

Monitoraggio Lea 2012: le Regioni adempienti passano da 13 a 15

26 maggio 2014

Aumentano le Regioni italiane «promosse» per l'assistenza sanitaria ai cittadini, anche se il bollino rosso indice di forti criticità resta per la Campania. È quanto emerge dal monitoraggio 2012 dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), effettuato dal ministero della Salute e pubblicato sul sito del dicastero (I CUI RISULTATI SONO STATI ANTICIPATI SU QUESTO SITO A GENNAIO: [VEDI](#)). Su 16 regioni monitorate, le "adempienti" passano da 13 a 15, di cui 10 in piena regola: cresce l'appropriatezza delle prestazioni ma si confermano differenze regionali importanti. Tra i principali risultati: più posti in hospice per i malati di tumori. In alcune regioni interventi più tempestivi nella frattura del femore e meno parti cesarei. Criticità ancora per l'assistenza ad anziani e disabili.

Il monitoraggio 2012 dei Livelli essenziali di assistenza è stato realizzato attraverso l'utilizzo di un set di 31 indicatori (Griglia Lea) ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera erogate dalle Regioni, consente sia di individuare per le singole realtà regionali quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia di evidenziare i punti di forza della stessa erogazione.

L'adempimento sul "mantenimento nell'erogazione dei Lea" si inserisce nell'ambito della "Verifica Adempimenti" affidato dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse (Comitato Lea) che congiuntamente al Tavolo di verifica degli adempimenti, consente alle Regioni coinvolte (sono escluse la Valle d'Aosta, le due Province Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna dal 2010) di accedere alla quota premiale delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie (cfr. Verifica Adempimenti LEA 2012).

Nel documento "Adempimento mantenimento dell'erogazione dei LEA - anno 2012", a cura dell'Ufficio VI della Direzione generale della programmazione sanitaria si illustrano gli indicatori utilizzati, la metodologia di valutazione complessiva e sintetica dell'insieme degli indicatori e i risultati ottenuti dalle

Regioni attraverso una classificazione a tre livelli (adempienza, adempienza con impegno, critica).

In considerazione del fatto che i Lea devono essere garantiti a tutti i cittadini italiani, indipendentemente dall'accesso o meno della Regione di residenza ad uno specifico finanziamento, sono riportati anche i dati delle Regioni Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e delle Province Autonome di Trento e Bolzano per il triennio 2010-2012.

Rispetto all'anno 2011, nel 2012 si osserva un miglioramento per il Lazio che avendo assolto gli impegni previsti risulta adempiente e per Puglia e Calabria che passano da una situazione critica ad un livello in cui, assolvendo alcuni impegni possono diventare adempienti. Ciò evidenzia l'effetto positivo del programma di supporto alle Regioni attraverso i Piani di rientro in 3 regioni su 6.

Nel 2012 si conferma l'importante variabilità del mantenimento nell'erogazione dei LEA sia all'interno della stessa Regione che tra le diverse Regioni, osservata negli anni precedenti, per tutte le Regioni comprese quelle adempienti e quelle non sottoposte a Verifica. In tutte queste ultime Regioni, ad eccezione della P.A. di Trento, si osserva, rispetto al 2011 e diversamente che per la maggior parte delle Regioni sottoposte a verifica, un aumento dei settori in cui il mantenimento dell'erogazione dei LEA risulta critico.

Anche l'andamento temporale dei singoli indicatori è caratterizzato da una notevole variabilità geografica. Rispetto al 2011 si conferma il trend in diminuzione dei ricoveri ospedalieri, con l'eccezione di tre Regioni, e l'aumento dell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera erogata, già osservati rispetto all'anno 2010.

Ancora criticità, soprattutto in alcune Regioni, per l'adesione ai programmi di screening e gli indicatori dell'area dell'assistenza territoriale erogata agli anziani e ai disabili. In questa area fa però eccezione l'indicatore relativo ai posti letto attivi in hospice per le patologie tumorali per cui si osserva un miglioramento nella maggior parte delle Regioni.

La percentuale di parti cesarei primari è ancora elevata anche se per qualche realtà regionale si osserva una netta diminuzione; anche la % di pazienti con frattura del femore operati entro 2 giorni non raggiunge ancora livelli soddisfacenti pur osservando in alcune Regioni un netto miglioramento.

Quanto descritto sottolinea la necessità di monitorare il mantenimento dell'erogazione dei Lea per tutte le Regioni italiane e andando oltre la valutazione della adempienza complessiva ovvero analizzando, attraverso gli indicatori della Griglia Lea, le singole aree che la compongono.

L'aggiornamento annuale del set di indicatori rende flessibile la Griglia, capace di adattarsi ai nuovi indirizzi politici-programmatori ed in grado di intercettare gli aspetti che via via si individuano come più rilevanti per quanto concerne l'erogazione dei Lea.

approfondimenti

documenti

- [Il Monitoraggio della Salute sul "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea](#)

©RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 26 MAGGIO 2014

Erogazione Lea 2012. Salgono a 15 le Regioni "adempienti". Campania in condizioni "critiche". Il Rapporto del ministero della Salute

Promosse anche Puglia e Calabria, ma con riserva. Le Regioni in “piena regola” sono 10, una in più rispetto al 2011 e si tratta del Lazio. Cresce l’appropriatezza ma restano differenze regionali importanti. Più posti negli hospice, ma ancora criticità per l’assistenza ad anziani e disabili. [IL RAPPORTO](#) e la [SCHEMA DI SINTESI](#).

Migliorano i livelli di erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in Italia. Su 16 regioni monitorate, le “adempienti” passano da 13 del 2011 a 15 del 2012, di cui 10 in piena regola (una in più dell’anno precedente e si tratta del Lazio). A rilevarlo è il monitoraggio 2012 del ministero della Salute sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), realizzato attraverso l’utilizzo di un definito set di 31 indicatori (Griglia LEA) ripartiti tra l’attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l’assistenza territoriale e l’assistenza ospedaliera erogate dalle Regioni. Un lavoro che “consente sia di individuare per le singole realtà regionali quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un’adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia di evidenziare i punti di forza della stessa erogazione”, spiega il ministero.

Ma cosa emerge dal monitoraggio 2012? Che “cresce l’appropriatezza delle prestazioni” ma “si confermano differenze regionali importanti”. Che vi sono “più posti in hospice per i malati di tumori” ma “ancora criticità per l’assistenza ad anziani e disabili”. In particolare, rileva il ministero, “rispetto all’anno 2011, nel 2012 si osserva un miglioramento per il Lazio che avendo assolto gli impegni previsti risulta adempiente e per Puglia e Calabria che passano da una situazione critica ad un livello in cui, assolvendo alcuni impegni possono diventare adempienti. Ciò evidenzia l’effetto positivo del programma di supporto alle Regioni attraverso i Piani di rientro in 3 regioni su 6”.

Tuttavia nel 2012 si conferma “l’importante variabilità del mantenimento nell’erogazione dei LEA sia all’interno della stessa Regione che tra le diverse Regioni, osservata negli anni precedenti, per tutte le Regioni comprese quelle adempienti e quelle non sottoposte a Verifica. In tutte queste ultime Regioni, ad eccezione della P.A. di Trento, si osserva, rispetto al 2011 e diversamente che per la maggior parte delle Regioni sottoposte a verifica, un aumento dei settori in cui il mantenimento dell’erogazione dei LEA risulta critico”, spiega ancora il ministero.

Anche l’andamento temporale dei singoli indicatori è caratterizzato da una notevole variabilità geografica. Rispetto al 2011 si conferma il trend in diminuzione dei ricoveri ospedalieri ma l’aumento dell’appropriatezza dell’assistenza ospedaliera erogata, già osservati rispetto all’anno 2010. Ancora criticità, soprattutto in alcune Regioni, per l’adesione ai programmi di screening e gli indicatori dell’area dell’assistenza territoriale erogata agli anziani e ai disabili. In questa area fa però eccezione l’indicatore relativo ai posti letto attivi in hospice per le patologie tumorali per cui si osserva un miglioramento nella maggior parte delle Regioni.

“La percentuale di parti cesarei primari è ancora elevata anche se per qualche realtà regionale si

osserva una netta diminuzione; anche la percentuale di pazienti con frattura del femore operati entro 2 giorni non raggiunge ancora livelli soddisfacenti pur osservando in alcune Regioni un netto miglioramento", evidenzia il ministero.

"Quanto descritto – commenta il ministero in conclusione - sottolinea la necessità di monitorare il mantenimento dell'erogazione dei LEA per tutte le Regioni italiane e andando oltre la valutazione della adempienza complessiva ovvero analizzando, attraverso gli indicatori della Griglia LEA, le singole aree che la compongono". Griglia che, ricorda il ministero, viene aggiornata annualmente nel suo set di indicatori, rendendola in questo modo "flessibile" e "capace di adattarsi ai nuovi indirizzi politici-programmatori ed in grado di intercettare gli aspetti che via via si individuano come più rilevanti per quanto concerne l'erogazione dei Lea".

Infezioni. Dal congresso europeo dei microbiologi le novità su esami diagnostici e terapie contro l'antibiotico-resistenza. Analisi attendibili in solo 8 ore invece di giorni. Un kit entro un anno. L'importanza delle cure combinate

Il super-test rapido scova 800 patogeni

IRMA D'ARIA

BARCELONA

COVARE virus e batteri nel minor tempo possibile per capire l'origine dell'infezione ed intervenire con la terapia più appropriata. È questa la strategia su cui stanno lavorando gli esperti di tutto il mondo preoccupati dell'aumento delle infezioni e dell'antibiotico-resistenza che rende sempre più spuntate le nostre difese. All'ultimo congresso della European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (Escmid), a Barcellona, sono stati presentati i risultati dello studio Radical su un nuovo test molecolare, nato dalla ricerca militare contro il bioterrorismo, in grado di individuare oltre 800 patogeni batterici, fungini o virali nell'arco di sole 8 ore rispetto a diversi giorni necessari oggi per effettuare le colture. I ricercatori hanno condotto un'analisi retrospettiva sui campioni di oltre 180 pazienti con sospette infezioni gravi per confrontare i risultati di questa nuova tecnologia (messa a punto da Abbott) con quelli delle colture oggi in uso. Dopo aver esaminato i dati preliminari, i medici indipendenti del panel di valutazione hanno dichiarato che avrebbero prescritto una terapia diversa in oltre il 50% dei casi. Secondo l'autore dello studio, Jean-Louis Vincent, responsabile del reparto di terapia intensiva all'Hôpital Erasme, «questi risultati confermano che il nuovo test potrebbe essere utilizzato per identificare i microorganismi più rapidamente rispetto alle colture di laboratorio». Lo studio sarà completato entro la fine del 2014 e il dispositivo per la diagnosi in vitro con marchio CE, sarà disponibile nei paesi europei entro i prossimi 12 mesi.

L'altro fronte su cui si concentrano le ricerche è quello delle terapie: «I farmaci sono sempre meno efficaci ed oggi un medico può trovarsi di fronte ad un ceppo che risulta resistente a tutti gli antibiotici», avverte Marco Falcone, ricercatore presso il Dipartimento di Sanità pubblica e malattie infettive della Sapienza di Roma e membro del team internazionale che ha redatto le linee-guida europee per la gestione delle infezioni da batteri multi-resistenti in ospedale. Visto che persino la famiglia di farmaci "ultima risorsa" - i carbapenemi, utilizzati per curare infezioni mortali - risulta inefficace in più della metà dei pazienti trattati e visto che

ormai da anni non ci sono più state nuove classi di antibiotici, si punta sulla combinazione di più molecole. Un esempio di cui si è parlato all'Escmid è l'associazione di ceftolozane, una nuova cefalosporina (molto potente in vitro contro lo *Pseudomonas Aeruginosa*), con il tazobactam, noto ed efficace inibitore della lattamasi. Contro le infezioni ospedaliere da *Klebsiella pneumoniae*, già si usa la combinazione ertapenem e doripenem.

Ma si battono altre strade. L'università di Melbourne ha sviluppato un tessuto antibatterico che può uccidere una vasta gamma di agenti patogeni, in 10 minuti. Anche la nanotecnologia viene in aiuto: con delle microsonde grandi non più di un capello, infatti, già da anni i ricercatori del Centro di nanotecnologia di Londra stanno studiando le modalità con cui gli antibiotici si legano al batterio, lo indeboliscono e lo distruggono: capito il meccanismo si sintetizzerà la nuova medicina.



SELPRESS
www.selpress.com

L'INFEZIONE BATTERICA

BATTERI

1 I batteri iniziano a moltiplicarsi in una zona del corpo

2 Il sistema immunitario si accorge del pericolo e attacca i batteri



ed emette sostanze che causano dolore e febbre

I SINTOMI

Febbre
Dolore

INIZIO DELLA CURA ANTIBIOTICA

3 Arriva l'antibiotico che blocca la proliferazione dei batteri normali

4 I batteri resistenti hanno il campo libero

MIGLIORIE

Calo di febbre e dolore

5 I batteri normali sono distrutti

6 Il sistema immunitario rallenta l'azione

CURA ANTIBIOTICA ADEGUATA



7 La cura antibiotica prosegue ancora per almeno 3 giorni

8 I batteri normali superstiti non possono moltiplicarsi

GUARIGIONE



9 Il sistema immunitario elimina quelli resistenti

OK

CURA ANTIBIOTICA INCOMPLETA (O INADEGUATA)



10 Davanti ai miglioramenti, viene sospesa la cura antibiotica

SOMMINISTRAZIONE DI ANTIBIOTICI IN MODO IMPROPRIO

Nel consumo di carni di allevamento contaminate di antibiotici

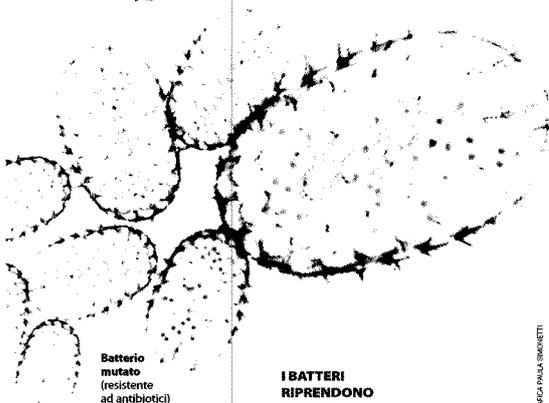
Assunzione di antibiotici per influenze e altre infezioni virali

Batterio normale

Materiale genetico



Batterio mutato (resistente ad antibiotici)



I BATTERI RIPRENDONO VIGORE

11 Il sistema immunitario più debole lascia vivi molti batteri, compresi quelli resistenti

Batterio normale

Il test sviluppato dalla Abbott sarà disponibile in Europa entro i prossimi 12 mesi

IL NUOVO ESAME DIAGNOSTICO

Utile per malattie infettive

Utilizza un campione biologico del paziente

Individua oltre 800 patogeni e funghi

Il risultato arriva nell'arco di 6-8 ore

RICADUTA

Febbre e dolore

CONTRATTACCO DEI BATTERI

12 I batteri resistenti che rimangono silenti sono pronti ad invadere il corpo giorni, mesi o anni dopo, appena le difese si abbassano

Batterio resistente

COME UN BATTERIO DIVENTA RESISTENTE

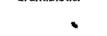


Ad ogni divisione del batterio il suo Dna genera due copie talvolta non identiche, perché una soffre una mutazione genetica

Se il gene mutato è quello su cui agiva l'antibiotico il nuovo batterio sarà resistente

Assunzione di antibiotico

I batteri resistenti sopravvivono e si moltiplicano anche in presenza di antibiotici



FONTE: RELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA / ANSA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Segnali elettrici invece di farmaci per agire sul sistema immunitario

È stato dimostrato che con opportuni stimoli ai fasci nervosi giusti si può contrastare, per esempio, la produzione di sostanze infiammatorie



Goran Ostovich vive in Bosnia Erzegovina e fa consegne a domicilio. Kevin Tracey è ricercatore al Feinstein Institute for Medical Research a New York e ha avuto un'intuizione geniale. Il primo soffriva di una grave forma di artrite reumatoide che gli procurava dolori alle mani, ai polsi e ai gomiti e gli impediva persino di girare il volante del suo furgone, figurarsi come poteva caricare e scaricare i pacchi da recapitare ai clienti. E infatti aveva smesso di lavorare. L'altro ha trovato il sistema per farlo ritornare al lavoro e anche al suo sport preferito, il ping pong: gli ha impiantato un piccolo dispositivo nel collo capace di controllare l'attività del suo sistema immunitario e di spegnere quell'infiammazione che stava all'origine della sua malattia. I due sono i primi protagonisti di una nuova rivoluzione in campo medico: la possibilità di curare le malattie con impulsi elettrici invece che con farmaci. Benvenuti nell'era dell'elettroceutica. L'idea che i segnali elettrici possano controllare il sistema immunitario può suonare bizzarra per chi si occupa di biologia, perché si è sempre pensato che i segnali elettrici rappresentassero il linguaggio del sistema nervoso e non di quello immunitario.

Si sa, per esempio, che la pressione arteriosa o il battito cardiaco sono regolati dal cervello che invia impulsi elettrici a tutto il corpo attraverso i nervi, riceve dei feed-back sulle sue varie funzioni e si preoccupa di aggiustarle. E infatti già oggi si può intervenire per modificare questi circuiti, quando sono alterati, per esempio con pacemaker (che inviano impulsi elettrici capaci di regolare il ritmo cardiaco) o con defibrillatori che permettono al cuore di ripartire quando va in fibrillazione ventricolare. Che però una stimolazione elettrica potesse controllare il sistema immunitario, cioè quel sistema di difesa dell'organismo che qualche volta impazzisce e aggredisce l'organismo stesso (come appunto avviene nell'artrite reumatoide dove gli anticorpi prodotti da questo aggrediscono i tessuti delle articolazioni) sembrava un'idea quasi eretica. Ma Tracey ha dimostrato che non è così. Negli ultimi anni Novanta, con i suoi collaboratori, stava sperimentando un nuovo farmaco anti-infiammatorio. Aveva notato che, quando lo iniettava nel cervello dei topi, questo composto riduceva l'infiammazione negli organi e negli arti periferici, ma la quantità di farmaco era così piccola che non poteva agire attraverso il

circolo sanguigno. L'unica spiegazione poteva essere un effetto mediato dai nervi.

Così ha cominciato a studiare come la stimolazione dei nervi potesse sostituirsi al farmaco e ha dimostrato che stimolando elettricamente i nervi che arrivano alla milza (qui vengono prodotte le cellule T del sistema immunitario, coinvolte nell'artrite reumatoide, che sono alla base dei processi infiammatori), si riduce l'infiammazione e che il cervello può dialogare con il sistema immunitario. Ma come? Le cellule nervose comunicano con le cellule immunitarie della milza attraverso sostanze chimiche chiamate neurotrasmettitori e la stimolazione dei nervi attiva una reazione complessa che impedisce ai T linfociti di produrre sostanze infiammatorie come il *tumor necrosis factor* (Tnf, quest'ultimo, ripetiamo, si accumula nelle articolazioni, provoca infiammazione, dolore e danno ai tessuti). E, infatti, le moderne terapie per l'artrite reumatoide si basano su farmaci che bloccano il Tnf, ma sfortunatamente comportano il rischio di infezioni e non sempre funzionano. Come nel caso di Ostovich (il nome è di fantasia per tutelare la privacy) e poi in Bosnia questi farmaci non sono così accessibili. Ecco allora che Ostovich, insieme ad altri undici pazienti, si sono prestati a una sperimentazione clinica, coordinata da Tracey, che prevedeva l'impianto di uno stimolatore del nervo vago, l'autostrada elettrica che collega il cervello alla maggior parte degli organi, milza compresa. L'impianto ha funzionato: Ostovich non ha provato più dolore, i livelli di Pcr, una proteina presente nel sangue che è indice di infiammazione, sono calati, e, ultimo, ma non meno importante, non si sono rilevati effetti collaterali.

Con Ostovich altri sette volontari hanno ottenuto miglioramenti e la sperimentazione è stata pubblicata sulla rivista *Arthritis and Rheumatism*. Tracey, individuando il primo circuito cervello-milza che controlla il sistema immunitario è stato un pioniere, ma nel frattempo si sono accumulate altre osservazioni interessanti. L'americano Clifford Woolf della Harvard Medical School di Boston ha annunciato, pochi mesi fa, di avere individuato un secondo circuito: quello di nervi che arrivano alla pelle e che, se stimolati, possono ridurre certe infezioni cutanee. Ancora: Silvia Conde della New University di Lisbona ha dimostrato che manipolando certe fibre nervose che stanno nel plesso carotideo (attorno cioè alla carotide) si può modulare la sensibilità all'insulina e magari arrivare a curare il diabete. Dimostrando così che il sistema immunitario non è l'unico che può essere manipolato. E, infatti, alcuni ricercatori americani e la Electrocore, un'azienda americana che ha il suo quartier generale a Basking Ridge in New Jersey (molte aziende si stanno ora interessando a questo settore), stanno cercando di trovare una nuova soluzione terapeutica per l'asma e hanno dimostrato che stimolando un certo gruppo di fibre del nervo vago, si può intervenire sul rilascio, da parte loro, di neuro mediatori come la noradrenalina che agiscono sui bronchi e possono prevenire il broncospasmo.

E hanno dato il via a una sperimentazione: 81 persone, ricoverate per un attacco di asma, che non rispondevano alla terapia tradizionale hanno avuto beneficio dall'impianto di un elettrodo per quanto riguardava la funzionalità polmonare, ma no per altri sintomi come la tosse o la sensazione di mancanza di respiro. Così l'americana Brendan Canning del Johns Hopkins Asthma and Allergy Center a Baltimora (Maryland) sta cercando di isolare, sempre nel nervo vago, le fibre responsabili di questi sintomi, per poterle usare come bersaglio del trattamento. La sfida, dunque, è quella di trovare i circuiti elettrici, coinvolti nelle malattie, che possono essere i bersagli della terapia, individuarne le alterazioni e trovare il "voltaggio" adatto per la cura. Secondo le previsioni degli esperti (e soprattutto secondo le aspettative delle aziende che stanno investendo, la multinazionale farmaceutica Glaxo Smith Kline in prima fila, ma anche il gigante dei dispositivi medici Medtronic, oltre ad aziende più piccole come l'Electrocore) il primo elettroceuta potrebbe essere disponibile sul mercato nel giro di una decina di anni.

http://www.corriere.it/salute/reumatologia/14_maggio_23/segnali-elettrici-invece-farmaci-agire-sistema-immunitario-0e5c9bc2-e25b-11e3-ac6b-33bb804580af.shtml



TUMORI: DIETA CON POCHE CALORIE CONTRO METASTASI AL SENO

(AGI) - Londra, 26 mag. - Le donne che soffrono di una forma aggressiva di cancro al seno possono ridurre il rischio di diffusione della malattia seguendo una dieta a basso contenuto calorico. E' quanto emerso da uno studio della Thomas Jefferson University (Usa), pubblicato sulla rivista Breast Cancer Research and Treatment. La ricerca ha rilevato che una riduzione della quantita' di calorie nella dieta e' in grado di ridurre il rischio di migrazione del cancro al seno verso altri organi. In pratica, cambiando la propria idea e' possibile avere piu' chance di successo nel contrastare le metastasi. Per arrivare a questi risultati i ricercatori hanno utilizzato modelli murini per studiare l'impatto della dieta sul tumore al seno triplo negativo, che riguarda una donna con carcinoma mammario su 5. Nei topi che sono stati nutriti con il 30 per cento di calorie in meno sono stati registrati dei cambiamenti nella regolazione delle cellule. In queste cavie, infatti, sono state riscontrate piu' proteine protettive nei tessuti intorno al tumore che hanno reso difficile la diffusione della malattia. Sappiamo gia' da tempo che l'obesita' aumenta il rischio di cancro al seno e che i trattamenti e gli steroidi dati ai pazienti sottoposti a chemioterapia possono aumentare il peso. Studi precedenti hanno dimostrato che questo aumento di peso puo' portare a ottenere risultati peggiori nella terapia anticancro. "Ecco perche' e' importante guardare al metabolismo quando si trattano le donne con il cancro", ha detto Nicole Simone, docente associato alla Thomas Jefferson University. Precedenti ricerche hanno gia' suggerito un legame tra restrizione calorica e aumento degli effetti della radioterapia. Ora il nuovo studio ha permesso di esaminare le vie molecolari coinvolte quando sono state ridotte le calorie. Ora i ricercatori puntano a ricavare nuove evidenze da test condotti su esseri umani in trattamento e a cui viene fatta seguire una dieta a basso contenuto calorico.

AIDS: UN SIEROPOSITIVO SU 5 NON ASSUME REGOLARMENTE FARMACI DISTRAZIONE O LIEVI INTOLLERANZE, PRIMA CAUSA FALLIMENTO TERAPIA

(ANSA) - ROMA, 26 MAG - Per distrazione o per episodi di lieve intolleranza ai farmaci, "il 15-20% dei pazienti sieropositivi in trattamento non assume regolarmente la terapia antiretrovirale. Questo costituisce ad oggi, la prima causa di fallimento della terapia". A dirlo? Andrea Antinori, direttore del Dipartimento di Clinica a Ricerca clinica presso l'Ospedale Spallanzani di Roma, a margine della VI edizione di ICAR (Italian Conference on AIDS and Retrovirus). "Non assume farmaci con aderenza ottimale ovvero superiore al 95-98% circa il 15-20% dei malati di hiv", sottolinea. Non rientrano in questa percentuale "persone che manifestano eventi avversi gravi, ma lievi episodi di intolleranza. In particolare ad avere l'effetto pi? negativo sulla continuità delle cure sono disturbi gastrointestinali", aggiunge, seguiti da quelli al sistema nervoso centrale. Sono giovani ed ex tossicodipendenti i meno costanti e chi ha una vita lavorativa molto intensa, tale da non facilitare l'assunzione di molte pasticche. Ma anche gli anziani, costretti a prendere non solo pasticche per Hiv ma anche per altre patologie come diabete o ipertensione. "La minore aderenza alla terapia non ? molto diversa da quella per altre terapie. Ma in questo caso il danno che si genera ? rilevante perch? non si torna indietro", aggiunge Massimo Andreoni presidente della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (Simit). Cos? facendo, sottolinea Adriano Lazzarin presidente Icar, "queste persone espongono loro stessi a rischio di fallire il trattamento e sviluppare un virus resistente ai farmaci". (ANSA).



SALUTE

Salute: sport e pochi frutti di mare, nuove linee guida anti-Alzheimer

C'è anche l'indicazione a seguire una dieta a basso contenuto di rame

Roma Roma, 26 mag. (Adnkronos Salute) - Più sport e pochi frutti di mare. C'è anche l'indicazione a seguire una dieta a basso contenuto di rame fra le 7 linee guida per la prevenzione della malattia di Alzheimer che si concentrano su stili di vita e alimentazione, frutto del lavoro di un pool di ricercatori internazionali. Il gruppo di scienziati riuniti nei mesi scorsi a Washington per iniziativa del Physicians Committee for Responsible Medicine, che ha pubblicato le linee guida sulla rivista 'Neurobiology of Aging', sottolinea l'importanza del controllo dei livelli di assunzione di rame, a partire da un semplice test del sangue (C4D). Alla stessa conclusione era giunto uno studio tutto italiano, pubblicato su 'Annals of Neurology' appena un mese fa. Questa ricerca, condotta dai Centri Fatebenefratelli di Roma (Isola Tiberina) e di Brescia, con l'Università Cattolica-Policlinico Gemelli, ha infatti dimostrato l'esistenza di un legame diretto tra cattivo assorbimento del rame ed evoluzione della malattia di Alzheimer. "Il rame è un elemento essenziale per la vita - sottolinea Rosanna Squitti, ricercatrice dell'Ospedale Fatebenefratelli all'Isola Tiberina di Roma, capofila dello studio - che introduciamo nel nostro organismo attraverso la dieta. Le linee guida sono rivolte a chi presenta difficoltà nel metabolismo di questo metallo, cioè lo elimina con più difficoltà. Pertanto prima di fare qualsiasi dieta, è necessario verificarlo. In particolare, le persone che hanno superato i 55 anni e sospettano di avere delle dimenticanze, oltre all'esame del colesterolo e alle altre indagini del caso, possono effettuare anche il test del rame Non-Ceruloplasminico, cosiddetto 'tossico' o libero (non legato alle proteine)". L'indicazione, per le persone che presentano livelli fuori norma di rame libero nel sangue, è di evitare l'assunzione di vitamine che contengono metalli. Le linee guida prevedono, inoltre, una riduzione dell'assunzione di grassi saturi e trans-insaturi (contenuti ad esempio nelle carni, quelle 'rosse' in particolare), che producono un aumento del decadimento cognitivo, soprattutto se associati a una dieta ad alto contenuto di rame. Per contro, è consigliato l'aumento del consumo di alimenti vegetali, soprattutto legumi: in questo caso i metalli contenuti sono infatti assimilati in base alle esigenze dell'organismo. Bene anche l'assunzione di cibi contenenti vitamina E (semi, spinaci o altri vegetali a foglia larga), che è in grado di aumentare la resistenza dei neuroni ai processi degenerativi e che invece non viene assunta adeguatamente sotto forma di complesso vitaminico. Importanti per la produzione dei neurotrasmettitori e il miglioramento delle facoltà cognitive sono le vitamine B12 e B6, efficaci anche se assunte come complessi multivitaminici. "Anche l'esercizio fisico - ricorda la Squitti - compare tra le linee guida: fare attività fisica per 40 minuti al giorno aumenta il trofismo dei neuroni, ovvero la loro capacità di resistere ad eventi di degenerazione scatenate da alcune malattie come appunto l'Alzheimer".

Insulina e glicemia si controllano con un enzima

Scienziati scoprono che inibire un enzima promuove la secrezione di insulina e riduce l'iperglicemia. Con questa scoperta, i ricercatori pensano si possa pensare a un nuovo trattamento per il diabete di tipo 2



Nuovi trattamenti per il diabete di tipo 2 all'orizzonte, grazie alla scoperta dei ricercatori del CHUM Research Centre (CRCHUM) e l'Università di Montreal in Canada.

Il nuovo promettente studio, pubblicato sulla rivista *Cell Metabolism*, mostra come inibendo un enzima si possa **promuovere la secrezione di insulina e ridurre l'iperglicemia**.

I coordinatori dello studio, dott. Marc Prentki e Murthy Madiraju, hanno guidato il team di ricercatori nell'analisi degli effetti dell'inibizione di un enzima chiamato alfa/beta idrolasi dominio-6 (ABHD6) sui principali sintomi del diabete di tipo 2. La scoperta è stata che ABHD6 scinde il monoacilglicerolo (o monogliceride), così come controlla lo sfavorevole il rilascio di insulina.

A seguito di questa osservazione, i ricercatori ritengono che «un farmaco ideale per il diabete di tipo 2 potrebbe aumentare i livelli di insulina nel sangue, **migliorando la risposta delle cellule beta al glucosio solo quando questo sia elevato** e, in più, aumentare la sensibilità dei tessuti del corpo all'insulina: questo è esattamente ciò che avviene con l'inibizione di ABHD6, per cui abbiamo individuato un nuovo obiettivo unico per il diabete di tipo 2».

L'insulina è un importante ormone presente nel corpo. Controlla i livelli di glucosio nel sangue e l'utilizzo dei grassi. Un insufficiente rilascio di insulina da parte delle cellule beta del pancreas e **un'interferenza con l'azione dell'insulina porta allo sviluppo del diabete di tipo 2**. La secrezione dell'insulina nel sangue dipende sì dall'utilizzo del glucosio e del grasso da parte delle cellule beta, ma anche dalla produzione di questo nuovo segnale scoperto dai ricercatori e che viene chiamato monoacilglicerolo.

«Nonostante una significativa ricerca sui meccanismi implicati nella secrezione dell'insulina, le molecole segnale coinvolte in questo processo **rimangono un mistero** – spiega il prof. Marc Prentki, Direttore del Montreal Diabetes Research Centre – L'identificazione di questi segnali è necessaria per sviluppare terapie migliori contro il diabete».

«Quando lo zucchero viene utilizzato dall'insulina secreta dalle cellule beta pancreatiche, produce monoacilglicerolo, **un segnale simile al grasso** che è legato al rilascio di insulina nel sangue – aggiunge il dott. Murthy Madiraju, ricercatore presso il CRCHUM – Abbiamo trovato che la produzione di monoacilglicerolo è essenziale per la secrezione da parte delle cellule beta di insulina stimolata dal glucosio».

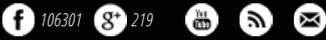
Ora, il team di ricerca è in procinto di scoprire nuovi e potenti antagonisti di ABHD6 che **non mostrino tossicità ed effetti indesiderati**. L'idea è che questi possano essere sviluppati come potenziali farmaci per il diabete di tipo 2.

Riferimenti e contributi

Altri autori dello studio sono Shangang Zhao, Yves Mugabo, Jose Iglesias, che in qualità di primi autori dello studio hanno eseguito la maggior parte del lavoro sperimentale. E poi Viviane Delghingaro-Augusto, Roxane Lussier, Marie-Line Peyot, Erik Joly, e Bouchra Taib.

Lo studio è stato condotto in collaborazione con il dott. Herbert Gaisano e Li Xie (Toronto), J. Mark Brown e Matthew A. Davis (Winston-Salem, NC), e Abdelkarim Abousalham (Francia). La ricerca è stata supportata dal Canadian Institutes of Health Research e condotta in collaborazione con AmorChem Financial, Inc. e la sua filiale NuChem Therapeutics di Montreal.

<http://www.lastampa.it/2014/05/27/scienza/benessere/salute/insulina-e-glicemia-si-controllano-con-un-enzima-bNqDr4aDOHpgiPWum1mqNJ/pagina.html>

Salute . Medicina . **Ricerca: farmaco sperimentale cura sintomi Alzheimer nei topi**

Cerca nel sito



MEDICINA

Commenti 0 0 0 0

Ricerca: farmaco sperimentale cura sintomi Alzheimer nei topi

[Tweet](#)
Articolo pubblicato il: 21/05/2014

Milano, 21 mag. (Adnkronos Salute) - Un farmaco sperimentale sviluppato dalla Saint Louis University americana è stato in grado di curare i sintomi dell'Alzheimer in un modello sperimentale di topo, restituendo ai roditori capacità di apprendimento e memoria, e normalizzandone il comportamento. La molecola, per ora denominata con la sigla OL-1, è stata anche in grado di ridurre l'infiammazione delle aree cerebrali che controllano apprendimento e memoria. Lo studio, coordinato da Susan Farr, è pubblicato sul 'Journal of Alzheimer's Disease'.

Tecnicamente OL-1 è un oligonucleotide antisense che, legandosi a un Rna messaggero (molecola genetica che all'interno di una cellula trasporta le informazioni contenute nel Dna alla 'fabbrica delle proteine'), blocca i meccanismi che portano all'accumulo di proteina beta-amiloide: la responsabile delle placche caratteristiche della malattia di Alzheimer. Il nuovo esperimento riguarda topi geneticamente modificati in modo da produrre un eccesso di proteina beta-amiloide mutante. In un precedente studio, OL-1 si era dimostrato efficace anche su un altro modello di topo, che a causa di una mutazione naturale produce troppa beta-amiloide.

"Le evidenze raccolte - spiega Farr - suggeriscono che il composto è un potenziale trattamento anti-Alzheimer" anche per l'uomo. Ma la scienziata invita alla cautela, perché al momento gli studi riguardano i topi e i risultati vanno verificati in clinica, a cominciare dai test di tossicità. La strada non è breve.

[Tweet](#)

TAG: sintomo, farmaco, infiammazione, apprendimento, molecola, Susan Farr, comportamento, studio, memoria, Saint Louis University, Journal of Alzheimer's Disease, Milano

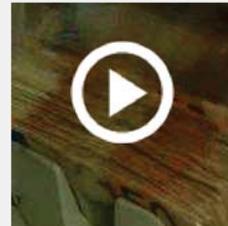
Commenti | 0

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

Video



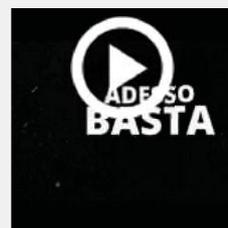
Europee: campagna elettorale, Lega e Pd contro gli insulti



Borsa, Piazza Affari chiude in rialzo: Ftse Mib +1,07%



Giannini, via test Medicina ma sarà selezione durissima



Migranti&salute: quali cure oltre Lampedusa. Il punto al Congresso nazionale Simm

26 maggio 2014

di Rosanna Magnano

Gli immigrati regolari in Italia da qualche anno sono circa 5 milioni. I minori sono 1,2 milioni. Oltre il 70% nati in Italia ma non «italiani». E troppo spesso neanche in sanità. Nel 2013 hanno chiesto asilo 28mila persone, lasciandosi alle spalle guerre, carestie, incarcerazione, tortura. Andrebbero accolte e curate. Per non aggiungere altri danni alla sofferenza post traumatica. E i numeri sono in crescita. Nel primo quadrimestre del 2014, i 26.200 migranti arrivati sono oltre 10 volte in più rispetto al primo quadrimestre del 2013. E i richiedenti asilo sono già 13mila, la metà delle domande di protezione presentate in tutto lo scorso anno. Di tutto questo si è parlato ad Agrigento, al congresso della Società italiana di medicina delle migrazioni. Che ha chiesto cose semplici: risposte appropriate, una vera governance da parte del ministero della Salute, interlocutori competenti.

I numeri del congresso. Il XIII Congresso della Società italiana di Medicina delle migrazioni (Simm) - dal titolo esplicativo "Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere" - ha ospitato oltre 200 operatori sociali e sanitari interessati al tema della salute degli immigrati provenienti da tutta Italia, oltre 320 autori di studi e ricerche e 5 sessioni scientifiche.

Il fenomeno migratorio. Secondo la fotografia scattata dalla Simm, gli immigrati regolarmente presenti in Italia, da qualche anno ormai, sono intorno ai 5 milioni di cui 3,76 non comunitari, con un nucleo stabile di quasi 2 milioni di soggiornanti di lungo periodo (autorizzati a una permanenza a tempo indeterminato). La crisi ha portato a quasi 400mila i disoccupati stranieri, spesso non adeguatamente tutelati. L'irregolarità giuridica si stima intorno al 10% della componente regolare e spesso causata da politiche incerte e, a volte, discriminatorie.

«Eppure il concetto di partecipazione della comunità straniera consistente e stabile, molte volte invocato nell'ambito delle progettualità di promozione della salute dei migranti - spiega la Simm - difficilmente viene tradotto in effettivo strumento di programmazione, in particolare per interventi sui minori. Questi sono quasi 1,23 milioni, oltre il 70% nati in Italia, ma, a distanza di 25

anni dalla Convenzione di New York hanno spesso diritti diversificati e percorsi incerti rispetto ai coetanei italiani».

I migranti forzati: l'assistenza oltre Lampedusa. Nell'Ue, durante il 2013 sono state registrate 435mila richieste d'asilo, nel 2012 erano 100mila in meno. Sempre nel 2013, il più alto numero dei richiedenti è stato registrato in Germania (127mila, equivalente al 29% dei richiedenti totali), seguita dalla Francia (65mila, 15%), dalla Svezia (54mila, 13%), dal Regno Unito (30mila, 7%) e dall'Italia (28mila, 6%). E il flusso è in crescita. Nel primo quadrimestre del 2014, i 26.200 migranti arrivati in Italia sono oltre 10 volte in più rispetto al primo quadrimestre del 2013. Le domande di protezione presentate nel nostro paese nei primi quattro mesi del 2014 sono già 13mila, quasi la metà di quelle presentate in tutto il 2013.

«Se l'operazione Mare Nostrum ha evitato i drammi dei naufragi - sottolineano il presidente della Simm, Mario Affronti e il coordinatore nazionale, Salvatore Geraci - il sistema d'accoglienza italiano si sta mostrando inadeguato e l'organizzazione, ancora una volta colpevolmente emergenziale, sta producendo disagio e malattia nei confronti di persone spesso particolarmente fragili».

Il momento è critico. «E la misura della crisi si esprime tangibilmente nella deriva di sapore aziendalista - continua la Simm - che vorrebbe banalmente ridurre la sanità a mercato, i pazienti a clienti, la tutela della salute e le dimensioni della cura a puro esercizio di benchmarking. È pertanto impellente riorientare il Ssn verso l'attenzione ai bisogni emergenti, la prossimità ai gruppi a rischio di marginalità, l'equità nell'offerta secondo le diverse opportunità di ciascuno e la responsabilità nel proporre risposte appropriate e nel doverne rispondere alla comunità».

I traumi dei rifugiati. Per molti dei richiedenti asilo i sintomi legati a traumi avvenuti nel Paese di partenza (guerre, carestie, omicidi tribali, incarcerazione, tortura) o durante il viaggio (incarcerazioni e stupri in Paesi di passaggio, viaggi ad alto rischio) possono essere ulteriormente aggravati dalle difficoltà post-migratorie vissute nel Paese ospitante. «Qui vari eventi - spiega Massimiliano Aragona, del progetto Ferite Invisibili per la Riabilitazione delle vittime di tortura, Caritas Roma - possono agire da fattore di ritraumatizzazione, riattivando o peggiorando la sofferenza post-traumatica».

La prevenzione può agire: evitando che il trauma avvenga; evitando che sintomi post-traumatici non riconosciuti e non trattati portino a cronicizzazione e aggravamento; evitando che le difficoltà vitali post-migratorie peggiorino la situazione.

«Gli operatori dell'assistenza - continua Aragona - devono essere adeguatamente formati per riconoscere i fenomeni post-traumatici, anche quando essi non si presentano nelle modalità tipiche previste dal costrutto del Disturbo da stress post traumatico (Ptd), cioè quando prendono forme più aspecifiche come somatizzazioni, depressione, aggressività, irritabilità, abuso di alcolici o sostanze, idee di persecuzione».

Molto dipende anche dalla qualità dell'accoglienza e dalla garanzia di un trattamento rispettoso della dignità umana. «Le ricerche convergono nel sostenere che le ritraumatizzazioni legate alle difficoltà di vita post-migratorie - conclude Aragona - sono responsabili di un peggioramento significativo dei sintomi post-traumatici. Non solo, è anche dimostrato che i migranti che sono stati rinchiusi in centri come i Cie stanno ancora male a distanza di anni da quest'esperienza, con livelli di funzionamento e integrazione sociale nettamente peggiori di chi è stato accolto in un percorso di accoglienza adeguato. Non è solo un problema di civiltà nelle politiche di accoglienza (il che già basterebbe), è anche un problema medico, di prevenzione della patologia post-traumatica».

L'integrazione, quindi, produce salute. Per queste ragioni è indispensabile, secondo la Simm, la chiusura degli attuali centri di prima accoglienza. «Per integrare prima possibile i richiedenti asilo nella società italiana - sottolinea Marco Mazzetti, del Progetto Ferite invisibili - affidandoli, fin dall'inizio, agli enti locali, e offrendo condizioni di vita dignitose, per evitare il dimostrato impatto negativo delle difficoltà post-migratorie sulla salute psicofisica; predisporre procedure di rapida evacuazione verso centri clinici adeguati per i profughi che sbarcano con problemi di salute; identificare i soggetti sofferenti di psicopatologia post-traumatica e garantire loro tempestivamente gli interventi terapeutici appropriati».

L'esperienza di Modena. Il Comune di Modena ha partecipato ininterrottamente alla rete Pna/Sprar (Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati) a partire dal 2001 gestendo direttamente il Progetto all'interno delle attività del proprio Centro Stranieri. Il progetto gestisce, attraverso un'équipe di operatori dedicata, in sinergia costante con la rete dei servizi, delle associazioni e delle istituzioni operanti sul territorio, servizi di accoglienza integrata, di orientamento, accompagnamento e tutela, con l'obiettivo di garantire misure di assistenza e di protezione alla singola persona e di favorirne il percorso verso l'autonomia e l'integrazione fondato sull'empowerment. Oggi il Progetto di Modena è destinato all'accoglienza di 50 richiedenti protezione internazionale o titolari di protezione.

«Tutti i beneficiari sono iscritti al Ssn - spiega Paolo Gobbi, coordinatore del Progetto rifugiati di Modena - e accompagnati nella scelta del medico di base.

Sono garantiti l'orientamento e l'accesso alle strutture sanitarie. In presenza di patologie particolari, di casi di invalidità o quando si rende necessario attivare terapie riabilitative, vengono garantiti accompagnamenti e percorsi sanitari specifici, monitorati dagli operatori del Progetto. Sono sostenute le spese sanitarie non coperte dal Ssn».

Grazie a una collaborazione tra l'équipe del progetto e il dipartimento di Salute mentale e di Psicologia clinica e diagnostica dell'Ausl di Modena si è inoltre creato un percorso funzionale di «presa in carico integrata» delle vittime di tortura o violenza intenzionale con disturbo da stress post-traumatico o altri quadri clinici psicotraumatologici.

A parte alcuni modelli di best practice, le cure ai migranti non sono erogate in un quadro di certezze diffuse e consolidate. [L'Accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2012](#) sulla corretta applicazione della normativa vigente, per un'assistenza sanitaria ai migranti omogenea sul territorio nazionale, è infatti rispettato a macchia di leopardo ([vedi mappe in allegati](#)). Anche nella sua parte più qualificante, come quella che garantisce l'iscrizione al Ssn ai minori figli di immigrati senza permesso di soggiorno.

Ecco alcune delle Raccomandazioni emerse dal Congresso della Simm (il documento completo sarà scaricabile nei prossimi giorni sul sito <http://www.simmweb.it/>)

- Applicare l'approccio partecipativo ai diversi ambiti di azioni, quali gli interventi di prevenzione e promozione della salute, la formazione degli operatori, la ricerca relativa alle popolazioni migranti con particolare riferimento alle donne ed ai minori;
- Accelerare l'iter di riforma della legge sulla cittadinanza per garantire ai minori nati o cresciuti in Italia una piena inclusione.
- L'attivazione urgente di corridoi umanitari con il coinvolgimento internazionale;
- La pianificazione di un'accoglienza diffusa, con il superamento dei CARA (Centri Accoglienza Richiedenti Asilo) che veda reali e motivati protagonisti gli enti locali (vedi l'esperienza di Modena);
- La definizione di chiare procedure di accoglienza anche in ambito sanitario (attivazione delle aziende sanitarie pubbliche; protocolli medici condivisi; consapevole coinvolgimento degli interessati; percorsi validati e non sollecitati da paure infondate; certezza del diritto all'assistenza) ed eventualmente di presa in carico di persone ammalate.

- Promuovere il modello di rete istituzionale realizzato dal Tavolo interregionale "Immigrati e servizi sanitari" che ha prodotto l'Accordo citato, come network stabile che possa essere per gli enti locali e le istituzioni, in primo luogo il Ministero della salute, come punto di riferimento tecnico per una concreta programmazione;
- Che il Ministero della salute entri con sempre maggiore protagonismo nella governance del tema della tutela degli immigrati nella sua diversa articolazione (dalle "emergenze" sbarchi, al tema dei richiedenti protezione, dei rifugiati e della loro accoglienza, dalla tutela delle donne all'evidenza di una transizione epidemiologica da governare, dalla presenza della popolazione di rom e sinti, alla sempre maggiore consistenza di minori non accompagnati, ...) con interlocutori competenti, coesi (collegamenti stabili e funzionali tra le diverse Direzioni) e riconoscibili;
- Che le Regioni e Province autonome rendano operative, senza ulteriori ritardi, le indicazioni dell'Accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2012, e verifichino che ciò avvenga in modo omogeneo in ogni territorio/distretto. Per assicurare un'assistenza sanitaria omogenea ai migranti, secondo le indicazioni dell'Accordo, in tutto il territorio nazionale sarebbe utile promuovere il modello di rete istituzionale realizzato dal Tavolo.

approfondimenti

articoli

- [Immigrati/ 2 A che punto è l'Accordo Stato-Regioni 20 dicembre 2012](#)

documenti

- [La mappa aggiornata ad aprile sullo stato di attuazione dell'Accordo Stato-Regioni sull'assistenza sanitaria ai migranti](#)
- [Indicatori per il monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2012](#)

> **NOI & VOI**

GUGLIELMO PEPE

Aids, ricerca ricca e povera

SI PENSAVA che fosse stato sconfitto. Non è così. Si ritenevano gli omosessuali non più a rischio. Invece l'infezione aumenta tra i gay. L'Aids, ormai endemico, è sempre pericoloso. E gli esperti riuniti dalla "Italian Conference on Aids and Retrovirus" (ICAR) lanciano numerosi allarmi: siamo tra gli ultimi in Europa per i tempi di diagnosi (la malattia si scopre tardi); nuovi casi (circa 4 mila l'anno) forse sottostimati; la popolazione è disattenta rispetto alla gravità dell'infezione. E i finanziamenti alla ricerca sono in calo costante. Ma questa non è una novità. Perciò suggerisco agli esperti di chiedere alla ministra Lorenzin perché l'Iss ha potuto spendere circa 30 milioni di euro per il vaccino anti-Aids (senza ottenere risultati eclatanti) e il resto della rete scientifica nazionale deve elemosinare qualche spicciolo. Per la ricerca è finito il tempo dei "poveri ma bravi".

guglielpepe@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Caso sollevato dall'IFOM

Un farmaco poco "remunerativo"

Potrebbe curare una grave malattia ma nessuno vuole produrlo

MILANO

Dopo anni di studi, i ricercatori dell'IFOM di Milano hanno identificato e descritto la causa di una gravissima malattia genetica, principale causa di emorragia cerebrale nei bambini sotto i 10 anni e hanno scoperto che un vecchio farmaco, fuori brevetto, potrebbe curarla. Ma nessuno al mondo lo vuol produrre più. «Si tratta di una patologia dei vasi cerebrali - spiega Elisabetta Dejana, responsabile dell'Unità di Biologia vascolare dell'IFOM (Istituto Firc di Oncologia Molecolare) - chiamata CCM (malformazioni cerebrali cavernose). È una malattia molto grave, caratterizzata da malformazioni vascolari a forma di lampone che tendono a sanguinare causando crisi epilettiche, forti mal di testa, progressive paralisi e spesso anche emorragia cerebrale».

Pur essendo considerata una malattia genetica rara, si presenta anche forma sporadica e, tra le due forme, la prevalenza nella popolazione è relativamente alta: un caso ogni 200. In Italia ci sarebbero quindi circa 300 mila casi di CCM.

Colpisce nel 25-30% dei casi bambini e ragazzi sotto i 20 anni, nel 60% adulti tra 20 e 40 anni, e per il 10-15% gli ultra-quarantenni. Ad oggi l'unica terapia possibile è la chirur-

gia che però spesso è impraticabile perché pericolosa, in quanto il bisturi può facilmente danneggiare le parti sane del cervello.

Nel portare avanti la ricerca, pubblicata lo scorso anno (Nature, Maddaluno et al. 2013), gli scienziati dell'IFOM si sono accorti che le lesioni a forma di lampone della CCM hanno molte caratteristiche simili a quelle di un tumore delle pareti dei vasi. Proprio testando un gruppo di farmaci antitumorali su topi di laboratorio cui era stata fatta riprodurre la stessa malattia umana, i ricercatori hanno scoperto che uno di questi, derivato del "sulindac", riusciva a raggiungere le lesioni, superando la barriera emato-encefalica, e a ridurre molto le lesioni.

Il farmaco però, da tempo fuori brevetto, non è più prodotto e nessuna casa farmaceutica, nemmeno quella che lo produsse per prima, è disposta a rimetterlo in commercio, perché lo giudica poco remunerativo. Dejana e i suoi colleghi, anche sulla spinta emotiva trasmessa loro dai genitori dei piccoli malati, sono da tempo alla ricerca di una soluzione, senza poterla trovare. «È un peccato - commenta sconsolata Dejana - perché, una volta tanto, eravamo riusciti a trovare un farmaco in gran parte già sperimentato, quasi pronto per l'utilizzo, ma nessuno vuole produrlo, bloccando ogni possibilità di trattamento dei pazienti colpiti da questa gravissima malattia». < (c.b.)



NUOVO FARMACO CONTRO L'EPATITE C SPERANZA PER UN MILIONE DI ITALIANI

Il nostro Paese detiene il primato europeo per la prevalenza delle malattie epatiche ed è anche ai primi posti per i trapianti di fegato. In Italia il virus dell'epatite C colpisce un milione di persone (l'1,5% della popolazione generale), con un gradiente che aumenta dal Nord verso il Sud e le isole, e con l'età: il 60% dei pazienti è ultrasessantacinquenne. L'infezione cronica interessa soprattutto la popolazione più anziana perché, in passato, la fonte principale di infezione era dovuta alle trasfusioni di sangue infetto e all'uso di apparecchi medici riciclabili. Oggi rimane la trasmissione con alcuni strumenti medici, per via sessuale e comportamenti a rischio come tatuaggi, piercing in luoghi non sicuri e soprattutto lo scambio di aghi e siringhe per l'uso di droga endovena. Il nostro Paese detiene il primato europeo per la prevalenza delle malattie epatiche ed è anche ai primi posti per i trapianti di fegato: anche per questo i nuovi farmaci in arrivo, per ora disponibili solo all'estero o su internet con tutti i rischi del caso, rappresenteranno una svolta. I numeri. Ogni anno sono 17mila gli italiani che muoiono per malattia epatica cronica: di questi, 10mila vengono uccisi da un tumore al fegato associato al virus Hcv. Un problema medico, ma anche economico: la spesa annua per il Servizio sanitario nazionale ammonta a 520 milioni, con una perdita di quasi 8 milioni di giornate lavorative. L'infezione spesso decorre in maniera asintomatica o presenta sintomi vaghi e aspecifici. La guarigione avviene nel 20% dei casi, ma in un'elevata percentuale di contagi (80-85%) l'infezione acuta può cronicizzare e trasformarsi in una patologia di lunga durata e/o condurre alla cirrosi, una condizione grave del fegato che può portare a sviluppare insufficienza epatica e tumore. Si stima che ogni anno si verificano 3-4 milioni di nuovi casi in tutto il mondo. Le persone cronicamente infette sono 150 milioni e ogni anno muoiono 350mila persone a causa di patologie del fegato Hcv correlate. I paesi con i più alti tassi di infezioni croniche sono l'Egitto, il Pakistan e la Cina. (Fonte: Adnkronos Salute)