



RASSEGNA STAMPA

31/01/2016

1. CORRIERE DELLA SERA Non diminuiscono i fumatori
2. QN Fumo in auto, scatta la stretta «Mai con minori e donne incinte»
3. CORRIERE DELLA SERA In arrivo nuovo Nomenclatore Tariffario
4. AVVENIRE «Basta esami di laboratorio inutili»
5. AVVENIRE «Se facessero altrettanto tutte le società scientifiche...»
6. LIBERO QUOTIDIANO Bonora (SID): «Basta esami inutili»
7. REPUBBLICA Virus Zika, corsa per trovare un vaccino
8. CORRIERE DELLA SERA Il prezzo della siringa (e quello dei bisturi)
9. MESSAGGERO Sanità, tre mosse per risparmiare 5 miliardi
10. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Attenzione: non tutte le app sono affidabili
11. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Quando il medico è il telefonino
12. CORRIERE DELLA SERA I piatti cucinati da noi ci piacciono di più
13. QN Orizzonti della procreazione assistita Serve un aiuto 'da donna a donna'

CorriereSalute

Il numero

Non diminuiscono i fumatori
Dal 2 febbraio divieti più severi

11

milioni

È il numero
di persone
che fuma
in Italia

Circa la metà dei fumatori in Italia consuma fra le 10 e le 20 sigarette al giorno, un altro 27 per cento supera le 20 quotidiane. Cifre sconcertanti, soprattutto alla luce degli 83mila decessi ogni anno, dovuti soprattutto a tumori, malattie cardiovascolari e respiratorie causate dal tabacco. «Siamo in una situazione di stallo da anni — dice Marco Alloisio, presidente della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori (LILT) milanese —: il numero dei fumatori non scende. E i consumatori più forti sono i giovani tra i 20 e i 30 anni, che si accendono la prima sigaretta attorno ai 15». È in questo quadro che s'inseriscono le nuove norme antifumo, in vigore dal 2 febbraio 2016: immagini choc sui pacchetti, divieto di fumare esteso ad alcuni luoghi all'aperto (come i cortili degli ospedali) e in auto se ci sono donne incinte e bambini. Inoltre, un giro di vite alla pubblicità in tv e al cinema e multe più salate.



Dir. Resp.: Andrea Cangini

I divieti dal 2 febbraio

No al fumo in auto
davanti a minori
e donne incinte
Mulle a chi butta
cicche per terra

Servizio ■ A pagina 16

Fumo in auto, scatta la stretta «Mai con minori e donne incinte»

Nuove norme da martedì. In vigore sanzioni fino a 500 euro



Le disposizioni sul divieto di fumo davanti a scuole e ospedali e in auto sono subito operative

GIRO DI VITE

Vietata la vendita di sigarette a chi ha meno di 18 anni: multe e revoca della licenza

■ ROMA

VIETATO fumare in auto in presenza di un minore o di una donna incinta. Vietato fumare all'aperto davanti a una scuola o a un ospedale. E norme più severe su molti altri aspetti legati alla produzione e commercializzazione dei tabacchi: dalla qualità del prodotto ai limiti alla pubblicità delle ricariche delle sigarette elettroniche (che in quanto tali dal 2013, come da ben prima sigarette e tabacco in generis, resta vietato pubblicizzare).

Con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale, avvenuta lo scorso 18 gennaio, entra in vigore martedì prossimo il decreto legislativo sui tabacchi, che recepisce, andando anche oltre, l'analoga direttiva del Parlamento Europeo.

Scatta il divieto di fumo all'aperto nei pressi di scuole, ospedali, università. Fumo off limits anche in macchina, sia per il conducente che per i passeggeri, se a bordo ci sono minori o donne in gravidanza. Per chi fuma all'aperto davanti a scuole ed ospedali o in auto (anche ferma) in presenza di minori e donne incinta scattano le sanzioni previste dall'articolo 52, comma 20, della legge 28 dicembre 2001, n. 448. E quindi da 25 a 250 euro per fumo all'aperto davanti a scuole ed ospedali e fumo in auto in presenza di minori da 12 a 18 anni e da 50 a 500 euro per fumo in auto in presenza di minori sotto i 12 anni e di donne incinte.

Stretta anche sulla vendita di tabacchi ai minori: chiunque trasgredisca viene sanzionato con una multa da 500 a 3.000 euro, con sospensione della licenza per 15 giorni. In caso di recidiva la multa sale da 1.000 a 8.000 euro, e la licenza viene revocata. Le disposizioni sul divieto di fumo davanti a scuole ed ospedali e quella sul divieto di fumo in auto sono subito operative, le altre entrano in vigore il 20 di maggio.

TRA QUESTE il fatto che i distributori automatici di sigarette dovranno poi essere dotati di apparati per la lettura delle carte d'identità. Nel decreto viene fissato un li-

vello massimo di emissioni dei tabacchi e sanzioni durissime (da 30 a 150 mila euro per i produttori e da 500 a 3 mila per i venditori) per chi lo sfora. Vietato l'inserimento nel tabacco di additivi quali vitamine, caffeina o taurina, e aromi caratterizzanti. E ridotte le possibilità di pubblicizzare le ricariche per le sigarette elettroniche: entro sei mesi arriverà un codice di autoregolamentazione e intanto partono norme per limitare l'esposizione dei minori.

Novità anche per i classici pacchetti di sigarette. È vietata la vendita di quelli da dieci e vi è l'obbligo di inserire sulle confezioni avvertenze relative alla salute sui pacchetti, con grandi scritte ma soprattutto una fotografia a colori, da attingere da un allegato al decreto, che raffigura gli effetti choc del fumo sulla salute. Inoltre viene riportato il numero verde per smettere di fumare: il tutto deve occupare almeno il 65% della superficie del pacchetto. Per chi non lo fa, sanzioni da 20 mila a 120 mila euro.

E dall'ecocollegato ambientale viene un'altra norma che interessa (anche) i fumatori: gettare cicche di sigarette per terra e altri piccoli rifiuti sarà sanzionato con multe da 30 a 300 euro.

Alessandro Farruggia





Mozziconi in terra: salasso di 300 euro

Non usare il portacenere dal prossimo 2 febbraio potrà costare molto caro. La nuova legge prevede una sanzione da 30 a 300 euro per chi getta un mozzicone per terra, in un tombino o in uno scarico d'acqua. Stretta anche sulla vendita di tabacchi ai minori: chiunque trasgredisca viene sanzionato con una multa da 500 a 3.000 euro, con sospensione della licenza per 15 giorni



Ricariche elettroniche Limiti alla pubblicità

Nei sei mesi successivi dall'entrata in vigore delle nuove disposizioni sarà vietata la pubblicità di ricariche per sigarette elettroniche contenenti nicotina all'interno di programmi radio e tv rivolti ai minori e in alcune fasce orarie, su quotidiani e periodici destinati ai minori, nei cinema, in occasione di proiezioni riservate prevalentemente ai minori



Immagini choc sui pacchetti

Sarà obbligatorio riportare su pacchetti di sigarette e di tabacco sfuso immagini a colori che funzionino da deterrente e avvertenze che dovranno occupare almeno il 65% della confezione, sia fronte che retro. Ogni confezione dovrà riportare la dicitura «il fumo uccide - smetti subito» e il messaggio: «Il fumo del tabacco contiene oltre 70 sostanze cancerogene» oppure «nuoce alla tua salute e provoca dipendenza»



Quanto rischiano i trasgressori

Per chi fuma all'aperto davanti scuole e ospedali o in auto (anche ferma) in presenza di minori e donne incinte scattano le sanzioni previste dall'articolo 52, comma 20, della legge 28 dicembre 2001, n. 448. E quindi da 25 a 250 euro per fumo all'aperto davanti a scuole ed ospedali e fumo in auto in presenza di minori da 12 a 18 anni e da 50 a 500 euro per fumo in auto in presenza di minori sotto i 12 anni e di donne incinte

SALUTE

In arrivo la nuova versione del **Nomenclatore tariffario**

Il listino per protesi e ausili a carico del Ssn non veniva aggiornato dal 1999

Gli ostacoli

L'odissea di chi deve procurarsi una carrozzina

«**N**omenclatore tariffario significa l'apparecchio che mi consente di parlare, di comunicare, di vivere — dice Marco Gentili, 26 anni, malato di Sla, Sclerosi laterale amiotrofica —. Ho dovuto affrontare una burocrazia immane e un percorso piuttosto stressante per ottenere una carrozzina che si confacesse alle mie esigenze, che sono tante e differenti: ho una grave scoliosi per cui non va bene una carrozzina "di serie" e di vecchia

costruzione». «Chi deve usare un ausilio ogni giorno, sa bene che è poco razionale acquistarne uno di base per poi personalizzarlo — continua Gentili —. Non poter sapere a quale dispositivo "reale", cioè individuato con marca e modello, si può accedere è destabilizzante e demotivante soprattutto per chi vive un disagio quotidiano e trova nell'ausilio un'importante facilitazione».

M.G.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Carrozzine, deambulatori, apparecchi acustici, respiratori e tanti altri ausili necessari per chi ha una disabilità permanente o temporanea.

Il loro elenco è contenuto nel *Nomenclatore tariffario* delle protesi e degli ausili, che stabilisce tipologia e modalità di fornitura dei prodotti erogati a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Ma il Nomenclatore non viene aggiornato dal 1999.

Anni di attesa e di rinvii che hanno messo a dura prova chi ne aveva bisogno per vivere (si veda il box in alto), tanto che, lo scorso 10 dicembre, l'associazione Luca Coscioni aveva notificato una diffida alla Presidenza del Consiglio, al Ministro della Salute e alla Conferenza unificata Stato-Regioni affinché fossero posti in essere, entro 90 giorni, tutti gli atti necessari per aggiornare i Lea, i Livelli essenziali di assistenza e il Nomenclatore Tariffario.

«Decorso il termine, procederemo per le vie legali — ribadisce l'avvocato Filomena Gallo, segretaria nazionale dell'Associazione —. Sono anni che si parla di aggiornamenti, ma sono passati altri 12 mesi dall'annuncio del provvedimento e, di fatto, viene ancora negato a persone già fragili il diritto di accedere a una serie di servizi e prestazioni».

Ora, la Legge di stabilità, pubblicata in Gazzetta Ufficiale lo scorso 30 dicembre, stabilisce che entro sessanta giorni dalla sua entrata in vigore, quindi entro fine febbraio, si

debba provvedere all'aggiornamento dei Lea e del Nomenclatore tariffario «con un Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dpcm), su proposta del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni».

È quindi in dirittura d'arrivo il tanto atteso nuovo Nomenclatore?

«Stavolta è prevista la copertura finanziaria per i Lea e l'annesso Nomenclatore, circa 800 milioni per il 2016, quindi l'aggiornamento dovrebbe esserci, se non proprio a fine febbraio, visti i tempi tecnici, almeno per i primi di aprile — commenta Vincenzo Falabella, presidente di Fish, Federazione italiana per il superamento dell'handicap —. E finalmente dovrebbero essere inclusi ausili e presidi al passo con le innovazioni tecnologiche degli ultimi anni».

«Il testo, in corso di perfezionamento, — afferma la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute — ricalca sostanzialmente quello diffuso l'anno scorso, con integrazioni e modifiche di portata limitata».

Una delle principali novità è l'introduzione di protesi e ausili richiesti da tempo come, per esempio, i comunicatori a comando oculare, finora erogati solo grazie a fondi stanziati ad hoc, ma anche dispositivi ed ausili tecnici di avanzata tecnologia, come carrozzine basculanti e verticalizzabili,

scooter elettrici, protesi acustiche a tecnologia digitale, attrezzature domotiche e di sicurezza per gli assistiti.

Alcuni prodotti, come carrozzine e protesi acustiche, sono tuttavia trasferiti dall'elenco degli ausili "su misura" (prodotti "fabbricati" appositamente in base alla prescrizione redatta da un medico specialista e remunerati in base a una tariffa) a quello dei dispositivi "di serie".

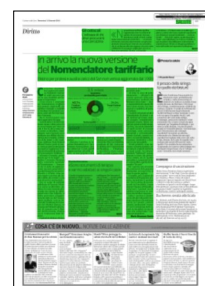
Ed è questo uno dei punti più controversi della proposta ministeriale (si veda il box in basso in questa pagina).

Si amplia, poi, la platea dei beneficiari dell'assistenza protesica, includendo le persone che, pur in attesa di accertamento dell'invalidità, hanno urgente bisogno dell'ausilio, i malati rari e i pazienti con disabilità temporanea in Assistenza domiciliare integrata.

Infine è previsto il trasferimento di tutti i dispositivi monouso (ausili per incontinenti, sacche per stomie, cateteri, cannule, medicazioni "avanzate" per il trattamento delle lesioni da decubito) in una diversa area assistenziale: l'«assistenza integrativa».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



3,1 milioni

Le persone
con disabilità gravi in Italia

PRINCIPALI DIFFICOLTÀ NELL'ASSISTENZA PROTESICA

40,7%

Forniture
insufficienti
e relativi costi

34,6%

Tempi di attesa
per le protesi
e gli ausili

24,7%

Scarsa qualità dei prodotti

I più importanti presidi per cui sono stati segnalati problemi:

♥ PROTESI anca e ginocchio; carrozzine; montascale mobile	♥ AUSILI pannoloni; materiale d'uso per ventilatori polmonari
--	--

FONTE: Istat; Rapporto PIT Salute 2015 - Cittadinanzattiva

C&S

Standardizzazione

«Sono strumenti di terapia e vanno adattati ai singoli casi»

«L'ausilio o la protesi servono a superare un "limite" ma non siamo tutti uguali — dice Ileana Argentin, della Commissione Affari Sociali della Camera —. Occorre fare attenzione a rendere standard nel Nomenclatore tariffario prodotti che vanno personalizzati secondo le necessità del singolo: io stessa, per esempio, non riesco a cambiare la carrozzina, che ho da 15 anni, perché non ne trovo una simile adatta, avendo una particolare postura a causa di una scoliosi molto severa».

«L'ausilio è uno strumento inserito in un progetto di riabilitazione — aggiunge Alessandro Giustini, direttore scientifico all'ospedale di

riabilitazione San Pancrazio di Arco di Trento —. Occorre quindi stabilire con chiarezza quali prodotti possono essere acquistati con gare di appalto fissando specifici criteri, e quali, invece, pur prodotti "in serie", devono essere oggetto di una prescrizione precisa in base ai bisogni della persona, al contesto di vita, al livello di autonomia».

«In alcuni Paesi europei — aggiunge —, dopo la prescrizione dello specialista, l'azienda sanitaria verifica tra le aziende o le officine che producono l'oggetto con quei requisiti, poi sceglie l'offerta migliore, non quella al ribasso».

M.G.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un 'Position Statement' redatto dalla Società Italiana di Diabetologia (SID)

«Basta esami di laboratorio inutili»

Il risparmio annuo per l'Ssn potrebbe essere superiore ai 50 milioni di euro

DI ENRICO MAGNANI

La Società Italiana di Diabetologia, in assoluta sintonia con il [Ministero della Salute](#), nell'ottica di ottenere attraverso l'appropriatezza delle prescrizioni un risparmio che consenta di garantire un maggiore accesso all'innovazione e quindi una migliore assistenza sanitaria, fornisce il suo contributo nel mettere in evidenza sprechi nella richiesta di esami di laboratorio alle persone con diabete. «In un momento di ristrettezze economiche com'è quello attuale - afferma il professor Enzo Bonora, Presidente della SID - la ricerca dell'appropriatezza in sanità rappresenta un capitolo importante della spending review. In quest'ottica, la Società Italiana di Diabetologia, consapevole che evitare sprechi è fondamentale per liberare risorse in campo diagnostico e terapeutico, ha redatto un Position Statement sull'appropriatezza nella prescrizione alle persone con diabete di oltre 20 parametri di laboratorio che risultano essere stati prescritti troppo spesso nel

2014. Il Servizio Sanitario Nazionale potrebbe funzionare benissimo e forse anche meglio con il Fondo Sanitario allocato per il 2016, se tutti applicassero in ogni circostanza le '4 C' indispensabili per fare bene il medico: Conoscenza, Competenza, Compassione e Coscienza. L'appropriatezza, sia nelle procedure diagnostiche che nelle scelte terapeutiche, ne sarebbe una logica conseguenza».

La spesa per il diabete. Attualmente, l'assistenza medica ai circa 4 milioni di italiani con diabete costa al Servizio Sanitario Nazionale circa 16 miliardi di euro, pari a quasi il 15% del Fondo Sanitario Nazionale. Questa spesa (circa 4 mila euro per paziente per anno se vengono considerati i costi reali e non le tariffe virtuali) è così distribuita: 1% per visite specialistiche diabetologiche, 1% per esami di laboratorio di routine come l'emoglobina glicata, 4% per farmaci anti-diabete orali e iniettivi, 4% per dispositivi (siringhe, aghi, lancette e strisce reattive). A fronte del 10% circa della spesa totale attribuibile alla gestione ordinaria della malattia, ben il 90% è da riferire a ricoveri ordinari e Day Hospital (il 68% circa), altri farmaci (14%), consulenza specialistiche extra-diabetologiche, esami strumentali, esami di laboratorio diversi da quelli utilizzati per il monitoraggio ordinario della malattia ma spesso prescritti alle persone con diabete, procedure terapeutiche ambulatoriali (8%).



Enzo Bonora, presidente della Società Italiana di Diabetologia (SID)

«Se facessero altrettanto tutte le società scientifiche...»

Il documento non riguarda i parametri di laboratorio standard utilizzati nel monitoraggio del diabete e neppure l'automonitoraggio glicemico domiciliare, ma un'altra ventina di parametri di laboratorio che vengono spesso prescritti alle persone con diabete senza forti evidenze di una loro reale utilità clinica se non in casi particolari. Si va dal dosaggio dell'acido urico a quello degli enzimi epatici (ALT, AST, GGT), dal dosaggio del calcio a quello della vitamina D, dall'emocromo all'esame fisico-chimico delle urine. Ognuno dei parametri esaminati dagli esperti della SID, ha una sua utilità all'interno di condizioni situazioni cliniche particolari, ma è di limitata o nulla utilità nella grande maggioranza delle circostanze in cui viene prescritto. La SID stima che, su base nazionale, il risparmio annuo derivante da un minor ricorso a questi esami inappropriati nelle persone con diabete (prescritti da specialisti di tutte le discipline e da medici di medicina generale), ammonta a oltre 50 milioni di euro (equivalente alla somma degli stipendi lordi di oltre 600 diabetologi o a tutta la spesa per farmaci anti-diabete consumati in una regione con 5 milioni di abitanti). Il position statement si propone di offrire raccomandazioni evidence-based ai diabetologi, agli altri specialisti e ai medici di medicina generale. «La SID ritiene - sottolinea il presidente Enzo Bonora - che se tutte le società scientifiche facessero altrettanto per le aree cliniche di loro competenza si potrebbe avviare un percorso virtuoso in grado di determinare risparmi ben superiori ai 100 milioni di euro annui ipotizzati dal Ministero della Salute». (E. M.)



DIABETE. Arriva un Position Statement della Società Italiana di Diabetologia (SID)

Bonora (SID): «Basta esami inutili» Appello a tutte le società scientifiche

«Se tutte facessero altrettanto l'Ssn risparmierebbe oltre 100 milioni l'anno»

■ LARA LUCIANO

■■■ Ecco dove si può risparmiare in sanità, a cominciare dalle prescrizioni inutili per le persone con diabete. Arriva infatti un Position Statement della Società Italiana di Diabetologia sull'appropriatezza nella prescrizione di oltre 20 parametri di laboratorio che risultano essere stati prescritti troppo spesso nel 2014. «In un momento di ristrettezze economiche com'è quello attuale - afferma il professor Enzo Bonora, Presidente della SID - la ricerca dell'appropriatezza in sanità rappresenta un capitolo importante della spending review. Il Servizio Sanitario Nazionale potrebbe funzionare benissimo e forse anche meglio con il Fondo Sanitario allocato per il 2016, se tutti applicassero in ogni circostanza le '4 C' indispensabili per fare bene il medico: Conoscenza, Competenza, Compassione e Coscienza. L'appropriatezza, sia nelle procedure diagnostiche che nelle scelte terapeutiche, ne sarebbe una logica conseguenza».

La spesa per il diabete. Attualmente, l'assistenza medica ai circa 4 milioni di italiani con diabete costa al Servizio Sanitario Nazionale circa 16 miliardi di euro, pari a quasi il 15% del Fondo Sanitario Nazionale. Questa spesa (circa 4 mila euro per paziente per anno se vengono considerati i costi reali e non le tariffe virtuali) è così distribuita: 1% per visite specialistiche diabetologiche, 1% per esami di laboratorio di routine come l'emoglobina glicata, 4% per farmaci anti-diabete orali e iniettivi, 4% per dispositivi (si-

ringhe, aghi, lancette e strisce reattive). A fronte del 10% circa della spesa totale attribuibile alla gestione ordinaria della malattia, ben il 90% è da riferire a ricoveri ordinari e Day Hospital (il 68% circa), altri farmaci (14%), consulenza specialistiche extra-diabetologiche, esami strumentali, esami di laboratorio diversi da quelli utilizzati per il monitoraggio ordinario della malattia ma spesso prescritti alle persone con diabete, procedure terapeutiche ambulatoriali (8%).

Le raccomandazioni della SID. La SID stima che, su base nazionale, il risparmio annuo derivante da un minor ricorso agli esami inappropriati nelle persone con diabete (prescritti da specialisti di tutte le discipline e da medici di medicina generale), ammonta a oltre 50 milioni di euro (equivalente alla somma degli stipendi lordi di oltre 600 diabetologi o a tutta la spesa per farmaci anti-diabete consumati in una regione con 5 milioni di abitanti). Il position statement si propone di offrire raccomandazioni evidence-based ai diabetologi, agli altri specialisti e ai medici di medicina generale. Queste raccomandazioni si riferiscono alle sole persone con diabete. Di seguito sono riportate in breve le principali raccomandazioni. «La SID ritiene - sottolinea il presidente Enzo Bonora - che se tutte le società scientifiche facessero altrettanto per le aree cliniche di loro competenza si potrebbe avviare un percorso virtuoso in grado di determinare risparmi ben superiori ai 100 milioni di euro annui ipotizzati dal Ministero della Salute».



L'emergenza

Il contagio. Ventimila nuovi casi in Colombia, tra questi duemila donne incinte. Il presidente del Brasile a colloquio con Obama: "Sforzi comuni per controllare la malattia"

Virus Zika, corsa per trovare un vaccino

Oltre 20mila persone contagiate, di cui duemila donne in attesa di un bambino: anche la Colombia fa i conti con il virus Zika. E il bollettino sale: soltanto una settimana fa, le cifre ufficiali erano più basse di qualche migliaio, con 16.400 casi di cui meno di novecento donne incinte. Sempre più allarmante la situazione in America Latina (il virus è arrivato anche in Giamaica), con l'Organizzazione mondiale della sanità che prevede una diffusione del virus tale da poter infettare da tre a quattro milioni di persone in tutto il Sud America, e un milione e mezzo nel solo Brasile, paese dal quale è partito l'allarme. Ecco perché la diffusione del virus preoccupa su scala globale: è considerato responsabile di malformazioni nei feti, come la microcefalia.

Sono stati riscontrati sporadici casi anche in Euro-

pa, e i governi di tutto il mondo si attrezzano. I paesi asiatici chiedono a tutti coloro che hanno viaggiato di segnalare se riscontrano sintomi. In una "linea diretta" Washington- Brasilia, il presidente americano Barack Obama ha concordato con la sua omologa brasiliana Dilma Rousseff un impegno comune per mettere a punto un vaccino. L'obiettivo è quello di approfondire la ricerca e accelerare la riuscita del vaccino.

E in Italia intanto la zanzara tigre diventa una "sorvegliata speciale": la *Aedes albopictus*, che tra i paesi europei predilige il nostro e contro la quale si spendono già 150 milioni all'anno, potrebbe secondo gli infettivologi diventare il veicolo per la formazione di focolai anche in Italia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MICHELE BOCCI

Una malattia sta spaventando il mondo anche se non provoca sintomi particolarmente gravi, tanto che la maggior parte degli infettati nemmeno si accorgono di averla. Sono i sospetti che Zika possa causare una malformazione neonatale come la microcefalia e i timori che sia anche collegata alla grave sindrome di Guillain-Barré, uniti all'enorme diffusione del virus in Sud e Centro America, a spingere l'Oms e le autorità sanitarie di paesi colpiti e non ad alzare al massimo il livello di allerta. Ecco cosa si sa e quali sono ancora i misteri di Zika.

* CHE COS'È?

Un virus che da uomo a uomo si trasmette principalmente attraverso un vettore, la zanzara *aedes aegypti*. Isolato per la prima volta in Uganda nel 1947, nel 2013 è arrivato in Polinesia Francese dalla Micronesia. Nell'aprile del 2015 è iniziata l'epidemia in Brasile (finora i casi sono oltre un milione e mezzo), da ottobre Zika è stato diagnosticato anche in altri Paesi del Centro del Sud America. Oggi quelli coinvolti sono 21. La malattia è generalmente blanda, solo un quarto degli infettati sviluppa sintomi come febbre, eruzioni cutanee, dolori alla testa e alle articolazioni, che durano dai due giorni a una settimana. Non ci sono cure o vaccini per il virus, si affronta con antipiretici e antidolorifici.

* È POSSIBILE CHE PROVOCHI MICROCEFALIA NEI BAMBINI?

Il direttore generale dell'Oms, Margaret Chan, ha detto che la relazione tra virus e malformazioni neonatali è «fortemente sospettata». Alcune ricerche dimostrano la capacità di Zika di entrare nel liquido amniotico. Da ottobre 2015, quando l'epidemia è esplosa, al 27 gennaio sono state diagnosticate 4.180 microcefalie in Brasile, un numero considerevolmente superiore a quello atteso, anche se, ha detto il ministero alla Sanità brasiliano, per ora solo 6 casi sono stati collegati al virus perché sono stati trovati geni del microorganismo nei neonati. Inoltre molti esperti ritengono che il dato così alto delle malformazioni sia legato ad una maggiore attenzione verso il problema, un tempo sottodiagnosticato. Ma anche in Polinesia Francese si sarebbe visto un eccesso di microcefalie.

* COSA SI CONSIGLIA ALLE DONNE CHE VOGLIONO FARE UN BAMBINO O SONO GIÀ INCINTE?

Il Brasile, ma anche la Giamaica, la Colombia ed El Salvador hanno suggerito alle donne di non rimanere incinte in questo periodo. A chi aspetta già un figlio sono indicate misure molto stringenti per prevenire le punture di zanzara. Alle donne in attesa che progettano un viaggio nelle zone a rischio, l'Oms, e di conseguenza praticamente tutti i Paesi occidentali

compresa l'Italia, chiedono di rimandare, se possibile, fino alla fine dell'emergenza. Lo stesso consiglio vale, come ha spiegato il [ministero della Salute](#) italiano, anche per chi ha importanti problemi di salute.

* ZIKA PUÒ SCATENARE LA SINDROME DI GUILLAIN-BARRÉ?

Si tratta di una rara malattia autoimmune molto grave, talvolta collegata a malattie infettive, che può portare a vari livelli di paralisi e perfino alla morte. Ci sono stati 42 casi della sindrome in Polinesia Francese nel 2013 invece dei 5 normalmente diagnosticati. E il dicembre scorso in El Salvador si sono visti il triplo dei malati attesi. L'Oms spiega che una relazione tra il virus e la sindrome non è comunque ancora provata e bisogna attendere la conclusione di alcuni studi scientifici.

* PUÒ ESSERE TRASMESSO PER VIA SESSUALE E ATTRAVERSO IL SANGUE?

Ci sono pochissime prove riguardo allo sperma, solo due. In Polinesia Francese il virus è stato isolato nello sperma di un paziente. Negli Usa è stato descritto, ma non confermato scientificamente, un caso di trasmissione da persona a persona per via sessuale. L'Oms spiega poi che Zika può essere trasmesso attraverso il sangue ma si tratta di un «meccanismo infrequente». L'Italia ha invitato i donatori che rientrano dai paesi dove è in corso l'epidemia di non recarsi nei centri trasfusionali



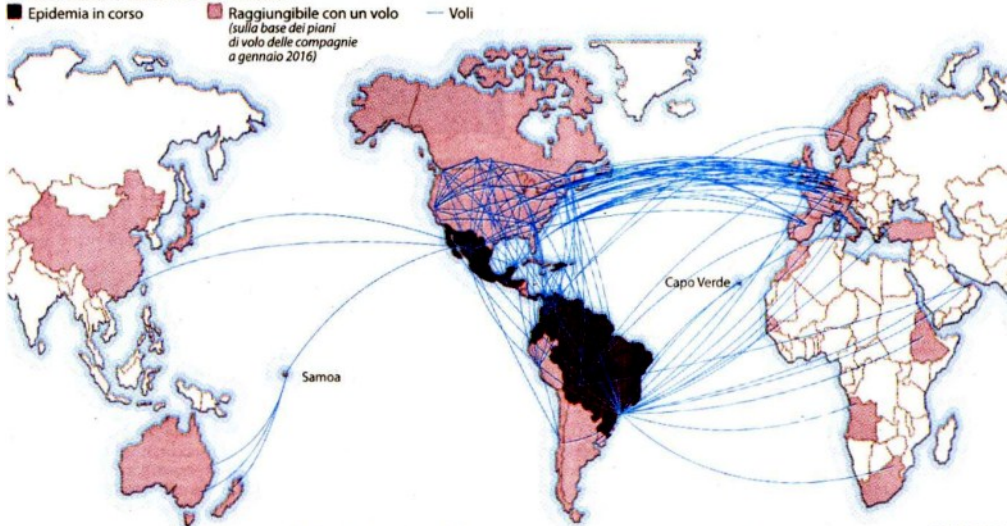
nei primi 28 giorni dal rientro.

*** ALTRE ZANZARE, A PARTE L'AEDES AEGYPTI, POSSONO FARE DA VETTORI A ZIKA?**

Una delle eventualità più preoccupanti è che il virus possa essere trasportato anche dalla "culex", la zanzara comune. La fondazione Oswaldo Cruz di Recife, che promuove la salute in Brasile, pensa sia possibile e che presto arriverà la prova. Sarebbe un problema: quell'insetto è 20 volte più diffuso dell'aedes aegypti e soprattutto si trova in tutto il mondo. Riguardo all'Italia e a buona parte dell'Europa, il vettore potenziale della malattia è la zanzara tigre (*aedes albopictus*). L'entomologo della Asl della Romagna Carlo Venturelli spiega che Zika non è mai stato trovato nell'insetto diffuso da noi, ma che le due aedes sono "cugine" e normalmente fungono da vettori degli stessi virus. A primavera, quando torneranno le zanzare, si rischierebbero dunque casi anche in Italia a partire da viaggiatori rientrati con l'infezione.

L'emergenza Zika

Il virus Zika a un volo di distanza



FONTE QUARTZ

La zanzara della febbre gialla

Aedes aegypti

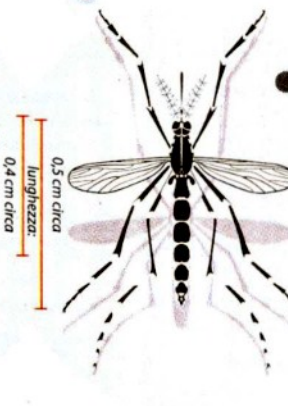
- Striature bianche sulle zampe, sul dorso formano un disegno simile a una lira
- Presente in aree urbane con o senza vegetazione
- Attacca e depono uova sia in ambienti chiusi che all'aperto
- Predilige il sangue degli esseri umani e di mammiferi domestici, punture furtive
- È il principale vettore della dengue nel mondo



La zanzara tigre (asiatica)

Aedes albopictus

- Ha striature bianche sulle zampe e una singola striatura longitudinale sul dorso
- Presente in aree urbane e di bassa vegetazione
- Si muove principalmente all'aria aperta
- Molto aggressiva nelle punture (punge più volte fino a raggiungere la quantità di sangue adeguata per le uova)



LE MALATTIE

L'*Aedes aegypti* è il principale vettore di:

- Dengue Chikungunya Febbre gialla Zika

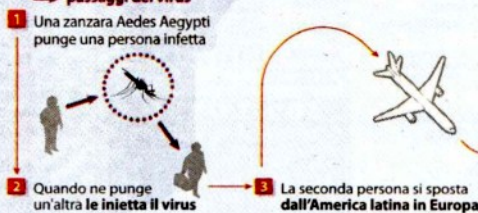
LE MALATTIE

È un vettore secondario della dengue (meno potente, trasporta il virus per meno giorni), e della Chikungunya

Secondo l'Istituto superiore di sanità è altamente probabile che diventi vettore anche del virus Zika

Come si trasmette la Zika

→ **passaggi del virus**



SINTOMI

- febbre non molto alta eruzioni cutanee congiuntivite
 dolori a muscoli e articolazioni mal di testa

Le donne in gravidanza, se infettate con Zika, possono trasmettere il virus al feto, che alla nascita può essere microcefalico

Dir. Resp.: Luciano Fontana

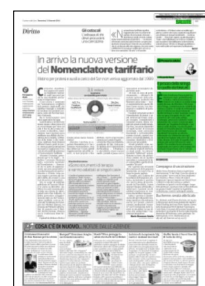
SALUTE

Pensa la salute

Il prezzo della siringa (e quello dei bisturi)

È stata l'emblema di una sanità che funzionava male, probabilmente corrotta, e nello stesso tempo, il simbolo che indicava la strada di una sanità più sana, da riformare. È il prezzo della siringa, scandalosamente variabile da regione a regione. In realtà il problema dei prezzi di riferimento degli strumenti medici da fissare su base nazionale e non solo con gare di acquisto locali, è più complesso del costo della siringa. Comunque, potenza dei simboli, è stato annunciato che a marzo ci sarà una gara nazionale per l'acquisto di siringhe, e per tutta la sanità italiana. Un piccolo passo avanti per l'umanità dolente. Nel frattempo però l'associazione dei chirurghi ospedalieri ha lanciato un allarme, sostenendo che i bisturi in uso negli ospedali non tagliano più come una volta. Colpa, dicono, delle gare di acquisto che puntano più sui prezzi bassi che sulla qualità. È un monito da non tralasciare. Auspicando che il prezzo della siringa non sia fissato troppo basso: che la "siringa unica" insomma non risulti spuntata.

di **Riccardo Renzi**



Sanità, tre mosse per risparmiare 5 miliardi

► Bilanci trasparenti, pagamento delle prestazioni effettuate e ospedali in rosso cronico ai privati: così lo Stato ci guadagna
► Pelissero, presidente dell'Aiop, lancia la proposta per rendere più efficiente il sistema sanitario e garantire servizi di qualità

**L'ASSOCIAZIONE
CHE RAGGRUPPA
LE STRUTTURE
NON PUBBLICHE
SOLLECITA UNA SVOLTA
IN TEMPI RAPIDI**

**ANCHE TAGLIARE
SPRECHI PER 8 MILIARDI
È UNA STRADA
PERCORRIBILE
A PATTO CHE SI PREMI
CHI LAVORA MEGLIO**

L'INIZIATIVA

ROMA Tre mosse per dare la svolta. E rendere finalmente efficiente il sistema sanitario italiano. Con un'iniezione di efficienza, la lotta agli sprechi, l'affidamento ai privati degli ospedali che funzionano male e che chiudono sempre in rosso. E' la proposta dell'Aiop, l'Associazione italiana ospedalità privata che rappresenta 600 strutture ospedaliere, quasi tutte d'eccellenza. Per Gabriele Pelissero, presidente dell'associazione, per 30 anni braccio destro di Giuseppe Rotelli, patron scomparso del gruppo San Donato, e da qualche giorno consigliere nazionale di Confindustria, cambiare passo si può. «Per prima cosa - spiega al *Messaggero* Pelissero - bisogna rendere trasparenti, leggibili e pubblici i bilanci di tutte le aziende del settore. E questo allo scopo di capire dove vanno davvero i nostri soldi. Una rivoluzione che fino ad oggi non è mai partita». Anche se il governo, ammette Pelissero, si è molto impegnato su questo fronte con l'ultima legge di stabilità.

I PUNTI CHIAVE

Un altro punto chiave è la modifica radicale del sistema dei finanziamenti. «L'ospedale - ragiona Pelissero - deve essere pagato solo in base alle prestazioni effettivamente

erogate ai cittadini. In modo da essere costretto a ridurre drasticamente gli sprechi. Così come avviene del resto nel privato». La strada dei costi standard, faticosamente intrapresa, va ovviamente nella direzione giusta, ma, avverte il numero uno dell'Aiop, serve uno scatto ulteriore e decisivo. Che premi merito e professionalità. Come più volte ripetuto proprio dal presidente del Consiglio Matteo Renzi e dal ministro della Sanità **Beatrice Lorenzin**. «Chi eroga le migliori prestazioni e dà un servizio di qualità deve potere lavorare di più. Al contrario le strutture ospedaliere che offrono un pessimo servizio ai pazienti e che sono in passivo per più di tre anni, devono cambiare gestore, passare di mano. Fermi restando i paletti e tutte le garanzie di controllo che le Regioni devono e possono introdurre». Certo, fa capire ancora Pelissero, se tutto il sistema fosse gestito come nel privato - mandando così un messaggio chiaro al mondo della politica - ci potrebbero essere risparmi tra i 4 e i 5 miliardi di euro per le casse dello Stato. «Miliardi - aggiunge subito - che andrebbero comunque reinvestiti per ammodernare gli ospedali, sviluppare nuovi farmaci, comprare apparecchiature all'avanguardia, facendo fronte così alle crescenti esigenze della popolazione». Del resto, attualmente, la sanità italia-

na vale circa il 6,8% del Pil, mentre quest'anno il fondo sanitario è arrivato con molta fatica a quota 110 miliardi di euro. L'Italia, va sottolineato, è uno dei paesi dell'Unione europea che spende meno. La sua spesa, come noto, è equiparabile a quella dei Paesi dell'est, ma non a quelli più simili a noi come Francia o Germania. «Serve quindi una riqualificazione. Una svolta dopo 4 anni di tagli lineari e le resistenze delle Regioni che adesso sono ad un bivio: tutelare le inefficienze o i diritti dei cittadini». Per Pelissero il ministero può completare il percorso virtuoso avviato, mentre gli enti locali devono avere il coraggio di affidare a terzi, a soggetti indipendenti, le strutture ospedaliere in rosso cronico, facendo fare un passo indietro alla politica, come in parte già avvenuto in Germania. La spesa per la sanità dovrebbe quindi toccare quota 7% del Pil, così, dice Pelissero, «si potrebbero fare grandi cose». Possibile per l'Aiop tagliare almeno 8 miliardi di sprechi e di questi, con una buona gestione, nel breve-medio termine se ne potrebbero recuperare la metà. Le cifre parlano da sole. La sanità privata rende di più: copre il 25% delle prestazioni erogate, ma costa solo il 15% della spesa totale. Basta avere il coraggio di muoversi.

Umberto Mancini

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL MINISTERO DELLA SALUTE PUNTA A REGOLAMENTARE IL SETTORE DELLA MOBILE HEALTH

Fate attenzione: non tutte le app sono affidabili

Come riconosco un'app medica affidabile?

Nell'app hanno partecipato università e/o istituzioni medico/scientifiche?

L'app riporta riferimenti a letteratura, evidenze scientifiche o linee guida?

Esiste la certificazione di qualità ISO 9001, contrassegnata dal marchio CE?

L'uso delle informazioni personali è conforme alla normativa sulla privacy?

Esistono potenziali conflitti d'interesse?

di Eugenio Santoro

● Possiamo fidarci senza condizioni delle applicazioni mediche e dei loro benefici? In realtà occorre fare attenzione. Esistono infatti diverse esperienze che testimoniano come alcune applicazioni, seppure sbandierate dagli sviluppatori come possibili rimedi per la gestione di certe patologie come quelle dermatologiche o quelle respiratorie, si siano dimostrate alla prova dei fatti del tutto inefficaci o addirittura pericolose. Da alcuni anni, il dibattito sulla sicurezza delle applicazioni mediche è particolarmente acceso negli Stati Uniti, dove la Food and Drug Administration ha deciso di sottoporre a validazione e certificazione quelle applicazioni (del tutto simili ai dispositivi medici) che possono mettere a rischio la salute dei pazienti. Da noi il problema è ancora poco sentito. Solo recentemente è stato avviato presso il **ministero della Salute** un tavolo sulla cosiddetta mobile Health con l'obiettivo di formulare linee guida per individuare applicazioni che debbano essere sottoposte a una regolamentazione. Un'ulteriore spinta è arrivata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri

che, con il Comitato Nazionale per la Bioetica, ha preso in esame le potenzialità di questi strumenti per la prevenzione, la gestione delle malattie croniche e come sistema per ridurre costi assistenziali ed ospedalieri. Ma almeno la riservatezza dei dati raccolti attraverso le app mediche è preservata? Anche in questo caso occorre fare attenzione. Un recente studio commissionato dal Global Privacy Enforcement Network (GPEN) e condotto dal Garante italiano per la protezione dei dati personali ha evidenziato che il 50% delle app europee non segue e non è coerente con la normativa in vigore nei paesi europei. Inoltre altri recenti studi hanno evidenziato che una percentuale del 20% delle applicazioni mediche trasmette in chiaro (senza cioè criptarle) le credenziali (username e password) degli utenti, esponendoli così al rischio che i loro dati sanitari possano essere intercettati e letti durante la loro trasmissione al medico. In attesa che siano disponibili anche in Italia delle linee guida che regolamentino il mercato delle applicazioni mediche e la loro distribuzione, alcuni suggerimenti, illustrati nella tabella che vedete qui a sinistra, possono comunque aiutare a identificare quelle affidabili, ricordando sempre che è fondamentale che il paziente condivida qualsiasi decisione, anche in questo caso, con il proprio medico.



MEDICINA 2.0 DALLA GEOLOCALIZZAZIONE ALLE RILEVAZIONI BIOMETRICHE, SCOPRIAMO QUANTO PUÒ ESSERE D'AUTO AL NOSTRO BENESSERE LA TECNOLOGIA DEI NUOVI CELLULARI

Quando il medico è il telefonino

Oggi le app e gli smartphone possono aiutarci a monitorare le nostre condizioni di salute

di Eugenio Santoro*

Negli ultimi anni il mercato degli smartphone è esploso, e con esso quello delle app, le applicazioni che sfruttano le potenzialità degli smartphone per trasformarli in veri e propri computer portatili. L'area sanitaria non poteva rimanere immune da questa trasformazione. Si calcola, per esempio, che dei quasi 2 milioni di applicazioni presenti sull'Apple Store (la piattaforma di distribuzione delle applicazioni per il mondo Apple) e su Google Play (l'analoga piattaforma per i dispositivi dotati di sistemi operativi Android), quasi 100mila riguardino l'ambito medico sanitario e quello più generale del benessere. La tipologia delle applicazioni è piuttosto eterogenea. Esistono quelle che sfruttano la geolocalizzazione dei dispositivi mobili per segnalare ai cittadini/pazienti che ne fanno uso dove trovare ASL, farmacie, ospedali, strutture sanitarie per specifiche patologie a loro più vicine, e per informarli dei servizi offerti e delle modalità di fruizione. Un'altra categoria di applicazioni è quella che permette ai cittadini di accedere a informazioni di particolare interesse per la salute pubblica, come dimostrano le esperienze del [Ministero della Salute](#), dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), di molte ASL italiane e di diverse società medico-scientifiche. Tuttavia oggi l'area in maggiore espansione è quella riguardante il monitoraggio del proprio stato di benessere e di salute. I sensori di cui gli smartphone sono dotati (accelerometro, giroscopio, magnetometro, sensore di prossimità, pedometro, cardiofrequenzimetro, ai quali si possono aggiungere la fotocamera e il microfono) sono in grado di raccogliere innumerevoli quantità di dati come il numero di passi fatti nel corso della giornata, la distanza percorsa durante una camminata o una corsa, il numero di gradini saliti e scesi, i movimenti della persona mentre dorme per rilevare la qualità del sonno, il numero di battiti cardiaci. Le applicazioni nate in questi anni (come per esempio MyFitnessPal, Runtastic, IOS Salute/HealthKit, Google Fit e S-Health) sono poi in grado di gestire questa mole di dati e forniscono all'utente strumenti per

monitorare i risultati raggiunti e il numero di calorie bruciate. Nei paesi anglosassoni questa pratica (identificata con il termine "quantified self") è molto più in voga che da noi grazie anche alla diffusione di braccialetti (come Fitbit, Samsung Gear Fit e Nike FuelBand) e smartwatch (come Apple Watch e GEAR S2) dotati di sensori in grado di raccogliere dati simili e di dialogare con lo smartphone. Queste e altre applicazioni che incidono sugli stili di vita (come per esempio quelle che, attraverso programmi dietetici e sessioni di esercizio fisico, permettono di tenere sotto controllo il peso), sono alla base di alcune sperimentazioni cliniche randomizzate che hanno lo scopo di dimostrare la loro efficacia nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie "non trasmissibili", quelle cioè basate su errati stili di vita come il diabete, l'ipertensione e molte delle patologie cardiovascolari e oncologiche. Gli scienziati, questa è l'idea, ritengono che smartphone e applicazioni, insieme alla cosiddetta "tecnologia indossabile" (a cui braccialetti e smart watch appartengono) possano essere di aiuto nell'assumere stili di vita salutari, riducendo il rischio in chi la malattia ancora non l'ha sviluppata e gestendola meglio laddove è già presente. Per esempio, dei ricercatori hanno dimostrato che l'uso di un'applicazione per smartphone in grado di raccogliere periodicamente e gestire diverse informazioni (tra cui i valori glicemici, la dose di insulina assunta nel corso della giornata, le calorie ingerite e quelle perse in seguito a programmi specifici di attività fisica), combinato all'invio settimanale di messaggi di supporto da parte di un operatore sanitario, aumenta in modo significativo il controllo glicemico nei pazienti affetti da diabete di tipo 1. Il controllo dell'aderenza al trattamento è un'altra area nella quale sono state sviluppate interessanti applicazioni. Il funzionamento di tali applicazioni può andare dal più semplice "promemoria" sull'orario di assunzione del farmaco, a informazioni più avanzate di supporto, fino alla verifica delle interazioni farmacologiche. Anche in questo caso alcuni studi evidenziano una maggiore efficacia



delle applicazioni nel ridurre gli errori nella somministrazione dei farmaci rispetto a coloro che usano il classico promemoria cartaceo. Sono sufficienti le dimostrazioni offerte dagli studi condotti finora per inserirli in un percorso assistenziale? Purtroppo no. Gli studi al momento sono condotti ancora su piccoli numeri e non adottano ancora metodologie rigorose. Per dimostrarne l'efficacia e l'appropriatezza (parola oggi particolarmente di moda in ambito sanitario) occorrono studi più rigorosi dal punto di vista scientifico e soprattutto investimenti in questo nuovo campo della ricerca.

***Eugenio Santoro**

Twitter @eugeniosantoro

Email: eugenio.santoro@marionegri.it

Laboratorio di Informatica medica

IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri"

SALUTE

I piatti cucinati da noi ci piacciono di più (e di solito sono anche sani)

Siete alla ricerca di un piatto salutare già pronto? Provate a chiedervi se davvero non vi sia possibile prepararlo da soli. Con ogni probabilità quello stesso piatto vi sembrerà più buono. A suggerirlo è uno studio, pubblicato su *Health Psychology*, in cui ricercatori delle università di Zurigo e Colonia hanno chiesto a 120 giovani donne di valutare alcune preparazioni (dei frappè) già pronte oppure da preparare, seguendo semplici indicazioni. Gli ingredienti potevano essere più o meno salutari: latte parzialmente scremato, lamponi e poco zucchero, nel primo caso, oppure gelato al cioccolato, panna e latte intero. I frappè preparati personalmente piacevano più di quelli pronti, ma solo quando gli ingredienti erano salutari. Quando invece erano ricchi di grassi e di calorie, il gradimento non cambiava. Ma perché lo stesso cibo ci può sembrare migliore se siamo noi a realizzarlo?

Uno dei motivi suggeriti dagli autori è che in questo modo si possono valutare gli ingredienti e quindi sapere se “fanno

bene”. E questo può contribuire a rendere più gradevole un piatto, ancor più se a consumarlo sono persone molto attente alla salubrità della dieta e a evitare eccessi calorici. E poiché questa attenzione è più frequente nelle donne lo studio ha coinvolto solo persone di genere femminile. Preparando un cibo entra poi in gioco “l'effetto IKEA”: la fatica richiesta per creare un oggetto (quindi anche per realizzare un piatto) ce lo fa apprezzare di più.

«Aldilà di questo — commenta Giuseppe Fatati presidente Fondazione ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica) — quando prepariamo i piatti modifichiamo i dosaggi, talvolta prima ancora di aver provato una ricetta, per adattarli ai nostri gusti ed è probabile che questi cibi ci piacciono di più. Come pure è vero che, scegliendo gli ingredienti, la qualità nutrizionale risulta facilmente migliore. E in diversi studi i pasti casalinghi sono stati associati con più elevati consumi di frutta e verdura, fibra e alcune vitamine e minerali. C'è però un aspetto in cui la superiorità dei piatti di casa

non è scontata: quello relativo alla manipolazione e conservazione dei cibi, perché la consuetudine può portare a ridurre l'attenzione a scapito della sicurezza». Che consigli dare a chi si mette ai fornelli? Nel pianificare i menu, meglio cominciare da verdure e ortaggi, anziché relegarli al ruolo di contorno, privilegiando prodotti di stagione da utilizzare in grande varietà, anche per dare sapore e colore ai piatti principali. Se il tempo scarseggia, impiegarlo prima di tutto per valorizzare quei cibi salutari spesso poco presenti nei menu: cereali integrali, legumi, pesce.

Per dare un tocco di originalità, ricorrere a erbe aromatiche, spezie, frutta secca a guscio, semi, prima che ai fin troppo presenti formaggi e insaccati. Infine, meglio investire in ingredienti di qualità che anche a piccole dosi possono avere un grande impatto sul sapore di un piatto come un olio extravergine d'oliva, magari aromatizzato da noi, o un buon aceto balsamico.

Carla Favaro Nutrizionista

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Valori nutrizionali di un pasto equilibrato medio		Che cosa tenere d'occhio per valutare un piatto pronto
Energia	700 kcal	Sulla confezione possono essere indicate poche calorie a porzione, ma spesso per sentirsi sazi bisogna mangiarne più di una. Un piatto unico è inadeguato se è troppo ricco di calorie, ma anche se è troppo povero. Bene aggiungere verdura e frutta fresca
Proteine	16-26 g	Un piatto unico troppo scarso in proteine è inadatto anche dal punto di vista della sazietà
Grassi	23 g, di cui saturi non più di 8 g	I grassi vanno valutati con particolare attenzione, specie quelli saturi
Carboidrati	96 g circa	Spesso i carboidrati risultano sbilanciati per difetto, se il piatto è unico aggiungere pane oltre a verdura e frutta
Sale	1,7 g al massimo	I piatti pronti ne sono di frequente troppo ricchi. Una porzione di zuppa da sola può fornire anche metà della dose giornaliera consigliata (5 g)

* I valori si basano su un fabbisogno energetico quotidiano di 2000 kcal e corrispondono al 30% dell'energia e dei nutrienti giornalieri

Corriere della Sera

Orizzonti della procreazione assistita Serve un aiuto 'da donna a donna'

Campagna di sensibilizzazione per la donazione degli ovociti



LUCA GIANAROLI
Direttore Simer

«È auspicabile che in tempi rapidi si arrivi a una collaborazione più efficace tra strutture pubbliche e private»

Beatrice Spagnoli

LA FECONDAZIONE eterologa e le nuove tecniche nell'ambito della procreazione assistita. Su questo terreno, a febbraio partirà una campagna informativa sulla donazione degli ovociti, che prenderà il via a Bologna. È recentissimo il debutto in libreria e on line del volume 'La fecondazione eterologa' di Maurizio De Tilla, Lucio Militerni e Umberto Veronesi (Utet editore), presentato al Simer, il centro specialistico privato che fin dal 1994 opera nell'ambito dell'infertilità e della procreazione medicalmente assistita nella sede principale di Bologna e nei centri satellite in tutta Italia. Un'occasione, questa, per fare il punto sullo stato dell'arte dell'applicazione della legge 40, a seguito della sentenza della Corte Costituzionale che nel 2014 ha reso nuovamente lecita nel nostro Paese la fecondazione eterologa. «La Corte Costituzionale ha riallineato la normativa nazionale a quella europea. Ma l'inizio - spiega il dottor Luca Gianaroli, direttore sanitario di Simer - si sta rivelando piuttosto impegnativo per i pazienti, in quanto ci sono lunghe liste di attesa che si sono accumulate nell'arco degli anni». E lancia una proposta: «Proprio in questa fase - os-

serva - sarebbe auspicabile una collaborazione pubblico-privato che consenta, grazie all'interazione tra centri privati e enti locali, di superare le rigidità delle strutture mediche pubbliche, molto burocratizzate, e di snellire la domanda di trattamenti».

SONO trascorsi trentuno anni, ricorda Gianaroli, dalle prime donazioni di ovociti, prima che la Legge 40 vietasse il trattamento, recentemente reintegrato. Ma qual è l'identikit dei pazienti tipo che si sottopongono all'eterologa e agli altri trattamenti di fecondazione assistita? Per l'eterologa, in molti casi si tratta di coppie in cui uno dei due partners ha avuto patologie gravi, soprattutto oncologiche. Il Simer collabora infatti con lo Ieo (Istituto europeo oncologia), affinché pazienti con problemi oncologici, dopo la guarigione possano avere un riferimento per l'eventuale ricerca di una gravidanza. Ci sono poi pazienti con difficoltà legate all'età o alla menopausa precoce e uomini che hanno avuto infezioni o traumi che hanno ridotto la loro fertilità.

MA AFFINCHÉ la fecondazione eterologa possa essere offerta a tutte le coppie che ne hanno bisogno in tempi ragionevoli, sono necessari un numero di gameti sufficiente. E per questo che Simer ha deciso di lanciare la campagna "Da donna a donna" per informare l'opinione pubblica sulla donazione di ovociti. «Attivare questa campagna con il patrocinio di un'istituzione pubblica prestigiosa come il Comune di Bologna, è fondamentale per raggiungere il maggior numero di persone - conclude il direttore sanitario di Simer - e nel corso dell'incontro pubblico che si terrà a Palazzo d'Accursio il prossimo 19 febbraio approfondiremo tutti i diversi aspetti di questa tematica, lanciando anche il nostro programma di donazione di ovociti in abbinamento al social freezing».

I vantaggi della diagnosi genetica pre-impianto Nel 'social freezing' il futuro delle nascite

ESISTONO novità nel campo delle tecniche della fecondazione assistita. Innanzitutto la diagnosi genetica pre-impianto. Non esiste in Italia un altro centro di Pma, al di fuori di Simer, che svolga tutte le fasi del trattamento e della diagnosi internamente. La diagnosi pre-impianto può avere due applicazioni: la prima è quella di ridurre il numero di cicli necessari per il concepimento evitando, in specifiche categorie di pazienti, il trasferimento di embrioni con anomalie tali da rendere impossibile il concepimento.

La seconda, invece, è quella di prevenire la trasmissione di malattie genetiche anche gravi dai genitori alla prole. Questa tecnica permette di selezionare embrioni non affetti da gravi malattie ereditarie, evitando così traumi quali, ad esempio, la necessità di ricorrere all'aborto terapeutico.

IL FUTURO delle nascite sta nel 'social freezing'. Ovvero nella crioconservazione in giovane età di cellule uovo per un eventuale successivo utilizzo. Poiché con l'avanzare dell'età il numero e la qualità delle cellule uovo disponibili fisiologicamente diminuisce, e la ricerca di un figlio da parte delle donne viene sempre più spesso posticipata per ragioni personali e lavorative, questa tecnica permette di ridurre il rischio di infertilità futura. Il "social freezing" può essere combinato alla donazione di eventuali ovociti sovranumerari, al fine di dare vita a un 'reservoir' di cellule uovo da mettere a disposizione delle donne che hanno problemi a concepire. La sensibilizzazione sulla donazione di gameti è un tema di estrema importanza in quanto, ad oggi, non sono stati ancora del tutto sciolti nodi fondamentali, soprattutto per quanto riguarda il reperimento dei gameti per le coppie costrette a ricorrere all'eterologa nel tentativo di ottenere una gravidanza.





Quando...
Uno o entrambi gli aspiranti genitori sono affetti da gravi forme di infertilità, da sterilità o da patologie altrimenti trasmissibili alla prole, per cercare di ottenere una gravidanza occorre fare ricorso a un gamete (un ovulo o uno spermatozoo) di un donatore esterno alla coppia

Come...
Rivolgendosi a un centro specializzato. I richiedenti devono essere maggiorenni, sposati o stabilmente conviventi e la loro condizione di infertilità/sterilità deve essere certificata da uno specialista. I trattamenti di fecondazione eterologa possono essere eseguiti sia in Centri pubblici a fronte del pagamento di un ticket, che in Centri privati.

Requisiti dei donatori
In Italia i donatori maschi devono avere età compresa tra i 18 e i 40 anni e le femmine tra i 20 e i 35 e devono essere sottoposti a un iter specifico volto a verificarne l'idoneità. In base alle normative attualmente vigenti in Italia, la donazione di gameti è un atto completamente anonimo. Le coppie riceventi e gli eventuali bambini nati non possono avere accesso ad informazioni sul donatore e viceversa.

Le tecniche
Nella maggior parte dei casi di donazione di gameti si ricorre alle tecniche di fecondazione in vitro e al successivo trasferimento nell'utero della paziente ricevente degli embrioni generati. Solo in caso di donazione di seme si può ricorrere, in casi specifici, all'inseminazione intrauterina che prevede la semplice iniezione del liquido seminale opportunamente preparato nell'utero della paziente.