

Il cancro si distrugge con nanoparticelle e campi magnetici

Anche il sistema immunitario si può addestrare a essere più efficiente nella lotta contro il cancro. L'idea del team di ricerca della Johns Hopkins per combattere il tumore della pelle



Tra le battaglie scientifiche una che non si è mai fermata è sicuramente quella della lotta contro il cancro. Si tratta di una temibile malattia che si auspica **possa essere debellata al più presto**. Nel frattempo, sono molti i ricercatori costantemente impegnati alla ricerca di una soluzione.

Oltre a farmaci, integratori, piante di uso millenario, minerali e veleni presenti in natura, diviene sempre più emergente anche lo studio di tecnologie avanzatissime che siano in grado di contrastare la malattia. A questo ci hanno pensato i ricercatori della Johns Hopkins University; secondo alcuni esperimenti riportati su *ACS Nano* il 24 febbraio, avrebbero trovato **una possibile soluzione combinando nanoparticelle e magnetismo al fine di trattare una grande varietà di condizioni tumorali**. Questi elementi sembrano essere in grado di indirizzare le cellule immunitarie a combattere quelle cancerogene. In particolare, l'effetto è stato testato su topi affetti da melanoma, il più temibile tra i cancri della pelle.

«Le dimensioni sono state fondamentali per questo esperimento. Utilizzando particelle abbastanza piccole potremmo, per la prima volta, vedere una differenza fondamentale nelle cellule preposte alla lotta contro il cancro. Abbiamo sfruttato queste conoscenze per **migliorare l'attacco da parte del sistema immunitario contro il cancro**», spiega Jonathan Schneck, medico e professore di patologia, medicina e oncologia presso la Scuola dell'Istituto di Medicina per l'ingegneria cellulare della Johns Hopkins University.

Il team di ricerca ha avviato così una nuova via di successo per lo sviluppo di globuli bianchi artificiali che presentano l'antigene delle cellule artificiali (aAPC). Queste potrebbero **essere una possibile soluzione per combattere malattie di un certo rilievo come il cancro**. Perché tutto ciò divenga realtà le aAPC devono essere in grado di interagire con le cellule T naive – ovvero i linfociti T che non hanno ancora l'antigene – in attesa di istruzioni dettagliate sul patogeno presente nel corpo. In questo modo le aAPC si possono legare ai recettori specifici sulle superfici delle cellule T presentandole come proteine distintive chiamate antigeni. Tutto ciò fa sì che vengano attivate le cellule T, programmandole per combattere una battaglia specifica contro virus, batteri o tumori.

Inizialmente il team di ricerca aveva adottato delle particelle in microscala, della dimensione di un centesimo di millimetro. Ma a tali dimensioni le aAPC sono eccessivamente grandi per interagire in modo specifico. Senza considerare che **si potrebbero danneggiare alcuni tessuti**, proprio a causa della dimensione eccessiva. Per questo motivo lo studio si è concentrato sulla formazione di aAPC in nanoscala. Il test su questa forma

microscopica di cellule è stato eseguito da Karlo Perica, uno studente laureato nel laboratorio di Schneck. Le nanoparticelle erano finalmente abbastanza piccole da legarsi efficacemente alle cellule T. Quando Perica ha confrontato le cellule T naive con quelle che erano state attivate ha scoperto che le cellule naive erano riuscite a legare molte nanoparticelle.

«Questo è stato abbastanza sorprendente dal momento che molti studi avevano già dimostrato che le cellule naive e le cellule T attivate **avevano lo stesso numero di recettori**», spiega Schneck. «Sulla base dei risultati di Karlo, abbiamo il sospetto che i recettori delle cellule attivate sono stati configurati in modo da limitare il numero di nanoparticelle che potrebbero legarsi a essi».

A questo punto non restava altro che verificare se ci fosse realmente una relazione tra l'attivazione delle cellule T e il raggruppamento dei recettori. Perica ha quindi scelto di applicare un campo magnetico alle cellule facendo in modo che le nano-aAPC ne attirassero altre, si raggruppavano insieme e portassero con sé i recettori.

Il raggruppamento è andato a buon fine riuscendo ad attivare le cellule T naive e migliorando notevolmente la risposta immunitaria.

Ora non restava altro che testare il tutto su qualcosa di più reale e di un certo rilievo, come qualcuno che avesse contratto il melanoma.

I ricercatori hanno così preso le cellule modificate sotto un campo magnetico e poi le hanno utilizzate su topi con tumore. Tutti i topi trattati con le nano aAPC e magnetismo, hanno visto una regressione evidente del tumore.

La grandezza del tumore risultava essere dieci volte inferiore rispetto agli animali che non erano stati sottoposti all'esperimento. Di questi ultimi, nessun topo era sopravvissuto, mentre 6 degli 8 trattati con magnetismo sono sopravvissuti per più di un mese.

«Siamo stati in grado di ottimizzare la forza della risposta immunitaria variando l'intensità del campo magnetico e il tempo di applicazione, allo stesso modo in cui si testano diverse dosi di una medicina con effetti diversi – sottolinea Perica – Pensiamo che questa sia **la prima volta** che i campi magnetici sono riusciti ad agire in questo modo come la medicina».

Secondo Perica, la combinazione di nanoparticelle con il magnetismo può aprire una via totalmente nuova nelle frontiere della medicina.

«Nel mio campo, immunologia, un importante pezzo del puzzle è scoprire come le cellule T scelgono l'antigene che stanno puntando in un mare di antigeni simili, al fine di **trovare e distruggere una minaccia specifica**. I recettori sono la chiave per l'azione e le nano-aAPC ci permettono di rilevare ciò che i recettori stanno facendo», continua Perica.

«Abbiamo uno stuolo di nuove domande sui cui lavorare: Qual è il dosaggio magnetico ottimale? Potremmo utilizzare campi magnetici per attivare le cellule T senza farlo prima fuori del corpo, e i magneti potrebbero essere utilizzati per indirizzare una risposta immunitaria a una particolare parte del corpo, come per esempio la posizione di un tumore? – si domanda Schneck – Siamo entusiasti di scoprire dove questa nuova strada di ricerca ci porterà».

Dove questa ricerca ci porterà non lo sa ancora nessuno; quello che è certo è che non sono molti gli studi come questo in cui si vede la vera competenza dei ricercatori. Abilità e conoscenza di un certo rilievo che, se portata avanti, indubbiamente **ridurrà molte delle affezioni** a cui è sottoposto l'essere umano.

<http://www.lastampa.it/2014/02/27/scienza/benessere/medicina/il-cancro-si-distrugge-con-nanoparticelle-e-campi-magnetici-Dnh3eR8T4LqwaXIsRHhtEL/pagina.html>

RIPARTO 2013/ Via libera alle delibere sui fondi correnti e sulle quote vincolate

Regioni: 107 miliardi in cassa

Sulla bilancia le quote premiali per 430 milioni - Obiettivi Psn da 1,4 miliardi

Poker di riparti per le Regioni: dopo due mesi di attesa sono state approvate in Stato-Regioni le nuove proposte di delibera Cipe sul riparto del fondo sanitario 2013, sull'intesa per l'assegnazione delle risorse vincolate, l'accordo sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate destinate agli obiettivi di Psn e l'intesa sullo schema di decreto dei ministri di Salute ed Economia per la ripartizione delle forme premiali 2012 e 2013.

Il tutto, appunto, dopo l'accordo tra governatori del 19 dicembre scorso in cui si sono utilizzate le risorse premiali per bilanciare gli effetti del primo riparto secondo il criterio dei costi standard (v. tabella in questa pagina).

Rispetto alla prima proposta della Salute il nuovo riparto ridetermina la quota premiale da accantonare per il 2013 in 321,0135 milioni invece della somma accantonata con la precedente proposta di 267,511 milioni e si rende disponibile per il fondo la differenza di 53,502 milioni (che deriva dalla differenza tra lo 0,30% e lo 0,25% del fabbisogno complessivo del Ssn per il 2013) con una corrispondente riduzione dell'importo destinato al finanziamento delle risorse relative alle somme vincolate, tranne i 2 milioni per il Centro nazionale trapianti.

Inoltre è anche ripartito il contributo di solidarietà per l'Abruzzo di 15 milioni, seconda tranche dopo quella inserita nel riparto 2012 per gli effetti del terremoto del 6 aprile 2009.

Ulteriore rimodulazione, infine, per il riparto di 259 milioni agli Izs per il loro funzionamento con l'obiettivo di assegnare alle Regioni che li gestiscono, una somma «più congrua rispetto al fabbisogno derivante dalla stabilizzazione del personale di detti Istituti, avviata nel 2008».

Obiettivi di Psn. Per quanto riguarda le quote vincolate per gli obiettivi di Psn sempre in base alle modifiche della quota premiale, si ridetermina l'importo iniziale di 1.510,535 milioni in 1.457,033 milioni per destinare ulteriori 53,502 milioni all'accantonamento per le quote premiali.

Inoltre si incrementa di ulteriori 3 milioni la quota di 2 milioni già accantonata con la precedente proposta per il progetto interregionale sulle linee guida cliniche nell'ambito del "Sistema Nazionale Linee Guida" e si prevede un ulteriore accantonamento

di 10 milioni per l'istituto superiore di Sanità. L'importo finale da ripartire è quindi di 1.410,033 milioni, al netto della somma di 47 milioni accantonata per i progetti interregionali.

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale. Si tratta di 20 obiettivi che nella proposta sono illustrati e spiegati nella loro articolazione, per i quali le Regioni riceveranno subito (con la stipula dell'accordo), a titolo di acconto dall'Economia, il 70 per cento delle risorse e per avere anche il restante 30 per cento dovranno presentare con delibera di Giunta regionale o atto equivalente specifici progetti nell'ambito degli indirizzi individuati. Nella delibera dovrà essere contenuta anche specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali. Ciascun progetto, inoltre, dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzia: a) gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire; b) i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili; c) i costi connessi, fermo restando che il raggiungimento degli obiettivi non potrà comportare ulteriori oneri connessi all'acquisizione di risorse umane aggiuntive; d) gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto.

Quote premiali. Sul tavolo della Stato-Regioni c'è anche lo schema di decreto Salute-Economia per ufficializzare l'utilizzo delle quote premiali per il riparto del fondo. In un unico articolo (oltre la tabella): «In applicazione di quanto previsto dall'art. 1, comma 234, della Legge 27 dicembre 2013, n. 147 (Legge di stabilità 2014), si provvede alla ripartizione e alla assegnazione in favore delle Regioni e delle Province autonome delle quote premiali relative agli anni 2012 e 2013, che ammontano a complessivi 430,01 milioni di euro, tenendo anche conto, in base alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, di criteri di riequilibrio indicati dalla **Conferenza delle Regioni**».

Paolo Del Bufalo

SELPRESS
 www.selpress.com

Il riparto del fondo 2013 (milioni di euro)

La parte del leone nel riparto 2013 la fa la medicina del territorio che assorbe da sola oltre la metà dell'importo complessivo: oltre 53 miliardi. E tra questi la quota maggiore va alla cosiddetta "territoriale" in cui rientrano l'assistenza domiciliare, servizi di assistenza residenziale, la lungodegenza (nelle Rsa) e la riabilitazione, ma anche tutti i capitoli relativi alle dipendenze, la medicina termale ecc. All'ospeda-

le vanno quasi 46 miliardi, suddivisi nelle tabelle di dettaglio del riparto in parti uguali di 22.897.937.294 euro ciascuna tra quote pesate e non pesate. E per arrivare alla colonna finale del riparto (che in realtà comprende anche le somme vincolate non per obiettivi di Psn e obiettivi prioritari), il calcolo tiene conto anche della mobilità (circa 3,7 miliardi "in movimento" tra le Regioni) e del contributo di solidarietà per il

2013 alla Regione Abruzzo per gli effetti del terremoto 2009. Si tratta di 15 milioni che seguono la stessa logica di riparto degli anni precedenti. O meglio: la loro destinazione è ovviamente la Regione Abruzzo ed è semmai la provenienza a essere specificata nelle tabelle in quota parte suddivisa secondo la dimensione della Regione (si va dai 2,5 milioni della Lombardia ai 32.726 euro della Valle d'Aosta).

Regione	Prevenzione	Distrettuale					Ospedaliera	Totale indistinto ante mobilità post accordo politico	Totale indistinto post mobilità	Totale vincolato	Totale generale post mobilità
		Territoriale	Medicina di base	Farmaceutica	Specialistica	Totale					
Piemonte	381,99	1.458,89	534,79	907,95	1.073,24	3.974,87	3.467,58	7.823,28	7.815,77	28,03	7.843,80
V. d'Aosta	11,10	42,38	15,53	25,88	29,87	113,66	98,29	223,01	212,26	0,04	212,30
Lombardia	849,99	3.246,27	1.189,99	1.969,80	2.258,18	8.664,24	7.460,80	16.972,53	17.527,72	56,59	17.584,30
Bolzano	44,19	168,79	61,87	99,44	109,08	439,18	373,56	856,61	867,44	0,04	867,48
Trento	45,98	175,59	64,37	105,29	118,27	463,52	397,88	907,24	891,75	0,05	891,80
Veneto	425,26	1.624,15	595,37	983,83	1.124,79	4.328,13	3.724,91	8.477,05	8.552,84	34,26	8.587,11
Friuli V.G.	106,76	407,72	149,46	254,23	301,40	1.112,88	971,33	2.190,58	2.220,65	0,16	2.220,81
Liguria	137,47	525,02	192,46	338,37	415,14	1.471,00	1.307,49	2.915,52	2.858,78	0,31	2.859,08
Emilia R.	380,48	1.453,13	532,68	899,03	1.049,71	3.954,54	3.432,50	7.746,39	8.083,08	0,51	8.083,59
Toscana	321,52	1.227,92	450,12	765,87	904,96	3.348,87	2.929,62	6.599,04	6.731,33	0,39	6.731,72
Umbria	77,42	295,67	108,39	184,24	216,92	985,22	705,85	1.587,45	1.596,86	20,11	1.616,97
Marche	135,02	515,68	189,03	318,51	370,52	1.393,74	1.216,00	2.744,36	2.710,68	0,11	2.710,79
Lazio	481,97	1.840,73	674,76	1.122,71	1.297,82	4.936,02	4.257,15	9.673,70	9.474,60	28,68	9.503,28
Abruzzo	114,49	437,26	160,29	269,03	312,66	1.179,24	1.024,66	2.333,39	2.263,83	20,85	2.284,68
Molise	27,44	104,82	38,42	64,76	75,56	283,56	247,88	558,81	588,11	0,05	588,15
Campania	504,68	1.927,46	706,55	1.124,34	1.218,60	4.976,96	4.207,53	9.687,75	9.376,94	22,65	9.399,59
Puglia	354,73	1.354,76	496,62	805,84	898,35	3.555,56	3.034,17	6.943,44	6.763,38	20,67	6.784,05
Basilicata	58,60	193,27	70,85	117,37	134,24	515,73	445,16	1.011,34	992,23	0,05	992,28
Calabria	171,56	655,22	240,19	394,04	445,24	1.734,69	1.489,46	3.395,21	3.143,55	0,19	3.143,74
Sicilia	437,89	1.672,39	613,05	1,00	1.105,88	4.386,60	3.752,51	8.575,75	8.386,97	23,02	8.409,99
Sardegna	143,52	548,13	200,93	331,99	382,70	1,46	1.253,69	2.860,32	2.791,73	22,09	2.813,82
Bambino Gesù	-	-	-	-	-	-	-	-	192,72	-	192,72
Ordine di Malta	-	-	-	-	-	-	-	-	39,12	-	39,12
Totale	5.284,08	19.875,23	7.285,71	12.077,81	13.843,12	53.881,87	49.796,41	104.082,36	104.082,36	423,40	104.505,76

Il meccanismo "sbloccafondo": assegnazione delle quote premiali (milioni di euro)

Regione	Popolaz.	Riequilibrio	Premialità	Quota premiale residua	Totale	Regione	Popolaz.	Riequilibrio	Premialità	Quota premiale residua	Totale
Piemonte	-	-	5,00	0,01	5,01	Marche	-	-	18,80	0,04	18,84
V. d'Aosta	-	-	-	-	-	Lazio	-	99,63	-	0,24	99,87
Lombardia	-	16,66	60,00	0,18	76,84	Abruzzo	-	15,60	-	0,04	15,63
Bolzano	-	-	-	-	-	Molise	-	4,86	-	0,01	4,87
Trento	-	-	-	-	-	Campania	54,01	-	-	0,13	54,13
Veneto	-	-	18,00	0,04	18,04	Puglia	15,00	-	-	0,04	15,04
Friuli V.G.	-	-	-	-	-	Basilicata	-	-	2,20	0,01	2,21
Liguria	-	65,48	-	0,15	65,63	Calabria	32,00	-	-	0,08	32,08
Emilia R.	-	-	-	-	-	Sicilia	10,00	-	-	0,02	10,02
Toscana	-	-	5,00	0,01	5,01	Sardegna	-	-	-	-	-
Umbria	-	1,77	5,00	0,02	6,79	Totale	111,00	204,00	114,00	1,01	430,01

■ SELPRESS ■
 www.selpress.com

Le linee progettuali prioritarie e i loro finanziamenti vincolati

Linea progettuale	Importo vincolato	Linea progettuale	Importo vincolato
1. Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale - Farmacia dei servizi	250.000.000	12. Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale (endometriosi infiltrante, vulvodinia, cistite interstiziale)	15.000.000
2. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	200.000.000	13. Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da Hpv	15.000.000
3. Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione	20.000.000	14. Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile	15.000.000
4. Implementazione delle Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e di minima coscienza	45.000.000	15. Modelli di assistenza per bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio da mutismo, disturbo da deficit di attenzione/ipertattività e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante Centri di riferimento a valenza regionale e interregionale e reti assistenziali	40.000.000
5. Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza	50.000.000	16. Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni - Risk management	100.000.000
6. Contrasto alle disuguaglianze in sanità	45.000.000	17. Implementazione del Codice etico nelle aziende sanitarie	10.033.253
7. Cure palliative e terapia del dolore, assistenza domiciliare palliativa specialistica	100.000.000	18. Piano nazionale prevenzione	240.000.000
8. Sviluppo dei processi di umanizzazione dei percorsi assistenziali	40.000.000	19. Superamento Opg e salute mentale	80.000.000
9. Interventi per l'implementazione della Rete per le Malattie rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari	55.000.000	20. Sicurezza nei luoghi di lavoro	20.000.000
10. Tutela della maternità - percorso nascita - partoanalgesia	30.000.000	Totale	1.410.033.253
11. Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali	40.000.000		

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

CASSAZIONE/ Dall'ufficio del Massimario un anno di sentenze sulla responsabilità

Come cambia la colpa medica

L'obbligo di informazione si perfeziona e si dilata: è la nuova frontiera

L'ufficio del Massimario della Corte di cassazione con la tradizionale raccolta annuale della giurisprudenza, affidata alla sapiente e magistrata opera di **Marco Rossetti**, traccia i contorni e il contenuto della responsabilità sanitaria.

Nel 2013 gli orientamenti in campo civile non hanno fatto registrare significativi mutamenti, salvo che nel caso del risarcimento della responsabilità da nascita indesiderata che aveva avuto, come punto di svolta, l'ormai famosa e dibattuta sentenza n. 16754/2012 (si veda l'articolo a destra).

Il punto focale delle pronunce selezionate (tabella 1) riguarda l'importanza della comunicazione analizzata sia dal punto di vista del passaggio di informazione tra gli operatori sanitari che tra questi e il paziente.

L'analisi si presenta estremamente importante, in quanto, sempre più spesso, nel suo percorso assistenziale il paziente transita da medici e strutture diverse. Basilare, in questo senso, risulta essere la sentenza n. 4029/2013 la quale ha stabilito che delle conseguenze dannose di un intervento chirurgico, eseguito in modo imperito, possono essere chiamati a rispondere non solo i sanitari che l'hanno eseguito, ma anche il medico curante del paziente, se questi ometta di informare i colleghi chirurghi del particolare tipo di cure cui era stato sottoposto il paziente, e dei peculiari effetti che tali cure avevano prodotto (nella specie, era accaduto che una cura contro l'infertilità eseguita dal medico di fiducia aveva provocato un ingrossamento delle ovaie della paziente, e aveva indotto altri sanitari a rimuoverle, con un intervento reputato non necessario).

Sul versante della comunicazione tra medico e paziente, va sempre più consolidandosi la struttura dell'obbligazione relativa al consenso informato. Tre sentenze hanno un valore essenziale per tracciarne i confini in relazione al contenuto dell'obbligo di informazione, al riparto della prova e all'assolvimento di tale onere, e alle conseguenze dell'omessa informazione.

In relazione al contenuto delle informazioni da fornire al paziente, fondamentale la sentenza n. 18334/2013, secondo la quale «il medico-chirurgo deve fornire al paziente tutte le informazioni scientificamente possibili sull'intervento chirurgico che intende eseguire», e soprattutto sul bilancio rischi/vantaggi dell'intervento stesso, tanto più in presenza di fattori di pericolo che sconsigliano l'intervento.

Non scrimina neppure il fatto che a ricevere l'informazione sia un persona altamente qualificata, come descritto nella sentenza n. 19220/2013 che pone «sul medico l'onere di provare di avere fornito al paziente un'informazione completa ed effettiva sul trattamento sanitario e sulle sue conseguenze, senza che l'adempimento di tale obbligo possa venir meno per il solo fatto che il paziente sia persona altamente scolarizzata». Nella stessa decisione, tuttavia, la Corte ha aggiunto che il livello culturale del paziente può incidere sulle modalità dell'informazione, la quale deve essere sempre adeguata al suddetto livello culturale, con l'adozione di un linguaggio che tenga conto del suo particolare stato soggettivo e del grado delle conoscenze specifiche di cui dispone.

Quanto, infine, alle conseguenze della violazione dell'obbligo di informazione, fondamentale il contenuto della sentenza n. 11950/2013, conforme al precedente n. 2847, che ha ribadito il principio secondo il quale la violazione non costituisce di per sé un danno risarcibile. Il danno deve essere effettivo e può consistere sia in un danno alla salute che in un danno patrimoniale. L'onere risarcitorio si configura, però, solo se sia ragionevole ritenere che il paziente (su cui grava il relativo onere probatorio), se fosse stato correttamente informato, avrebbe evitato di sottoporsi all'intervento e di subirne le conseguenze invalidanti oppure se, a causa del deficit informativo, abbia subito un pregiudizio patrimoniale o non patrimoniale (e, in tale ultimo caso, di apprezzabile gravità), diverso dalla lesione del diritto alla salute.

Nulla di nuovo, invece, circa il riparto dell'onere della prova confermato dalla sentenza n. 4792, secondo la quale il paziente deve limitarsi a dimostrare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e allegare l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, rimanendo a carico del medico convenuto dimostrare che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo, esso non è stato causa del danno. Ne consegue che se, all'esito del giudizio, permanga incertezza sull'esistenza del nesso causale tra condotta del medico e danno, tale incertezza ricade sul paziente e non sul medico.

Sempre in collegamento con il tema del consenso e dell'informazione, particolare la fattispecie descritta nella sen-

tenza n. 1874 in tema di donazione di rene. Sostengono i giudici che, ai sensi della legge 458/1967, la donazione deve essere preceduta da un provvedimento giudiziale il quale accerti la sussistenza di una effettiva e libera volontà del donante. In presenza di tale provvedimento, ha statuito la sentenza, deve presumersi *iuris tantum* che la volontà del donante si sia correttamente formata e sia stata accertata dal giudice che ha autorizzato l'espianto, con la conseguenza che spetta a chi nega tale circostanza provare il contrario.

Paola Ferrari

Ecco le principali pronunce richiamate nel rapporto 2013

TABELLA 1

Cass. civile, sez. III, n. 4029/2013 Delle conseguenze dannose di un intervento chirurgico eseguito in modo imperito possono essere chiamati a rispondere non solo i sanitari che l'hanno eseguito, ma anche il medico curante del paziente che ha ommesso di informare i colleghi chirurghi del particolare tipo di cure cui era stato sottoposto il paziente.

Cass. civile, sez. III, n. 18334/2013 Il medico deve fornire al paziente tutte le informazioni possibili sull'intervento chirurgico che intende eseguire, in particolare quando i rischi lo sconsigliano.

Cass. civile, sez. III, n. 19220/2013 L'adempimento di tale obbligo non viene meno nel caso in cui il paziente sia persona altamente scolarizzata.

Cass. civile, sez. III, n. 11950/2013 con rimando al precedente n. 2847 La violazione di tale obbligo non costituisce di per sé un danno risarcibile.

Cass. civile, sez. III, n. 4792/2013 Il paziente deve solo dimostrare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e allegare l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, rimanendo a carico del medico convenuto dimostrare che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo, esso non è stato causa del danno.

Cass. civile, terza sezione, n. 1974/2013 Il trapianto di rene, ai sensi della legge 458/1967, deve essere preceduto da un provvedimento giudiziale il quale accerti la sussistenza di una effettiva e libera volontà del donante. In presenza di tale provvedimento, ha statuito la sentenza appena ricordata, deve presumersi iuris tantum che la volontà del donante si sia correttamente formata e sia stata accertata dal giudice che ha autorizzato l'espianto, con la conseguenza che spetta a chi nega tale circostanza provare il contrario.

TABELLA 2

Cass. civile, Sez. Unite, n. 16754/12 Nel caso di richiesta di esami diagnostici, oggetto del rapporto professionale medico-paziente deve ritenersi non un accertamento "qual che sia", bensì un accertamento doppiamente funzionale alla diagnosi di malformazioni fetali e (condizionatamente al suo risultato positivo) all'esercizio del diritto d'aborto.

Cass. civile, sez. III, n. 7269/2013 La Corte ha ritenuto non condivisibile il pregresso orientamento, affermando che nel giudizio avente a oggetto il risarcimento del danno cosiddetto "da nascita indesiderata" è onere della parte attrice allegare e dimostrare che, se fosse stata informata delle malformazioni del concepito, avrebbe interrotto la gravidanza, e aggiungendo - è il punto più importante - che tale prova non può essere desunta dal solo fatto che la gestante abbia chiesto di sottoporsi a esami volti ad accertare l'esistenza di eventuali anomalie del feto, poiché tale richiesta è solo un indizio privo dei caratteri di gravità e univocità.

condotte professionali conformi alle linee guida contenenti regole di perizia, ma non si estende agli errori connotati da negligenza o imprudenza.

Cass. penale, sez. IV, n. 26966/2013 Il medico che compie insieme al primario attività sanitaria e risulta pienamente al corrente delle condizioni cliniche del paziente non può pretendere di essere sollevato da responsabilità se omette di differenziare la propria posizione.

Cass. penale, sez. IV, n. 21220/2013 Il direttore di uno studio medico ha l'obbligo di verificare non solo i titoli formali dei collaboratori ma anche quello di accertare in concreto un accettabile standard di conoscenze e manualità minimali.

Cass. penale, sez. IV, n. 4541/2013 Il chirurgo estetico è tenuto a un dovere particolare di informazione che va oltre i possibili rischi: deve estendersi a un giudizio globale su come risulterà la persona dopo l'intervento.

TABELLA 3

Cass. penale, sez. IV, n. 16273/2013 Le linee guida accreditate operano come direttiva scientifica per l'esercitante le professioni sanitarie ma non danno luogo a norme cautelari. La colpa grave è l'unica rimasta penalmente rilevante dopo la legge Balduzzi. Ma la distinzione tra colpa lieve e colpa grave, non definita dal legislatore, obbliga l'interprete a un'analisi accurata del fatto concreto.

Cass. penale, sez. IV, n. 11493/2013 La limitazione della responsabilità in caso di colpa lieve opera soltanto per le

Ideato da un pool di scienziati finlandesi. Analizzando le concentrazioni di quattro molecole, è in grado di predire il rischio di morte anche in persone apparentemente in buona salute

Il test del sangue che ci dice se fra cinque anni saremo ancora vivi

SILVIA BENCIVELLI

ROMA — Un prelievo del sangue ci dirà se rischiamo di morire nei prossimi cinque anni. Indipendentemente dal sesso, dall'età, dalle cattive abitudini, dallo stato di salute attuale e dal resto. È la promessa di uno studio finlandese condotto su diciassettemila persone seguite per dieci anni, pubblicato oggi sulla rivista *Plos medicine*. È il primo al mondo che risolve una specie di Sacro Graal della salute, che potrebbe da domani guidare la mano dei medici nel trattamento di ogni paziente.

La ricerca è stata condotta da un gruppo di ricerca che ha messo insieme esperti in medicina computazionale, capaci di analizzare enormi quantità di dati, ed esperti di medicina di laboratorio, che hanno usato una tecnica avanzata di studio delle proteine: la spettroscopia di risonanza

magnetica nucleare.

Inizialmente, sono stati considerati 106 biomarker, sostanze presenti normalmente nel sangue, studiate come indicatori della nostra salute. Indispensabili sono stati i registri finlandesi ed estoni che raccolgono informazioni precise su migliaia di cittadini. Dopo un'analisi dei dati effettuata su un primo gruppo di persone, l'attenzione si è concentrata solo su quattro indicatori: due proteine, la concentrazione di acido citrico e gli indici di metabolismo dei grassi. La conferma è arrivata dallo studio di un secondo gruppo di individui, su cui si sono presi in considerazione solo questi quattro parametri, la cui quantità è apparsa cruciale rispetto al rischio cardiovascolare e di tumore, cioè le nostre principali cause di morte. Tanto che chi apparteneva al 20 per cento di persone con i risultati peggiori del test è risultato avere un rischio di morte diciannove volte più alto di chi ap-

parteneva al 20 per cento coi risultati migliori. La novità, sottolineano i ricercatori finlandesi, starebbe proprio qua: sono solo quattro i parametri determinanti della nostra salute e bastano, anche se siamo sani, a indicare dove e come indirizzare le prossime analisi e le prossime azioni di prevenzione. Ovviamente, specificano, prima di passare alle applicazioni cliniche, cioè prima di poter mettere un semplice test in mano ai medici di famiglia, passerà del tempo e ci vorranno ulteriori conferme cliniche. Intanto, il Sacro Graal della medicina sembra sempre più a portata di mano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In futuro l'esame servirà a mettere a punto azioni di prevenzione e terapie mirate su ogni paziente



Medicina

L'inutile esame che potrà dirci se moriremo nel giro di 5 anni

di GIUSEPPE REMUZZI

A PAGINA 27

Il punteggio

Gli scienziati hanno dato un punteggio a quattro molecole. Più è alto più si rischia di morire nel giro di poco tempo

Il rischio

I fattori di rischio sono noti: fumo, sovrappeso, troppo alcol, poca attività fisica e dieta senza frutta e verdura

Il commento

L'ESAME (INUTILE) CHE DICE SE SI MUORE IN 5 ANNI

Un prelievo del sangue scopre il rischio in persone apparentemente in salute. Ma si tratta di problemi a cui non c'è rimedio

di GIUSEPPE REMUZZI

«Hai giocato abbastanza, abbastanza hai mangiato e bevuto: è tempo che te ne vai». Così Orazio nelle Epistole. Da sempre l'uomo si interroga su quando dovrà morire. Allora il parametro era l'essersi divertiti, l'aver mangiato e bevuto: facili da misurare oltretutto. Oggi per sapere chi ha più probabilità di morire si possono misurare nel sangue proteine dell'infiammazione o livelli di zucchero che però danno indicazioni piuttosto generiche.

Con un lavoro appena pubblicato su «Plos Medicine» c'è un passo avanti. Per farlo si sono messi insieme ricercatori di mezzo mondo, dall'Estonia alla Finlandia, e poi quelli del Massachusetts Institute of Technology, del Children's Hospital e dell'Università di Harvard a Boston e ancora del Wellcome Trust e della Scuola di Medicina di Bristol. Hanno studiato più di 17.000 persone, a tutte hanno fatto un prelievo di sangue per poi seguirle nel tempo. Con un sistema molto sofisticato, la spettrometria a risonanza magnetica nucleare, hanno analizzato contemporaneamente un gran numero di molecole con l'idea di trovarne qualcuna capace di prevedere chi di quelle persone che sembravano sane (ma che forse non lo erano) sarebbe morto anzitempo, nel giro di cinque anni. Alla fine di molecole capaci di prevedere chi sarebbe morto di cuore o di tumore ne hanno trovate almeno quattro, tre di loro già ben conosciute.

E allora cosa hanno fatto di nuovo quei ricercatori? Hanno dato un punteggio a ciascuna delle quattro molecole, dalla somma è venuto fuori un indice («score» dicono i medici): quanto più l'indice è alto tanto più si rischia di morire nel giro di pochi anni

(chi quell'indice ce l'ha altissimo rischia 20 volte di più di chi ce l'ha basso o molto basso).

Uno dei parametri che partecipano a quello che già è stato chiamato «death test», il test della morte, insomma, è l'albumina. I suoi livelli nel sangue si alterano nelle malattie del fegato o del rene ma anche se c'è un cattivo stato di nutrizione o un'infiammazione cronica. Un altro parametro incriminato è il Vldl: sono lipoproteine a bassa densità che hanno a che fare con le malattie del cuore. Poi ci sono l'Alfa1 glicoproteina acida, che aumenta soprattutto nel cancro, e il citrato, importante per il metabolismo energetico. È chiaro che questi parametri si alterano in conseguenza di certe malattie che poi porteranno a morte, non sono loro causa.

Lo studio di Plos Medicine è di grande interesse speculativo ma non aggiunge molto a quello che sappiamo già. Per favore adesso non precipitatevi al laboratorio dell'Ospedale più vicino per farvi fare il test dei finlandesi e calcolare lo «score». Non ne vale la pena. Se fosse alto o altissimo non c'è molto che il vostro medico possa fare per proteggervi. Se poi lo «score» fosse basso si correrebbe il pericolo di sentirsi autorizzati a fare qualunque cosa «tanto nei prossimi cinque anni non

muoio di sicuro». Non è così. Del resto a farci morire anzitempo sono fattori ben noti: fumo, sovrappeso, troppo alcol, poca attività fisica, una dieta senza frutta e verdura. Niente di originale, lo sanno tutti, ma quanti se ne preoccupano al punto da cambiare le loro abitudini?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La prova

Il test

Alcuni ricercatori finlandesi, guidati dal professor Markus Perola, hanno ideato un test del sangue per misurare il rischio di morte precoce nel giro di cinque anni

Come funziona

Il test misura 4 «bioindicatori»: albumina, Alfa 1-glicoproteina acida, citrato e particelle lipoproteiche

Chiara Benedetto: la salute di genere tra paradossi epidemiologici e approcci differenziati

Salute declinata al femminile

Dal peso del cuore alle reazioni ai farmaci: i perché di risposte ad hoc

Non siamo tutti uguali. Uomini e donne non sono solo categorie sociali, né le due facce speculari di una stessa medaglia, ma distinte macchine, con i propri ritmi e le proprie caratteristiche. La medicina di genere studia le differenze di questi due universi paralleli, cercando soluzioni adeguate ora per l'uomo, ora per la donna.

Chiara Benedetto è il Presidente dell'European Board & College of Obstetrics & Gynecology e Direttore Scdu Ginecologia e Ostetricia IU dell'Ospedale S. Anna di Torino. Una struttura, quella piemontese, che è divenuta un punto di riferimento in tutto il Paese, e nel resto del mondo, per essere una delle realtà che meglio ha intuito le necessità della medicina di genere. Benedetto parte proprio da quest'esperienza: «La medicina di genere è una scienza multidisciplinare che, attraverso la ricerca, si propone di identificare e studiare le differenze di genere, cioè fra uomo e donna, sia nel modo e nella frequenza con cui si manifestano le malattie sia nella risposta alle terapie. Una volta identificate tali differenze, si dovrebbero impostare dei percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici e assistenziali specifici per ciascuno dei due sessi».

Da quando prende il via questo approccio medico e perché?

L'idea della medicina di genere è relativamente recente e risale agli anni '80. Fino a quel momento la medicina occidentale considerava gli individui dei due sessi come esseri sostanzialmente uguali, fatte salve alcune evidenti differenze anatomiche.

Le differenze dipendono solo dall'aspetto anatomico/fisiologico o anche da altri aspetti?

La differenza sessuale e somatica è l'evidenza più immediata attraverso la quale siamo abituati a individuare e a separare uomini e donne. Ma se facessimo un viaggio all'interno del corpo umano e potessimo osservarne "dal vivo" funzionamento e reazioni, le differenze di genere ci apparirebbero in tutta la loro evidenza. Un esempio ne è il cuore. Dal punto di vista del suo peso, quello delle donne è mediamente più leggero di quello degli uomini, può avere una diversa composizione proteica e un differente funzionamento delle arterie.

Quali sono le patologie che colpiscono di più le donne e perché?

Le donne vivono più a lungo, ma si ammalano di più e usano di più i servizi sanitari. È il cosiddetto "paradosso donna". Entrando nello specifico, la società americana per la salute ci dà indicazioni precise sulle differenze tra uomo e donna. Si va dalle malattie cardiache, con un tasso di mortalità per cardiopatia ischemica lievemente superiore nelle donne, fino alle numerose differenze su problematiche come la depressione, con le donne che hanno una probabilità 2-3 volte superiore a quella degli uomini di esserne colpite, anche a causa dei minori livelli di serotonina nel cervello. Ma le discrepanze sono tante,

come il cancro ai polmoni. Infatti a parità di esposizione al fumo, le donne hanno maggiori probabilità di sviluppare un tumore al polmone rispetto agli uomini. Il sesso femminile è più sensibile alle sostanze cancerogene presenti nelle sigarette. Inoltre, le donne hanno una probabilità doppia di contrarre una malattia sessualmente trasmessa e un rischio dieci volte superiore di contrarre l'Hiv a causa di rapporti sessuali non protetti. Un'altra disparità è quella delle differenti reazioni ai farmaci, con reazioni avverse 1,7 volte maggiori rispetto agli uomini, tanto che il 60% dei ricoveri delle donne è conseguenza di reazioni indesiderate a qualche medicinale. Infine, ci sono le malattie autoimmuni e le capacità fisiche differenti di fronte all'uso di alcolici a causa di una produzione minore dell'enzima gastrico che metabolizza l'etanolo. A parità di consumo, dunque, presentano una maggiore concentrazione di alcol nel sangue rispetto agli uomini, anche tenendo conto delle differenze di peso.

È importante quindi avere percorsi di cura mirati e differenziati?

È sicuramente importante avere percorsi di cura mirati e differenziati per genere in modo da ottimizzare le cure in un'ottica di equità. Per questo è necessario avviare specifiche analisi di genere non solo in campo clinico, ma anche nelle scienze di base e sociali, nell'epidemiologia clinica, nei servizi sanitari e negli esiti della ricerca, applicare indicatori di qualità stratificati per valutare eventuali disparità di genere nelle prestazioni cliniche e avviare ricerche che individuino i meccanismi che determinano le disparità e che valutino l'efficacia di interventi mirati a ottenere l'equità in tema di salute e assistenza sanitaria.

Il Presidio S. Anna si occupa di Medicina di genere. Quali le prestazioni erogate?

Al Sant'Anna si sono raggiunti alti livelli di competenza in differenti ambiti superspecialistici riferibili alla salute sessuale e riproduttiva della donna: la medicina della riproduzione con l'endocrinologia ginecologica e le tecniche di procreazione medicalmente assistita, la ginecologia oncologica, la diagnosi e il trattamento della patologia del basso tratto genitale femminile, l'uroginecologia, la diagnosi prenatale e il trattamento delle patologie della madre e del feto.

Possiamo dire che il S. Anna punta a diventare l'"ospedale della donna"?

Il Sant'Anna ha sempre avuto un alto valore simbolico e sociale, è sempre stato considerato l'ospedale per le donne: sia per quelle che devono partorire, sia per quelle che hanno bisogno di cure per malattie riguardanti l'apparato genitale e la mammella.

**Raffaella Fonda
 Teresa Bonacci**

Home **In Parlamento**

IN PARLAMENTO

Il milleproroghe è legge: il Senato da il via libera finale al decreto

26 febbraio 2014 Cronologia articolo

Tweet



L'aula del Senato ha appena convertito in legge il decreto milleproroghe con 135 voti favorevoli e 20 contrari. Il decreto scadeva domani, 28 febbraio.

Il testo è quello uscito la scorsa settimana dalla Camera con alcune modifiche rispetto alla versione già approvata dal Senato.

Per quanto riguarda gli argomenti sanitari, rispetto al testo approvato a Palazzo Madama è stata eliminata la proroga del Nomenclatore tariffario e la proroga dei dirigenti nominati dall'Agenzia italiana del farmaco il cui contratto scadrà quindi il prossimo 31 ottobre 2014. Sul versante sociale invece non si farà il trasferimento di 35 milioni dal fondo per i lavoratori esodati al finanziamento della social card.

APPROFONDIMENTI

DOCUMENTI

Il testo

Resta per il settore sanitario lo slittamento della data per definire la nuova remunerazione delle farmacie prima fissata a gennaio 2015 e ora specificata "entro" la stessa data e lo slittamento di 6 mesi, dallo scorso 1 gennaio a giugno 2014, l'obbligo per commercianti e professionisti di accettare anche pagamenti con il bancomat «al fine di consentire alla platea degli interessati di adeguarsi all'obbligo di dotarsi di Pos». Tra i professionisti sono compresi anche i medici. Ma in base al decreto attuativo trasmesso a fine dicembre dal ministero dello Sviluppo Economico alla Banca d'Italia - come spiega la circolare n. 99 della FnomCeO trasmessa agli Ordini il 20 dicembre scorso - con il quale dovrebbero essere disciplinati gli importi minimi, le modalità e i termini di attuazione delle disposizioni sul pagamento delle prestazioni di servizi, anche professionali, attraverso carte di debito, il perimetro di applicazione del decreto attuativo farebbe riferimento ai pagamenti oltre 30 euro e a esercenti per lo svolgimento di prestazioni di servizi, anche professionali (i medici appunto), con ricavi oltre i 200 mila euro. Prevista infine anche una proroga di 12 mesi per l'armonizzazione dei bilanci (Dlgs 118/2011) nelle Regioni a statuto speciale e nelle province autonome.

Clicca per Condividere



©RIPRODUZIONE RISERVATA

Commenta la notizia

Leggi e scrivi

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. 7
25 feb. 2014

[Sfoggia PDF »](#)

SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA »

Uscite precedenti:

- nr. 618-24 feb. 2014
- nr. 511-17 feb. 2014
- nr. 44-10 feb. 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



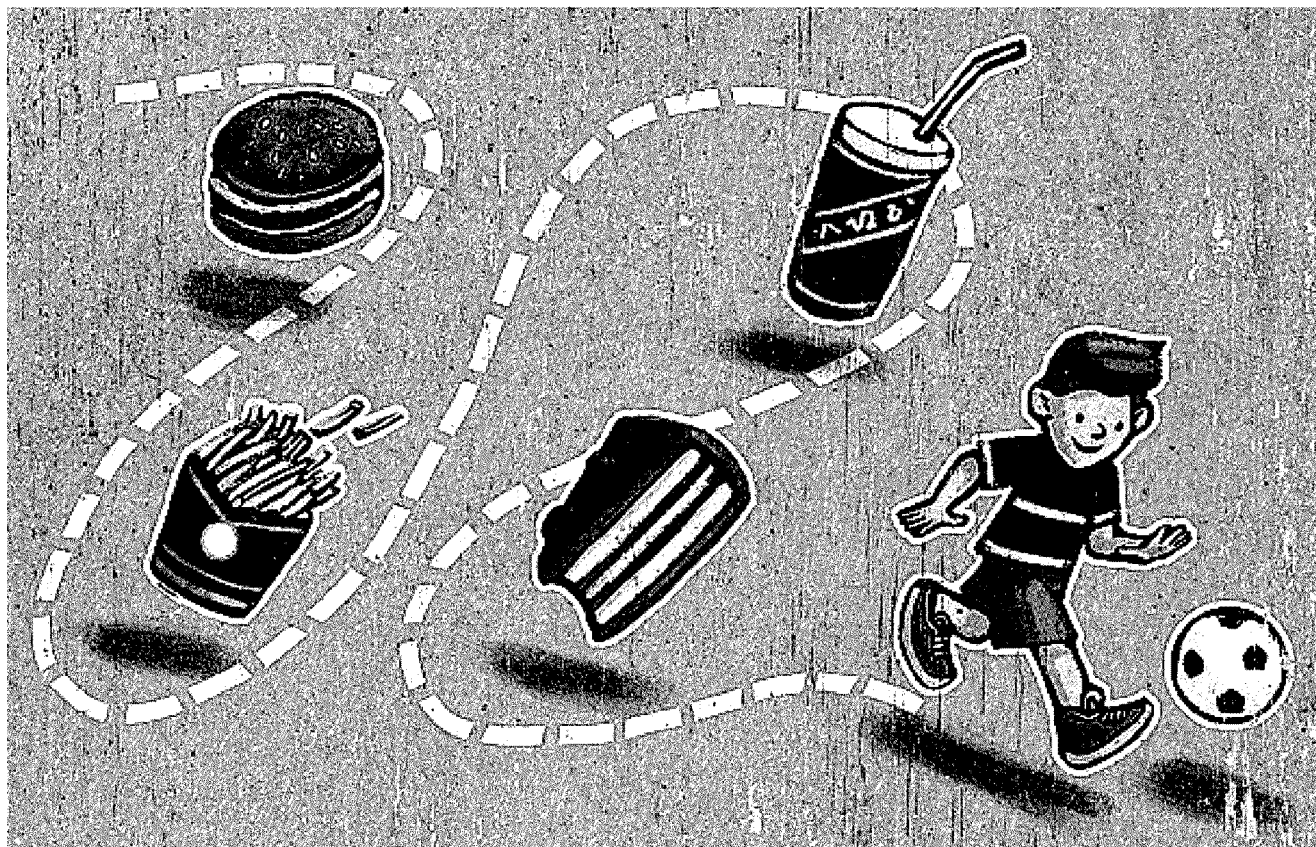
I Biosimilari: appropriatezza e sostenibilità economica

[Sfoggia PDF »](#)

Sanità risponde

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

[Invia un quesito »](#)



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

ILLUSTRAZIONE DI ALBERTO RUGGIERI

Cibo sano e campagne in Rete dimezzano i bimbi obesi

I punti della lezione americana

Tra i 2 e i 5 anni calo del 43%, non nelle famiglie povere

Salute

I piccoli in sovrappeso hanno probabilità 5 volte maggiori di esserlo anche da adulti
Tassati anche i prodotti zuccherati

ROMA — C'è lei che sgambetta sul prato della Casa Bianca e alza le mani al cielo, circondata da bambini. E poi ancora lei che fa hip hop nel

cortile di una scuola. Eccola di nuovo, piegata, mentre si flette e si rialza imitata da un gruppo di ragazzine. Ride sempre Michelle e si diverte. È il suo segreto. Il segreto di una testimonial di eccezione, la moglie del presidente Obama, che è riuscita a incidere in modo radicale nei comportamenti dei giovanissimi americani.

In dieci anni il tasso di obesità per i bambini tra i 2 e 5 anni è calato del 43%. I dati diffusi dall'agenzia federale per la salute («Centers for disease control and prevention») sono molto incoraggianti. Chi è grasso da piccolo

ha infatti una probabilità cinque volte superiore rispetto ai coetanei con peso normale di esserlo anche da adulto. Il calo è stato meno sensibile nelle fasce di popolazione economicamente disagiate dove è più difficile intervenire con efficacia. L'effetto Michelle è stato potenziato da una serie di iniziative complementari che hanno portato a risultati così eclatanti: progetti nazionali come *Let's Move* («Muoviamoci!») incentrato sulle due regole fondamentali del corretto stile di vita. Il movimento innanzitutto, inteso non solo come attività sportiva ma nel senso più generale



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

del «foot traffic», il muovere i piedi. Principio ispiratore dell'architettura delle nuove scuole dove è d'obbligo la presenza di spazi liberi. Poi, la sana alimentazione. A scuole e famiglie vengono fornite indicazioni pratiche per attuare politiche di benessere. Non si tratta di informazioni generiche ma di semplici manuali scaricabili dal web.

Tra i fan di Michelle c'è Alexis Malavazos, nutrizionista endocrinologo, del Policlinico San Donato e responsabile del progetto *Eat* nelle scuole italiane: «La seguo da sei anni in tutto quello che fa. La *first lady* si mette in gioco, non agisce da seduta, a parole.

Ha avuto successo grazie alla continuità e alla perseveranza. I risultati si devono anche ai suoi comprimari, altri testimonial, nomi noti del football americano o del basket». Alla martellante campagna di sensibilizzazione si sono affiancate iniziative di contrasto alle lobby industriali. Tassati i prodotti zuccherati e i cibi grassi, via i distributori dai luoghi frequentati dai giovani, promozione dell'allattamento al seno. Certo, molti problemi vanno ancora risolti. L'obesità non ha mollato la presa nelle vecchie generazioni. Nelle donne sopra i 60 anni l'incidenza è addirittura aumentata.

E cosa sta succedendo a casa nostra dove le scuole, vecchie e senza palestre, scoraggiano il *Foot Traffic*? Il rapporto «Okkio alla salute» coordinato dall'Istituto Superiore della Sanità evidenzia un quadro critico: il 22,2% dei bambini fino a 14 anni sono in sovrappeso, il 10,6% obesi con percentuali più alte al Centro e al Sud. «Tuttavia si evidenzia una leggera diminuzione rispetto alle precedenti raccolte di dati», dice Angela Spinelli, che segue la sorveglianza inserita in un più ampio piano di prevenzione «Guadagnare in salute», avviato dal ministero. «Sembra che anche da noi la tendenza all'aumento del tasso di obesità si sia fermato e questo potrebbe preludere a una diminuzione. Nelle famiglie c'è più consapevolezza dell'importanza della corretta alimentazione», aggiunge Raffaella Buzzetti, endocrinologa dell'Università La Sapienza.

Il modello americano sarebbe riproducibile da noi? «Ci manca la continuità, qui le campagne sono a singhiozzo, finiscono col finire dei fondi, non martellano. Eppure avremmo tutti i presupposti per vincere grazie alla superiorità delle nostre strutture e al patrimonio dei cibi naturali». Il pensiero corre a Campagna Amica, la Fondazione di Coldiretti. Botteghe con alimenti naturali sotto casa e interventi educazionali nelle scuole per promuovere sani stili di vita.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

La ricerca

Negli Usa

Nell'ultimo decennio il tasso di obesità fra i bambini americani di età compresa fra i 2 e i 5 anni si è quasi dimezzato, scendendo del 43%. Secondo l'agenzia federale per la salute degli Usa, nel 2012 l'8% dei bambini fra i 2 e i 5 anni era obeso a fronte del 14% del 2004. L'obesità è invece in aumento fra le donne sopra i 60 anni

I menù consigliati

Seconda ALTERNATIVA	Seconda ELEMENTARE
Colazione:	Colazione:
• Tazza di latte o yogurt con cereali o biscotti	• Tazza di latte o yogurt con cereali o biscotti
• Frutta di stagione o spremuta di agrumi	• Frutta di stagione o spremuta di agrumi
Pranzo	Pranzo
• Minestrina di verdura con pasta	• Pasta al pomodoro
• Fecce al forno (patate, merluzzo, branzino) con insalata di finocchi crudi	• Frittata di basilico con esote cotta in padella
• Pane integrale	• Pane integrale
• Frutta fresca di stagione	• Frutta fresca di stagione
Merenda:	Merenda:
• Yogurt bianco non pastorizzato con frutta fresca a cubetti	• Pane e marmellata con acqua
• CENA	• Spremuta o frullato di frutta
• Pasta al pesto	• CENA
• Prosciutto crudo grasso con insalata di radicchio/ruvoletti/bruschette/mini e noci	• Passato di verdura con carciofi
• Pane integrale	• Legumi nudi lessati con pomodori freschi in insalata
• Frutta fresca di stagione	• Pane integrale
	• Frutta fresca di stagione
	• Con i giorni i bambini devono fare almeno un'ora di attività motoria

Fonte: I.R.C.C.S. Policlinico di San Donato

Scienza. L'influenza? La prevede un'equazione che studia l'evoluzione dei virus responsabili

Roma. Potrebbe non essere più necessaria la corsa al nuovo vaccino contro l'influenza stagionale, dovuta al mix di virus che si riassume in modo diverso ad ogni inverno. La soluzione potrebbe essere nel modello matematico descritto sulla rivista *Nature* e messo a punto, nell'università di Colonia e alla Columbia University di New York, dai fisici teorici Michael Laessig e Marta Luksza.

Negli ultimi anni è diventato sempre più chiaro che l'evoluzione dei virus dell'influenza è un processo molto complesso, nel quale ceppi diversi entrano in competizione fra loro in una corsa dagli esiti finora imprevedibili.

Il modello matematico, descritto sulla rivista Nature, è stato messo a punto dalla Columbia University di New York e dall'Università di Colonia

Il modello pubblicato su *Nature* è il primo a prevedere l'evoluzione dei virus responsabili dell'influenza stagionale da un anno all'altro, permettendo in questo modo di pianificare il vaccino in modo più mirato. Il suo punto di

partenza è stato il comportamento di uno dei protagonisti più noti dell'influenza stagionale, il virus del tipo A H3N2, che sta circolando dal 1968 e del quale sono state raccolte migliaia di sequenze. Sulla base di questa grande quantità di dati, i ricercatori hanno messo a punto la loro teoria, analizzando ben 3.944 sequenze genetiche di una delle proteine fondamentali che si trovano sulla superficie del virus, chiamata emoagglutina. È una proteina fondamentale per capire il comportamento dei virus in quanto è attraverso essa che avviene il primo contatto tra il virus e il sistema immunitario dell'uomo.



Come si riconosce la dermatite seborroica

Chiazze rosse e desquamanti su sterno, capelli e solchi del naso.

La localizzazione è importante per distinguerla dalla psoriasi

NOTIZIE CORRELATE

Molti la conoscono come forfora, ma la dermatite seborroica non è costituita solo da quelle piccole scagliette di pelle che si osservano sulla testa di molti uomini e alcune donne. Questa comune condizione, può comparire anche su altre aree del corpo e si calcola interessi almeno il 10% della popolazione adulta, con stime che vanno oltre il 20%. «La dermatite seborroica interessa soprattutto le regioni ricche di ghiandole sebacee e si manifesta con chiazze rosse e desquamanti, che a volte causano anche prurito - spiega Giuseppe Micali, direttore della Clinica Dermatologica dell'Università di Catania -. Nel suo sviluppo giocano un ruolo importante lieviti, del genere *Malassezia* (soprattutto *Malassezia globosa* e *Malassezia restricta*), che si trovano normalmente sulla cute e diventano aggressivi solo in particolari situazioni. Il risultato è un processo infiammatorio, associato a modificazioni qualitative e quantitative nella produzione sebo. Esistono poi alcuni fattori scatenanti che, in soggetti geneticamente predisposti, favoriscono le riacutizzazioni della malattia, che ha un tipico andamento ciclico, con fasi di remissione alternate a periodi di peggioramento.

Quali sono i fattori che la favoriscono?

«Possono essere stress, variazioni ormonali, riduzione delle difese immunitarie. La dermatite seborroica ha anche una stagionalità: di solito migliora d'estate, se l'esposizione al sole non è eccessiva, e peggiora in inverno per freddo e bassa umidità».

Quali sono i criteri per diagnosticarla?

«Le aree colpite sono arrossate e coperte da squame piccole e untuose. Se la dermatite seborroica colpisce le zone pilifere, come il cuoio capelluto, le sopracciglia o l'area della barba, la desquamazione è maggiore. Pertanto da un occhio non esperto può essere facilmente scambiata con la psoriasi e altre malattie dermatologiche. Quello che la caratterizza e aiuta a distinguerla è la comparsa in zone tipiche del corpo».

Quali sono le aree più colpite?

«La dermatite seborroica predilige sopracciglia, solchi del naso e regione sternale. Come già accennato, è molto frequente anche al cuoio capelluto, dove si può accompagnare a prurito. La desquamazione, può

sconfinare sulla fronte, dietro l'orecchio e nel condotto uditivo esterno. Più rara a inguine e ascelle»

Come si cura?

«Non esistono terapie sicuramente risolutive. Gli obiettivi del trattamento sono la riduzione della reazione infiammatoria, della produzione di sebo e della colonizzazione del fungo Malassezia. Nelle forme lievi ciò si può ottenere con una terapia locale con prodotti a base di solfuro di selenio, zinco piritione e, soprattutto, ketoconazolo. Questi trattamenti hanno però efficacia limitata e le recidive sono frequenti. Nelle forme gravi, resistenti e recidivanti può essere presa in considerazione la somministrazione di un antimicotico, come l'itraconazolo, per via generale».

stampa | chiudi

salute attualità

Testo di Ida Macchi

endometriosi

MI DEVO OPERARE?

Sì, ma solo in 2 casi. Questi sono gli interventi più nuovi e risolutivi. Ma anche i farmaci che ti permettono di gestire al meglio il dolore

1. «HO UNA CISTI ENDOMETRIOSICA»

«Da circa un anno le mestruazioni sono un incubo. I 3-4 giorni che precedono il ciclo e il primo giorno di flusso, mi piego in due dal dolore. Ho fitte e crampi al basso ventre, localizzati soprattutto a destra dove il mio ginecologo, grazie all'ecografia transvaginale, ha riscontrato una cisti endometriosica di circa 5 centimetri. Devo farla asportare?»

Daniela, 32 anni

«Quando sull'ovaio migrano alcune cellule dell'endometrio (il tessuto che riveste la cavità uterina) e attecchiscono in "terra straniera", si possono formare delle cisti piene di sangue», dice il professor Mario Malzoni, primario dell'unità di endoscopia ginecologica del Centro nazionale per la cura dell'endometriosi di Avellino. «L'infiammazione che ne consegue può portare alla formazione di aderenze, strutture fibrose che determinano l'adesione tra diversi organi e alterano la normale posizione di utero, ovaie e tube».

● **Prima dell'intervento, prova i farmaci.** Se però la sintomatologia non regredisce con l'assunzione di un progestinico o di un trattamento farmacologico ormonale, potrebbe essere indicato asportare la cisti. La chirurgia diventa una scelta obbligata nel caso in cui la formazione abbia un aspetto ecografico "sospetto", o un ritmo di crescita rapido nonostante le cure. L'intervento può minare però il tuo potenziale riproduttivo: nel 40% dei casi riduce la riserva ovarica e, a volte, può azzerarlo. Se desideri un figlio, quindi, pensa se affidarti alle tecniche di medicina riproduttiva, effettuando il prelievo e il congelamento degli ovociti.

→ l'intervento

Viene effettuato in anestesia generale e per via laparoscopica. Il chirurgo pratica quattro piccole incisioni di circa mezzo centimetro, una attraverso l'ombelico e 3 al di sotto. Poi, attraverso tali vie, inserisce una minitelecamera che visualizza sul monitor il campo operatorio e gli strumenti chirurgici.

● **Raggiunta la cisti, aspira il contenuto ematico ed elimina la capsula che lo contiene**, salvaguardando il più possibile l'integrità dell'ovaio. Un intervento mininvasivo, quindi, che dura mediamente mezz'ora.

● **Di solito, vieni dimessa dall'ospedale dopo 48 ore e puoi tornare al lavoro dopo circa 3 giorni.** Va però detto che, nel 20% dei casi, anche la soluzione chirurgica non garantisce la completa guarigione: l'endometriosi è, infatti, una malattia cronica che può ripresentarsi. Compresa le cisti ovariche: purtroppo, a volte ritornano.



80%

I CASI IN CUI
L'ASPORTAZIONE
DELLE CISTI RISOLVE
IL PROBLEMA IN
MODO DEFINITIVO



2. «NON RIESCO AD AVERE UN BEBÉ»

«Io e mio marito facciamo l'amore tutte le sere, cercando di avere un bambino. Ma la cicogna non arriva. Ormai tento di restare incinta da un anno e comincio a demoralizzarmi. Ho una live endometriosi: potrebbe essere questo disturbo a impedire la gravidanza?»
Ines, 34 anni

«L'endometriosi non preclude la possibilità di essere madre. Però, intaccando spesso le ovaie e la motilità delle tube, allunga i tempi del concepimento», risponde Manzoli. **Se sei stanca di aspettare, affidati serena all'intervento.** Solo così potrai ripristinare la corretta anatomia dell'apparato riproduttivo. «L'infertilità, però, non sempre viene risolta dalla chirurgia. Per questo pensa anche alla possibilità di ricorrere alla procreazione medicalmente assistita. Sicura, dà ottimi risultati ma prima è importante valutare la tua riserva ovarica», dice Manzoli.

→ l'intervento "salvafertilità"

Per via laparoscopica e in anestesia generale, il chirurgo provvede a rimuovere cisti, focolai endometriosi ed eventuali aderenze valutando, durante l'intervento stesso, lo stato di salute dell'apparato riproduttivo.

● **Ciò grazie a un esame (la cromosalpingografia) che utilizza un mezzo di contrasto, il blu di metilene, per visualizzare se le tube sono aperte.** Se il riscontro è positivo significa che, nonostante l'endometriosi, le tue tube sono ancora in grado di assolvere il compito di trasportare l'ovocita e il liquido seminale prima e,

successivamente, l'embrione verso l'utero. Se, invece, una delle due tube è compromessa, il chirurgo provvede a interromperla o ad asportarla.

● **La buona notizia? Restare con una tuba sola riduce ma non azzerla la possibilità di una gravidanza spontanea.** E comunque puoi sempre "bypassare" le tube grazie alla fecondazione in vitro. La durata dell'intervento è di circa due ore e puoi tornare in pista dopo un paio di settimane. Nell'80% dei casi l'intervento riesce a ripristinare il tuo indice di fertilità precedente all'endometriosi.

I farmaci giusti contro il dolore

- Il dolore, purtroppo, è presente in tutte le forme di endometriosi. Oggi, però, c'è una nuova soluzione per metterlo alle corde, sia nel periodo preoperatorio sia nei casi in cui la chirurgia non si riveli una scelta risolutiva.
- «Si tratta degli oppioidi, antidolorifici più efficaci degli antinfiammatori che si usano di solito», spiega Sergio Pascale, primario Anestesia e Terapia del dolore della Casa di Cura Villa dei Platani di Avellino.
- «Nell'immaginario collettivo gli oppioidi vengono visti come droghe o farmaci dati per situazioni gravi. In realtà, le nuove formulazioni sono efficaci, non danno dipendenza, sono ben tollerate e non riservano gli effetti indesiderati tipici dei farmaci antinfiammatori non steroidei (Fans). Presi a lungo, infatti, possono avere effetti collaterali su cuore, stomaco e reni», dice Pascale.
- Invece, i nuovi oppioidi (come l'ossicodone e il nalaxone) non riservano sorprese, anche se usati per lunghi periodi. Inoltre, non provocano disturbi di stomaco, né danno sonnolenza o episodi di stipsi.

Malattie Rare. Pani (Aifa) premiato dalla Federazione europea dei pazienti

Il riconoscimento per “la dedizione e l'impegno” profusi dall’Agenzia Italiana del Farmaco nell'affrontare i bisogni dei pazienti. Pani: “Mentre cerchiamo di garantire in tempi rapidi l’accesso alle terapie, teniamo i pazienti sotto controllo per evitare che la disperazione e l’urgenza li esponga a farmaci inefficaci o, peggio, insicuri”.



26 FEB - L’Agenzia italiana del farmaco premiata ieri a Bruxelles con l’Eurordis-European Rare Disease Leadership Award 2014, il riconoscimento che la Federazione di associazioni non governative che rappresenta 614 organizzazioni di malati in 58 paesi dedica a chi ha dimostrato particolare impegno nell'affrontare i bisogni dei pazienti affetti da malattie rare. Quest’anno Eurordis ha scelto **Luca Pani**, direttore generale dell’Aifa, “per la leadership, per il sostegno dato alle malattie

rare e per la capacità di adottare misure e politiche innovative, il cui impatto tangibile è stato riconosciuto non solo in Italia”.

"Per AIFA malattie rare non significa malati rari o orfani, semmai vuol dire malati unici e speciali. Sono felice e onorato di ricevere questo premio – ha affermato Luca Pani – a nome di tutti quelli che lavorano in AIFA perché ogni giorno si costruisca un rapporto diretto con i pazienti per migliorare le loro vite ma anche il processo regolatorio". In questo senso, oltre all’iniziativa "Open AIFA" per dare alle associazioni, alle aziende ma anche ai singoli malati l'opportunità di parlare direttamente con l'Agenzia, l’Aifa ha promosso lo scorso anche il convegno internazionale "Farmaci. Diritto di parola" dedicato proprio al ruolo dei pazienti all’interno del processo di sviluppo delle terapie. “Questo vale per tutti i pazienti e per tutte le associazioni di qualunque dimensione e non ne riconosciamo alcuna che possa avere il diritto di parlare in esclusiva per coloro che non hanno parola. Crediamo in una solidarietà e condivisione della sofferenza umana e non nell’aristocrazia del dolore”, ha detto Pani.

Ma Pani ha sottolineato anche la necessità di “non abbassare mai la guardia”. Perché “se è vero che cerchiamo di garantire in tempi estremamente rapidi l’accesso alle terapie, è altrettanto vero che i nostri pazienti sono sottoposti a un sistema di controllo estremamente rigoroso per evitare che in nome della disperazione e dell’urgenza i malati possano essere esposti a farmaci inefficaci o,

peggio, insicuri. AIFA ha ideato per questo alcuni strumenti preziosi come i nuovi Registri di Monitoraggio che ci permettono di ‘sorvegliare’ costantemente i pazienti e modificare, o anche interrompere eventualmente, le terapie qualora non si dimostrino efficaci o siano rischiose. I pazienti devono sapere che non sono mai soli perché AIFA, come ci viene riconosciuto oggi e sempre più spesso nel panorama internazionale, è davvero unica nel contesto europeo”.

“Questo perché – ha concluso Pani - crediamo fortemente in un progetto europeo di salute. Ecco perché questo premio mi onora in modo particolare: se ogni Stato fa sì che i propri sforzi convergano verso obiettivi comuni, eviteremo di disperdere energie e duplicare il lavoro, ma soprattutto riusciremo nell’impresa di garantire cure a tutti nella grande comunità fatta dalle diverse popolazioni Europee”.

26 febbraio 2014

© Riproduzione riservata