cure che oggi sono rivolte anche a controllare quei fattori di rischio di malattia cronica e di neoplasia gia' presenti nell'individuo sano e che nei pazienti HIV che invecchiano risultano avere un ruolo amplificato. Presidente del convegno e' Antonio Cristaudo, Direttore della Dermatologia Infettiva e Allergologica dell'Istituto S. Gallicano. Interverranno fra gli altri: Flori Degrassi, Direttore Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria; Aldo Di Carlo, Direttore Scientifico San Gallicano; Francesco Cognetti, Direttore del Dipartimento Oncologia Medica dell'Istituto Nazionale Regina Elena e molti autorevoli specialisti degli IRCCS San Gallicano, Regina Elena e Lazzaro Spallanzani.

LEGGO

Arriva il test per il mal di schiena

Merito di AbbVie in collaborazione con l'Associazione nazionale malati reumatici



ROMA - Un progetto europeo di sensibilizzazione sul mal di schiena. È l'iniziativa promossa da AbbVie in collaborazione con l'Associazione nazionale malati reumatici- ANMAR per la diagnosi precoce, in particolare per il tipo infiammatorio anche tramite un questionario ad hoc (www.nonvoltarglila-schiena.it). Nella maggior parte dei casi il sintomo ha natura meccanica, ma nel 3% degli adulti è causato da un'infiammazione.

Le due tipologie si differenziano, perché quello più comune esordisce a in ogni età, è un dolore pulsante o penetrante, non è associato a rigidità mattutina e migliora con il riposo, l'esordio è variabile e spesso è causato da uno strappo o una lesione. Quello di tipo infiammatorio invece esordisce entro i 40 anni in modo graduale, migliora con l'esercizio fisico ma non col riposo tanto da svegliare durante il sonno, provoca rigidità mattutina che dura oltre 30 minuti ed è un dolore al gluteo alternante. Questa tipologia di mal di schiena deriva nella maggior parte dei casi da malattie autoimmuni.

(A.Cap.)
riproduzione riservata ©

RICERCA: MENO SI DORME PIÙ INVECCHIA IL CERVELLO

Roma, 1 lug. (AdnKronos Salute) - Riposare poco non fa bene alla salute del cervello. A svelarlo è uno studio del Duke-Nus Graduate Medical School di Singapore pubblicato sulla rivista 'Sleep'. I ricercatori hanno dimostrato che le persone che dormono meno di sette ore al giorno hanno un invecchiamento più rapido del cervello. Insomma, la perdita di sonno dovuta al lavoro o fare le ore piccole per il divertimento notturno possono contribuire anche al declino cognitivo, e in alcuni casi favore la demenza in età avanzata. Lo studio ha esaminato i dati di 66 adulti cinesi che sono stati sottoposti a risonanza magnetica per misurare il volume del cervello. Inoltre sono state valutate ogni due anni le loro funzioni neuropsicologiche con test della funzionalità cognitiva. Infine, la durata del sonno di ciascuno è stata registrata attraverso un questionario. Quelli che dormivano meno di sette ore hanno mostrato "un evidente allargamento del ventricolo cerebrale e un declino della performance cognitiva", afferma la ricerca. "I nostri risultati ci dicono che dormire poco può essere un 'marker' per l'invecchiamento del cervello", spiega June Lo, autore della ricerca. "Inoltre - aggiunge - il lavoro suggerisce che sette ore al giorno di riposo si sono dimostrate adeguate per una risposta ottimale ai test sulle prestazioni cognitive".

DERMATOLOGI, SHAKESPEARE CONTRIBUI' A STIGMA MALATTIE PELLE AVREBBE CONTRIBUITO A FARLE ENTRARE NEL LINGUAGGIO COMUNE

(ANSA) - ROMA, 1 LUG - Celebrato come poeta e drammaturgo immortale, William Shakespeare e' ora finito sotto accusa dai dermatologi inglesi: con i suoi 'insulti' ed epiteti poco lusinghieri verso alcuni personaggi con malattie della pelle, avrebbe contribuito alle continue persecuzioni e stigma subite dalle persone per il modo in cui apparivano. A segnalarlo e' il quotidiano inglese The Independent. I medici dell'Associazione inglese dei dermatologi accusano il Bardo di aver lasciato un doloroso lascito alle persone con malattie della cute. Ad esempio, Re Lear apostrofa la figlia Gonerilla come 'se avesse il carbonchio inciso a rilievo', mentre una prostituta chiama un soldato 'compagno scorbuto' nell'Enrico IV. Espressioni del genere avrebbero causato continue persecuzioni alle persone per il modo in cui apparivano. Secondo i ricercatori dell'universita' di Nottingham, Leicester and Derby, Shakespeare avrebbe riflettuto l'ossessione elisabettiana per la pelle pallida e impeccabile. "La Londra elisabettiana era un melting pot di malattie - spiega Catriona Wootton, coautrice dello studio - come la peste, la sifilide e il vaiolo. Molte di queste patologie lasciavano segni e cicatrici sulla pelle, imperfezioni che erano viste con un segnale di avviso per le malattie contagiose. Shakespeare usava questi toni sommessi, queste sfumature negative a suo vantaggio, usando le idiosincrasie fisiche nei suoi personaggi per indicare manie e fobie nel loro comportamento". E parte di questo stigma del periodo elisabettiano, secondo i dermatologi inglesi, sulle malattie che sfigurano la pelle, persiste ancora oggi, come dimostrano anche numerosi esempi di pellicole e libri, dove i cattivi e i malvagi sono rappresentati con deformazioni. (ANSA).