

Notizie on line Dal 17 novembre

LA MEMORIA DI UNA GOCCIA

Roma 22 novembre (dalla redazione di OMEONET: Fonte: Le Scienze On Line del 19/11/03)

Un gruppo di scienziati ha scoperto un'eccezionale dinamica associata con la rottura di una goccia d'acqua in un olio molto viscoso. La scoperta potrebbe essere usata per creare fibre e cavi microscopici. Da tempo ormai gli scienziati ritenevano che la rottura di tutti i fluidi - che fosse prodotta da un rubinetto gocciolante, da una fontanella o dalla superficie bollente del sole - esibisse lo stesso tipo di dinamica. Ora alcuni ricercatori dell'Università di Chicago e di altre istituzioni hanno scoperto che non è così: lo studio è stato pubblicato sul numero del 14 novembre della rivista "Science".

Tutto ha avuto origine quando Itai Cohen, oggi ricercatore all'Università di Harvard, era studente a Chicago nel 1999. In uno dei suoi esperimenti, Cohen versò acqua in olio viscoso e osservò una forma leggermente parabolica vicino al punto più stretto, che si trasformò poi in un filo lungo e sottile poco prima di rompersi. Si trattava di un comportamento molto diverso dalle dinamiche di rottura osservate in precedenza. Con l'aiuto di alcuni colleghi, Cohen eseguì una serie di simulazioni al computer. I risultati erano in accordo con i dati sperimentali e rivelarono dettagli del processo su scala più fine, quali la velocità e la pressione, che l'esperimento non aveva potuto fornire.

Alcuni fisici teorici, fra i quali Wendy Zhang dell'Università di Chicago, hanno ora mostrato che la forma sottile osservata è associata con le dinamiche di rottura provocate da un collasso uniforme verso l'interno dell'olio viscoso che circonda la goccia.

"Questa dinamica di rottura è eccezionale - commenta Zhang - in quanto conserva un ricordo della forma della goccia prima della rottura fino a scale di lunghezza molto piccole". Prima della sua scoperta, gli scienziati credevano che, quando una goccia si rompe, il processo cancelli ogni ricordo delle condizioni precedenti la rottura. La persistenza della memoria e la conseguente formazione del filo sottile apre potenzialmente la strada verso un nuovo metodo per produrre strutture microscopiche per l'elettronica, l'industria farmaceutica e molte altre applicazioni, semplicemente manipolando i fluidi su scala millimetrica.

IV Conferenza Europea sull'Ospedale

Roma 22 novembre (Univ. Catt. Sacro Cuore)

Equiparazione tra erogatori sanitari pubblici e privati in un sistema sanitario solidarista. Solidarietà e sussidiarietà come principi ispiratori delle trasformazioni nella sanità per il perseguimento del bene comune.

L'istituzione di un tavolo di confronto delle istituzioni sanitarie cattoliche e delle realtà ecclesiali per creare sinergie in dialogo con le istituzioni pubbliche locali e nazionali.

Sono questi in sintesi alcune delle proposte emerse dalla tavola rotonda "**Ospedalità: servizio pubblico e privato; profit e no profit, realtà a confronto**", moderata dal prof. **Luigi Campiglio**, Pro-Rettore dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, che ha concluso la **IV Conferenza Europea dell'O ospedale** promossa dal Centro Nazionale di Edilizia e Tecnica Ospedaliera (CNETO), Ministero della Salute e Università Cattolica e che ha avuto luogo presso il Policlinico Gemelli di Roma.

"Il progresso scientifico e tecnologico della medicina, l'esigenza di fornire prestazioni sanitarie di alta qualità e di contenere i costi, le trasformazioni organizzative in senso aziendale - fattori che incidono sull'evoluzione della sanità e dei servizi ospedalieri in Italia e in Europa -, vanno collocati nel contesto

della solidarietà e della sussidiarietà, due principi della dottrina sociale della Chiesa (e della sanità non profit di ispirazione cattolica) che devono fare da riferimento alle trasformazioni nella sanità".

Questa la preoccupazione espressa da Sua eccellenza Mons. **Giuseppe Merisi**, membro della Commissione Episcopale per il Servizio della Salute della CEI.

“La sussidiarietà e la solidarietà – ha continuato il presule – sono i principi per tendere al bene comune e all’umanizzazione nella sanità: nell’ospedalità, nella cura, nella riabilitazione”.

"Due sono oggi le tendenze convergenti in atto nei paesi dell’Unione Europea come è stato confermato in questi giornate di confronto tra decisori, tecnici e docenti: la tendenza all’omogeneizzazione dei sistemi di finanziamento della sanità verso sistema di remunerazione a prestazione, come quello dei DRG nel tentativo di conciliare contenimento dei costi e qualità della cure; la seconda convergenza che si sta registrando anche nel nostro paese è data dalla progressiva caduta delle barriere tra erogatori pubblici ed erogatori privati dei servizi sanitari e ospedalieri: senza mai mettere in discussione il fondamento solidarista del nostro sistema sanitario. Il cittadino che si rivolge alla struttura ospedaliera cerca la qualità senza fare distinzioni tra pubblico e privato", ha considerato **Antonio Cicchetti**, direttore del Policlinico Gemelli e Presidente del CNETO. accreditamento delle strutture sia ospedaliere che socio sanitarie, che sarà un passo importante per dare certezza di programmazione anche alle strutture private, profit e non profit che hanno bisogno di certezze finanziarie per poter bene operare".

"In Italia, fare profitto lavorando nel campo della sanità è scandaloso", ha detto **Emmanuel Miraglia**, presidente dell’ Associazione Italiana d’Ospedalità Privata (AIOP), "ma per noi fare profitto vuol dire gestire con efficienza le strutture ospedaliere, offrendo servizi di qualità e rientrando nei limiti imposti dal bilancio. Negli anni ' 80, con il concetto di convenzione, il settore privato veniva tollerato fintanto che serviva a colmare le lacune del servizio sanitario pubblico.

"Nel Lazio, dove esiste una realtà articolata di strutture sanitarie e dove esistono eccellenti centri ospedalieri e servizi sanitari non profit, abbiamo programmato nel Piano Sanitario Regionale un’azione che sta portando a un equilibrio tra sanità pubblica e sanità privata abbattendo progressivamente gli steccati tra gli erogatori", ha detto **Marco Verzaschi**, assessore alle Politiche sanitarie della Regione Lazio. "È questa la strada che stiamo percorrendo. A tal proposito va detto che entro fine anno attueremo il regolamento per la definizione dei criteri di Oggi, con il concetto di accreditamento, siamo passati ad una reale integrazione tra pubblico e privato, integrazione che però è stata attuata finora solo in alcune Regioni".

“Il rapporto tra responsabilità pubblica e iniziativa libera, (espressione più corretta di ‘privato’) riguarda tutti gli ambiti della realtà sociale - sanità, assistenza, scuola - con parità di diritti e di doveri”, ha proseguito **Mons. Merisi**. “La realtà del non profit di ispirazione cattolica in sanità, che ha sempre come fine il bene comune, ha bisogno di un quadro normativo chiaro a livello regionale, nazionale ed europeo. A settembre la CEI ha espresso l’esigenza di garantire nel processo di devoluzione in sanità un cammino di federalismo solidale, prestando particolare attenzione ai bisogni delle regioni che dispongono di minori risorse”.

"Il settore ospedaliero non profit è collocato a metà strada tra il pubblico e il privato. Condivide le finalità del pubblico, cioè soddisfare i bisogni del cittadino senza ottenere profitti economici, i costi del pubblico e il trattamento riservato al settore privato per quanto riguarda i finanziamenti e gli aspetti fiscali.", ha affermato **Violenzio Ziantoni**, segretario generale dell’Associazione Religiosa Istituzioni Socio-sanitarie (ARIS), "Stiamo vivendo un periodo difficile: l’ integrazione tra pubblico e privato non profit, sancita dalla legge finanziaria del 2002, non è stata ancora attuata in molte Regioni. È necessario un tavolo di confronto tra gli operatori della sanità no profit e le autorità nazionali e regionali perché questo processo venga gestito in modo uniforme a livello nazionale.

“È questa anche la preoccupazione dei vescovi italiani – ha sottolineato **Mons. Merisi** : di condividere il cammino delle istituzioni sanitarie cattoliche che svolgono la loro missione di evangelizzazione nella carità. Tale condivisione va attuata anche attraverso l’istituzione di un tavolo della sanità cattolica per avviare un confronto tra istituzioni sanitarie e realtà ecclesiali che favoriscano la stretta collaborazione e la ricerca di sinergie. L’obiettivo e l’impegno è di rilanciare queste istituzioni che sono al servizio del bene comune, che è lo scopo della società civile, favorendo anche il dialogo con le istituzioni politiche”.

Verso l'abolizione dell'obbligo di vaccinazione

Roma 21 novembre (dal Com. St. Univ. Cattolica Sacro Cuore)

"Ci aspettiamo che tra non molto, in Italia, l'obbligo delle vaccinazioni in età pediatrica venga rimosso. Ma dobbiamo fare il possibile perché la percezione dell'importanza di questo strumento preventivo non venga meno", afferma **Angela Moiraghi Ruggenini**, professoressa ordinaria di Igiene dell'Università di Torino.

"Dopo il morbillo, la prossima campagna nazionale di promozione delle vaccinazioni in età pediatrica riguarderà lo pneumococco", aggiunge **Pietro Crovari**, professore ordinario di Igiene dell'Università di Genova.

La prevenzione delle malattie infettive attraverso le vaccinazioni è il tema principale della **VIII Conferenza di Sanità Pubblica** promossa dalla **Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SITI)**, svoltasi il **19 e 20 novembre** presso l'**Università Cattolica di Roma**

Medici e ricercatori provenienti da tutto il Paese hanno parlato anche di sicurezza, in campo alimentare, ambientale e lavorativo. La prospettiva dell'abolizione dell'obbligo vaccinale in Italia rappresenta una sfida per la sanità pubblica che ora, più che in passato, dovrà svolgere un'opera di sensibilizzazione della popolazione sull'importanza della prevenzione delle malattie infettive. "Spetterà soprattutto ai medici di famiglia e ai pediatri il compito di illustrare ai genitori l'utilità di vaccinare i propri figli, sia per la salute dei bambini, sia per la salvaguardia dell'intera popolazione", spiega Angela Moiraghi. "Guai se la copertura vaccinale nel nostro Paese dovesse diminuire: si ripresenterebbero immediatamente malattie che da tempo abbiamo eradicato dal territorio italiano. Abbiamo visto catastrofici esempi di questo fenomeno nei Paesi dell'ex-Unione Sovietica".

Non solo i pediatri, ma tutto il Servizio Sanitario Nazionale dovrà organizzarsi per offrire con maggiore efficacia lo strumento dei vaccini.

"Gli ambulatori sul territorio dovranno fissare gli appuntamenti per le vaccinazioni in orari più compatibili con quelli dei genitori che lavorano", continua la professoressa Moiraghi, "e gli operatori sanitari dovranno impegnarsi a dialogare maggiormente con le famiglie, illustrando i vantaggi della prevenzione e non tacendo eventuali effetti collaterali dei vaccini, onde prevenire allarmismi eccessivi in caso di reazioni avverse. In poche parole, il momento della vaccinazione deve cessare di essere una formalità burocratica".

Lo studio Icona 2003, condotto di recente dall'Istituto Superiore di Sanità per determinare l'effettiva copertura vaccinale sul territorio italiano, ha fornito dati rassicuranti per quanto riguarda le vaccinazioni ancora coperte da obbligo. Non è affatto soddisfacente, invece, la copertura vaccinale per il morbillo. Su questo aspetto, il nostro Paese è il fanalino di coda dell'Europa.

"Il Servizio Sanitario Nazionale si è attivato per il recupero dei bambini che non sono stati vaccinati contro il morbillo entro il secondo anno di età", spiega Pietro Crovari.

"A questi bambini proponiamo la vaccinazione quando si presentano negli ambulatori all'età di cinque anni, per il richiamo di antitetanica e antidifterica, e di nuovo all'età di quattordici anni, quando vengono convocati per il secondo richiamo. L'anno prossimo, verranno attivate campagne di sensibilizzazione nelle scuole, dirette agli alunni delle elementari e della terza media. In seguito, accanto alla vaccinazione contro il morbillo, verrà raccomandata quella contro lo pneumococco, da effettuare entro il primo anno di età".

Di recente si è parlato con un certo allarmismo di vaccinazioni anti-influenzali e dell'opportunità di estenderle all'intera popolazione pediatrica.

"Per il momento, non c'è ragione di vaccinare tutti i bambini contro l'influenza", commenta il professor Crovari. "Le categorie a rischio di complicazioni, per cui la vaccinazione è indicata, sono gli anziani di oltre 65 anni d'età e i bambini affetti da malattie croniche, soprattutto quelle del sistema respiratorio. Se un domani dovesse comparire un virus influenzale con caratteristiche nuove rispetto a quelle dei ceppi ricorrenti, più virulento e aggressivo, la politica vaccinale verrebbe

adeguata di conseguenza: in tal caso offriremmo la vaccinazione a tutti i bambini, non solo per proteggere la loro salute, ma anche per abbattere la diffusione dell'infezione nella popolazione generale."

APPELLO DELLA EUROPEAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION AI GOVERNI EUROPEI

Roma, 21 novembre

Nel corso della sua esistenza il genere umano ha dovuto fronteggiare fenomeni di natura globale, come l'ultima glaciazione. Oggi il destino dell'uomo è influenzato da fenomeni, come i cambiamenti climatici o la comparsa di nuovi agenti infettivi, che sono profondamente diversi in quanto l'uomo ne è, in buona parte, responsabile. È pertanto in nostro potere agire per modificarli.

Per contrastare tali minacce è necessario **sviluppare efficaci risposte globali, in cui l'affermazione di beni pubblici universali costituisca elemento imprescindibile. Tali beni apportano un vantaggio a tutti gli uomini** ma, non potendo essere limitati solo a chi è disposto a pagarli, sarebbero prodotti in misura insufficiente in un libero mercato.

La conoscenza è il più importante di questi beni. Essa **ci consente di comprendere i percorsi** spesso complessi **da cui i fenomeni di salute e malattia hanno origine**, guardando al di là delle cause immediate fino ai determinanti ultimi, come ad esempio le condizioni di povertà o l'esperienza di una guerra. Ci permette inoltre di **individuare le azioni più adatte per contrastare efficacemente queste minacce.**

Un altro bene pubblico universale è rappresentato dal **diritto internazionale**, come dimostrato dalla recente Convenzione Quadro per il controllo del tabacco. Un terzo bene è costituito dalla **sanità pubblica e dal sistema sanitario**, attraverso i quali è possibile **monitorare la comparsa di pericoli per la salute ed usare le conoscenze di cui disponiamo per fronteggiarli.**

Facciamo appello ai governi europei affinché considerino prioritario contrastare le forze globali che minacciano la salute del genere umano, investendo in quei beni pubblici che ci consentiranno di offrire una risposta adeguata.

In particolare, la European Public Health Association **indica tre priorità nelle quali la comunità della sanità pubblica potrebbe e dovrebbe impegnarsi**, attraverso **ricerche scientifiche** di buon livello seguite dalla formulazione di **politiche efficaci**:

- 1) **il potenziamento dei programmi di sanità pubblica**, attraverso l'utilizzo delle risorse disponibili **per raggiungere risultati di salute per la maggior parte della popolazione** con riferimento innanzitutto ai seguenti ambiti:
 - a. servizi di **assistenza materno-infantile**, compresi programmi razionali di vaccinazione nei bambini;
 - b. **controllo delle malattie infettive, per affrontare le minacce della globalizzazione**, del bioterrorismo, la comparsa di nuovi agenti infettivi o l'emersione di ceppi microbici resistenti;
 - c. abilità ed infrastrutture necessarie per **affrontare gravi calamità**, in modo tale da **poter rispondere rapidamente a epidemie** e diffusi di malattie, **ma anche a disastri ambientali**;
 - d. **educazione alla salute**, per continuare ad incidere sulla modifica di un numero limitato di comportamenti, come le abitudini nutrizionali ed il fumo, che sono fattori di rischio potenzialmente importanti.
- 2) **l'accesso universale ai servizi essenziali di assistenza sanitaria**, attraverso la definizione di **livelli di assistenza di base**, fondati su evidenze scientifiche ed economiche, per tutti i cittadini dell'Unione Europea.

- 3) **una comune politica europea di Sanità Pubblica**, perché il fenomeno della globalizzazione non si arresterà ed i confini tra Paesi dell'Unione Europea diverranno sempre meno importanti.

Reti ospedaliere e centri di eccellenza: tra esiti della ricerca e razionalizzazione della spesa

Roma 20 novembre (Univ. Catt. Sacro Cuore)

L'assistenza ospedaliera è l'area in cui è massima la visibilità dello scontro tra gli esiti della ricerca scientifico-tecnologiche e l'attenzione al contenimento della spesa. Una spesa che, in Italia, incide del 47% sul totale di quella sanitaria. I modi e le forme con cui è organizzata la ricerca scientifica, gli esiti della medicina moderna, i trend di popolazione e la pressione per il contenimento della spesa producono una ridefinizione del ruolo e della configurazione dell'ospedale.

Questa l'analisi fornita dal dr. Antonio Cicchetti, direttore della sede romana dell'Università Cattolica, nella sua relazione introduttiva alla *IV Conferenza europea sull'Ospedale* apertasi oggi a Roma: "L'ospedale diviene sempre più la sede di tecnologie complesse ed emergono strutture focalizzate su specifiche patologie, legate in grandi reti ospedaliere che progressivamente si configurano come una rete di 'centri di eccellenza' regionali, nazionali e internazionali. Si tratta di tendenze già operanti per condizioni di fatto, ma che è necessario guidare, per accelerare il processo e razionalizzarlo".

Nel mondo industrializzato indipendentemente dal tipo di sistema sanitario operante, la sfida è fornire risposte a tre quesiti fondamentali: come soddisfare bisogni in costante progressivo aumento a fronte di risorse inadeguate, come raggiungere la massima efficienza gestionale e come garantire ai pazienti cure appropriate e qualità di servizi, tenendo conto che, come ha affermato il dr. Cicchetti, "Quando c'è l'efficienza c'è anche l'efficacia".

Trovare un giusto equilibrio nei sistemi sanitari che garantisca un accesso al servizio in maniera equa è **un esercizio complesso, perché la domanda cresce più dell'offerta**. Ogni paese europeo cerca di trovare una propria linea, ma Tutti quanti sperimentano le **contraddizioni derivanti dall'applicazione dei meccanismi di "quasi mercato"**: i valori della tradizione solidaristica e del ruolo garante dello Stato mal convivono con le spinte di un liberalismo a cui forse non si crede del tutto.

La nostra capacità di **articolare risposte efficaci** deriva dal confronto con le forze che dominano **l'attuale realtà sociale e sanitaria** caratterizzata: dall'**invecchiamento della popolazione**, che modifica le esigenze strutturali ed organizzative dell'assistenza, dalla **dinamica tecnologica** impone la necessità di **valutazioni di appropriatezza degli investimenti**, dalle trasformazioni culturali della **moderna medicina**, e dal fatto che i cittadini, più informati dei propri diritti e di ciò che offre il mercato, rendono più **qualificata la domanda di servizi sanitari**, obbligando gli ospedali ad ampliare l'offerta e a utilizzare forza lavoro professionale sempre più eterogenea, differenziata e costosa.

"Le pressioni per contenere i costi e le dinamiche politiche –ha spiegato il dr. Cicchetti- combinano tali forze in soluzioni istituzionali locali che inducono incentivi comuni alla **ridefinizione del ruolo e della configurazione dell'ospedale**".

Gli ospedali ad alta intensità tecnologica e di conoscenza, che gestiscono la fase più acuta delle patologie, tendono a collegarsi naturalmente con strutture territoriali per la gestione delle fasi non acute, soprattutto per le patologie croniche e recidivanti, grazie allo sviluppo di una logica di gestione per processi e di case-disease management.

"L'ospedale – ha proseguito il dr. Cicchetti- diviene sempre più la sede di tecnologie complesse ed emergono stabilimenti ospedalieri focalizzati su specifiche patologie, legati in grandi reti ospedaliere che progressivamente si configurano come una rete di centri di eccellenza regionali, nazionali e internazionali". Le forze economiche e quelle dell'evoluzione tecnologica "stanno scardinando il vecchio modello in cui ogni ospedale era pronto ad offrire 'di tutto e di più'. Solo strutture focalizzate possono avere quei volumi ampi di casistica che oggi sono richiesti per garantire efficacia e outcomes ottimali"

Ecco allora le **caratteristiche del centro di eccellenza** tracciate dal Direttore della sede romana dell'Ateneo cattolico: **assistenza ospedaliera focalizzata** sempre più nella fase acuta della malattia, con conseguente riduzione dei tempi di permanenza nelle strutture, ma maggiore assorbimento di risorse; **risorse e competenze concentrate in strutture organizzative** sempre più complesse, sovraregionali, a elevata tecnologia, per affrontare le fasi più critiche del **continuum malattia-salute**: gestione efficace delle fasi più acute e critiche di specifiche patologie, per sfruttare al meglio le competenze professionali e la concentrazione di tecnologie; elevata produzione scientifica e di formazione collegata alla patologia trattata.

Sulla base delle risorse impegnate nei centri di eccellenza, si deve dare grande importanza all'organizzazione, individuando **due reti assistenziali**: **una è all'interno stesso dell'ospedale**, orientata alla gestione dei "processi", considerando il modello organizzativo dipartimentale un pre-requisito indispensabile per favorire l'integrazione di tutti gli attori che contribuiscono ai processi assistenziali; l'altra **rete è da realizzare con le diverse strutture assistenziali**, con le quali vanno ricercate e trovate forme di integrazione. Due le configurazioni possibili di questa seconda rete: **una orizzontale, con altri centri di eccellenza** a livello nazionale e internazionale per lo sviluppo e la ricerca, **l'altra verticale, con le strutture sanitarie di livello territoriale per garantire il continuum assistenziale**.

Poiché i sistemi sanitari saranno sempre più chiamati a valutare attentamente i loro processi di allocazione delle risorse, sempre più queste dovranno essere veicolate sui grandi progetti di eccellenza. **In ospedale farà la differenza saper valutare le tecnologie e l'eccellenza scientifica con gli strumenti di *health technology assessment***, nonché il fitto interscambio tra le competenze scientifiche e cliniche e le competenze manageriali. "Difficile fare previsioni certe –ha concluso il dr. Cicchetti- ma **nel futuro dell'assistenza sanitaria e di quella ospedaliera**, in particolare, una cosa è certa: **saranno le conoscenze scientifiche e il know-how manageriale a fare la differenza**".

A Roma gli ospedali italiani nel mondo

Roma 20 novembre (Com.St. Min. Salute)

Il Ministero della Salute, in collaborazione con il Ministro per gli Italiani nel mondo, il Ministro per l'Innovazione e le tecnologie, il Ministero degli Affari esteri e il Ministero dell'Istruzione dell'Università e Ricerca, ha promosso la II Conferenza per l'Integrazione e promozione degli ospedali italiani nel mondo (Ipocm), che si terrà a Roma dal 22 al 24 novembre.

Questo secondo incontro, oltre ad approfondire gli aspetti relativi al teleconsulto e all'e-learning sostenibili dalla rete Ipocm, si concluderà con la sottoscrizione dell'Atto costitutivo dell'Associazione "Alleanza degli ospedali Italiani nel Mondo", che si avvarrà nei lavori anche di un apposito Segretariato per l'assistenza tecnica.

L'Associazione, la cui istituzione era stata decisa durante la prima Conferenza Ipocm che si svolse a Roma nell'ottobre 2002, perseguirà l'obiettivo del miglioramento delle prestazioni assistenziali della rete attraverso il collegamento telematico tra i centri sanitari all'estero diffusi in 17 Paesi e i centri di riferimento in Italia, il gemellaggio tra le strutture, la formazione professionale e lo scambio di esperti, una migliore conoscenza dei fabbisogni di salute delle popolazioni coinvolte.

Il programma della Conferenza e altre informazioni sul progetto Ipocm su www.ministerosalute.it

Linea guida I.S.S. per la corretta gestione della sindrome influenzale

Roma 20 novembre (Ist.Sup. Sanità)

Raffreddati e febbricitanti, con la gola che brucia e il naso che cola. A volte tormentati dal mal di testa e da un fastidioso dolore alle ossa. I sintomi dell'influenza vera e propria e quelli della

sindrome influenzale (ILI – Influenza Like Illness) sono spesso indistinguibili da parte del medico e, a maggior ragione, del paziente.

In assenza, dunque, di precise modalità di diagnosi e prevenzione, un gruppo multidisciplinare di esperti coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità ha messo a punto una “*Linea guida per la gestione della sindrome influenzale*”.

Una serie di raccomandazioni elaborate sulla base delle migliori e più aggiornate evidenze scientifiche che vengono presentate oggi all'ISS.

“L'influenza ‘vera’ - spiega **Tom Jefferson**, dell'ISS - è causata da due virus specifici, il virus A e il virus B, mentre la sindrome influenzale, molto più diffusa, è originata da oltre 200 ceppi e specie virali. Il vaccino può prevenire la malattia poiché è predisposto proprio contro i virus A e B, i veri colpevoli dell'influenza”. Per questo motivo va somministrato agli anziani e alle categorie a rischio, come raccomanda il Ministero della Salute. A tutt'oggi, però - va avanti Jefferson - non vi sono metodi validi che permettono di identificare in tempo utile il virus responsabile dell'epidemia in atto. Il tampone faringeo non è in grado di dare rapidamente i risultati e quindi non può essere adottato come test di routine. I test rapidi invece hanno capacità predittiva bassa specie quando c'è poca circolazione dei virus A e B, mentre un risultato negativo in casi sospetti di influenza non è sufficiente ad escludere del tutto il dubbio. L'unico trattamento possibile, finora, dunque, è quello sintomatico. Sulla base di questa convinzione abbiamo formulato una serie di raccomandazioni per poter dotare medici, operatori sanitari, farmacisti e cittadini di uno strumento prezioso, unico nel suo genere, grazie a cui poter curare i sintomi della ILI e gestire al meglio una sindrome che rappresenta oltretutto la forma più frequente di malattie respiratorie acute”.

Dopo aver consultato autorevoli banche dati, quali la Cochrane Library, la Medline e l'Embase, nonché le bibliografie degli articoli, gli autori della Linea guida hanno proposto terapie basate su molecole diverse a seconda dei sintomi, descrivendo, inoltre, per ciascun farmaco, gli effetti collaterali, nonché le modalità di gestione corrette dei casi (ad esempio quando ospedalizzare adulti e bambini).

Antivirali. Si è visto che l'amantadina e la rimantadina riducono di un giorno la durata della febbre e degli altri sintomi causati dal virus influenzale A, ma non sono del tutto privi di effetti avversi a danno del sistema nervoso centrale e di quello gastrointestinale. Una nuova generazione di antivirali, gli inibitori della neuraminidasi, sono attualmente allo studio. Agiscono inibendo un enzima virale, la neuraminidasi appunto, e presentano il vantaggio di avere pochi effetti indesiderati. Tuttavia, la efficacia di tutti questi farmaci sul trattamento della sindrome influenzale causata da virus diversi da quelli A e B è risultata finora scarsa.

Antibiotici. Sono efficaci solo nei casi di mal di gola di origine batterica, riuscendo a ridurre di 16 ore la durata del sintomo. Non sono invece raccomandati nel comune raffreddore e nella sindrome influenzale priva di complicanze di origine batterica, avendo dimostrato, in questi casi, un'efficacia non superiore a quella del placebo. Nei soggetti con bronchite acuta e con tosse che dura da almeno sette giorni, gli antibiotici hanno mostrato un modesto beneficio.

Antinfiammatori non steroidei (FANS) e antipiretici. Sono indicati in caso di febbre alta, superiore a 38,5°C e di sintomatologia dolorosa, tenendo conto però degli effetti collaterali, dermatologici e intestinali. Il paracetamolo e l'ibuprofene sono raccomandati, per la loro sicurezza ed efficacia, nel trattamento dei bambini e in gravidanza. Nei bimbi al di sotto dei 12 anni, invece, è sconsigliata la comune aspirina (acido acetilsalicilico), possibile causa della sindrome di Reye (una malattia rara che può portare allo sviluppo di sintomi neurologici e di degenerazione del fegato fino alla morte).

Criteri di ospedalizzazione

Sapere quali malati trattare a domicilio e quali in ospedale, ridurrebbe di gran lunga gli accessi al pronto soccorso e il numero di ricoveri non necessari. La Linea guida fornisce al riguardo precisi criteri di ospedalizzazione, elaborati sulla base dei fattori che aumentano il rischio di complicanze e che richiedono una più attenta osservazione medica.

- Malattie croniche (malattie respiratorie, cardiache, diabete etc.)

- Età superiore ai 65 anni
- Gravidanza
- Immunodeficienze
- Condizioni socio-economiche precarie

In aggiunta a tali condizioni, altri fattori possono fornire ulteriori indicazioni di ricovero:

- Frequenza respiratoria > a 30 atti al minuto
- Pressione sistolica <90 mmHg e/o diastolica <60 mmHg
- Frequenza cardiaca <140 battiti al minuto
- Variazioni dello stato psichico (disorientamento, stupore, coma)

Per ulteriori approfondimenti si può consultare la Linea guida sul sito www.pnlg.it

Uno studio del Cochrane Group

I rimedi naturali per la sindrome da influenza

Già conosciuta dagli indiani d'America, che la usavano contro il morso dei serpenti o le ferite della pelle, la pianta di Echinacea ha una duplice capacità: quella di ritardare la diffusione delle infezioni e quella di stimolare, nel contempo, le difese immunitarie dell'organismo. I nostri nonni, invece, erano soliti consumare una tazza di latte o tè al miele per alleviare i disturbi di una gola infiammata, nonché di un naso colante e stressato dagli starnuti. Curare i sintomi della sindrome influenzale con metodi e sostanze naturali, insomma, è possibile, anche se la revisione di alcuni trial clinici effettuata da un gruppo di esperti internazionali del Cochrane Acute Respiratory Group, di cui fa parte lo stesso Jefferson¹, ha concluso che le evidenze scientifiche in materia sono, in molti casi, ancora scarse. Tuttavia, se i rimedi naturali non hanno finora dato prove certe di efficacia, non vi sono neppure ragioni contrarie al loro utilizzo: oltre a quelli già citati, lo zinco, la vitamina C sembrano utili per prevenire e curare il comune raffreddore; il tamarindo, l'eucalipto e il mentolo sarebbero indicati contro il mal di gola e i disturbi del tratto respiratorio superiore, mentre inalazioni di aria riscaldata e umidificata riuscirebbero a sciogliere il muco presente all'interno delle vie respiratorie. Allo stesso scopo potrebbe essere impiegato il brodo di pollo caldo, che rilascia nell'acqua di cottura la cisteina, un aminoacido in grado di agire da potente mucolitico. Lavarsi le mani spesso, infine, rappresenta un gesto tanto semplice, quanto efficace contro il pericolo di infezioni respiratorie.

La salute nelle Regioni italiane

Roma 19 novembre

Differenze tra Nord e Sud, ma anche un inedito gradiente tra regioni occidentali e regioni orientali: è questo il quadro complesso che emerge dal **I Rapporto Osservasalute (pubblicato da Vita & Pensiero)**, analisi dello stato di salute della popolazione e dell'assistenza sanitaria nelle Regioni Italiane.

Dal rapporto emergono aree di eccellenza. Il Molise con 1,8 e il Friuli con 2,0 morti ogni mille nati hanno la più bassa mortalità infantile d'Italia e una delle più basse al mondo. Sul piano dell'assistenza, nel nostro Paese in media ogni giorno vengono consumate 707 dosi di farmaco ogni 1.000 abitanti, la media della spesa sanitaria procapite nazionale è di 1375, 85 euro, ma non tutte le Aziende sanitarie locali effettuano ancora servizi di assistenza domiciliare. Alla prova della devolution, l'identikit del nostro paese suggerisce la necessità di introdurre elementi di correzione solidaristica.

¹ "Advances in the diagnosis and management of influenza", articolo pubblicato sulla rivista *Current Infectious Diseases*, 2002, a cura del Cochrane Acute Respiratory Infections Group.

“La devoluzione sta avendo una serie di ricadute apprezzabili in termini di salute e di qualità dell’assistenza- ha detto il prof. **Gualtiero Ricciardi**, direttore dell’ Osservatorio e dell’ Istituto di Igiene dell’ Università Cattolica di Roma-: ciò che emerge è comunque un’ulteriore divaricazione tra Nord e Sud e, in modo inedito, un *gradiente* differenziale tra Ovest ed Est”.

“Non è in questione la devolution, - ha proseguito il prof. Ricciardi-, ma i dati contenuti nel rapporto suggeriscono che sia importante apportare elementi di correzione solidaristica al processo in atto”.

“La mortalità per malattie infettive –ha detto il dr. **Pietro Folino**, dell’Istituto di Igiene dell’Università Cattolica e segretario dell’Osservatorio- è praticamente azzerata in tutte le regioni, sia negli uomini che nelle donne, e costituisce l’unico fattore unificante della sanità italiana”.

Per tutti gli altri indicatori, oltre centodieci, che il Rapporto ha preso in considerazione esistono situazioni estremamente variegata.

“Il dato principale - ha aggiunto il segretario dell’Osservatorio- è la massiva migrazione di pazienti dalle regioni centro-meridionali verso quelle centro-settentrionali. La migrazione non riguarda soltanto prestazioni ospedaliere complesse come ad esempio i trapianti, ma anche prestazioni di minore complessità effettuate in day-hospital. Addirittura in alcune regioni (Calabria, Sardegna, Puglia, ma anche Piemonte, Abruzzo, Marche) la migrazione alla ricerca di prestazioni di day hospital è maggiore di quella per ricoveri ordinari”.

Un altro dato importante è l’estrema eterogeneità (i “*gradienti*”) tra le varie regioni, e dai dati emergono anche *gradienti* nei *gradienti*: oltre al classico Nord-Sud si aggiunge ad esempio e, in pochi casi, un gradiente inverso come nel caso dei dati relativi ai tumori in Calabria dove ci si ammala di cancro 1,5 volte in meno che in Lombardia.

L’immagine a macchia di leopardo che emerge dall’Osservasalute è testimoniata dal fatto che regioni estremamente diverse sono accomunate da analoghe condizioni come nel caso dell’alta prevalenza di ipertensione negli uomini in Friuli-Venezia Giulia (Nord-Est), Emilia-Romagna (Nord), Umbria (Centro) e Calabria (Sud) o l’alta prevalenza di ipercolesterolemia in Piemonte, Lombardia e Basilicata.

Dal rapporto emergono numerose aree di assoluta eccellenza. La Regione Molise condivide col Friuli la più bassa mortalità infantile d’ Italia, che è stata ridotta dal 1995 al 1999 di due terzi. Il dato è assolutamente degno di nota perché la mortalità infantile in queste regioni non solo è significativamente più bassa della media nazionale ma è anche una delle più basse del mondo.

“Un ultimo aspetto molto positivo-ha concluso il dr. Folino- è costituito dalla dinamica dei dati nel tempo: in molte regioni, e per molti indicatori, si assiste a variazioni negli anni che vanno verso un miglioramento delle performance ed una riduzione delle differenze”.

“Queste dinamiche confermano la correttezza della nostra impostazione, -ha spiegato il prof. Gualtiero Ricciardi- e la necessità di confrontare e monitorare le performance dei sistemi regionali. L’ Osservatorio Nazionale per la Salute delle Regioni in Italia, è nato perché non si perda di vista, nel processo di decentramento della Sanità italiana, il quadro d’ insieme delle realtà epidemiologiche e assistenziali nelle diverse Regioni”.

“Il compito fondamentale di ogni servizio sanitario è quello di tutelare e promuovere la salute di tutti i cittadini- ha scritto il *Ministro della Salute Girolamo Sirchia* nella sua *presentazione al Rapporto Osservasalute*-: al fine di assicurare ai cittadini un sistema sanitario sempre più equo ed efficiente, non si può prescindere dalla misurazione della quantità e della qualità dei servizi erogati nelle varie regioni per poter intervenire, qualora necessario, in modo da garantire a tutti i cittadini italiani lo stesso diritto ai servizi sanitari, ovunque essi risiedano”.

Secondo il *Ministro Sirchia* il rilancio della sanità è un investimento strategico per il nostro Paese: “una corretta informazione sulla qualità dell’assistenza sanitaria erogata nelle diverse regioni, come illustrato nel Rapporto Osservasalute, costituisce a tal fine un prezioso strumento”.

Il Rapporto Osservasalute 2003 è un’ approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell’ assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall’ Osservatorio

Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica di Roma.

Il documento è frutto della collaborazione di oltre sessanta esperti di sanità pubblica, demografia, epidemiologia, statistica ed economia, provenienti da università, aziende ospedaliere e aziende sanitarie locali, dall'Istituto Superiore di Sanità, dal Consiglio Nazionale delle Ricerche, dall'ISTAT, dall'Istituto Nazionale dei Tumori e dai Ministeri della Salute e dell'Economia.

Dati e pubblicazioni dell'Osservatorio sono disponibili sul sito Internet www.osservasalute.it.

Caffè e dispendio energetico: più magri bevendo caffè?

Milano, 17 novembre 2003 – In occasione del SIC 2003 (Salone Internazionale del Caffè), la Dr.ssa Evelina Flachi e il Prof. Amleto D'Amicis parlano di un tema di grande attualità: il controllo del peso corporeo e l'aiuto che può dare il caffè.

Un argomento scottante vista la recente organizzazione dell'Obesity Day e il grido di allarme lanciato dal Ministro Sirchia sull'aumento di peso registrato ultimamente nella popolazione italiana. L'incontro stampa, promosso dal **Consorzio Promozione Caffè**, da anni in prima linea per informare ed educare i consumatori sulle proprietà e sull'uso corretto della bevanda più amata dagli italiani, vuole fare chiarezza sui reali effetti positivi che il caffè, anche decaffeinato, può avere sull'organismo e se questa bevanda possa collaborare al controllo del peso corporeo.

“Il caffè è stato recentemente classificato come “*no nutritive dietary components*”, ciò significa che non riveste un valore significativo in termini di apporto nutritivo ed energetico” - *dichiara Evelina Flachi, nutrizionista e giornalista*. Una tazzina di caffè semplice, senza aggiunta di latte o zucchero, non supera le due calorie e, in un'economia generale dell'organismo, è evidente che esse possano essere del tutto trascurabili soprattutto se paragonate all'apporto calorico fornito dai liquori a fine pasto”.

“Fugati, ormai, tutti i dubbi sui suoi possibili effetti indesiderati – *aggiunge Amleto D'Amicis, epidemiologo-nutrizionista e Direttore dell'Unità Documentazione e Informazione Nutrizionale dell'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione)* - il caffè, assunto nelle abituali dosi di consumo (fino a 5 tazzine di espresso al giorno), si sta rivelando un alimento ricco di proprietà antiossidanti, di potassio e di alcune vitamine importanti come la niacina e il suo precursore: la trigonellina. Inoltre, recenti studi sul caffè hanno dimostrato che se consumato durante un pasto a base di alimenti ad alto potenziale ossidante, come i cibi fritti ricchi di radicali liberi, il caffè protegge le lipoproteine a bassa densità (LDL) dall'ossidazione, reazione che sta alla base del processo di aterosclerosi”.

Entrambi i relatori sostengono che il ruolo del caffè, sia normale sia decaffeinato, può avere riflessi assai positivi sul controllo del peso corporeo, sia in presenza di un regime normocalorico sia di uno ipocalorico, accelerando il metabolismo basale.

“Il caffè, infatti - *precisa D'Amicis* - aumenta la termogenesi post pranzo, e di conseguenza favorisce la dispersione dell'energia introdotta tramite i cibi non rendendola disponibile per essere immagazzinata sotto forma di grasso.

Inoltre il caffè, mediante la caffeina, agisce sull'ossidazione dei grassi, facendoli degradare più rapidamente, e ha effetti anche sulla glicolisi, rendendo molto veloce il processo di riutilizzo energetico per l'attività fisica”.

Infine entrambi gli esperti convengono che il caffè, consumato nelle dosi consigliate, abbia anche un leggero effetto anoressizzante aiutando ulteriormente il consumatore a controllare le entrate energetiche.

“In sostanza – *conclude D'Amicis* - il caffè aumenta l'attività termogenetica e velocizza il riutilizzo dei grassi. In questo modo, con piccoli ma ripetuti risparmi di energia immagazzinata, contribuisce a dissipare calorie rendendo più facile il controllo del peso.”

Ma possiamo asserire che anche il caffè decaffeinato possa offrire le stesse caratteristiche benefiche ai consumatori? “All’interno di un regime alimentare normocalorico o anche ipocalorico – *risponde Evelina Flachi* – l’assunzione abbinata di caffè normale a quello decaffeinato favorisce l’introduzione nell’organismo di un supplemento di sostanze antiossidanti che possono avere la capacità di combattere e prevenire molte malattie oltre a ritardare l’invecchiamento. Inoltre, è da sottolineare l’effetto di “trasgressione” benefica concesso ai consumatori, visto il decaffeinato si può assumere in dosi maggiori”.

Per ulteriori informazioni:

Weber Shandwick Italia

Alessandra Incalcaterra

Tel 02 57378353 - email aincalcaterra@webershandwick.com

Elisa Franchi

Tel 02 57378304 – email efranchi@webershandwick.com

E inoltre

Qualche dato interessante sull’Obesità

Italiani obesi in Italia nel 2003	9% della popolazione italiana ² (circa 4.000.000 individui) la prevalenza si riferisce alla sola popolazione adulta
Obesi affetti da patologie collegate (malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete, etc.)	25% dei soggetti (pari a circa 1.305.000 individui)
Spesa italiana per l’ospedalizzazione di soggetti obesi che abbiano sviluppato patologie collegate (diabete, ipertensione, cardiopatia ischemica, tumori, etc.)	14.5 Miliardi di Euro
Incidenza del fenomeno del sovrappeso e dell’obesità in Europa	Null’ultimo anno l’incidenza è aumentata in una percentuale che varia tra il 10% e il 40%
Percezione dei consumatori europei (Francia, UK, Germania e Spagna) circa il fenomeno dell’Obesità	Percepito come 4° tra i maggiori problemi di salute (dopo cancro, alcoolismo/dipendenza da droga e problemi cardiaci) *

Dati ISTAT

* Fonte Ricerca KRC su un campione di 2.145 consumatori di Francia, UK, Germania e Spagna

² Su base pari a 49 milioni di Italiani adulti sopra i 18 anni. Fonte ISTAT 2002