



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Sostenibilità Ssn. Indagine Camera: “Senza cambiamento e innovazione il sistema va a fondo”. Lorenzin: “In autunno riforma degli enti vigilati e di quelli della ricerca”

No ai tagli lineari, si alla sanità integrativa, meno potere alle regioni e al Mef più potere al ministero della Salute. Questa la sintesi dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Sistema condotta dalle due Commissioni di Montecitorio, Bilancio e Affari Sociali. Il sistema regge ma ha bisogno di cambiamenti perché comincia a scricchiolare. Lorenzin, presente al convegno, annuncia per l'autunno una serie di riforme.

Sanità integrativa, blocco dei tagli lineari, riduzione del potere delle Regioni e del Mef e più potere al ministero della Salute.

Sono queste le coordinate da seguire per rimettere in equilibrio il nostro Ssn. Un Ssn con luci e ombre, ma sicuramente insostituibile in quanto strumento indispensabile per la tutela della salute, e a dai costi non superiori a quelli di altri Paesi, anzi addirittura più bassi della media internazionale e europea. Un sistema a rischio: la riduzione dei finanziamenti potrebbe, infatti, ridurre la qualità dei servizi e la loro capacità di rispondere ai bisogni sanitari della popolazione. Un sistema che continua inoltre a procedere a due velocità, dove le Regioni sottoposte a piano di rientro, concentrate soprattutto nel Meridione, continuano a segnare il passo.

A scattare la fotografia dello stato di salute del nostro Sistema sanitario nazionale è “l'Indagine conoscitiva sulla sostenibilità economica del sistema sanitario” condotta, tra giugno e dicembre 2013 dalle commissioni Bilancio e Affari Sociali della Camera, e presentata questa mattina a Montecitorio alla presenza del ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, e dei presidenti delle rispettive Commissioni: **Francesco Boccia** della V e **Pierpaolo Vargiu** della XII. Obiettivo: valutare l'adeguatezza del Ssn a fornire prestazioni di qualità, informate ai principi di equità e universalità.

Un'indagine che il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ha definito “utilissima”: “Emergono molte questioni, come la necessità di ricentralizzare i controlli, dare maggior forza nella distribuzione dei farmaci a livello nazionale, e la necessità di cambiare la governance”. Molte utili anche perché “segnano i livelli di criticità del sistema sanitario che abbiamo utilizzato per fare il Patto per la salute e anche perché il Parlamento sta condividendo un percorso di riforma della sanità”.

Lorenzin: Patto più ‘audace’ se fosse stato un mio decreto

Un percorso di riforma del quale il Patto per la Salute è un tassello essenziale. Anche se, per il ministro sarebbe servita più audacia: “Se fosse stato il decreto Lorenzin sarebbe stato più audace, ma si è trattato di una negoziazione”.

Comunque ha sottolineato il ministro al contrario dei vecchi Patti dei sogni che riunivano una serie di desiderata spesso applicati al 20-30%, tutte le misure contenute in questo Patto hanno una tabella di marcia, oltre a una cabina di regia e di monitoraggio. “Ho partorito questo ‘bambino’ in nove mesi in cui – ha detto – ho visto tutti e negoziato con tutti. Se qualcuno pensa che la cabina di regia e monitoraggio sarà finta dove cambiare ministro della Salute”.

Dopo Patto salute riforma enti vigilati e ricerca

Ma ora, siglato il Patto della salute ha ricordato Lorenzin “restano da compiere due elementi esterni all’accordo: la riforma degli enti vigilati e quella degli enti di ricerca”. Due riforme ha detto Lorenzin, che saranno avviate in autunno. “È mia intenzione – ha spiegato – dare all’Aifa i poteri per essere una grande agenzia europea capace di renderci competitivi. Agenas deve diventare l’agenzia di controllo, non fare ricerca, deve fare controlli: la ricerca la fa l’Istituto superiore di sanità che deve tornare a essere il grande istituto di ricerca per cui è nato”. Lorenzin ha spiegato che la sua idea è “di mettere un sistema in rete, fare dialogare gli enti tra loro in modo che possano partecipare ai grant e alle sfide per attrarre risorse in maniera coordinata, passando dalla fase artigianale alla fase industriale”.

Non solo Patto, Lorenzin ha poi sottolineato che alle due sfide classiche della sanità - sostenibilità e qualità del servizio - se ne aggiunge una terza, quella dello sviluppo: “Il sistema salute fa parte del sistema paese e intorno alla salute non c’è solo il benessere delle persone, ma c’è anche la qualità dei prodotti agroalimentari, la qualità dell’ambiente, l’industria farmaceutica, l’indotto della ricerca e dell’innovazione e per me tutto questo è il nostro petrolio. È quello che ci può rendere competitivi rispetto agli Usa e ai paesi del Brics. È un settore che è un brand del made in Italy e quindi deve essere fonte di investimenti”.

Si è conclusa la stagione dei tagli lineari

E’ entrato con decisione nel merito dell’indagine **Francesco Boccia**: “Sanità integrativa, nessun taglio lineare e ridurre il potere delle regioni nel comparto sanitario. Sono queste le linee guida del documento approvato dalle Commissioni congiunte di Montecitorio. Ed è da questi punti fermi che Ministero e Regioni devono ripartire, facendo proprio il lavoro fatto in questi mesi dalle commissioni Bilancio e Affari Sociali”.

E ancora, ha specificato Boccia: “Per la prima volta il Parlamento ha concluso un’indagine conoscitiva sulla sostenibilità finanziaria della sanità italiana. Abbiamo audito tutte le categorie del settore: medici, infermieri, centri di ricerca pubblici e privati, imprese pubbliche e private, ministero della Salute e dell’Economia. È stato un lavoro complesso, condiviso e il documento conclusivo è stato approvato con il voto favorevole di tutti i gruppi parlamentari, ad eccezione del M5S, che ha deciso di astenersi”.

“In questi mesi – ha proseguito Boccia – abbiamo avuto modo di conoscere davvero, in profondità, lo stato di salute del comparto sanitario, i servizi erogati e la loro qualità. Un’occasione per bollare come conclusa, ancora una volta, la stagione dei tagli lineari vissuta fino ad oggi. Anche perché una rimodulazione, comunque necessaria, della spesa pubblica non sarebbe compresa né tantomeno comprensibile se non si fossero interpellati direttamente i protagonisti stessi del comparto. Dopo un lungo lavoro di ascolto, analisi, confronto e sintesi con le categorie di riferimento consegniamo al governo e al Parlamento un documento tutto coraggio e concretezza per assicurare al Ssn la sostenibilità finanziaria di cui necessita”.

Senza cambiamento e innovazione si affonda

“Quello di oggi non è un convegno – ha precisato il presidente **Pierpaolo Vargiu** – siamo convinti che per la sanità italiana siano finiti anche i tempi supplementari dei convegni. Consigliamo la lettura del Documento perché al suo interno sono scritti tutti i drammi del Ssn. Non ci sono più alibi. Se non iniziamo a prenderne atto sarà difficile lavorare per trovare le soluzioni. Nel frattempo a pagare saranno sempre i più deboli”.

“Il Patto per la salute – ha aggiunto Vargiu – è solo il primo passo: il nostro sistema sanitario scricchiola in modo inquietante. Siamo di fronte a ventuno diversi sistemi sanitari che stentano a garantire la stessa equità e universalità a un sardo o a un veneto. Non basta cambiare la governance. Servono anche nuove risorse economiche. Non è accettabile che alla domanda di innovazione tecnologica e di nuovi bisogni di salute, risponda assai più spesso il ministero dell’economia che quello della salute”.

“Dobbiamo ragionare – ha proseguito Vargiu – sul cambiamento superando antichi pregiudizi

ideologici, che ci impediscono di discutere i problemi veri, mettendo in campo possibili soluzioni concrete e il documento presentato oggi ne contiene tante e condivise, tra cui l'incentivo alla sanità integrativa e l'assoluta urgenza di investimenti per l'innovazione tecnologica e delle infrastrutture". Elementi questi per Vargiu assolutamente indispensabili perché, ha concluso "se dovessi dare un titolo al nostro lavoro direi: allarme sanità. Senza cambiamento e innovazione si va a fondo".

L'indagine in sintesi

È un quadro con luci e ombre quello emerso dall'indagine.

Tra gli aspetti decisamente positivi emersi dall'indagine viene segnalata la sostanziale condivisione, da parte della quasi totalità degli auditi, del valore insostituibile del Ssn, quale strumento indispensabile per la tutela della salute, dall'altro, il fatto che gli oneri derivanti dal Sistema sanitario non sono superiori a quelli di altri Paesi, ma anzi si collocano al di sotto della media interazionale e europea.

Tra gli aspetti negativi, invece, l'indagine individua in primo luogo la preoccupazione che il protrarsi della crisi finanziaria e la conseguente sensibile riduzione dei finanziamenti destinati al Ssn riducano la qualità dei servizi e la loro capacità di rispondere ai bisogni sanitari della popolazione; in secondo luogo è stato constatato che le regioni sottoposte a piano di rientro, e più in generale, la quasi totalità delle regioni meridionali, versano in una condizione notevolmente diversa rispetto alle altre regioni.

In particolare, nel corso dell'indagine è stata posta particolare attenzione ai seguenti temi: il riparto costituzionale delle competenze tra lo Stato e le Regioni, l'organizzazione territoriale del Servizio sanitario, il finanziamento da parte dello Stato del Welfare sanitario e la nuova sfida dell'appropriatezza delle prestazioni anche attraverso misure volte alla razionalizzazione della spesa.

Riforma del Titolo V

Per affrontare le sfide future che si presenteranno al Ssn in virtù dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento del fabbisogno di salute, si legge nel documento dell'indagine conoscitiva, sarà necessaria, "un'azione di coordinamento a livello centrale più forte e mirata di quella prevista e attuata con la riforma del Titolo V, idonea a garantire un'erogazione dei Lea omogenea su tutto il territorio nazionale, in modo da eliminare le differenze regionali e infra-regionali attualmente esistenti". Questo significa che "allo Stato, spetterebbe la definizione degli standard, degli obiettivi di salute da raggiungere, il controllo riguardo all'erogazione dei Lea, anche esercitando un potere sostitutivo; mentre, alle Regioni, rimarrebbe il ruolo di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari".

Le risorse risparmiate devono essere reinvestite in sanità

Quanto alle risorse, le commissioni Affari sociali e Bilancio ricordano che nuovi tagli comporterebbero "l'impossibilità di garantire i livelli di assistenza e quindi l'equità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie. Pertanto - sottolineano - eventuali risorse recuperate attraverso misure di razionalizzazione della spesa dovranno essere destinate al miglioramento dei servizi sanitari". Un punto, quello delle risorse risparmiate che devono rimanere ed essere reinvestite in sanità, sul quale anche il ministro Lorenzin ha insistito molto, durante i mesi di elaborazione e trattative sul Patto della salute.

Rivedere il ruolo del Mef e della Salute

Tra gli altri punti evidenziati dall'indagine, il ruolo di supervisore della spesa sanitaria, svolto dal ministero dell'Economia e delle finanze, soprattutto nei confronti delle regioni sottoposte a piani di rientro, che "dovrebbe essere bilanciato da un analogo ruolo di valutazione, di indirizzo e, in caso di necessità, sostitutivo, svolto dal ministero della Salute, a tutela dell'effettivo rispetto dei livelli essenziali di assistenza".

Territorio, ticket, sanità integrativa e premiare la qualità

È stata evidenziata anche la necessità di potenziare la capacità, da parte dei servizi territoriali, di prendere in carico i pazienti cronici, superando "la logica ospedale-centrica a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie". Per quanto riguarda i ticket, la proposta è quella della "fissazione di una franchigia, calcolata in percentuale del reddito, fino al concorrere della quale si dovrà pagare interamente secondo le attuali tariffe ogni prestazione sanitaria fruita nel corso dell'anno. Superata la franchigia, che potrebbe essere anche progressiva, le prestazioni sarebbero invece gratuite o

con minime forme di compartecipazione ad effetto dissuasivo e comunque legate a percorsi di appropriatezza clinica”.

Nel documento, si legge inoltre del bisogno di “incentivare la sanità integrativa costituita da fondi integrativi, polizze assicurative, collettive e individuali, attraverso una maggior defiscalizzazione; di maggiori investimenti in prevenzione primaria e in politiche, anche non strettamente sanitarie, in grado di diffondere corretti stili di vita; di medicina personalizzata” per agganciare l’innovazione e lo sviluppo tecnologico, “di contenimento della medicina difensiva; di un migliore utilizzo dei dati disponibili; di una maggiore rapidità e omogeneità nell’accessibilità ai farmaci innovativi, oggi licenziati dall’Aifa con una lentezza superiore rispetto ai restanti contesti europei”.

Per quanto riguarda i sistemi sanitari regionali e le aziende sanitarie, le commissioni della Camera auspicano un sistema che premi “la qualità, applicando regole che valorizzino i sistemi sanitari regionali, le aziende sanitarie e ospedaliere e gli operatori, anche privati, migliori, promuovendo una virtuosa competizione fra erogatori” e una “maggiore autonomia delle aziende, in caso di difficoltà sul fronte delle risorse, al fine di gestire in modo flessibile ed efficace i fattori produttivi disponibili”.

Abbassare troppo i prezzi dei farmaci favorisce l’esportazione parallela

Luca Pani, direttore generale Aifa, intervenuto alla presentazione dell’indagine conoscitiva ha puntato i riflettori sulla spesa farmaceutica. “È fisiologico che la spesa farmaceutica cresca nei paesi sviluppati – ha spiegato – perché altrimenti c’è l’impressione che non stai governando il sistema. La spesa deve crescere. Da questo punto di vista noi siamo secondi per quanto riguarda il prezzo medio soltanto alla Spagna e al Portogallo e alla Grecia ma perché quest’ultima ha fatto delle manovre economiche. Se si abbassano troppo i prezzi abbiamo il problema dell’esportazione parallela che è legittima”.

Pani ha presentato poi le sue proposte per la spesa: “Una prima proposta sarebbe quella che, a invarianza del finanziamento fissato, si escluda dal tetto la spesa farmaceutica del ticket che di fatto è la spesa che fanno i cittadini. Questo comporterebbe rimettere immediatamente 500 milioni nel sistema. Sul versante del sostegno all’innovazione si chiede alle aziende di fare innovazione ma poi non siamo in grado di reggerla economicamente. Possiamo usare le risorse risparmiate negli equivalenti per reimmetterle nell’innovazione” però ha aggiunto Pani, “i cittadini devono aumentare la percentuale di acquisto dei generici, su questo punto infatti altri Paesi come la Germania e l’Inghilterra vanno molto meglio di noi”.

Infine il responsabile dell’Aifa ha messo sul piatto alcune proposte di modifiche normative: dare dei prezzi unici a livello nazionale per tutti i medicinali che sono ceduti alle strutture pubbliche; introduzione di liste di riferimento sul prezzo rimborsato dal Ssn anche per i medicinali di fascia h a brevetto scaduto; superamento della fascia cnn. Infine individuazione della nuova remunerazione delle farmacie, “su questo – ha ricordato Pani – avevamo lavorato, eravamo ad un buon punto, ma poi ci siamo fermati”.

(Fonte quotidianosanita)

Pagamenti alle imprese. Lunedì la firma di un protocollo tra tutte le parti per sbloccare il piano Renzi

Debiti Pa, intesa per accelerare i rimborsi

Carmine Fotina
ROMA

Un protocollo d'intesa tra il ministero dell'Economia e tutte le parti interessate, più la convenzione tra Abi e Cassa depositi e prestiti sulla cessione dei crediti alle banche. A stretto giro, già a partire da lunedì, dovrebbero concretizzarsi due nuovi passaggi per accelerare il piano di pagamenti della pubblica amministrazione.

Lunedì mancheranno esattamente due mesi dalla fatidica data del 21 settembre, giorno di San Matteo, indicato dal premier Matteo Renzi come termine per completare lo smaltimento di tutti i debiti della Pa. I tempi sono stretti e anche per questo l'esecutivo vorrebbe accelerare. Di qui l'idea di impegnare tutte le par-

ti in causa, soprattutto le Pa locali debitorie, a cambiare marcia. Mercoledì c'è stata una riunione al ministero dell'Economia tra Abi, Cdp, Anci, Regioni, Confindustria, Rete Imprese, Ance, commercialisti, da cui è scaturita l'idea del protocollo da firmare lunedì.

Per arrivare ai 60 miliardi di rimborsi fissati come target dal governo c'è ancora parecchia strada da completare: secondo i dati diffusi mercoledì dal Ragioniere dello Stato, Daniele Franco, a fine giugno so-

IL NODO INVESTIMENTI

Il Mef valuta il possibile via libera a deroghe al Patto di stabilità per 500 milioni-1 miliardo di spese in conto capitale

no stati pagati 26 miliardi, ai quali a breve dovrebbero aggiungersene altri 4 (già erogati dal Mef agli enti debitori). La macchina attuativa sta marciando (è stato appena firmato il decreto sulla certificazione dei pagamenti effettuati dalle Pa con le risorse trasferite dalle Regioni) eppure non mancano dei punti deboli nel meccanismo. Ad esempio, per le regioni con piani di rientro da deficit sanitari resta preclusa la possibilità di rilasciare certificazione e dunque di accedere al piano di cessione dei crediti alle banche e a Cdp. Nel complesso comunque, riflettono alcune persone impegnate sul dossier, le principali criticità di tipo burocratico sarebbero state superate: firmati gli atti di riparto relativi ai 20 miliardi stanziati dai prece-

denti governi per il 2014, sollecitate le Regioni più recalcitranti (vedi la Sicilia) a utilizzare le risorse disponibili.

Più complesso, ma anch'esso sul tavolo, il discorso relativo alle spese in conto capitale, quindi agli investimenti. L'«ulteriore rafforzamento del rimborso dei debiti» del quale ha parlato ieri il ministro dell'Economia Pier Carlo Padoan potrebbe ruotare anche intorno a questo tipo di debiti, finora lasciati ai margini dei vari provvedimenti varati per evitare impatti sul deficit. È noto che, su questo argomento e sulle relative cifre, non c'è totale identità di vedute tanto che i debiti in conto capitale non ancora pagati sarebbero nell'ordine degli 11 miliardi secondo l'Ance (associazione dei costruttori) e all'incirca 5 miliardi secondo il ministero dell'Economia. Ma, numeri a parte, a via XX Settembre stanno valutando proprio in queste ore se ci sono margini per accogliere le richieste dei costruttori e sbloccare almeno una parte di queste spese incagliate, inserendo magari già nel protocollo un riferimento a 500 milioni-1 miliardo di nuovi spazi in deroga al Patto di stabilità.

Nel contempo, anche in questo caso nel giro di pochi giorni, dovrebbe tagliare il traguardo la convenzione tra le banche e la Cassa depositi e prestiti che regolerà la cessione di crediti certificati da parte delle imprese, con garanzia dello Stato. Questo meccanismo è stato introdotto con il decreto competitività e, dopo la recente pubblicazione del relativo decreto attuativo (sulla Gazzetta Ufficiale 162 del 15 luglio), potrà decollare definitivamente proprio con la convenzione Abi-Cdp.

TEMPI DI PAGAMENTO

Nella sanità scendono a 180 giorni

Migliorano i tempi di pagamento della pubblica amministrazione. Nel primo trimestre la Pa ha saldato in 96,1 giorni contro i 107,4 dello stesso periodo 2013. In particolare, secondo i dati Cerved, il sistema sanitario ha pagato in media in 180 giorni, rispetto ai 206 giorni medi registrati nel primo trimestre 2013. Si riducono di 9,3 giorni i tempi medi di liquidazione delle fatture dei Comuni e di 16 degli altri enti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Debiti p.a., monitorati i pagamenti finanziati con risorse delle regioni

Stretto monitoraggio sull'utilizzo, da parte delle regioni (e delle province autonome), delle risorse acquisite grazie al decreto «sblocca pagamenti».

Con un decreto del Mef del 15 luglio scorso ma diffuso ieri sono state definite le modalità e la tempistica di certificazione e raccolta dei dati relativi ai pagamenti effettuati dalle pubbliche amministrazioni con le risorse trasferite dai governatori a seguito dell'estinzione dei debiti elencati nei piani di pagamento regionali previsti dall'art. 2, comma 6 bis, del dl 35/2013.

La partita, come detto, dovrà essere coordinata dalle stesse regioni, alle quali le p.a. beneficiarie dei pagamenti (soprattutto enti locali) dovranno comunicare l'elenco analitico dei debiti estinti con le somme ricevute.

A tale fine, le p.a. dovranno inviare alle regioni, tramite posta elettronica certificata, entro 30 giorni dall'erogazione dei trasferimenti, una certificazione sottoscritta dal responsabile del servizio finanziario attestante l'avvenuto pagamento dei suddetti debiti distinti per anno.

Le regioni, sulla base delle informazioni ricevute, dovranno a loro volta inviare alla Ragioneria generale dello stato, sempre via pec ed entro 45 giorni dall'erogazione dei trasferimenti, l'elenco delle p.a. destinatarie dei trasferimenti, riportandone l'importo ed evidenziando quelle che non hanno assolto l'obbligo di certificazione, nonché la situazione riassuntiva dei pagamenti effettuati dalle stesse p.a.

Il monitoraggio è finalizzato a verificare il puntuale rispetto dei vincoli di destinazione imposti alle somme anticipate dallo stato e destinate all'estinzione delle passività delle regioni verso le altre p.a., in modo da consentire a queste ultime di pagare i propri fornitori.

L'obiettivo, però, è anche quello di acquisire maggiori informazioni sui debiti estinti e, di conseguenza, su quelli ancora in essere, in vista dei successivi step dell'operazione di smaltimento.

*Supplemento a cura
di FRANCESCO CERISANO
fcerisano@class.it*

Matteo Barbero

Aifa e Agenas. È intesa sulle nomine, ma con la riforma di settembre si cambia

Confermati in Stato-Regioni, Pani e Pecorelli all'Aifa e Bevere all'Agenas, Bissoni e Bergamaschi nel Cda di Aifa. Ma una volta attuata la nuova disciplina, a settembre, tutti gli organi e le Direzioni generali delle Agenzie, nonché dell'Iss, cesseranno dall'incarico. Sarà invece nominato la prossima settimana il presidente delle Regioni

La Stato Regioni ha detto sì all'intesa sulle nomine per Aifa e Agenas. Ma le Regioni hanno posto alcune alcune condizioni.

Luca Pani e **Sergio Pecorelli**, come già annunciato, sono stati confermati alla guida dell'Aifa rispettivamente nel ruolo di Direttore e Presidente, mentre **Francesco Bevere**, come proposto dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin, occuperà la poltrona di direttore generale dell'Agenas. Per quanto riguarda invece i membri del Cda dell'Agenzia del farmaco, le Regioni hanno riconfermato il nome di **Giovanni Bissoni**, mentre la scelta delle regioni su chi andrà a sostituire Romano Colozzi, ex assessore al bilancio lombardo e attuale segretario generale del Consiglio regionale, è caduta sul lombardo **Walter Bergamaschi**, direttore generale della direzione generale della Salute.

Nomine però a "sovranità limitata": la riforma delle due Agenzie, che dovrebbe essere portata a termine subito dopo la pausa estiva, porterà inevitabilmente ad rimescolamento delle carte. Quindi altra partita, nuovi giocatori in campo.

Per questo le Regioni hanno presentato alla Conferenza Stato Regioni di oggi pomeriggio un pacchetto di "condizioni".

In primis chiedono al Governo un impegno ad attuare a stretto giro di posta, nella direzione di una rinnovata "governance" del Ssn, la riforma di Aifa, Agenas e dell'Istituto Superiore di Sanità. E ancora che da questa riforma dovrà scaturire il rinnovo delle Direzioni generali e degli Organi, con la conseguenza che una volta attuata la nuova disciplina tutti dovranno cessare dall'incarico. Stesso destino per Direzioni generali e organi dell'Istituto superiore di sanità.

I Governatori sottolineano quindi la necessità di avviare, da subito, il lavoro di un gruppo ristretto, in continuità con il Patto per la Salute 2014-2016, tra Ministeri interessati e Regioni per un confronto sui contenuti e sulle migliori soluzioni da adottare nella proposta di Riforma che il Ministro della Salute presenterà nel mese di agosto al Consiglio dei Ministri, sulla base di "principi di razionalizzazione, efficientamento e di garanzia della tenuta del sistema".

Ma i cambi della guardia non finiscono qui, come ha annunciato **Paolo Di Laura Frattura**, vicepresidente della Conferenza delle Regioni, è prevista per la prossima riunione del 24 luglio la nomina del nuovo presidente della conferenza delle Regioni, dopo le dimissioni di **Vasco Errani**, ex presidente della Conferenza e governatore dell'Emilia Romagna. Sempre in quella occasione sarà nominato anche il vicepresidente.

(Fonte quotidianosanita)

Visti **da lontano**

di **Massimo Gaggi**



Microchip nel corpo Una frontiera insidiosa

Quando, più di dieci anni fa, Sergey Brin, cofondatore di un'azienda già allora sulla cresta dell'onda, Google, raccontò il suo sogno — l'uomo che riceve tutta la conoscenza della quale ha bisogno attraverso un microchip impiantato nel cervello — un brivido corse lungo la schiena di chi lo ascoltava. Si preoccuparono anche gli uomini dell'azienda californiana, e infatti Brin non parlò più della cosa per anni. Non per questo lui e i suoi scienziati smisero di pensarci, consapevoli che la tecnologia spinge comunque in quella direzione.

Questo era anche il nostro sospetto, ma pensavamo che i governi avrebbero posto limiti etici e introdotto forme di controllo delle tecnologie più invasive. Soprattutto quello statunitense: vieta di fumare quasi dappertutto, proibisce l'uso di bevande alcoliche non solo ai minorenni ma anche a chi non ha ancora 21 anni. Vuoi che non si opponga alla trasformazione dell'uomo in un «cyborg»? Beh, da qualche giorno abbiamo una risposta a questa domanda. E la risposta è no. Anzi, è proprio il governo federale attraverso il Pentagono — o meglio la sua agenzia tecnologica, la Darpa — a promuovere l'impianto di microchip nel cervello.

Intendiamoci: il fine dei contratti siglati pochi giorni fa dal governo federale coi centri di ricerca di due università, quella della California (Ucla) e quella della Pennsylvania (UPenn), e con due aziende che già lavorano sul rapporto tra cervello e intelligenza artificiale, Medtronic e

Neuropace, è condivisibile: aiutare i soldati con ferite alla testa a recuperare la memoria perduta sul campo di battaglia. Ma, una volta che la nuova tecnologia sarà disponibile, potrà essere utilizzata in molti altri modi, alcuni dei quali inquietanti. E non ci sono molti margini d'intervento: quella di limitare lo sviluppo della tecnologia digitale è, ad oggi, una pia illusione. Soprattutto se c'è di mezzo il Pentagono: da sempre il vero motore della ricerca e dell'innovazione tecnologica americana (Internet viene da qui come anche l'auto elettrica delle industrie di Detroit). I nuovi strumenti, poi, vengono presentati come l'unica speranza per curare non solo terribili ferite e traumi, ma anche malattie fin qui considerate quasi intrattabili come il morbo di Parkinson, l'epilessia e, in prospettiva, l'Alzheimer.

”
**Sperimentazioni
del Pentagono:
si allarga
il rischio di
manipolazioni**

Il microchip impiantato chirurgicamente all'ingresso dell'ippocampo, il centro della formazione della memoria, dovrebbe aiutare i feriti di guerra, ma verrà usato anche per combattere la perdita di consapevolezza di chi ha l'Alzheimer. Altri tipi di chip, capaci di stimolare le funzioni motorie, vengono, poi, già sperimentati su migliaia di pazienti epilettici o affetti dal Parkinson. Altri stanno sperimentando chip che, installati nel cervello, restituiscono un uso parziale delle mani a pazienti paralizzati. Chi può criticare questi sforzi?

Ma, avverte Arthur Caplan, un ricercatore della New York University ex collaboratore della Darpa, quando modifichi i meccanismi mentali, alteri anche la consapevolezza che ognuno ha di se stesso. Chi garantisce che i governi prima o poi non useranno queste tecnologie anche, ad esempio, per costruire soldati mentalmente più violenti e aggressivi, meno «condizionati» dalla loro coscienza?



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



L'ospedale non chiuderà: restano i servizi essenziali

■ Determinante l'impegno delle amministrazioni di Capri e Anacapri: «Salvi tutti i reparti, ci batteremo per averne altri

MARCO MILANO
Capri

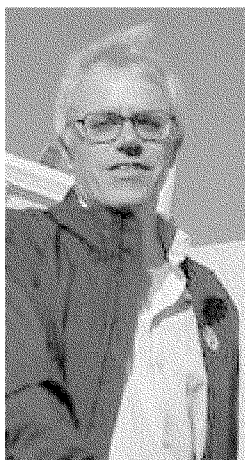
L'Ospedale Capilupi manterrà i suoi servizi fondamentali. Una nota diffusa ieri dal comune di Capri mette definitivamente la parola fine ad ansie e timori che nei giorni scorsi circolano nell'isola azzurra circa un ridimensionamento del nosocomio caprese. In alcuni ambienti si stava addirittura diffondendo l'ipotesi di una chiusura dell'ospedale caprese, unico presidio del territorio isolano, ma ieri è giunta ufficialmente la fumata bianca che ha tranquillizzato la cittadinanza. Grazie al determinante impegno delle amministrazioni comunali dell'isola di Capri si legge nella nota ufficiale inviata dal palazzo municipale che ha sede in piazza Umberto I ci sarà il mantenimento dei servizi fondamentali dell'ospedale Capilupi.

Finalmente la nutrita corrispondenza ufficiale intercorsa tra le amministrazioni Comunali di Capri ed Anacapri e l'Asl Na 1 Centro ha sortito i suoi effetti. Grazie alle continue pressioni ed al richiamo alle proprie responsabilità dei vertici dell'Asl effettuata dai sindaci dell'isola, è stata annunciata, anche se non ancora ufficializzata, la riorganizzazione del reparto di ginecologia dell'Ospedale G. Capilupi.

Scongiurata la chiusura di qualsiasi reparto, dunque, e ritorno alla normalità dopo le voci che a tambur battente stavano investendo capresi ed anacapresi circa disagi che avrebbero potuto subire gli utenti isolani. Secondo quanto si apprende dal comunicato inviato ieri ci potrebbe essere anche un consiglio comunale intercomunale, un civico consesso congiunto dei due comuni dell'isola azzurra che in seduta straordinaria discuterebbe del problema dell'ospedale Capilupi. Il sindaco

di Capri, di concerto con quello di Anacapri è scritto nel comunicato - in una nota inviata anche al direttore generale dell'Asl Na1Centro, dottor Ernesto Esposito, ha, addirittura, preannunciato la convocazione di un Consiglio Comunale intercomunale per richiamare ancora di più l'attenzione delle istituzioni competenti verso l'annosa problematica. L'attività continua e precisa continua ancora la nota - supportata anche dalla competenza del dottor Paolo Falco, come consulente volontario del sindaco Gianni De Martino, ha aperto nuovi spiragli sull'apertura di ulteriori reparti.

I comuni isolani, di certo, non si fermano nella loro costante attività amministrativa a tutela della salute dei cittadini che è prioritaria e va difesa. Ospedale di Capri tutto è bene quel che finisce bene, dunque, e dopo la nota del Partito Democratico di Capri che annunciava di aver invitato a partecipare ad un'assemblea pubblica i vertici dell'Asl Na 1 per informare direttamente la cittadinanza e confermare che né i reparti né la struttura rischiano la chiusura, il comunicato ufficiale del comune di Capri che sottolinea l'opera portata avanti dalle due amministrazioni comunali isolane riporta definitivamente il sereno sulla questione. Secondo quanto precisato e chiarito, Capri, quindi, non perderà l'unico nosocomio territoriale che serve un'utenza di circa tredicimila persone tra i residenti ai quali si somma qualche migliaio di vacanzieri nei mesi estivi.

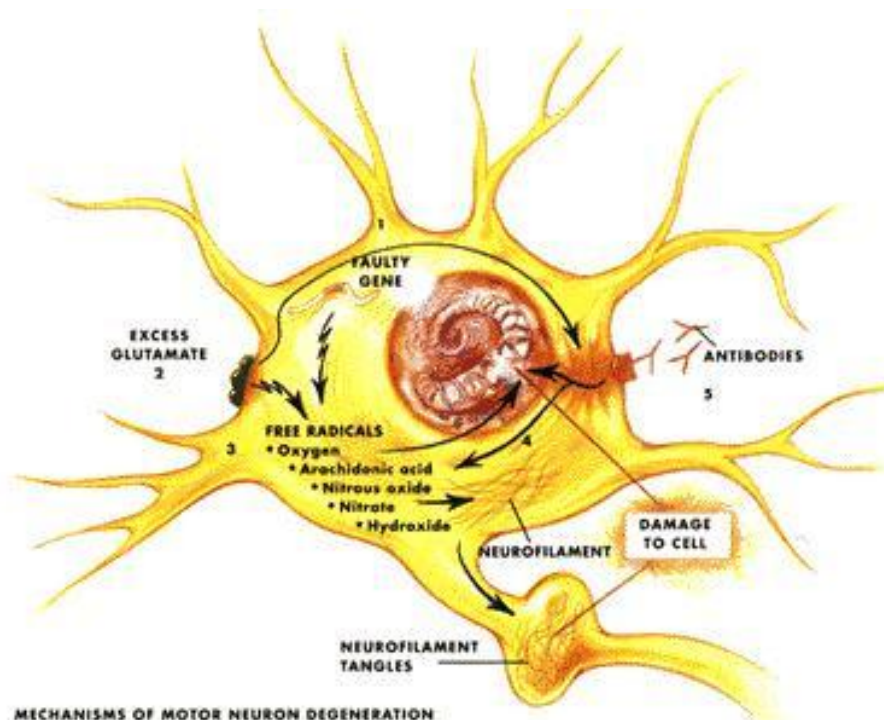


Riproduzione riservata
redazione@metropolisweb.it



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Medicina: Tumori del Sangue, migliora la sopravvivenza in Europa

Sono stati pubblicati sulla rivista scientifica *The Lancet Oncology* gli ultimi risultati dello studio europeo Eurocare-5. Il lavoro condotto dai ricercatori dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e dell'Istituto Superiore di Sanita' di Roma ha dimostrato che in Europa la sopravvivenza per i principali tumori ematologici e' aumentata nel corso degli ultimi 11 anni dal 10 al 20%, a seconda del tipo di neoplasia. Lo studio ha analizzato i dati di 30 registri di tumori in 20 paesi europei, confrontando la sopravvivenza dopo 5 anni dalla diagnosi di 560.400 pazienti di eta' superiore ai 15 anni con tumore del sangue diagnosticato tra il 1997 e il 2008, seguiti fino alla fine del 2008. Dal 1997 al 2008 gli incrementi maggiori della sopravvivenza si sono avuti in particolare per i linfomi di tipo diffuso (si e' passati dal 42% nel 1997 al 55% nel 2008), follicolare (da 59% a 74%), per la leucemia mieloide cronica (da 32% a 54%) e per la leucemia promielocitica acuta (da 50% a 62%). Aumenta anche la sopravvivenza per il linfoma di Hodgkin (da 75% a 79%), per la leucemia linfatica cronica (da 66% a 69%), il mieloma multiplo (da 30% a 40%), e la leucemia linfatica acuta (da 30% a 41%). Nonostante il miglioramento generalizzato, persistono notevoli differenze fra le aree geografiche esaminate. Questo divario risulta evidente soprattutto tra le Regioni dell'Europa dell'Est rispetto alle altre. Ma come si colloca l'Italia in questo scenario? "Nel nostro Paese - spiega Milena Sant, Direttore di Struttura Complessa Epidemiologia Analitica e Impatto Sanitario dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano - la sopravvivenza dei pazienti affetti da tumore ematologico diagnosticato nel periodo di studio e' soddisfacente rispetto agli altri paesi. Ad esempio, la sopravvivenza a 5 anni per linfoma di tipo diffuso, la forma piu' frequente di linfoma non-Hodgkin, aumenta dal 42% al 55%, in media con l'Europa, mentre per la leucemia mieloide cronica la sopravvivenza in Italia e' superiore alla media europea passando dal 39% registrato nel 1997 al 59% nel 2008. Lo stesso avviene per il mieloma multiplo: la sopravvivenza e' costantemente superiore alla media europea e aumenta dal 45% al 50%". Nel resto d'Europa Paesi quali Islanda e Norvegia hanno la sopravvivenza piu' alta della media, Nel Regno Unito la sopravvivenza per leucemia e' in media mentre quella per linfoma e mieloma multiplo e' bassa. In tutti paesi dell'Est (Bulgaria, Estonia, Lituania, Polonia, Slovacchia) la sopravvivenza e' significativamente inferiore alle medie europee e della maggior parte dei Paesi, nonostante in questi paesi vi sia stato comunque un forte incremento rispetto al passato. In generale i miglioramenti piu' marcati si sono avuti nei paesi dell'Europa del Nord e centrale. Dati i livelli gia' buoni in passato l'aumento della sopravvivenza e' stato meno evidente nel Sud Europa; mentre nel Regno Unito, nonostante gli incrementi per la maggior parte delle neoplasie esaminate, la sopravvivenza e' inferiore a quella rilevata in altri Paesi.

(Fonte asca)

Scienza: creato pacemaker biologico



Un gruppo di cardiologi del **Cedars-Sinai Heart Institute di Los Angeles** ha creato un **pacemaker biologico** a partire da un gene che, iniettato in cavie animali, è stato in grado di **riprogrammare cellule cardiache** capaci di regolare autonomamente il **ritmo del cuore**.

Attualmente i soggetti affetti da **aritmie** cardiache vengono trattati con pacemaker artificiali che stimolano **elettricamente** la contrazione del cuore quando questa non viene assicurata in maniera normale. Questo trattamento espone al rischio di **effetti collaterali**, come infezioni provocate dai materiali che collegano lo strumento al cuore.

L'esperimento ha coinvolto alcuni maiali da laboratorio ai quali è stato iniettato il **gene TBX18** mediante una procedura mini-invasiva. Dopo qualche giorno si è visto che gli animali col gene TBX18 avevano un **battito cardiaco** più veloce degli altri ed è rimasto **costante** per molti giorni.

Gli scienziati pensano che tale scoperta pone le basi per lo sviluppo di **terapie biologiche** di lunga durata in grado di controllare il ritmo cardiaco in modo efficiente e sicuro.

(Fonte agi)

Celiachia: studio italiano disegna nuova mappa mondiale della patologia

Delinea una nuova epidemiologia della celiachia, caratterizzata da un aumento di nuovi casi nelle aree storiche e una diffusione in nuove regioni del mondo, lo studio a firma italiana pubblicato su *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, che fotografa, per la prima volta, un cambiamento geografico nei modelli di distribuzione della malattia. Storicamente la celiachia è sempre stata circoscritta nelle aree geografiche in cui i cereali contenenti glutine erano l'alimento base. In particolare, Vecchio e Nuovo Mondo hanno da sempre registrato un'alta prevalenza di pazienti celiaci, essendo aree geografiche in cui l'alimentazione si basa su alimenti contenenti glutine (pane, pasta, pizza). Studi epidemiologici internazionali hanno evidenziato, con le dovute differenze regionali, una frequenza media della malattia celiaca nella popolazione generale di circa l'1% ed osservato come negli ultimi 25 anni l'incidenza sia aumentata di 5 volte, soprattutto in età pediatrica. "I dati epidemiologici a disposizione della comunità scientifica - precisa Alessio Fasano, Direttore del Centro per la Ricerca sulla Celiachia (CFRC) dell'Università di Boston e membro del Dr. Schar Institute - tengono però conto solo del numero di pazienti celiaci diagnosticati clinicamente o rilevati tramite screening sierologici di un campione di popolazione ed escludono il cosiddetto "icerberg celiaco" di pazienti non diagnosticati. Il rapporto tra casi diagnosticati e non diagnosticati infatti è ancora di 1:03 - 1:05 - continua Fasano - e per questo motivo sarebbe opportuno uno screening sempre più attento dei soggetti potenzialmente a rischio. Dovrebbero essere quindi sempre testati, i parenti di primo grado di pazienti celiaci, i soggetti colpiti da altre malattie autoimmuni, le persone con sindrome dell'intestino irritabile o con una sintomatologia che potrebbe suggerire la presenza di celiachia". L'epidemiologia della celiachia è stata studiata anche in paesi popolati da individui di origine europea e in cui si consuma molto frumento, come il Nord Africa e il Medio Oriente. In queste zone, dove la celiachia è una malattia comune, si assiste a un'analogia con la realtà europea e americana. Tuttavia il tasso di diagnosi è estremamente basso a causa sia della scarsa disponibilità di servizi diagnostici che di una bassa consapevolezza della malattia. L'epidemiologia dell'area Asia-Pacifico è ancora per lo più limitata e confinata nella cosiddetta "cintura celiaca", l'area settentrionale dell'India, dove la celiachia viene riconosciuta sia nella popolazione adulta che in quella pediatrica: 5-8 milioni è il numero di celiaci stimato da una task force indiana. Di questo grande bacino di popolazione potenzialmente celiaca solo una piccola percentuale è stata finora diagnosticata. La presenza della celiachia nell'area settentrionale dell'India può essere in parte spiegata con l'inizio della coltivazione di grano al posto del riso nel Nord del paese.

(Fonte asca)

La celiachia aumentata di 5 volte tra i bambini di tutto il mondo

A lanciare l'allarme un recente studio italiano che ha disegnato una nuova mappa mondiale della patologia. Ma moltissimi casi restano ancora senza diagnosi



La [celiachia](#), l'intolleranza al glutine, è aumentata di cinque volte fra i bambini. A lanciare l'allarme, un recente studio italiano che ha disegnato una nuova mappa mondiale della patologia. "The New Epidemiology of Celiac Disease", pubblicato su [Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition](#), ha fotografato per la prima volta con accuratezza un cambiamento geografico nei modelli di distribuzione della malattia. In passato la celiachia aveva un'alta prevalenza di pazienti in Europa e America essendo aree geografiche in cui l'alimentazione si basa su alimenti contenenti glutine (pane, pasta, pizza). Studi epidemiologici internazionali hanno evidenziato, con le dovute differenze regionali, una frequenza media della malattia celiaca nella popolazione generale di circa l'1%, e osservato come negli ultimi 25 anni l'incidenza sia aumentata di cinque volte, soprattutto in età pediatrica.

Troppi pazienti non diagnosticati

«I dati epidemiologici a disposizione della comunità scientifica tengono però conto solo del numero di pazienti celiaci diagnosticati clinicamente o rilevati tramite screening sierologici di un campione di popolazione ed escludono il cosiddetto "icerberg celiaco" di pazienti non diagnosticati - precisa Alessio Fasano, direttore del Centro per la Ricerca sulla Celiachia dell'Università di Boston e membro del Dr. Schar Institute -. Il rapporto tra casi diagnosticati e non diagnosticati infatti è ancora di uno a tre/uno a cinque e per questo motivo sarebbe opportuno uno screening sempre più attento dei soggetti potenzialmente a rischio. Dovrebbero essere quindi sempre testati i parenti di primo grado di pazienti celiaci, i soggetti colpiti da altre malattie autoimmuni, le persone con sindrome dell'intestino irritabile o con una sintomatologia che potrebbe suggerire la presenza di celiachia».

La mappa geografica

L'epidemiologia della celiachia è stata studiata anche in Paesi popolati da individui di origine europea e in cui si consuma molto frumento, come il Nord Africa e il Medio Oriente. In queste zone, dove la celiachia è una malattia comune, si assiste a un'analogia con la realtà europea e americana. «Tuttavia il tasso di diagnosi è estremamente basso a causa sia della scarsa disponibilità di servizi diagnostici, che di una bassa consapevolezza della malattia» si legge nello studio. Nell'area Asia-Pacifico l'epidemiologia è ancora per lo più limitata e confinata nella cosiddetta "cintura celiaca", l'area settentrionale dell'India, dove la malattia viene riconosciuta «sia nella popolazione adulta che in quella pediatrica: 5-8 milioni è il numero di celiaci stimato da una task force indiana e la presenza della malattia nell'area settentrionale dell'India può essere in parte spiegata con l'inizio della coltivazione di grano al posto del riso nel nord del Paese», prosegue l'analisi. Secondo lo studio firmato dai ricercatori italiani, l'aumento della

prevalenza della celiachia può essere in parte attribuito al miglioramento delle tecniche diagnostiche e a una maggiore consapevolezza della malattia.

Dieta e componenti ambientali

«Tuttavia è verosimile supporre che un significativo cambiamento nelle abitudini di dieta e le componenti ambientali giochino un forte ruolo e soprattutto i modelli di alimentazione infantile influenzano lo sviluppo di celiachia in lattanti con familiarità celiaca - dice Carlo Catassi, professore di Pediatria all'Università Politecnica delle Marche e coordinatore del comitato scientifico del Dr. Schar Institute -. Recenti studi, tuttora in corso, suggeriscono che la graduale introduzione del glutine, dai 4 mesi d'età, in piccole quantità durante l'allattamento protegga in parte dall'insorgenza di una celiachia». Dalla mappatura epidemiologica si evidenzia come la malattia sia in aumento e molto più comune in alcune aree rispetto che in passato: «Ulteriori studi volti a chiarire il ruolo dell'alimentazione infantile nello sviluppo della malattia celiaca e a misurarne la prevalenza in nuove aree geografiche svolgeranno un ruolo strumentale fondamentale sia per aumentare la consapevolezza sulla celiachia - conclude Catassi -, sia per spiegare l'interazione tra gene e ambiente che guida l'epidemia in tutto il mondo».

(Fonte: Ansa)

Stile di vita sano e metformina prevengono il diabete di tipo 2

Nelle persone predisposte i due accorgimenti aiutano a prevenire o ritardare la malattia



L'adozione di uno stile di vita adeguato, ma anche l'utilizzo di metformina, un farmaco largamente impiegato nella terapia del diabete, sono in grado di prevenire, o quantomeno di ritardare, lo sviluppo del diabete di tipo 2 nelle persone predisposte. Una prima indicazione in tal senso, limitata a un periodo di osservazione di 3 anni, era arrivata diversi anni fa, nel 2002 quando erano stati resi noti i risultati dello studio «Diabetes Prevention Program», promosso dai National Institutes of Health statunitensi. Visti gli incoraggianti risultati ottenuti in quella prima fase dello studio i ricercatori hanno deciso di proseguirlo e, dopo un periodo di osservazione complessivo di 15 anni, sono stati ora in grado di trarre le conclusioni, presentate in occasione del congresso dell'American Diabetes Association. «Volevamo verificare se si poteva prevenire lo sviluppo di diabete nelle persone ad alto rischio – spiega David Nathan, dell'Università di Harvard, coordinatore sia del vecchio, sia del nuovo studio -. I volontari che hanno partecipato allo studio iniziale avevano il cosiddetto prediabete, avevano cioè elevati livelli di glucosio (compresi fra 95 e 125 mg/dl a digiuno e fra 140 e 199 mg/dl 2 ore dopo un carico orale di glucosio ndr) ed erano in sovrappeso o obesi. I partecipanti sono stati suddivisi in tre gruppi: in un gruppo vi è stato un intervento sullo stile di vita che ha comportato una diminuzione di peso del 7% e che prevedeva l'esecuzione di attività fisica di moderata intensità (di qualsiasi tipo, ma prevalentemente camminare), nel secondo gruppo è stato adottato un intervento educativo standard ed è stato somministrato il farmaco. Questi due gruppi sono stati confrontati con il terzo gruppo che ha ricevuto un placebo e un intervento educativo standard».

La seconda fase

La ricerca iniziale aveva dimostrato come il rischio di comparsa di diabete fosse inferiore rispettivamente del 58% in chi seguiva uno stile di vita sano e del 31% in chi riceveva metformina rispetto al gruppo di controllo. Da qui la decisione di procedere a una fase 2: i volontari che avevano partecipato allo studio originale erano stati perciò invitati a proseguire la partecipazione allo studio e rimanere nel gruppo cui erano stati inizialmente assegnati, invito cui ha aderito fra l'80 e il 90% dei partecipanti ai diversi gruppi. Ebbene, dopo altri 12 anni entrambi i gruppi in cui veniva effettuato un intervento attivo continuavano a presentare un ridotto rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 rispetto alla popolazione di controllo, con una riduzione che era rispettivamente del 27% nel gruppo che curava lo stile di vita e del 17% in chi aveva continuato ad assumere metformina. «I nostri dati indicano che possiamo prevenire o ritardare per un lungo periodo di tempo lo sviluppo del diabete di tipo 2, sia attraverso lo stile di vita, sia ricorrendo al farmaco» puntualizza il ricercatore.

Complicazioni vascolari

Dato il lungo periodo di tempo in cui si è sviluppato lo studio, gli autori hanno anche cercato di verificare se l'intervento preventivo si rifletteva favorevolmente sullo sviluppo delle complicazioni del diabete. «I risultati non mostrano differenze fra i tre gruppi per quanto riguarda le complicazioni micro vascolari, vale a dire quelle a carico di reni, occhi e nervi» spiega un altro degli autori della ricerca, Kieren Mather dell'Università dell'Indiana. Un risultato che viene interpretato come una conseguenza del fatto che i livelli medi di glicemia nei tre gruppi erano comunque buoni e presentavano una minima differenza fra i gruppi (l'emoglobina glicata media era rispettivamente di 6,1 nel gruppo placebo e di 6,0 negli altri due gruppi). «Tuttavia – aggiunge il ricercatore - è interessante notare che, indipendentemente dal tipo di intervento, i partecipanti che non hanno sviluppato il diabete hanno avuto una riduzione del 28% della comparsa di queste complicazioni rispetto a chi lo ha sviluppato. E ciò suggerisce che un intervento precoce, ancora in fase di prediabete è importante se vogliamo ridurre le complicazioni in fase iniziale».

Fattori di rischio

Per quanto riguarda poi le complicazioni cardiovascolari del diabete, nel corso del periodo di studio si sono verificati pochissimi eventi quali ictus e infarti e ciò non ha consentito di valutare l'eventuale effetto preventivo degli interventi compiuti. «Abbiamo però analizzato i fattori di rischio delle malattie cardiovascolari e la presenza di calcificazioni a livello coronarico – sottolinea Nathan -. Oltre al fatto che vi sono stati pochi eventi, la buona notizia è che nell'intera popolazione c'è una diminuzione sia dei fattori di rischio tradizionali, come pressione e profilo lipidico, sia di quelli nuovi, come l'infiammazione, valutata con i livelli di PCR». I fattori di rischio hanno presentato la massima riduzione nel gruppo "stile di vita" e una riduzione intermedio nel gruppo metformina, senza che vi fosse alcun aumento del consumo di farmaci per ridurre la pressione o il colesterolo. Per quanto riguarda la presenza di calcificazioni, indicativa della severità dell'aterosclerosi, un'osservazione interessante riguarda un particolare sottogruppo di soggetti. «Negli uomini che assumevano metformina abbiamo osservato un minor livello di calcificazioni, con una differenza risultata statisticamente significativa. Ciò suggerisce la possibilità che la metformina possa essere cardioprotettiva, almeno nell'uomo» commenta il ricercatore.

Sicurezza

Ovviamente gli autori hanno valutato l'intervento compiuto anche in termini di sicurezza, soprattutto relativamente al fatto di ricorrere all'uso di un farmaco per così lungo tempo a scopo preventivo. Anche sotto questo profilo i dati paiono confortanti: gli autori hanno osservato in chi usava metformina solo un modesto calo di peso e una piccola diminuzione dei livelli di una vitamina, la B12. «A nostra conoscenza questo rappresenta di gran lunga il più grande studio di prevenzione farmacologica condotto» puntualizza Jill Crandall, dell'Albert Einstein College of Medicine di New York che sottolinea anche come i dati di questo e di altri studi potranno anzi fornire informazioni sugli effetti positivi di questo farmaco sulle malattie cardiache e sui tumori. «Per quanto riguarda gli interessanti dati sul potenziale effetto protettivo della metformina nei confronti dei tumori – aggiunge - abbiamo iniziato 2 anni fa una collaborazione con il National Cancer Institute e stiamo raccogliendo in modo sistematico le informazioni sui casi di tumore all'interno della popolazione in studio». Ma questa è un'altra storia.

(Fonte: Ansa)

Se un settantenne (in forma) all'improvviso sente il «fiato corto»

L'angina pectoris è molto diffusa: in Italia sono circa 80mila ogni anno le nuove diagnosi. L'età critica è dai 50 anni in avanti: ecco quali sono i fattori di rischio



L'angina pectoris è molto diffusa: in Italia sono circa 80mila ogni anno le nuove diagnosi. L'età critica è dai 50 anni in avanti e fra i fattori di rischio noti, oltre all'età, ci sono familiarità, alimentazione ricca di grassi animali, sovrappeso, stress nervoso, ipertensione, fumo. E, secondo recenti autorevoli studi, pare vada aggiunto l'inquinamento atmosferico. L'angina dipende da un'alterazione delle coronarie, che si restringono a causa della formazione di «placche» sulla loro parete, facendo sì che non siano più in grado di portare sangue sufficiente al muscolo cardiaco (generalmente, quando aumentano le necessità del muscolo stesso - sotto sforzo o sotto stress emotivo, ma non raramente anche a riposo -, se il restringimento è molto marcato, oppure se ci sono più restringimenti anche in coronarie diverse). In alcuni pazienti, diabetici soprattutto, il dolore anginoso (così chiamato perché induce una sensazione di angoscia in chi lo subisce) può mancare e magari è la difficoltà nel respiro che prevale.

L'alterazione coronarica può essere stabile, quando la placca si ferma a un certo punto della sua formazione, ed è quindi meno pericolosa. Ma l'alterazione può anche diventare critica in un brevissimo lasso di tempo, lasciando passare pochissimo sangue e determinando la sindrome coronarica acuta, fino ad arrivare all'infarto del miocardio. Il sintomo classico è il dolore precordiale, che i pazienti descrivono come «pesantezza sullo sterno». La diagnosi non è sempre facile, ma l'elettrocardiogramma, eseguito col sintomo in corso o accoppiato allo sforzo, può essere molto utile; altrimenti possono servire ecocardiogramma, scintigrafia o Tac coronarica. È molto importante riconoscere tempestivamente le forme instabili che possono sfociare in infarto miocardico, per poter prevenire questa evenienza.

Oltre al dosaggio di alcune sostanze miocardio-specifiche, che si liberano in conseguenza di una sofferenza marcata e duratura delle cellule miocardiche, la coronarografia (eseguita d'urgenza quando necessario) può dirimere ogni dubbio e consentire anche di eseguire contestualmente il trattamento con angioplastica delle placche delle coronarie o, eventualmente, di avviare il paziente verso il by-pass aorto-coronarico se molte coronarie sono interessate. Anche la terapia medica è molto utile: dalla trinitrina, antico ma ancora validissimo farmaco che può risolvere la crisi in pochi minuti (si assorbe in bocca, sotto la lingua), ai beta-bloccanti, ai calcio-antagonisti, ai “metabolici” di recente introduzione, alle statine per il contenimento della placca, agli anti-aggreganti delle piastrine. La scelta è ampia ed è affidata ai medici che devono adattare i farmaci, da soli o in associazione, al singolo paziente.

(Fonte: *Corriere della Sera*)