

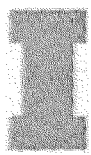


Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





L'allergene, entrato nell'albero respiratorio viene catturato dagli anticorpi IgE. Cascata di eventi

GIUSEPPE DEL BELLO

Inverno mite e primavera in anticipo, c'è un pugno da pagare. Un debito che scontano i pazienti allergici, costretti a fronteggiare una stagione dei pollini più precoce del solito. E con reazioni ai vari allergeni: dalla banale rinite che simula il raffreddore, all'attacco asmatico che minaccia l'albero respiratorio. A partire dai bronchi più minuti e profondi. La guerra degli allergici si gioca su due fronti, quello della prevenzione vaccinicca e quello dei farmaci di ultima generazione. Di asma nel mondo, rivela l'European respiratory society, soffrono 300 milioni di persone e 16 in Europa, con un'incidenza che in Italia riguarda il 5% della popolazione.

Cosa accade quando un soggetto "sensibile" viene a contatto con l'allergene?

«Che quest'ultimo, una volta raggiunto l'albero respiratorio, va ad interagire con le immunoglobuline IgE, anticorpi legati ai mastociti, cellule che a loro volta, rilasciano sostanze inducenti l'infiammazione», risponde Francesco Blasi, direttore della

r. Pneumologia del Policlinico Ca' Granda e ordinario all'università di Milano, «la liberazione di questi mediatori induce l'infiammazione e la broncoostrizione che esprime il caratteristico sintomo dell'asma, cioè il sibilo espiratorio».

Ma è l'infiammazione a peggiorare la situazione, con una serie di eventi a cascata, dalla contrazione del muscolo che circonda il bronco, all'edema della mucosa e, quindi, alla ulteriore riduzione del lume bronchiale. È un meccanismo che coinvolge tutti i bronchi, ma soprattutto i non cartilaginei. E quando si innesca, è crisi. Che può risolversi spontaneamente (il più delle volte), o che può trasformarsi in "stato asmatico", condizione ben più grave e da trattare in ospedale. «In genere, la terapia di base dell'asma previene la fase acuta anche in caso di esposizione all'allergene», precisa il docente «ed evita che questa sfoci nello stato asmatico».

Tra i farmaci innovativi, gli specialisti segnalano da Napoli, dove recentemente si sono riuniti in 400, l'omalizumab, un trattamento biologico in grado di bloccare le IgE. La caratteristica della nuova molecola, spiega Massimo Triggiani, direttore di Allergologia e immunologia clinica all'università di Salerno, «si sintetizza nella capacità di interrompere il processo infiammatorio e, contemporaneamente, di arrestare anche il "rimodellamento" bronchiale. Quest'ultimo è proprio la conseguenza dell'infiammazione che agisce modificando la struttura anatomica originale dei bronchi». Il farmaco potrebbe rivelarsi vincente nel modificare l'evoluzione della malattia asmatica grave, soprattutto nei bambini nei quali è possibile ipotizzarne anche la regressione.

«Ai soggetti asmatici», aggiunge Blasi, «si raccomanda di avere sempre con sé la terapia di emergenza, la rescue therapy: un broncodilatatore come il Beta 2 stimolante, a cui si può associare uno steroide inalatorio».

Un rischio aggiuntivo riguarda invece soggetti obesi e in sovrappeso che sarebbero più esposti a sviluppare l'asma. «Accade sia perché, negli adolescenti, un grosso addome è di ostacolo al normale sviluppo dell'apparato respiratorio», rivela Triggiani, «sia perché la leptina prodotta dal tessuto adiposo favorisce quegli errori immunitari alla base delle allergie. Mi riferisco al sistema immunitario che scambia sostanze innocue come i pollini per aggressori, cioè per sostanze nocive. Si innescano così le Ige, con l'attivazione di mastociti e basofili, e la produzione di istamina, la molecola responsabile di sintomi come rinite e asma».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Già iniziati i disturbi allergici anche per l'anticipo di stagione. Dai vaccini preventivi ai farmaci

GIUSEPPE DEL BELLO

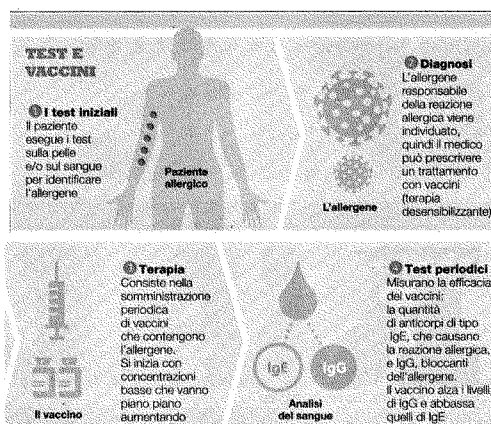
Primi pollini

SALUTE

In Italia ne soffre il 5 per cento della popolazione. Tutto per colpa del sistema immunitario che si difende e reagisce contro gli invisibili granuli prodotti dalle piante. Quando raggiungono le mucose si avvia il processo infiammatorio. Utilizzo di vaccini e medicine specifiche: le novità e i consigli

Allergie

In anticipo la stagione dei pollini Le terapie precoci per i bronchi



LA RINITE IN ITALIA

15% dei bambini nel 2020 soffrirà di rinite allergica

20% degli under 12 ne soffrirà

Bambini nel 2020

1 su 4 avrà la rinite

I POLLINI RESPONSABILI

Quelli che più frequentemente causano rinite o asma:

Al Nord e Centro

Betulla Ambrosia Cipresso

Al Sud e Isole

Graminacee Parietaria

Ovunque

Olivo

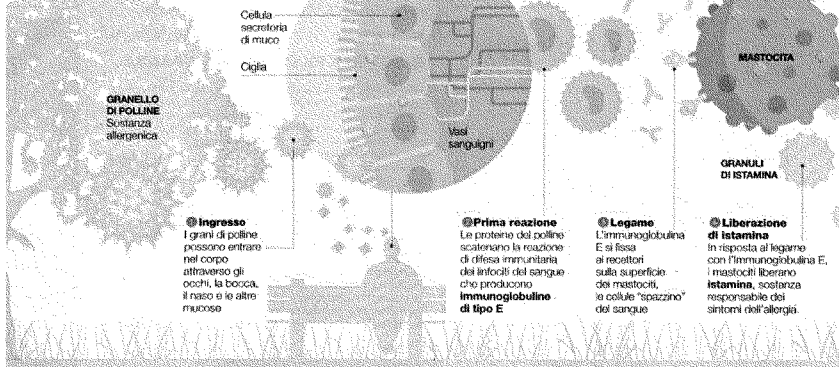


LA DIAGNOSI
Viene eseguita entro ottobre



LA TERAPIA
Viene iniziata entro dicembre

I MECCANISMI DELL'ALLERGIA



GLI EFFETTI SULL'ORGANISMO

I sintomi si manifestano subito dopo la liberazione di istamina e altre sostanze.

Occhi
Prurito, irritazione e lacrimazione profusa

Cavità nasale
Rinite: prurito, irritazione e infiammazione con secrezione di muco e naso chiuso

Gola
Tosse, prurito, disturbi della deglutizione

Pelle
Infiammazione cutanea ed edemi (meno frequenti)

RINITE
% sul totale dei riniti

65%
Rinite moderata-severa

35%
Rinite lieve

ASMA
L'età media ha due picchi: 3-7 anni e 20-30 anni

Bronchiolo normale
Permette il normale passaggio dell'aria fino agli alveoli

Bronchiolo contratto
La muscolatura della parete bronchiale si contrae e ostacola la respirazione

La presenza di muco ostruisce ancora di più la respirazione

Fonte: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA - SALUTE / SOCIETÀ ITALIANA DI ALLERGOLOGIA, ASMA E IMMUNOLOGIA CLINICA (SIAIC) / EUROPEAN ACADEMY OF ALLERGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY (EAACI) / WORLD ALLERGY ORGANIZATION (WAO) / ASSOCIAZIONE ITALIANA DI AEROBIOLOGIA

BOLLETTINO POLLINICO

Dati rilevati dai centri di monitoraggio in tutta Italia, corrispondenti alla settimana del **10 al 16 febbraio** e previsioni del **20 al 25 febbraio**

Per maggiori informazioni

Associazione Italiana di Aerobiologia
www.ipolline.it/bollettino-pollinico



NEOSARCA PAUSA SPINETTI

LA CAMMINATA

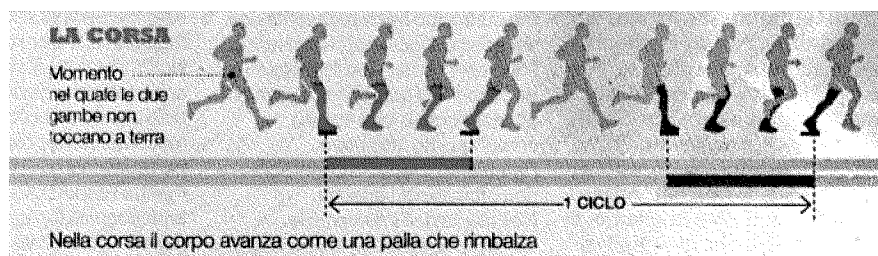
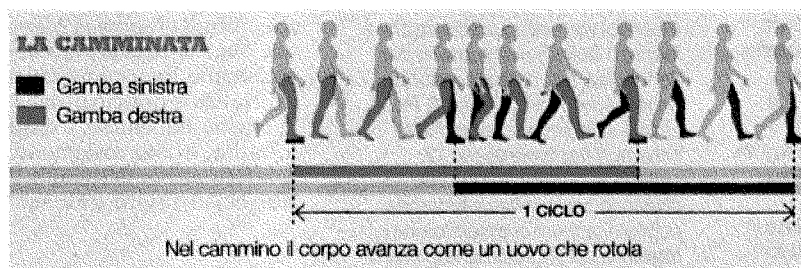
I consigli

ESERCIZIO FISICO COME UN FARMACO

L'esercizio fisico ha gli stessi effetti di un farmaco, «per cui - spiega Gabriele Rosa - come farmaco va considerato, nel senso che bisogna conoscerne indicazioni e controindicazioni, i possibili effetti collaterali e le precauzioni da osservare durante l'esecuzione. Quindi bisogna valutare le caratteristiche fisiche, atletiche e di salute della persona. Molti invece cominciano ad allenarsi senza conoscere le proprie capacità e i propri limiti e non ottengono risultati o, peggio, vanno incontro a traumi e problemi fisici. C'è solo un'attività accessibile a tutti, facile, non costosa, praticabile tutto l'anno, che prevenga e curi le malattie della sedentarietà: il cammino e la corsa. Guai ad andare sopra ritmo quando si corre o si cammina». Ma come scegliere il proprio ritmo ottimale? Il metodo più empirico è la velocità (il tempo per chilometro o i chilometri all'ora), ma il più scientifico è la frequenza cardiaca, per capire lo sforzo a cui è sottoposto l'organismo durante un'attività fisica. I ritmi corretti di allenamento vanno calcolati col test di soglia aerobica/anaerobica, detto test di Mader. Su un tapis-roulant si parte a velocità ridotta

(per il cammino 5 km/h, per la corsa dai 7 ai 12 km/h a seconda dell'esperienza podistica e del livello) per 4/6 minuti e si incrementa la pendenza del 3/5 % o la velocità di 1/2 km/h ogni 3/4 minuti. A ogni incremento si analizza il livello di acido lattico attraverso un piccolo foro sul lobo dell'orecchio e si annota la frequenza cardiaca media degli ultimi 30 secondi con un cardio frequenzimetro. Così si stabiliscono le due soglie, aerobica e anaerobica. Sotto la soglia aerobica si bruciano grassi e zuccheri e si possono fare allenamenti tranquilli e lunghi (anche coprire una maratona). Tra la soglia aerobica e anaerobica si bruciano principalmente zuccheri e si fanno allenamenti di media intensità; sopra la soglia anaerobica si bruciano solo zuccheri e si fanno allenamenti più intensi. «Ma tutti questi 3 allenamenti vanno fatti - precisa Gabriele Rosa - basta variarne le percentuali a seconda del soggetto. Per perdere massa grassa puntare all'allenamento sotto soglia aerobica» (l. b.)

© RIPRODUZIONE ESEGNATA



FONTE: RELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA SALUTE

IL PROGETTO

“Maggiori effetti su glicemia e diabete” Largo ai campi di educazione sportiva

Lo sport col diabete? Non solo si può, ma si deve. «Gli effetti più sbalorditivi, in termini di salute, che abbiamo riscontrato in questi anni di lavoro sono su chi ha problemi di glicemia e di diabete, di primo o secondo tipo», racconta Gabriele De Rosa. Per questo è nato lo scorso anno il “Diabete Sport Training”, progetto dedicato alle persone dai 6 ai 30 anni con diabete mellito di tipo 1 dell’associazione Agd Italia assieme a Rosa Associati e Marathon Sport Center. Otto campi di educazione e promozione sportiva di tre giorni l’uno, per seguire i partecipanti dal punto di vista clinico e psicologico e nell’avviamento alla pratica sportiva. Nel 2013 è stato un successo che ha coinvolto più di 1000 persone, e quest’anno si dovrebbe fare il bis (per informazioni, www.diabetesporttraining.it).

Obiettivo, avvicinare i diabetici all’attività fisica facendogli provare il piacere dello sport. Tant’è che, in modo da scegliere quello più adeguato. Alla fine - grazie ai consigli di un team di diabetologi, nutrizionisti, medici dello sport, preparatori atletici e infermieri - i partecipanti sono stati in grado di fare sport con regolarità, gestire eventuali ipoglicemie e la terapia insulinica adeguandole all’attività sportiva, alimentarsi correttamente in funzione dell’attività fisica e in ultimo migliorare la gestione della malattia integrando terapia e stile di vita. Il tutto simboleggiato dal “passaporto sportivo”, un documento medico che evidenzia predisposizioni e abitudini sportive in relazione all’età.

(l.b.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il 28 febbraio è la Giornata mondiale con lo slogan "Uniti per un'assistenza migliore". Ottomila patologie, in gran parte genetiche, e i drammi umani delle famiglie. Una video-favola come materiale didattico a scuola per l'integrazione dei bimbi

Malattie rare

Sfida globale all'isolamento Diagnosi, le attese infinite

MARIAPAOLA SALMI

Una video-favola raccontata da bambini delle elementari, guidati da un gruppo di esperti, per spiegare con parole e disegni semplici l'importanza di includere chi è affetto da una malattia rara. "Con gli occhi tuoi" è il progetto realizzato dal Centro nazionale di malattie rare (Cnmr) dell'Istituto superiore di sanità, disponibile anche on-line sul sito del ministero della Salute (www.salute.gov.it); così le istituzioni e le associazioni dei pazienti sottoscrivono quanto affermato in un documento dell'European Organisation for Rare Disease (Eurordis) dove si spiega come una delle principali difficoltà nella gestione delle malattie rare sia proprio l'isolamento dalla quotidianità dei malati. La settima Giornata mondiale delle ma-

lattie rare 2014, che si celebra venerdì 28 febbraio, punta

quest'anno al tema dell'assistenza e all'importanza di creare network nazionali e internazionali attorno ai pazienti. E per la prima volta nel nostro paese entrano in rete Istituto superiore di sanità, ministero della Salute, Uniamo (Federazione italiana malattie rare onlus), Fondazione Telethon, Vicariato di Roma, ospedale pediatrico Bambino Gesù, policlinico "Gemelli" e Umberto I di Roma affiancati da Farmindustria.

Neurofibromatosi, amiotrofia spinale infantile, sindrome di Rett, emofilie, distrofia di Duchenne, fi-

broso cistica: sono solo alcuni dei complicati nomi delle 7-8 mila malattie rare che si manifestano alla nascita o nei primi anni di vita a causa di anomalie genetiche nell'80% dei casi. «Lo slogan della giornata, "Uniti per un'assistenza migliore", non poteva essere più indovinato perché se da un lato è stata forte l'apertura della nostra ricerca in anni recenti verso l'Europa e a livello mondiale, le criticità ci sono ancora – afferma Domenico Taruscio, direttore del Centro nazionale malattie rare dell'Istituto superiore di sanità – finanziamenti pubblici scarsi, frammentazione regionale che provoca disuguaglianza assistenziale, Piano nazionale malattie rare assente, registri regionali inadeguati». Il 25% dei pazienti rari attende da 5 a 30 anni per ricevere conferma di una diagnosi, uno su tre deve spostarsi in un'altra regione per averne una esatta. D'altra parte parliamo di 8 mila malattie in gran parte sconosciute, delle quali 5 mila colpiscono una persona su un milione e solo un centinaio hanno una frequenza di un individuo su 2 mila o 10 mila. L'assistenza non può essere un

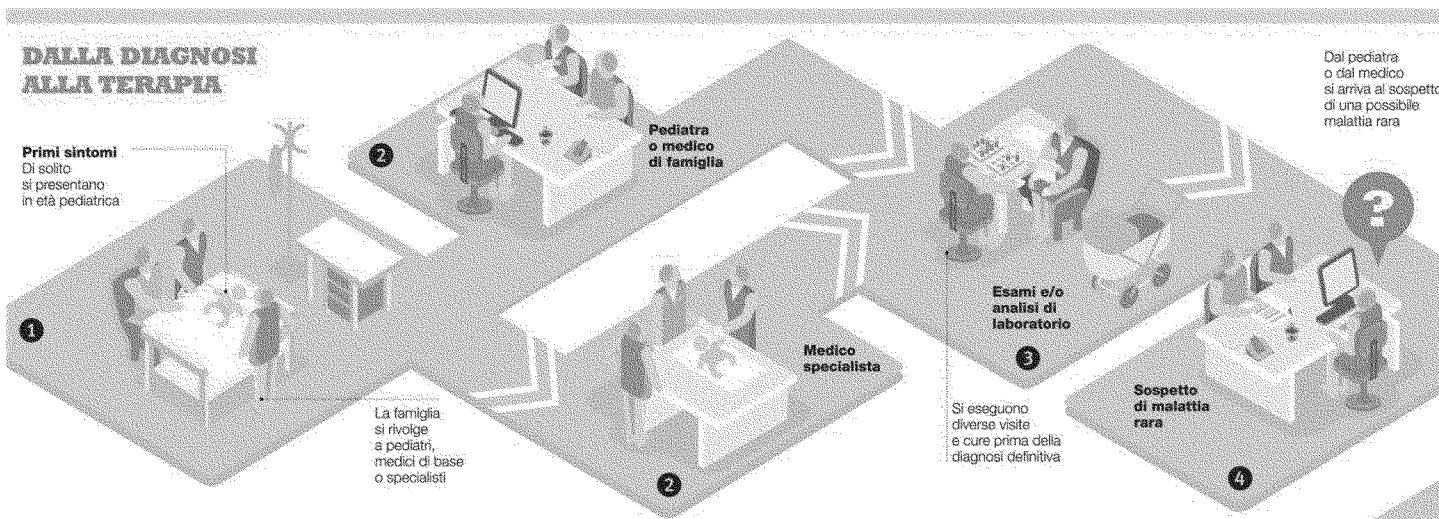
miraggio per malati tanto fragili.

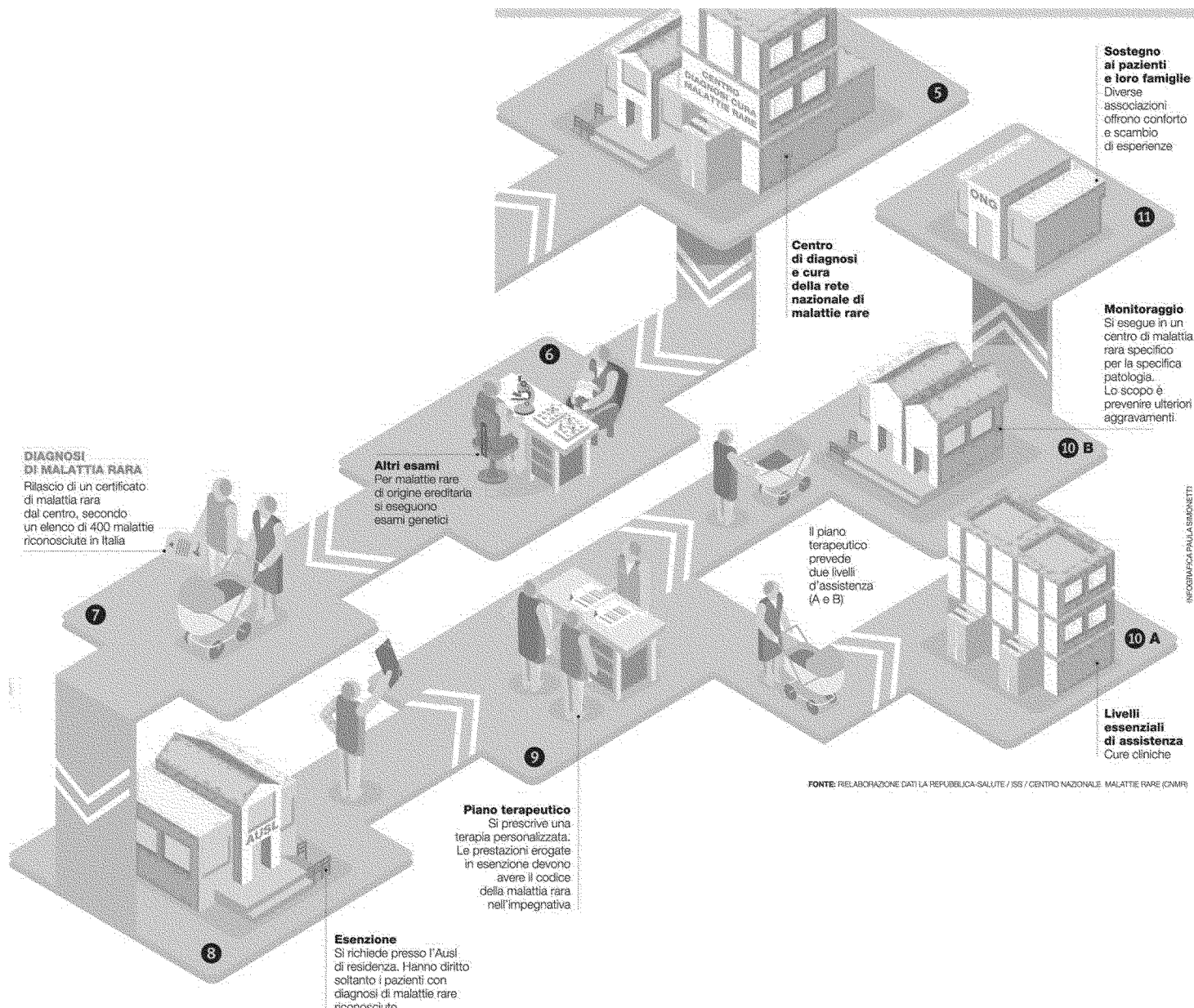
«Il bambino cui viene accertata una malattia rara è come un marziano, i genitori non hanno punti di riferimento, né risposte per le più normali situazioni – osserva Giuseppe Zampino responsabile del Centro malattie rare del Gemelli di Roma – d'altra parte le malattie rare sono numerose e tante le problematiche e le disabilità ad esse correlate, per migliorare l'assistenza dobbiamo conoscere i rischi della patologia specifica e come intervenire, questo oggi è reso possibile dalla scoperta di geni aberranti che rivelano i meccanismi patogenetici della malattia e fanno comprendere la sua storia naturale». È in atto una profonda evoluzione nel settore assistenziale delle malattie rare ma determinante è il ruolo del medico di famiglia e del pediatra che devono saper "sospettare" da un dettaglio una possibile malattia rara. «La ricerca eccelle proprio sul fronte dell'assistenza – spiega il genetista Bruno Dallapiccola direttore scientifico dell'ospedale Irccs Bambino Gesù di Roma – trapianti, terapie geniche, chirurgia ricostruttiva e riparativa, cure palliative di varia natura,

terapie cellulari, robotica, protesi, dispositivi vascolari, respiratori, per le vie urinarie e la nutrizione, e ovviamente i farmaci orfani – 63 quelli fino ad oggi sviluppati e autorizzati con indicazione specifica – 60 attualmente i prodotti in sperimentazione».

È raro tutto quello che non viene diagnosticato, ed è tanto a dispetto della rarità. In Italia le urgenze non rinviabili riguardano registri regionali efficienti, Piano nazionale e aggiornamento dell'elenco allegato alla legge 279/2001 perché ogni giorno si scoprono nuove malattie rare per le quali non è prevista l'esenzione dai costi di prestazione sanitaria.

**Il ruolo
fondamentale
del pediatra
e del medico
di famiglia**





LE TIPOLOGIE

Malattie del sistema nervoso

Malattie endocrine e metaboliche

Malattie cutanee

Malattie dell'apparato digerente

Malattie dell'apparato genito-urinario

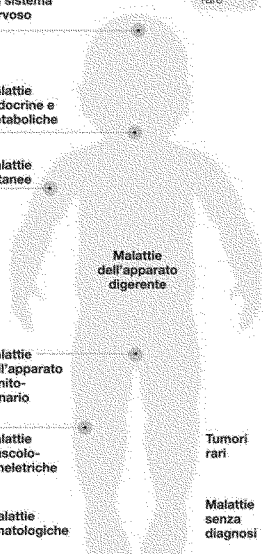
Malattie muscolo-scheletriche

Malattie ematologiche

TOTALE
Circa 85 mila malattie rare

Tumori rari

Malattie senza diagnosi



Perché le mani fredde fanno così male?

In genere il freddo alle mani è normale., ma se cambiano colore tre volte è per il fenomeno di Raynaud



Se la temperatura si abbassa è normale che le estremità del corpo, a partire dalle mani, diventino fredde. Ma se cambiano anche colore e fanno male possono segnalare un'ipersensibilità al freddo. È un problema diffuso e nella maggior parte dei casi non c'è da preoccuparsi. Talvolta, però, il disturbo alle mani potrebbe essere la spia di malattie più importanti. «In generale, il freddo può favorire un restringimento delle piccole arterie che portano il sangue alle dita. In alcuni il fenomeno è più marcato per un'ipersensibilità al freddo costituzionale che non ha conseguenze e spesso tende a scemare col tempo - spiega Carlo Maurizio Montecucco, direttore della Clinica di reumatologia dell'Università di Pavia, Policlinico San Matteo -. Esistono però casi in cui l'eccessiva reazione al freddo è legata ad altri fattori come, per esempio, arteriosclerosi, assunzione di particolari farmaci, esposizione ad alcune sostanze chimiche, il fumo e, soprattutto, alcune malattie autoimmunitarie».

Come si manifesta l'ipersensibilità al freddo?

«Se dopo l'esposizione al freddo le dita delle mani assumono prima un colore bianco, poi blu e infine rosso siamo di fronte al cosiddetto fenomeno di Raynaud .

La prima fase (dita bianche) è detta ischemica perché, in seguito alla riduzione del flusso di sangue le dita diventano ceree e perdono sensibilità. Nella seconda fase, detta cianotica , le dita diventano bluastre a causa della stasi venosa. Infine, nella terza fase, il colorito delle dita è rosso perché il flusso sanguigno sta tornando alla normalità. Le forme primarie, legate a un aspetto costituzionale, in genere si manifestano già in giovane età, soprattutto nelle donne, e non comportano particolari conseguenze. Le forme secondarie, invece, tendono a manifestarsi più in là con gli anni e possono essere la spia di malattie reumatiche autoimmuni, come la sclerodermia e il lupus eritematoso sistemico. Nei casi in cui vi sia questo sospetto è utile eseguire qualche accertamento. In particolare la ricerca nel sangue degli anticorpi antinucleo e la capillaroscopia ».

E i geloni che cosa sono?

«Sono l'esito di una reazione anomala al freddo seguito da un riscaldamento repentino. Si manifestano con bruciore e prurito alle dita. Se si entra in un ambiente caldo, i disturbi peggiorano: le dita assumono un colore che va dal rosso al blu, fanno male e si possono formare vesciche o ulcere».

Che cosa si può fare?

«Se il fenomeno di Raynaud è legato un problema costituzionale bisogna imparare a convivere, prendendo alcuni accorgimenti per prevenirlo, come coprirsi bene, usare guanti pesanti, munirsi eventualmente di scaldamani. Se, invece, il Raynaud è secondario ad alcune malattie, occorre intervenire su quelle. Nelle forme più gravi, può essere presa in considerazione l'assunzione di farmaci come i calcio-antagonisti o l'infusione endovenosa di vasodilatatori come i prostanoidei . Si tratta però di medicinali con effetti collaterali per cui bisogna essere certi che il "gioco valga la candela"».

Ictus. Si cura meglio ma le donne sopravvivono con una peggiore qualità di vita

A dimostrarlo una ricerca pubblicata su Neurology che ha paragonato la qualità della vita nelle donne e negli uomini analizzando 1.370 pazienti fra 56 e 77 anni. A tre mesi dall'Ictus le donne avevano maggiori problemi di mobilità e livelli più elevati di dolore, ansia e depressione.



24 FEB - Da 10 anni a questa parte le cure dopo un Ictus sono migliorate e sono più efficaci: eppure le donne che sopravvivono hanno una qualità di vita peggiore rispetto agli uomini. A dimostrarlo sono stati gli autori della ricerca pubblicata in questi giorni su *Neurology* che hanno paragonato la qualità della vita nelle donne e negli uomini dopo un Ictus o un TIA (attacco ischemico cerebrale transitorio) analizzando 1.370 pazienti fra 56 e 77 anni tenendo conto della capacità residua del paziente di muoversi, di aver cura di sé, di svolgere le normali attività quotidiane, e di aspetti quali la depressione, l'ansia e il dolore.

Ebbene, nelle donne la qualità della vita misurata a un anno dall'evento risultava peggiore: a tre mesi dall'Ictus le donne, rispetto ai maschi, avevano maggiori problemi di mobilità, e livelli più elevati di dolore o disagio, di ansia e di depressione, specie oltre i 75 anni. A un anno dall'evento, la qualità della vita nelle donne continuava ad essere peggiore rispetto agli uomini, a prescindere dall'età.

"Si tratta di un'ulteriore evidenza della differenza di sesso e di genere nelle manifestazioni della malattia cerebrovascolare - ha sostenuto **Paola Santalucia**, specialista in Neurologia e Cardiologia all'Ospedale Policlinico di Milano e vicepresidente di Alt (Associazione per la Lotta alla Trombosi e alle malattie cardiovascolari-Onlus) -. Le donne sono maggiormente colpite dall'Ictus in termini di gravità di sintomi, mortalità e disabilità residua. L'attenzione della comunità scientifica non può più prescindere dalla valutazione delle differenze di genere che riguardano l'Ictus sia per quanto concerne la distribuzione dei fattori di rischio che le manifestazioni di malattia e la disabilità residua".

Le donne - ha concluso Santalucia - sono più anziane e sole degli uomini quando vengono colpite da Ictus, l'ictus è più spesso di grave entità ed esita in maggiore invalidità sia funzionale che cognitiva. È necessario un cambiamento sostanziale di paradigmi, disegno degli studi clinici di intervento farmacologico e dell'attenzione alle cure che preveda un approccio di genere efficace per migliorare l'intervento sanitario globale sia negli uomini che nelle donne".

Ictus. Nelle donne diabetiche il rischio aumenta del 40%. I risultati allarmanti di un nuovo studio Usa

I risultati di un grande studio americano pubblicati su [Diabetologia](#) dimostrano che se il diabete non è sotto controllo, a farne le spese sono soprattutto le donne. Particolarmente colpite le ultra-55enni, forse perché perdono lo scudo di neuro-protezione offerto dagli estrogeni. Tra i maschi il diabete, più che al cervello, punta dritto al cuore



25 FEB - Il diabete 'discrimina' le donne, in termini di ictus. Secondo i risultati di una ricerca appena pubblicati su *Diabetologia*, l'organo ufficiale dell'EASD (*European Association for the Study of Diabetes*), il diabete aumenta in maniera significativa il rischio di ictus nelle donne, ma non negli uomini.

Lo *stroke* a livello mondiale fa registrare un maggior numero di casi tra la popolazione maschile che in quella femminile ma, almeno nei Paesi occidentali, uccide le donne più frequentemente degli uomini; così ad esempio, nel 2010 i decessi per ictus sono stati 77.109 tra le donne e 52.367 tra gli uomini, negli Stati Uniti; mentre le statistiche inglesi del 2007 indicano 32.828 decessi per ictus nel sesso femminile, contro i 20.358 tra i maschi. In generale dunque le donne colpite da ictus, hanno una prognosi peggiore della controparte maschile e questo dovrebbe avere importanti ricadute in termini di prevenzione e di intervento sui fattori di rischio.

Lo studio, condotto da **Wenhui Zhao, Gang Hu** e i colleghi del *Pennington Biomedical Research Center* di Baton Rouge (Louisiana, USA), ha analizzato l'associazione tra diversi livelli di emoglobina glicata (< 6%, tra 6 e 6,9%; tra 7 e 7,9%; tra 8 e 8,9%; tra 9 e 9,9%; oltre il 10%) e ictus in una popolazione di 10.876 maschi e 19.278 donne con diabete di tipo 2, arruolata nel *Louisiana State University Hospital-Based Longitudinal Study* (LSUHLS). In un periodo di *follow up* medio di oltre 6 anni, sono stati registrati 2.949 nuovi casi di ictus. Mentre tra la popolazione maschile è stata osservata solo una tendenza ad una maggior incidenza di ictus all'aumentare dei livelli di emoglobina glicata, tra le donne è emersa un'associazione statisticamente significativa tra rischio di ictus e livelli di emoglobina glicata, al di sopra di valori dell'8%. In particolare nella fascia di glicata tra 8 e 8,9% il rischio di ictus 'rosa' era del 19%; nel gruppo con glicata tra 9 e 9,9%, il rischio di ictus saliva al 32%, per arrivare al 42% nelle donne con valori di glicata superiori a 10%. Le più colpite erano le donne al di sopra dei 55 anni.

"Sono diversi i meccanismi alla base di questo maggior impatto del diabete nel rischio di sviluppare un ictus tra le donne, che non tra i maschi – sostiene il dottor Wenhui Zhao – di certo una parte della spiegazione sta nel fatto che le donne hanno un'aspettativa di vita maggiore e l'ictus è più frequente in età avanzata. Ma alcuni studi hanno evidenziato che le donne con diabete tendono ad avere anche valori pressori e livelli di colesterolo più elevati, rispetto ai maschi con diabete. Va poi considerata anche la possibilità di un *bias* di trattamento a favore dei maschi: quelli con patologie cardiovascolari tendono infatti ad essere più frequentemente trattati delle donne con statine, aspirina e antipertensivi. "

Un'altra possibile spiegazione del perché il diabete 'rispetti' almeno in parte il cervello degli uomini è che quelli con la glicemia più fuori controllo tendono a morire di infarto, più che di ictus.

Le donne, come indicano i risultati di questo studio, devono fare i conti con un maggior rischio di ictus, soprattutto dopo i 55 anni. "Possiamo ipotizzare che questo sia dovuto al venir meno dell'ombrello protettivo degli estrogeni – afferma il dottor Zhao – Studi su animali di laboratorio suggeriscono che gli estrogeni abbiano un effetto neuroprotettivo e siano in grado di ridurre l'area dell'infarto cerebrale; va anche ricordato tuttavia che i *trial* clinici non hanno mostrato alcun effetto benefico della terapia con estrogeni a questo riguardo. Sono dunque necessari altri studi per chiarire questa contraddizione".

In conclusione dunque, sono le ultra-55enni in post-menopausa con diabete scompensato quelle particolarmente a rischio di ictus. È su questa popolazione che dovrebbero concentrarsi particolarmente dunque gli sforzi di prevenzione, volti non solo ad un miglior compenso della glicemia, ma anche ad un controllo intensivo di tutti i fattori di rischio cardiovascolari associati, dall'ipertensione all'ipercolesterolemia.

Solo così sarà possibile – ammoniscono gli autori – ridurre l'impatto mortale tra le donne con diabete.

Cancro alla prostata. Troppo selenio insieme a vitamina 'E' ne aumentano il rischio

In uomini con determinati livelli di selenio di base, questi integratori, ad alte dosi, aumentano in maniera statisticamente significativa il rischio di tumore alla prostata. Il risultato su *Journal of the National Cancer Institute* si fonda su un campione di alcune migliaia di uomini



25 FEB - Integrare a dosi troppo alte il selenio insieme alla vitamina E potrebbe aumentare il rischio di cancro alla prostata di alto grado. Ma, molto importante, questo rischio dipende dal livello di selenio presente nell'uomo prima di assumere gli integratori. È quanto emerge da uno studio scientifico condotto dal Fred Hutchinson Cancer Research Center, a Seattle negli Stati Uniti.

Il risultato, pubblicato sul *Journal of the National Cancer Institute*, si basa sui dati del trial SELECT (Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial), un trial condotto rigorosamente dal Gruppo cooperativo di ricerca sul cancro SWOG su 35 mila uomini. Lo studio mirava a capire se l'assunzione di una alta dose di vitamina E - 400 UI (Unità Internazionali) al giorno – e/o selenio (200 mcg al giorno) potesse proteggere l'uomo dal cancro alla prostata.

Iniziato nel 2001, il trial sarebbe dovuto terminare 12 anni dopo, ma invece si è concluso nel 2008: l'effetto protettivo non è stato evidenziato ed è emersa l'ipotesi che la vitamina E aumenti il rischio. Infatti, terminato lo studio, gli uomini che hanno continuato ad assumere la vitamina E per altri due anni hanno presentato un aumento del rischio del 17%, statisticamente significativo, di sviluppare il cancro alla prostata.

“Molte persone ritengono che gli integratori alimentari apportino un vantaggio o che siano almeno innocui. Questo non è vero”, ha affermato **Alan Kristal**, primo autore del paper. “Sappiamo da diversi altri studi che alcuni integratori alimentari ad alti dosaggi – cioè integratori che forniscono una quantità di micronutrienti molto superiore rispetto a quella giornaliera raccomandata – aumentano il rischio di cancro. Conoscevamo questo fenomeno attraverso controllati studi randomizzati in doppio cieco relativi al folato e al beta carotene ed ora sappiamo che questo vale anche per la vitamina E e per il selenio”.

L'analisi ha comparato gli effetti del selenio e della vitamina E, presi singolarmente e presi in combinazione, sul rischio di cancro alla prostata tra 1.739 uomini che ne hanno ricevuta la diagnosi e oltre 3000 uomini sani.

Cosa è emerso: in questo caso di studio **né l'integrazione della vitamina E né del selenio hanno apportato benefici agli uomini e anzi in alcuni casi questa integrazione si rivela dannosa.**

Il primo focus è il seguente: l'integrazione del selenio aumenta il rischio di tumore di alto grado nel caso in cui la persona abbia un elevato livello del nutriente prima di assumere l'integratore. In questo caso si parla di un aumento del rischio della malattia nel 91% degli uomini appunto con elevato livello di selenio di partenza.

Inoltre, l'assunzione di vitamina E aumenta lo stesso rischio negli uomini che al contrario hanno bassi livelli di selenio di base: in questo caso la percentuale è del 63%. In questo caso (basso selenio di base), un risultato originale mette in evidenza che soltanto le persone che avevano assunto vitamina E in alte dosi insieme a placebo, e non quelle che assumevano anche il selenio, presentavano un aumento del rischio di tumore alla prostata.

Gli uomini dovrebbero evitare un'integrazione di questi elementi che superi le dosi raccomandate, si legge nello studio. "Né l'integrazione del selenio né della vitamina E conferisce alcun beneficio noto – solo rischi", spiega Kristal. "Mentre sembra che non ci siano rischi dall'assunzione di un multivitaminico standard, gli effetti di alte dosi di singoli integratori sono imprevedibili, complessi e spesso dannosi. Dando un ampio sguardo agli studi scientifici recenti, emerge coerenza rispetto a quello che pensiamo sull'ottimale quantità di micronutrienti. Ci sono livelli ottimali e questi sono spesso i livelli ottenuti mediante una dieta salutare, ma sia al di sotto che al di sopra di tali livelli si presentano dei rischi"

Specializzandi. Via libera al concorso unico nazionale

Il decreto che cambia le regole per l'accesso alle scuole di specializzazione è stato firmato in extremis dal Ministro Carrozza prima della fine del suo mandato. Soddisfatte le associazioni dei giovani medici che chiedono al neo Ministro Giannini di proseguire sulla strada delle riforme.



24 FEB - È partita la riforma che cambia le regole per i medici specializzandi alle scuole di specializzazione. La firma al Decreto che istituisce il concorso unico e nazionale per l'accesso alle scuole di specializzazione di Medicina è arrivata venerdì scorso subito dopo il parere favorevole del Consiglio di Stato. Un decollo in extremis annunciato via Twitter dal ministro Maria Chiara Carrozza proprio nell'ultimo giorno del suo mandato incassando il plauso dei medici specializzandi. "Una riforma storica" per l'Associazione Italiana Giovani Medici (Sigm) e il Comitato Pro Concorso Nazionale che rimuove finalmente "ogni discrezionalità ai fini dell'accesso dei medici alla formazione specialistica post laurea". Per FederSpecializzandi - Confederazione Nazionale delle Associazioni dei Medici Specializzandi il decreto "rappresenta l'ultima tappa di una battaglia di civiltà, iniziata molti anni fa".

Cosa cambia. La riforma - il Decreto sarà pubblicato a breve in Gazzetta Ufficiale - introduce la graduatoria nazionale per tipologia di specializzazione e valorizza il merito rimuovendo ogni forma di discrezionalità.

Le regole per il concorso a graduatoria nazionale sono applicate già nell'anno accademico 2013/2014. I 120 quiz, 90 generali uguali per tutte le scuole e 30 differenziati per tipologia, saranno prodotti da esperti e verranno corretti centralmente in modo automatico. La selezione sarà supervisionata da una Commissione nazionale guidata da un presidente nominato dal ministero e composta da docenti sorteggiati. La prova, suddivisa in due parti, verrà somministrata in più sedi (non necessariamente corrispondenti alle sedi universitarie delle scuole di specializzazione).

Per quanto riguarda la valutazione del curriculum degli studi verranno conteggiati: la media aritmetica dei voti degli esami sostenuti durante il corso di laurea; il voto di laurea (avrà peso molto limitato, ma non sarà standardizzato in percentili); esami fondamentali del corso di laurea e specifici della tipologia (fino a 5); tesi (se sperimentale e ricadente in un Ssd affine alla tipologia di scuola); il titolo di dottorato nei Ssd della tipologia della Scuola (laddove posseduto dal candidato)

Soddisfatti i medici specializzandi. "Ringraziamo il Ministro Carrozza per avere dato il via ad una riforma epocale che innoverà ed innalzerà, attraverso l'incremento di una competitività interna al sistema, gli standard delle scuole di specializzazione di medicina – hanno affermato congiuntamente **Giovani Medici (Sigm) e Comitato Pro Concorso Nazionale** – questa riforma, inoltre, rappresenta un importante segnale di discontinuità culturale in seno al mondo della medicina e della sanità, valorizzando il merito e rimuovendo ogni discrezionalità nella valutazione dei candidati.

Siamo certi – hanno aggiunto – che tale iniziativa investirà come un’onda positiva tutti gli ambiti della sanità, anche al di fuori del contesto prettamente accademico, a cominciare dalle modalità di selezione per l’accesso ai ruoli di dirigente medico nel Ssn e dal sistema a graduatoria per l’accesso all’assistenza primaria, alla medicina generale ed alla specialistica ambulatoriale, all’insegna di più merito e meno politica in Sanità”.

Un plauso è arrivato da **FederSpecializzandi** che invita il nuovo Ministro dell’Istruzione dell’Università e della Ricerca Stefania Giannini a proseguire la strada della riforma della formazione medica pre-laurea e post-laurea iniziata dal ministro uscente Carrozza.

“L’emanazione del decreto ministeriale ed acceleratosi nei mesi scorsi grazie alla ampia e generosa mobilitazione degli studenti, per arrivare ad un nuovo regolamento che rispecchiasse i principi che, da sempre, FederSpecializzandi ritiene debbano essere alla base dell’accesso alle scuole di specializzazione: valorizzazione del merito, completa trasparenza del concorso, nazionalizzazione delle graduatorie, prove d’esame realmente in grado di valutare le conoscenze e le competenze degli aspiranti specializzandi” ha dichiarato la Confederazione Nazionale delle Associazioni dei Medici Specializzandi che ribadisce tuttavia l’urgenza di rendere note al più presto le fonti bibliografiche da cui verranno tratte le prove concorsuali in modo da fornire agli aspiranti specializzandi indicazioni certe circa la preparazione dell’esame nazionale.

Ma per medici specializzandi ci sono anche alcuni nodi da sciogliere per questo chiede un incontro urgente al neo Ministro. Per FederSpecializzandi occorre infatti: reperire fondi necessari per allineare il numero di nuovi contratti di specializzazione e dei posti per il corso specifico in medicina generale rispetto al numero dei laureati in medicina e chirurgia; attuare un nuovo sistema di programmazione del numero di accessi al corso di laurea in medicina e chirurgia e ai corsi di formazione post-laurea, e più in generale di tutti gli operatori che operano all’interno del Ssn, sulla base di una prospettiva di lungo corso che tenga conto del mutamento dei profili socio-demografici della popolazione e del conseguente cambiamento dei bisogni di salute e di assistenza sanitaria; una profonda riforma, oltre che delle classi e delle tipologie delle scuole di specializzazione, anche e soprattutto degli ordinamenti didattici delle stesse in modo da aggiornare i profili di conoscenze e competenze che qualificano ogni singolo profilo specialistico rispetto a quanto realmente richiesto, con una prospettiva di lungo corso, dal Ssn in cui gli specialisti sono chiamati ad operare. E ancora, una profonda riforma delle metodologie didattiche e di valutazione del conseguimento degli obiettivi formativi, il potenziamento dell’Osservatorio nazionale della formazione medica specialistica e l’equiparazione del corso specifico in medicina generale ad una scuola di specializzazione e l’equiparazione contrattuale degli specializzandi di area sanitaria ai medici in formazione specialistica.

Previdenza. Enpam: “Da oggi tutti i medici e gli odontoiatri possono pagare i contributi a rate”

Per farlo basta accedere all’area riservata del sito dell’Ente e chiedere l’addebito diretto sul proprio conto corrente bancario. Oliveti: “Grazie alla nostra autonomia siamo riusciti a mettere questa nuova possibilità a disposizione degli iscritti”.



21 FEB - Da oggi tutti i medici e gli odontoiatri possono pagare i contributi previdenziali a rate. Per farlo basta accedere all’area riservata del sito dell’Ente e chiedere l’addebito diretto sul proprio conto corrente bancario. Il nuovo sistema comporta minori spese per gli iscritti e risparmi per l’Ente. “La rateizzazione dei contributi rappresentava un’esigenza molto sentita all’interno della categoria dei medici e degli odontoiatri – commenta il presidente della Fondazione Enpam **Alberto Oliveti** –. Grazie alla nostra autonomia siamo riusciti a mettere questa nuova possibilità a disposizione degli iscritti”.

Chi farà richiesta entro il 15 marzo potrà beneficiare della domiciliazione già per i contributi di Quota A del 2014 (il termine è il 28 febbraio per chi aveva già la domiciliazione con Equitalia).

La scelta dell’addebito automatico tramite banca permette di risparmiare sui costi: per ogni operazione si pagherà meno di 50 centesimi (contro circa un euro di chi pagherà con i bollettini Mav). Inoltre, non essendo prevista l’emissione di bollettini di carta, si ridurranno le spese postali e si eliminerà ogni rischio legato al mancato o tardivo recapito. Infatti, una volta attivato l’addebito diretto, i contributi dovuti saranno riscossi l’ultimo giorno utile, senza il rischio di incorrere in sanzioni.

Nel dettaglio

Il modulo online offre le seguenti possibilità:

Quota A: contributo minimo annuale

- Pagamento in quattro rate senza interessi (30 aprile, 30 giugno, 30 settembre, 30 novembre)
- Pagamento in unica soluzione

Quota B: contributi sulla libera professione

- Pagamento in cinque rate (31 ottobre, 31 dicembre, 28 febbraio*, 30 aprile*, 30 giugno*)
- Pagamento in due rate senza interessi (31 ottobre, 31 dicembre)
- Pagamento in unica soluzione

*Le rate che scadono entro l’anno sono senza interessi mentre quelle che scadono l’anno successivo sono maggiorate del solo interesse legale, che attualmente corrisponde all’1 per cento annuo.

Deduzione fiscale più semplice

La domiciliazione bancaria rende anche più semplice risparmiare sulle tasse. Al momento della dichiarazione dei redditi, infatti, non sarà più necessario portare al commercialista tutte le ricevute dei bollettini ma basterà scaricare una semplice certificazione fiscale dalla propria area riservata nel sito internet dell'Enpam. In quel documento sarà riportato l'importo dei contributi deducibili dal reddito (con un risparmio che può arrivare a oltre il 45 per cento, considerando Irpef e addizionali locali).

Chi sceglie la domiciliazione bancaria entro il 15 marzo 2014

Quota A: pagamento con addebito su conto corrente bancario partirà già nel 2014 (a scelta: in quattro rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre e 30 novembre, oppure in unica soluzione)

Quota B: pagamento con addebito su conto corrente bancario
(a scelta: in unica soluzione, in due o cinque rate)

Chi sceglie la domiciliazione bancaria dopo il 15 marzo 2014

Quota A: per il 2014 il pagamento andrà fatto con bollettino Mav (quattro rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre e 30 novembre, oppure in unica soluzione); dal 2015 partirà l'addebito diretto su conto corrente)

Quota B: pagamento con addebito su conto corrente bancario già a partire dal 2014

Salute. E' il valore più importante per l'80% degli italiani, ma il 36% non fa prevenzione

E' quanto emerso da un'indagine dell'Osservatorio Salute AstraZeneca che ha incoronato la Salute come la regina tra i valori fondamentali nella vita: il suo peso è cresciuto negli ultimi 2 anni (+19%), mentre è calata l'importanza riconosciuta a Lavoro (-8%) e Vita di Coppia (-7%). La poca attenzione alla prevenzione è probabilmente collegata alla crisi economica.



20 FEB - Negli ultimi 2 anni, nel pieno della crisi economica e sociale, gli italiani si sono aggrappati alla Salute, che è oggi considerata insieme alla Famiglia il valore più importante nella vita dall'80% della popolazione, in netta crescita rispetto al 61% del 2011. È quanto emerge dai nuovi dati dell'Osservatorio Salute AstraZeneca, che confermano il vecchio adagio "la salute prima di tutto" e svelano come al secondo posto - in questa speciale scala dei valori tricolore - si piazzino l'inedito tandem Lavoro-Vita di Coppia. I due valori, indicati entrambi da 1 italiano su 4 (25%), hanno però fatto registrare un calo di considerazione negli ultimi 2 anni, rispettivamente dell'8% per il Lavoro e del 7% per Vita di Coppia. Al contrario, ha scalato molte posizioni nelle priorità nazionali il Denaro, il cui peso nella vita degli italiani è quasi raddoppiato (è passato dal 13 al 24%), sorpassando così l'Amicizia (23%) e la Religione (14%). Trend positivo anche per la Solidarietà (8% vs 5% del 2011), considerata oggi più indispensabile di Cultura (stabile al 7%), Tempo Libero (4% vs 7%), Studio (3% vs 5%) e Potere (1% vs 2%).

Il paradosso. "Toglietemi tutto, ma non la salute", sembrano pensare gli italiani. Eppure più di 1 connazionale su 3 (il 36%) dichiara di non prestare alcuna attenzione alla prevenzione delle malattie, con una crescita dei "trascurati" del 12% solo nell'ultimo anno. Un trend che è probabilmente collegato alla crisi economica e che comporta anche una riduzione del 10% nelle analisi e negli esami di controllo periodici (scesi al 67% rispetto al 77% del 2012). Inoltre, il 16% degli italiani ammette di non seguire una dieta equilibrata e il 13% rinuncia a uno stile di vita sano.

Italia insoddisfatta. Un quarto della popolazione non è contento della propria situazione economica (il 23%) e l'insoddisfazione è aumentata considerevolmente negli ultimi 2 anni (+ 5%). Tra i problemi più sentiti dagli italiani spunta anche la mancanza di tempo, segnalata dal 21% del campione. Diminuiscono poi i connazionali appagati dal proprio lavoro (passati dal 45% al 39%), mentre per il momento reggono i rapporti familiari (molto positivi per il 69%), amicali (62%) e sentimentali (58%). In generale, negli ultimi 2 anni sono raddoppiati i pessimisti. Oggi infatti quasi 1 italiano su 3 è sfiduciato (il 27% contro il 14% del 2011) e ben il 14% crede che la situazione sia destinata a peggiorare ulteriormente nei prossimi 3 mesi. Resiste, però, uno zoccolo duro di "inguaribili ottimisti": il 14% (era il 30% un anno fa) ritiene che la situazione non possa peggiorare ulteriormente ed è dunque destinata a migliorare. I più ottimisti sono uomini (70% contro 66% delle donne) e meridionali (71% vivono al Sud contro 68% al Nord e 61% al Centro), soprattutto giovani (nell'81% dei casi hanno meno di 34 anni) e in prevalenza laureati (88%).

Lo stress. Anche quando lo stress è alle stelle, il 40% della popolazione non riesce a concedersi una pausa e il numero degli italiani che debbono rinunciare a questo “lusso” è cresciuto del 12% nell’ultimo anno (28% nel 2012). Che cosa fare, dunque, per contrastare tensione e nervosismo quando diventano insopportabili? Solo il 29% cerca un conforto medico, mentre 1 su 2 si affida ad amici o familiari e ben 1 italiano su 3 cerca conforto nella fede, nelle preghiere e nelle pratiche religiose in generale.

“È estremamente interessante osservare come i cittadini italiani attribuiscono sempre più valore alla salute - ha dichiarato **Gilberto Riggi**, Direttore medico di AstraZeneca Italia -. È un dato che fa riflettere e che deve spingere ancor di più ogni operatore del Sistema Salute a impegnarsi al massimo nella promozione della ricerca e del progresso scientifico per migliorare la qualità di vita delle persone e facilitare la soddisfazione di questo grande bisogno di salute che emerge nella popolazione”.