

Venerdì 30 MAGGIO 2014

Riabilitazione ospedaliera. Ricoveri scesi del 5,4% nel 2010-2012. Ma c'è ancora inappropriatelyzza. Il Rapporto del ministero

In diminuzione nel biennio anche le giornate di degenza (-5,6%). Ma la variabilità regionale è forte sia sui ricoveri (-13% Lombardia; +12% Sardegna) che per le giornate di degenza (es. -18% Lazio; +18% Sicilia). E la percentuale delle giornate di degenza potenzialmente inappropriate resta intorno al 27%. [IL RAPPORTO](#).

Una contrazione complessiva dell'attività di ricovero di riabilitazione ospedaliera (-5,4% nel biennio 2010-2012) e delle giornate di degenza (-5,6% nel biennio 2010-2012), anche se con una considerevole variabilità regionale sia sui ricoveri (si va dal -13% della Lombardia al +12% della Sardegna) che per le giornate di degenza (-18% Lazio; +18% Sicilia). A riferirlo è il Report appena pubblicato dal ministero della Salute sui risultati nel biennio 2010-2012 dell'applicazione della metodologia per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera che, a partire dal Maggio 2010, è stata sviluppata nell'ambito delle attività del Siveas.

Nel dettaglio, il Rapporto, nell'analizzare il livello di inappropriatezza in questo ambito, registra una riduzione del numero di giornate di degenza potenzialmente inappropriate che passano da 1.816.058 nel 2010 a 1.519.445 nel 2012; e relativa riduzione – seppure leggera - dell'incidenza delle giornate di degenza potenzialmente inappropriate rispetto al totale giornate di degenza (26,6% nel 2012, era il 28% nel 2011 e il 27% nel 2010).

A livello regionale, l'incidenza percentuale delle giornate di degenza potenzialmente inappropriate è maggiore in Campania, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Sicilia. La potenziale inappropriatezza rimane concentrata nella riabilitazione neurologica, che assorbe il 37% del totale giornate di degenza di riabilitazione. Segue la riabilitazione ortopedica al 22% di giornate potenzialmente inappropriate.

In particolare, per quanto riguarda l'inappropriatezza clinica, essa subisce una riduzione in tutte le Regioni ad eccezione della Sardegna e della Prov di Bolzano, portando il valore medio Italia nazionale da 16,1% a 13,5% nel biennio 2010-2012. Alcune Regioni (Molise, Campania, Puglia, Sicilia, Veneto, Friuli Venezia Giulia e le due Prov Autonome) mostrano tuttavia nel 2012 una percentuale elevata di ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza clinica, posizionandosi al di sopra del valore medio Italia (13,5%).

Per quanto concerne l'inappropriatezza organizzativa, la variazione risulta molto diversificata tra le diverse Regioni. Come conseguenza, il valore medio Italia rimane sostanzialmente stabile (10,7% nel 2010 e 10,5% nel 2012), con Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Puglia e la Prov. Di Bolzano che si posizionano al di sopra del valore medio nazionale.

Sale, invece, la percentuale di giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza, che passato dall'8,7% del 2010 al 9,1% del 2012, anche in questo caso con una notevole variabilità regionale.

In definitiva, sottolinea il ministero in una nota di sintesi, “sia per la potenziale inappropriata organizzativa (ricoveri con durata inferiore alla soglia minima) che per la potenziale inefficienza (ricoveri con durata superiore alla soglia massima) si evidenziano variabilità significative a livello regionale, che sembrerebbero indicare disomogeneità nella gestione ospedaliera di patologie simili (soglie delle durate di degenza non ancora allineate)”.

[Home](#) ▾ [Dal Governo](#)

DAL GOVERNO

Aifa e Agenas: rinvio in Stato-Regioni della nomina dei Dg

29 maggio 2014 Cronologia articolo

Tweet



Nulla di fatto, in Conferenza Stato Regioni, sulla proposta del ministro della Salute relativa alla conferma dell'incarico del direttore generale dell'Agenzia italiana del Farmaco, Luca Pani e alla nomina di Francesco Bevere nell'incarico di direttore generale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas).

Le Regioni - che in un primo momento avevano deciso di esprimere l'intesa - hanno chiesto infatti un rinvio delle nomine all'Aifa e all'Agenas «per affrontare le riforme di questi enti. La prossima settimana daremo il nostro parere», ha detto il presidente della

Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, al termine della seduta odierna della Conferenza Stato Regioni.

Clicca per Condividere



©RIPRODUZIONE RISERVATA

Commenta la notizia

Leggi e scrivi

Permalink

NEWSLETTER [»](#)

Iscrivendoti alla Newsletter puoi ricevere una selezione delle principali notizie pubblicate. E' necessaria la registrazione

[Iscriviti gratuitamente »](#)

Sfoggia Sanità in PDF

Ultima uscita



nr. 20
27 mag. 2014

[Sfoggia PDF »](#)

[SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA »](#)

Uscite precedenti:

▾ nr. 1920-26 mag. 2014

▾ nr. 1813-19 mag. 2014

[Consulta l'archivio »](#)
[Gestisci abbonamento »](#)

Quaderni PDF

La consultazione dei quaderni di Sanità è riservata agli abbonati. Se non sei abbonato puoi acquistare il singolo quaderno



Quali costi standard per le aziende sanitarie?

[Sfoggia PDF »](#)

Sanità risponde [»](#)

Invia alla nostra redazione le tue domande e consulta l'archivio dei quesiti.

[Invia un quesito »](#)

Ultimi quesiti:

Caso Novartis-Roche

«Ora il farmaco meno caro ai malati» L'Aifa deciderà il prossimo 9 giugno

Nonostante una legge che ha cambiato le norme sui farmaci off-label, la multa dell'Antitrust, il parere del Consiglio Superiore di Sanità e da mercoledì anche la richiesta di un maxi risarcimento da parte del ministero della Salute, poco è cambiato per i pazienti alle prese con il caso Avastin-Lucentis, ma novità potrebbero arrivare nel giro di pochi giorni. Alla denuncia degli oftalmologi – secondo cui 100mila pazienti aspettano ancora una terapia – ha infatti risposto **L'Aifa** che deciderà il 9 e 10 giugno se riammettere il farmaco meno costoso, l'Avastin, fra quelli rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale.

Ai provvedimenti presi fin qui, spiegano gli esperti, andrebbero aggiunti alcuni interventi indispensabili per ripristinare lo status che c'era prima dell'ingresso sul mercato del Lucentis. Secondo Matteo Piovella, presidente della società italiana di Oftalmologia (Soi), «mancano una delibera **dell'Aifa** che riporti Avastin tra i

farmaci rimborsabili, un provvedimento che rimuova l'obbligo di passare dall'off label a un eventuale farmaco registrato, e una circolare che autorizzi i farmacisti a frazionare l'Avastin».

La questione è nata dopo che l'Antitrust ha deciso di multare Novartis e Roche con l'accusa di essersi accordate per vendere il Lucentis, molto più costoso ma con l'indicazione per la degenerazione maculare, al posto dell'Avastin, antitumorale più economico che però era usato 'off label' e quindi è stato tolto dalla lista dei rimborsabili una volta inserito Lucentis. L'istruttoria sul caso, ha ricordato il direttore **dell'Aifa** Luca Pani, era già iniziata da qualche mese, sulla spinta di un ricorso di Emilia Romagna e Veneto, e verrà discussa con la procedura d'urgenza. Sulla questione si è espressa ieri anche la Corte Costituzionale, che ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale presentata dal Tar dell'Emilia Romagna. In pratica secon-

do la Consulta non sono le singole Regioni che possono decidere sui farmaci off-label ma appunto **L'Aifa**, che «doveva esercitare da tempo» questo diritto.

In aggiunta alla multa dell'Antitrust le aziende dovranno affrontare anche la richiesta del ministero della Salute che ha deciso – anche sulla base del parere del Csm secondo cui i due farmaci sono di fatto equivalenti – di chiedere un rimborso di 1,2 miliardi di euro. «Bisogna rispettare le regole e se le regole sono violate è giusto che il Sistema Sanitario Nazionale venga risarcito – ha ribadito ieri il ministro Lorenzin – anche perché applichiamo un sistema di regole molto chiare e certe».

Al fianco del ministero sono schierate le associazioni di consumatori. Il Codacons ha annunciato che avvierà le richieste di risarcimento anche per i singoli pazienti colpiti, mentre Altroconsumo ha invitato **L'Aifa** a reinserire subito Avastin tra i farmaci rimborsabili.

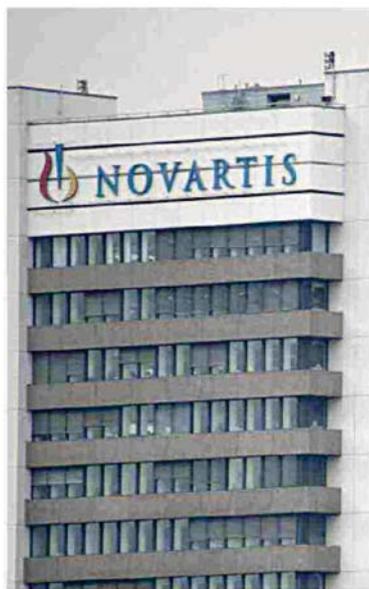
FARMACI

È la Tachipirina la più venduta

Non vince Beppe Grillo e non "vince" nemmeno il Maalox. Il prodotto contro il bruciore di stomaco, assunto in video dal comico genovese in seguito al non soddisfacente esito delle elezioni europee, è al 26esimo posto tra i farmaci da banco più venduti in Italia. Classifica che vede in testa la Tachipirina con 3 milioni di confezioni vendute. Sono alcuni numeri dell'elenco dei 50 farmaci da banco o di automedicazione più venduti pubblicato dal Ministero della Salute. Dopo la Tachipirina, con 3.008.014 confezioni vendute nella seconda parte dell'anno scorso. A seguire l'antidolorifico Okitask con 1.758.818 di confezioni

distribuite. Ai vertici anche l'Aspirina 400mg (Acido acetilsalicilico) con 1.497.014 confezioni vendute e il prodotto contro il raffreddore Rinazina spray nasale (Nafazolina) con 1.496.622.

Pressing di esperti e consumatori sulle istituzioni: il Servizio sanitario nazionale paga ancora il Lucentis, cioè il medicinale più caro



La sede della Novartis

Scandalo farmaci, Aifa nel mirino

L'Agenzia, attaccata sul caso Avastin-Lucentis, si difende: applicata la legge europea

PAOLO RUSSO
ROMA

Il caso Avastin e Lucentis mette sulla graticola l'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, che all'accusa rivoltagli da consumatori e medici oftalmici di aver impedito l'uso del farmaco più economico replica: «Abbiamo solo applicato la legge e le indicazioni che provenivano dall'Ema, l'Agenzia europea dei medicinali».

Per capire come stanno le cose occorre risalire al 2007, quando l'Aifa inserisce l'Avastin, l'antitumorale della Roche, nella "lista 648", l'elenco dei farmaci che posso essere prescritti per indicazioni diverse da quelle per i quali sono stati autorizzati. In termini tecnici si chiamano "off label", che per Avastin, 40 euro a confezione, significa uso autorizzato a carico dello Stato anche per la maculopatia senile, che quasi sempre porta alla cecità. Può farlo perché fino ad allora non esistono altri farmaci autorizzati per la cura di quella malattia degli occhi. Ma nel 2012 quel farmaco

arriva: è il Lucentis, inizialmente 1.700 euro a confezione, prodotto dalla Novartis, della quale Roche controlla un buon 30%. A quel punto Aifa, per rispettare la legge, dovrebbe vietare l'uso off label di Avastin, però resiste. Anche perché alcuni studi scientifici dimostrerebbero una sostanziale parità di efficacia dei due medicinali. E forti di queste pubblicazioni alcune regioni, per prima l'Emilia Romagna, iniziano ad autorizzare l'uso oculare di Avastin.

Tutto cambia però quando ad agosto scende in campo, l'Ema, l'Agenzia europea dei medicinali, diretta dall'italiano Guido Rasi, che di fatto vieta l'uso off label del più economico prodotto della Roche. «Visti i dati che ci erano pervenuti sugli effetti collaterali di Avastin, come la poliartrite - spiega Rasi - mandiamo un'informativa alle agenzie dei singoli Paesi». «Può consapevoli - ammette - che quegli effetti avversi sono comuni a tutta la classe dei farmaci a base di anticorpi monoclonali, quindi anche a Lucentis».

A quel punto Aifa torna sui suoi passi e, di fatto, accende il

semaforo rosso all'uso off label di Avastin». Divieto che resta anche qualche mese dopo, quando a gennaio del 2013 l'Ema segnala le stesse reazioni avverse per Lucentis. «Perché nel frattempo erano arrivati i dati sugli effetti collaterali del farmaco», precisa Rasi.

Resta da chiedersi perché l'Aifa non abbia fatto marcia indietro. Primo, fanno sapere dall'Agenzia, perché la legge italiana non consentiva allora di prescrivere un farmaco off label in presenza di un altro medicinale autorizzato per quella indicazione terapeutica. Secondo, denuncia Pani, «perché su 44mila pazienti trattati con i due medicinali sono arrivate informazioni sulla sicurezza del loro uso oftalmico solo su 34. In un simile quadro di incertezza per la salute dei cittadini Aifa non poteva che agire con la massima cautela».

Sarebbero allora stati incauti Stati Uniti, Canada, Australia e Gran Bretagna che in questi anni hanno autorizzato l'uso oftalmico di Avastin? Probabilmente no, visto che lo hanno fatto sulla base di studi su effi-

cacia e sicurezza ora giudicati validi anche dal nostro Consiglio superiore di sanità.

Certo è che la diatriba si sarebbe potuta risolvere a vantaggio dei pazienti e dell'Erario con norme, anche a livello europeo, più chiare. «L'Ema purtroppo ha le mani legate: se un'azienda non richiede l'uso off label di un suo prodotto non può autorizzarlo», denuncia Rasi.

Che loda invece la nuova legge italiana, che consente di autorizzare l'uso off label di un farmaco, indipendentemente dal fatto che l'azienda produttrice lo richieda o meno, anche se esiste un altro prodotto con quella specifica indicazione terapeutica. Insomma, mai più un caso Avastin-Lucentis, per il quale il ministro Lorenzin ha chiesto 1,2 miliardi di risarcimento. Cifre giudicate irrealistiche da Novartis e Roche, che confermano il ricorso al Tar Lazio contro la multa da 180 milioni dell'Antitrust e ricordano che «non esiste una sentenza, nemmeno di primo grado, che abbia attribuito alla azienda la responsabilità del presunto danno».

Ha detto



Eravamo comunque consapevoli che gli effetti avversi sono comuni alla classe dei farmaci che include il concorrente Novartis

Guido Rasi

Direttore dell'Ema
(Agenzia europea dei medicinali)

Visti i dati sugli effetti collaterali del prodotto avevamo inviato un'informativa alle agenzie di tutti i Paesi per bloccarlo

40
euro

È il costo di una confezione di Avastin, che era autorizzato a carico dello Stato per usi «off label»

1,2
miliardi

È il risarcimento chiesto dal ministero della Salute a Roche e Novartis per il caso Avastin-Lucentis

TUTTOSCIENZE

28/05/2014 - FARMACOLOGIA

“I nuovi farmaci diventano più efficaci se saranno biologici”

STEFANO RIZZATO

«È come lanciare uno shuttle. Servono investimenti enormi e la capacità di assumersi rischi elevati. Ma è un'impresa mai tanto necessaria quanto oggi». Racconta così il lavoro della ricerca Paul Chew, «Senior vice president» e «Chief medical officer» del Gruppo Sanofi, terzo gruppo farmaceutico del mondo. E la ricerca e le sue sfide saranno il tema centrale dell'intervento di Chew il prossimo 28 maggio, al 7° Forum nazionale Pharma di Stresa.



Dottor Chew, la sua azienda - a livello internazionale - sta sviluppando 49 nuove molecole e vaccini. Ci spiega quali sono le difficoltà in un lavoro su così ampia scala?

«È davvero un po' come mandare in orbita uno shuttle. Un'impresa che non finisce con il lancio, perché ogni farmaco è soggetto - da quando entra in commercio - a un costante sviluppo: per migliorarne l'efficacia e ridurre gli effetti collaterali. E la competizione è sempre più serrata. Ma è un compito fondamentale: mai come oggi c'è bisogno di ricerca medica».

Da cosa nasce l'urgenza?

«Nella storia la crescita dell'economia è andata di pari passo con il miglioramento della salute generale. Oggi vediamo grandi criticità su questo piano, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo o poveri. Restano aperte tante grandi sfide, legate al cancro, al diabete e soprattutto alle malattie croniche, diventate un'emergenza anche per l'invecchiamento della popolazione».

Quanto è diverso fare ricerca nel 2014 rispetto a 20 anni fa?

«La grande differenza è che oggi possiamo vedere tutto. Vediamo i pazienti e i loro sintomi, ma possiamo osservare anche il Dna e gli aspetti genetici, i batteri e il loro funzionamento: tutte le parti della risposta di un organismo a una cura. Questo ci dà l'opportunità di curare i meccanismi basilari di una malattia e in questo i farmaci biologici rappresentano un salto di qualità».

In che modo?

«I biologici - che sono l'80% dei nostri attuali progetti di ricerca - sono farmaci complessi e con un grado di specificità inedito. Operano in profondità, a livello degli enzimi, davvero alla radice di una malattia. Sono efficaci come terapia orale, laddove in passato non c'era scelta, se non la via endovenosa. E sono uno strumento di grande valore anche contro le malattie rare».

Sulle malattie rare - proprio per il numero esiguo di pazienti - non c'è troppo poca attenzione da parte della ricerca farmaceutica?

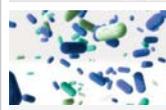
«No, non è più così. In questo campo ci sono ormai diverse aziende attive e anche Sanofi lo è, con successo. Qui la difficoltà è che si tratta di oltre 400 malattie, ciascuna con la sua unica e specifica capacità di metabolizzare un farmaco».

Ultimi Articoli

+ Tutti gli articoli



+ Alla Natura piace lo scambio di sesso
Pensavate che la scienza fosse un baluardo di enunciati a benefice ...



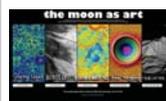
+ “I nuovi farmaci diventano più efficaci se saranno biologici”
«È come lanciare uno shuttle. Servono investimenti e ...



+ Vent'anni di conquiste contro il cancro
ma c'è ancora tanto da fare
L'Istituto Europeo di Oncologia è stato ideato negli ...



+ Aids: possibile nuova pandemia di Hiv nei prossimi 20 anni
Sarebbe «possibile» una pandemia di Hiv provocata da ...



+ Nasa: un concorso per l'immagine più bella della Luna
Per celebrare i cinque anni in orbita del Lunar Reconnaissance Or ...



+ Come le foto dal cellulare cambiano i nostri ricordi
L'ossessione di immortalare molti momenti della vita con vi ...

Condividi gli articoli con i tuoi amici

Con l'app Facebook LaStampa.it puoi condividere immediatamente le notizie e gli approfondimenti che hai letto.
Attiva l'app sul tuo profilo e segnala a tutti i tuoi amici le tue news preferite!
Scopri di più su [facebook.lastampa.it!](https://www.facebook.com/lastampa.it/)

[Accedi a Facebook](#)

Tra le terapie che avete in via di sviluppo, quali sono quelle in fase più avanzata?

«Per esempio U300, un'insulina in fase di studio clinico. In queste ricerche ha dimostrato di mantenere il controllo glicemico in pazienti affetti da diabete, con un minore rischio di ipoglicemie gravi o notturne, un problema frequente per chi convive con questa patologia. E poi alirocumab, inibitore del "Pcsk9", un innovativo anticorpo monoclonale che negli studi clinici si è dimostrato molto efficace contro elevati livelli di colesterolo, uno dei principali fattori di rischio dell'infarto».

L'iter e gli standard richiesti dalle autorità sanitarie e del farmaco le sembrano adeguati ai tempi?

«I requisiti sono sempre più precisi e stringenti, ma è un bene che sia così. L'innovazione corre e le nuove conoscenze nel mondo connesso diventano globali quasi in tempo reale. Ma la velocità deve andare di pari passo con la sicurezza».

Insieme con il livello «tecnologico» dei farmaci cresce anche il loro prezzo: è una tendenza che continuerà?

«È difficile fare previsioni. La questione dei costi è complicata: per inquadrarla bene bisogna fare un passo indietro, confrontare i costi della ricerca e il prezzo di un farmaco con i costi sociali della malattia che dovrà curare e con la spesa che comporta per i servizi sanitari».

Davanti ai costi e alla concorrenza c'è anche un bisogno di collaborazione tra enti di ricerca diversi?

«Non c'è dubbio: circa metà dei nostri sforzi vengono da alleanze con università e altri laboratori. Cerchiamo di coinvolgere i maggiori esperti e specialisti: è una scelta strategica, alla quale non rinunceremo mai».

Annunci PPN



Dalani Home & Living
Eleganti accessori per la casa in esclusiva per te!
[Eleganti accessori](#)



Gomorra è su Sky Online
Serie TV e Cinema a solo 1€ per i primi 7 giorni
www.SkyOnline.it



Bolli Gratis fino al 2015
Approfitta Subito dei Vantaggi del Conto Corrente Youbanking
www.YouBanking.it

La lotta all'obesità non è una questione di etichetta



i contorni
del cibo

di Paolo Massobrio

È stato il mese delle etichette, visto che il problema alimentare del momento sembra legato a due proposte che stanno facendo discutere. La prima è sulla data di scadenza dei cibi, la seconda sulla necessità di scrivere avvertimenti choc come già fatto sui pacchetti delle sigarette. La cosa ridicola, in entrambi i casi, è tuttavia la generalizzazione, come se il cibo fosse un monolite. Per questo appare la data di scadenza persino sull'Aceto Balsamico Tradizionale di Modena: messa così, tanto per esser coerenti con le regole che sui cibi ci vuole una data. Che poi il prodotto migliori col tempo non importa ai sonni tranquilli del legislatore e dell'esercito di burocrazia che gli sta dietro.

Sulle etichette choc è scesa in campo l'Organizzazione Mondiale della Sanità che avrebbe trovato uno stratagemma per combattere l'epidemia del secolo: l'obesità. Un'idea quanto mai pilatesca: scrivere una minaccia su un'etichetta, poi che si arrangino! Divertente è anche l'incipit dell'iniziativa che parte con la parola "educazione". E sarebbe educativo scrivere, che so, «nuoce gravemente alla salute» su un salame crudo e non su un culetto, perché poi creperemmo dalle risate? E sui formaggi non scriviamo nulla? Di cibi su cui mettere l'immagine choc ce ne

sarebbero ancora, ma per ora, anziché di persone obese vediamo il contrario: ad esempio il lineare chef Carlo Cracco che consiglia le patatine fritte più famose del mondo. Beh, anche quello è stato uno choc, ma per gli amanti della cucina d'autore e i seguaci di Masterchef immagino. Comunque, ammesso che il proposito dell'Oms, spaventata da un numero esorbitante di obesi (mezzo miliardo al mondo, di cui 10% uomini e 14% donne) si realizzi, alla fine quali cibi rimarranno fuori dall'etichetta col ciccione? La verdura, la frutta? E quando si scoprirà che anche l'abuso di frutta e verdura porta a qualche disfunzione cosa andremo a inventare? Forse resterà la Dieta Mediterranea, a patto che in qualche Paese si rimangino l'idea di apporre etichette choc all'olio. Il fatto curioso è che l'obesità in continua crescita, oggi, interessa soprattutto i paesi in via di sviluppo, che non solo hanno poco da mangiare, ma neppure alternative (sai che impatto un'etichetta minacciosa?).

Che dire? Mai sentito parlare di stili di vita, di ordine alimentare che è specchio dello stesso ordine del creato, di sedentarietà, di modifica delle professioni che incidono proprio sul sovrappeso? Mai sentite queste problematiche che hanno a che fare con l'educazione e che saranno al centro dei grandi temi dell'Expo? Beh, se all'Oms si può dare un consiglio, diciamo: sviscerate meglio il problema, prima di pensare di coprir tutto con una bella, ma poco edificante, etichetta choc.



I bracciali P6

Viaggi «no-problem»? Puoi lasciare la nausea a casa



P6 Nausea Control Sea-Band

■ Non sempre viaggiare è un'esperienza felice. La cinetosi o «nausea da movimento» interessa oltre 6 milioni di italiani, tra cui moltissimi bambini. E costringe a soste forzate e rimedi improvvisati per controllare il vomito. Ma, se non vogliamo usare farmaci, spesso sconsigliati a bambini e donne in gravidanza, e che comportano sempre pesanti effetti collaterali - sonnolenza e mancanza di lucidità che ci lasciano intontiti anche dopo l'agognato arrivo - possiamo provare con l'acupressione, un rimedio an-

tico, che arriva fino a noi dalla medicina tradizionale cinese, e la cui efficacia in caso di «nausea da viaggio» è ormai provata. La semplicità d'utilizzo e la comodità - possiamo sempre portarci dietro - fanno dei bracciali P6 Nausea Control Sea-Band il rimedio anti-nausea più naturale e sicuro per partire e viaggiare senza problemi. I bracciali P6 Nausea Control Sea-Band si trovano in farmacia (16,50 euro la coppia). Per ulteriori info: www.p6nauseacontrol.com - Email: info@consulteamsas.com.

SALUTE E BENESSERE

Farmaci che curano bene a costi ridotti

È quanto il farmacista Paolo Franchini spiega al Sanalun. In questa rubrica si affrontano gli aspetti medici e farmaceutici di alcune patologie, con un focus su quelle a cui si può ricorrere con i farmaci a basso costo.

Maggiore problema? Per risolvere le malattie a casa

Digenzym AB

È un integratore alimentare a base di enzimi digestivi che aiuta a migliorare la digestione e a ridurre i sintomi della dispepsia.

CONSIGLI UTILI

Con gli antibiotici non si scherza Effetto «boomerang» in agguato

di Luigi Cucchi

Spesso questi medicinali vengono prescritti anche quando le infezioni possono risolversi senza trattamento

■ Dalla loro scoperta, quasi cento anni fa, gli antibiotici hanno salvato milioni di vite riuscendo a sconfiggere infezioni che oggi possono sembrare di lieve entità, ma che solo un secolo fa mietevano più vittime di una guerra. Pochi sanno che il primo antibiotico fu identificato da un italiano, Vincenzo Tiberio, all'fine dell'Ottocento e che sempre a un italiano si deve la scoperta delle cefalosporine. Tiberio, di origine molisane, era un ufficiale medico del Corpo sanitario della Marina militare. Nel 1895 descrisse il potere battericida di alcune muffe anticipando di oltre trenta anni la scoperta della penicillina da parte di Alexander Fleming.

È infatti nel 1928 che quest'ultimo riesce a caratterizzare la penicillina dando ufficialmente il via alla nascita degli antibiotici. Fino ad allora anche semplici infezioni come la dissenteria causavano la morte, tanto che, durante la Prima guerra mondiale il nemico più temuto era in realtà proprio la malattia. Si contano almeno 3 milioni di morti per il tifo.

La scoperta di Fleming ebbe concreta applicazione solo alla fine degli anni '30 grazie a due ricercatori, Ernst Chain e Howard Walter Florey. «Questi scienziati riuscirono a estrarre la penicillina, a caratterizzarla e a iniziare le prime sperimentazioni animali per dimostrare che il suo impiego riusciva ad inibire le infezioni.

La prima sperimentazione della penicillina su un essere umano fu fatta nel 1941 e due anni dopo ne venne autorizzato l'utilizzo in un ospedale militare. A questo primo antibiotico si deve la cura di moltissime infezioni, come quelle della pelle, le polmoniti, le meningiti e le setticemie, oltre alle infezioni intestinali gravi che erano causa di morte anche in breve tempo. Ebbe quindi inizio la produzione industriale degli antibiotici e ne furono scoperti di nuovi, quali la streptomina e le cefalosporine, la cui identificazione si deve anche in questo caso a un italiano, Giuseppe Brotzu, un farmacologo sardo che studiò le acque contaminate dagli scarichi fognari del porto di Cagliari e isolò la colonia batterica da cui alla fine degli anni '40 nacque tutta la linea delle cefalosporine. Molti altri antibiotici furono successivamente identificati da allora: il cloramfenicolo, le tetracicline e altri ancora che in poco tempo portarono al loro utilizzo massivo. Tanto che oggi il fenomeno più allarmante è proprio quello della resistenza che alcuni batteri oppongono agli antibiotici.

L'abuso e l'utilizzo inappropriato degli antibiotici hanno, infatti, contribuito alla comparsa di batteri resistenti. Il problema è ulteriormente aggravato dalla auto-prescrizione di antibiotici da parte di individui che ne assumono, senza la prescrizione di un medico qualificato, e dall'uso non terapeutico degli antibiotici come promotori della crescita in agricoltura. Gli antibiotici vengono spesso prescritti per situazioni in cui il loro uso non è giustificato (per esempio nei casi in cui le infezioni possono risolversi senza trattamento).

Un esempio comune di errore è la prescrizione e l'assunzione di antibiotici per trattare le infezioni virali come il raffreddore comune, su cui non hanno alcun effetto.

Per contrastare l'abuso o un eccessivo impiego di antibiotici è stata istituita negli Stati Uniti una Interagency Task Force che viene coordinata direttamente dalla Food and Drug Administration (Fda) e dal National Institutes of Health (Nih). In Francia, a partire dal 2002, una campagna del governo dal titolo «Gli Antibiotici non sono automatici» ha

portato a una significativa riduzione delle prescrizioni superflue, specialmente nei bambini. Nel Regno Unito, ci sono manifesti in molti ambulatori che ricordano l'inutilità dell'uso di antibiotici per combattere il raffreddore.

Troppi pazienti chiedono al proprio medico, la prescrizione inappropriata di antibiotici, nella convinzione che possano aiutare nel trattamento di infezioni virali.



ESPERTI A OMS, 'NON CRIMINALIZZARE SIGARETTE ELETTRONICHE'

(ANSA) - ROMA, 29 MAG - L'Organizzazione Mondiale della Sanita' (Oms) non dovrebbe trattare le sigarette elettroniche come quelle normali, perche' sono 'parte della soluzione' ai danni causati dal fumo, e non 'parte del problema'. Lo afferma una lettera aperta al segretario generale Margareth Chen firmata da 53 esperti mondiali tra i quali l'italiano Umberto Veronesi. La lettera, pubblicata sul blog Nicotine and Science Policy, e' una risposta ad alcune indiscrezioni secondo cui l'Oms, nelle sue linee guida di prossima pubblicazione, potrebbe indicare le e-cig come 'pericolose per la salute'. "Questi prodotti potrebbero essere tra le piu' significative innovazioni nel campo della salute del ventunesimo secolo - scrivono gli autori, fra cui Umberto Tirelli, oncologo del Cro di Aviano, e Riccardo Polosa, dell'universita' di Catania - e potrebbero salvare milioni di vite. L'urgenza di trattarli come le sigarette dovrebbe lasciare il posto a una serie di norme che possano realizzare questo potenziale". Secondo gli esperti non bisognerebbe applicare alle sigarette elettroniche le stesse leggi di quelle normali, anzi servirebbe una politica di tassazione che spinga i consumatori a passare dalle seconde alle prime. Norme troppo restrittive, spiega il documento, potrebbero avere l'effetto 'perverso' di prolungare l'uso delle sigarette normali, e dovrebbero essere evitate, almeno finche' non saranno disponibili dati precisi sul loro impatto sulla salute. "Ad esempio si e' parlato molto di un 'effetto gateway' per chi usa questi prodotti che li porterebbe verso quelli piu' dannosi - si legge nel documento - ma non siamo a conoscenza di nessuno studio scientifico che abbia dimostrato che questo e' vero".(ANSA).



SALUTE

Medicina: una crisi ipoglicemica a settimana per diabetici di tipo 1

“Un rischio sommerso” sul quale si sono confrontati gli esperti intervenuti al simposio ‘Terapia del diabete: innovazione, personalizzazione e future prospettive’, promosso da Novo Nordisk in occasione del 25° Congresso nazionale della Società italiana di

29/05/2014 19:09

Consiglia

Condividi

Consiglia questo elemento prima di tutti i tuoi amici.



Roma, 29 mag. - Palpitazioni, tremore, ansia, giramenti di testa, confusione: sono alcuni dei sintomi percepiti durante un crisi ipoglicemica, l'improvviso crollo dei livelli di glucosio nel sangue, possibile dopo l'assunzione di alcuni farmaci antidiabete. Nella forma grave l'ipoglicemia può portare alla perdita di coscienza e addirittura essere fatale, se non si interviene per tempo. “Un rischio sommerso” sul quale si sono confrontati gli esperti intervenuti al simposio ‘Terapia del diabete: innovazione, personalizzazione e future prospettive’, promosso da Novo Nordisk in occasione del 25° Congresso nazionale della Società italiana di diabetologia, in corso a Bologna. “Secondo i risultati di uno studio italiano, Hypos-1 - spiega Antonio Nicolucci, responsabile del Dipartimento di farmacologia clinica ed epidemiologia della Fondazione Mario Negri Sud - una persona con diabete di tipo 1 va incontro a quasi un episodio di ipoglicemia sintomatica a settimana, mediamente 53,3 episodi l'anno. Per quanto riguarda l'ipoglicemia grave, che può portare al ricovero in ospedale, il 16,5% delle persone che riferiscono episodi di ipoglicemia, quindi una su 6, ha almeno un episodio grave all'anno. Nelle persone con diabete tipo 2, invece, le ipoglicemie ammontano in media a 9 episodi l'anno, e gli episodi gravi sono poco meno di uno ogni 100 persone l'anno”. Quando poi il paziente diabetico è un bambino, l'ansia dei genitori per il rischio di ipoglicemia si ripercuote negativamente sulla cura del figlio. A evidenziarlo è un altro studio italiano, Ship-D, condotto in 29 centri diabetologici su oltre 2 mila bambini e adolescenti. “Lo studio rivela un rapporto inversamente proporzionale tra l'età della madre del paziente con diabete e il rischio del figlio di incorrere in un episodio di ipoglicemia - riferisce Nicolucci, uno degli autori - Più la mamma è giovane, più elevato è il rischio. Questo può essere correlato al fatto che le giovani madri riescono a gestire meno lo stress e vivono nella paura costante che il bambino abbia un episodio di ipoglicemia, soprattutto di notte, quando non è sorvegliato. Questo stress genera ansia e riduce le capacità della madre di gestire nel modo migliore la malattia del proprio figlio”. Le più pericolose sono le ipoglicemie notturne, perché quando si dorme non ci si accorge dei sintomi e non si può intervenire per riportare il glucosio nel sangue a un livello sufficiente per il corretto funzionamento dell'organismo. “Hypos-1 -

prosegue Nicolucci - rivela che fra chi riferisce episodi di ipoglicemia, uno su 4 ha avuto almeno un episodio sintomatico notturno negli ultimi 12 mesi". Non solo. "L'ipoglicemia può anche scatenare problematiche cardiovascolari di cui i diabetici soffrono frequentemente - sottolinea Gian Paolo Fadini, ricercatore all'università di Padova - In carenza di zucchero, infatti, l'organismo viene a trovarsi in una condizione infiammatoria, i vasi sanguigni subiscono uno stress e il cuore modifica la propria attività elettrica. Le ipoglicemie notturne sono considerate molto pericolose perché avvengono in momenti in cui l'apparato cardiovascolare è tipicamente più suscettibile agli insulti. Perciò è auspicabile l'utilizzo di farmaci per il diabete che espongano al minor rischio possibile di ipoglicemi".

"Le ipoglicemie sono il principale effetto collaterale del trattamento con insulina - commenta Edoardo Mannucci, direttore Agenzia diabetologia dell'Aou Careggi di Firenze - ma oggi l'incidenza di ipoglicemie sintomatiche e notturne è diminuita grazie all'introduzione di insuline innovative. Ciononostante le ipoglicemie continuano a rappresentare una barriera all'ottimizzazione della terapia. Le caratteristiche della formulazione di un'insulina ideale, sotto questo punto di vista, dovrebbero essere quelle di rilasciare una concentrazione di insulina costante, stabile, priva di picchi e continua per almeno 24 ore, con rischio ridotto di ipoglicemia".

Fumare o esporsi al fumo passivo fa perdere l'udito

Smettere di fumare e non esporsi al fumo passivo, possono essere un modo per evitare il rischio di ipoacusia o perdere la capacità uditiva. L'esposizione al fumo, nelle varie forme, ha infatti dimostrato di aumentare fino al 28% il rischio di sordità



Lo ricordiamo: il 31 maggio 2014 ricorre la Giornata Mondiale senza Tabacco e, mai come in questa occasione possiamo prendere la bella decisione di dire addio alle sigarette e, con questa, **dare il benvenuto a una vita più sana** e, perché no, più *sonora*. Sì, perché l'esposizione al fumo sia di prima mano che di seconda (il fumo passivo) possono far aumentare in modo significativo il rischio di perdere l'udito.

Lo studio che mostra come il fumo danneggi anche la capacità uditiva è stato condotto dai ricercatori dell'Università di Manchester e supportato dall'Action on Hearing Loss, dal Medical Research Council e dal National Institute for Health Research.

I risultati dello studio sono stati pubblicati sul *Journal of the Association for Research in Otolaryngology* e mostrano che fumare aumenta del 15,1% il rischio di sordità, mentre **l'esposizione al fumo passivo l'aumenta di ben il 28%**. Tuttavia, si è sempre in tempo per smettere di fumare: lo studio ha infatti mostrato che gli ex-fumatori vedevano il rischio di sordità ridursi, anche se leggermente.

Per arrivare alle loro conclusioni, i ricercatori hanno esaminato 164.770 adulti ambosessi di età compresa tra i 40 e i 69 anni. Tutti i partecipanti si erano sottoposti a un test uditivo tra il 2007 e il 2010, quando presero parte all'UK Biobank, un progetto nazionale varato per migliorare la salute. «Dato che circa il 20% della popolazione del Regno Unito, e in alcuni Paesi si arriva fino al 60%, il fumo può rappresentare **una causa significativa di perdita dell'udito** in tutto il mondo – spiega il dott. Piers Dawes, del Centro per la Comunicazione Umana e Sordità presso l'Università di Manchester, autore principale della ricerca – Abbiamo trovato che più pacchetti si fumano a settimana e più a lungo si fuma, maggiore è il rischio di danneggiare l'udito».

Nonostante l'evidenza, il legame tra fumo e perdita dell'udito non è ancora chiaro. Ci sono però molti fumatori che soffrono di malattie cardiache – e questo potrebbe invece essere un legame.

«Non siamo sicuri se **le tossine nel fumo di tabacco influenzano direttamente l'udito**, o se le

malattie cardiovascolari legate al fumo provocano modifiche microvascolari che hanno un impatto sull'udito, o entrambi», commenta il dottor Dawes.

Quanto all'aumento del rischio tra i fumatori passivi (ossia chi inala il fumo di altri, o passivo), che era più elevato di quello dei fumatori veri e propri, potrebbe essere perché i fumatori sono stati confrontati sia con i non fumatori e non fumatori passivi, ma i fumatori passivi sono stati confrontati solo con i non fumatori. A causa di ciò, l'associazione tra fumo e perdita di udito potrebbe essere sottostimata, sottolineano i ricercatori.

L'idea di perdita dell'udito è associata all'invecchiamento, ed è **vista come una naturale conseguenza**. Tuttavia, dai risultati dello studio, appare chiaro che potrebbe anche non essere sempre così, e che il fumo può avere un ruolo significativo. Per questo motivo, gli esperti consigliano di evitare di fumare o esporsi al fumo passivo, allo stesso modo di come bisogna evitare i forti e ripetuti rumori, se si vuole proteggere l'udito e prevenire la sordità più avanti nella vita.

<http://www.lastampa.it/2014/05/30/scienza/benessere/salute/fumare-o-esporsi-al-fumo-passivo-fa-perdere-ludito-h03mbD2j6dSBGP4kMjh8FO/pagina.html>



PILLOLA 5 GIORNI DOPO:RIDUCE RISCHI GRAVIDANZA MA NON E' ABORTIVA

(AGI) - Lisbona, 29 mag. - La 'pillola dei cinque giorni dopo' riduce efficacemente il rischio di gravidanza indesiderata dopo un rapporto sessuale a rischio, ma non ha effetti negativi su un eventuale impianto dell'ovulo. Attribuire capacita' abortive alla contraccezione di emergenza e' quindi errato. L'ulteriore conferma della non abortivita' della nuova contraccezione d'emergenza arriva da un studio in vitro presentato al 13esimo Congresso europeo sulla contraccezione e riproduzione in corso a Lisbona. Dopo la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del bugiardino dell'Aifa che ha chiarito una volta per tutte la non abortivita' della Contraccezione di Emergenza (CE) a base di Levonogestrel, arrivano ulteriori conferme anche per la pillola dei cinque giorni dopo, ellaOne, il nuovo preparato orale per la CE a base di Ulipristal Acetato (UPA). Dai risultati di uno studio dell'Universita' di Hong Kong, presentato oggi, e' emerso che dopo trattamento con UPA non vi sono effetti inibitori sull'eventuale attecchimento/impianto. "E' la dimostrazione anzi la conferma che la pillola dei cinque giorni dopo non e' abortiva. Sarebbe il momento di separare il sacro dal profano e di ribadire la laicita' della scienza", e' il commento di Emilio Arisi, presidente della Societa' medica italiana per la contraccezione (Smic). "Il meccanismo d'azione dimostrato dal farmaco - spiega - segnala la sua superiore capacita' di blocco ovulatorio rispetto a farmaci precedenti, e sottolinea soprattutto il mantenimento di tale attivita' quando il precedente non sarebbe piu' attivo, ossia nel periodo a maggior rischio (inizio salita LH), ma non suggerisce affatto la sua infallibilita', che ci si dovrebbe aspettare in caso di speculati effetti antiimpianto, peraltro ora smentiti da tale modello in vitro. In sostanza, EllaOne infatti riduce solo, anche se molto efficacemente, il rischio di gravidanza indesiderata a seguito di rapporto non protetto entro 120 ore dalla sua assunzione, ma non lo annulla del tutto!". I ricercatori dell'Universita' di Hong Kong hanno studiato in vitro, utilizzando un modello di cellule endometriali in mono-strato per l'attecchimento di sferoidi trofoblastici, l'eventuale effetto anti-impianto di Ulipristal Acetato a vari dosaggi per 24 ore. L'esperimento e' stato ripetuto utilizzando una coltura di cellule endometriali umane aspirate 7 giorni dopo il picco di LH (ossia nell'epoca che dovrebbe corrispondere a un inizio di impianto) trattate con UPA a dosaggio 10 volte superiore a quello farmacologico e quindi esposte alle sferule trofoblastiche dopo 3 ore. Gli sperimentatori non hanno notato differenze significative nell'attacco degli sferoidi trofoblastici dopo trattamento con UPA a nessun dosaggio analizzato. Anche nel secondo esperimento con coltura di cellule endometriali, non sono state notate differenze significative nell'attacco degli sferoidi trofoblastici tra le cellule trattate con UPA a dosaggio 10 volte superiore di quello farmacologico, rispetto ai controlli senza farmaco. Invece una significativa soppressione dell'attecchimento si e' avuta nelle ulteriori colture di controllo trattate con metotrexate. Insomma, secondo i ricercatori il trattamento con UPA non ha effetti inibitori sull'eventuale attecchimento/impianto.

Nuova Sars in Arabia 13 morti in 15 giorni

Nelle ultime due settimane 13 persone sono morte in Arabia Saudita a causa del virus Mers, noto anche come nuova Sars. Le nuove vittime portano a 186 il bilancio delle persone morte per la sindrome respiratoria, che è stata scoperta nel 2012. Nella sola Arabia Saudita, afferma ancora il ministero, le persone infettate dal coronavirus della Mers sono state finora 565. Gli ultimi dati indicano che il ritmo delle infezioni e dei decessi è leggermente calato nelle ultime due settimane, dopo l'impennata registrata ad aprile e nella prima metà di maggio. La Mers è una patologia provocata da un coronavirus al cui genere appartengono anche i virus della Sars e del comune raffreddore.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

