



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

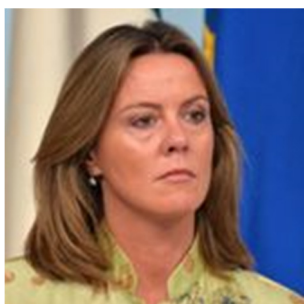
RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Lorenzin: “Chi sbaglia in sanità andrà a casa. Non farò sconti a nessuno”

La promessa del ministro nel suo editoriale sull'ultimo numero della news letter del ministero. “La politica non deve entrare più nelle questioni tecniche, sanitarie e scientifiche. Chi vale va avanti, chi non vale va a casa perché se un euro sprecato nella pubblica amministrazione è una cosa immorale, un euro sprecato in sanità può causare dei morti e questo non lo possiamo permettere



In questo mio percorso da Ministro della Salute, durante il quale ho visitato strutture sanitarie in tutto il Paese per "toccare con mano" la situazione della qualità dell'assistenza fornita, oltre che per raccogliere direttamente le criticità da superare, ho avuto la possibilità di incontrare migliaia di persone over 65, [incontri](#) che per me sono stati prima di tutto umani.

Ho visitato case di riposo, ospedali dove erano ricoverati malati cronici, persone con gravi malattie, pazienti di una certa età. Tanti malati che prima di essere dei pazienti sono innanzitutto delle persone, con la loro dignità, i loro desideri, le loro speranze, e tali debbono essere considerati e trattati dalla società. Non dobbiamo pensare alle persone di una certa età come persone che non hanno più curiosità, che non sono attive e che non amano impegnarsi e socializzare, perché non è così. Mia nonna all'età di 92 anni ha voluto imparare ad usare [smartphone](#) e internet per inviarmi sms!

I nostri anziani sono un valore e dobbiamo proteggerli e assisterli al meglio. In questo momento di crisi del nostro Paese, in cui tante famiglie attraversano difficoltà, fare il ministro, fare politica, significa impegnarsi ancor di più per dare delle risposte ai bisogni delle persone e capire profondamente i problemi che ci sono in Italia.

La salute è uno di questi perché quando un Paese soffre le persone stanno male e lo vediamo negli ospedali e sul territorio: le persone si ammalano perché non hanno i soldi per nutrirsi in modo adeguato, perché rinunciano a fare accertamenti diagnostici, ad andare dal medico, perché non riescono a pagare quel ticket sui medicinali che prima per loro era piccolo e adesso con la crisi è diventato grande.

Tutto questo è profondamente sbagliato perché la prevenzione delle malattie è importante per la propria salute e per l'intera sostenibilità del sistema. In questa fase di grande crisi non dobbiamo perdere di vista ciò per cui i nostri anziani hanno lottato, le persone che hanno l'età dei miei nonni hanno costruito questo Paese, si sono impegnate per dare benessere ai figli, ai nipoti, a noi, ma soprattutto per garantire le grandi conquiste sociali.

Tra queste quella più grande è stata, secondo me, riuscire a dare a tutti l'accesso alle cure. E credetemi, non è una cosa scontata. Poter essere curati con farmaci costosissimi indipendentemente dal reddito e dall'età è stata insieme alle pensioni la grande conquista del novecento. Ora tutti insieme dobbiamo far sì che il nostro SSN universalistico continui ad essere in grado di garantire questo tipo di assistenza a tutti.

Dobbiamo combattere affinché queste conquiste non siano in pericolo. Tra vent'anni la percentuale di popolazione anziana in Italia sarà del 60% e per essere in grado sostenere l'impatto delle malattie cronico degenerative correlate all'età e continuare garantire l'assistenza a tutti dobbiamo agire ora.

Non domani, adesso. Le due direttrici su cui dobbiamo puntare sono la prevenzione, per evitare di ammalarsi, e la lotta agli sprechi per recuperare risorse. In questi anni sono stati sprecati miliardi di euro in sanità, sono stati spesi male, malissimo, è ora di dire basta.

La politica non deve entrare più nelle questioni tecniche, sanitarie e scientifiche. Chi vale va avanti, chi non vale va a casa perché se un euro sprecato nella pubblica amministrazione è una cosa immorale, un euro sprecato in sanità può causare dei morti e questo non lo possiamo permettere. Come ministro non farò sconti a nessuno, amici, compagni di partito, a nessuno, chi sbaglia in sanità andrà a casa. Questo è nei miei valori, nei miei ideali, alla base della scelta che ho fatto quando sono entrata in politica.

Titolo V. Un'occasione per cambiare le regole del gioco anche in sanità

In parallelo col nostro dibattito sulla riforma del Titolo V della Costituzione in Gran Bretagna si sta discutendo su due modelli alternativi di gestione e organizzazione della sanità. Il sistema Top Down dove è un soggetto unico apicale a mantenere il controllo su scelte e strategie e il Bottom Up dove gli operatori hanno invece un ruolo preminente



La revisione del Titolo V della Costituzione deve portare sicuramente ad una ridefinizione dei ruoli e delle responsabilità di ogni attore presente ed operativo nel sistema sanitario.

Un dibattito molto interessante e presente nel mondo anglosassone è quello di definire se l'organizzazione aziendale, inclusa quella sanitaria, debba basarsi su un sistema Top-Down o Bottom-Up.

Nel primo caso è solamente un soggetto unico a definire la politica aziendale, gli obiettivi, le risorse finanziarie necessarie e predisporre budget operativi basati sui dati economici pregressi e basare la sua attività su direttive epidemiologiche, di prevenzione e cura dettate dall'autorità locale o centrale. Risponde in prima persona per i risultati di gestione ottenuti, deve riparametrare in tempo reale le risorse quando gli obiettivi sono al disotto di quelli programmati, deve svolgere un controllo sulla qualità del servizio offerto, la sua nomina viene rinnovata periodicamente in base agli obiettivi raggiunti.

Nel caso di una organizzazione Bottom-up, ovvero in un sistema con base della piramide capovolta, l'equipe medica è coinvolta, in prima persona, nella determinazione degli obiettivi e nella predisposizione dei budget operativi, tutto il team del reparto e/o del servizio è coinvolto nel raggiungimento dei goals, le attività svolte devono rispondere a performance già predisposte finalizzate all'efficacia della cura. La persona terminale della piramide capovolta è un coordinatore con una funzione più di raccordo e di controllo, piuttosto che decisionale. In questa organizzazione basata sul raggiungimento degli obiettivi, sulle performance delle prestazioni e sull'efficienza economica, dove esiste una ben precisa responsabilità soggettiva, il rapporto di lavoro viene stabilito a tempo determinato, il rinnovo è vincolato ai risultati conseguiti.

Se interpretiamo le due diverse organizzazioni aziendali, la prima sicuramente è in parte simile all'organizzazione sanitaria italiana attuale, anche se in questo modello viene definita una ben precisa responsabilità operativa e di controllo, mentre il secondo schema organizzativo potrebbe essere un nuovo modello operativo che responsabilizza, in modo attivo, tutti gli attori interessati all'attività sanitaria.

Certamente in un sistema Bottom-up, il ruolo medico e della dirigenza viene ampliato in termini di managerialità e di responsabilità, questo comporta un differente contributo retributivo in relazione alle risorse finanziarie amministrare. Ma viene meno o viene ridefinita la stabilizzazione del rapporto di lavoro, in quanto essa sarà collegata ai risultati ottenuti e all'economicità delle prestazioni. In questo nuovo modello organizzativo la politica dovrà svolgere il suo naturale ruolo di comprensione dei problemi, sintesi delle soluzioni e attuazione di normative specifiche, mentre i soggetti sanitari e della dirigenza dovranno agire in termini di economicità, innovazione, efficacia degli esiti curativi e responsabilità ben definita. Ognuno degli attori deve giocare con il proprio ruolo.

PS. Sicuramente nella riforma del Titolo V il ruolo istituzionale e di competenza che giocano i Comuni e le Città metropolitane dovrà essere rivisto in termini di programmazione e di valutazione della domanda sanitaria territoriale. Particolarmente importante è il ruolo che svolgono le Città metropolitane, centri di attrazione sanitaria nei confronti delle realtà territoriali limitrofe o adiacenti oltre quello di sopportare continui flussi migratori sanitari extraregione, questo comporterà un maggiore onere finanziario statale.

MEDICI/ Polemiche sul nuovo codice

Deontologia sulle spine

DI **BENEDETTA PACELLI**

Sarà presentato ufficialmente oggi, ma il nuovo codice deontologico dei medici, approvato il 18 maggio dal Consiglio nazionale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), già si prepara a finire nella aule dei tribunali.

Secondo alcune indiscrezioni, infatti, il nuovo regolamento di condotta dei camici bianchi non va giù a una decina di ordini territoriali. Tanto che alcuni hanno già annunciato l'intenzione di fare ricorso al Tar o in alternativa di continuare a far valere quello precedente. In particolare, preoccupa l'indiscrezione secondo cui il termine «eutanasia» dovrebbe essere stato sostituito con quello di «pratiche per la buona morte». E poi tra i medici c'è apprensione anche per il contenuto di un altro articolo che potrebbe essere stato modificato, quello relativo all'obiezione di coscienza nel caso in cui al medico dovessero essere richieste prestazioni che contrastino con essa o i suoi personali

convincimenti. Alla base di malumori sollevati da altri ordini, invece, il fatto che nel nuovo codice sarebbero stati inseriti argomenti ritenuti estranei al perimetro della deontologia professionale. Tra i quali: il rispetto delle modifiche organizzative decise dai servizi sanitari regionali o dalle aziende, l'obbligo di avere un'assicurazione professionale e le modifiche inserite per le figure dei medici militari. Il nuovo codice, infatti si è arricchito di quattro articoli inediti. Il primo dedicato appunto alla medicina militare (con l'introduzione della voce bioterrorismo e il divieto assoluto, per il medico, di essere coinvolto a qualunque titolo nel reato di tortura), poi un articolo sulla medicina potenziativa o cybermedicina (il tentativo di fissare nuove frontiere ai limiti fisiologici), quello sulla telemedicina, con la precisazione che non può mai sostituirsi alla visita di persona al paziente) e infine sulle organizzazioni sanitarie, con il medico coinvolto ma allo stesso tempo autonomo rispetto alle logiche dell'aziendalizzazione.

Immunodeficienze primitive. L'allarme degli esperti: "3.500 italiani ne soffrono ma sono senza diagnosi". I 10 campanelli d'allarme e le terapie

Su 5.000 persone colpite dalla malattia il 70% non è in cura perché non sa di essere malato. La diagnosi precoce è invece fondamentale per evitare danni agli organi. E poi ancora forti disparità tra le regioni, in particolare tra Nord e Sud, per l'accesso ai farmaci. Il punto sulle terapie e sui nuovi trattamenti in arrivo



Circa 5000 italiani soffrono di immunodeficienze primitive (IDP), ma attualmente il network medico-sanitario nazionale ne ha in cura soltanto 1500. Mediamente circa 3500 persone, dunque, sono affette da una forma di immunodeficienza primitiva senza saperlo: in pratica si tratta del 70% di chi soffre di questa malattia. Ad affermarlo è la Professoressa **Isabella Quinti** (Immunologa alla Sapienza Università di Roma e responsabile del Centro regionale per le Immunodeficienze primitive del Policlinico Umberto I), durante un incontro per i giornalisti dal titolo

“Immunodeficienze: il futuro è oggi”, organizzato ieri a Roma (palazzo Ruspoli) dalla multinazionale farmaceutica e biomedicale Baxter. La Professoressa Quinti sottolinea l'importanza della diffusione dei 10 campanelli d'allarme relativi alle immunodeficienze, data la necessità urgente di poter rintracciare tutte le persone che, senza esserne a conoscenza, sono affette da ID: in questo gruppo di malattie, come in molte altre patologie, infatti, è essenziale una diagnosi precoce, un trattamento individualizzato e un monitoraggio continuo.

All'incontro hanno preso parte diversi esperti del settore, quali il Professor **Giuseppe Spadaro** (Immunologo dell'Università di Napoli Federico II), il Prof. **Carlo Agostini** (Immunologo dell'Università di Padova), la Dott.ssa **Lucia Bernazzi** (Membro del Consiglio Direttivo dell'Associazione Immunodeficienze Primitive AIP Onlus) e la Dott.ssa **Francesca Ballali** (Direttore Generale dell'Associazione Pro Immunodeficienze Primitive Italiane PRO-IDPI). L'evento è stato moderato dalla giornalista **Carla Massi** (*Il Messaggero*).

Come spiega il Professor **Spadaro**, le immunodeficienze possono essere primitive (malattie rare, congenite e croniche causate da alterazioni del sistema immunitario che comportano un'aumentata suscettibilità alle infezioni) o secondarie (compromissione, in genere temporanea, del sistema immunitario, causata da altre patologie).

Le immunodeficienze primitive colpiscono 6 milioni di persone al mondo, sia adulti che bambini, anche se solo una piccola percentuale di questi casi è ad oggi diagnosticata e censita nei registri internazionali di immunodeficienze.

Il dato italiano, infatti, rispecchia una situazione globale: dei sei milioni di pazienti nel mondo, secondo quanto stimato dall'IPOPI, l'Associazione Internazionale dei Pazienti con Immunodeficienze Primitive, sono solo 27-60 mila i pazienti correttamente diagnosticati (dati provenienti dai registri del network dei Jeffrey Modell Center).

La Dott.ssa **Lucia Bernazzi** dell'AIP ha elencato i 10 campanelli d'allarme che possono far sospettare la presenza di una IDP (immunodeficienza primitiva). Eccoli.

1. Otto o più infezioni nel corso di un anno
2. Due o più gravi infezioni ai seni nasali in un anno
3. Due o più mesi di trattamento antibiotico con scarsi risultati
4. Due o più polmoniti in un anno
5. Il bambino non riesce ad aumentare di peso o a crescere normalmente
6. Ascessi ricorrenti e profondi alla cute o agli organi
7. Afte persistenti nella bocca o in altre parti del corpo dopo il primo anno di età
8. Necessità di ricorrere agli antibiotici per via endovenosa per combattere le infezioni
9. Due o più infezioni profonde come: meningite, ostiomielite, sepsi
10. Presenza nella stessa famiglia di casi di immunodeficienza primitiva

Terapia

A livello terapeutico “negli anni '80 la FDA ha approvato l'utilizzo di IG per via endovenosa (IVIG), trattamento che diventa il gold standard per la terapia delle infezioni nei pazienti con ID”, ha illustrato il Professor **Agostini**, ricostruendo la storia cronologica dell'approccio terapeutico delle immunodeficienze. “Un'importante alternativa terapeutica è il trattamento per via sottocutanea (SCIG), disponibile in Italia dal 2007”. Tale opportunità ha semplificato molto la terapia di somministrazione con immunoglobuline in quanto, a differenza di IVIG, non richiede accesso venoso, permette la somministrazione o autosomministrazione domiciliare, è praticamente priva di effetti collaterali sistemici, garantisce maggiore libertà e flessibilità di trattamento per il paziente, come sottolineano gli esperti insieme a Baxter.

Tuttavia, dato che i quantitativi che possono essere infusi per via sottocutanea sono notevolmente inferiori (massimo 20 ml) rispetto a quelli per via endovenosa, questa modalità di trattamento richiede una frequenza settimanale attraverso più siti di iniezione. A tal proposito, inoltre, Baxter ha messo a punto un nuovo trattamento terapeutico per via sottocutanea che sfrutta la ialuronidasi ricombinante; tale trattamento, già approvato a livello europeo dall'EMA, in Italia è attualmente in corso la procedura di rimborsabilità del farmaco, riferisce **Stefano Reggio**, Direttore Medico di Baxter.

“L'innovazione di questa formulazione consiste proprio nella presenza della ialuronidasi ricombinante”, spiega al nostro giornale Stefano Reggio. la ialuronidasi è un enzima che porta la degradazione dell'acido ialuronico, un importante componente dei tessuti connettivi presente ad esempio nel sottocute. “Mediante la preinfusione di ialuronidasi, si crea uno spazio in questa regione, favorendo la somministrazione delle Immunoglobuline”, continua il Direttore Medico Baxter.

Disparità di accesso alle terapie

Da non dimenticare, le disparità regionali rispetto all'accesso alle terapie: come illustra la Professoressa **Quinti**, dalle stime dei grammi di immunoglobuline (via endovenosa) per 1000 abitanti, si osserva che i dati delle regioni meridionali riportano numeri inferiori rispetto a quelli delle regioni del centro-Nord (in vetta alla classifica la Toscana). Riguardo al trattamento sottocutaneo, invece, la disparità rispetto al numero di grammi per 1000 abitanti è molto variabile e non segue la spartizione nord-sud (i valori più bassi sono quelli di Emilia Romagna, P.A. di Bolzano e Liguria). “Ciò dimostra che il Servizio Sanitario Nazionale in questo caso non è uniforme: soprattutto per chi si occupa di malattie rare, la regionalizzazione e la parcellizzazione dei livelli di assistenza rappresentano un vero e proprio disastro”, dichiara Quinti.

Cure palliative. Agenas avvia indagine on line. Registrazioni aperte fino al 31 maggio per "mappare" il settore

Sul sito dell’Agenzia attivo un link dove potranno registrarsi tutte le Unità per le cure palliative operanti nel Paese. Obiettivo quello di mappare la rete ma anche favorire un processo di confronto e miglioramento delle cure. L’ultima indagine del 2012 aveva evidenziato che su un totale di 177 strutture censite, soltanto 55 UCP domiciliari rispondevano ai criteri minimi



È online l’Osservatorio nazionale delle buone pratiche nelle cure palliative; si potranno, così, registrare direttamente tutte le UCP interessate.

L’Osservatorio si propone di offrire un servizio rivolto sia ai cittadini sia alle strutture sanitarie, che consentirà agli utenti e ai professionisti di conoscere le strutture presenti sul territorio, favorendo per queste ultime un processo di confronto e quindi di miglioramento continuo delle cure erogate. La *mission* dell’Osservatorio consiste nel monitoraggio

dello sviluppo di Reti di cure palliative in possesso degli standard strutturali qualitativi e quantitativi previsti dalla legge 38/2010 e dai successivi provvedimenti attuativi.

L’Osservatorio ha finora sviluppato un’attività di **monitoraggio sulle cure palliative domiciliari di base e specialistiche** (UCP domiciliari) ed è, inoltre, integrato dallo studio Agenas, **Teseo-Arianna**, che ha l’obiettivo di favorire l’accesso alle cure palliative domiciliari, identificando precocemente i malati con patologie croniche in fase evolutiva, oncologiche e non, attraverso l’implementazione di un **modello organizzativo integrato tra medicina generale e servizi specialistici di cure palliative**.

Lo studio Agenas, cofinanziato dalla Fondazione Guido Berlucci Onlus, mira a valutare l’impatto dell’applicazione di un modello integrato di cura che vede coinvolte, nell’ambito delle Reti locali di cure palliative, UCP e MMG secondo una progettualità condivisa con la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG).

Possono registrarsi fino al 31 maggio sul sito www.agenas-buonepratiche-cp.it sia le strutture che risultano già censite durante la precedente indagine del 2013 realizzata dall’Agenas sulle “Buone pratiche nelle cure palliative”, aggiornando i dati di attività, sia le nuove UCP che potranno aderire registrandosi e compilando le schede direttamente presso il portale.

Non una semplice mappatura, quindi, ma un prezioso strumento che permetterà di fare il punto sullo stato dell'arte dell'implementazione della legge 38/2010 sul territorio nazionale, anche rispetto ai risultati dell'indagine di due anni fa che aveva fotografato un'Italia fortemente diversificata, dove coesistono strutture caratterizzate da standard assistenziali elevati e realtà meno virtuose nell'indagine del 2012.

In particolare, su un totale di 177 strutture censite, soltanto 55 UCP domiciliari rispondevano effettivamente ai criteri minimi introdotti dall'intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, che stabilisce le principali dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano le Reti di cure palliative, e soltanto 31 presentavano tutti i requisiti richiesti per essere ammesse nell'Osservatorio.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



SCISCIANO - EVENTO

'Cefalee e Salute', domani il convegno in Municipio

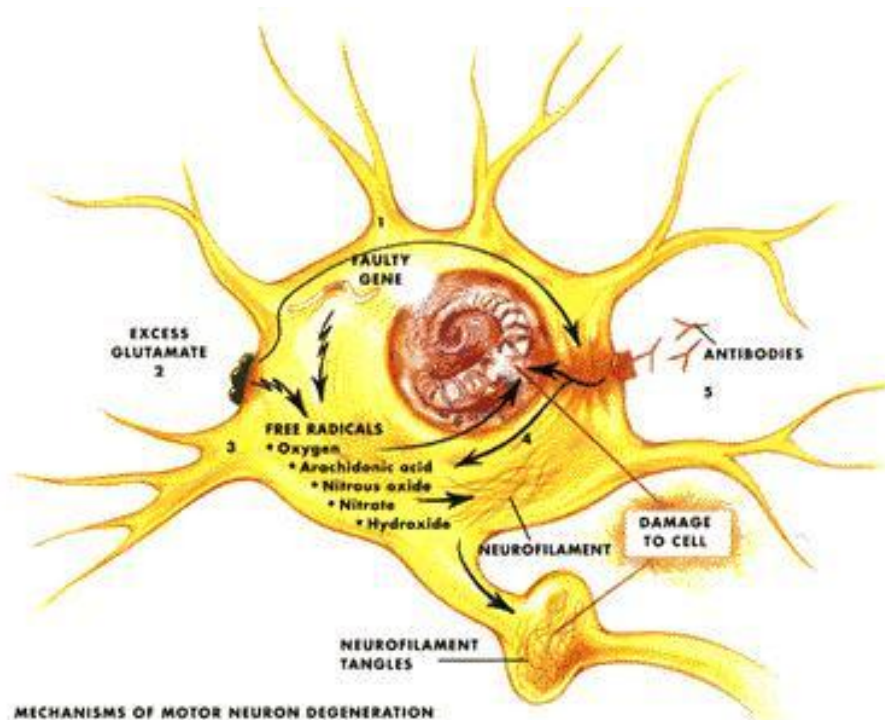
SCISCIANO (m.g.) - Domani nell'aula consiliare del Comune di Scisciano sita in piazza XX Settembre alle 17, si terrà il terzo convegno "Cefalee e Salute" organizzato dall'amministrazione comunale. La III edizione di Cefalee è improntata alla divulgazione delle ultime scoperte scientifiche e al confronto di esperienze dirette. In particolare saranno trattati temi relativi ai meccanismi di cronicizzazione del dolore cefalico e l'approccio terapeutico, all'utilizzo della tossina botulinica nella emicrania cronica, alle cefalee croniche nell'anziano, all'appropriatezza degli esami di neuroimaging nelle cefalee. Oltre all'utilizzo dei nuovi farmaci saranno discussi anche casi clinici, comportamentali e nutrizionistici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



IL CASO

La stagione delle allergie è entrata ufficialmente nel vivo Ecco i rimedi per combattere i malanni della Primavera

■ Graminacee, ontano, betulla, nocciolo e cipresso sono i nemici del nostro sistema immunitario. Molti confondono i primi sintomi come un semplice raffreddore sottovalutando qualsiasi rischio

Agropoli. La “stagione delle allergie” entra nel vivo. Come affrontarla? La primavera, che coincide con l’arrivo della “bella stagione”, non è accolta con lo stesso entusiasmo da tutti. Il motivo? Le allergie, che s’intensificano proprio in questo particolare periodo dell’anno in cui la concentrazione di pollini nell’aria è più alta. Si stima che gli italiani a soffrire di questa patologia siano circa 18 milioni, un numero in continuo aumento a causa delle variazioni climatiche che prolungano il periodo di pollinazione delle piante. A provocare le manifestazioni allergiche non sono soltanto le temutissime Graminacee, ma anche Ontano, Betulla, Nocciolo e Cipresso. **Come capire che si è in presenza di una reazione allergica?** Molte persone confondono i sintomi dell’allergia, che è una malattia del sistema immunitario, con un semplice raffreddore. E’ il modo in cui si presentano i sintomi che li differenzia. In un’allergia primaverile, ad esempio, starnuti e congestioni hanno una maggiore intensità a seconda che ci si trovi a contatto con una particolare sostanza (definita “allergene”) ed il muco si presenta liquido e trasparente. Nel caso del raffreddore i sintomi restano stabili per giorni, finché il virus non scompare del tutto dall’organismo. Queste fastidiose reazioni allergiche sono causate da un abbassamento delle difese immunitarie dovute allo stress, alle abitudini alimentari e all’inquinamento.

Cosa occorre fare? Innanzitutto rivolgersi ad uno specialista allergologo, che consiglierà l’iter più idoneo da seguire. Per arrivare a una diagnosi corretta occorre eseguire gli esami più appropriati a seconda dei sintomi presso una

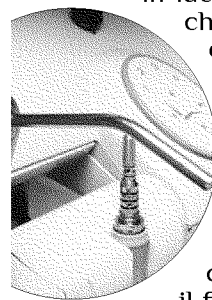


■ All’istituto Santa Chiara di Agropoli arriva l’innovativa tecnica con i Rast

struttura specializzata sulle patologie.

Diagnostica allergologica. L’Istituto Polidiagnostico Santa Chiara di Agropoli, oltre ai test allergologici classici, esegue una diagnostica di terzo livello che si colloca come approfondimento di quanto rilevato con i Rast: il dosaggio degli Allergeni Molecolari. Tale test non mette in luce nuove sensibilizzazioni ma chiarisce il significato clinico di quanto già emerso nelle fasi diagnostiche precedenti, fornendo informazioni prognostiche. Ad esempio, pazienti apparentemente uguali perché sensibilizzati alla stessa fonte allergenica possono, a seconda della molecola verso cui hanno IgE, tollerare o meno il frutto cotto ed avere reazioni modeste di prurito al cavo orale o reazioni allergiche gravi e generalizzate.

Per maggiori informazioni è possibile contattare l’Istituto Polidiagnostico Santa Chiara di Agropoli scrivendo al seguente indirizzo di posta elettronica: informazione@analisi-santachiara.com.



Un nanogel per guarire le ustioni a tempo record

Il prodotto, a base di idrogel peptidici auto assemblanti, è in grado di guarire in appena due settimane ustioni, anche di secondo e terzo grado. Messo a punto da un gruppo di ricercatori di Singapore è frutto delle più avanzate biotecnologie. Lo studio pubblicato su [Biomaterials](#)



Potrebbe essere una rivoluzione nel trattamento delle ustioni, anche di quelle di secondo e terzo grado, le più gravi. Si tratta di uno speciale nanogel, messo a punto dai ricercatori dell'*Institute of Bioengineering and Nanotechnology* (IBN) di Singapore, che si è dimostrato in grado di accelerare in maniera incredibile la guarigione delle ustioni, limitando così il rischio di sovrainfezioni e di cicatrici deturpanti. Questo prodotto innovativo sfrutta una tecnologia brevettata dalla IBN, quella dei peptidi ultracorti auto-assemblanti, in pratica brevissime sequenze di aminoacidi.

Per avere un termine di paragone, i trattamenti tradizionali delle ustioni di secondo e terzo grado impiegano da due a dieci settimane per portare a guarigione la parte lesionata. E più lunghi sono i tempi di guarigione, maggiore è la probabilità di una sovrainfezione o del formarsi di una cicatrice patologica.

In uno studio di recente pubblicato su *Biomaterials*, i ricercatori di Singapore hanno dimostrato che questo nanogel, costituito da idrogel peptidici, riesce a promuovere la guarigione della pelle ustionata, agendo come un'impalcatura, che consente la rigenerazione di nuove cellule.

Aggiungendo dell'acqua, i peptidi si auto-assemblano in nanofibre che intrappolano l'acqua, formano un gel fibroso che ricorda la matrice extracellulare. Quest'ultima è una componente integrale della cute e fornisce il supporto meccanico e strutturale alle cellule di tutti i tessuti e gli organi del corpo. Secondo i ricercatori della IBN, questo nanogel promuove dei tempi di guarigione delle ustioni molto più rapidi, rispetto alle medicazioni a base di silicone, attualmente utilizzate nella pratica clinica. Gli idrogel della IBN hanno prodotto una chiusura prossima al 100% delle ustioni in appena due settimane; nel confronto, effettuato nello studio, le medicazioni a base di silicone, dopo due settimane avevano prodotto la guarigione di appena il 63% circa dell'area lesionata.

La tecnologia dei peptidi ultracorti si basa su una scoperta fatta nel 2009 dalla dottoressa **Charlotte Hauser**, *Team Leader* della IBN e Primo Scienziato di Ricerca. I peptidi alifatici sono progettati utilizzando una quantità inferiore di aminoacidi, rispetto ad altri peptidi auto-assemblanti, risultando quindi meno immunogeni e non tossici.

Ma questo sembra essere solo il primo passo. “Speriamo un giorno – afferma la dottoressa **Hauser** - di riuscire a sviluppare un gel, in grado di incorporare agenti bioattivi, così da facilitare ulteriormente la rigenerazione cutanea. I nostri peptidi potrebbero essere usati anche per sviluppare dei sostituti di cute sintetica per il trattamento delle ustioni più profonde.” Questi idrogel potrebbero presto essere commercializzati sotto forma di ‘cerotti’, ma anche di gel topici o di spray. E’ allo studio anche una formulazione in polvere, da attivare con l’aggiunta di acqua. Una formulazione questa che avrebbe, tra gli altri vantaggi, quello di una più lunga *shelf-life*.

“Si tratta di una novità interessante – commenta il professor **Nicolò Scuderi** ordinario di Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica, Università La Sapienza di Roma - perché questi peptidi di nuova generazione hanno grandi potenzialità, naturalmente ancora un gran parte da validare nell’uomo. Questo tipo di prodotto si inserisce tuttavia su strada già battuta da tempo. Sono infatti già in corso da tempo studi su *scaffold* a base di fibrinogeno, collagene o acido ialuronico, addizionati di sostanze attive o *scaffold* con impianti di fibroblasti, per la riparazione di ferite, ustioni e ulcere croniche. Le attuali tendenze della ricerca mirano da un lato a ricreare organi o tessuti in laboratorio (classico è l’esempio della pelle artificiale); dall’altra a realizzare degli *scaffold* attivi, da posizionare direttamente nei tessuti lesionati (ad esempio pelle o cartilagine), per richiamare cellule in grado di riprodurre, direttamente nella sede di impianto, l’organo o il tessuto danneggiato” .

Mangiare fibre aiuta a ridurre il rischio cardiovascolare

Ricerca su 23mila persone: le fibre diminuiscono la probabilità di obesità, sindrome metabolica, disturbi a cuore e vasi



Portare in tavola tanta frutta e verdura, arricchire la dieta di cereali integrali e legumi. In una parola, mangiare tante fibre: tutti sappiamo che fa bene e ora una ricerca che ha la forza dei numeri, condotta su oltre 23mila persone e in uscita a dicembre sull'*American Journal of Medicine*, stila il verdetto definitivo. Introdurre fibre in quantità riduce il rischio cardiovascolare e dovremmo però impegnarci molto di più per aumentarne il consumo, che purtroppo è al di sotto delle quantità raccomandate.

La conferma su 23mila persone

Nessuna novità clamorosa, insomma, ma la conferma scientifica stavolta ha tutte le carte in regola per non essere ignorata: i dati derivano infatti dal National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) statunitense, per il quale gli autori hanno analizzato le abitudini e lo stato di salute di 23.168 americani in modo da valutare l'eventuale correlazione fra l'introito di fibre dalla dieta e i disturbi cardiovascolari. «Sono molti gli studi che hanno dimostrato, in passato, come le fibre siano in grado di ridurre la pressione arteriosa, i livelli di colesterolo e il grado di infiammazione sistemica - spiega la responsabile della ricerca, Cheryl Clark del Brigham and Women's Hospital dell'università di Harvard, a Boston -. Abbiamo voluto capire quante ne introducono davvero gli americani e se e come le quantità si riflettano sullo stato di salute, valutando anche l'influenza di sesso, età, etnia, condizione socioeconomica».

Trenta grammi al giorno

I risultati indicano innanzitutto che l'introito giornaliero è mediamente ben al di sotto delle raccomandazioni: in media si aggira attorno ai 16 grammi al giorno, mentre l'Institute of Medicine statunitense consiglia 38 grammi per gli uomini e 25 grammi per le donne al di sotto dei 50 anni, negli over 50 invece si dovrebbe passare a 30 grammi per gli uomini e 19 grammi per le donne. In Italia la situazione non è molto differente: anche la Società Italiana di Nutrizione Umana indica in circa 30 grammi al giorno la quota raccomandabile, osservando che si tratta di un obiettivo sensato e raggiungibile, ma sottolinea come la media dei consumi degli italiani si attesti attorno ai 20-25 grammi al giorno. Insomma, anche da questa parte dell'oceano si può fare meglio, soprattutto perché come dimostra lo studio americano le fibre tengono alla larga i problemi a cuore e vasi: «I partecipanti che mangiano abitualmente una minor quantità di fibre sono anche quelli dove si riscontrano più spesso obesità, sindrome metabolica, infiammazione generalizzata: la prevalenza di questi problemi si riduce drasticamente all'aumentare dell'introito di fibre», osserva Clark. Un dato inequivocabile e schiacciante, che indica una volta di più la necessità di aumentare la quota di frutta, verdura e cereali integrali nel piatto. Anche perché le fibre, oltre a far bene al cuore, sono utilissime per diminuire il rischio di tumori gastrointestinali: un altro "effetto collaterale" del mangiar sano tutt'altro che irrilevante.