



RASSEGNA STAMPA

25-05-2016

1. QUOTIDIANO SANITÀ Cancro della pelle. Dermatologi americani lanciano allarme su una pomata “fai da te”
2. DOCTOR33 Cancro, stile di vita sano riduce in modo consistente il rischio
3. CORRIERE.IT Metà delle morti «per lavoro» in Europa è dovuta a tumori
4. AGI Tumori, scoperte somiglianze tra cancro seno e ovarico
5. QUOTIDIANO SANITÀ Fertilità dopo un tumore: poche donne sanno come preservarla
6. ANSA In Italia il 33% delle morti evitabili con le giuste cure
7. STAMPA Una morte su tre si potrebbe evitare con le giuste cure
8. SECOLO XIX Un decesso su tre potrebbe essere evitato con le giuste cure
9. MESSAGGERO Costi alti per le analisi e assistenza difficile
10. GIORNO - CARLINO - NAZIONE Troppi malati senza cure adeguate
11. SOLE 24 ORE Professioni, primo sì alla riforma
12. STAMPA "Io, cavia per le case farmaceutiche In tre giorni guadagno 800 euro"
13. SOLE 24 ORE «Ospedali, parità pubblico-privato»
14. CORRIERE DELLA SERA Il segreto degli atleti vegani
15. STAMPA Ibernati per recuperare da ictus e infarti
16. STAMPA Le onde ad altissima frequenza frantumano il grasso (senza effetti collaterali)

Martedì 24 MAGGIO 2016

Cancro della pelle. Dermatologi americani lanciano allarme su una pomata "fai da te"

Quando si sospetta un cancro della pelle o, peggio, quando il tumore è stato diagnosticato, il buon senso impone di rivolgersi al dermatologo e al chirurgo. Invece, a quanto pare, molte persone preferiscono il "fai da te", utilizzando tra gli innumerevoli e ingannevoli prodotti in commercio. Tra queste, una pomata chiamata black salve (unguento nero), che è pure inserita dalla Food and Drug Administration statunitense in una lista di sostanze da evitare.

(Reuters Health) - Ad affermarlo è un gruppo di ricercatori della Utah University a Salt Lake City, che hanno parlato con 340 adulti in cura presso i medici di famiglia e le cliniche dermatologiche per capire quale fosse la percezione rispetto al black salve. Questa pomata, sottolineano gli esperti che hanno pubblicato un articolo online sul Journal of American Academy of Dermatology, contiene cloruro di zinco e sanguinarine, ingredienti altamente corrosivi, e può danneggiare gravemente la pelle, perché una volta applicato sull'area interessata agisce levigando come uno scrub gli strati superficiali della cute, dando l'impressione che la lesione sia scomparsa, mentre il cancro, che si sviluppa in profondità, continua a crescere finché si trasforma in malattia avanzata con grave rischio per la vita.

"Le persone che fanno uso di unguento nero sono del tutto inconsapevoli dei gravi effetti collaterali che possono manifestarsi dopo il suo impiego e sovrastimano il trattamento», dice Mark Eliason, autore senior dell'indagine.

I risultati dello studio

Nel gruppo degli intervistati ben 23 persone hanno usato l'unguento nero, 17 di queste hanno affermato di non averne parlato prima con un dermatologo e di essersi affidati al passaparola di amici e parenti; 7 pazienti hanno usato l'unguento nero su una lesione cancerosa, 4 su una lesione in situ e altri 7 su neoformazioni benigne come verruche e macchie della pelle. In ogni caso, più della metà ha riferito di non aver ricevuto alcuna valutazione delle lesioni da un medico. Non solo; 13 persone riferivano una storia personale di cancro cutaneo e ben 11 hanno affermato che in seguito all'utilizzo di questa pomata la lesione era ancora presente o addirittura complicata da una cicatrice. Ben 17 pazienti hanno dichiarato di essere del tutto all'oscuro delle conseguenze che si sarebbero potute manifestare dopo l'impiego del black salve.

Il motivo più frequente per cui i pazienti fanno ricorso a questo prodotto, ampiamente disponibile online, è evitare l'intervento chirurgico e le sue possibili complicanze. A questo si aggiunge il fatto di non parlare con il proprio medico per timore di essere giudicati o di non ricevere dal professionista risposte adeguate sul prodotto.

I commenti

"L'abitudine di rivolgersi a parenti e amici o a internet per avere informazioni riguardanti la propria salute è piuttosto frequente – sottolinea Lynne McFarland, ricercatore presso il Dipartimento degli Stati Uniti of Veterans Affairs – in questo modo la gente non riceve consigli validi da un medico; è ovvio che molti pazienti temono l'intervento chirurgico per paura delle cicatrici, ma l'unguento nero non è la soluzione, anzi, le cicatrici lasciate da questo prodotto non controllato possono essere gravi e deturpanti e se si consente al cancro cutaneo di diffondersi si può morire". McFarland suggerisce di utilizzare siti web certificati e sicuri come quello del National Cancer Institute e della National Library of Medicine.

Il dialogo con i medici semplificherebbe molto le cose. "Invece di usare unguento nero, ci auguriamo che la gente racconti al proprio medico quello che non va e se un paziente non si trova bene con un operatore sanitario può sempre richiedere un secondo parere – osserva il dottor Eliason – i pazienti hanno bisogno di esprimere le loro preoccupazioni e i medici devono impegnarsi nell'ascolto per supportare e spiegare loro il perché di un certo trattamento. Solo così si può evitare il ricorso a terapie ingannevoli e nocive che non sono mai state sperimentate".

Fonte: J Acad Dermatol 2016

Madeline Kennedy

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

<http://www.doctor33.it/>

Cancro, stile di vita sano riduce in modo consistente il rischio

Gran parte della morbilità e della mortalità per cancro tra i nordamericani di etnia caucasica potrebbe essere evitata se queste persone smettessero di fumare, evitassero di bere troppo alcol, mantenessero un indice di massa corporea tra 18,5 e 27,5 e svolgessero un'attività fisica settimanale di entità moderata per almeno 150 minuti o intensa per almeno 75 minuti. Sono queste le conclusioni di uno studio appena pubblicato su *Jama Oncology* e coordinato da Edward Giovannucci, della Harvard T.H. Chan School of Public Health e Harvard Medical School di Boston. Assieme ai colleghi, il ricercatore ha analizzato i dati di due studi svolti su popolazioni caucasiche allo scopo di esaminare l'associazione tra un modello di stile di vita sano e l'incidenza di morbilità e mortalità per cancro. «Seguire un modello di stile di vita sano significa non aver mai fumato in passato, avere consumato un bicchiere di vino al giorno o meno per le donne e due bicchieri o meno per gli uomini, avere un indice di massa corporea di almeno 18,5 ma inferiore a 27,5 e svolgere attività fisica aerobica di intensità moderata o vigorosa rispettivamente per almeno 150 o 75 minuti alla settimana» riprendono gli autori, spiegando che gli individui incontravano tutti e quattro i criteri erano considerati a basso rischio e tutti gli altri a rischio elevato di morbilità per cancro e di mortalità.

Allo studio hanno preso parte 89.571 donne e 46.399 uomini, di cui rispettivamente 16.531 donne e 11.731 uomini erano classificati a basso rischio in quanto seguivano uno stile di vita sano, mentre 73.040 donne e 34.608 uomini erano invece considerati a rischio elevato. «Il tasso di rischio attribuibile alla popolazione può essere interpretato come la percentuale di casi di cancro o di morte che non si verificherebbe se tutti gli individui adottassero il modello di stile di vita sano seguito dal gruppo a basso rischio» precisa Giovannucci. Secondo le stime degli autori circa il 20-40% dei casi di cancro e circa la metà dei decessi potrebbe potenzialmente essere prevenuta adottando il modello di stile di vita sano proprio del gruppo a basso rischio. Gli autori notano che da un lato, includendo solo individui bianchi nelle loro stime, questi calcoli potrebbero non essere generalizzabili ad altri gruppi etnici, ma dall'altro puntualizzano che quelli considerati sono fattori di rischio noti in diverse etnie. «Questi risultati rafforzano in modo significativo l'importanza dello stile di vita nel determinare il rischio di cancro, indicando che la prevenzione primaria deve rimanere una priorità per il controllo dei tumori» conclude Giovannucci. «Nonostante la storia passata sia piena di ritardi nel tradurre le conoscenze acquisite con la ricerca in pratica clinica, dobbiamo cogliere tempestivamente l'opportunità di ridurre il rischio di cancro attuando efficaci strategie di prevenzione e cambiando il nostro modo di vivere»

scrivono in un editoriale di commento Graham Colditz e Siobhan Sutcliffe della Washington University School of Medicine di St. Louis.

Jama Oncol. 2016. doi: 10.1001/jamaoncol.2016.0843

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27196525>

Jama Oncol. 2016. doi: 10.1001/jamaoncol.2016.0889

<http://oncology.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2522366>

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

Metà delle morti «per lavoro» in Europa è dovuta a tumori

La Ue chiede nuovi valori limite di esposizione a 13 agenti chimici. Modificare l'attuale Direttiva permetterebbe di salvare 100mila vite nei prossimi 50 anni

di Vera Martinella



Ogni anno 102mila persone in Europa muoiono per un tumore legato al tipo di lavoro che fanno. A correre i rischi maggiori è chi quotidianamente entra in contatto con la silice cristallina, presente nell'industria estrattiva, nella fabbricazione del vetro, nel settore delle costruzioni, nella manipolazione della ceramica. Ci sono poi i lavoratori esposti alle polveri di legno duro, materia prima di base per la produzione di mobili e nell'edilizia, e che utilizzano idrazina, per lo più nelle industrie chimiche. Senza dimenticare chi ogni giorno armeggia con il cromo esavalente, adoperato soprattutto per produrre pitture, rivestimenti, metalli. Ma l'elenco delle sostanze cancerogene occupazionali è lungo e lo è ancor di più quello delle figure professionali in pericolo. Tanto che secondo dati presentati pochi giorni fa a Bruxelles i tumori sono la prima causa di morte sul luogo di lavoro in Europa, da soli responsabili dei 53 per cento dei decessi registrati «in azienda».

[Situazioni lavorative maggiormente a rischio in Italia](#)

«Il cancro è il primo fattore di rischio per i lavoratori nell'Ue - commenta Marianne Thyssen, membro della Commissione europea responsabile per l'occupazione - e per proteggerli abbiamo deciso di

presentare una modifica alla Direttiva sugli agenti cancerogeni in ambito occupazionale. L'obiettivo è salvare 100mila vite nei prossimi 50 anni, introducendo dei "valori limite" di esposizione per i 13 agenti chimici che risultano essere i più pericolosi: in pratica una soglia massima per la concentrazione di queste sostanze sul luogo di lavoro». La modifica ridurrà inoltre i costi che i tumori professionali causano in termini di produttività, abbasserà la spesa sanitaria per cure e riabilitazione e quella dovuta a inattività, indennizzi e pensionamento anticipato.

23 maggio 2016 (modifica il 24 maggio 2016 | 10:08)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Washington - Il tumore del seno e quello delle ovaie potrebbero avere origini simili. Uno studio della **Boston University School of Medicine** ha suggerito che i due tipi di cancro potrebbero evolvere in modo simile. Questi risultati, pubblicati sull' *International Journal of Molecular Sciences*, potrebbero portare a nuove terapie piu' efficaci per entrambi. "Anche se il cancro al seno e quello ovarico sono clinicamente distinti in modo netto, la nostra analisi ha scoperto molte sovrapposizioni, soprattutto per quanto riguarda le alterazioni genetiche ed epigenetiche", ha spiegato Sibaji Sarka, autore dello studio. Per arrivare a queste conclusioni i ricercatori hanno confrontato i cambiamenti genetici, micro-ambientali, stromali (cellule del tessuto connettivo di qualsiasi organo) ed epigenetici comuni tra le cellule del cancro al seno e quelle del cancro ovarico, cosi' come la rilevanza clinica di questi cambiamenti. Gli studiosi hanno cosi' trovato che i geni selezionati, tra cui alcuni oncogeni e oncosoppressori, sono alterati in modo simile in questi due tipi di tumori. Lo studio presenta anche un nuovo modello che spiega come i geni promotori della crescita potrebbero essere epigeneticamente accesi e come questi geni potrebbero essere epigeneticamente spenti nella formazione delle cellule del cancro. "Il cancro al seno e quello alle ovaie potrebbero avere un'origine simile", ha detto Sarka. "Queste somiglianze suggeriscono che una migliore comprensione di questo processo potrebbe portare alla creazione di chemioterapici piu' efficaci, cosi' come a strategie per aggirare la resistenza ai farmaci e la recidiva del cancro", ha concluso.

Martedì 24 MAGGIO 2016

Fertilità dopo un tumore: poche donne sanno come preservarla

Molte giovani donne che sopravvivono a un cancro non sanno in che modo le terapie antitumorali alterano la loro salute riproduttiva e se i trattamenti possono portare a infertilità. A dimostrarlo è stato uno studio americano pubblicato su Cancer.

(Reuters Health) - I ricercatori hanno intervistato 346 donne di circa 30 anni che si erano sottoposte a un trattamento antitumorale nei cinque anni precedenti. Al termine dello studio, 106 donne hanno dichiarato che i medici avevano detto loro che non avrebbero potuto portare a termine una gravidanza o restare incinta e 21 di queste avevano così preso dei provvedimenti per preservare la loro fertilità, come congelare ovuli o embrioni. Altre 179 donne hanno, invece, dichiarato che vorrebbero dei bambini, ma non sapevano che potevano essere diventate sterili e non avevano fatto niente per mantenere la capacità di concepire dei bambini.

“È difficile capire con certezza come cambierà la fertilità con i trattamenti antitumorali”, ha dichiarato Catherine Benedict del Northwell Health di Great Neck, New York. “Molte donne manterranno la fertilità dopo le terapie, ma andranno in menopausa prima, senza certezze su quando questo accadrà”, ha spiegato l'esperta.

Le forme tumorali più comuni tra le donne in studio sono state linfoma, cancro del seno e leucemia. Tra le donne che non sapevano della loro condizione di infertilità, quasi due terzi hanno dichiarato che avrebbero voluto essere informate, mentre il 41% ha riportato di vivere con stress il pensiero della gravidanza. Infine, il 59% era preoccupato di trasmettere un rischio genetico per il cancro alla prole. Allo stesso tempo, solo il 13% delle donne credeva di essere stato informato sulle opzioni per mantenere la fertilità.

I commenti

Come hanno notato gli stessi autori dello studio, una limitazione è stata dovuta al fatto che l'indagine è stata condotta online e i ricercatori non hanno verificato indipendentemente le risposte delle partecipanti o le cartelle cliniche. Comunque, “i risultati sottolineano l'importanza di informare i malati per prendere decisioni consapevoli”, hanno concluso Benedict e colleghi.

Prima del trattamento le donne dovrebbero chiedere cosa si sa sui farmaci e sui trattamenti che stanno per ricevere, in termini di danni agli ovuli e alle ovaie, ha dichiarato Kutluk Oktay, direttore dell'Innovation Institute for Fertility Preservation and IVF di New York. Le pazienti dovrebbero rivolgersi a uno specialista per discutere le implicazioni sulla fertilità e le opzioni per preservarla, ha dichiarato Oktay, che non era coinvolto nello studio. Molte pazienti non considerano questi trattamenti perché hanno dubbi sulla sicurezza di ritardare le terapie anticancro o per i costi che devono sostenere, ma le donne devono sapere prima di decidere, ha precisato l'esperto.

Fonte: Cancer 2016

Lisa Rapaport
(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

<http://www.ansa.it>

In Italia il 33% delle morti evitabili con le giuste cure

Rapporto Eurostat 2013, Romania maglia nera dell'Ue con il 49,4%



BRUXELLES - Nell'Ue 1,7 milioni di persone di un'età inferiore ai 75 anni sono morte nel 2013: 577.500 di questi decessi, ovvero il 33,7%, si sarebbero potute evitare con cure sanitarie ottimali, viste le conoscenze e le tecnologie mediche. Sono i dati di una relazione pubblicata da Eurostat, secondo cui le quote più alte dei decessi evitabili in Ue si sono registrate in Romania e in Lettonia, rispettivamente 49,4% e 48,5%, seguite da Lituania 45,4% e Slovacchia 44,6%. All'opposto, la Francia ha il tasso più basso 23,8%, seguono Danimarca 27,1%, Belgio 27,5% e Olanda 29,1%. L'Italia è al 33%.

Secondo il rapporto, destinato ad essere usato in un contesto globale di misurazione dell'efficacia del sistema sanitario, 184.800 decessi (sul totale dei 577.500) sono avvenuti per crisi cardiache, mentre 94.000 per incidenti vascolari cerebrali, ovvero circa il 48% del totale delle morti evitabili. Il 12% dei decessi sono stati causati dal cancro al colon, il 9% per quello al seno, il 5% per malattie legate all'ipertensione e il 4% per polmoniti.

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

IN EUROPA

Con le cure giuste
si poteva evitare
una morte su tre

Corbi, Poletti, P. Russo
e Tagliacuzzi ALLE PAGINE 8 E 9

LO STUDIO DELL'EUROSTAT Una morte su tre si potrebbe evitare con le giuste cure

In Europa 577 mila decessi per falle nella sanità
Italia nella media. **Lorenzin**: serve più prevenzione

La classifica

Le quote più alte di decessi evitabili in Ue si sono registrate in Romania e in Lettonia. Mentre è la Francia ad avere performance meno catastrofiche

Evitabile

Il concetto di «morte evitabile» è relativo a un decesso che nel momento in cui si è verificato «poteva essere evitato con terapie puntuali ed efficaci»

MARIA CORBI
ROMA

Una persona ammalata su tre in Europa si poteva salvare. Eurostat divulga i dati destinati a misurare l'efficacia dei sistemi sanitari nazionali e il quadro che ne esce è preoccupante. Nell'Ue 1,7 milioni di persone di età inferiore ai 75 anni sono morte nel 2013 e 577.500 di questi decessi, ovvero il 33,7%, si sarebbero potuti evitare. Il concetto di «morte evitabile» è relativo a un decesso che nel momento in cui si è verificato «poteva essere evitato se fossero state applicate terapie puntuali ed efficaci».

E ovviamente esiste una geografia del dolore. Le quote più alte dei decessi evitabili in Ue si sono registrate in

Romania e in Lettonia, rispettivamente 49,4% e 48,5%, (praticamente una persona su due è stata sacrificata all'inefficienza) seguite da Lituania 45,4% e Slovacchia 44,6%. Mentre è la Francia ad avere performance meno catastrofiche con il tasso asso più basso di mortalità evitabile, «solo» il 23,8%. Seguono Danimarca 27,1%, Belgio 27,5% e Olanda 29,1%. L'Italia è al 33%.

Il rapporto ha preso in esame i dati Eurostat che contengono le 86 cause di morte dei cittadini della Ue. Ancora una conferma che sono le crisi cardiache la causa maggiore di mortalità: 184.800 decessi (sul totale dei 577.500). A seguire gli ictus (problemi vascolari cere-

brali), con 94.000 decessi. Somma che dà circa il 48% del totale delle morti evitabili. A cui si aggiunge il 12% dei decessi causati dal cancro al colon, il 9% per quello al seno, il 5% per malattie legate all'ipertensione e il 4% per polmoniti. Una lugubre classifica di vite stroncate da una malattia, ma prima ancora da una sanità che non ha usato tutte le



armi per sconfiggerla.

E in un'epoca di tagli ai sistemi sanitari questi dati fanno riflettere, soprattutto se incrociati con altre rilevazioni di Eurostat che hanno registrato in Italia il fenomeno dell'accorciamento della vita sana, problema che riguarda soprattutto le donne, a partire dal 2004 quando l'aspettativa media di vita sana per un italiano era di 70 anni. Oggi è di 61 anni.

Ma Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità riporta il ragionamento all'ottimismo: «L'Italia ha performance migliori della media europea e anche di altri servizi sanitari come quelli di Gran Bretagna e Svezia». «Il lavoro avviato nei passati 3 anni - spiega Ricciardi - è focalizzato su un ulteriore miglioramento di queste performance attraverso l'appropriatezza organizzativa e professionale perseguita attraverso misure sia regolamentari (ad esempio il Regolamento per gli standard organizzativi e funzionali delle strutture ospedaliere) sia di lavoro comune con i professionisti per mettere al centro delle strategie diagnostiche e terapeutiche le migliori pratiche per il paziente».

Il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** sottolinea che i dati Eurostat si riferiscono al 2013 e che «il nostro Paese ha performance migliori della media europea», ma ammette «che questo risultato va migliorato». «Negli ultimi tre anni abbiamo incentivato investimenti in prevenzione, che devono continuare a crescere. L'approvazione dei nuovi Lea, un grande lavoro che abbiamo ultimato e che adeguano i livelli essenziali di assistenza fermi dal 2001, fornirà uno strumento fondamentale per la riduzione della mortalità evitabile».

«Noi abbiamo un tema aperto - prosegue **Lorenzin** - ed è quello della disuguaglianza tra le sanità regionali. I nostri sforzi tendono a migliorare ancora la qualità in quelle regioni che secondo tutte le statistiche rappresentano eccellenze di livello europeo e alzare il livello delle regioni che sono rimaste indietro».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



LO STUDIO DI EUROSTAT

Un decesso su tre potrebbe essere evitato con le giuste cure

In Europa 577 mila morti per falle nella sanità Italia nella media. **Lorenzin**: serve più prevenzione

MARIA CORBI

ROMA. Una persona ammalata su tre in Europa si poteva salvare. Eurostat divulga i dati destinati a misurare l'efficacia dei sistemi sanitari nazionali e il quadro che ne esce è preoccupante. Nell'Ue 1,7 milioni di persone di età inferiore ai 75 anni sono morte nel 2013 e 577.500 di questi decessi, ovvero il 33,7%, si sarebbero potuti evitare. Il concetto di «morte evitabile» è relativo a un decesso che nel momento in cui si è verificato «poteva essere evitato se fossero state applicate terapie puntuali ed efficaci».

E ovviamente esiste una geografia del dolore. Le quote più alte dei decessi evitabili in Ue si sono registrate in Romania e in Lettonia, rispettivamente 49,4% e 48,5%, (praticamente una persona su due è stata sacrificata all'inefficienza) seguite da Lituania 45,4% e Slovacchia 44,6%. Mentre è la Francia ad avere performance meno catastrofiche con il tasso asso più basso di mortalità evitabile, «solo» il 23,8%. Seguono Danimarca 27,1%, Belgio 27,5% e Olanda 29,1%. L'Italia è al 33%.

Il rapporto ha preso in esame i dati Eurostat che contengono le 86 cause di morte dei cittadini della Ue. Ancora una conferma che sono le crisi cardiache la causa maggiore di mortalità: 184.800 decessi (sul totale dei 577.500). A seguire gli ictus (problemi vascolari cerebra-

li), con 94.000 decessi. Somma che dà circa il 48% del totale delle morti evitabili. A cui si aggiunge il 12% dei decessi causati dal cancro al colon, il 9% per quello al seno, il 5% per malattie legate all'ipertensione e il 4% per polmoniti. Una lugubre classifica di vite stroncate da una malattia, ma prima ancora da una sanità che non ha usato tutte le armi per sconfiggerla.

E in un'epoca di tagli ai sistemi sanitari questi dati fanno riflettere, soprattutto se incrociati con altre rilevazioni di Eurostat che hanno registrato in Italia il fenomeno dell'accorciamento della vita sana, problema che riguarda soprattutto le donne, a partire dal 2004 quando l'aspettativa media di vita sana per un italiano era di 70 anni. Oggi è di 61 anni.

Ma Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità riporta il ragionamento all'ottimismo: «L'Italia ha performance migliori della media europea e anche di altri servizi sanitari come quelli di Gran Bretagna e Svezia». «Il lavoro avviato nei passati 3 anni - spiega Ricciardi - è focalizzato su un ulteriore miglioramento di queste performance attraverso l'appropriatezza organizzativa e professionale perseguita attraverso misure sia regolamentari (ad esempio il Regolamento per gli standard organizzativi e funzionali delle strutture ospedaliere)

sia di lavoro comune con i professionisti per mettere al centro delle strategie diagnostiche e terapeutiche le migliori pratiche per il paziente».

Il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** sottolinea che i dati Eurostat si riferiscono al 2013 e che «il nostro Paese ha performance migliori della media europea», ma ammette «che questo risultato va migliorato». «Negli ultimi tre anni abbiamo incentivato investimenti in prevenzione, che devono continuare a crescere. L'approvazione dei nuovi Lea, un grande lavoro che abbiamo ultimato e che adeguano i livelli essenziali di assistenza fermi dal 2001, fornirà uno strumento fondamentale per la riduzione della mortalità evitabile».

«Noi abbiamo un tema aperto - prosegue **Lorenzin** - ed è quello della diseguglianza tra le sanità regionali. I nostri sforzi tendono a migliorare ancora la qualità in quelle regioni che secondo tutte le statistiche rappresentano eccellenze di livello europeo e alzare il livello delle regioni che sono rimaste indietro».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



L'Evento

Costi alti per le analisi e assistenza difficile

**PER SUPERARE
LE DIFFICOLTÀ
L'ORGANIZZAZIONE
"UNIAMOCI"
CON 93 ASSOCIAZIONI
FAMILIARI**

I PROBLEMI

Settecentomila in Italia sono colpiti da malattie rare. Quelle definite così perché la loro prevalenza, intesa come il numero di casi presenti in una popolazione, non supera una soglia stabilita. Nella Ue questo "tetto" è fissato a allo 0,05% della popolazione, 5 casi su 10.000 persone.

Parliamo di 275 malattie individuali e 47 gruppi di patologie come si legge nel rapporto del Centro nazionale malattie rare dell'Istituto superiore di sanità. Alcuni nomi sconosciuti ai più: amiotrofia spinale, epidermolisi bollosa, anemie ereditarie, malattia di Startgard, sindrome oculo-cerebro-cutanea, distrofie muscolari. L'80% di queste malattie (riguardano soprattutto i bambini) è di origine genetica e spesso si tratta di patologie croniche e potenzialmente mortali. Fenomeni molto complessi anche per la grande variabilità dei sintomi e dei segni.

LA STRADA

Un fardello pesante da sostenere anche per la difficoltà ed i costi delle cure, tanto che il 58% delle famiglie con un pa-

ziente di questo tipo in casa dichiara di avere problemi economici. Da noi il 25% dei pazienti rari attende da 5 a 30 anni per ricevere conferma di una diagnosi ed uno su tre deve spostarsi in un'altra Regione per averne una esatta.

Lunga è la strada verso la diagnosi e difficile è il cammino. Dal momento che le risorse

farmaceutiche mirate per questi pazienti sono poche e, spesso, i continui tentativi di cura creano condizioni di frustrazione e sconforto. «In dieci anni - parole del presidente di Farindustria, Massimo Scaccabarozzi - a 2.400 farmaci è stata riconosciuta la designazione di farmaco orfano per le malattie rare e 1.600 sono stati approvati. Inoltre, nel nostro Paese oltre il 25% delle sperimentazioni cliniche è proprio mirato a queste malattie». Ma le difficoltà, oltre quelle economiche, come denuncia l'ultimo rapporto nazionale sulle malattie rare MonitoRare, riguardano l'assistenza. I centri, infatti, sono distribuiti in modo disomogeneo sul territorio.

Da qui, la necessità delle famiglie di unirsi e farsi sentire: 93 le associazioni che si uniscono sotto il cappello di Uniamo (www.uniamo.org). «Possiamo essere soddisfatti - fa sapere il presidente di Uniamo Nicola Spinelli - della recente prima approvazione della legge che prevede gli screening neonatali per le malattie metaboliche rare e della legge sul "dopo di noi"».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Troppi malati senza cure adeguate «In Italia evitabile una morte su tre»

Dati Eurostat, il ministro **Lorenzin**: «Ma aumenta la prevenzione»

L'ALLARME

Sono oltre 52mila i decessi di pazienti sotto i 75 anni dovuti a assistenza carente

IN MEDIA UE

Il dato italiano è poco sopra la media europea, un soffio davanti a Slovenia e Cipro

Sabrina Pignedoli

■ ROMA

UN TERZO delle morti al di sotto dei 75 anni si sarebbe potuto evitare se le persone fossero state curate in modo adeguato. Dopo il calo della speranza di vita, ora gli italiani si trovano un'altra brutta sorpresa che arriva ancora una volta da dati statistici.

Lo dice il rapporto Eurostat pubblicato ieri: in Italia 52.098 morti erano evitabili, esattamente il 33% del totale. Numeri per la ricerca, dietro cui però si nascondono storie di uomini e donne che avrebbero potuto continuare a veder crescere i propri figli o nipoti se solo fossero stati sottoposti alla cura migliore.

«I dati Eurostat sulla mortalità evitabile si riferiscono al 2013 – precisa il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** – Negli ultimi tre anni abbiamo incentivato investimenti in prevenzione, che devono continuare a crescere». Inoltre è in corso l'adeguamento dei «livelli essenziali di assistenza, fermi dal 2001», che forniranno, spiega **Lorenzin**, «uno strumento fondamentale per la riduzione della mortalità evitabile». A questo si affianca «il lavoro sull'appropriatezza organizzativa e professionale». Un tema importante sollevato dal ministro riguarda le «diseguaglianze tra le sanità regionali». «I nostri sforzi – aggiunge **Lorenzin** – tendono a migliorare anco-

ra la qualità in quelle regioni che, secondo tutte le statistiche, rappresentano eccellenze di livello europeo e alzare il livello delle regioni che sono rimaste indietro».

Nel rapporto Eurostat, l'Italia, con il suo 33%, si pone all'undicesimo posto, un soffio davanti a Slovenia e Cipro e poco sopra la media europea, che si attesta al 33,7%. Un dato non molto consolante se paragonato a quello dei nostri cugini: la Francia, in testa alla classifica, ci distanzia infatti di quasi dieci punti percentuali, con 23,8% di morti evitabili. Fanalino di coda, invece, la Romania dove ci sarebbero stati la metà dei decessi se i pazienti fossero stati sottoposti a cure adeguate.

«L'ITALIA ha performance migliori della media europea e anche di altri servizi sanitari come quelli di Gran Bretagna e Svezia – spiega il presidente dell'istituto superiore di Sanità Walter Ricciardi –. Il lavoro avviato nei passati tre anni è focalizzato su un ulteriore miglioramento di queste performance».

La stessa ricerca Eurostat precisa che «l'indicatore fornisce un segnale d'avvertimento di un potenziale difetto al sistema sanitario, ma non intende essere una misurazione definitiva e unica per monitorare la sanità degli stati membri». Nessun allarme, quindi, ma un monito che dovrebbe essere preso in seria considerazione, soprattutto se si passa

dalle percentuali ai numeri in valore assoluto. Sono, infatti, 52.098 i pazienti deceduti nel 2013 che si sarebbero potuti curare, una cifra esorbitante che ci pone in quinta posizione per numero di decessi evitabili, subito dopo la Romania.

TUTTAVIA i dati devono essere valutati in base al numero di abitanti e qui arrivano segnali positivi perché si registra «una diminuzione del tasso di mortalità standardizzato tra il 2012 e il 2013 dall'89,6 per 100mila abitanti, all'85 per 100mila abitanti – spiega il ministro **Lorenzin** – trovandosi il nostro Paese al secondo posto in Europa appena dopo la Spagna e molto prima di tutti gli altri stati membri». Inoltre, continua **Lorenzin**, «se si considera la statistica più estesa della mortalità prevenibile (che comprende anche quella evitabile) il nostro Paese è di gran lunga il migliore in Europa». Quali sono le patologie dove è probabile morire se non si ricevono cure adeguate? Gli attacchi di cuore e gli ictus rappresentano circa la metà delle malattie che, se adeguatamente curate, potevano non condurre alla morte. Seguono il cancro al colon retto e quello al seno, oltre alle malattie correlate all'ipertensione. Ma si può morire anche per una polmonite curata male. «L'unico dato negativo su cui è indispensabile riflettere – aggiunge il ministro – è l'aumento della mortalità evitabile da patologie infettive, peraltro condiviso a livello europeo».





Nuovo Ddl

Ieri in Senato l'approvazione del Ddl **Lorenzin** che concede al Governo la delega per il riordino di diversi settori in materia di Sanità. «Grazie al Senato» ha twittato il ministro dopo l'approvazione

Maltrattamenti

Tra i punti centrali la stretta sugli ospizi lager con aggravanti sulle sanzioni per chi maltratta persone particolarmente fragili ricoverate in strutture sanitarie o sociosanitarie

Medicina di genere

Introduce per la prima volta il termine di medicina di genere, ovvero misurata sulle caratteristiche femminili. Prevede inoltre la semplificazione normativa in materia di sperimentazioni cliniche

1,7

MILIONI

È il numero dei decessi nell'Unione Europea nel 2013 di persone al di sotto dei 75 anni

577

MILA

È il numero dei decessi che si sarebbero potuti evitare a livello europeo con cure sanitarie ottimali

12

PER CENTO

Sono le morti causate da cancro al colon, seguite dal 9% dei decessi per tumore al seno

48

PER CENTO

Del totale sono le morti per crisi cardiache assieme a quelle per cause vascolari cerebrali



Sanità. Via libera del Senato al riordino: la parola passa alla Camera

Professioni, primo sì alla riforma

LE INDICAZIONI

Lotta all'abusivismo, aggravanti per reati commessi ai danni dei pazienti ricoverati, parto indolore in tutti i reparti

Lucilla Vazza

■ Infermieri, medici, dentisti e tutte le **professioni sanitarie**, oltre un milione e 100mila operatori, hanno ricevuto ieri un'importante assist dal **Senato**. Dopo quasi tre anni è stato infatti approvato il **Ddl omnibus** presentato dalla ministra **Beatrice Lorenzin** quando premier era Enrico Letta. Ora il testo va al voto della Camera

Trial clinici, medicina di genere, parto indolore in tutti i reparti di maternità, lotta all'abusivismo professionale con tanto di aggravante per reati commessi ai danni di pazienti ricoverati. Ma anche la riforma degli Ordini di medici e farmacisti, come del Collegio degli infermieri. E poi il punto più controverso, su cui c'è stata grande polemica: la nascita di nuovi ordini e di albi di professioni sanitarie (chimici, fisici, osteopati e chiropratici). Una riforma attesa da decenni (la normativa risale al 1934), che ha l'obiettivo di tutelare contemporaneamente la dignità professionale degli operatori e gli stessi assistiti.

Prima artefice della legge la relatrice, e presidente della commissione Sanità, Emilia De Biasi

(Pd): «Abbiamo scelto alcune priorità: la ricerca clinica e la sperimentazione farmacologica fondamentali per il nostro Paese; il parto indolore perché, prima di ragionare sui programmi di fertilità, va affermata la sicurezza della maternità. Senza dimenticare le sanzioni nei confronti di chi maltratta anziani e disabili nelle case e nelle residenze protette».

Con il provvedimento si stabilisce che gli Ordini sono enti di diritto pubblico non economico che svolgono funzioni sussidiarie dello Stato e si procede a una netta separazione tra funzione giudicante e istruttoria, in modo da aumentare la trasparenza nelle funzioni di vigilanza. Per le farmacie è introdotto il divieto esplicito di vendere sostanze dopanti. La riforma riguarda da vicino anche chimici e fisici, da oggi tutti gli effetti "professione sanitaria": «Siamo soddisfatti di un risultato che riafferma ruolo e competenze di chimici e fisici nel comparto sanità», rivendica la presidente del Consiglio nazionale dei chimici, Nausicaa Orlandi.

Intanto proprio ieri è stato trasmesso al parere delle Camere lo schema di decreto legislativo, attuativo della "riforma Madia", sulle nomine dei manager di asl e ospedali. L'obiettivo è slegare le poltrone dai partiti, in nome della trasparenza e del merito, con un Albo nazionale e la rimozione per inadempienze contrattuali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“Io, cavia per le case farmaceutiche In tre giorni guadagno 800 euro”

Giovani, studenti e disoccupati: chi sono i “volontari” che si mettono a disposizione per le sperimentazioni

1.400

italiani
Sono i volon-
tari italiani
che si sono
presentati
nelle cliniche
ticinesi negli
ultimi 3 anni

75

per cento
Tre cavia
su quattro
sono giovani
di età com-
presa tra i 19
e i 34 anni,
soprattutto
maschi

La prima volta è stata per testare molecole sui gastroprotettori. Ho avuto soltanto vertigini e nausea

Fabio
cavia nei laboratori
farmaceutici



il caso

MARY TAGLIAZUCCHI
ROMA

«**Q**uando capisci che la laurea non serve, le provi tutte per arrivare a fine mese. Fare da cavia umana è una di queste». A parlare è Fabio, trentenne romano che per sbarcare il lunario ha scelto di mettersi a disposizione della ricerca. Come? Offrendo il suo corpo per testare, nei tanti laboratori farmaceutici, medicinali in via di sperimentazione. Dai dati del sito swissinfo.ch circa 1400 volontari italiani si sono presentati nelle cliniche ticinesi negli ultimi 3 anni. «Sui siti web dei centri di sperimentazione farmacologica viene solitamente pubblicato un bando. Via mail si lasciano i propri dati e si ri-

sponde ad una specie di questionario. Si viene ricontattati via WhatsApp o sms per un primo screening in cui valutano sia il profilo fisico che mentale», racconta Fabio. «La mia prima volta è stata per testare nuove molecole su farmaci gastroprotettori già in commercio. Ho avuto soltanto vertigini e nausea. E in tre giorni ho guadagnato 800 euro».

Ma lo scorso gennaio a Rennes, in Francia, una cavia morì e altre sei riportarono gravi sintomi durante la sperimentazione di un analgesico. «Non posso dire di farlo per amore della ricerca scientifica. Lo faccio per mero guadagno», ammette Fabio. «Se mi sento una vittima? No, perché sono conscio di tutti i rischi e pericoli del caso».

In Italia i centri di sperimentazione sono localizzati soprattutto al Nord: Verona, Milano, Varese, Pavia e Como. Ma anche Catania, Cagliari e Pisa. I volontari vengono classificati per sesso, età e stile di vita. La maggior parte, circa il 75%, sono giovani tra i 19 e i 34 anni, soprattutto maschi. Molti sono studenti universitari. Nella selezione i non fumatori hanno maggiori probabilità di essere scelti.

Per legge i volontari non possono essere retribuiti. Viene riconosciuto un rimborso proporzionale alla durata dei test, da poche ore fino ad alcuni giorni. Le cifre corrisponde-

vano da un minimo di 600 euro fino ad un massimo di 3 mila. Ogni volontario non può sottoporsi a sperimentazione più due volte l'anno. Per questo a ognuno viene attribuito un codice identificativo. Nel Canton Ticino, ad esempio, è il Comitato etico cantonale (l'organo competente per l'esame e l'autorizzazione dei progetti di ricerca sull'essere umano), che controlla e disciplina la sperimentazione dei farmaci.

La maggior parte dei farmaci testati sulle persone sono molecole di prodotti già sul mercato, ma per i quali si cerca di trovare nuove indicazioni terapeutiche. Gli studi su prodotti mai sperimentati sono in netta minoranza.

I rischi ci sono. La maggior parte delle volte gli effetti collaterali si fermano a mal di testa, nausea e debolezza. Ma a volte le complicazioni sono più gravi e portano a danni permanenti. In quel caso i costi delle cure, di qualsiasi natura essi siano, sono coperti da un'assicurazione a cui ogni centro di sperimentazione fa riferimento.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Sanità. Il ministro **Lorenzin** ai 50 anni dell' Aiop (cliniche private): conta il servizio ai cittadini e la qualità delle prestazioni

«Ospedali, parità pubblico-privato»

La denuncia delle case di cura: sprechi fino a 10 miliardi nel sistema sanitario nazionale

IL CONFRONTO

Pelissero (presidente Aiop): l'imprenditoria privata accreditata costa soltanto il 15% della spesa sanitaria nel suo complesso

Roberto Turno
ROMA

■ «La sanità privata non è un nemico. Che l'erogatore sia pubblico o no, non importa. Quello che conta è il servizio ai cittadini, se il servizio funziona o meno. Se c'è qualità, se rientra nei parametri che ogni servizio per la salute deve avere in tutta Italia, se ci sono regole certe, i controlli e la valutazione. Per qualsiasi struttura. Il Governo sta cercando di lavorare in questa direzione». Al festeggiamento romano dei 50 anni di Aiop, l'associazione aderente a Confindustria delle 509 case di cura private accreditate col Servizio sanitario nazionale, **Beatrice Lorenzin** ministro della Salute, tesse l'elogio della par condicio in sanità tra pubblico e privato. Nel segno dell' «integrazione e della sussidiarietà», tiene a precisare, indicando una rotta per le cure sotto l'ombrello dello Stato che dovrebbe aprire con più forza al mercato. Ma con la tutela e il controllo pubblici, è chiaro.

Un'aperta netta, quella di **Lorenzin**, che non vuole essere una stroncatura del servizio pubblico. Ma il riconoscimento sempre più deciso a quel «pluralismo degli erogatori», che per Aiop, appena compiuti 50 anni, significa guardare con più certezze al futuro. «Vogliamo essere sempre più presenti, investire su questa prospettiva», assicura il presidente Gabriele Pelissero, nel tessere a sua volta le lodi di un Governo che «per la prima volta quest'anno con la legge di stabilità non ha tagliato la sanità e ha introdotto regole innovative e coraggiose».

Anche se tutto questo non basta ancora alle case di cura private. Non a caso Pelissero ha denunciato «la presenza di una predominante componente di erogatori pubblici inefficienti e autoreferenziali». Una «spesa improduttiva» negli ospedali pubblici che Aiop stima tra i 5 e i 10 miliardi. Più o meno il 4-9% dell'intera spesa sanitaria pubblica. «Oggi più che mai - ha spiegato Pelissero - sono indispensabili efficienza e competitività, con un autentico pluralismo di erogatori basato sulla libera scelta del luogo di cura e un reale pagamento a

prestazione».

Pari opportunità, piena concorrenza, pluralismo. Questa la strada che le case di cura private vogliono allargare. Un terreno che per **Lorenzin** rappresenta una sfida aperta. Ma con tutte le garanzie del caso, senza per questo buttare via quanto, e non è poco, funziona nella sanità pubblica. «Stiamo parlando di una rete di strutture che rappresenta il 40% di tutti gli ospedali italiani e il 30% dei posti letto. Che in questi anni hanno innovato tantissimo», ha riconosciuto la ministra.

In cinquant'anni di vita, del resto, la rete delle case di cura private s'è estesa in maniera significativa, in ogni caso a sua volta all'interno di una rete pubblica che garantisce tutte le prestazioni, anche quelle su cui il privato accreditato è spesso meno capillare. Stiamo parlando peraltro di ben 52.780 posti letto, di 12mila medici ma anche di 26mila infermieri e di altri 32mila operatori «di supporto». Nel complesso di una copertura pari al 25% di tutte le prestazioni sanitarie pubbliche erogate in un anno. «E costiamo soltanto il 15% della spesa sanitaria nel suo complesso», non ha rinunciato a sottolineare Pelissero.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le cliniche private

509

Le strutture accreditate
Il numero delle case di cura accreditate di Aiop

2.780

Posti letto
Il numero complessivo dei posti letto



Il segreto degli atleti vegani

Da Bergamasco alle Williams: spingere il fisico ai propri limiti rinunciando a mangiare carne L'esperto: servono legumi e semi, il 70% di calorie dai carboidrati

Apporto proteico

Uno sportivo deve assumere 1,2-2 grammi di proteine per chilo di peso al giorno

All'inizio fu Pitagora. Quando il filosofo greco, nel 530 a.C., fondò a Crotone la sua celebre scuola introdusse (pare per primo nella storia sportiva dell'umanità) la dieta vegetariana tra gli atleti. Oltre 2.500 anni dopo, tuttavia, il rapporto tra l'alimentazione senza carne e pesce (e altri derivati animali nel caso dei vegani) e l'attività agonistica resta controverso. Nonostante ci siano numerosi atleti che hanno scelto una dieta veg: da Carl Lewis alle sorelle Williams, passando per il pugile britannico David Haye, l'italiano Mirco Bergamasco (ex star della nazionale italiana di rugby) e la pattinatrice canadese Meagan Duhamel (medaglia d'argento a Sochi). «Essere vegan è una delle cose di cui vado più orgogliosa — ha raccontato Meagan —. La gente pensa che siamo hippy malnutriti ma non è così: io sono diventata più forte e resistente alla fatica».

A riaccendere il dibattito su scelta vegan e sport è stata la morte nei giorni scorsi sul monte Everest di Maria Strydom, alpinista esperta e professoressa universitaria di 34 anni, il cui obiettivo era scalare le 7 cime più alte del mon-


do per dimostrare che i «vegani possono fare qualsiasi cosa». Anche se negli ultimi giorni altri due scalatori (onnivori) sono deceduti nella scalata, la notizia della morte della donna — dovuta a un malore causato dall'altitudine — ha fatto il giro del mondo proprio per la sua scelta alimentare.

Ma per chi è vegan è più difficile spingere il proprio fisico all'estremo, si è chiesta la *Bbc* online? «L'alimentazione 100 per cento vegetale è compatibile con l'attività sportiva agonistica di qualsiasi tipo — risponde Gianfranco Beltrami, presidente della Commissione medica e antidoping IbaF, professore all'Università di Parma e specialista in medicina dello sport —. Deve però essere equilibrata. E questo a volte può risultare più difficile, soprattutto per quanto riguarda l'assunzione di proteine. Ma non perché quelle vegetali siano peggiori di quelle animali. Anzi. Ma perché chi adotta una dieta vegan ha una scelta più limitata, deve insomma mangiare sempre gli stessi cibi».

Secondo le linee guida più diffuse, a seconda dello sport praticato, un atleta deve assumere 1,2-2 grammi di proteine per ogni chilogrammo. Quindi se pesa 70 chili ogni giorno deve mangiare 140 grammi di proteine. «L'apporto proteico dei legumi è alto — spiega an-

cora Beltrami —, è di circa 25 grammi di proteine su 100 grammi. Un'altra fonte molto importante sono i semi. In primis le arachidi. Questi cibi non devono mai mancare. Se ipotizziamo una giornata tipo di un atleta vegan possiamo quindi consigliare una colazione con latte di soia e cereali integrali. Mandorle, noci e altri semi come spuntini nel corso della giornata. E per pranzo e cena cereali integrali e legumi, oppure tofu o seitan. Oltre ovviamente alle verdure». Roberta Bartocci, biologa, nutrizionista e blogger di VegCoach.it, aggiunge: «Come spiega l'American college of sports medicine i nutrienti più importanti per uno sportivo sono i carboidrati, che sono vegetali che devono coprire il 60-70 per cento dell'apporto quotidiano di calorie. Senza contare che l'alimentazione veg ha anche tanti vantaggi per quanto riguarda la digeribilità, l'introduzione di antiossidanti, idratanti e vitamine. Oltre ai grassi "buoni" e omega 3 contenuti in olio di oliva extravergine». «Negli ultimi anni l'alimentazione sportiva è diventata sempre più veg — conferma Beltrami — perché è più digeribile e disintossicante. E comunque anche chi mangia carne non dovrebbe farlo più di 1-2 volte a settimana».

Beatrice Montini

 @beamontini

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MEDICINA

Ibernati per recuperare da ictus e infarti

BANFI PAGINA 30

Ibernati per guarire da un ictus e anche per arrivare su Marte

Primi test sui topi: «Come abbiamo indotto un letargo artificiale»

Matteo Cerri

Neurofisiologo

RUOLO: È RICERCATORE
IN NEUROFISIOLOGIA
NEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE
BIOMEDICHE E NEUROMOTORIE
DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

NEUROLOGIA

DANIELE BANFI

Quando si parla di ibernazione, si respira subito aria di fantascienza. Mentre non c'è un solo caso documentato di «resurrezione» dopo essere stati congelati, la scienza sta procedendo spedita verso una più realistica applicazione dell'ibernazione a scopo terapeutico. Recupero dopo infarti e ictus e lotta al cancro sono alcuni dei campi che potranno beneficiare di questa tecnica estrema. E non solo: se l'uomo volerà su Marte, non potrà probabilmente fare a meno di alcuni brevi periodi di «letargo».

S p i e g a Matteo Cerri, ricercatore in Neurofisiologia all'Università di Bologna e tra i massimi esperti italiani del settore, che «l'ibernazione è un processo completamente diverso dalla crioconservazione. Spesso i due termini vengono erroneamente sovrapposti. Mentre

quest'ultimo processo prevede il blocco di qualsiasi funzione fisiologica dell'organismo, l'ibernazione non è altro che un drastico abbassamento del metabolismo corporeo con la conseguente riduzione della temperatura. In altre parole, il consumo energetico si riduce quasi a zero e le funzioni vitali sono rallentate al minimo». In natura sono molti gli animali che ricorrono a questa strategia per sopravvivere a condizioni ambientali avverse. Un processo ancora misterioso, se si considera che al momento del risveglio l'animale riprende le sue funzioni come se nulla fosse accaduto.

Partendo da questa osservazione, sempre più team si sono messi all'opera nel tentativo di studiare, anche per gli animali - uomo compreso - che non cadono nell'ibernazione, come indurre questa sorta di «limbo» temporaneo. Per raggiungere l'obiettivo Cerri e i suoi collaboratori si sono concentrati su un'area del cervello - il Raphe pallidus - responsabile del controllo della temperatura corporea. «Questa zona dell'encefalo rappresenta un interruttore capace di indurre lo stato di ipotermia. È qui che passano le informazioni utili a mantenere costante la temperatura corporea. Utilizzando una microcannula, siamo riusciti a ibernare con successo un topo semplicemente iniettando una sostanza in grado di bloccare l'attività del Raphe pallidus. Finito l'effetto, il topo è tornato alla normalità».

Ma perché tutto questo interesse nell'indurre un «le-

targo» nei mammiferi che di norma non ne hanno necessità? La risposta come sempre avviene dall'osservazione: il cervello è un organo che necessita di un'elevata quantità di zuccheri e ossigeno. Se per una qualsiasi ragione - per esempio un ictus - il «carburante» viene meno, i neuroni vanno in profonda sofferenza. Riuscire ad abbassare la richiesta di energia attraverso una riduzione della temperatura è una delle possibili strategie per superare e limitare i danni, in attesa che l'organo riprenda le sue funzioni standard. «Ad oggi l'ipotermia a scopo protettivo viene parzialmente ottenuta ponendo il corpo del paziente al freddo. Una procedura che consente di raggiungere temperature intorno ai 34 gradi, poiché, fisiologicamente, il cervello tenta di riportare il valore della temperatura ai classici 36,5 gradi. In realtà per arrivare ad uno stato di ibernazione terapeutica bisognerebbe arrivare a 20 gradi. Una condizione possibile solo attraverso l'azio-



ne diretta sul Raphe pallidus», spiega Cerri.

Ma le novità non finiscono qui perché l'ibernazione, in futuro, potrebbe essere la tecnologia risolutiva per permettere a un equipaggio umano l'esplorazione di Marte. Non è un caso che Cerri venga consultato dall'Esa, l'Agenzia spaziale europea: accesso limitato al cibo, possibili danni da radiazioni dello spazio profondo ed eventuali psicosi dovute alla lunghezza del viaggio sono soltanto alcuni dei problemi con cui gli astronauti dovranno confrontarsi. «Indurre brevi periodi di ibernazione potrebbe essere fondamentale per la buona riuscita della missione».

Quanto alla conservazione del corpo, crioconservato dopo la morte in attesa di guarirlo e poi di rianimarlo, «siamo - conclude Cerri - ancora alla fantascienza».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



GETTY

Le onde ad altissima frequenza frantumano il grasso (senza effetti collaterali)

VALENTINA ARCOVIO

■ C'è uno strumento in grado di individuare e distruggere il grasso corporeo, in modo sicuro e indolore. Si chiama UltraShape Power, una novità nel settore della bellezza e della salute. L'apparecchio, lanciato da Syneron Candela, rappresenta un'alternativa alla chirurgia, offrendo risultati paragonabili alla più invasiva liposuzione.

UltraShape è stato svelato a Londra, in una dimostrazione organizzata nello studio di Ariel Hausman, uno dei più noti dermatologi del Regno Unito. «L'apparecchio utilizza la tecnica chiamata lipotrixis ed è in grado di distruggere le cellule del grasso corporeo in modo selettivo - spiega lo specialista -. Grazie all'utilizzo di onde sonore ad altissima frequenza colpisce le cellule adipose sottocutanee con una precisione inedita, senza danneggiare pelle, vasi sanguigni e tessuto connettivo».

In pratica, grazie agli ultrasuoni focalizzati, che causano la rottura degli adipociti, nel corpo si innesca il normale processo di smaltimento dei trigliceridi e dei detriti delle cellule adipose, che vengono immediatamente distrutte e metabolizzate attraverso le naturali vie fisiologiche. «Questa procedura - sottolinea Haus - può essere eseguita su diverse aree e si adatta alla forma del corpo delle singole pazienti».

I risultati sono visibili già dopo tre sedute. Studi compiuti su campioni significativi hanno dimostrato un «range» di riduzione della circonferenza da 3,3 a 6,3 centimetri. «Si va da un minimo di tre trattamenti distanziati da due settimane l'uno dall'altro e i risultati sono visibili 14-28 giorni dopo», precisa Haus. UltraShape è già diventata una moda negli Usa. A breve sbarcherà anche in Italia.

