Data 12-11-2014

5 Pagina 1 Foalio

Il rapporto Glocus. «Possibile risparmio del 20% in Asl e ospedali in cinque anni»

Sanità, si possono tagliare 22 miliardi

Roberto Turno

La revisione e la trasparenza di tutti i costi, anche degli attuali costi standard. La lotta senza quartiere alla corruzione, che è possibile e a portata di mano. Una cura massiccia di e-health per spendere meno e meglio. Un management scelto per le sua professionalità e non asservito alla politica e ai partiti. E una spuntatina d'unghie al potere regionale, riportando la barra al centro, con un'Agenzia nazionale che garantisca trasparenza, confronti e concorrenza tra pubblico e privato, monitoraggi costanti e un universalismo effettivo da nord a sud. Cinque carte per vincere (e risparmiare) al tavolo della spesa sanitaria. Per cambiare il dna del Ssn e salvare, migliorando la qualità dei servizi. Fino a far risparmiare il 20% ad asl e ospedali: 22 mld in meno in 5 anni.

La sfida per fare dappertutto del Ssn una casa di vetro capace di coniugare buona (e minore) giornamento della rimunerazio-

spesa e servizi all'altezza, arriva ne (Drg) degli interventi in ospelia) dovrà essere la cartina di tordal «Rapporto Glocus» che sarà dale: vecchi, maturi, che non prenasole del cambiamento. In un dal «Rapporto Glocus» che sarà presentato domani a Roma, presente la ministra Lorenzin. Un che e rappresentano un deficit rapporto che arriva nel bel mezzo dell'esame della manovra 2015 con i governatori in allarme per i tagli che, sostengono, rischiano di ridurre pesantemente proprio i servizi sanitari. Ma Linda Lanzillotta (Scelta civica), vice presidente del Senato e presidente di Glocus, la pensa diversamente, «Ogni anno si drammatizzano le riduzioni di spesa. Senza mai fare una vera analisi dei fattori di costo e di come potrebbero essere fortemente ridimensionati anche migliorando qualità e prestazioni». Col sottinteso che l'eccesso di potere conquistato in questi anni dalle regioni, ha attribuito loro una logica di «condizionamento» che ha drenato risorse a settori strategici per indirizzarle alla sanità.

La revisione dei costi, secondo lo studio, deve partire dall'agdale: vecchi, maturi, che non premiano le novità tecnico-scientifiper il Ssn ma talvolta un surplus per i privati. Poi proseguire con un nuovo elenco degli ausili ai disabili, fermo a 15 anni fa e sganciato dalle tecnologie. Paradossi tali, spiega Lanzillotta, che il Ssn talvolta «rimborsa al fornitore un prezzo più alto di quello che si trova al negozio».

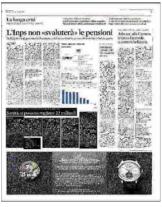
Un cambio di paradigma in cui anche le imprese dovranno però fare la loro parte. E che si aggiunge alla revisione degli attuali costi standard: «Sfatiamo - afferma la presidente di Glocus - il mito dei costi standard e della mitica siringa: così, oggi, lo standard incorpora inefficienze e sprechi. Mentre va fatto sui processi più virtuosi da prendere come riferimento anche con un'analisi dei prezzi grazie alla sanità elettronica». Non a caso la digitalizzazione (che una volta ancora spacca nord e sud d'Ita-

combinato disposto con la trasparenza massima del sistema e il contrasto senza moratorie alla corruzione e all'onnipotenza della politica. «Management scelto e valutato su base professionale è la parola d'ordine - garantendo massima autonomia dalla politica». Altra scommessa. Che dovrà avere in una Agenzia» nazionale il garante dei nuovi processi e del cambio di passo. Il faro sul cambiamento con le spie sui comportamenti locali sempre accese. E portare a 22 mld di risparmi («anche da reinvestire in sanità») in cinque anni.

«Su 200 mld di spese regionali 115 vanno in sanità, 72,5 ad altre politiche e 12,5 a spese di amministrazione. Esclusa la sanità, gli apparati burocratici locali varrebbero il 17% della spesa gestita. Non si impone, dunque - domanda Lanzillotta - un ripensamento sul numero, il ruolo e il costo delle Regioni?».

LA RICETTA

«Revisione dei costi standard, lotta alla corruzione, e-health e agenzia di monitoraggio nazionale»



097

12/11/2014

II Sole 24 ORB

Studio Agenas: boom medicina difensiva, costa 10 mld l'anno

di Lucilla VazzaCronologia articolo11 novembre 2014





Troppi controlli, troppe prestazioni inappropriate, troppi soldi sprecati.

Sono vorticosi i numeri della medicina difensiva nel nostro Paese. Il 58% dei medici dichiara di praticarla e per quasi tutti (93%), il fenomeno è destinato ad aumentare. Gli esami inutili valgono il 10% del totale della spesa sanitaria (9-10 mld) con un costo pro capite di 165 euro su un totale di 1847 euro. Sono i dati snocciolati nello studio pilota elaborato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e presentato oggi durante il workshop "Medicina difensiva - Sperimentazione di un modello per la valutazione della sua diffusione e del relativo impatto economico".

Lo studio pilota è stato effettuato su quattro regioni: Lombardia, Marche, Sicilia, Umbria, su un campione di circa 1.500 medici ospedalieri.

Sei medici su dieci, ossia il 58% degli intervistati, ammettono di praticare la medicina difensiva. Le prestazioni più frequenti per cui la si pratica sono nel 33% gli esami laboratorio, sempre con il 33% gli esami strumentali, per il 16% le visite specialistiche e per il 6% il comportamento è quello di non fornire cure potenzialmente efficaci ma ad alto rischio

complicazioni. Secondo i medici intervistati, le cause principali sono: per il 31% la legislazione sfavorevole per il medico, per il 28% il rischio di essere citati in giudizio e il 14% lo sbilanciamento del rapporto medico-paziente con eccessive richieste, pressioni e aspettative da parte del paziente e dei familiari.

Dall'analisi emerge un altro aspetto significativo, i medici sanno benissimo di esagerare e hanno

già la ricetta per uscire dall'impasse e ridurre la medicina difensiva: per il 49% basterebbe attenersi alle evidenze scientifiche e per il 47% si dovrebbero riformare le norme che disciplinano la responsabilità professionale. «Con questo progetto - ha specificato il Dg Agenas, Francesco Bevere, si affronta un tema controverso, di grande attualità, quello della medicina difensiva, approntando strumenti validi alla valutazione del fenomeno in tutte le sue sfaccettature: dai fattori economici, alle cause legate essenzialmente a una legislazione non sempre favorevole per i medici, agli aspetti emotivi del professionista sanitario. Tutto ciò è un grave sintomo del profondo malessere, ampiamente diffuso tra i medici, che genera gravi conseguenze sulla qualità e la sicurezza delle cure e delle organizzazioni»
http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2014-11-11/studio-agenas-boom-medicina-
132505.php?uuid=AbhPRncK





SANITÀ: OLTRE 10% SPESA IN ESAMI E VISITE SUPERFLUE

Roma, 11 nov. (AdnKronos Salute) - Altroché sprechi: in Italia, oltre il 10% della spesa sanitaria, se ne va in esami e visite superflue. E' il fenomeno della medicina difensiva - la tendenza a prescrivere visite, esami e prestazioni inappropriate o in eccesso - praticata da 6 medici su 10, e che pesa sulle casse dello Stato per circa 10 miliardi. E' quanto emerge da uno studio pilota elaborato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e presentato oggi a Roma nel corso del workshop 'Medicina difensiva - Sperimentazione di un modello per la valutazione della sua diffusione e del relativo impatto economico'. Lo studio è stato effettuato in 4 regioni (Lombardia, Marche, Sicilia, Umbria) su un campione di circa 1.500 medici ospedalieri. Questi i risultati nel dettaglio: il 58% degli intervistati ha dichiarato di praticare la medicina difensiva e per il 93% il fenomeno è destinato ad aumentare. E ancora: le prestazioni più frequenti per cui la si pratica sono nel 33% gli esami laboratorio, sempre per il 33% gli esami strumentali, per il 16% le visite specialistiche e per il 6% il comportamento è quello di non fornire cure potenzialmente efficaci ma ad alto rischio complicazioni. Per i camici bianchi, le cause principali del fenomeno sono per il 31% la legislazione sfavorevole per il medico, per il 28% il rischio di essere citati in giudizio e per il 14% lo sbilanciamento del rapporto medico-paziente con eccessive richieste, pressioni e aspettative da parte del paziente e dei familiari. Secondo gli intervistati le azioni potenzialmente efficaci per ridurre la medicina difensiva sono per il 49% attenersi alle evidenze scientifiche e per il 47% riformare le norme che disciplinano la responsabilità professionale.

quotidianosanità.it

Martedì 11 NOVEMBRE 2014

Consulenza legale. Formazione e assistenza ai medici: stretto accordo tra Cimo e Consulcesi

I camici bianchi che vi aderiscono potranno partecipare alle azioni collettive per ottenere i rimborsi per gli anni di scuola post-laurea e per le ore di lavoro in più non retribuite. Garantiti anche i servizi di consulenza assicurativa, formazione e protezione legale completa.

Il sindacato dei medici Cimo sceglie Consulcesi. I camici bianchi iscritti alla Confederazione italiana medici ospedalieri potranno dunque usufruire dei servizi offerti dalla maggiore realtà in Italia a tutela dei professionisti che operano nella sanità. Tra questi, la possibilità di prendere parte alle azioni collettive organizzate per ottenere il riconoscimento delle borse di studio non erogate – o corrisposte solo parzialmente – per gli anni di scuola post-laurea nei periodi 1982-1991 e 1994-2006. Si tratta di compensi dovuti secondo le normative europee sul tema. Consulcesi, attiva da oltre 20 anni sul fronte della rivendicazione dei diritti dei professionisti sanitari, ha avviato e vinto numerose cause nei Tribunali di tutta Italia, permettendo il riconoscimento ad oggi di oltre 362 milioni di euro, consegnandone più di 50 soltanto negli ultimi mesi.

I medici iscritti a Cimo potranno inoltre prendere parte al nuovo filone di azioni collettive organizzate da Consulcesi per ottenere il risarcimento delle ore lavorate in più rispetto ai termini stabiliti dalla Direttiva della Comunità Europea 2003/88, relativa agli orari di lavoro e di riposo dei Consulcesi garantisce inoltre agli iscritti Cimo la possibilità di ricevere i 50 crediti Ecm annuali obbligatori tramite i corsi presenti su una delle maggiori piattaforme per la Fad (Formazione a distanza) del web, un servizio di consulenza assicurativa gratuito attraverso il partner SanitAssicura ed una protezione legale completa: civile, penale, professionale e personale.

"L'accordo stipulato dalla nostra confederazione con Consulcesi – dichiara **Riccardo Cassi**, Presidente nazionale Cimo – garantirà ai nostri medici una serie di servizi necessari a tutela dello svolgimento della professione. Si tratta di aggiornamento ECM e consulenza assicurativa, sostegno in sede legale e la possibilità di aderire alle cause collettive per ottenere il giusto rimborso per gli anni di scuola post-laurea non correttamente retribuiti e per le ore di lavoro in più".

"La convenzione stipulata con Cimo – spiega **Massimo Tortorella**, Presidente di Consulcesi SA – è solo l'ennesimo passo compiuto in un percorso di sostegno all'intera categoria medica che ci ha già permesso di stringere accordi con decine di altri Omceo, Società scientifiche e Associazioni mediche. Siamo dunque felici di poter offrire anche alla Confederazione Italiana Medici Ospedalieri i nostri migliori servizi a condizioni vantaggiose, ed offrire loro una tutela a 360°, formazione continua e riconoscimento dei propri diritti violati".

Quotidiano

Data 12-11-2014

25+1 Pagina 1/2 Foalio

L'Italia senza donatrici per l'eterologa

Gli ospedali cercano all'estero gli ovuli per la fecondazione. Un bando per i centri europei

di Simona Ravizza

⁹ Italia va in cerca di ovuli all'estero per la fecondazioduttive. E l'idea di proporre un sette mesi dalla sentenza della senza di ovociti e di donatrici.

ne eterologa. Le donne non so- compenso, anche a titolo di Consulta che permette la feno messe nella condizione di rimborso spese, è lontana dalla condazione con ovuli di altre donare le proprie cellule ripro- mentalità corrente. Risultato: a donne, l'Italia fa i conti con l'as-

a pagina 25

Salute

In Italia mancano le donatrici per la fecondazione eterologa Gli ospedali chiedono all'estero

MILANO L'Italia è senza donatrici per la fecondazione eterologa. E va in cerca di ovuli all'estero. Guido Pennings, docente di etica alla Ghent University del Belgio, non ci ha mai girato intorno: «L'altruismo è il fattore più importante nella donazione di ovociti, ma il compenso finanziario è una ragione convincente». Bene. Noi siamo in alto mare su entrambi i fronti. Senza campagne di sensibilizzazione, le donne non sono messe nella condizione di donare le proprie cellule riproduttive. L'idea di proporre un compenso, poi, anche a titolo di rimborso spese, è ben lontana dalla mentalità corrente.

Il risultato: a sette mesi dalla sentenza della Corte Costituzionale che ha reso possibile tentare di avere un bambino con gli ovuli di un'altra donna, l'Italia fa i conti con l'assenza di ovociti e di donatrici a titolo volontario e gratuito. L'ospedale

nizzato a livello nazionale per deciso di rivolgersi all'estero. Il 29 ottobre è uscito sulla Gazzetta ufficiale dell'Unione Eu-«L'azienda ospedaliera universitaria Careggi intende conoscere quali istituti, in possesso teressati a collaborare, all'occorrenza, per l'approvvigionamento di gameti». Il termine per le candidature è il 16 novembre. I centri fornitori dovranno garantire la tracciabilità dei campioni biologici e la consegna di gameti femminili al massimo entro 72 ore dalla richiesta, mentre il Careggi si impegna ad avvisare dell'imminente arrivo l'Ufficio di sanità marittima e di frontiera.

Una decisione tutt'altro che isolata. Quella di rivolgersi ai centri di riproduzione esteri è una soluzione che va per la

Careggi di Firenze, il più orga- maggiore, anche tra i privati donazione altruistica e gratuita (come il Demetra, tra i più im-

la fecondazione eterologa, ha portanti della Toscana, pronto alla firma di un contratto a giorni).

Negli ultimi incontri tra ropea un avviso di gara: esperti, a Firenze e a Roma, stanno affiorando altre strade percorribili. Una è il social egg freezing a titolo solidale. È l'indei necessari requisiti, sono in- tervento che permette di congelare gli ovociti in giovane età, per poter posticipare la maternità. Adesso l'idea - sostenuta dalla ginecologa Elisabetta Coccia, alla guida del Cecos (il Centro studi per la conservàzione di ovociti e sperma umani) - è di regalare la crioconservazione dei propri ovuli alle

> giovani disponibili a donarne la metà. Tra gli ospedali pronti a proporla, il San Raffaele di Milano. Un'altra ipotesi è il gametes crossing, ossia l'incrocio di donazioni anonime. Lo promuove l'Associazione per la

di gameti. «Una parente o un'amica che desidera aiutare la coppia infertile dona i propri ovociti a un centro di fecondazione - spiega la psicologa giuridica della Sapienza Laura Volpini —. Il centro a sua volta darà gratuitamente altri ovociti, donati in modo anonimo, alla coppia bisognosa». Terza

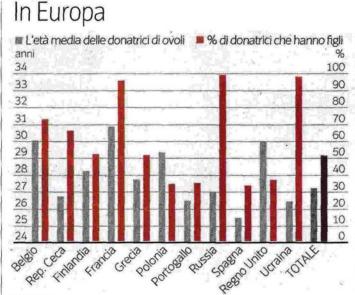
proposta, l'egg sharing, dove la paziente che si sottopone a trattamenti per se stessa (fecondazione omologa) dona i propri ovuli in sovrannumero a un'altra. Dalla Casa dei diritti di Milano, la ginecologa Alessandra Vucetich sintetizza: «Sono tutte soluzioni messe in campo per aggirare il vero problema. Non abbiamo una cultura della donazione». La costituzionalista Marilisa d'Amico: «Così la sentenza della Consulta rischia di restare inapplicata».

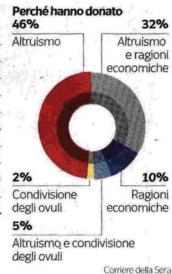
Simona Ravizza @SimonaRavizza

Data 12-11-2014

Pagina 25+1
Foglio 2 / 2

CORRIERE DELLA SERA





I criteri

Fonte: Eshre

Le regole in Italia Tutto gratuito

In Italia i donatori di seme devono avere tra i 18 anni e i 40 anni, quelle di ovuli tra i 20 anni e i 35 anni. Non possono essere pagati, né ricevere rimborsi

l rimborsi negli altri Paesi

I rimborsi per le donatrici di ovuli vanno da zero in Francia (e in Italia) ai 2.000 euro in Belgio, con la maggior parte dei Paesi che prevedono tra i 500 e i 1.000 euro

I profili delle donne che donano

Il 24% delle donatrici in Spagna, il 22% in Ucraina e il 17% in Grecia risultano disoccupate. La metà delle donatrici spagnole e il 30% delle greche, single





12-11-2014

36 Pagina 1

Data

Foalio



Ok del Cds al regolamento sui compensi

Sanità, in arrivo i parametri

DI BENEDETTA PACELLI

'n dirittura d'arrivo i parametri per la liquidazione del compenso dei professionisti della sanità (esclusi i medici e gli odontoiatri) in caso di contenzioso. Il Consiglio di stato ha infatti dato il via libera con parere favorevole (n. 03275/14), salvo alcune osservazioni, allo schema di regolamento in materia emanato dal ministero della salute che fornisce la bussola per i giudici per corrispondere i compensi di farmacisti, psicologi, infermieri, assistenti sanitari, ostetriche e tecnici di radiologia medica. Un provvedimento snello, composto di soli tre articoli e diverse tabelle di riferimento, arrivato, rileva il Cds, con «soli due anni di ritardo» rispetto a quella legge (n. 27/12) che aveva abrogato qualsiasi riferimento alle tariffe professionali. Il regolamento in questione indica non solo i parametri da utilizzare per la liquidazione dei compensi, escludendo le spese da rimborsare al professionista, ma prevede che nei casi di eccezionale complessità possa essere applicata una maggiorazione del compenso fino al 100% rispetto a quello altrimenti liquidabile. Entrando nel merito del provvedimen-to i giudici di Palazzo Spada chiedono innanzitutto al ministero competente di specificare l'ambito di applicazione del regolamento «in modo che siano certi i destinatari della norma», l'esclusione successiva dei medici ne è un esempio. Ma soprattutto ai giudici della sezione consultiva interessa che nel testo si eviti il ripristino di tariffe mascherate, cosa che invece sembra avvenire nel momento in cui i dati espressi nelle tabelle, nelle quali sono indicati il valore medio e le percentuali massime di aumento, «costituiscono un'evidente deviazione dell'intendimento del legislatore. E sembrano piuttosto inclini ad accogliere le istanze tariffarie delle categorie professionali interessate». Per evitare quindi di reintrodurre le tariffe mascherate secondo il Cds l'amministrazione deve limitarsi a indicare «il solo valore medio di ciascuna prestazione» eliminando l'indicazione della percentuale di massima di incremento eventualmente praticabile. Inoltre all'interno dell'ammontare da corrispondere al professionista, dice il Cds, deve essere inclusa la voce delle «spese, oneri e contributi».



1/2

Foglio

Terapie di staminali senza staminali e vinceremo l'ictus e la scleros



DANIELE BANFI

urare con le staminali senza staminali. Ciò che sembra suonare come un paradosso oggi, in futuro, non lo sarà. E' l'affascinante prospettiva di uno studio pubblicato sulla prestigiosa rivista «Molecular Cell». A condurla un italiano, Stefano Pluchino, professore del Wellcome Trust-Medical Research Council Stem Cell Institute di Cambridge, in Gran Bretagna, secondo il quale useremo soltanto una parte delle molecole prodotte dalle staminali, rivoluzionando così la medicina rigenerativa.

Professore, il suo studio manderà davvero in soffitta le terapie cellulari?

«Non esattamente. L'utilizzo delle staminali è un filone di ricerca molto promettente per la riparazione di tessuti e organi. Ma il punto è che le nuove frontiere della conoscenza aprono proprio in questi giorni un'altra prospettiva: probabilmente potremo fare a meno di iniettarle, così come sono, direttamente nel malato. Questa possibilità non significa non ricorrere più alle cellule staminali, bensì riuscire a sfruttare alcune

molecole

"master" da

loro prodotte. Si tratta di prendere ciò che di buono à contenuto in una staminale e,

quindi, utilizzarlo come fosse un farmaco, lasciando perdere tutto il resto».

Come è tecnicamente possibile?

«Abbiamo dimostrato che le terapie a base di queste cellule possono agire utilizzando meccanismi alternativi a quelli che comprendono la differenziazione e l'integrazione cellulare finalizzata a riparare un tessuto. In particolare le staminali neurali comunicano con le cellule "target", trasferendo molecole e sostanze bioattive attraverso piccole strutture membranose, vale a dire le vescicole extracellulari. All'interno ci sono molecole specifiche, come proteine e acidi nucleici, che stimolano le cellule del sistema immunitario, modificandone le funzioni e aiutandole così a sopravvivere. È un risultato straordinario: proprio questo meccanismo, che è già stato osservato nelle piante, nei moscerini della frutta e anche nei vermi, potrebbe essere responsabile della capacità delle cellule staminali neurali di ridurre la risposta infiammatoria e stimolare la rigenerazione dei tessuti». Questa scoperta che cosa

potrebbe cambiare nella

«Abbiamo identificato un nuo-

passo in avanti nella comprensione dei molti livelli d'interazione tra staminali stesse e sistema immunitario. Una scoperta che, ora, come dicevo,

apre le porte ad un utilizzo innovativo con approcci "stem cell free", cioè con prodotti derivati da queste cellule».

Quali saranno i vantaggi?

«Uno è la sicurezza. L'uso delle staminali nella pratica clinica è, in parte, rallentato oppure complicato da problemi legati alla disponibilità della sorgente da cui le cellule vengono ottenute e, inoltre, in alcuni casi in cui si usano cellule allogeniche, anche dal rischio del rigetto».

Che cosa significa in pratica? «Un approccio per risolvere il rischio del rigetto è l'utilizzo di tecniche di riprogrammazione cellulare attraverso le quali generare cellule staminali "disegnate" sul paziente, partendo da sorgenti facilmente accessibili, come, per esempio, le cellule della pelle. Si tratta dell'applicazione dell'idea di Shinya Yamanaka e John Gurdon che ha fruttato loro il Premio Nobel per la Me-

dicina, in seguito alla scoperta delle cellule staminali pluripotenti indotte, le iPS. Purtroppo, però, quando si induce la pluripotenza, le staminali ac-

vo meccanismo molecolare quisiscono la capacità di prodelle terapie con cellule stami- durre virtualmente cellule-finali e questo rappresenta un glie di ogni tessuto e, quindi, possono diventare pericolose, crescendo in modo incontrollato dopo il trapianto. E' questo il vero limite

al loro utilizzo. Con le vescicole extracellulari, invece, non si incorre in questo problema: a es-

sere trasferito è materiale biologico in grado di modificare soltanto temporaneamente la funzione della cellula-bersaglio, proprio come si verifica con i farmaci. L'altro vantaggio, poi, è la possibilità di somministrarle come un farmaco: le vescicole, infatti, sono pro-

dotte in modo controllato e possono essere usate quante volte si vuole e anche in diverse formulazioni».

Quando si vedranno i primi risultati concreti per i pazienti?

«Abbiamo ottenuto importanti risultati in vitro che confermano la bontà del nostro approccio. Le malattie sulle quali ci stiamo soffermando adesso

sono la sclerosi multipla, le lesioni della colonna vertebrale e l'ictus cerebrale. In questo momento stiamo

effettuando i primi test sui modelli animali. La speranza è confermare i risultati ottenuti nelle terapie con staminali, vale a dire una riduzione dell'infiammazione e una promozione della rigenerazione dei tessuti danneggiati».

@danielebanfi83

Stefano Pluchino Neurologo

RUOLO: È RICERCATORE DEL WELLCOME TRUST-MEDICAL RESEARCH COUNCIL STEM CELL INSTITUTE DI CAMBRIDGE (GRAN BRETAGNA)

SISTEMA IMMUNITARIO

«Un passo avanti per la comprensione dei suoi meccanismi»





Ricerca. Epatite C, cure sempre più efficaci

i lavoravano da tempo, in tutto il mondo, team e 90.000 euro. di scienziati e ricercatori decisi a mandare Particolarmente prometin... "pensione" il pesante interferone, sostituendolo, nel trattamento del virus dell'epatite C, con rapide, efficaci e più tollerabili terapie. Una sola pillola, una sola volta al giorno, multigenotipica e capace di dare risultati anche nei pazienti più complessi, ora c'è. La novità, particolarmente rilevante nella storia della malattia che provoca cirrosi e tumori del fegato, arriva da Boston dove si è appena concluso

il congresso dell'American Association for the Study of liver disease servito a presentare molte nuove soluzioni. Altissimi i tassi di risposta per le due molecole grazoprevir ed elbasvir, antivirali Msd ad a-

zione diretta di seconda gene-

ciclo di cura si aggira tra 60

razione. La nuova classe di farmaci "interferon-free", l'ostacolo costi. Le nuove molecole raggiungono percentuali di efficacia senza precedenti (a Boston si è più volte parlato di eradicazione del virus e non solo di cura) anche se, come per esempio avviene per il sofosbuvir (Gilead), capace di vincere il virus in 12 settimane, il prezzo è estremamente elevato: un

tenti anche i dati di una

cura combinata di tre farmaci che in parte parla i-

taliano - visto che uno dei tre è prodotto, per tutto il mercato mondiale, nello stabilimento di Campoverde (Latina) - sviluppata dalla statunitense Abbvie (che per l'ultima ricerca ha arruolato 2.300 pazienti in 25 Paesi). Le risposte a questa nuova terapia, è stato spiegato nel Congresso di Boston, «nelle diverse popolazioni sulla quale è stata testata, raggiungono il 98% e, dato ancor più importante, senza effetti collaterali». Stesse indicazioni positive dallo studio sull'uomo di Bristol-Myers Squibb per la terapia orale "Declatasvir Trio". Insomma, Boston, almeno contro i genotipi 1 e 4 dell'Epatite C (quasi due terzi dei pazienti), segna una pietra miliare nella lotta alla patologia che, tanto in Europa, quanto negli Usa, è la potrebbe in teoria già nei prossimi mesi sostituire le causa principale di ricorso al trapianto di fegato. C'è attuali metodiche. Potrebbe, perché c'è da superare da aspettarsi che le autorità Usa sdoganino questi farmaci entro l'anno. L'ok europeo è invece atteso nella primavera 2015. In Italia, afferma Antonio Craxi, direttore dell'Unità di Gastroenterologia ed epatologia dell'Università di Palermo, anche per mancanza di screening, «è difficile stimare il numero di malati. Il dato certo è non sono meno di 300mila».

Vito Salinaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Presentate a Boston nuove molecole con alto tasso di risposta. Ma i costi sono elevati



12/11/2014



La tubercolosi è tornata. Ed è più resistente che mai

Con 9 milioni di malati e 1,5 milioni di decessi all'anno, la Tbc è la seconda malattia più mortale al mondo. E diventa ogni giorno più "cattiva". Dopo le forme multiresistenti, arrivano quelle estensivamente resistenti che non rispondono quasi a nessun farmaco finora considerato efficace



L'avevamo dimenticata. Poi considerata a lungo una malattia dei Paesi poveri. Salvo poi ritrovarcela in casa, quando la cronaca ci ha ricordato che dalle malattie infettive non si è mai al riparo finché c'è qualche focolaio in un qualunque posto del mondo. La tubercolosi è tra noi. Nel 2013 in Italia ne sono stati diagnosticati un migliaio di casi (altri 2.000 potrebbero essere rimasti senza diagnosi). Apparentemente un'inezia. Ma quanto basta per riaccendere la miccia della preoccupazione.

Perché sempre l'anno scorso, la Tbc, in giro per il mondo ha rialzato la testa. Quasi mezzo milione di casi in più rispetto all'anno precedente. Un aumento in parte dovuto al miglioramento dei sistemi di raccolta dei dati e dei controlli sul campo messi in atto dalle autorità sanitarie su spinta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Ma in parte dovuto alla caparbietà di questa malattia a lungo sottovalutata.

Il bilancio definitivo è contenuto nel recente rapporto "Global Tuberculosis Report 2014": nove milioni i malati di tubercolosi nel 2013 e un milione e mezzo i decessi all'anno, di cui 360.000 Hiv positivi. Nonostante la maggiore diffusione, sono stati fatti molti passi avanti, soprattutto nella riduzione della mortalità. Ciò che più preoccupa, però, sono le diagnosi troppo tardive e il fenomeno della multiresistenza. Questi fattori fanno della tubercolosi ancora un'emergenza globale, dice l'Oms, che chiede a gran voce test rapidi e maggiori finanziamenti.

«A seguito di uno sforzo concertato da parte dei paesi, dall'Oms e di vari partner, gli investimenti nelle indagini nazionali e nella sorveglianza sono aumentati considerevolmente. Questo ci fornisce dati maggiori

e migliori e ci porta sempre più vicino alla comprensione del vero peso della tubercolosi», ha commentato Mario Raviglione, direttore del Programma globale Tb dell'Oms. Il rapporto include i dati di oltre 200 paesi e contiene dei trend positivi. Il tasso di mortalità per tubercolosi è sceso del 45% dal 1990 ed è ancora in calo, mentre il numero di persone che sviluppano la malattia scende in media dell'1,5% l'anno. Dal 2000 ad oggi sono state salvate circa 37 milioni di vite grazie a diagnosi efficaci e al trattamento della tubercolosi. Tuttavia, la tubercolosi è la seconda malattia da un singolo agente patogeno che provoca più morti al mondo, senza contare che 3 milioni di malati ogni anno sono come "invisibili", cioè sfuggono ai servizi sanitari, o perché non diagnosticati, o perché diagnosticati ma non segnalati.

Il problema più grande è quello della multiresistenza ai farmaci, molto più difficile da trattare e con tassi di guarigione significativamente più bassi, tanto che l'Oms ha allegato al report un <u>supplemento speciale</u> che evidenzia gli avanzamenti della sorveglianza negli ultimi due decenni per quanto riguarda la tubercolosi multiresistente e le azioni necessarie dalla prevenzione al trattamento. Nel 2013 ci sono stati 480.000 nuovi casi di tubercolosi multiresistente e la percentuale di casi in tutto il mondo è del 3,5%, con delle gravi epidemie in alcune regioni, come l'Europa orientale e l'Asia centrale. A questa forma si resistenza se ne aggiunge un'altra, quella che viene definita tubercolosi estensivamente resistente: è riportata in 100 paesi e non risponde quasi a nessun farmaco finora considerato efficace.

Con i test rapidi effettuati in un maggior numero di laboratori, dal 2009 è stato possibile diagnosticare un numero tre volte maggiore di casi multiresistenti: nel 2013 ne sono stati rilevati 136.000 e 97.000 persone sono state avviate al trattamento. Nonostante questi progressi, almeno 39.000 pazienti con Tbc multiresitente non sono stati trattati l'anno scorso e a livello gobale solo il 48% di questi pazienti è stato curato.

«I progressi compiuti nella lotta contro la Tbc mutiresistente sono stati duramente conquistati e deveno essere intensificati. Contenere e invertire il corso dell'epidemia richiede sforzi immediati e prolungati da parte di tutti i soggetti interessati», ha detto Karin Weyer, coordinatore del settore Laboratori, diagnostica e resistenza ai farmaci dell'Oms. «Migliorare gli strumenti diagnostici e l'accesso significa individuare e trattare più casi. Ma il divario tra le diagnosi e il numero di persone che inizia effettivamente il trattamento si sta allargando e abbiamo urgente bisogno di un maggiore impegno e finanziamenti per testare e trattare tutti i casi. In paesi come l'Estonia e la Lettonia, dove vi è l'accesso universale alla diagnostica rapida e al trattamento, il numero di casi di Mdr-Tb è diminuito in modo significativo».

Un'altra sfida importante da vincere è la co-epidemia di tubercolosi e Hiv. Circa 1,1 milioni (13%) dei 9 milioni di persone che hanno sviluppato la tubercolosi nel 2013 erano Hiv-positivi. Mentre il numero di morti di tubercolosi tra le persone sieropositive è in calo da quasi un decennio, da 540.000 nel 2004 a 360.000 nel 2013, il trattamento antiretrovirale, terapia preventiva ed altri interventi fondamentali devono essere ulteriormente migliorati.

La chiave per sconfiggere la tubercolosi, secondo l'Oms, sta nei laboratori di ricerca e nelle tasche dei finanziatori. Proprio la ricerca ha svolto un ruolo cruciale negli ultimi dieci anni: sono stati prodotti nuovi strumenti diagnostici e due nuovi farmaci per il trattamento della Tbc multiresistente (bedaquiline e delamanid). Altri test rapidi e nuove molecole e vaccini sono ora in fase di sperimentazione clinica, ma la ricerca &sviluppo continuano ad essere sottofinanziati. Per questo settore, infatti, servirebbero circa 2 milioni di dollari l'anno e altri otto miliardi di dollari annui per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento della tubercolosi e della sua più temibile forma resistente ai farmaci. Obiettivo: porre fine all'epidemia, riducendo del 95% le morti e del 90% l'incidenza di Tbc entro il 2035.

http://www.healthdesk.it/sanit/la tubercolosi tornata ed pi resistente che mai/1415706836

Data 01-10-2014

14/16 Pagina

1/3 Foalio

14 Primo Piano

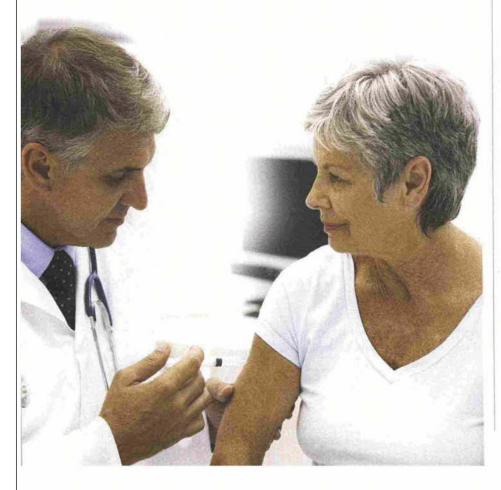
il farmacista

ilFarmacista 6 2014

Le raccomandazioni del Ministero della Salute

INFLUENZA: IL VADEMECUM PER LA STAGIONE 2014-2015

La circolare elaborata dalla Direzione Generale della Prevenzione, oltre a fornire informazioni sulla sorveglianza epidemiologica e virologica durante la stagione 2013-2014, fornisce raccomandazioni per la prevenzione dell'influenza attraverso misure di igiene e protezione individuale e la vaccinazione



rriva dal Ministero della Salute la Circolare "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazio-ni per la stagione 2014-2015", elaborata dalla Direzione Generale della Prevenzione che, oltre a contenere informazioni sulla sorveglianza epidemiologica e virologica durante la stagione 2013-2014, fornisce raccomandazioni per la prevenzione del-l'influenza attraverso misure di igiene e protezione individuale e la vaccinazione. L'influenza è una malattia che ricorre in ogni stagione invernale; può avere un andamento imprevedibile e, ogni anno, impegna im-portanti risorse del Ssn. La scorsa stagione influenzale è stata "lieve", il che non deve far abbassare la guardia e non continuare a prepararsi nel caso di una prossima stagione influenzale ad alta incidenza. Ci sono an-

cora molti miglioramenti che si possono fare per prevenire la malattia e per ridurne al minimo l'impatto sulla salute. L'offerta attiva della vaccinazione antinfluenzale è indirizzata prioritariamente alle donne che si trovino nel 2° e 3° trimestre di gravidanza, a tutti i soggetti a rischio di complicanze per patologie pregresse o



concomitanti, ai soggetti di età pari o supe-riore ai 65 anni, agli operatori sanitari che hanno contatto diretto con i pazienti e ad altri soggetti a rischio il cui elenco è contenuto nella circolare.

Scarica il testo della circolare: http://www.quotidianosanita.it/allegati/ allegato7149941.pdf

Data

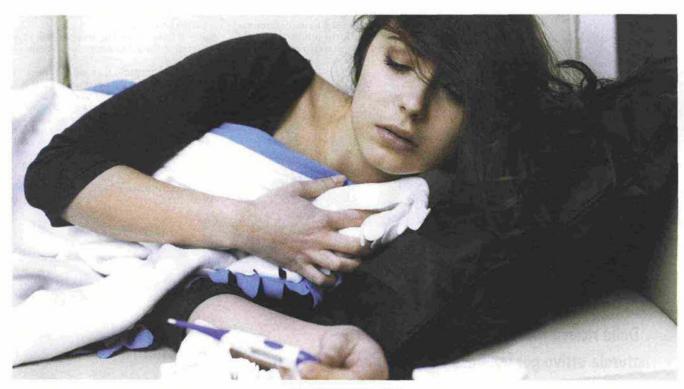
ilFarmacista 6 2014

Primo Piano 15

Influenza. Assosalute:

il farmacista

"PREVISTI CIRCA 10 MILIONI DI ITALIANI A LETTO"



è chi si improvvisa meteorologo e cerca di fare di tutto per non ammalarsi (47%) e chi, invece, vista l'imprevedibilità delle previsioni del tempo di questi ultimi me-si, ormai si affida al fato e ha cercato piuttosto di godersi gli ultimi giorni di estate (17%). È quanto emerge da una indagine condotta su un campione di italiani tra i 18 e i 64 anni commissionata da Assosalute (Associazione nazionale farmaci di automedicazione). "Tecnicamente si può parlare di vera influenza' solo quando ci sono tre condizioni presenti contemporaneamente: febbre elevata >38 ad insorgenza brusca; sinto-mi sistemici come i dolori muscolari/articolari; sintomi respiratori come la tosse, il naso che cola, la congestione/secrezione nasale e mal di gola. În tutti gli altri casi si parla di infezioni respiratorie acute o sin-

Quattro milioni si ammaleranno a causa della vera influenza, caratterizzata da tre virus. Altri sei saranno colpiti da sindromi para-influenzali. I farmaci di automedicazione si confermano il rimedio principale cui si affida il 56% della popolazione

dromi para-influenzali – spiega Fabrizio Pre-gliasco, ricercatore del Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute dell'Uni-versità degli Studi di Milano - La prossima stagione influenzale sarà, infatti, caratterizzata da tre virus: A/H1N1/ California, A/H3N2/Texas e B/Massachussetts. Non si tratterà in ogni caso di un'influenza aggressiva, e per l'inverno 2014-2015 si prevedono cir-

ca 4 milioni di casi. Non va sottovalutata poi, la stima di coloro che verranno contagiati dai virus "cugini" (ce ne sono oltre 200), responsabili delle sindromi simil-influenzali, che potrebbero raggiungere altri 6 milioni di italiani".

In questo scenario, i farmaci di automedicazione (quelli senza prescrizione medica e riconoscibili grazie al bollino rosso sorridente posto sulla confezione) si confermano il rimedio principale a cui si affidano il 56% degli italiani per il trattamento delle sindromi influenzali e para-influen-

zali. Tra questi farmaci si possono trovare dai farmaci antinfiammatori non steroidei (Fans) sia per uso sistemico che locale, agli sciroppi per la tosse, ai mucolitici e ai decongestionanti. Si tratta di farmaci a cui i cittadini si affidano con sicurezza, cer-

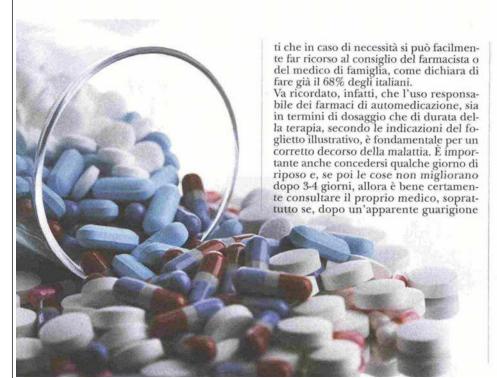
Data 01-10-2014

Pagina 14/16
Foglio 3 / 3

16 Primo Piano

il farmacista

ilFarmacista 6 | 2014



(fine della malattia virale) si evidenzia un ritorno della febbre e l'aggiunta di altri sintomi tra cui catarro (segno di sovra infezione batterica).

E come fare per prevenire l'influenza? Secondo l'indagine, per preparare il proprio fisico all'inverno:

oltre il 50% degli italiani fa attenzione all'abbigliamento e si veste 'a cipolla';
il 31,3% sta più attento all'alimentazione

 il 31,3% sta più attento all'alimentazione cercando di assumere cibi con un maggior apporto di vitamine (spremute d'arancia, etc.);

 oltre il 25% verifica di avere in casa i farmaci di automedicazione che possono essergli utili;

lo sport, soprattutto tra i più giovani, è visto come un'arma di prevenzione (2,6%);
il 12% farà il vaccino antinfluenzale.

"Oltre ad affidarsi ad una corretta automedicazione – aggiunge Pregliasco – esistono poi dei piccoli accorgimenti da mettere in atto nella vita quotidiana che possono diminuire/evitare il contagio: alcuni esempi possono essere lavarsi spesso le mani, coprirsi la bocca e il naso quando si tossisce o si starnutisce ed evitare luoghi chiusi e affollati".

e ∥ Da

Data 17-11-2014

Pagina 15

Foglio 1

RAPPORTO GFK/ Con un miglior accesso risparmi a lungo termine tra il 20 e il 30%

Una svolta per i biosimilari

La ricetta: più informazione, concorrenza e un'equa remunerazione



STRATEGIE

nformazione imparziale di medici e pazienti, una reale concorrenza nel mercato farmaceutico ed equa remunerazione degli investimenti in innovazione. Sono queste alcune delle parole d'ordine necessarie a rafforzare il settore dei biosimilari. Solo a queste condizioni e con adeguate politiche di sostegno del mercato, i farmaci biosimilari «offriranno ai pazienti un maggiore accesso alle migliori cure disponibili, consentendo contemporaneamente significativi risparmi sui costi». È questa la conclusione del rapporto "Factors supporting a sustainable european biosimilar medicines market", commissionato all'istituto di ricerche tedesco GfK dal Gruppo biosimilari (Ebg) della European generic medicines association (Ega).

Lo studio è basato su interviste condotte attraverso 7 Paesi: Francia, Germania, Ungheria, Italia, Polonia, Spagna e Regno Unito. Il report raccoglie i contributi provenienti da 71 tra responsabili delle politiche sanitarie a livello nazionale e regionale - medici, farmacisti, pazienti e Γindustria.

«Il rapporto - commenta il Presidente di AssoGenerici Enrique Hausermann - conferma che i farmaci biosimilari consentiranno ai pazienti europei un migliore accesso ai prodotti biologici ritenuti essenziali per molte terapie ormai divenute gold standard, offrendo nel contempo risparmi a lungo

termine indispensabili per rendere sostenibili i Servizi sanitari europei, compreso quello italiano». In condizioni politiche ottimali per esempio, il report stima i possibili risparmi in 10 anni per tre molecole: adalimumab (Humira) che potrebbe generare un risparmio del 26%, bevacizumab (Avastin) del 24% e trastuzumab (Herceptin) del 25 per cento. Secondo il direttore generale di Aifa, Luca Pani, intervenuto alla presentazione del Rapporto, «è importante sfruttare bene i prodotti attualmente disponibili sul mercato dal momento che le grandi genericazioni sono finite». I risparmi possibili, secondo le rilevazioni Aifa, si aggirano intorno al 20-30% a fronte di percentuali più alte (40-70%) generate dall'impiego dei farmaci generici. Un dislivello spiegato da costi elevati di produzione, sostituzione automatica non ammessa e da ritardi dell'entrata in commercio derivanti da attività legali e di difesa della proprietà intellettuale.

In diversi mercati Ue i medici sono incentivati a utilizzare i farmaci biosimilari. Tra gli esempi di successo citati dal Rapporto GfK e è il sistema tedesco delle "quote", che spinge i medici a prescrivere una certa percentuale di prodotti biosimilari. Un sistema che gli esperti definiscono «molto efficace», a condizione di non minare la libertà di scelta prescrittiva del medico. Un altro metodo citato dallo studio è quello del "gainsharing": con questo sistema, una parte dei risparmi realizzati da un ospedale grazie alla prescrizione di farmaci biosimilari può essere restituita e reinvestita nel budget dell'anno successivo.

Queste le condizioni che il report GfK ritiene necessarie per lo sviluppo del biosimilare: informare in modo imparziale tutti i soggetti interessati che sovraintendono alla politica sanitaria; promuovere e mantenere la concorrenza nel mercato farmaceutico incentivando un adeguato uso precoce dei farmaci biosimilari in combinazione con politiche di prezzi sostenibili: promuovere 'innovazione e garantire un'equa remunerazione del capitale investito; raccogliere e pubblicare dati clinici basati sull'evidenza dimostrata nelle reali condizioni d'impiego (Real world evidence - Rwe) per rafforzare la fiducia verso la sicurezza e l'efficacia dei farmaci biosimilari; realizzare procedure di acquisto trasparenti e condivise tra payers, medici, pazienti: perseguire processi decisionali chiari ed efficienti che non ritardino la disponibilità dei farmaci biosimilari sul

Con queste finalità, è stato costituito l'Italian Biosimilar Group (Ibg): «Il gruppo interno ad AssoGenerici - si legge in una nota - raccoglie le aziende leader del settore, che hanno introdotto la concorrenza nel mercato del farmaco biotecnologico, favorendo così l'accesso ai trattamenti più innovativi da parte di una platea più vasta di pazienti italiani».

Rosanna Magnano

O RESCENDIONE RESERVATA



Diffusione Testata

139.923



Direttore Responsabile Virman Cusenza

Soltanto uno su due tra i casi accertati segue la terapia medica prescritta I single sono tra i più indisciplinati

Tanti malati poco pazienti

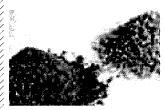


Sport e dieta medicine naturali



Sedentarietà e menù scorretto mettono a rischio un organismo predisposto alla malattia

Gli zuccheri vanno limitati

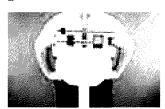


Limitare gli zuccheri, un'iperproduzione di insulina crea problemi nell'assimilazione

SECONDO LO STUDIO **DOXA PHARMA** LA VITA DI COPPIA **AIUTA A CURARSI CON REGOLARITÀ** E PUNTUALITA



Obiettivo:



Se si è sovrappeso cercare di perdere i chili di troppo e fare controlli periodici della glicemia

LA CURA

a malattia cronica, come il diabete, costringe ad un impegno ventiquattro ore su ventiquattro per 365 giorni. Per tutta la vita. Perché il paziente deve assumere diversi farmaci a orari precisi, somministrarsi l'insulina, assicurare un certo tipo di alimentazione tre volte al giorno, andare dal medico e sottoporsi ad analisi a scadenza regolare, controllare quotidianamente la glicemia, fare sport e molti altri "impegni". Circa un milione di "atti obbligatori" in più nella vita rispetto ad una persona sana. Un carico di indicazioni che porta, inevitabilmente, a "dimenticarsi" della terapia.

ĩ dati di glucosio nei fluidi interstiziali



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA

I MEDICI

I pazienti più indisciplinati sono uomini nel 68% dei casi e vivono al Sud e nelle isole (48%), secondo una ricerca Doxa Pharma. Quelli che meno seguono le cure lo fanno, per loro ammissione, perché si vergognano a farsi vedere malati (imbarazzo ad iniettarsi insulina e a misurarsi la glicemia) e perché pensano di essere un peso per amici e i colle-

«Seguire la prescrizione medica è una problematica tipica delle malattie croniche ma per il diabete spesso si arriva appena al 50% dei casi - spiega Salvatore Caputo, presidente di Diabete Italia - inoltre si associano spesso altre patologie concomitanti, che comportano la necessità di ulteriori trattamenti con risvolti sempre più negativi sull'accettazione di una cura così impegnativa». Il diabete, inoltre, ha l'effetto di amplificare altri disturbi e malattie a cominciare dall'ipertensione, la depressione, malattie reumatiche, asma, bronchite cronica e perfino problemi di udito. In quest'ultimo caso alcuni studi appena pubblicati dimostrano che il diabete raddoppia il rischio di andare incontro a una perdita uditiva importante.

«Il 65% dell'ipoacusia che si riscontra nei diabetici - fa sapere Nicola Quaranta, ordinario di Otorinolaringoiatria, all'università policlinico di Bari - riguarda le frequenze acute, mentre nel 26% dei casi sono interessate le frequenze medio-gravi. E' importante intervenire in modo tempestivo nei pazienti diabetici con test audiometrici di routine».

Proprio per monitorare lo zucchero nel sangue è appena arrivata in Italia una novità: si può fare l'esame senza pungere il dito. Si tratta di "FreeStyle Libre", composto da un sensore che si applica sulla parte posteriore del braccio, grande quanto una moneta. Misura automaticamente i livelli di glucosio nei fluidi interstiziali e ne memorizza continuamente i valori, giorno e notte, attraverso un filamento che si inserisce sottocute e rimane fissato grazie al materiale adesivo. I valori sono elaborati dall'Ambulatory glucose profile (Agp), un software che riassume statisticamente i dati standardizzati della glicemia e li visualizza graficamen-

te. Intorno ai glucometri tradizionali, invece, si è concentrata in questi giorni la preoccupazione della Società italiana di diabetologia (Sid) che si è fatta portavoce dei pazienti: molte persone potrebbero trovarsi costrette ad utilizzare uno o due tipi di glucometro, scelti attraverso una gara indetta dalla Regione. «La Sid – è il presidente Enzo Bonora a parlare – pur appoggiando ogni decisione mirata al contenimento della spesa è fortemente contraria al fatto che le Regioni decidano per gare mirate all'acquisizione di strisce reattive, servono a determinare la glicemia, uguali per tutta la popolazione. Sorgerebbero problemi importanti per i pazienti. La nostra controproposta è quella di individuare tre categorie di strumenti e relative strisce a bassa, media e alta tecnologia. Per poi definire un prezzo di rimborso standard, unico da Nord a Sud. In modo che tutti gli apparecchi restino disponibili».

Antonio Caperna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'annuncio



Pancreas artificiale: pronti a sperimentare

«Ogni anno per curare un paziente diabetico si spendono oltre 2.500 euro: 10% per visite, 69% per ricoveri, 14% per terapie varie, 4% per farmaci antidiabete, 4% per i presidi». Lo spiega Enzo Bonora, presidente della Società italiana di diabetologia (Sid), tra i relatori al Senato del convegno "Healthy Living and Diabetes", promosso dall'Osservatorio Sanità e Salute. «Il costo totale delle terapie per il servizio sanitario è di circa 8-9 mld. All'orizzonte ci sono nuovi farmaci in arrivo come gli agonisti del recettore Glp-1, i nuovi inibitori del Sglt2. Anche per i dispositivi sono in arrivo innovazioni come glucometri più sofisticati, microinfusori più maneggevoli e anche il pancreas artificiale

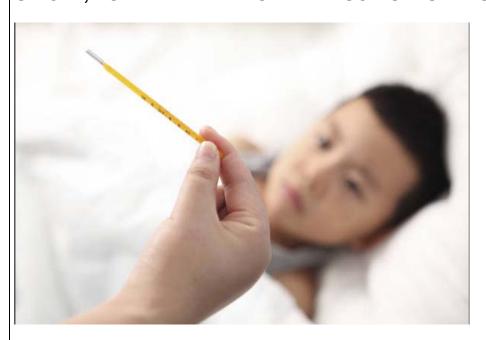
non è lontano dall'essere disponibile».

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile

12/11/2014



POLMONITE UCCIDE 1 MLN BIMBI L'ANNO,OGGI GIORNATA MONDIALE UNICEF, POVERTÀ È FATTORE DI RISCHIO PIÙ IMPORTANTE, FARE DI PIÙ



Nel 2013, per la prima volta in oltre un decennio la polmonite non è stata la principale causa di morte tra i bambini sotto i 5 anni ma la seconda, dopo le complicazioni per le nascite pre-termine. Il bilancio delle vittime della polmonite è però ancora alto: 954.000 bambini muoiono ogni anno, anche se dal 2000 i decessi sono diminuiti del 44%. Lo afferma l'Unicef in occasione della quinta Giornata Mondiale contro la Polmonite (World Pneumonia Day) che si celebra oggi. "La polmonite è ancora una malattia molto pericolosa: uccide più bambini sotto i cinque anni di quanto non facciano HIV/AIDS, malaria, incidenti e morbillo messi insieme, e sebbene i numeri siano in calo, con quasi 1 milione di morti l'anno non c'è spazio per il compiacimento", afferma Mickey Chopra, responsabile programmi di salute globale dell'Unicef. La povertà è il fattore di rischio "più importante - rileva - e le morti per polmonite sono più alte nelle comunità rurali.

L'inquinamento dell'aria domestica è una delle principali cause di polmonite, tant'è vero che i bambini di famiglie che utilizzano combustibili solidi come il legno, il letame o il carbone per la cottura o il riscaldamento sono ad alto rischio.

Inoltre i bambini poveri hanno meno probabilità di essere vaccinati contro morbillo e pertosse, alcune delle principali cause della malattia". Tuttavia, ricorda l'Unicef, il maggiore impiego di vaccini contro la polmonite, in particolare nei paesi a basso reddito, ha portato a progressi contro la malattia, ma "le disuguaglianze rimangono anche nei paesi con un'ampia copertura". Di contro, un trattamento semplice ha avuto un grande riscontro: operatori sanitari di comunità

somministrano ai bambini malati l'antibiotico amoxicillina in forma di compresse, nell'ambito di un programma di gestione integrata a livello comunitario. Estendere la disponibilità di simili medicinali a basso costo, conclude l'Unicef, "contribuirà a ridurre il divario di trattamento soprattutto tra le popolazioni difficili da raggiungere".
http://www.ansa.it/saluteebenessere/notizie/rubriche/salute/2014/11/11/polmonite-uccide-1-mln-bimbi-lannodomani-giornata-mondiale 36b1376d-134d-471d-be4f-3e078f4b1490.html





SSN: GRASSO, URGENTE RISOLVERE QUESTIONE MALATI MENTALI E OPG

(AGI) - Roma, 11 nov. - Quella sui malati mentali e sugli Ospedali psichiatrici giudiziari e' "una questione di grande delicatezza sia dal punto di vista istituzionale che da quello sociale e umano, questione che da troppo tempo richiede una soluzione, che si fa, dunque, piu' urgente ogni giorno che passa". Lo ha detto il presidente del Senato, Pietro Grasso, al al seminario 'Salute mentale, opg e diritti umani' nella sala Zuccari a palazzo Giustiniani. "E' gia' la terza volta - ha sottolineato - che io stesso, qui in Senato, mi trovo ad affrontare questo importante tema, e ogni volta debbo sottolineare con dolore che non siamo arrivati ancora ad un punto di civilta' e rispetto, per quanto passi positivi siano stati fatti". Pur sottolineando "almeno un dato positivo che riscontriamo ultimamente, e cioe' - ha spiegato - una tendenza alla diminuzione nel numero delle persone detenute oggi negli ospedali psichiatrici giudiziari, circa 1.000, ovvero circa 350 in meno rispetto a tre anni fa. Ma - ha osservato Grasso - non e' ancora abbastanza". "Un malato, mentale o no - ha concluso - non cessa di essere una persona, una persona che soffre, un essere umano cui la Costituzione attribuisce dignita' e diritti inalienabili".

http://scm.agi.it/index.phtml

CORRIERE DELLA SERA

12/11/2014

Effetti marijuana sul cervello: corteccia ristretta ma più connettività

Analizzati consumatori abituali e non con tre tecniche di risonanza magnetica: nei primi si nota anche un quoziente intellettivo inferiore rispetto ai volontari di pari età



Gli effetti dell'uso abituale di marijuana sul cervello sono stati "fotografati" con precisione dai ricercatori del Center for Brain Health dell'Università del Texas a Dallas. I risultati dello studio mostrano che i consumatori cronici di "erba" hanno un volume del cervello più piccolo a livello della corteccia orbitofrontale, la parte comunemente associata con la dipendenza, ma anche una maggiore connettività cerebrale.

I dati dello studio

In un articolo pubblicato sui "Proceedings of the National Academy of Sciences" (Pnas), gli scienziati per la prima volta descrivono le anomalie nelle funzionalità e nella struttura cerebrale dei consumatori di marijuana a lungo termine, effetti che possono dipendere dall'età del primo utilizzo e dalla durata del "vizio". «Abbiamo assistito a un costante aumento dell'incidenza d'uso di marijuana dal 2007 - ha ricordato la ricercatrice Francesca Filbey - tuttavia, la ricerca sui suoi effetti a lungo termine rimane scarsa, nonostante i cambiamenti nella legislazione e il continuo dibattito che circonda questo rilevante argomento di salute pubblica». Il team ha scelto dunque di studiare 48 adulti consumatori di marijuana (almeno 3 spinelli al giorno) e 62 non consumatori dello stesso genere e di pari età. Test cognitivi hanno dimostrato che i consumatori cronici di marijuana hanno un quoziente intellettivo inferiore rispetto ai volontari di controllo, ma le differenze non sembrano essere correlate alle anomalie del cervello, perché non esiste un legame diretto tra deficit di intelligenza e diminuzione del volume cerebrale. «Ciò che rende unico questo lavoro è che combina tre diverse tecniche di risonanza magnetica per valutare le diverse caratteristiche del cervello», ha affermato un altro studioso, Sina Aslan. «E i risultati - fa notare - suggeriscono aumenti di connettività, sia strutturali che funzionali, che possono compensare le perdite di materia grigia. Anche se alla fine, tuttavia, con l'uso prolungato di marijuana la connettività del cervello inizia a degradarsi».

http://www.corriere.it/salute/14_novembre_10/effetti-marijuana-cervello-corteccia-ristretta-ma-piu-connettivita-bf799d40-68f4-11e4-aa33-bc752730e772.shtml