

quotidiano**sanità**.it

Martedì 16 SETTEMBRE 2014

Mille giorni. Renzi alla Camera: “Sui costi standard il Governo è pronto a sfidare le Regioni”

Se fino ad oggi non sono stati fatti, ha spiegato il premier oggi in Aula alla Camera nel corso dell’Informativa urgente sui “Mille giorni” è perché “si è pensato di intervenire in modo centralistico”. Renzi si è quindi detto disponibile a “sfidare” le regioni per “individuare i meccanismi all’interno dei quali la siringa, per fare il solito esempio, costa allo stesso modo”.

Il governo vuole andare avanti sui costi standard e per farlo è disposto a sfidare le regioni anche se l’esecutivo “non ha niente contro le regioni”. Lo ha detto questa mattina il presidente del Consiglio, **Matteo Renzi**, nel corso dell’informativa urgente sulle linee di attuazione del programma di Governo. Intervento che oggi pomeriggio replicherà anche al Senato.

Palazzo Chigi dunque è favorevole ai costi standard ha detto Renzi in uno dei passaggi del suo intervento, aggiungendo che se “ad oggi non sono stati fatti, è perché si è pensato di intervenire in modo centralistico. Dal nostro punto di vista siamo assolutamente disponibili a sfidare le regioni – anche per dimostrare che non abbiamo niente contro le regioni – a individuare i meccanismi all’interno dei quali la siringa, per fare il solito esempio, costa allo stesso modo”.

Sul centralismo e sui costi che ha generato in termini di spesa pubblica quindi Renzi ha concluso: “Chi in questi anni ha prodotto il massimo di centralismo, chi in questi vent’anni ha risolto per scelte discutibili singole emergenze municipali, non può venire a dare a noi lezioni oggi su come si amministra la spesa pubblica, avendo contribuito nel corso degli ultimi anni a gonfiare a dismisura l’investimento verso le regioni e verso le realtà territoriali meno inclini ad essere controllate”.

«Nelle coppie dell'eterologa le donne sono le più dubbiose»

Lo specialista: poche donatrici, noi consigliamo l'estero. Per risolvere lo stallo sarebbe necessario consentire l'adozione degli embrioni congelati di cui non si può fare nulla



Si può tracciare un identikit delle coppie che decidono di sottoporsi alla fecondazione assistita eterologa? Lo abbiamo chiesto a Edgardo Somigliana, responsabile del centro di procreazione medica assistita della fondazione Ca' Granda-Policlinico di Milano (ex-Clinica Mangiagalli).

«L'unico vero denominatore comune di queste coppie è che non vogliono fare l'eterologa. In base alla nostra esperienza in genere passa circa un anno e mezzo prima che accettino l'idea: è un percorso che ha bisogno dei suoi tempi. E del resto lo capisco, perché il primo a essere in difficoltà sono io che la devo proporre. Non è facile superare la percezione dell'importanza dell'ereditarietà genetica, anche se poi, ovviamente, si razionalizza e si mette a fuoco che l'ambiente fa la differenza».

Sono più gli uomini o le donne che hanno difficoltà ad accettare questa procedura?

«Di solito le donne, anche perché oggi per la fertilità maschile ci sono tecniche con cui si superano situazioni anche molto difficili. Le reticenze degli uomini, quindi, sono numericamente piuttosto rare».

Fra i problemi che si presentano nelle donne ci sono anche pentimenti a cose fatte?

«So di casi, ma solo riferiti, di rifiuto durante la gravidanza, con richiesta di abortire. Detto questo, quando si arriva ad avere il bambino in braccio quasi sempre tutto sparisce».

C'è un protocollo per verificare se una coppia è psicologicamente attrezzata per affrontare l'eterologa?

«No. Ma qui il problema secondo me è più mediatico. Con i progressi delle tecniche di procreazione assistita ormai si tende a trasmettere l'idea che si possa fare tutto e sempre. E noi invece ogni giorno dobbiamo chiarire che per le donne dopo i 40 anni non è facile avere figli. Una donna dovrebbe cercare di avere bambini fra i 20 e i 30 anni. La menopausa, in media, arriva a 51 anni e quindi la produzione di ovociti cessa (sempre in media) intorno ai 41 anni. Spiace, ma è la biologia a stabilirlo. Invece di propagandare l'eterologa in età avanzata bisognerebbe fare campagne per sottolineare questo concetto e mettere in grado le coppie giovani di avere figli».

Che cosa è cambiato nella vostra clinica dopo la riapertura alla fecondazione eterologa nel nostro Paese?

«Non molto. Per ora continuiamo a consigliare di andare all'estero alle coppie che hanno urgenza. Perché tutto diventi "reale" da noi ci vorrà probabilmente almeno un anno».

Un'ammissione sorprendente per chi lavora in un'istituzione prestigiosa come la sua.

«Il nostro ospedale è importante e ben organizzato, ma non siamo ancora strutturati per far funzionare subito e perfettamente tutto quanto necessario per le coppie che ci chiedono una soluzione rapida con l'eterologa. Se si parte bisogna partire bene».

Qual è il problema principale?

«In Italia i potenziali riceventi non mancano, ma mancano le donatrici di ovuli. Una donna che voglia donare i propri ovociti deve affrontare una procedura impegnativa».

Ma non si è detto che si sarebbero usati gli ovociti soprannumerari prodotti dalle stimolazioni ovariche su donne in trattamento per procreazione omologa?

«Gli ovociti soprannumerari sono un incidente. Diciamo la verità: noi non dovremmo stimolare troppo le pazienti, però ogni tanto succede. Comunque non è detto che una donna sia disponibile a donare i propri ovociti, perché se non dovesse rimanere incinta potrebbe averne bisogno per evitare un nuovo ciclo di stimolazione. Fra l'altro di solito si tratta di donne che non sono molto giovani, e quelle che fra loro producono molti ovociti hanno magari la sindrome dell'ovaio policistico, e questi ovociti non sono sempre di alta qualità».

Come si può incoraggiare la cultura della donazione di ovociti?

«Non saprei. Ma anche in Paesi in cui la cultura della donazione è, in generale, molto sviluppata, come per esempio la Spagna, a donare sono di solito studentesse universitarie dietro compenso, stabilito per legge».

Non le sembra pericoloso? Oggi gli ovociti, domani un rene...

«Senz'altro il rischio di una deriva commerciale è da tenere presente e da prevenire, ma per donare gratis gli ovociti, assumendosi dei rischi, come magari un'infezione o un'emorragia, bisogna avere una forte motivazione. Possiamo scegliere se essere realisti oppure far finta che il problema non esista. Una situazione "tampone" in Italia ci sarebbe. Basterebbe consentire l'adozione degli embrioni congelati di cui non si può fare nulla. Il problema, anzi solo uno dei problemi, è che bisognerebbe rendere possibile la fecondazione eterologa doppia, cioè con entrambi i gameti provenienti da fuori della coppia, attualmente non permessa, per lo meno in Lombardia».

A proposito di Lombardia. Nella regione in cui lavora si dovrebbe pagare l'eterologa di tasca propria.

«Se si vuole adottare un bambino si spendono in media 30mila euro. È un percorso lodevole e molto difficile, anche rispetto alla fecondazione eterologa. Quindi il dilemma politico è: fra le spese che si devono coprire con il sistema sanitario ci devono essere anche quelle per l'eterologa? Oppure, per esempio, ci devono essere la psicoterapia o l'apparecchio ortodontico per i bambini? Io non lo so che cosa è giusto. Lascio ai politici le valutazioni. Basta che le scelte non siano ideologiche».

http://www.corriere.it/salute/14_settembre_16/nelle-coppie-dell-eterologa-donne-sono-piu-dubbiOSE-53d9e824-3d7a-11e4-8a05-562db8d64ccf.shtml

FECONDAZIONE**Per l'eterologa
accordo sulle tariffe
ma non sui ticket**

ROMA Il gruppo tecnico inter-regionale riunito ieri a Roma nella sede della Regione Veneto per parlare di fecondazione eterologa avrebbe raggiunto un accordo - a quanto fa sapere Adnkronos Salute - per quanto riguarda le tariffe da applicare per la metodica, ma non sulla compartecipazione alla spesa da parte delle coppie che la richiedono. Sempre secondo quanto trapela, i tecnici (salvo ulteriori verifiche) avrebbero deciso che il costo medio dell'eterologa si debba fissare in media sui 3.000 euro, da modulare a seconda del livello della prestazione e della sua complessità.

Mentre sul ticket che le coppie dovranno pagare per accedere all'eterologa, i tecnici non sarebbero arrivati a una cifra unica condivisa, da applicare in tutte le regioni. La palla passerà quindi direttamente alla riunione degli assessori alla Sanità prevista per il 24 settembre.

La soluzione potrebbe essere quella di proporre almeno un «range» di costi entro il quale far rientrare i ticket regionali. Ma, ad esempio, la Lombardia sembra rimanga orientata a far pagare per intero il prezzo della fecondazione eterologa, mentre altre Regioni potrebbero mantenere la gratuità delle prestazioni, con conseguente rischio di «migrazione sanitaria da una parte all'altra d'Italia».

La Regione Lazio tra l'altro ieri mattina ha approvato la delibera con cui si

definiscono le regole per l'erogazione delle prestazioni di fecondazione medicalmente assistita nei centri della Regione Lazio. L'atto segue il canovaccio stabilito dalla Conferenza Stato Regione e ricalca il modello adottato dalla Regione Toscana. E quindi i cicli di eterologa e omologa saranno a carico del servizio sanitario regionale.



Qui Emilia Romagna

Tagli, liste d'attesa, polemiche

E si chiudono i punti nascita

CATERINA DALL'OLIO
 BOLOGNA

In Emilia Romagna la tensione tra sindacati e aziende sanitarie è a livelli d'allerta. O perlomeno lo era il 29 luglio scorso, quando Cgil, Cisl e Uil a Bologna, di nuovo sul piede di guerra, si preparavano a proclamare lo stato di agitazione. Ancora oggi l'elenco delle difficoltà segnalate sul fronte degli organici è lungo e, sottolineano i sindacati, questo si ripercuote direttamente sull'utenza. Il tutto mentre la Regione ha ratificato di corsa la delibera sull'eterologa, garantendone addirittura la gratuità nelle strutture pubbliche: per le donne fino ai 43 anni, insomma, pagherà il Servizio sanitario. L'allarme sanità arriva da più fronti, come dimostrano i dati. Prima di tutto le liste d'attesa. Per quanto riguarda gli interventi chirurgici, i sindacati citano l'attesa tra i 12 ed i 18 mesi per la protesi all'anca, ma anche la cataratta desta preoccupazione: «Due esempi di interventi non di emergenza ma molto invalidanti», sottolinea decisa Antonella Raspadori, della segreteria della Cgil. Non va meglio per le prestazioni specialistiche, dove emergono situazioni «da verificare con la massima urgenza»: 661 giorni per una colonscopia a Bologna, 318 giorni per una risonanza all'addome in tutti i distretti, 104 giorni a Bologna e 171 nella Pianura ovest per un holter. Ma le proteste dei sindacati riguardano anche gli ospedali del territorio, e non solo le liste d'attesa. L'ospedale di San Giovanni in Persiceto, ad esempio, dovreb-

be diventare un polo importante per la riabilitazione ma «la carenza di organico rende impossibile la riorganizzazione». A Bentivoglio da un lato si riduce il servizio di pediatria e dall'altro si investe per ampliare l'ostetricia. Poi c'è Porretta dove era stato chiuso, tra infinite polemiche, il punto nascita. «Qui non è ancora stato discusso e realizzato il progetto per l'assistenza territoriale a mamme e neonati», accusano i sindacati.

Al Maggiore di Bologna, invece, la scelta del trauma center si scontra con l'esiguità di spazi e di personale. Il Sant'Orsola, policlinico principale della città e tra le sedi prescelte per accogliere la nuova tecnica in provetta, avrebbe la possibilità di coprire il 25% del turnover ma si è fermato al 22%. Poi, dopo il 30 settembre, si rischia un buco di 70-80 persone perché assunte con contratti interinali: situazione «a rischio collasso», avverte la Cisl. Resta il Rizzoli, centro ortopedico di eccellenza, che i sindacati chiamano in causa sempre in merito alle liste d'attesa: lì si possono effettuare più operazioni «privilegiando l'intervento pubblico».

In questo quadro, tutt'altro che roseo, si inserisce dunque la spinosa questione della fecondazione eterologa. I colloqui con i pazienti che vi si vogliono sottoporre sono partiti la settimana scorsa nei 21 centri autorizzati, anche se mancano gameti «e cosa diamo alle coppie?» ha dichiarato qualche giorno fa disarmato il primario di Ginecologia del Sant'Orsola, Stefano Venturoli. C'è poi la questione delle spese, davvero ingenti per un sistema sanitario che fa acqua da diverse parti. E decise da una Giunta che – lo ricordiamo – è decaduta dopo le dimissioni dell'ex governatore Vasco Errani (condannato in appello a un anno per il caso Terremere) e dovrebbe occuparsi solo delle questioni di basilare amministrazione.

La Giunta regionale (decaduta in attesa di elezioni) ha deciso per la gratuità del servizio mentre in alcune zone manca l'assistenza alle puerpere



L'anticorpo che colpisce la sclerosi multipla

Costruito per un preciso bersaglio molecolare, rappresenta un importante progresso terapeutico

MSBOSTON2014

2014 JOINT ACTRIMS-ECTRIMS MEETING

actrims

ECTRIMS

AMERICAN COMMISSION FOR THE STUDY OF TUBERCULOSIS

EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF TUBERCULOSIS



A Boston
Al congresso
Ectrims
(che si è
tenuto
negli Usa
nei giorni
scorsi)
sono stati
presentati
gli ultimi
studi
sulla sclerosi
multipla

Per i pazienti affetti da sclerosi multipla la disponibilità di alemtuzumab, un anticorpo monoclonale - vale a dire un farmaco biologico costruito per colpire un bersaglio molecolare ben preciso - costituisce un importante progresso nella disponibilità di terapie efficaci. Il protocollo di somministrazione di questa molecola prevede 2 infusioni endovena: la prima con 5 somministrazioni e la seconda, da effettuare a 12 mesi di distanza, con sole 3 infusioni. Il farmaco ha effetti positivi sia sui sintomi sia sulla progressione della malattia ma, data l'unicità nella modalità di somministrazione limitata nel tempo nel panorama terapeutico oggi disponibile, la domanda che i medici si sono posti è stata la seguente: per quanto tempo durerà l'effetto benefico del trattamento?

Una risposta giunge ora dal congresso Ectrims (Commissione Europea per la Ricerca e il Trattamento della Sclerosi Multipla) che si è tenuto a Boston nei giorni scorsi: negli studi di follow-up, quelli che verificano la risposta ad una terapia in termini sia di efficacia che di sicurezza

nel lungo periodo, i benefici si mantengono per almeno quattro anni dopo il trattamento.

Si tratta di dati emersi dai due grandi studi clinici di fase III («Care-MS I» e «Care-EMS II») che hanno coinvolto pazienti trattati con alemtuzumab (prodotto dall'azienda biotech Genzyme, società del gruppo Sanofi) e che sono stati estesi nel tempo proprio per studiare gli effetti a lungo termine della cura. Circa il 70% dei pazienti arruolato nella fase iniziale non ha ricevuto alcun trattamento dopo la somministrazione di alemtuzumab.

«La maggior parte dei pazienti ha continuato a manifestare una riduzione dell'attività della malattia, nonostante l'ultimo trattamento farmacologico risalisse a tre anni prima» spiega Alasdair Coles, professore al Dipartimento di Neuroscienze Cliniche dell'Università di Cambridge, uno degli autori degli studi.

I pazienti arruolati presentavano la forma recidivante remittente della sclerosi multipla, quella che si manifesta con ricadute periodiche, ognuna delle quali può risolversi completamente o lasciare un danno

neurologico residuale.

Il tasso di recidive annuale è stato, a distanza di quattro anni, del 14% e del 23% negli studi «Care-MS I» e «Care MS II» (ambedue condotti per confronto con interferone beta-la (Rebif®) ad alto dosaggio).

Nei 4 anni di osservazione il 74% dei pazienti del primo studio e il 66% del secondo ha visto migliorare o stabilizzarsi il punteggio a una scala di misurazione della disabilità: ciò significa che, oltre a «rallentare» il corso della malattia, in molti casi la terapia ha favorito il recupero delle capacità perdute, che, accumulandosi nel tempo, portano all'inevitabile aumento della disabilità. Ancora più alte (83% e 76%) sono le percentuali di coloro che, trattati con alemtuzumab, non hanno registrato un peggioramento nella disabilità per sei mesi consecutivi durante il quarto anno di osservazione.

Anche per quel che riguarda il profilo di sicurezza e tollerabilità del farmaco non sono emersi problemi che non fossero già stati evidenziati nel corso dei primi 2 anni: sia per quelli legati all'infusione (febbre, nausea, insonnia e affaticamento, prurito) sia per quelli legati al



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

problema dell'autoimmunità: ciò significa che il programma di monitoraggio previsto per i pazienti sottoposti a terapia con alemtuzumab e l'educazione sul paziente stesso consentono di individuare, trattare e seguire in modo adeguato i possibili effetti, mitigandone in modo significativo la gravità.

**«Nei test
si riduce
la manifestazione
della malattia»
Si chiama
alemtuzumab
ed è prodotto
da Genzyme
del gruppo
Sanofi**

L'allarme

Obama: ebola minaccia globale E invia in Africa tremila soldati

ATLANTA — Anche i soldati in campo per combattere ebola. «La diffusione del virus è ormai fuori controllo. Ebola è una minaccia globale e richiede una risposta globale» ha dichiarato, ieri ad Atlanta, il presidente americano Barack Obama. Per questo la Casa Bianca invierà tremila militari in Africa per quella che è stata chiamata «Operation United Assistance». Insieme a loro medici, infermieri, ingegneri e operai. «Le persone ormai muoiono in mezzo alla strada — ha continuato Obama — e il mondo ha la responsabilità di agire. Quello che ci dà speranza è che sappiamo come combattere questo virus. Non è un mistero. Conosciamo la scienza». Il budget stanziato dall'amministrazione americana è di 750 milioni. I soldi arriveranno dai fondi per le campagne militari in Afghanistan che, vista la riduzione dell'impegno Usa, potranno essere ricollocati per fronteggiare l'emergenza sanitaria in Africa. «In gioco non è soltanto — come ha spiegato il portavoce della Casa Bianca Josh Earnest — la possibilità concreta che ebola attraversi l'Oceano Atlantico e arrivi sulle coste americane: in gioco c'è la stabilità politica dell'intera regione, e quindi un tema di primaria sicurezza nazionale». La strategia di Obama è stata annunciata durante la visita del presidente Usa nel Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie di Atlanta, in Georgia. Nella stessa struttura dove sono stati curati e guariti due dei quattro americani affetti dal virus mentre prestavano servizio a Monrovia, in Liberia, uno dei Paesi più colpiti da ebola, insieme a Guinea, Sierra Leone, Nigeria e Senegal. E proprio in Liberia, nella capitale Monrovia, risiederà il quartier generale dell'operazione americana. «Creeremo un ponte aereo per far arrivare al più presto gli operatori sanitari e le forniture mediche in Africa occidentale — ha proseguito Obama — stabiliremo un centro di comando militare in Liberia per sostenere gli sforzi civili in tutta la regione e gli ospedali da campo saranno situati a Monrovia». Il personale militare non fornirà direttamente assistenza sanitaria alle migliaia di pazienti, ma aiuterà a coordinare gli sforzi degli Stati Uniti e di varie organizzazioni umanitarie internazionali per contenere l'epidemia. Entro il fine settimana gli Usa nomineranno un generale a guida dell'operazione. E inoltre: la creazione di 17 ospedali da campo con 100 posti letto

ognuno; la formazione degli operatori sanitari, almeno 500 a settimana fino a quando sarà necessario (anche se si prevede che il programma durerà sei mesi). E la decisione di far intervenire i militari Usa testimonia la crescente preoccupazione dei funzionari americani secondo cui, senza una risposta forte e determinata, l'epidemia potrebbe devastare il continente. Una preoccupazione condivisa dal segretario generale dell'Onu, Ban Ki-moon, secondo il quale ebola «non è solo una crisi sanitaria: ha gravi conseguenze economiche, umanitarie e sociali che potrebbero diffondersi ben oltre i Paesi colpiti». E secondo i responsabili delle Nazioni Unite saranno 20mila i casi di ebola prima della fine dell'anno. L'Onu ha anche presentato un piano da un miliardo di dollari per la lotta al virus, un netto aumento rispetto alle precedenti richieste. L'Unicef ha invece lanciato un appello perché vengano stanziati almeno 200 milioni di dollari per curare e prevenire il contagio di bambini nei Paesi dell'Africa occidentale colpiti dal virus.



■ ■ **Ricerca** Nuovi dati sull'immuno-oncologia che stimola i linfociti contro il tumore

Il corpo mette il turbo

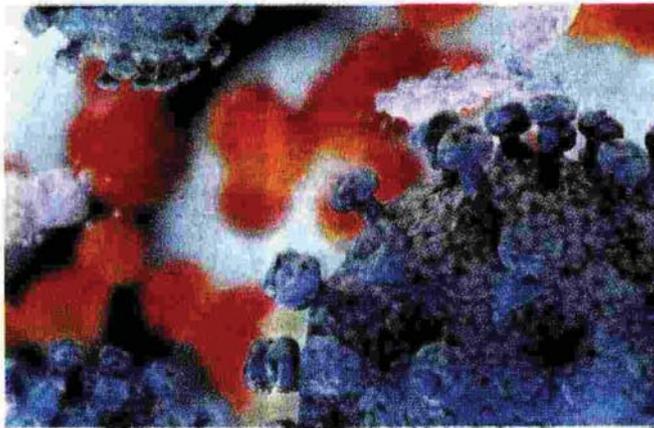
Testata sul melanoma, sta dando buoni esiti anche sulla prostata

di Cristina Cimato

Lo motivo conduttore del prossimo congresso di oncologia, previsto a Madrid dal 26 al 30 settembre, è incentrato sulla medicina di precisione per la cura dei tumori. In quest'ottica stanno andando gli sforzi della ricerca scientifica così come i nuovi approcci terapeutici. Uno di essi, su cui si sta concentrando l'attenzione della comunità scientifica, è l'immuno-oncologia, ossia l'immunoterapia applicata al trattamento dei tumori, che si basa

sulla stimolazione delle cellule del sistema immunitario a combattere il cancro. Diversamente dalle terapie tradizionali non ha come «target» le cellule malate, bensì ha come obiettivo quello di stimolare i linfociti del paziente così che riescano a distruggere il tumore. Di ieri la notizia che l'Aifa ha approvato l'uso per l'Italia della molecola ipilimumab (prima e unica approvata in Italia e in Europa) come trattamento di prima linea per i pazienti

con melanoma. Questo è infatti il tumore apripista nell'utilizzo di questo approccio di educazione del sistema immunitario, che ora vanta numerosi studi e buoni risultati, come quelli presentati all'ultimo congresso Asco (american society of clinical oncology), dove è stato dimostrato a 5 anni un raddoppio della sopravvivenza per questi pazienti in stadio avanzato non operabili. «Questa strategia terapeutica, che si affianca alla radioterapia, alla chemio e alla chirurgia, può avere un iter più lungo (alcuni mesi) perché il sistema immunitario richiede tempo, ma quando funziona riesce a farlo per periodi molto dilatati», ha spiegato Michele Maio, direttore dell'Uoc immunoterapia oncologica dell'Azienda ospedaliera uni-



versitaria senese, nonché presidente del Nibit, network italiano per la bioterapia dei tumori, «l'immuno-oncologia ora si sta estendendo anche ad altri tipi di tumore, non solo solidi, fra cui polmone, rene, mesotelioma, tumori cerebrali e prostata». Per quanto riguarda quest'ultima, si stanno aspettando i dati di studio su pazienti ai quali non può essere più somministrata la terapia ormonale ma che non sono ancora candidati ai chemioterapici. «Alcuni mesi fa un altro studio sulla fase avanzata del tumore, in un sottogruppo ha identificato un chiaro vantaggio di questo approccio», ha

precisato Maio. Nonostante la molecola ipilimumab sia l'unica disponibile finora, si stanno affacciando nuove armi, come nivolumab. «Dati recenti evidenziano come la combinazione di questi due farmaci garantisca risposte in tempi più brevi, compresi fra 3 e 5 settimane dall'inizio della terapia», ha aggiunto Filippo de Braud, direttore del dipartimento di oncologia medica e direttore della struttura complessa di

medicina oncologica della Fondazione Irccs Istituto nazionale dei tumori di Milano, «i farmaci di nuova generazione hanno diverse caratteristiche: sono più rapidi nel meccanismo di azione, meno invasivi sugli altri organi e agiscono su recettori diversi, bloccandone più di uno o sequenzialmente. Così si passa dal 20-30% fino all'80% di risposta». Nonostante non siano ancora individuabili precisi parametri clinici su quali possano essere i pazienti migliori per questo tipo di terapie, sicuramente ci sono alcuni tumori più sensibili al meccanismo di immuno-modulazione, altri meno perché talvolta le cellule linfocitarie possono svolgere anche un ruolo negativo». (riproduzione riservata)



Farmacista33

Novità dalle agenzie regolatorie per: tumori, bimbi, obesità e diabete

L'Aifa ha concesso l'estensione alla rimborsabilità di ipilimumab (Yervoy di Bristol-Myers Squibb) anche in prima linea: l'antineoplastico per melanoma avanzato (non operabile o metastatico) sarà quindi prescrivibile a carico del Ssn anche in pazienti adulti non precedentemente trattati. La Food and drug administration ha autorizzato l'impiego del fattore IX ricombinante della coagulazione (Rixubis di Baxter) per il trattamento di routine dei bambini con emofilia B. Negli Stati Uniti l'uso pediatrico arriva fino ai 12 anni d'età e l'uso negli adulti era già stato autorizzato, mentre in Europa il medicinale è in attesa del vaglio Ema sia in pediatria che per gli adulti. Sempre di Baxter entrerà sul mercato statunitense una terapia sottocute per l'immunodeficienza primaria (Hyqvia) costituita da 10% immunoglobulina umana per infusione abbinata a ialuronidasi umana ricombinante. Estensione delle indicazioni d'uso invece per enzalutamide (Xtandi di Medivation e Astellas Pharma), trattamento orale per il carcinoma prostatico ormono-resistente. La nuova indicazione in prima linea per tumore metastatico si aggiunge a quella originaria, in seconda linea per i pazienti che avevano già ricevuto un ciclo di chemioterapia con docetaxel. Nuova immissione in commercio, infine, per un farmaco contro l'obesità: si tratta di un'associazione tra naltrexone e bupropione (Contrave di Orexigen e Takeda) da impiegare per la gestione cronica del peso insieme a dieta ipocalorica e attività fisica. Il medicinale può essere impiegato solo nei soggetti adulti con indice di massa corporea (Bmi) pari o superiore a 30, oppure nei pazienti con Bmi pari o superiore a 27 e una o più comorbidità legate all'obesità, come ipertensione, diabete di tipo 2 o dislipidemia. Secondo quanto emerso dagli studi sul farmaco, l'FDA richiede che i pazienti in cura siano controllati dopo 12 settimane di terapia: se non hanno perso almeno il 5% del loro peso iniziale il farmaco deve essere sospeso. Per quanto riguarda la comunità europea l'Ema ha autorizzato con procedura centralizzata una versione biosimilare dell'insulina glargine (Abasria di Eli Lilly e Boehringer Ingelheim), sovrapponibile per sequenza aminoacidica ed effetti all'analogo già in commercio (Lantus di Sanofi), per il trattamento del diabete di tipo 2 in adulti, adolescenti e bambini a partire dai due anni d'età. (E.L.)

Non farti schiacciare dalle commissioni!



MoneyFarm è il consulente finanziario che azzera le commissioni di transazione



LIBERO EDICOLA | LIBERO TV | LIBERO SHOPPING

METEO CERCA | ACCEDI O REGISTRATI PUBBLICA

Libero Quotidiano.it | Salute

HOME | POLITICA | ITALIA | ECONOMIA | ESTERI | SPETTACOLI | PERSONAGGI | TV | SPORT | ALTRO | FULLSCREEN | GALLERY

SPECIALE DIABETE CONGRESSO EUROPEO EASD/1

Il diabete ai tempi della crisi "Ecco dove si può risparmiare"

16 settembre 2014

Commenti

N. commenti 0

Allegro arrabbiato Stupido Triste
0 0 0 0

aaa

Linear
ASSICURAZIONI ONLINE

GRAZIANA R.
MILANO
40 ANNI
FIAT PUNTO 1.2

CON LINEAR SPENDE
PER LA SUA RC AUTO

172 €
rit. pol. 1130000

Individuare e tagliare gli sprechi in sanità – e in diabetologia in particolare – è la ricetta degli esperti della Società Italiana di Diabetologia (SID) per offrire un'assistenza moderna e di alto livello alle persone con diabete che vivono in Italia. A cominciare dagli inibitori di pompa protonica, i gastroprotettori al primo posto come voce di spesa complessiva per il SSN e sicuramente non indispensabili per tutti quelli che li assumono, per finire agli esami di laboratorio, in molte circostanze prescritti con troppa superficialità e con automatismi che andrebbero eliminati. Solo per i dosaggi della vitamina D si stima che si spendano in Italia 15-20 milioni di euro l'anno, pari ad un 1/3 del tetto di spesa stabilito Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per i DPP-4 inibitori. Ridurre le prescrizioni improprie di farmaci e di esami di laboratorio e strumentali significa liberare risorse per cogliere le opportunità fornite dall'innovazione e per fornire prestazioni sanitarie al passo coi tempi e complessivamente migliori. L'Italia è in recessione e anche il suo servizio sanitario, sulla carta ancora uno dei migliori del mondo, sta subendo colpi pesantissimi sotto forma di tagli di spesa o mancati investimenti. Il 'tutto a tutti' non è più garantibile da tempo e l'unica ricetta possibile per continuare ad assicurare agli italiani un'assistenza sanitaria di alto livello, ma allo stesso tempo sostenibile, sta nell'appropriatezza prescrittiva. Un termine da riempire di significati e che finalmente, dopo anni di confronti anche tesi, società scientifiche dell'area diabetologica, Ministero della Salute e dall'AIFA stanno cominciando ad interpretare con una visione comune. Gli esempi più recenti, dopo la stesura congiunta del Piano Nazionale Diabete, sono i riconoscimenti ricevuti per i recentissimi Standard Italiani per la cura del diabete, le interazioni per definire un algoritmo terapeutico condiviso, la revisione dei criteri prescrittivi delle terapie basate sulle incretine, che riammette alla rimborsabilità l'associazione dei DPP4 inibitori con insuline basali.

Le incretine. Lo scorso mese di luglio la SID, insieme all'Associazione Medici Diabetologi (AMD), ha inviato all'AIFA una lettera contenente ulteriori riflessioni in merito alle attuali norme sulla rimborsabilità delle incretine. "Fra l'altro, facevamo presente che, nella maggior parte dei casi, l'alternativa all'associazione incretina+insulina basale è la

Sai perché il Nuovo Ragù Classico Barilla è così buono?

Vieni a scoprirlo

GUARDA TUSTESSO.IT

I SONDAGGI DEL GIORNO



Uno stupratore chiede l'eutanasia e il Belgio la concede. Siete favorevoli?

VOTA SUBITO!



Maroni propone lo Statuto speciale per la Lombardia: siete d'accordo?

VOTA SUBITO!

APPASSIONATI ALLA VITA

CI SONO MOMENTI CHE VALGONO ANNI DI RICERCA

MSO

L'ANGOLO DEL DIRETTORE

EDITORIALE

Il referendum scozzese benzina sul fuoco che cova nel Nord



LETTERE AL DIRETTORE

Un mondo in "eruzione"
16 settembre 2014

LEGGI

SCRIVI

Forebase Voting Planet

terapia insulinica basal-bolus – racconta il professor **Enzo Bonora**, presidente della SID – e che tale complessa strategia terapeutica, sommando il prezzo di rimborso del farmaco al prezzo di rimborso dei dispositivi (strisce per il monitoraggio glicemico, lancette e aghi), costa in media 600 euro in più all'anno per paziente, rispetto all'associazione insulina basale+inibitore DPP-4 e circa 200 euro in più all'anno, se confrontata con l'associazione insulina basale+agonista recettoriale GLP-1. Questo significa in pratica che, ogni 1000 pazienti trattati con inibitore DPP-4+insulina basale invece che insulina basal-bolus si risparmiano 600 mila euro all'anno e ogni 1000 pazienti trattati con agonista recettoriale GLP-1+insulina basale, anziché insulina basal-bolus, si risparmiano 200 mila euro. Queste nostre considerazioni economiche, accanto ad altre di natura squisitamente clinica sono state parzialmente recepite; speriamo in futuro di avere accolte anche le altre nostre richieste di modifica delle norme di rimborsabilità”.

Il dosaggio della vitamina D. Resta il fatto che, soprattutto per far spazio al nuovo, è necessario sgombrare il campo da costi inutili e dunque analizzare attentamente tutte le voci di spesa per separare cosa è strettamente necessario da cosa configuri una spesa di dubbia utilità o probabilmente inutile. E per trovare spese di dubbia utilità non bisogna andare troppo lontano. Prendiamo l'esempio degli esami di laboratorio e fra questi il dosaggio della vitamina D. "E' un fenomeno potremmo dire 'di moda' – aggiunge Bonora – nell'arco degli ultimi anni nel mondo si sono moltiplicati gli studi sull'associazione tra carenza di vitamina D, malattie cardio-vascolari, tumori e diabete. Si tratta per ora di studi osservazionali mentre mancano ancora le prove (gli studi sono ancora in corso) di benefici derivanti dalla supplementazione di vitamina D". Ora, mentre vengono seguiti con attenzione i risultati di questi studi "ai quali anche noi contribuiamo (vedi uno dei lavori presentati all'EASD) – sottolinea il presidente della SID – riteniamo che in questo momento nella pratica clinica si stia facendo un ricorso inappropriato dei dosaggi di vitamina D e questo genera anche la spesa conseguente alla supplementazione con vitamina D. Si tratta di test piuttosto costosi, spesso poco riproducibili e non confrontabili fra loro che non forniscono, almeno per il momento, una guida sicura per redigere motivate e indiscutibili raccomandazioni terapeutiche da applicare nella pratica clinica quotidiana. E la spesa che questa corsa al dosaggio della vitamina D comporta non è trascurabile. Tutt'altro: solo nell'Ospedale universitario di Verona, presso il quale lavoro, si spendono ogni anno 200 mila euro per dosare la vitamina D. Una somma che riferita al Veneto consiste in non meno di 2 milioni di euro l'anno ed estrapolato all'Italia a circa 20 milioni di euro l'anno". Per mettere questa cifra in una prospettiva concreta, basti pensare che la spesa per questi dosaggi in moltissimi casi di dubbia utilità ammonta ad un terzo del tetto di spesa, fissato dall'AlFa, per le incretine orali. Liberare risorse, evitando una spesa inutile, potrebbe consentire cioè a tante persone con diabete, e non solo a queste, l'accesso a terapie innovative, attualmente limitato.

Le analisi di laboratorio. Quello della vitamina D non è naturalmente l'unico esempio di spesa inutile nel capitolo 'analisi di laboratorio'. La lista è lunga e altri esempi – alcuni dei quali riguardano da vicino l'area del diabete anche se spesso sono prescritti da non diabetologi – sono rappresentati dai dosaggi di insulina, peptide C, lipoproteina(a) [Lp(a)], omocisteina, fibrinogeno, proteina C reattiva (PCR). Tutti esami costosi che andrebbero richiesti in casi limitati dallo



E' giusto sequestrare l'elemosina ai mendicanti?

70.7



La 'decrescita' può essere una soluzione alla crisi economica?

Vota



09.09.2014
Bifulco, il fratello che insulta lo Stato è ai domiciliari



09.09.2014
Renzi e quel blitz nella notte per De Benedetti: gli regala 150 milioni



09.09.2014
Veronica che sputtava il Cav...Ora Repubblica...



14.09.2014
ADESSO MATTEO RENZI TREMA Sondaggio: crollo Pd, scende Fi Scompare un partito: ecco quale...

specialista in contesti specifici e con motivazioni cliniche mirate ma che vengono invece prescritti spesso, con un grande spreco di soldi, visto che non aggiungono nulla all'inquadramento clinico o alle scelte terapeutiche.

Un documento della SID. Partendo da queste riflessioni, la SID ha intenzione di redigere un documento per richiamare l'attenzione sugli esami di laboratorio inappropriati e spesso inutili per risparmiare e per liberare risorse per potere accedere in misura maggiore all'innovazione legata ai farmaci o ai dispositivi (es. microinfusori, monitor glicemici, glucometri, ecc.). Questo per offrire alle persone con diabete cure sempre al passo con i tempi e quell'assistenza specialistica che, prevista dal Piano Nazionale Diabete, viene talora messa in discussione ritenendola non più sostenibile. Da notare a questo proposito che un accesso al centro diabetologico ha un costo reale medio di circa 30 € (la tariffa è più bassa, meno di 20 euro), una somma che equivale alla spesa per un dosaggio di vitamina D e di PCR. Dovendo eliminare qualcosa, cosa conviene tagliare? "Con questo non vogliamo certo dire che i controlli di laboratorio siano tutti inutili e da tagliare – chiarisce Bonora – Tutt'altro! L'appello, anche in questo caso è all'appropriatezza. Anche perché, a fronte di sprechi certi e documentabili, ci sono anche molte 'inadempienze'. Può essere inappropriato sia il prescrivere che il non prescrivere. Molto spesso le persone con diabete sono sottoposte a monitoraggio inadeguato di esami essenziali, quali l'emoglobina glicata, la creatinina, il profilo lipidico, la microalbuminuria". Secondo gli ultimi dati del rapporto Arno Veneto, relativi all'anno 2012, solo il 70 per cento dei diabetici misura l'emoglobina glicata almeno una volta all'anno (inadempienza) ma ben il 76 per cento misura la glicemia in laboratorio (spreco se si dosa l'emoglobina glicata e, come spesso accade si misurano le glicemie a casa con il glucometro); solo il 62 per cento misura la creatinina (inadempienza), ma il 25 per cento misura l'azoto ureico (spreco). Solo il 65 per cento misura il colesterolo (inadempienza), ma ben il 39 per cento misura il sodio (spreco). Solo il 32 per cento infine misura la microalbuminuria (inadempienza), ma ben il 69 per cento fa l'emocromo (spreco). "In un contesto di risorse limitate è dunque necessario razionalizzare le prescrizioni di esami di laboratorio e strumentali – continua Enzo Bonora – puntando all'irrinunciabile (essenziale) e all'appropriatezza, in linea con quanto indicato da linee guida e percorsi di cura, ed eliminando l'inutile e l'incerto. Solo così sarà possibile garantire la sostenibilità e liberare risorse per l'innovazione di provata efficacia e di maggiore sicurezza quali i nuovi farmaci contro il diabete, più sicuri e maneggevoli, oltre che spesso più efficaci dei vecchi". Farmaci come gli inibitori di DPP-4 (l'ultimo arrivato nella famiglia è alogliptin), gli inibitori di SGLT2 come dapagliflozin (per ora in fascia C) e gli imminenti empagliflozin e canagliflozin, i nuovi agonisti dei recettori GLP-1 come dulaglutide e albiglutide che si affiancheranno a quelli disponibili da qualche tempo, nuove insuline come degludec (appena lanciata sul mercato), glargine U-300, biosimilare di glargina e lispro pegilata. "Servono risorse – conclude Bonora – per garantire alle persone con diabete queste opportunità e i diabetologi devono contribuire a reperirle. Ovviamente il sistema dovrà essere sempre più consapevole della severità della malattia e dei bisogni delle persone con diabete".



11.09.2014
"Contadino, villano, vergognati". Paola Perego fa infuriare Al Bano: rissa su Twitter, ecco cosa è successo



22.11.2012
Briatore su Twitter: "Travaglio sei un manichino della Coin"



11.09.2014
D'Amico da infarto: fetish sul red carpet. Guarda...



09.09.2014
Un duro lavoro: spalmare d'olio i seni, l'inguine e le caviglie di Irina Shayk...



15.09.2014
**Belen, "scandalo" alle nozze della Canalis
In chiesa si vede tutto: insultata / Foto**



12.09.2014
La Aniston sfigurata, panico tra i fans: ecco che cosa le è successo... / Foto



13.09.2014
Chelsea Charms: la modella col seno più grande del mondo



11.09.2014
Alba Parietti, confessione Selvaggia: "Vita da milf, le foto dei ragazzini nudi e quel sesso indimenticabile..." / Video



15.05.2012
Ragazza prende a calci un anziano



08.07.2014
Milano allagata: la città di Pisapia si trasforma in un fiume in piena



06.05.2014
Rizzo, l'ultimo rosso a Bechis: "Vendola & C. sputtano il comunismo" / Video



09.09.2014
Bifulco, il fratello che insulta lo Stato è ai domiciliari



15.09.2014
**LA JIHAD SI SPOSTA AL PARCHEGGIO
Il diktat musulmano in Italia: "Sei cristiano? Allora te ne devi andare"**



09.09.2014
Renzi e quel blitz nella notte per De Benedetti: gli regala 150 milioni



09.09.2014
Borghesio, delirio anti-napolitano: "Le mamme dei rioni sono l'Italia di m."



**adnkronos
salute**

○ 17 settembre 2014
○ NUMERO 131 | ○ ANNO 8

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Pharma *kronos* focus

Via libera Aifa a rimborso per ipilimumab in prima linea

Melanoma avanzato, ok a immunoterapia subito

Circa 10.500 italiani l'anno ricevono una diagnosi di melanoma maligno e sono 1.500 i nuovi casi stimati di melanoma avanzato (dati 2013). Una nuova speranza per questi pazienti arriva dall'immunoterapia, un trattamento che risveglia il sistema immunitario potenziandone la reazione contro il cancro. Funziona così l'anticorpo monoclonale ipilimumab, che ora l'Agenzia italiana del farmaco rimborserà anche ai pazienti adulti con melanoma avanzato (non operabile o metastatico) non precedentemente trattati (naïve). Il via libera dell'Aifa all'impiego di ipilimumab nel trattamento di prima linea del melanoma avanzato è "una pietra miliare", annuncia l'americana Bristol-Myers Squibb che produce il farmaco. "Una tappa fondamentale" anche a detta degli esperti. Dal 2013 ipilimumab viene rimborsato per i pazienti italiani con melanoma avanzato precedentemente trattati, ricorda Bms. A ottobre 2013 l'agenzia europea Ema ha esteso l'autorizzazione all'uso nei pazienti non precedentemente trattati, riconoscen-

do sia il potenziale di aumentare significativamente la sopravvivenza globale che la necessità di trattamenti in questa popolazione di pazienti. E ora l'ok dell'ente regolatorio nazionale, pubblicato in Gazzetta Ufficiale. "Come nuova terapia immunoncologica ipilimumab ha un innovativo meccanismo d'azione - spiega Paolo Ascierio, direttore dell'Unità di oncologia medica e terapie innovative dell'Istituto nazionale tumori Fondazione 'G. Pascale' di Napoli - e rappresenta una modalità di trattamento in rapida evoluzione, focalizzata su farmaci che agiscono direttamente sul sistema immunitario per combattere il cancro. Dalla sua iniziale approvazione nel 2011, ha rappresentato il primo significativo progresso negli ultimi 30 anni nel trattamento del melanoma metastatico, mostrando il potenziale di una sopravvivenza a lungo termine in alcuni pazienti. La decisione dell'Aifa di rendere disponibile ipilimumab a tutti i pazienti con melanoma avanzato segna una tappa fondamentale e dovrebbe essere considerata un significati-

vo passo avanti nel massimizzare le possibilità di sopravvivenza in questa malattia difficile da trattare". "Accogliamo con soddisfazione la decisione di Aifa di estendere la rimborsabilità di ipilimumab anche ai pazienti al primo trattamento, che contribuirà a colmare un significativo bisogno clinico insoddisfatto di salute per molti pazienti", commenta Roberto Tascione, presidente e amministratore delegato di Bristol-Myers Squibb Italia. Nel 2013 Bms ha annunciato i risultati di un'analisi combinata dei dati di sopravvivenza, relativi a pazienti precedentemente trattati (seconda linea) e non trattati (prima linea) che hanno ricevuto ipilimumab a diversi dosaggi e regimi, incluse combinazioni con altri farmaci. Osservando i dati nel tempo, il plateau della curva di sopravvivenza inizia dopo circa 3 anni, con alcuni pazienti in follow up fino a 10 anni. Circa il 22% dei pazienti era vivo dopo 3 anni. L'analisi era retrospettiva e non ha incluso un braccio di controllo.

Paola Olgiati

La pressione alta si riduce anche con un bicchiere di latte

Gli ultimi studi del 2014 mostrano come il consumo quotidiano di prodotti lattiero-caseari sembri essere d'aiuto nel ridurre la pressione arteriosa alta, e anche nel mantenimento delle funzioni cerebrali



Dietrofront sulla pericolosità dei prodotti animali? Dopo lo studio della Boston University School of Medicine ([vedi l'articolo](#)) che mette in evidenza l'utilità delle proteine animali **sul mantenimento di una pressione sanguigna ottimale**, ne arriva un altro a sostegno di questa ipotesi e che riguarda i prodotti lattiero-caseari.

In seguito agli studi del dottor Campell, che ha pubblicato **il Best Seller più criticato della storia**, in cui si puntava il dito contro tutti gli alimenti di origine animale, ora arrivano sempre più studi che non solo ne smentiscono la pericolosità ma che, anzi, ne sbandierano gli effetti positivi.

Gli ultimi dati in merito sono stati presentati alla XII edizione di "Euro Fed Lipid Congress" che si occupa di indagare e divulgare la relazione tra latticini e salute. I risultati più rilevanti sono stati evidenziati tra **ipertensione e consumo quotidiano di latte**, che sembrava essere un'associazione vincente. Poco significativa, invece, la diminuzione del rischio di malattia coronarica, ictus e tasso di mortalità.

Durante la ricerca non è stato esaminato esclusivamente il ruolo del latte e lo stato di salute del cuore, ma sono stati valutati anche i fattori di rischio come l'aumento di peso, l'accumulo di grasso e i biomarcatori del colesterolo.

Dai risultati è emerso che **la materia grassa e i nutrienti liposolubili sono particolarmente benefici per lo sviluppo cerebrale**, sia nei bambini che negli anziani. Secondo quanto riportato dagli scienziati internazionali al congresso di Montpellier il 15 settembre scorso, le malattie cardiovascolari interessano milioni di persone, mentre le complicazioni da ipertensione ne aggiungono ulteriori 9,4 milioni.

Uno dei documenti più importanti è senz'altro "Milk and Dairy Products in Human Health" che ha riunito un team di esperti di fama internazionale. Il testo si è basato su nove importanti studi condotti su quasi sessantamila persone, di cui 15.367 soffrivano di ipertensione.

I dati hanno mostrato come una minima assunzione di prodotti lattiero-caseari e latte – mediamente poco più di due tazze al giorno – **garantiva la riduzione della pressione sanguigna**. Tale riduzione sembrava direttamente proporzionale con le quantità giornaliere di prodotti lattiero-caseari assunti. Come accennato in precedenza, i cambiamenti non erano tuttavia significativi anche per la riduzione del rischio associato a ictus e malattie coronariche.

«Queste meta-analisi indicano che esiste un legame tra l'aumento del numero di bicchieri di latte bevuti al giorno e **una minore incidenza di ipertensione**», spiega il dottor Soedamah-Muthu.

Tali risultati trovano conferma in uno studio clinico pubblicato nel *Journal of Clinical Nutrition* a maggio 2014 e condotto dal dottor Daniel R. Machin.

La ricerca evidenziava come l'aggiunta di quattro porzioni al giorno di latticini abbassava notevolmente la pressione sanguigna sia nei soggetti anziani che negli adulti di mezza età.

«I risultati di questa sessione [di Milk and Dairy Products in Human Health] getta le basi per indagini future sull'impatto complessivo che i prodotti lattiero-caseari possono avere sulla salute pubblica – conclude la dottoressa Cindy Schweitzer Direttore Tecnico della Global Dairy Platform – Sembra che i prodotti latticini caseari, ricchi di sostanze nutritive, possano avere un impatto positivo sulla salute, lo sviluppo e le prestazioni in più modi di quanto previsto in precedenza».

<http://www.lastampa.it/2014/09/17/scienza/benessere/la-pressione-alta-si-riduce-anche-con-un-bicchiere-di-latte-nFJq7ZzMXQosLCRIaIQJmK/pagina.html>



USA: SCOPERTO SEGRETO "RIGENERAZIONE" COSTOLE DI UOMO E DI TOPO

(AGI) - Washington, 16 set. - Sia gli esseri umani sia i topi hanno una specie di potere rigenerativo. In uno studio pubblicato sul Journal of Bone and Mineral Research, un gruppo di ricercatori della Usc (University of Southern California) Stem Cell ha analizzato questa capacita' dopo aver individuato un soggetto umano che e' stato in grado di far ricrescere parte di una costola. Utilizzando la Tac, gli scienziati hanno monitorato la guarigione della costola di un uomo, dopo la sua parziale rimozione in un intervento chirurgico. Ebbene, dopo sei mesi gli otto centimetri di ossa mancanti e quel centimetro di cartilagine persa sono ricresciuti. Per capire meglio questo processo di rigenerazione, i ricercatori hanno condotto una serie di esperimenti sui topi. Alle cavie e' stato rimosso dai tre a i cinque millimetri di cartilagine costale e la sua guaina circostante, chiamata pericondrio. Dopo nove mesi non e' stata registrata alcuna "riparazione", Tuttavia, togliendo solo la cartilagine costale, e non il pericondrio, le sezioni mancanti sono ricresciute dopo 1-2 mesi. I ricercatori hanno inoltre scoperto che un pericondrio mantiene la sua capacita' di produzione della cartilagine anche quando non e' piu' legato alla costola, suggerendo cosi' che il pericondrio contiene cellule staminali o progenitrici.



Salute: taglia XL? Condanna genetica che si riscatta in terza età, studio

Vienna, 16 set. (AdnKronos Salute) - Un destino scritto nel Dna. La taglia XL può essere il risultato di una sfortunata roulette russa della genetica. Ma la condanna non è necessariamente a vita, con una possibilità di riscatto almeno in vecchiaia. Parola di scienziati: in un nuovo studio presentato al 50esimo meeting annuale dell'Easd (European Association for the Study of Diabetes), in programma da oggi al 19 settembre a Vienna, un team di ricercatori svedesi ha osservato che esiste un punteggio di rischio genetico per l'obesità, composto da varianti in 31 regioni del Dna collegate all'indice di massa corporea (Bmi), ma si associa con un sostanziale aumento di peso in maniera diversa a seconda dell'età. Nel dettaglio, gli esperti hanno osservato che questo punteggio si lega a un rischio aumentato di avere un Bmi più alto durante tutta la vita, porta ad avere un peso instabile e a ingrassare fino alla mezza età, ma è associato a un minore aumento di chili dopo la mezza età. Lo studio è firmato da Gull Rukh e dai colleghi del Lund University Diabetes Center di Malmö. Gli autori hanno mirato a valutare il contributo della suscettibilità genetica al Bmi in diverse fasi della vita: da giovani, durante la mezza età (in media 58 anni) e durante l'anzianità (73 anni), coprendo un periodo di più di 50 anni, a cominciare dai 20 anni d'età. Protagonisti dell'analisi oltre 21 mila partecipanti a uno studio svedese su dieta e cancro. I risultati di questa osservazione sono poi stati verificati usando la coorte di un altro studio (Glacier), altre 4.300 persone di mezza età: confronto che ha confermato come, dopo il mezzo secolo d'età, un alto rischio genetico di obesità si leghi a un minor rischio di aumento di peso. "Sembra che i meccanismi alla base della suscettibilità genetica all'obesità possano avere conseguenze opposte per l'aumento di peso prima e dopo la mezza età - spiega Rukh - Prima il maggior rischio genetico si traduce in un elevato rischio di aumento di peso, dopo la mezza età in un minor rischio".

Vuoi vincere? L'X Factor è tutto nella respirazione



Alison McConnell Trainer

RUOLO: È PROFESSORESSA
DI FISILOGIA APPLICATA
BRUNEL UNIVERSITY DI LONDRA
STEFANO MASSARELLI

Tra gli sportivi sono pochi quelli che prestano attenzione al modo di respirare. Eppure è questo il punto fondamentale per la riuscita della prestazione, l'«X Factor» da cui dipende la resistenza allo sforzo, la freddezza mentale che fa compiere la scelta giusta al momento giusto, l'equilibrio fisico e perfino la probabilità di subire un infortunio. Il guaio è che una respirazione corretta ed efficiente non arriva sempre in modo naturale: più di frequente è il risultato di un processo graduale di apprendimento, che conduce poco a poco verso la meta, proprio come avviene con l'allenamento fisico.

Lo schema

per la corsa.

Le evidenze maggiori si hanno nella corsa, in cui una respirazione inefficiente può influire sulla prestazione. A evidenziarlo è uno studio apparso nel 2012 sulla rivista «Medicine and Science in Sports and Exercise»: la respirazione più efficiente è quella diaframmatica - «con la pancia», tanto cara alle pratiche orientali - perché lascia entrare molta più aria nei polmoni grazie alla contrazione del quel piccolo muscolo alla

ALLA

base della cassa toracica che è il diaframma. Ma qual è il ritmo giusto con cui respirare correndo? La maggior parte dei podisti pratica, involontariamente o no, due ispirazioni alternate a due espirazioni, il cosiddetto «schema 2:2». Un metodo efficace, che tuttavia porta a espi-

rare sempre quando si «batte» a terra con lo stesso piede e che per questo potrebbe accrescere il rischio di infortuni. È quanto suggeriscono due ricercatori dell'Università dello Utah, Dennis Bramble e David Carrier, che hanno dimostrato come lo stress da impatto sia massimo proprio durante la fase di espirazione, quando il diaframma e i muscoli associati si rilassano, rendendo più «instabile» il baricentro.

Da qui l'idea di prolungare la durata dell'ispirazione verso uno «schema 3:2», suggerita dai personal trainer Budd Coates e Claire Kowalchik nel libro «Runner's World Running on Air: The Revolutionary Way to Run Better by Breathing Smarter». Così si alterna l'espirazione su entrambi i lati (da qui il nome di «respirazione alternata») e si distribuiscono le sollecitazioni, contribuendo ad abbattere i piccoli infortuni tanto temuti dai podisti.

Stabilizzare il baricentro.

Un baricentro stabile è fondamentale in ogni sport, ancora



di più in quelli che prevedono il contatto fisico e in cui è più facile perdere l'equilibrio, come calcio, rugby e basket. Secondo Alison McConnell, tra i maggiori esperti di training respiratorio e docente di fisiologia applicata alla Brunel University di Londra, in questi sport è ancora più essenziale stabilizzare il «core», ovvero l'area che include il diaframma e i muscoli ad esso associati.

Anche in questo caso il segreto sta in una corretta respirazione «con la pancia» e nel trattenere il fiato prima di qualsiasi contrasto, così da mantenere un corretto equilibrio e proteggere gli organi interni e la colonna vertebrale durante l'urto. Inoltre, la corretta diaframmatica ha anche un prezioso effetto «calmante», utile psicologicamente agli atleti per prepararsi al meglio a fronteggiare gli avversari.

Espirazione sotto sforzo.

Chiunque pratichi un'attività che richiede uno sforzo - come il sollevamento pesi, il salto in alto o il combattimento - sa bene che è necessario buttare fuori lentamente l'aria inspirata durante l'esercizio. Per la McConnell è questa la strada giusta da seguire, poiché è proprio l'immissione di aria e la conseguente contrazione dei muscoli respiratori che consente di mantenere la stabilità lombare e controllare meglio il carico di peso. Quando si solleva un peso, quindi, il consiglio è quello di effettuare una profonda ispirazione prima di alzare il carico per poi espirare lentamente, mantenendo il baricentro sempre leggermente impegnato in modo da non perdere totalmente l'equilibrio dell'attrezzo una volta sollevato.

Naso oppure bocca? Il primo «comandamento» dell'educazione fisica è quello di inalare aria dal naso, soprattutto in inverno e in presenza di allergeni, poiché il naso «purifica» e rende più tiepida l'aria che raggiunge i polmoni. Ma gli studi scientifici non sono concordi. «Il mio consiglio è quello di inspirare attraverso la bocca durante l'esercizio», ammette Alison McConnell. È tramite la bocca, infatti, che si ossigenano meglio i polmoni e quindi si ottengono i rendimenti migliori. Sempre che non faccia troppo freddo o si

soffra di allergie.

“Via alla scommessa verde”

MARCO PIVATO

Produrre più cibo senza stressare la natura, utilizzando meno risorse come acqua e terra e meno sostanze tossiche come i pesticidi. Una scommessa, in bilico tra fragili scenari che minacciano non solo il Terzo Mondo ma anche l'Occidente, quando tra meno di 40 anni il fabbisogno alimentare sarà raddoppiato rispetto al 2010.

Una scommessa tecnologica e anche culturale e politica, di cui si par-

rà al meeting di «The Future of Science» a Venezia: in gioco ci sono le ostilità rispetto alle soluzioni che prospetta la ricerca, le scelte dei governi, guidati a loro volta dal consenso, e i «cartelli» sulle semine, tutelate come proprietà intellettuali e vendute a caro prezzo. Ma sradicare la fame si può: lo spiegherà Shivaji Pandey, consigliere della Fao, in prima fila nel programma «Save and Grow», slogan di una nuova «ri-

voluzione verde» per incrementare la produzione alimentare, preservando il Pianeta.

Dottor Pandey, la Fao crede davvero in una strategia di crescita sostenibile?

«Sì, ma non come questo concetto è stato inteso inizialmente, quando si pensava che le risorse potessero rigenerarsi da sole, aspettando che la natura ristabilisse gli equilibri.

CONTINUA A PAGINA 20

“L'agricoltura soft produce meglio e protegge la natura”

Come le biotecnologie diventeranno protagoniste della “Rivoluzione verde” del XXI secolo

EVENTO/1

MARCO PIVATO
SEGUE DA PAGINA 19

«**S**viluppo e sostenibilità, nel settore agricolo, sono compatibili applicando con scientificità determinate pratiche. In primis, interferendo poco sul terreno, lavorando al minimo, mantenendo la copertura organica, ruotando le colture per evitare la perdita di nutrienti e l'attecchimento di parassiti e poi crescendo piante diverse da quelle tradizionali, ma adatte a produrre cibo».

Tra gli approcci all'agricoltura perché proprio «Save and Grow» sarebbe più efficace? Quali sono le prove?
«Per una valutazione esausti-

va dovremmo aspettare almeno cinque anni, dato che il programma è stato lanciato nel 2011. Tuttavia risultati significativi li abbiamo ottenuti già in Vietnam, dove la produzione di manioca è aumentata del 400%. Similmente, nella Repubblica Democratica del Congo, abbiamo rese di oltre il 250% e così in Colombia. La manioca è una di quelle piante che può essere utilizzata in alternativa a grano e mais per ottenere, in modo più economico, farina».

In questi anni di sperimentazioni che rapporti avete costruito con i governi?

«Per un salto di qualità serve un cambiamento nelle politiche interne. In agricoltura la produzione dipende per metà dalla tecnologia e per metà dai governi. Le tecnologie si sviluppano con la scienza, ma molti Paesi hanno ridotto gli investimenti, lasciando la ricerca

nelle mani dei privati. Nulla di male, se non fosse che le holding controllano varietà di semine, Ogm e anche sequenze di Dna. Il libero mercato, così, finisce per penalizzare il libero accesso al cibo».

Ha una formula per un welfare solidale con il mercato ma anche con il cittadino?

«Gli Stati devono tutelare le proprie risorse come patrimonio della nazione e quindi dei cittadini, prima di considerarle come valute commerciali. Ma non tutti i Paesi garantiscono questo diritto. Oggi, per esempio, la Cina può comprare da un Paese africano un milione di ettari di terra e sfruttarlo. Queste non sono politiche mutualistiche, ma commercio puro, talvolta disequilibrato. La Fao e altre istituzioni cercano di arbitrare il mercato: servono regole condivise, perché dipendiamo da un mercato che è iperconnesso e globale: se

penalizza una parte, penalizza tutti».

Nell'economia alimentare la scienza ha un ruolo strategico: qual è la posizione della Fao nei confronti degli Ogm?

«L'ingegneria genetica è uno dei nuovi strumenti della scienza, per chi coltiva e chi alleva, e, se si vuole aumentare la produzione in questi settori, si può adottare questo strumento. La diffusione degli Ogm si è affermata solo negli anni 2000 e per questo penso sia prematuro affermare quale sarà l'impatto. Ci aspettiamo, però, che le biotecnologie siano strumento di una nuova “rivoluzione verde”, così come lo furono altri strumenti tra gli Anni 50 e 70».

Come andò allora e qual è la lezione da trarre?

«All'epoca i governi di India e Pakistan furono persuasi dagli

scienziati a utilizzare più fertilizzanti e fitofarmaci per aumentare la produzione di piante e cibo: in 15 anni questa raddoppiò ed ebbe inizio una rivoluzione che - si disse - salvò un

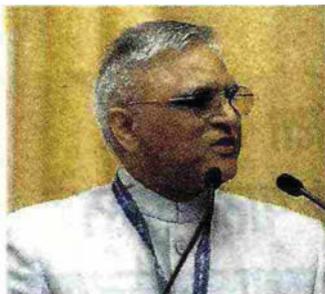
miliardo di vite. Ho lavorato a fianco dell'agronomo Norman Borlaug, che da padre della prima "rivoluzione verde" vinse il Nobel per la Pace, e ho imparato che, se scienza e politica lavo-

rano all'unisono, l'economia dell'alimentazione produce benessere. Con le conoscenze di oggi potremmo raddoppiare la produzione di cibo non in 15 anni, ma in quattro. Eppure man-

ca la volontà politica: il futuro, diviso tra benessere e carestia, è nelle mani dei governi, che devono scegliere di investire in ricerca e abbandonare protezionismo e sfruttamento».

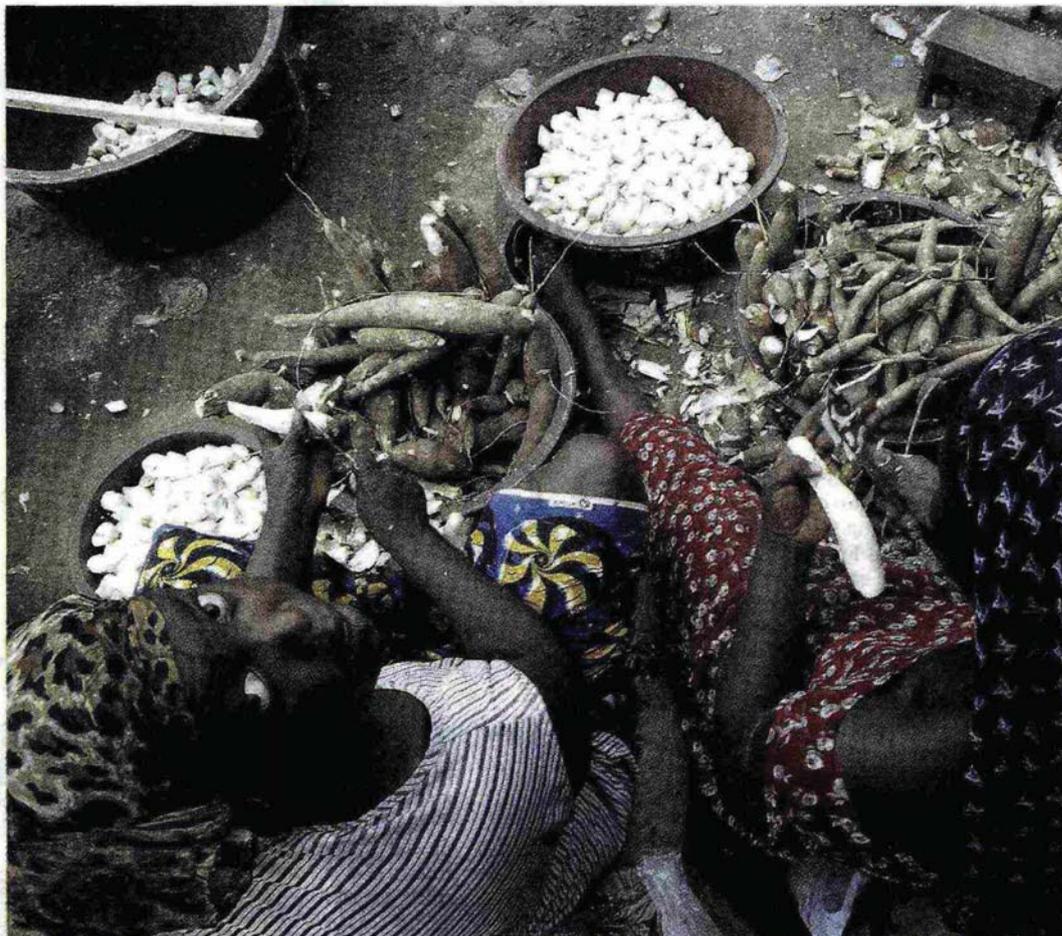
SCIENZA E POLITICA

«Se sono all'unisono si genera benessere»



Shivaji Pandey Genetista

RUOLO: È CONSIGLIERE SPECIALE DEL DIRETTORE DELLA DIVISIONE PRODUZIONE E PROTEZIONE DELLE PIANTE DELLA FAO E DI HUMANITAS GLOBAL



THIERRY GUEGNON/REUTERS

La manioca, un'opportunità alternativa a grano e mais

A Venezia

Future of Science

L'appuntamento è dal 18 al 20 settembre a Venezia: la 10ma Conferenza Mondiale sul Futuro della Scienza (organizzata da Fondazione Umberto Veronesi, Fondazione Silvio Tronchetti Provera e Fondazione Giorgio Cini) esplorerà un tema che mette la scienza al centro del dibattito pubblico: l'eliminazione della fame nel mondo.

Info: www.thefutureofscience.org/

