



RASSEGNA STAMPA

24/02/2016

1. ANSA Via il seno per paura di un tumore, in Usa boom effetto Jolie
2. STAMPA "Tiro a segno sul tumore con le particelle travestite"
3. DOCTOR 33 Diagnosi cancro con saliva, promettente ma ancora lontana
4. POPSCIENCE Creato il primo ritratto in 3D di un tumore
5. QUOTIDIANO SANITÀ Cancro al colon. Negli adulti non a rischio, meglio il test sangue occulto
6. AVVENIRE Ticket e sanità: un cittadino su dieci rinuncia a curarsi
7. PHARMA KRONOS Cittadinanzattiva, accesso a innovativi dipende da Regione
8. MATTINO Nel Meridione ticket sanitari più cari del Nord
9. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Sanità, conti in salute gli italiani un po' meno
10. QUOTIDIANO SANITÀ Sanità digitale. Lorenzin: "In Italia ancora troppa frammentazione"
11. STAMPA I figli trasformano il sistema immunitario di mamma e papà
12. REPUBBLICA L'italiano che ci guida nei segreti del genoma
13. GIORNALE Effetto tablet: 4 bambini su 10 dormono male
14. ANSA Francia, cadaveri 'rianimati' per addestrare futuri chirurghi
15. CORRIERE.IT L'anello «medicato» da 5 dollari che protegge le donne dall'Aids
16. STAMPA "Rare" o "orfane": la lotta alle malattie senza nome
17. ADN SALUTE 3mila sterline per scegliere dove e come partorire, l'idea in GB
18. LASTAMPA.IT È davvero inevitabile ingrassare quando si invecchia?

<http://www.ansa.it>

Via il seno per paura di un tumore, in Usa boom effetto Jolie

Raddoppiato numero donne, dopo diagnosi +36%, esperti preoccupati



Via il seno per paura di un tumore, in Usa boom effetto Jolie

Sconcertante aumento delle mastectomie in America, sia dopo una diagnosi di tumore del seno, che a scopo puramente preventivo: queste ultime sono addirittura raddoppiate negli ultimi 7 anni. Mentre il ricorso agli interventi di mastectomia - anche quando secondo i medici le pazienti potrebbero scegliere operazioni di 'quadrectomia' piu' limitate - sono cresciute del 36% .

A rivelare i clamorosi dati sull'impennata di interventi estremi, che sfigurano le donne, pur a fronte di un tasso di diagnosi di questi tumori che e' rimasto stabile, sono i ricercatori del ministero della Sanita Usa.

Tra il 2005 ed il 2013 - dice il rapporto - le donne che hanno avuto mastectomie singole o doppie e' salito del 36%, quello delle mastectomie doppie e' piu' che

triplicato.

La scelta delle doppie mastectomie tra donne che non hanno avuto una diagnosi di tumore, ma vogliono prevenirlo per tendenze genetiche, proprio come ha fatto l'attrice Angelina Jolie, e' piu' che raddoppiata nello stesso periodo: passando da due donne ogni 100.000 nel 2005, a 4 nel 2013.

Secondo il direttore del dipartimento che ha preparato il rapporto, Rick Kronick, queste procedure radicali vengono inoltre effettuate in misura crescente in day-hospital.

Per Robert Shenk, direttore del centro senologico del University Hospitals Case Medical Center a Cleveland, sempre piu' pazienti scelgono le procedure piu' radicali, nonostante i medici consiglino interventi limitati di quadrectomia. "Queste pazienti vogliono sentirsi sicure, ma non hanno percezione errata dei loro rischi di ricorrenza". (ANSA)

“Tiro a segno sul tumore con le particelle travestite”

Al via ricerca d'avanguardia al Politecnico di Torino

Valentina Cauda
 Ingegnere chimico

RUOLO: È DOCENTE
 NEL DIPARTIMENTO DI SCIENZA APPLICATA
 E TECNOLOGIA
 AL POLITECNICO DI TORINO



VALENTINA ARCOVIO

Ha appena compiuto 35 anni e il suo curriculum intimidisce già molti colleghi. Dopo la laurea in Ingegneria Chimica nel 2004 e un dottorato in Scienza e Tecnologia dei Materiali al Politecnico di Torino, Valentina Cauda ha lavorato all'Università di Madrid per poi trasferirsi all'Università di Monaco di Baviera, dove ha fatto ricerca sulle nanoparticelle per il rilascio controllato dei farmaci. Negli ultimi cinque anni è stata una ricercatrice dell'Istituto Italiano di Tecnologia, dove ha tagliato il traguardo di oltre 66 pubblicazioni su riviste prestigiose. Ora è tornata al Politecnico di Torino, ma non più da allieva o dottoranda. Stavolta Cauda ha una cattedra e quasi un milione e mezzo di euro da investire in un progetto ambizioso. Lei è, infatti, una delle prime due donne dell'ateneo ad aver vinto un «Ere Starting Grant», un contributo dell'Ue che le consentirà di esplorare le potenzialità di un approccio innovativo nel campo dell'oncologia.

Così come si deduce dal titolo del progetto, «TrojaNanoHorse», l'idea di Cauda è di testare un

particolare tipo di nanoparticella, capace di agire come un «Cavallo di Troia» contro i tumori. «L'approccio - spiega Cauda - è quello di sperimentare una nanoparticella in grado di passare inosservata nel sistema immunitario, evitando quindi di essere attaccata come un qualsiasi altro agente esterno, e infiltrarsi nelle cellule tumorali per ucciderle senza l'aiuto di farmaci chemioterapici».

Queste strutture sono davvero speciali. «Sono nanoparticelle ossidiche inglobate in un rivestimento realizzato con lipidi provenienti da cellule tumorali autologhe, ovvero prodotte dalle cellule malate e prelevate dal paziente», spiega Cauda. Questo rivesti-

mento permette alle nanoparticelle di circolare nell'organismo e di non essere percepite come a g e n t i estranei e,

quindi, di raggiungere selettivamente le cellule malate grazie a speciali anticorpi.

«Lo stratagemma ci consente di indirizzarle proprio dove vogliamo, evitando di creare danni alle cellule sane, come spesso avviene nei trattamenti tradizionali», aggiunge la ricercatrice. Una volta iniettate nel circolo sanguigno, le particelle mireranno con precisione al bersaglio. «Raggiunto l'obiettivo, inizieranno a degradarsi e a rilasciare sostanze tossiche per distruggere le

cellule malate».

A differenza di altre nanoparticelle allo studio, quelle ideate dalla ricercatrice torinese non trasportano farmaci chemioterapici e, di conseguenza, non si rischiano gli effetti collaterali: non saranno, perciò, solo un mezzo per far arrivare la terapia nel posto giusto, ma diventeranno esse stesse la terapia.

Altro aspetto sorprendente è che possono fungere anche da strumento diagnostico, permettendo per esempio di monitorare l'andamento della malattia e, quindi, l'efficacia del trattamento. «Se illuminate con luce ultravioletta, le particelle la riemetteranno in modo rilevabile con la strumentazione diagnostica».

«Questo significa - prosegue Cauda - che potremmo osservare la posizione di ogni singola cellula colpita, anche quando il tumore si è sviluppato a livello di poche unità: un dettaglio oggi impossibile con le attuali tecniche». La strada per arrivare in clinica è ancora lunga, come ammette la stessa ricercatrice. Ma le premesse sono incoraggianti. «Nei prossimi cinque anni testeremo questa strategia su linee cellulari di leucemia linfoblastica acuta. E in caso di successo proveremo lo stesso approccio anche su altre cellule tumorali e si potrà così pensare alla sperimentazione clinica».

BY NC ND AL CUNI DIRITTI RISERVATA



Diagnosi cancro con la saliva, promettente ma ancora lontana

Si avvicina all'impiego clinico un test che potrebbe permettere di porre diagnosi di tumore sulla base dell'analisi della saliva. L'annuncio è stato dato a Washington, nel corso della recente conferenza annuale della American Association for the Advancement of Science, dai promotori di questa nuova tecnica che viene presentata come più rapida e semplice della cosiddetta «biopsia liquida» realizzata sul sangue. **David Wong** e colleghi dell'Università di Los Angeles, in California, hanno presentato un prototipo - chiamato electric field-induced release and measurement (Efirmi) - che sarebbe in grado di individuare nella saliva i biomarcatori del carcinoma polmonare non a piccole cellule con un'accuratezza superiore a quella della tecnologia di sequenziamento attualmente in uso, che sarà sottoposto alle prime sperimentazioni cliniche nel corso del 2016, in Cina. Se le premesse saranno confermate dagli studi clinici, il test eseguibile in 10 minuti in qualsiasi studio medico potrebbe in futuro guidare la diagnosi in caso di sospetto di tumore, per esempio a seguito di una radiografia, anche in caso di tumori della testa e del collo, caratterizzati da mutazioni caratteristiche del recettore del fattore di crescita epidermica (epidermal growth factor receptor, Egfr).

Tuttavia altri esperti hanno invitato a moderare l'entusiasmo per questa promettente innovazione, ancora da mettere alla prova della sperimentazione clinica, in cui tipicamente diventano evidenti i problemi legati all'enorme complessità dello sviluppo dei diversi tipi di tumore: «L'identificazione di surrogati per la diagnosi precoce dei tumori orali rimane una sfida» ha spiegato a Washington Gypsyamber D'Souza, docente di epidemiologia della Bloomberg School of Public Health della Johns Hopkins University, specialista di Papillomavirus umano (Hpv), oggi responsabile della maggior parte dei tumori oro-faringei negli Stati Uniti. Dei molti biomarcatori su cui oggi si stanno approfondendo le ricerche per verificarne l'attendibilità come campanelli d'allarme dice che sono motivo di grandi speranze, anche se «attualmente non ci sono modalità di screening efficaci per diagnosticare precocemente i tumori oro-faringei correlati all'HPV, la cui infezione in sé è un pessimo strumento per predire se si svilupperà o meno un cancro, che può impiegare oltre dieci anni a manifestarsi». Oggi questi tumori sono spesso diagnosticati in fase molto avanzata, per cui il test sulla saliva in corso di messa a punto da parte di Wong e colleghi potrebbe migliorare drasticamente la prognosi, anticipando la diagnosi. La conferma, con la quantificazione dettagliata dei pro e dei contro del test, è però di là da venire: le sperimentazioni cinesi, il cui avvio è stato annunciato per i prossimi mesi, saranno se tutto va nel migliore dei modi le prime di una serie lunga e complessa di validazioni.

<http://www.popsoci.it/>

Creato il primo ritratto in 3D di un tumore



D'ora in poi lo studio dei tumori verrà fatto in 3D. Grazie ad un microscopio ad alta risoluzione, i ricercatori del Southwestern Medical Center dell'Università del Texas, guidati da **Reto Fiolka**, sono infatti riusciti a realizzare il primo ritratto in 3D delle cellule tumorali. Il risultato, descritto sulla rivista *Cell*, aiuterà a comprendere meglio il comportamento e scoprire nuovi punti deboli dei tumori.

Lo studio

I ricercatori hanno usato il microscopio per raffigurare diversi tipi di cellule di tumore della pelle di alcuni pazienti e hanno così scoperto nell'ambiente 3D, a differenza dei vetrini, che le cellule del melanoma formano molte piccole protuberanze, che si ipotizza aiutino le cellule tumorali a sopravvivere o muoversi in giro, e possano avere un ruolo centrale nell'invasione del tumore o nella resistenza ai farmaci dei pazienti. Si tratta del primo passo verso la comprensione della biologia in 3D dei microambienti tumorali. E poiché questo tipo di immagini è troppo complicato da capire ad occhio nudo, il passo successivo dei ricercatori sarà sviluppare delle potenti piattaforme informatiche per estrarre ed elaborare le informazioni. Il software di controllo del microscopio e il codice di analisi delle immagini sono già liberamente disponibili per la comunità scientifica.

L'esperto

"Ci sono prove chiare che l'ambiente influisce parecchio sul comportamento delle cellule, quindi il valore degli esperimenti sulle colture di cellule sui vetrini deve almeno essere messo in discussione", commenta Fiolka. "Il nostro microscopio ad alta risoluzione – continua – può aiutarci a comprendere meglio i meccanismi molecolari alla base del comportamento cellulare e avere un'immagine più realistica dell'ambiente tumorale".

Martedì 23 FEBBRAIO 2016

Cancro al colon. Negli adulti non a rischio, meglio il test del sangue occulto

Esperti canadesi sconsigliano di ricorrere alla colonscopia nelle persone con più di 50 anni e senza sintomi della malattia. Le nuove raccomandazioni sul Canadian Medical Association Journal.

(Reuters Health) – La colonscopia non sarebbe più efficace del test del sangue occulto nelle feci per individuare un tumore del colon, almeno nei pazienti non a rischio. A dichiararlo è stato un gruppo indipendente di esperti canadesi riuniti nella Canadian Task Force on Preventive Health Care, che raduna specialisti di medicina clinica. Le nuove raccomandazioni sono state pubblicate sul *Canadian Medical Association Journal*. Lo screening per il tumore del colon punta a identificare e rimuovere i polipi benigni che potrebbero diventare maligni e causare un tumore a livello dell'intestino. Attualmente, tutti i programmi canadesi raccomandano l'uso della coprocoltura per individuare piccoli quantitativi di sangue nelle feci, sia attraverso il test del sangue occulto che per mezzo del test immunochimico fecale.

Il parere degli esperti canadesi

Secondo gli esperti canadesi, il fatto di opporsi alla colonscopia come metodo principale di screening per il tumore del colon deriverebbe dalla mancanza di evidenze che l'esame strumentale sia più efficace del semplice test sulle feci. La coprocoltura, da ripetere ogni due anni, o la sigmoidoscopia flessibile, da fare ogni 10 anni, sono dunque da consigliare negli adulti di età compresa tra 60 e 74 anni. Lo stesso approccio dovrebbe essere usato nei confronti delle persone di età tra 50 e 59 anni. Mentre sopra i 75 anni non si raccomanda lo screening, dal momento che da questa età in poi gli studi dimostrano che la diagnosi precoce non varia l'incidenza della mortalità per cancro al colon. "Indipendentemente dall'età, i medici dovrebbero discutere con il paziente il test più appropriato per lo screening, prendendo in considerazione le preferenze della singola persona e la disponibilità dei vari esami nella zona in cui vive", concludono gli esperti. Le raccomandazioni del gruppo di esperti canadesi differiscono da quelle pubblicate dagli specialisti statunitensi nel 2008, che invece consigliano il ricorso a tutti e tre gli strumenti diagnostici: sangue occulto fecale, sigmoidoscopia flessibile e colonscopia, nelle persone tra 50 e 75 anni di età.

I commenti

Secondo **Robert Smith**, vice presidente dell'American Cancer Society for Cancer Screening di Atlanta, in Georgia, "negli Stati Uniti, i vantaggi della colonscopia sono stati considerati superiori rispetto ad altri esami, in mancanza di dati derivanti da uno studio prospettico randomizzato. Così l'American Cancer Society e la U.S. Multi-Society Task Force hanno approvato la colonscopia ogni 10 anni come un buon metodo di screening, e alla fine anche la task force americana si è unita. Tuttavia, le linee guida statunitensi sono concordi nel considerare anche il test del sangue occulto, eseguito annualmente, un buon metodo di screening". Infine, "nuovi studi mostrano molto chiaramente che c'è una certa quota di adulti che non vogliono fare la colonscopia, e che magari accetterebbe di fare il test del sangue occulto – ha dichiarato Smith – quindi dobbiamo concludere che il migliore test per lo screening del cancro del colon è quello che viene effettivamente fatto".

Fonte: *Canadian Medical Association Journal*

Will Bogs MD

Ticket e sanità: un cittadino su dieci rinuncia a curarsi

Rapporto

Cittadinanzattiva- Tribunale del malato: da Nord a Sud ecco tutte le storture del federalismo sanitario

Roma. Liste d'attesa interminabili, tanto che per un'ecografia all'addome si può aspettare fino a 5 mesi. E un "caro ticket" che pesa sempre di più sulle tasche dei cittadini, fino a costringere un italiano su 10 a dire addio alle cure, rinunciando ad esami e visite: con l'ulteriore paradosso che è proprio nelle regioni dove si pagano più tasse che le prestazioni sanitarie sono meno garantite. Sono queste solo alcune delle "storture" derivate dal federalismo sanitario e denunciate da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato (Tdm) nel Rapporto 2015 dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità.

A pesare, denuncia il Tdm, sono innanzitutto i costi: la spesa sostenuta privatamente per prestazioni sanitarie in Italia è, infatti, al di sopra della media OCSE (3,2% contro il 2,8%) e con forti differenze tra le regioni (dai 781,2 euro in Valle d'Aosta ai 267,9 in Sicilia). Inoltre, in generale, le Regioni in Piano di rientro, e la Campania in particolare, sono quelle che, a fronte di una minore spesa pubblica e di una elevata tassazione, danno meno garanzie ai cittadini nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Altra nota dolente i ticket: l'importo varia di regione in regione ed ogni anno gli italiani, a testa, pagano in media oltre 50 euro come quota di compartecipazione nelle Regioni del Nord e Centro, con punte vicino ai 60 euro in Veneto e Valle D'Aosta, e in media 42 euro al Sud. E la situazione è peggiore proprio al Sud, dov'è la maggior quota di rinunce alle cure (11,2%) rispetto al Centro (7,4%) e al Nord il (4,1%). A scoraggiare gli italiani sono però anche le lunghe attese, con picchi fino a 5 mesi per un'ecografia nel pubblico. Ma l'attesa non è uguale per tutti: per una visita ortopedica da un mese nel Nord-Est a due al Centro, mentre per una prima visita cardiologica con Ecg si va da 42,8 giorni nel Nord-Ovest a 88 giorni al Centro.





adnkronos
salute

24 febbraio 2016
NUMERO 33 ANNO 10

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Il luogo di residenza influenza la disponibilità di cure all'avanguardia

Cittadinanzattiva accesso a innovativi dipende da Regione

L'accesso ai farmaci innovativi, anti-cancro e per l'epatite C, dipende ancora dalla regione di residenza. Lo evidenzia l'Osservatorio civico sul federalismo in sanità di Cittadinanzattiva, secondo cui i tempi per l'inserimento dei medicinali innovativi oncologici nei Prontuari regionali variano in media dai 600 giorni di Toscana e Umbria ai 740 di Emilia Romagna. Ma si può anche aspettare dai 953 giorni di Abruzzo e Toscana ai 2.527 della Emilia Romagna. Emblematico poi, per Cittadinanza, "il caso dei nuovi farmaci per la cura dell'epatite C. Innanzitutto, le strutture deputate alla prescrizione dei nuovi farmaci sono 204 su tutto il territorio nazionale, per una utenza di 297.954 persone residenti, ma nel Lazio ci sono 11 centri prescrittori per una media di 533.677 persone, mentre in Piemonte ci sono 10 centri a cui afferiscono 443.680 cittadini". Differenze si rilevano anche sui "criteri per l'accesso ai farmaci per i non residenti: Marche, Piemonte (eccetto i trapianti di fegato), Lazio e Basilicata prevedono, nelle loro delibere, l'erogazione per i soli residenti; 11 Regioni invece non hanno deliberato nulla al proposito (Abruzzo, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Molise, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto)".

Il rapporto Nel Meridione ticket sanitari più cari del Nord

La geografia dei ticket sanitari in Italia, ovvero la compartecipazione dei cittadini alla spesa per farmaci e visite, presenta notevoli differenze tra le varie regioni. A scattarne l'istantanea è il Rapporto 2015 dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità, curato da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato (Tdm). Tante infatti, denuncia il Tdm, le difformità regionali: considerando ad esempio 16 prestazioni, i ticket più bassi nel pubblico si registrano prevalentemente nel Nord Est (per 10 su 16 prestazioni), quelli più elevati nel Sud (per la metà delle prestazioni).



Sanità, i conti in salute

SANITÀ, CONTI IN SALUTE GLI ITALIANI UN PO' MENO

di GIANFRANCO SUMMO

La radiografia del Tribunale per i diritti del malato è impietosa: gli italiani spendono sempre più soldi di tasca propria per una sanità pubblica lenta e inefficiente. E al Sud - ma vale la pena rimarcarlo? - va peggio, perché quei soldi in più non ci sono e quindi, semplicemente, non ci si cura. A supporto di questa realtà oggettiva c'è il solito diluvio di dati e statistiche. Ma basta una mezza mattinata in coda a un Centro prenotazioni di una qualunque struttura pubblica per verificare come dietro le fredde cifre ci sia il disincanto e la rassegnazione dei cittadini.

Quelli italiani sborsano più della media Ocse (i 34 Paesi più modernizzati del mondo) per le prestazioni sanitarie ma con grandi differenze: nella più ricca Valle d'Aosta si spendono 781 euro cioè più del doppio dei 268 euro della Sicilia. Una sproporzione abbastanza sovrapponibile alle tabelle dei redditi procapite nelle regioni italiane. Anche sui *ticket* non c'è uniformità: nel Mezzogiorno in media valgono 42 euro e al Nord si arriva anche ai 60 del Veneto. Ma «come spendi mangi» dice un vecchio adagio e quindi a Sud le liste di attesa sono più insopportabili rispetto al Centro Nord, accentuando ulteriormente la rinuncia alle cure che è dell'11,2% nel Meridione, del 7,4% al Centro e del 4,1% al Nord.

Questo progressivo arretramento della sanità pubblica è l'effetto delle cure dimagranti a cui è stato sottoposto negli ultimi anni il Sistema sanitario nazionale. Una cura magari giusta nelle intenzioni ma sbagliata nei modi e nelle proporzioni. I principali capitoli della spesa pubblica sono tre: sanità, scuola e previdenza. Ma dei tre, solo quella per la salute si può considerare davvero «universale». Il grosso della spesa per l'istruzione è dato dagli stipendi per il personale così come la previdenza è un trasferimento monetario e immediato alle famiglie. Se guardiamo al lungo periodo, quello compreso tra il 1990 e il 2014, la spesa previdenziale è cresciuta mediamente del 5,2% annuo invece quella sanitaria del 4,2% (dati dell'Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario nazionale dell'Università Bocconi).

Come si è ottenuta questa progressiva compressione dei costi? Di fatto, nel modo più semplice: con un razionamento dei servizi. Le Regioni a cui sono stati imposti i piani di rientro adesso fanno registrare attivi di bilancio, con i quali vengono ripianati i debiti del passato. Il 35% dei costi regionali vengono sostenuti per prestazioni garantite dai privati accreditati o convenzionati ma tutti sperimentiamo sulla nostra pelle come negli ultimi mesi dell'anno, raggiunti i tetti, neppure in quelle strutture si riesce ad ottenere una visita o un esame diagnostico «pubblico».

L'altra leva gestionale largamente utilizzata è il blocco del *turnover*: chi va in pensione non viene sostituito. Il risultato di bilancio è garan-

tito ma l'effetto è che adesso l'età media dei lavoratori nel Sistema sanitario nazionale è di 50 anni e cresce di un anno ogni due. Nel 1998 solo il 12% dei medici di famiglia aveva conseguito la laurea da più di 27 anni, nel 2012 questa percentuale è addirittura del 62%.

A preoccupare di più non dovrebbe essere tanto la situazione attuale, quanto l'evoluzione: costantemente al ribasso, tendente al peggioramento. In questa analisi non c'entra nulla la qualità professionale del singolo medico od operatore. Non è questo il tema: è ovvio che i nostri ospedali e ambulatori sono pieni di eccellenze, singoli o gruppi capaci di curare al meglio, con umanità e competenza. Al Nord e anche al Sud. Tuttavia un sistema sanitario pubblico degno di tal nome non può basarsi sullo spirito di sacrificio e sulla competenza del singolo. Anche perché le eterne emergenze finiscono per costare quanto e più di una gestione ordinaria ma programmata.

Una ricetta miracolosa non c'è. Intanto se esisteva un «complotto» per indebolire il servizio pubblico a favore dei privati, chi l'ha sponsorizzato sarà rimasto deluso: una crisi economica senza precedenti e della quale non si vede la fine (con l'ottimismo non si riempie il portafogli) ha depresso anche i consumi sanitari, compresi quelli per le polizze assicurative che in Italia non sono mai decollate realmente. Un margine di sostegno alle famiglie potrebbe arrivare dai sistemi di *welfare* contrattuali: l'Italia è piena di piccoli e grandi fondi mutualistici di categoria (commercianti, dirigenti d'azienda, dipendenti dei settori più diversi dalla chimica al giornalismo) che però si sostengono solo sulle proprie gambe, poco incoraggiati dallo Stato che un po' subisce le pressioni del mondo assicurativo disturbato da una «concorrenza» sgradita e un po' teme di far crescere troppo un settore organizzato dal quale potrebbe sorgere spontanea la richiesta di un vantaggio fiscale crescente. E di questi tempi lo Stato si tiene stretto ogni centesimo di tasse.

Certo, si potrebbe sempre puntare ad una sanità pubblica dove una siringa costi ad Agrigento quanto a Pordenone, dove sprechi, ruberie, tangenti sulle protesi, appalti truccati, «cresta» sugli acquisti non esistono. Ma stiamo parlando di sanità, non di miracoli.



quotidiano**sanità**.it

Martedì 23 FEBBRAIO 2016

Sanità digitale. Lorenzin: "In Italia ancora troppa frammentazione, occorre standardizzare i processi"

Così il ministro della Salute è intervenuta oggi a Roma ad un incontro organizzato dal Forum PA. La popolazione invecchia e aumenta la spesa: solo per quella collegata ai "servizi di lunga assistenza" si stima una crescita di circa 6 miliardi l'anno di qui al 2060. Puntare sulle tecnologie digitali potrebbe significare risparmiare sino a 6,9 mld. Lorenzin: "In questo contesto la tecnoassistenza è una scelta necessaria, tanto che sarà inserita nei Lea".

Ripensare in digitale il sistema socio-sanitario significa scommettere su servizi più efficienti e trasparenti, su nuovi modelli di cura a misura di paziente, su risparmi di lungo periodo per il sistema sanitario; allo stesso tempo, significa investire in un mercato che può fare da volano allo sviluppo economico del Paese. Una scommessa che in Italia siamo pronti a giocare? Se ne è parlato oggi nel corso della mattina di lavori organizzata da FPA con il sostegno non condizionato di Fondazione Msd.

"Nel settore della sanità e del welfare dobbiamo programmare oggi con un occhio a quello che avverrà tra qualche anno, quando avremo una società con più persone anziane e malati cronici – ha commentato il Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, intervenendo al convegno –. In questo contesto la tecnoassistenza è una scelta necessaria, tanto che sarà inserita all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza. Già oggi ci sono esperienze avanzate in diverse Regioni. Immaginiamo poi cosa si potrà fare in futuro grazie alle tecnologie. E se è vero che la sanità digitale ci farà risparmiare circa 6 miliardi di euro l'anno, soprattutto ci farà guadagnare il triplo in termini di servizio reso".

Ma quali sono i principali passi da compiere? "La sanità digitale in Italia soffre oggi della stessa frammentazione che caratterizza tutto il sistema sanitario nel nostro Paese – ha sottolineato il Ministro Lorenzin – i sistemi informativi ad esempio sono differenti tra Regione e Regione, a volte anche tra azienda ed azienda. Col 'Patto per la sanità digitale' abbiamo sancito la necessità di avere un unico linguaggio digitale. Ma dobbiamo andare oltre, soprattutto sul tema dei dati, un grande patrimonio che però non riusciamo ancora a mettere a sistema. La parola d'ordine è standardizzare i processi: avere a disposizione i dati e poterli confrontare e analizzare a livello nazionale è fondamentale. Pensiamo solo a dati come il numero preciso di malati di diabete, oppure i risultati derivanti dall'adozione di un nuovo farmaco, o ancora il numero di cesarei effettuati nelle diverse strutture o il numero di ore che intercorrono prima di un intervento per la rottura del femore: dati fondamentali per la definizione dei Lea, per le politiche del farmaco, per valutare non solo la spesa delle diverse strutture ma anche la loro qualità".

Come ha sottolineato **Federico Gelli**, Membro della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati: "L'innovazione tecnologica è una grande opportunità. Proprio per questo sono importanti iniziative come quella di oggi, che vuole dare voce alle competenze e alle professionalità del mondo delle imprese di innovazione tecnologica che operano nella sanità, portando così all'attenzione del Governo la visione delle eccellenze imprenditoriali nazionali sul tema in una proposta di pieno coinvolgimento, condividendo investimenti, rischi e successi".

Che la popolazione e, quindi, anche le esigenze di cura stiano cambiando lo confermano i dati,

internazionali e nazionali. Secondo il rapporto 2015 "Ageing: Debate the Issues" dell'OCSE il 12% della popolazione mondiale ha più di 60 anni, nel 2050 la percentuale salirà al 21%: parliamo di 868 milioni di persone oggi, contro 2,4 miliardi nel 2050. A livello italiano, il Bilancio Demografico Istat, presentato nel giugno scorso, parla di un Paese con una popolazione sempre più vecchia (età media 44,4 anni) e con un inesorabile crollo delle nascite (-12mila nati rispetto al 2013). La popolazione anziana (65 anni e oltre) è pari al 21,7% del totale (quasi un punto percentuale in più rispetto al 2011) e quella di 80 anni e più è arrivata nel 2014 al 6,5%. E secondo il Report Istat "Il futuro demografico del Paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065" (dicembre 2011) nel 2050 gli ultra 65enni in Italia saranno il 33,1% sul totale.

Quanto peserà questo sulla spesa sanitaria? Più anziani significherà, per esempio, un maggior numero di persone con problemi di autosufficienza e malattie croniche e, quindi, una spesa maggiore per le voci di Long Term Care (LTC), ovvero "servizi di lunga assistenza" comprensivi di una componente sanitaria e di una di servizi socio-assistenziali. Secondo la Ragioneria Generale dello Stato la componente sanitaria della spesa pubblica per LTC, nel 2014 pari allo 0,84% del PIL (12,2% della spesa sanitaria complessiva), nel 2060 raggiungerà l'1,26%, con un aumento di circa 6 miliardi di euro l'anno.

"Oggi – ha ribadito **Paolo Bonaretti**, Consigliere Ministero dello Sviluppo Economico – abbiamo aspettative di vita sempre più lunghe, che dovranno essere accompagnate da cure sempre più specifiche e tecnologicamente più evolute. E pensare a uno sviluppo dell'assistenza senza la sanità digitale sarebbe impossibile prima di tutto a livello di costi".

Il sistema sanitario deve riorganizzarsi e, soprattutto, deve farlo in modo sostenibile. E proprio dall'applicazione delle tecnologie digitali alla sanità potrebbero derivare risparmi per le casse pubbliche di 6,9 miliardi di euro l'anno, secondo le stime dell'Osservatorio Netics. Cifre simili arrivano dalla Ricerca dell'Osservatorio School of Management del Politecnico di Milano: l'adozione della cartella clinica elettronica consentirebbe risparmi fino a 1,6 miliardi di euro l'anno (in caso di dematerializzazione completa delle cartelle); la diffusione di servizi digitali per i cittadini (come il download dei referti via web, la prenotazione online di esami/visite o degli accessi al centro prelievi, anche tramite App e totem self service all'interno di strutture come farmacie e supermercati) permetterebbe un risparmio fino a 350 milioni di euro all'anno alle strutture sanitarie, e ben 4,9 miliardi di euro ai cittadini; infine importanti benefici si otterrebbero dai servizi web che consentono alle Asl e alle farmacie territoriali di gestire la distribuzione dei presidi di assistenza integrativa.

Grandi opportunità di risparmio, dunque, ma anche una più elevata qualità dell'assistenza. "I cambiamenti in atto nella nostra società, prima di tutto l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche, comportano la necessità di una risposta nuova da parte delle istituzioni – ha commentato **Carlo Mochi Sismondi**, Presidente di FPA – Bisogna avviare un percorso fortemente innovativo, in cui si passi dal concetto di curare a quello di prendersi cura, mettendo al centro la persona. In questo percorso le tecnologie digitali svolgono un ruolo ormai imprescindibile, come strumenti abilitanti per supportare la realizzazione di una nuova visione del rapporto tra cittadino e PA, in cui il cittadino è protagonista e non fruitore passivo di servizi".

Quando parliamo di tecnologie per la sanità digitale, parliamo di un panorama davvero ampio, che include tra l'altro m-health (mobile health) e technoassistenza, ovvero tecnologie e soluzioni per il controllo a distanza dei pazienti, che aiutano anziani e malati cronici a vivere in autonomia nelle loro case, anche da soli: dai sensori per misurare la glicemia, ai software che ricordano di prendere la compressa, ai sensori indossati dai pazienti per un continuo check up e in grado di dare l'allarme in caso di emergenza; ma anche Online Health Communities (comunità digitali che mettono in contatto operatori della sanità e cittadini/pazienti).

Tutti ambiti ad alta intensità innovativa, in cui centrale è il ruolo della ricerca, di partnership pubblico privato e, non ultimo, di un contesto legislativo e regolatorio che incentivi l'adozione di sistemi assistenziali e di cura innovativi in grado di sfruttare a pieno le potenzialità offerte dalle tecnologie digitali.

“Per promuovere in modo sistematico l’innovazione digitale è necessario – ha affermato **Massimo Casciello**, DG Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, Ministero della Salute – predisporre un piano strategico. Per questo è nato il Patto sulla sanità digitale: uno strumento per armonizzare e mettere a regime le iniziative già in essere e sperimentarne di nuove”.

“Grazie agli sforzi dello Stato e delle Regioni degli ultimi anni, e all’Agenda Digitale – ha continuato **Lino Del Favero**, DG Istituto Superiore di Sanità – cominciano ad esserci le infrastrutture principali: fascicolo, prescrizioni, certificati. Adesso è possibile gestire bene i PDTA, i percorsi clinico-assistenziali: occorre partire da iniziative locali circoscritte e quindi ragionevolmente gestibili, ma con uno sguardo ad un percorso pluriennale complessivo, regionale, nazionale ed europeo”.

Strategia di lungo termine, partecipazione e collaborazione, coinvolgimento di tutti gli attori interessati: istituzioni, imprese, enti di ricerca, cittadini. Queste, dunque, le parole chiave per rilanciare il sistema sanitario vincendo la scommessa della sua trasformazione digitale. Una opportunità unica per recuperare il terreno perduto negli ultimi anni, in cui, secondo ‘Euro Health Consumer Index’, siamo passati dal 15esimo al 22esimo posto (perdendo 7 posti) su 34, per la qualità percepita del sistema sanitario, in particolare sui temi della prevenzione, della gestione degli anziani e sulla capacità di proporre modelli assistenziali innovativi.

“Per recuperare la competitività del sistema – ha sottolineato **Fabio Pammolli**, Presidente della Fondazione Msd – è fondamentale preservare e incentivare la capacità di innovare; capacità che è imprescindibile da politiche industriali e assetti regolatori capaci di stimolare processi di innovazione, con incentivi dedicati al finanziamento della ricerca scientifica, alla collaborazione fra Università e imprese, allo sviluppo di meccanismi di remunerazione premianti. Con riferimento specifico alla digitalizzazione in Sanità, di cui parliamo oggi, ritengo che la discussione e il confronto tra tutti gli attori protagonisti, e soprattutto le testimonianze concrete di imprese innovative e start-up, sia una importante occasione di condivisione di best-practice utile a capire dove siamo ma anche dove e come possiamo andare avanti”.

I figli trasformano il sistema immunitario di mamma e papà

PAOLA MARIANO

■ **Diventare genitori cambia il proprio sistema immunitario, rendendolo più simile a quello del partner. L'ha scoperto Michelle Linterman dell'istituto di ricerca Babraham, nei pressi di Cambridge, in Gran Bretagna, in uno studio pubblicato su «Nature Immunology», coinvolgendo 670 individui.**

Lo scopo era scoprire i fattori - per esempio l'età, il sesso, il sovrappeso, oltre all'essere genitori - che influiscono di più sul sistema immunitario. «Abbiamo analizzato il "paesaggio immunitario" di individui sani - spiega Linterman a "Tuttoscienze" - vale a dire la composizione cellulare delle difese del corpo e, quindi, le diverse famiglie di globuli bianchi presenti nel sangue di ciascuno». Questa composizione differisce da individuo a individuo e cambia nel corso del tempo, per esempio in seguito a infezioni, a vaccini e all'età.

«Abbiamo scoperto - aggiunge Linterman - che il sistema immunitario di una coppia di genitori è molto più simile rispetto a quanto si riveli in una coppia di individui scelti a caso». Le differenze sono infatti ridotte del 50%. «Anche se non possiamo determinare con esattezza perché diventare genitori renda più somigliante il sistema immunitario dei partner, pensiamo che ci possano essere alcune cause fondamentali. In primis - sottolinea - il bambino porta a casa da asilo e scuola infezioni a cui i genitori risultano esposti e alle quali i sistemi immunitari devono reagire. Inoltre la flora intestinale di due persone conviventi diventa simile ed è proprio nell'intestino che il sistema immunitario viene esposto a un maggior numero di microrganismi: così, se la flora intestinale di mamma e papà è simile, si crea anche un sistema immunitario somigliante».



L'italiano che ci guida nei segreti del genoma

Chi è Riccardo Sabatini, il genio cremonese del Dna che a soli 34 anni ha incantato il Ted

RICCARDO LUNA

SE, come dice il filosofo della rete Luciano Floridi, un grande leader oggi deve essere anche un grande narratore di storie, Riccardo Sabatini andrà lontano. Invitato a parlare in apertura del Ted 2016, la più importante conferenza mondiale sulle "idee che cambiano il mondo", mentre qualche migliaio di cinema in ogni continente erano connessi per l'occasione, Sabatini è salito sul palco del teatro di Vancouver saltellando come solo a 34 anni puoi fare quando hai il fuoco dentro; ha accennato distratamente al fatto di essere uno dei collaboratori più stretti di Craig Venter, l'uomo che ha sequenziato il genoma umano; e poi lo ha invitato platealmente a raggiungerlo. Mentre dalla sala partiva un applauso entusiasta per salutare uno dei visionari del nostro tempo, sul palco ha fatto il suo ingresso una libreria spinta da cinque facchini. Una libreria lunghissima fatta di carrelli rossi che trasportavano dei volumi bianchi senza titolo. Per la precisione, 175 libri, scritti con soltanto 4 lettere ripetute tre miliardi di volte: A, T, G e C. Le lettere del genoma. Il genoma di Craig Venter in persona

trasformato in un'enciclopedia che tutti possono leggere per capire come siamo fatti e cosa ci accadrà.

Riccardo Sabatini non è solo uno showman. È uno scienziato. È nato a Cremona, papà imprenditore, mamma insegnante, nella cameretta il solito Commodore 64, il computer che ha segnato la vita di una generazione di giovani hacker: «Internet era gli inizi ed era il futuro». Poi si iscrive a Fisica e si appassiona alla meccanica quantistica «perché mi sembrava la materia più complicata e difficile, e io amo le sfide». Dottorato a Trieste, «alla Sissa, un posto meraviglioso», ma è allora che Sabatini si accorge che le porte non sono tutte aperte come sperava: «C'era Expo in arrivo e progetto FoodCast, il più grande database mondiale di cibo, un'opera immensa che conteneva ogni informazione esistente, dal numero di banane che esportano dal Belize, agli additivi delle carni in Germania». Obiettivo: usare i big data per fare previsioni affidabili. Poteva essere un successo, «ma la burocrazia ha fermato tutto». E lui è andato in Silicon Valley: «Ma non sono fuggito, eliminiamo questo concetto, un professionista serio gira il mondo, è una cosa normalissima».

Quello che accade dopo però è abbastanza straordinario. Si mette in testa di voler lavorare con Craig Venter e gli manda una mail: «Gli ho scritto che volevo occuparmi di genomica e 5 giorni dopo mi hanno invitato per un colloquio. In 21 giorni ho ottenuto il visto e sono qui da un anno». A fare cosa? «Applico il *machine learning* alla genomica. Nel 2000 è stata compiuta la prima rivoluzione: abbiamo letto il codice genetico. Ora stiamo vivendo il secondo capitolo: ana-

lizzare quello stesso codice per capire come funziona il processo della vita costruendo una batteria gigantesca di dati. Così creiamo l'*healthcare* del futuro. E non parlo di un futuro in cui non ci saranno malattie e dove non si invecchierà. Noi facciamo una cosa ben diversa: cerchiamo di far stare bene le persone. Pensate alla penicillina: non è stata scoperta perché si cercava di allungare la vita, ma per risolvere un problema che causava un numero enorme di decessi. L'effetto, poi, è stato permettere alle persone di vivere di più, ma il motivo iniziale era rimuovere la sofferenza».

Sul palco di Vancouver, con lui la genomica è diventata la lente per decifrare il futuro. Sabatini ha preso un libro, uno a caso (in realtà scelto con cura), ha aperto una delle 262 mila pagine e ha indicato una sequenza di otto lettere dicendo: «Vedete? Questo è perché Venter ha gli occhi azzurri». Poi ne ha indicata un'altra e ha aggiunto: «Se qui ci fosse una lettera diversa avrebbe la fibrosi cistica». A che serve, tutto questo? A migliorare la nostra vita. Il laboratorio di Venter in Silicon Valley, usando il *machine learning*, può già indovinare l'altezza di una persona, il colore degli occhi e della pelle, e persino la forma del viso, a partire dal codice genetico. Ma la cosa più interessante è il trattamento delle malattie: la possibilità di intervenire sul codice genetico modificandolo con una nuova tecnologia chiamata Crispr che consente di fare interventi mirati, lettera per lettera. Le implicazioni sono immense, e Sabatini lo sa bene: «Qualunque cosa vogliamo farci, qualunque domanda vogliamo porci, il momento per farlo è adesso».



Lo studio Il progetto «Ci piace sognare»

Effetto tablet: 4 bambini su 10 dormono male

Sonno interrotto e troppi videogiochi hanno gravi effetti sulla salute

Francesca Angeli

Roma Allarme sonno. Quattro bimbi su 10 dormono poco e male. L'indagine condotta dalla Società Italiana di pediatria preventiva e sociale, Sipps e dalla Società Italiana delle cure primarie pediatriche, Sicupp, svela come l'importanza di un buon sonno sia assolutamente sottovalutata dagli stessi genitori, che troppo spesso cedono alle richieste dei figli concedendo loro di giocare con *tablet* e *play station* fino a tarda serata.

La ricerca *Ci piace sognare* è stata presentata alla Camera tra gli altri dalla Presidente della Commissione Bicamerale per l'Infanzia e l'Adolescenza, Michela Vittoria Brambilla che ha sottolineato le conseguenze negative di una scarsa qualità del sonno. «Anche i più giovani risentono dei ritmi frenetici e delle sollecitazioni tipiche dell'età moderna - afferma la Brambilla - E spesso non riescono a riposare come e quanto dovrebbero con effetti negativi sull'umore, la capacità di concentrazione e il rendimento scolastico».

L'indagine ha coinvolto 111 pediatri che hanno esaminato le abitudini del sonno di 2.030 bambini. I ri-

sultati sono stati illustrati dal responsabile del progetto il pediatra Palo Brambilla e dal presidente della Sipps, Giuseppe Di Mauro.

Soltanto il 68, per cento dei bambini tra 1 e 14 anni dorme in modo adeguato. Al Nord la percentuale sale al 72 per cento. Nella fascia da 1 a 3 anni si dovrebbe dormire tra le 11 e le 14 ore; tra le 10 e le 13 fino a 5 anni e infine almeno 9 ore tra i 6 ed i 13. Il sonno poi spesso viene interrotto perché moltissimi fra i più piccoli si addormentano nel lettone. Fino a due anni la metà dei bebè si piazza nel «letto grande» con mamma e papà e c'è un 20 per cento che continua a dormire con loro fino a 9 anni. I primi imputati per la scarsa qualità del sonno sono Tv, videogiochi, tablet e pc. Addirittura il 40 per cento dei piccolissimi tra 1 e 2 anni e il 65 per cento dei bimbi tra i 3 ed i 4 anni si addormenta con un video davanti. Percentuale che sale al 79 per cento tra i 10 ed i 13 anni. Eppure tra le raccomandazioni degli esperti c'è il divieto assoluto per videogiochi, pc e tv almeno un'ora prima di coricarsi. Tra le abitudini vivamente sconsigliate le bevande a base di caffeina e l'attività fisica intensa. Insomma per dormire tranquilli meglio un buon libro e una tisana.



<http://www.ansa.it>

Francia, cadaveri 'rianimati' per addestrare futuri chirurghi

Il progetto Università di Poitiers, a regime a fine anno



Francia, cadaveri 'rianimati' per addestrare futuri chirurghi

La scienza e la tecnologia insieme per permettere ai futuri chirurghi di "allenarsi" operando su cadaveri "rianimati" artificialmente. Accade in Francia dove, entro fine anno, gli specializzandi in medicina potranno effettuare interventi in condizioni verosimili rispetto alla realtà su corpi donati alla scienza, controllando pulsazioni ed eventuali emorragie grazie ad un sistema messo a punto alla Facoltà di medicina di Poitiers da Cyril Brèque da un esperto di biomeccanica che lo ha anche brevettato, battezzandolo 'Simlife'. Un programma che, quando diventerà operativo, consentirà ai futuri chirurghi di formarsi affrontando situazioni del tutto simili a quelle di una sala operatoria, ma senza rischi per i pazienti. In Italia la legge vieta l'utilizzo di cadaveri italiani per lavoro e studio, mentre negli altri Paesi questo metodo formativo viene riconosciuto come indispensabile per la didattica. Ad oggi però gli studenti di medicina francesi possono prepararsi sui manichini interattivi, allenarsi alle suture su zampe di maiale o esercitarsi su cadaveri inerti. Per questi motivi è nato il progetto del centro di simulazione, appena inaugurato nella facoltà

francese, dove gli studenti possono praticare, ad esempio, un intervento ai reni su un corpo donato alla scienza, scongelato e 'rianimato' in modo da lavorare con organi e tessuti del colore reale, con pulsazioni del tutto verosimili e persino controllare le eventuali emorragie e i parametri vitali. Al momento i battiti, la respirazione e la circolazione nei corpi 'rianimati' sono controllati con sistemi meccanici, ma l'obiettivo è miniaturizzare il meccanismo che dovrà essere poi 'pilotato', attraverso il wi-fi da un tablet per proporre diverse situazioni al tavolo operatorio. Dopo una prima fase di test, una ventina di studenti dell'ultimo anno, già dalla fine del 2016, potranno esercitarsi con il nuovo sistema al Centro di simulazione della facoltà di Poitiers.(ANSA).

<http://www.corriere.it/salute/>

L'anello «medicato» da 5 dollari che protegge le donne dall'Aids

L'utilizzo di questo dispositivo riduce il tasso di infezione del 30% ed è più efficace nelle meno giovani rispetto alle più giovani. Nel mondo 37 milioni di persone infettate

di Adriana Bazzi (inviata a Boston)



La scelta la può fare la donna, senza nemmeno informare il partner. E la scelta è quella di usare un anello vaginale, capace di proteggerla, se non completamente ma almeno in parte, da un'infezione da Hiv. Tanto più se il partner non ne vuole sapere di preservativi o di microbicidi vaginali (che la donna dovrebbe usare prima di ogni rapporto). Parliamo di un mezzo di prevenzione (l'anello vaginale, appunto) che si sta dimostrando efficace soprattutto nell'Africa Sub-sahariana dove l'infezione è ancora molto diffusa. Niente a che fare con i «condom al femminile» tanto propagandati nei tempi passati, ma difficilissimi da usare.

Antivirali e silicone

L'anello è di silicone, è impregnato con un farmaco antivirale, la dapivirina (farmacologicamente parlando si tratta, tecnicamente, di un inibitore della trascrittasi inversa non nucleosidico, un enzima che blocca il virus Hiv, impedendone la moltiplicazione nelle cellule umane, che viene

rilasciato lentamente e crea una barriera contro il virus). Il dispositivo si usa facilmente e la sua azione dura un mese circa, dopo di che deve essere cambiato. I due studi, presentati a Boston in occasione del Croi (Conference on retrovirus and opportunistic infections) e pubblicati in contemporanea sulla rivista *New England Journal of Medicine*, hanno coinvolto più di 4500 donne e hanno dimostrato che l'utilizzo di questo dispositivo riduce il tasso di infezione del 30 per cento circa, con percentuali diverse a seconda dell'età delle donne: più efficace nelle meno giovani rispetto alle più giovani (ma qui intervengono comportamenti sessuali diversi che meriterebbero un'analisi più approfondita).

L'anello vaginale costa 5 dollari

«Speriamo di aver trovato un sistema per proteggere davvero le donne dall'Aids – ha commentato Jared Baeten dell'University of Washington a Seattle che ha coordinato uno dei due studi chiamato Aspire. – Ma mi sento di affermare che sono davvero ottimista per il futuro». Attualmente almeno 37 milioni di persone in tutto il mondo sono infettate con l'Hiv, e più della metà sono donne. E la maggioranza di queste persone vivono proprio nell'Africa subsahariana. Trovare un sistema efficace di prevenzione significa salvare centinaia di vite umane, con un costo, quello dell'anello, di soli 5 dollari.

MEDICINA

La lotta
 alle malattie
 che non hanno
 un nome

BANFI PAGINA 30

“Rare” oppure “orfane”:
 la lotta alle malattie senza nome
 Il 29 è la giornata mondiale dedicata alle sindromi più enigmatiche
 Dramma per milioni di persone, che sperano nelle terapie geniche

**Bruno
 Dallapiccola
 Genetista**

RUOLO: È DIRETTORE SCIENTIFICO
 DELL'OSPEDALE PEDIATRICO
 BAMBINO GESÙ DI ROMA



DANIELE BANFI

S spesso lo diamo per scontato, ma nella sfortuna della malattia è già un traguardo conoscere il nome della patologia di cui si soffre. Purtroppo non per tutti è così. È il caso delle malattie «rare» e «orfane».

Senza un nome e senza la possibilità di diagnosi certa, chi ne è affetto - spesso i bambini - brancola nell'incertezza, aspettando che qualcuno scopra il difetto genetico della malattia. Intanto, però, i danni si accumulano e l'aspettativa di vita diminuisce. Le malattie genetiche non diagnosticate sono eterogenee e comprendono un'ampia serie di manifestazioni, tra cui malformazioni multiple, difetti del metabolismo, sindromi neurologiche e neuromuscolari, malformazioni cerebrali e gravi difetti della vista o dell'udito. Il prossimo lunedì - e la scelta della data non potrebbe essere migliore, vista la rarità del 29 febbraio - è il loro momento: nel mondo si celebra la nona «Giornata internazionale delle malattie rare».

Spiega Bruno Dallapiccola,

direttore scientifico dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e considerato uno dei genetisti più influenti: «A dispetto del nome, queste malattie sono tutt'altro che rare. Si definisce “rara” una patologia che affligge

una persona ogni 2 mila. Purtroppo, però, ci sono difetti genetici ancora più sporadici che colpiscono un individuo su 200 mila». Secondo il rapporto di «Uniamo», la Federazione malattie rare, solo nel nostro Paese sono oltre 670 mila le persone a cui è stata diagnosticata una patologia di questo tipo.

Attenzione, però, ad interpretare i risultati.

Negli ultimi anni, grazie a diagnosi sempre più accurate, abbiamo assistito ad un aumento esponenziale nel numero di nuove malattie. Le stime suggeriscono un numero tra i 27 e 36 milioni di persone colpite in Europa, di cui 1-2 milioni in Italia. Il 60-70% sono bambini o ragazzi.

Nel 30% dei casi le attese di vita non superano i cinque anni. Purtroppo quasi la metà resta senza diagnosi. «Siamo tutti geneticamente imperfetti - spiega Dallapiccola -. In alcuni, però, l'imperfezione determina una forma di patologia spesso grave e difficile da riconoscere: se le malattie orfane sono patologie in cui il meccanismo molecolare non è ancora conosciuto, quelle ultrarare sono 5 mila su 8 mila e con una frequenza inferiore a una su un milione». Conoscere il difetto geni-

co e poter dare un nome è fondamentale. Senza sapere esattamente la causa della malattia le terapie rimangono un miraggio. Patologie in cui manca, per esempio, un enzima fondamentale a degradare alcuni prodotti tossici che, accumulandosi, compromettono il funzionamento di un organo. Oppure malattie, come l'epidermolisi bollosa - più conosciuta come sindrome dei bambini farfalla -, dove una carenza di alcune proteine della pelle rende la cute talmente debole da rompersi con una carezza.

Oggi, grazie a sequenziamenti del Dna sempre più accurati, la situazione sta lentamente migliorando. E nei prossimi anni, grazie all'abbattimento dei costi e alla velocità delle indagini, si farà direttamente l'analisi del genoma di ogni paziente. «Già oggi i risultati forniti da queste piattaforme, integrati con indagini bioinformatiche, ci portano ad identificare la causa della malattia in circa il 40% dei casi».

Buone notizie giungono anche dal fronte delle terapie. Le malattie rare, infatti, sono rag-



gruppate in «famiglie», con meccanismi alterati che sono comuni a tutte le varianti. Trovare la cura per una forma può quindi significare il trattamento anche per le altre. «Immunodeficienze, leucodistrofie e malattie da accumulo lisosomiale sono alcuni esempi. «Un grosso merito va alla ricerca italiana e, in particolare, a Luigi Naldini del San Raffaele di Milano», continua Dallapiccola.

La ricerca, intanto, non si ferma e, se la terapia genica comincia a dare i primi risultati, gli scienziati sono all'opera nell'intento di correggere definitivamente i difetti genetici alla base

di ogni malattia. Ora è di scena l'«editing genetico», tecnica che promette di tagliare, modificare e ricucire il Dna con precisione assoluta

in prossimità della mutazione da correggere. Sarà questa la salvezza dalle malattie rare? «Andiamo con i piedi di piombo - conclude il professore -. La storia della terapia genica ci insegna che la manipolazione del Dna è difficoltosa. Nel tentativo di correggere un difetto spesso se ne genera un altro. La prudenza è doverosa».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

<http://www.adnkronos.com>

3mila sterline per scegliere dove e come partorire, l'idea in Gran Bretagna



Le **donne incinte dovrebbero decidere con maggiore autonomia dove e come partorire**. E' la convinzione di un gruppo di studiosi inglesi, che lanciano un'idea: **mettere a disposizione delle future mamme 3mila sterline a testa per nominare un'ostetrica personale**. L'ipotesi è contenuta in una revisione sui servizi di maternità in Gb, che paragona il budget proposto a quello dedicato a persone con malattie croniche o disabilità. Nello schema indicato dagli autori del report, alle donne in attesa di un bimbo dovrebbero essere illustrati tutti i servizi disponibili nel Servizio sanitario britannico, inclusi i parti in casa offerti da società private, il parto con ipnosi e quello con agopuntura. In questo modo si fornirebbe una maggiore libertà di scelta.

Secondo gli studiosi, le donne dovrebbero poter scegliere un ostetrica che assicuri loro la continuità dell'assistenza durante la gravidanza, il parto e il periodo successivo, riporta l'Independent'. La personalizzazione dovrebbe potersi estendere anche alla struttura: un ospedale vicino al posto di lavoro per le visite di routine e uno sotto casa per la nascita del bimbo. La revisione mette in luce alcune preoccupazioni sulla sicurezza dei servizi di maternità, anche se evidenzia miglioramenti negli ultimi 10 anni. Attualmente, infatti, metà dei servizi di maternità in Gb sono considerati "inadeguati" o "richiedono un

miglioramento".

"La mancata denuncia di incidenti di sicurezza è molto diffusa - scrivono gli autori - Il livello di sicurezza è variabile nei diversi servizi di maternità, e per molti c'è un significativo margine di miglioramento". Mike Richards, della Care Quality Commission (Cqc), accoglie positivamente il report. "Come evidenzia il rapporto, ogni singola donna quando aspetta un figlio merita di ricevere un trattamento personalizzato, basato sulle sue esigenze individuali e sulle sue scelte", sottolinea l'esperto. I risultati sono confermati anche dall'ultima indagine nazionale Cqc sulla maternità: "Secondo i nostri dati, poco più del 60% dei servizi di maternità ha ricevuto un rating 'buono' o 'eccellente', il 34% 'richiede un miglioramento' e il 4% è stato definito come 'inadeguato'".

<http://www.lastampa.it/>

È davvero inevitabile ingrassare quando si invecchia?

I cibi ricchi di flavonoidi, potenti antiossidanti di cui sono ricchi i vegetali e mele, pere, uva, mirtilli, fragole e frutta secca, aiutano a mantenere il peso corporeo



È davvero inevitabile ingrassare con l'età? Il nostro corpo reagisce diversamente al cibo ingerito, il metabolismo cambia e alla cattiva alimentazione si aggiunge una sempre più scarsa attività fisica. Eppure qualcuno sembra immune a questo processo fisiologico.

Forse uno dei segreti risiede proprio nell'alimentazione adottata nel corso della vita, in particolare nella quantità di cibo contenente i flavonoidi, potenti antiossidanti di cui sono ricchi i vegetali e alcuni tipi di frutta come mele, pere, uva, mirtilli, fragole e frutta secca.

A mostrarlo è uno studio condotto dai ricercatori della **Harvard Medical School di Boston**, che hanno analizzato i dati relativi al peso e alle abitudini alimentari, raccolti per 24 anni, su oltre 124mila donne e uomini americani di età media tra i 36 e i 46 anni, senza malattie croniche. Tutti i partecipanti allo studio hanno fornito le informazioni tramite compilazione di questionari; va anche detto che si trattava di professionisti della salute, in quanto già arruolati nell'Health Professionals Follow-Up Study (HPFS).

Lo studio, pubblicato sul [British Medical Journal](#), si è concentrato sui dati del consumo di particolari sostanze, i flavonoidi, sostanze antiossidanti già note per essere associate ad una minor probabilità di vari tipi di cancro. È emerso che chi nel periodo considerato aveva incluso nella dieta cibi ricchi di flavonoidi aveva anche mantenuto regolare il proprio peso corporeo; e ciò era particolarmente vero per una delle sei sottoclassi in cui le sostanze sono classificate, le antocianine, di cui sono ricchi **mirtilli e fragole**, ma anche **lamponi, ribes nero, arance rosse, prugne e susine, melanzane**.

«I nostri risultati sull'associazione tra variazione di peso e cibo consumato suggeriscono che la scelta di frutta e verdura ad alta concentrazione di flavonoidi, come mele, pere, frutti di bosco e **peperoni**, può aiutare nel **mantenimento del peso corporeo**» spiegano gli autori dello studio. Questo non prova che una dieta ricca di flavonoidi metta al riparo dall'aumento di peso che può essere dovuto all'età, ma anche alla sedentarietà, all'assunzione di troppo cibo o di certi farmaci. Tuttavia, questi dati sono coerenti con le evidenze scientifiche secondo le quali il consumo di **flavonoidi è associato ad un miglioramento di tutti gli indici di buona salute, riduce il rischio cardiovascolare e stimola la risposta immunitaria**.

Quindi, studi come questo possono aiutare a perfezionare le **raccomandazioni dietetiche per la prevenzione dell'obesità**, senza mai dimenticare che le esigenze di un organismo che invecchia sono diverse, **diventa ad esempio prioritario preservare la propria massa muscolare**, e quindi con l'avanzare dell'età la dieta va comunque aggiornata.