

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 04 DICEMBRE 2014

Stabilità. Le Regioni disposte a rinunciare fino a 1,9 miliardi per la sanità. In cambio di fondi per l'edilizia sanitaria e i trasporti. Si pensa a tagli su farmaci e beni e servizi. Ma la Lega dice no

Nella riunione odierna le Regioni fanno il punto sulla trattativa con il Governo dopo [l'incontro di ieri sera](#). Confermato il taglio di 1,5 miliardi al fondo sanitario che potrebbe arrivare a 1,9 con 400 mln dirottati sul trasporto locale. "Ma non ci sarà nessuna riduzione dei Lea", assicura Chiamparino. E in cambio potrebbero arrivare 3,3 miliardi per l'edilizia sanitaria. Allo studio misure su farmaci e beni e servizi. Ma Maroni, Zaia e Coletto dicono di no.

Farmaceutica, beni e servizi. Saranno queste le aree nelle quali ottimizzare la spesa per riuscire a garantire il risparmio che la legge di Stabilità impone alle Regioni. Per la sanità 1 miliardo e mezzo a valere sul Fsn 2015, ma che potrebbero però salire a 1,9 mld.

Eccola la rotta tracciata da **Sergio Chiamparino**, presidente della Regioni al termine della Conferenza dei presidenti, dopo l'incontro di ieri sera con il ministro Lanzetta che ha dato il via al confronto sulla legge di stabilità.

"Ieri c'è stato un passo di avvicinamento reciproco – ha detto Chiamparino – il Governo si è dichiarato disponibile ad accettare la proposta di finanziamento del patto di stabilità incentivato di un 1 mld che potrebbe arrivare ad un miliardo e mezzo, per la sicurezza scolastica e il dissesto idrogeologico: due grandi priorità per il Paese. Per quanto riguarda la sanità abbiamo convenuto che dei 2 mld di aumento previsti per il 2015 ci faremo carico di un risparmio di 1 miliardo e mezzo. Risparmi che saranno realizzati attraverso un maggior controllo della spesa farmaceutica e un miglior funzionamento dell'acquisto di beni e nell'organizzazione dei servizi".

"Se andiamo a vedere nelle case dei pensionati sicuramente troviamo molti farmaci inutili – ha detto – c'è quindi un problema del sul territorio che deve selezionare con maggiore attenzione. Lo stesso approccio che abbiamo sulle siringhe deve valere anche sui farmaci".

Ma come ha assicurato il presidente non si interverrà "in alcun modo sulla riduzione dei Lea".

"In cambio di questo – ha spiegato – il Governo ci ha dato la disponibilità ad aumentare di un 1mld e 100 mln l'anno gli investimenti in edilizia sanitaria, per un totale di 3 miliardi e 300 mln fino al 2017". "Abbiamo poi dato – ha proseguito Chiamparino - la nostra disponibilità a rinunciare anche a gran parte del residuo dell'incremento del Fondo sanitario 2015, ovvero a 400 milioni, purché queste risorse siano destinate al fondo per il trasporto pubblico locale che vive una fase di forte sofferenza finanziaria con caratteristiche di emergenza e con il rischio, in alcune realtà, anche di licenziamenti da parte di aziende del settore."

Un ragionamento, ha spiegato Chiamparino, "che abbiamo fatto partendo dalla considerazione che comunque la Legge di Stabilità prevede nell'ambito del taglio dei 4 miliardi alle Regioni che si possa

incidere anche sulle risorse destinate alla sanità. Considerando che nei nostri bilanci la Sanità rappresenta il 75%, la strada appariva obbligata. Per questi motivi abbiamo convenuto con il Governo di rivedere gli aumenti del Fondo previsti nel Patto per la Salute”.

“A tutto ciò - ha concluso Chiamparino - si aggiungono 100 milioni che il Ministero dell’Economia avrebbe reso disponibili una tantum come contributo sugli interessi dei mutui e che per le Regioni invece sarebbe preferibile destinare sempre al trasporto pubblico locale”.

Tutto a posto? Con il Governo forse. Ma il fronte regionale sembra spaccarsi. In particolare i due presidenti leghisti della Lombardia e del Veneto, [Maroni](#) e [Zaia](#), si oppongono a queste ipotesi denunciando in sostanza che si tratta dei soliti tagli lineari ai quali si dicono decisamente contrari.

E il ministro Lorenzin? Oggi non ha commentato in alcun modo le ipotesi allo studio delle Regioni ma tornano alla mente le parole che pronunciò [lo scorso 14 novembre](#), quando [Chiamparino ventilò](#) per la prima volta la possibilità di agire sul tendenziale dell'aumento del fondo sanitario come alternativa ai tagli della stabilità: "Se le Regioni non sono in grado di ristrutturare la loro spesa - disse all'epoca il ministro - e chiedono, ancor prima di aver cominciato, di tagliare il fondo sanitario, se ne assumano le loro responsabilità".

SANITÀ: REGIONI, TAGLIO AL FONDO PER 1,5 MLD NEL 2015

Roma, 4 dic. (AdnKronos Salute) - Doccia fredda sulla sanità. Per il 2015 ci sarà un taglio che potrebbe arrivare a 1,5 miliardi di euro. La sforbiciata azzerava quasi del tutto l'incremento del Fondo sanitario nazionale di 2 miliardi, che era stato delineato nel testo del Patto per la Salute firmato quest'estate. Il Patto fissava cifre certe: 109,9 mld per il 2014; 112 mld per il 2015; 115,4 mld per il 2016. Sembra salvo, al momento, il Fondo per il 2014. Lo spiega all'AdnKronos Salute il presidente della Conferenza delle Regioni, Sergio Chiamparino, entrando a via Parigi a Roma, dove è in programma la Conferenza delle Regioni. "C'è un'ampia disponibilità da parte nostra - spiega Chiamparino - a concordare una riduzione del Fondo sanitario. Nella misura di 1,5 miliardi. Non più 112 mld nel 2015 quindi - precisa Chiamparino - ma circa 110 mld". Altri tagli, dei 4 mld previsti nella legge di Stabilità a carico delle Regioni, dovrebbero invece toccare per "400 milioni il trasporto pubblico locale e 1,5 mld di riduzione su beni e servizi intermedi e farmaceutica".

<http://sport.sky.it/sport/>

Candida? Si combatte con seta, sport e buona alimentazione

Ne sono colpite il 70% delle donne in età fertile. Grazie a fibre naturali come la fibroina di seta si può curarla senza nessuna controindicazione. Molto importanti anche gli stili di vita (movimento e cibo) Tutte le notizie de Il Ritratto della Salute



La candida è la più frequente e diffusa infezione intima femminile. Colpisce, almeno una volta nella vita, il 70% delle donne in età fertile. Un'adolescente su quattro, che si rivolge a un ambulatorio ginecologico, presenta una vaginite da candida. Il disturbo riduce drammaticamente la qualità di vita. L'80% delle donne è infatti costretto a rinunciare ai rapporti sessuali a causa dell'infezione. Per combatterla esiste un efficace rimedio: la fibroina di seta, una fibra naturale al 100%, rispettosa dell'ecosistema femminile che non presenta nessuna controindicazione.

Fibroina di seta - "Diversi studi scientifici hanno dimostrato che indossare indumenti intimi realizzati in questo materiale aiuta a prevenire e contrastare le infezioni ricorrenti - afferma il prof. Paolo Scollo presidente nazionale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) -. Il beneficio è immediato e in un paio di giorni si dimezzano i sintomi di prurito e bruciore. La scelta dell'abbigliamento intimo femminile è molto importante per prevenire malattie e infezioni. I prodotti in fibroina di biocompatibili e si adattano perfettamente alle esigenze dell'organismo".

I consigli degli esperti - Ecco altri cinque rimedi contro le infezioni ginecologiche:

- 1) Seguire una dieta sana e bilanciata (ricca di frutta e verdura), abbinata a un'attività fisica regolare;
- 2) Lavare accuratamente la biancheria e le lenzuola con prodotti antimicotici;

- 3) Non indossare indumenti eccessivamente aderenti (anche quando si pratica sport!): il continuo sfregamento contro i genitali può favorire la comparsa di irritazioni che, a lungo andare, provocano infiammazioni;
- 4) Rivolgersi al ginecologo appena ricompaiono sintomi evidenti, come bruciore e prurito;
- 5) Lavare accuratamente la zona intima: è necessario usare detergenti a pH fisiologico (4 o 5). Evitare saponi troppo aggressivi e deodoranti intimi.

Giovedì 04 DICEMBRE 2014

Tumore del colon-retto. Scoperto un gene ‘mordi e fuggi’

Una nuova mutazione genetica temporanea potrebbe essere alla base dello sviluppo della malattia. Il meccanismo è stato individuato dai ricercatori del Consiglio Nazionale delle Ricerche

Una mutazione transitoria in un gene che garantisce la corretta divisione cellulare potrebbe essere alla base dello sviluppo del processo tumorale nel cancro del colon-retto. Lo afferma uno studio condotto da un gruppo di ricerca dell'Istituto di ricerca genetica e biomedica (IRGB) del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) e pubblicato sulla rivista *Human Molecular Genetics*.

Lo studio odierno individua un nuovo potenziale meccanismo molecolare alla base della malattia: secondo i ricercatori, anche un'alterazione genetica temporanea, e non permanente, potrebbe dare origine al processo tumorale.

“Quando le cellule dell'intestino presentano mutazioni in specifici geni non vengono più regolate in maniera corretta e diventano tumorali. Oggi però la scienza fornisce una nuova ipotesi che potrebbe aiutare a comprendere l'origine del cancro all'intestino, uno dei più diffusi nelle popolazioni occidentali e in rapido incremento nei paesi in via di sviluppo”, spiega **Antonio Musio**, ricercatore dell'IRGB-CNR, che ha coordinato lo studio. “Mentre in genere nei tumori i geni vengono identificati perché presentano delle mutazioni permanenti, la nostra ricerca dimostra che non sempre i geni cancerogeni lasciano un'impronta stabile nel tempo”.

Il risultato odierno mostra una variazione della frequenza delle mutazioni di SMC1A, un gene che garantisce la corretta divisione cellulare.

“Analizzando adenomi precoci, fase precancerosa dello sviluppo del tumore colon-rettale, abbiamo identificato un'elevata frequenza di mutazioni nel gene SMC1A che garantisce la corretta divisione cellulare. Come conseguenza di ciò, le cellule presentano instabilità del genoma che promuove lo sviluppo tumorale”, ha spiegato Antonio Musio, ricercatore dell'IRGB-CNR, che ha coordinato lo studio. “La novità della ricerca sta nella dimostrazione che la frequenza di tali mutazioni diminuisce proprio nei carcinomi colon-rettali: contrariamente a quanto si è pensato sinora, basterebbe quindi una mutazione transitoria in geni importanti nella duplicazione del genoma per causare la trasformazione tumorale”.

In pratica, i ricercatori hanno mostrato come il numero di mutazioni di tale gene, SMC1A, diminuisca a partire dai primi stadi cancerosi agli stadi in cui la malattia del tumore colon-retto si è pienamente sviluppata; queste mutazioni, che conducono ad una instabilità a livello cromosomico, potrebbero giocare un ruolo nello sviluppo della malattia.

I ricercatori del Cnr hanno collaborato con Gabriella Fontanini (Dipartimento di patologia chirurgica, medica, molecolare e di area critica dell'Università degli studi di Pisa), Silvia Soddu (Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma) e Luigi Laghi (Istituto clinico humanitas di Rozzano). Lo studio è stato finanziato dall'Associazione italiana ricerca sul cancro (Airc) e dall'Istituto toscano tumori (Itt).

Viola Rita



Tumori **LA GOCCIA** **CHE SALVA** **IL FEGATO**

Una goccia di sangue per svelare se il fegato si sta ammalando e se sta nascendo un tumore. Sembra un sogno. Ma potrebbe diventare realtà grazie alla mimomica, scienza che studia i microRna (piccole molecole del nostro genoma) per controllare costantemente l'evoluzione della funzione di un organo. Per il fegato, la ricerca sui microRna potrebbe consentire ad esempio di individuare quel due per cento di persone con la cirrosi che ogni anno svilupperà un tumore. A prometterlo sono gli studi degli esperti dell'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare (Ingm) "Romeo ed Enrica Invernizzi", presso il Policlinico di Milano. Il fegato fino a quando non è altamente compromesso (basta che funzioni anche solo il 20-30 per cento del tessuto perché non ci siano segni evidenti della sofferenza) non crea particolari problemi. E spiega Sergio Abrignani, direttore scientifico dell'Ingm: «Analizzeremo una serie di microRNA che forniranno lo stato di salute del fegato. Confrontando quelli che vengono rilasciati da un fegato malato, che possono predire una trasformazione quando questa ancora non è visibile con i normali mezzi d'indagine, con quelli di uno sano». La diagnosi ultraprecoce si avvicina.

Federico Mereta



sfoglia le notizie

ACCEDI ▾ REGISTRATI

METEO



Milano

SEGUI IL TUO OROSCOPO



Ariete



Salute . Farmaceutica . Ue, dalla farmaceutica 100 mld l'anno in ricerca, primo settore nel mondo

Cerca nel sito



FARMACEUTICA

33 % 33 % 33 %

Ue, dalla farmaceutica 100 mld l'anno in ricerca, primo settore nel mondo

[Tweet](#)

Articolo pubblicato il: 04/12/2014

La Commissione europea ha pubblicato l'aggiornamento al 2014 del suo report 'Industrial R&D Investment Scoreboard' che misura gli investimenti in Ricerca effettuati nel mondo da tutte le principali aziende globali. "Le imprese del farmaco, con i loro investimenti sempre più nel biotech, si confermano complessivamente al primo posto, con poco meno di 100

miliardi investiti nel mondo ogni anno. Prima dell'It e dei mezzi di trasporto che ne investono circa 85". A evidenziarlo è il presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi.

"Nella classifica internazionale - ha aggiunto parlando con l'Adnkronos Salute - si vede che tra le prime 15 aziende al mondo per investimenti, 6 sono farmaceutiche, il gruppo più numeroso tra le 'top 15'. Fotografando la realtà delle imprese a capitale italiano l'indagine rileva che, tra quelli di tutti i settori dell'economia, ce ne sono due con risultati di eccellenza".

In particolare, Chiesi figura tra i primi 5 gruppi industriali (dopo Fiat, Finmeccanica, Telecom Italia e Pirelli), precedendo Eni, e Recordati tra i primi 10. Peraltro entrambe - fa notare Farmindustria - con un'incidenza della R&S rispetto al fatturato superiore alle altre top 10. Rispetto a una media del 2%, Chiesi registra un'incidenza del 18% e Recordati dell'8%.

Contemporaneamente Istat ha pubblicato l'aggiornamento del dato sulla Ricerca e sviluppo svolta in Italia da tutti i settori dell'economia. "La farmaceutica - dice Scaccabarozzi - è il terzo settore in valore per gli investimenti in Ricerca, dopo Mezzi di trasporto e Meccanica, che però hanno un fatturato complessivo molto più elevato. Inoltre tra i settori dell'industria la farmaceutica evidenzia una previsione di crescita 2014 del 7,7% rispetto alla media manifatturiera del 2,2%".

Infine, sempre Istat, ha pubblicato l'indagine 'Innovazione nelle imprese' che mostra "due risultati di grande importanza: la farmaceutica è tra i settori industriali con maggiore presenza di imprese che svolgono attività innovativa, il 90% del totale, seconda solo all'informatica e rispetto alla

Video



Regali di Natale, un italiano su tre quest'anno non li farà



Weekend di aperture straordinarie e musica per i musei romani e fino al 7 gennaio si continua



Zoe, Olivia, Jackson: in Usa i nomi dei bambini si scelgono ispirandosi alle serie Tv



media del 52%; la farmaceutica è inoltre il primo settore per spesa per attività innovativa per addetto, con un valore 3 volte superiore alla media dell'economia".

"Sono dati che parlano da soli - commenta il presidente di Farindustria - e che confermano l'eccellenza del settore nel nostro Paese non solo per produzione industriale, ma anche per ricerca. Rinnoviamo quindi l'appello a valorizzare questo comparto".

[Tweet](#)

TAG: [farmaceutica](#)

Commenti

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: [ACCEDI](#) oppure [REGISTRATI](#)

La tartaruga 'curiosa' saluta i sub



Bubba Watson e l'hovercraft per il golf



Mafia capitale, la cattura di Massimo Carminati da parte del Ros



Cicret, il bracciale che proietta Android sul braccio



Zano, il piccolo drone per le riprese aeree



Il robot che ordina e piega i vestiti

TEMI CALDI DELLA GIORNATA

BIMBO UCCISO A RAGUSA

<http://www.doctor33.it/>

Terapie anticancro non tengono conto età malato



«Dobbiamo cambiare le linee guida internazionali sulle malattie tumorali e riadattare terapie e cure al loro vero paziente target: l'anziano». L'appello arriva dagli oltre 300 specialisti riuniti a Roma per il 1ST Rome International Meeting in Geriatric Oncology. Un tumore su due, infatti, sottolinea una nota, colpisce uomini e donne durante la terza età. Ma le sperimentazioni dei farmaci oncologici sono nel 99% dei casi svolte su persone con meno di 65 anni. «Oncologo e geriatra devono spesso lavorare su un "terreno fragile"» afferma **Guido Francini**, Direttore dell'Oncologia Medica dell'Università di Siena e presidente del convegno internazionale che si conclude oggi. «Un anziano, a differenza di un paziente giovane, soffre di tutta una serie di malattie come ipertensione, diabete, insufficienza renale o scompenso cardiaco. Per essere efficaci le terapie devono tener conto del "fattore età" e di tutte le problematiche che può avere una persona con più di 65 anni. Inoltre l'organismo, durante la vecchiaia, non riesce a tollerare determinate tossicità di alcuni farmaci oncologici". Il Meeting è organizzato dall'Università di Siena e di Roma Sapienza e gode del patrocinio, tra gli altri, dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), dell'American Society of Clinical Oncology (Asco) e dell'adesione del Presidente della Repubblica. «Lo scopo principale dell'incontro internazionale è approfondire le nostre conoscenze sulla malattia oncologica nell'anziano» - prosegue Francini. Negli anziani, il rischio di ammalarsi di tumore è 40 volte più alto rispetto alle persone di 20-40 anni e 4 volte maggiore rispetto a quelle di 45-65 anni. «Secondo le ultime previsioni demografiche, nel 2030 circa il 30% degli italiani avrà più di 65 anni - ricorda Francini -. In futuro dobbiamo aspettarci un aumento significativo del numero di neoplasie e di anziani colpiti.



Sanità Medicina Farmaceutica Doctor's Life Salus tg Salus tv

Salute . Farmaceutica . [Cura a bimba diabetica, grazie a Facebook risolto intoppo burocratico del servizio sanitario](#)

Cerca nel sito



FARMACEUTICA

50% 25% 25%

Cura a bimba diabetica, grazie a Facebook risolto intoppo burocratico del servizio sanitario

[Tweet](#)



Articolo pubblicato il: 04/12/2014

Una richiesta urgente di intervento al ministro della Salute e al Parlamento, affinché sanino una situazione ad alto rischio relativamente alla fornitura di farmaci vitali e salvavita sul territorio nazionale. Ad avanzarla Diabete Italia, dopo un fatto accaduto la scorsa settimana a Milano. La mamma di una bambina con diabete, nel capoluogo lombardo con la figlia, aveva dimenticato a Pordenone l'insulina. Rivoltasi alla rete delle associazioni di tutela e assistenza alle persone con diabete della città, era riuscita a ottenere prontamente, da un ospedale cittadino, la 'ricetta rossa' del Servizio sanitario nazionale per farsi consegnare in farmacia il farmaco vitale per la bambina. Ma le norme e la burocrazia si sono messe di traverso.

La famiglia, infatti, non risiede in Lombardia: non ha quindi diritto alla consegna gratuita del farmaco cui ha diritto. Può solo acquistarlo a proprie spese. Sbalordita e sdegnata, la signora si è rivolta al gruppo di mamme con bambini diabetici su Facebook, trovando immediatamente solidarietà e soprattutto l'insulina per la figlia. Morale: in Italia Facebook è più efficiente del servizio sanitario nazionale.

Appresa la notizia, Salvatore Caputo, presidente di Diabete Italia, organizzazione che raccoglie le associazioni di volontariato delle persone con diabete, dei diabetologi e degli operatori professionali, ha inviato al ministro e agli organi parlamentari la richiesta di introdurre nella legge di Stabilità 2015 meccanismi idonei a garantire che l'erogabilità dei farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale sia sempre assicurata a prescindere dal territorio di residenza dell'assistito e dalla competenza territoriale del medico che li prescrive.

"In una società come la nostra, in cui la mobilità sul territorio nazionale è una circostanza quotidiana per milioni di persone, fra cui anche molti malati cronici - si legge nella lettera, firmata anche da Gianluigi Curioni presidente di Agd Italia (Associazioni italiane giovani con diabete), cui la mamma di Pordenone aderisce - è inaccettabile che i costi di un farmaco siano a carico degli assistiti, qualora essi si trovino temporaneamente al di fuori della Regione di appartenenza. Riteniamo che, nel rispetto dell'attuale riparto di competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria, previsto dalla Costituzione, sia necessario introdurre una norma che garantisca la concreta ed effettiva rimborsabilità a carico del Ssn, su tutto il territorio italiano, dei farmaci prescritti con la cosiddetta 'ricetta rossa'".

"Questo è purtroppo l'ennesimo caso di incresciosa burocrazia che il federalismo sanitario ha creato nel nostro Paese. Tutto è andato a buon fine grazie ai social network, che tuttavia non possono né devono sostituirsi al sistema delle tutele sociali in un Paese che si definisce civile", ha commentato Egidio Archero, presidente di Fand (Associazione italiana diabetici).

[Tweet](#)

TAG: [diabete](#), [farmaci](#), [facebook](#), [ssn](#), [sanità](#)

Video



Regali di Natale, un italiano su tre quest'anno non li farà



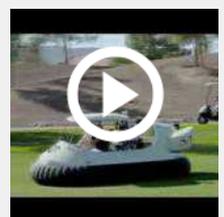
Weekend di aperture straordinarie e musica per i musei romani e fino al 7 gennaio si continua



Zoe, Olivia, Jackson: in Usa i nomi dei bambini si scelgono ispirandosi alle serie Tv



La tartaruga 'curiosa' saluta i sub





A SINISTRA:
LABORATORIO
DI ANALISI
GENETICHE.

Tendenze

GENETICA FAI DA TE

Adesso possiamo farci interpretare i nostri dati genetici con la stessa facilità con cui carichiamo una foto su Facebook. È nata infatti una ridda di siti che prende i nostri dati grezzi e ci dice, per pochi dollari, quanta probabilità abbiamo di sviluppare certe malattie e se siamo allergici a qualcosa. Tra i più noti ci sono Promethease, Interpretome, LiveWello, Genetic Genie e hanno prezzi tra i 5 e i 19,95 dollari. È un nuovo fronte di sviluppo di un fenomeno di lunga data: l'analisi genetica prêt-à-porter. Già da tempo ci sono servizi che raccolgono, via posta tradizionale, un campione della tua saliva e lo usano per fare un sequenziamento genetico. Tra i più popolari c'è 23AndMe (finanziato da Google), a cui però le auto-

rità americane hanno proibito di fornire analisi sui dati. Di qui questi nuovi siti che prendono i dati dell'utente, ricavati grezzi da servizi come 23AndMe, e li interpretano. I limiti sono gli stessi che hanno spinto le autorità a quella decisione: alla luce delle attuali conoscenze scientifiche sul genoma umano, queste interpretazioni sono ancora poco affidabili. Possono spaventare inutilmente le persone, convincendole a fare operazioni inutili o ad assumere troppi farmaci. La gente vuole però accedere lo stesso alle proprie informazioni genetiche. La si può considerare una nuova espressione del ruolo storico di Internet, per la disintermediazione e la democratizzazione della conoscenza. Tra luci e ombre.

Alessandro Longo

«Senza i test, Medicina chiude»

I rettori scrivono al governo: no all'accesso libero ai corsi

PAOLO FERRARIO

MILANO

Con questi numeri non è possibile lavorare. L'hanno denunciato poche settimane fa e, seppure con toni diversi, l'hanno confermato ieri in una nuova lettera al ministro dell'Istruzione, Stefania Giannini. Non si attenua la preoccupazione della Conferenza dei rettori per la situazione di super-affollamento venutasi a creare nelle facoltà di Medicina, a seguito dell'accoglimento dei «numerossissimi» ricorsi al Tar, contro il sistema dei test d'ingresso, che hanno moltiplicato il numero delle matricole. A Milano, per esempio, sono quasi raddoppiate, mettendo a rischio il regolare avvio delle lezioni, per mancanza di aule e docenti. Per affrontare il problema è stato attivato un tavolo di confronto interministeriale, con anche la partecipazione dei tecnici del ministero della Salute. Nel frattempo, però, è necessario garantire «la sostenibilità accademica dei corsi», scrivono i rettori al ministro Giannini, ribadendo quindi la posizione della Crui circa il mantenimento di «criteri selettivi» per l'accesso a Medicina.

Alle università, insomma, non piace l'ipotesi, avanzata nei mesi scorsi dallo stesso ministro, di introdurre il modello francese: accesso libero a tutti con sbarramento finale al termine del primo anno. Se fosse così, secondo un primo calcolo della Crui, gli atenei si troverebbero a dover gestire il quadruplo degli studenti attuali.

Sul punto, nella lettera i rettori esprimono «forti e motivate perplessità», chiedendo al governo di «confermare», anche per il 2015-2016, il sistema dei test d'ingresso, «adeguandoli ai contenuti dei saperi acquisiti dai candidati nel corso degli studi superiori».

Non ci sono i tempi tecnici per mettere in campo soluzioni diverse, ribadiscono dalla Crui che, anzi, sollecita il Ministro a «dare riscontro immediato alle famiglie circa il calendario e le modalità di selezione previste per il prossimo anno». E la richiesta di chiarezza non riguarda soltanto i tempi della selezione ma anche gli argomenti che potranno entrare nelle domande dei test. Questo per «facilitare la preparazione degli studenti e ridurre l'incongruo impatto economico al quale sono esposte le famiglie». Costrette a sobbarcarsi gli ingenti costi delle lezioni private per preparare prove dai contorni indefiniti, che spaziano dal taoismo all'ormai famosa Grattachecca della «sora Maria», protagonista assoluta del test di qualche anno fa. E motivo, anche allora, di tantissimi ricorsi alla giustizia amministrativa. Lungaggini e complicazioni che possono essere evitate attraverso una «puntuale rivisitazione delle procedure di selezione», che, ribadiscono i rettori, devono essere confermate a garanzia del rispetto della «programmazione nazionale» e della «sostenibilità accademica dei corsi», oltre che della «valorizzazione del merito dei candidati».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In rianimazione il medico malato di Ebola

Il volontario di Emergency si è aggravato

17 6

Mila

I casi registrati
(17.290
per l'esattezza)
di persone
ammalate
di Ebola

Mila

I morti
(6.128 per la
precisione)
causati dal
virus dell'Ebola
in otto Paesi

ROMA Non sono bastati i farmaci sperimentali autorizzati con un decreto speciale dal ministero della Salute.

Non sono bastate le infusioni di plasma appartenente a due pazienti guariti, portate con una catena di solidarietà da Spagna e Germania.

Tutte le terapie sembrano per il momento non aver avuto l'effetto sperato. E ieri sera il medico di Emergency ricoverato dal 25 ottobre allo Spallanzani di Roma dopo essersi infettato con Ebola in una missione in Sierra Leone si è aggravato. Nella notte il volontario è stato trasferito in una stanza di rianimazione di alto isolamento.

Non è un buon segnale. I medici e gli infermieri dell'ospedale, il miglior centro italiano per le malattie infettive, stanno facendo il possibile per recuperare una situazione che negli ultimi tre giorni era andata in declino. Il personale è stato richiamato d'urgenza e la squadra sanitaria composta da trenta persone sta affrontando una fase delicatissima.

Già in mattinata lo scarno bollettino medico aveva fatto presagire notizie non confortanti. Parlava di un nuovo aggravamento, del ritorno della febbre, di precarietà. «Il nostro collega sta mostrando forza e volontà incredibili», aveva dichiarato Giuseppe Ippolito, direttore scientifico dello Spallanzani.

Un virus davvero molto aggressivo e dai meccanismi an-

cora da svelare Ebola. Colpisce diversi sistemi di cellule e obbliga a combatterlo su più fronti. Non esistono protocolli terapeutici consolidati. I ventuno pazienti curati finora in occidente hanno avuto una storia diversa l'uno dall'altro, senza che si potesse identificare una chiave per entrare in modo decisivo nei meccanismi dell'infezione.

Il volontario di Emergency ha 52 anni. Lavora nel reparto di malattie infettive dell'ospedale di Enna. Il primo settembre era partito per la Sierra Leone dopo aver chiesto l'aspettativa, che gli era stata riconosciuta soltanto a metà ottobre con l'intervento di Lucia Borsellino, assessore alla sanità della Sicilia. Pochi giorni dopo il contagio, mentre assisteva i malati. Non si sa come sia accaduto e che tipo di esposizione abbia avuto. Il primo sintomo è stato la comparsa della febbre. Il medico, primo caso di Ebola trattato in Italia, è arrivato a Roma con un volo speciale dell'aeronautica militare.

Per assicurargli il meglio delle cure lo staff dello Spallanzani (trenta persone tra medici e infermieri) si è tenuto in stretto contatto con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e con i migliori organismi internazionali, in modo da pianificare insieme le strategie sulla base delle esperienze con i pazienti guariti all'estero.

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I fatti

● Il 24 novembre scorso un medico italiano di Emergency è risultato positivo al virus Ebola in Sierra Leone

● L'uomo è stato trasferito il giorno dopo presso l'Istituto nazionale per le malattie infettive Lazzaro Spallanzani di Roma per ricevere le cure necessarie anche attraverso medicinali sperimentali

● Il 1° dicembre le condizioni del medico si sono aggravate, poi sono migliorate mercoledì, ma ieri sera sono peggiorate di nuovo, tanto che ha bisogno di assistenza respiratoria



PROCESSO ALL'OMS

Otto mesi per accorgersi di Ebola. Burocrazia. Nessuna azione sul campo. L'Organizzazione ha fallito. E c'è chi vuole chiuderla

DI VIVIENNE WALT DA GINEVRA

Nel marzo scorso una foto sfuocata apparve su un nuovo sito di notizie della Guinea, in Africa occidentale. L'immagine mostrava due donne in uno sperduto villaggio, stese a terra e circondate da un gruppo di uomini che le guardava e pareva chiedersi ansiosamente quale strana malattia avesse colpito le persone amate. Le donne stavano morendo. E il sito citava l'infermiera del villaggio: la malattia misteriosa è «estremamente seria». (Era la stessa malattia misteriosa che aveva fatto la prima vittima l'11 dicembre del 2013 nel villaggio di Guéckédou). Ma il mistero fu presto svelato. Quando i funzionari dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) di Conakry, capitale della Guinea, dichiararono che gli esami avevano dimostrato che le donne del villaggio erano state infettate dal virus Ebola. C'è voluta più di una settimana perché la notizia della ricomparsa del virus viaggiasse dal povero villaggio africano ai funzionari sanitari della Guinea e all'ufficio locale dell'Oms, per poi raggiungere Ginevra, ai piedi delle Alpi, e il direttore generale dell'Organizzazione, la dottoressa Margaret Chan.

A quel punto, il virus aveva già avuto almeno



tre mesi per diffondersi, uccidendo decine di persone in Guinea e la malattia estremamente contagiosa stava attraversando le frontiere con la Sierra Leone, la Liberia, il Senegal e la Nigeria per uscire per la prima volta dal continente africano e raggiungere Madrid e le città americane di Dallas e New York.

Se si segue la progressione del virus da quella foto sgranata scattata a marzo in Guinea all'escalation delle azioni adottate da Washington durante l'autunno, con l'invio di truppe in Africa Occidentale da parte del Presidente Obama, sembra delinearsi la visione di un mondo unito nella lotta contro la malattia. Invece, il virus ha attraversato gli oceani fino a penetrare nelle grandi città in

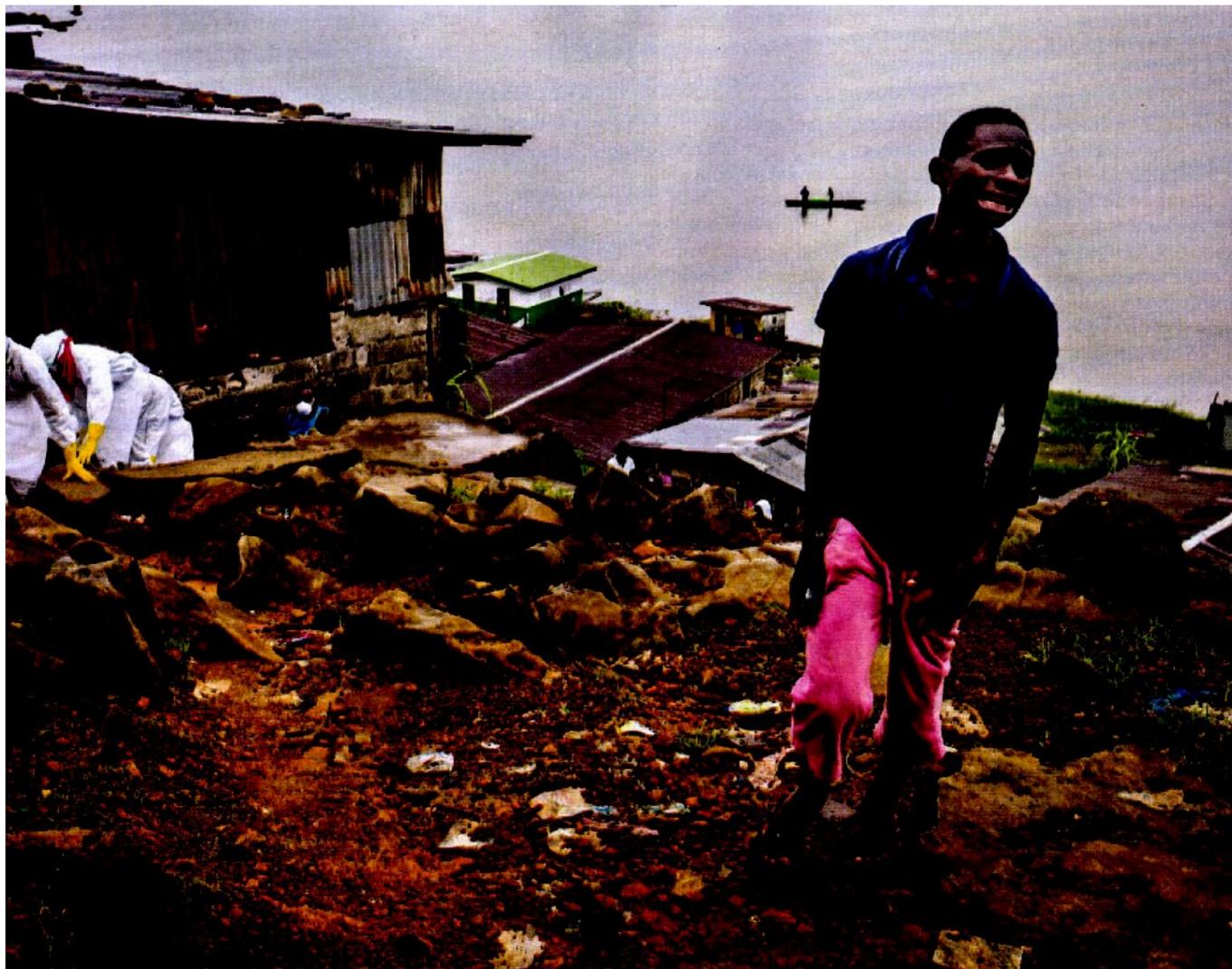
gran parte a causa della pervasiva burocrazia che affligge l'Africa occidentale e non solo, a causa di anni di riluttanza da parte dei paesi ricchi a investire

per la salute globale e dell'inadempienza dell'Oms. «Il controllo dei focolai di malattia è il nostro pane quotidiano», afferma Margaret Chan: «Ma questa emergenza ha superato le capacità di risposta dell'Oms».

Il risultato di questa storia è che i leader dell'Oms, insieme ai governi e alle istituzioni che finanziano l'organizzazione, dovranno affrontare la sfida di come far fronte in maniera più efficace alle future epidemie. I ricchi paesi donatori, come gli Stati Uniti e l'Unione Europea, dovranno decidere se rafforzare la rete delle istituzioni di alto profilo - organizzazioni delle Nazioni Unite come l'Oms e agenzie nazionali abbondantemente finanziate come i Cdc (U.S. Centers for Disease Control and Prevention) - o se invece è meglio creare nuove agenzie e nuovi piani. A tutt'oggi solo una cosa sembra chiara: il mantenimento dell'attuale status quo non farà che perpetuare la vulnerabilità del mondo alle future epidemie. «Non dovremmo

Dalle pagine di

TIME



ERIC GWEAH PIANGE LA MORTE DEL PADRE A MONROVIA, IN LIBERIA. A SINISTRA: MARGARET CHAN

trovarci in questa situazione», afferma Christopher Stokes, direttore generale del centro operativo per l'Ebola di Medici Senza Frontiere di Bruxelles. L'agenzia internazionale è stata in prima linea per affrontare il focolaio in Africa Occidentale, dove sono morti già 13 dei suoi operatori dal mese di marzo a oggi: «Fin dal primo giorno, questa epidemia non è stata tenuta sotto controllo. E nessuno è in grado di controllarla a tutt'oggi».

La colpa viene attribuita in larga misura all'Oms proprio perché la sua missione sarebbe quella di prevenire catastrofi di questa portata. L'incapacità dell'organizzazione risulta ancora più evidente in questo caso, poiché l'epidemia di Ebola poteva rappresentare un «momento di gloria per l'Oms», sostiene Lawrence Gostin, professore di Diritto Sanitario alla Georgetown University di Washington, il quale ritiene che il mondo ha bisogno di un'organizzazione forte e perciò ha proposto piani di riorganizzazione

radicale. Comunque è vero che l'Oms nel 2010 ha licenziato mille funzionari (compresi alcuni di quelli che avrebbero potuto svolgere un controllo della diffusione di Ebola) e ha dimezzato il proprio bilancio per la gestione degli interventi in caso di epidemie a soli 114 milioni di dollari per quest'anno.

Ma i finanziamenti non sono l'unico problema della dottoressa Chan. In base alla struttura decentralizzata dell'organizzazione, gli uffici regionali dell'Oms hanno una grande autonomia. I funzionari della sede di Ginevra si sono regolarmente scontrati con alcuni di loro, secondo quanto afferma Laurie Garrett del Council of Foreign Relations. «In alcuni casi, gli uffici regionali hanno ignorato le politiche di Ginevra e hanno apertamente contestato i budget stabiliti dalla sede centrale». I direttori regionali go-

dono di autorità praticamente insindacabile nella propria sfera di attività: alcuni sono molto attivi, ma altri possono essere più un pericolo che una risorsa in caso di crisi.

Le conseguenze di questa mancanza di controllo dal centro si sono rese evidenti in marzo, con la lentezza con cui i funzionari Oms di Conakry hanno informato Ginevra della gravità dell'epidemia di Ebola. L'Oms si è rifiutata di comunicarci le date esatte in cui gli uffici di Conakry e di Ginevra sono stati informati dell'epidemia, affermando che la questione sarebbe stata trattata nel corso del processo di revisione interna post-epidemia. Ma diversi operatori umanitari ed esperti sanitari ci hanno dichiarato che l'intervento degli uffici Oms locali era spesso inadeguato, anche se molti di loro hanno chiesto di non essere nominati per il timore di danneggiare i rapporti proprio nel bel mezzo dell'epidemia. «L'incompetenza dei funzionari Oms locali ha causato nume- ▶

Scienze

rosissime vittime», afferma un veterano delle organizzazioni internazionali di soccorso da uno dei paesi colpiti dall'Ebola.

Ma neanche Ginevra ha brillato. Pur essendo stata informata dell'epidemia già in marzo, Chan ha aspettato fino all'8 agosto per dichiarare l'epidemia «un'emergenza di salute pubblica di portata internazionale», una definizione raramente utilizzata dall'Oms per indicare che una determinata malattia richiede l'immediato intervento internazionale. A quel punto erano morte almeno 961 persone. Chan riconosce di essere stata colta alla sprovvista: «Con il senno di poi, ci rendiamo conto che i casi continuavano ad aumentare. In effetti, l'intensità della risposta è stata al di sotto di quanto l'epidemia avrebbe richiesto».

Nei sotterranei della sede centrale di Ginevra, i maggiori epidemiologi ed esperti di logistica dell'organizzazione stanno ora freneticamente cercando di recuperare il tempo perduto. Il 28 di ottobre, in una grande sala dedicata alla discussione delle operazioni strategiche, 60 alti dirigenti e funzionari seguono l'andamento della diffusione dei casi di Ebola su grandi schermi, nel tentativo di determinare lo sviluppo dell'epidemia e decidere dove rafforzare la presenza di medici, infermieri ed esperti nelle zone colpite

dall'epidemia. Ci sono persone appoggiate contro le pareti, sedute sul pavimento e sul lungo tavolo della sala intente ad ascoltare alcuni importanti funzionari che presentano le statistiche aggiornate provenienti dall'Africa Occidentale. Ci sono anche esperti di Msf e Save the Children. Chan si guarda intorno e scuote il capo: «Molti di voi sono esausti. Siete sotto pressione già da oltre sei mesi».

Queste parole gentili sono comprensibili, ma c'è ben poca comprensione invece per alcuni operatori umanitari in Africa che affermano che l'Oms è troppo distaccata dalla dura realtà delle comunità africane. «Se ne stanno negli uffici governativi», sostiene Stokes di Msf: «Sono troppo lontani dai problemi reali».

In Africa Occidentale e nelle capitali del mondo, sia coloro che hanno sofferto le devastazioni dell'Ebola che coloro che finanziano l'Oms e le altre grandi organizzazioni



LA CROCE ROSSA PORTA VIA DA UNA CASA DI MONROVIA UNA PERSONA MORTA DI EBOLA

si chiedono come mai il mondo ha fallito e come prepararsi alla prossima epidemia mortale. Gli esperti sanitari affermano di pensare con angoscia agli ultimi mesi e ribadiscono che tutti, dall'Oms, ai governi occidentali e ai funzionari locali nei paesi colpiti, sono stati tragicamente lenti a intervenire.

Chan, al pari di Gostin, è convinta che per ottenere un vero cambiamento i governi dovranno stanziare altri miliardi di dollari per costituire un fondo permanente per le emergenze. Vorrebbe costituire un esercito di medici e infermieri specializzati che possa essere rapidamente dislocato, come nelle missioni per il mantenimento della pace delle Nazioni Unite con la tempestiva mobi-

La marcia del killer

Dicembre 2013-marzo 2014

Per molti mesi il virus Ebola non è stato identificato come responsabile di un piccolo focolaio di febbre emorragica rilevato in Guinea nel dicembre 2013. Si è trattato della prima epidemia di Ebola al di fuori delle aree rurali nella lunga storia della malattia

Casi
Morti

4 casi
3 morti

23 Marzo 2014

Arriva la conferma che si tratta di un focolaio di Ebola. Medici senza Frontiere (MSF) allestiscono i primi ambulatori a Guéckédou in Guinea

130
82

Aprile 2014

L'OMS smentisce l'allarme lanciato da MSF secondo cui si sta trasformando in un'emergenza globale

238
158

18 Giugno 2014

L'allarme degli scienziati non viene ascoltato. Un esempio: il virologo americano Robert Garry torna dalla Sierra Leone per incontrare i funzionari del Dipartimento di Stato e del Dipartimento per la Salute e i Servizi Umani USA e comunicare la gravità del problema. «La risposta è stata cordiale ma non ha portato a nulla», riferisce a TIME

759

467

23 Luglio 2014

MSF rilascia una dichiarazione: «Ebola è fuori controllo»

8 Agosto 2014

L'OMS dichiara che Ebola è un'emergenza sanitaria mondiale, 5 mesi dopo che la presenza del virus era stata confermata in Guinea e dopo quasi 1.000 decessi.

28 Agosto 2014

MSF critica la prima road map dell'OMS per la gestione dell'epidemia di Ebola

3.417

1.818

Chi ha paura del virus nero

DI DANIELA MINERVA

Il "nostro" Paziente Zero è atterrato all'aeroporto di Pratica di Mare la mattina del 25 novembre. Come ormai tutti sanno è un medico di Emergency contagiato in Sierra Leone, ha viaggiato con tutte le misure di sicurezza possibili ed è stato ricoverato all'Istituto Spallanzani di Roma. E così Ebola è tornato di prepotenza nelle nostre agende. Perché da settimane del virus non si sapeva più niente. Dopo paginate e paginate, googolate e googolate, il killer è sparito di colpo dalla nostra attenzione. Era tornato nell'ombra delle cose che accadono ai paesi poveri delle quali noi non ci occupiamo. Provate ad andare a vedere la distribuzione temporale delle ricerche fatte con Google sul tema "Ebola". Noi lo abbiamo fatto e abbiamo verificato con i numeri quello che può sembrare un polveroso luogo comune: ci occupiamo dei flagelli del mondo solo quando li abbiamo in casa. E così, dalla nostra ricerca appare chiaro che la faccenda è stata praticamente ignorata fino all'aprile del 2014 quando i ripetuti allarmi di Medici senza frontiere hanno generato un piccolissimo interesse. Poi più nulla fino alla fine di luglio/primi di agosto, quando si registra un primo picco di interesse abbastanza significativo: Msf dice che l'epidemia è fuori controllo; l'Oms si decide a rendersi conto di quanto accade e dice che Ebola è un'emergenza; e anche l'opinione pubblica comincia a chiedersi cosa succede in quei paesi lontani che tanto lontano non devono

essere se a Madrid arriva un malato, padre Miguel Pajares rimpatriato morente dalla Liberia. Complice l'estate e il vuoto di notizie, Ebola va in prima pagina e l'Italia si accorge di quanto sta accadendo, per qualche settimana. Perché poi se ne dimentica di nuovo: a ottobre sono circa cinquemila morti e oltre 13 mila malati ma nessuno se ne cura. Poi Google esplose, quando si registra il contagio di Dallas: è il panico, tutti sul web a vedere se il virus ci colpirà in casa. Un picco di qualche giorno, e infine l'oblio. Insomma, il nostro piccolo esperimento dimostra, se mai ce ne fosse bisogno, che delle malattie ci occupiamo solo se ce le ritroviamo sul pianerottolo. Non è una novità. E magari con Ebola non ne subiremo le conseguenze: le modalità di trasmissione sono tali che i tecnici prevedono non si trasformerà mai in pandemia e continuerà a flagellare l'Africa; e le vicende sanitarie degli europei e degli americani malati mostrano che noi lo possiamo curare, loro (gli africani), invece, no. Ma se Ebola è poco "efficiente", abbiamo visto, negli anni scorsi, arrivare dall'Africa e dalle aree rurali dell'Asia malattie molto più efficienti diventate catastrofi, l'Aids per prima. Ovvio che ce ne saranno altre. Ovvio che se le ignoriamo come abbiamo fatto con Ebola ingrosseranno nelle zone d'origine e poi verranno a bastonarci. L'inchiesta in queste pagine dimostra le responsabilità dell'Oms in questa catastrofe di oggi. Ma dobbiamo aggiungere anche quelle dei paesi come il nostro che non versano un soldo bucato per i programmi di salute globale. E in fondo anche quelle di chi pensa che finché muoiono gli africani possiamo piangere, ma non preoccuparci.

litazione di truppe da diversi paesi per intervenire nelle crisi in tutto il mondo. Lei sostiene l'esigenza di rafforzare la sua Organizzazione, affermando che il cambiamento climatico e le migrazioni di massa potrebbero rendere più frequenti le epidemie mortali causate da malattie come Ebola: «Le nazioni devono domandarsi: siamo pronte a investire per la sicurezza globale? Ebola deve rap-

presentare un punto di svolta». Così ribadisce che la catastrofe dell'Ebola fornisce l'occasione perfetta per spingere avanti le riforme all'interno dell'Oms. «Questa crisi non deve essere sprecata», afferma. Ma le vere riforme, come lo smantellamento delle strutture di potere e il riordino delle priorità, sono difficili da attuare e negli otto anni del mandato della Chan si sono dimostrate

elusive. Speriamo che questi cambiamenti vengano attuati prima dell'arrivo della prossima epidemia mortale.

traduzione di Gabriella Verdi

TIME e il logo di TIME sono marchi registrati da Time, Inc. utilizzati su licenza. © 2012. Time, Inc. Tutti i diritti riservati. Tradotto da TIME Magazine e pubblicato con il permesso di Time, Inc. È proibita la riproduzione, anche parziale, in ogni forma o mezzo, senza espresso permesso scritto

16 settembre 2014

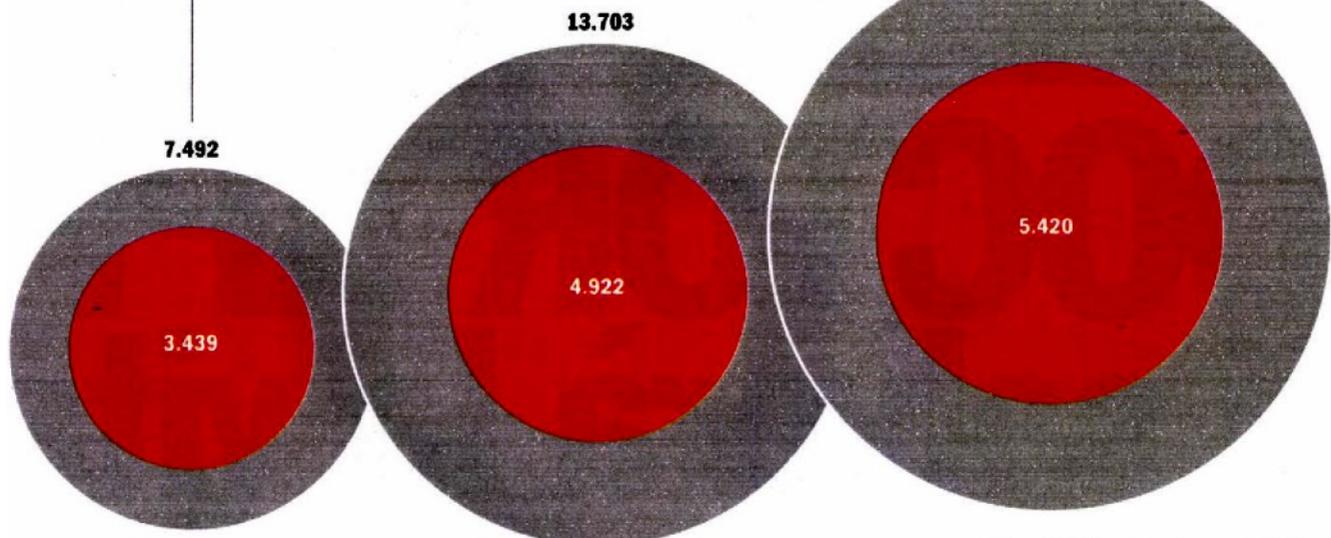
La Casa Bianca investe 500 milioni di dollari e invia 3.000 militari in Africa Occidentale per costruire 17 presidi di cura

27 Ottobre 2014

Vengono destinati alla gestione dell'epidemia 750 funzionari del governo USA. I primi 3 centri per il trattamento della malattia istituiti dal Dipartimento della Difesa non saranno completati fino alla metà di novembre

25 Novembre 2014

Arriva in Italia il "nostro" Paziente Zero. È un medico di Emergency contagiato in Sierra Leone ed è stato ricoverato all'Istituto Spallanzani di Roma



Fonti: OMS, MSF, New England Journal of Medicine

Contro mal di schiena e insonnia camera da letto 'tech-free'

Chiropratici Uk, tecnologia a letto fa male a postura e sonno



(ANSA)- ROMA, 4 DIC- Fare della camera da letto una zona "tech- free", cioè libera da strumenti tecnologici, per mantenere una postura migliore e riposare meglio. Questa la proposta dei chiropratici inglesi, che lanciano l'allarme sui problemi alla schiena e al collo che si possono avere guardando un film in tv o sul tablet mentre si è a letto, un'abitudine molto diffusa, mettendo in guardia anche su eventuali fastidi che tutto ciò può provocare al sonno, a causa di eccessivi stimoli che il cervello riceve in particolare dalla luce che i dispositivi elettronici emanano. Guardando una serie tv sul tablet o giocando al pc si assumono infatti secondo gli esperti posizioni scomode: si tende infatti a piegare la parte superiore della colonna vertebrale in avanti per vedere meglio, solitamente appoggiandosi anche male al cuscino, con il risultato che poi si avvertono i dolori. Non solo: i dispositivi elettronici non aiutano a "spegnere" il cervello per aiutarci a riposare, con la conseguenza che inizia una sorta di circolo vizioso che, in mancanza di sonno, ci porta a utilizzarli nuovamente. "Molti pazienti che non riescono a dormire- spiega Tim Hutchful, della British Chiropractic Association (BCA)- ricorrono al pc o al cellulare sperando che distrarsi così li aiuti a prendere sonno, ma questo potrebbe ulteriormente impedire loro di dormire: la luce emessa da schermi stimola infatti il cervello e ci fa sentire più svegli e per di più, quando le persone utilizzano la tecnologia a letto, spesso non prestano attenzione alle posizioni che assumono, che possono causare dolore e tenerle sveglie". La cosa migliore, allora, se proprio abbiamo la tentazione di dare un'ultima sbirciatina a Facebook prima di andare a letto, è farlo in salotto o in cucina, spegnendo poi tutto.

http://www.ansa.it/salutebenessere/notizie/rubriche/salute/2014/12/04/contro-mal-di-schiena-e-insonnia-camera-da-letto-tech-free_291d2193-118d-48fd-94d3-efbf51a53cca.html

Con uno yogurt al giorno il rischio di diabete di tipo 2 scende del 18%

Lo studio sullo stile di vita di 42.000 operatori sanitari e 152.000 infermiere di età diverse.

Il ruolo protettivo dei prodotti lattiero caseari fermentati



Il consumo di una semplice porzione di 28 g di yogurt al giorno è associato a un rischio più basso del 18% di sviluppare il diabete di tipo 2. Lo sostiene uno [studio appena uscito su "Bmc Medicine"](#) a opera di ricercatori della Harvard School of Public Health. Il diabete di tipo 2 è una condizione cronica che si verifica quando l'organismo non produce abbastanza insulina, o le cellule del corpo sviluppano resistenza nei confronti di questa sostanza. Circa 366 milioni di persone sono colpite dal diabete di tipo 2 in tutto il mondo e si stima che aumenteranno a 552 milioni entro il 2030, con un'enorme pressione sui sistemi sanitari a livello globale.

I dati dello studio su grandi numeri

Gli studiosi americani hanno raggruppato i risultati di tre studi di coorte prospettici che hanno seguito la storia e lo stile di vita di quasi 42.000 operatori sanitari (dentisti, farmacisti, veterinari, medici, osteopati e podologi) di età compresa fra 40 e 75 anni; 67.000 infermiere tra 30 e 55 anni; altre 85.000 infermiere tra 25 e 42 anni. All'inizio di ogni studio, i partecipanti hanno completato un questionario per raccogliere informazioni di base sullo stile di vita e l'insorgenza di malattie croniche. Sono stati poi seguiti ogni due anni, con un tasso di follow-up di oltre il 90%. I ricercatori hanno notato che il consumo di prodotti lattiero-caseari aveva un'associazione con il rischio di sviluppare diabete di tipo 2. Hanno quindi esaminato il consumo individuale di

latte scremato, formaggi, latte intero e yogurt. Considerando fattori di rischio di malattia cronica come l'età e l'indice di massa corporea, si è riscontrato che un elevato consumo di yogurt è associato a un minor rischio di sviluppare il diabete di tipo 2.

I prodotti lattiero caseari fermentati proteggono dal diabete mellito

Gli autori hanno poi condotto un'ulteriore meta-analisi, che incorpora i risultati di altri studi pubblicati fino a marzo 2013, che ha indagato l'associazione tra i prodotti lattiero-caseari e diabete di tipo 2. Questa ha indicato che il consumo di una porzione 28 g di yogurt al giorno è associato a un rischio più basso del 18% di diabete di tipo 2. Secondo gli studiosi questo alimento dovrebbe dunque essere sempre incluso in una dieta ben bilanciata.

«Ci sono ormai solide evidenze in letteratura che i prodotti lattiero caseari fermentati abbiano un ruolo nella protezione nei confronti del diabete mellito di tipo 2 e questo lavoro ne rafforza l'evidenza», dichiara Andrea Ghiselli, nutrizionista. «Tra l'altro lo studio è dello stesso gruppo di Mozaffarian che qualche anno fa (2011) pubblicò un interessantissimo articolo dove si evidenziava bene l'effetto protettivo dello yogurt anche sull'aumento di peso nel tempo».