



RASSEGNA STAMPA

18/02/2016

1. SOLE 24 ORE Farmaci, ipotesi di sconto sul deficit
2. ANSA Tumori: AIOM, per HPV gli uomini più a rischio di donne
3. ASKA Papilloma virus, uomini 5 volte più a rischio delle donne
4. REPUBBLICA.IT Scoperta proteina-vettore delle cellule tumorali
5. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Scoperta la proteina che «alimenta» il cancro
6. QUOTIDIANO SANITÀ Responsabilità professionale. Commissione Sanità adotta ddl
7. CORRIERE DELLA SERA Medicina, non solo welfare investire in tecnologia
8. PHARMA STAR Oppioidi, utilizzo più che raddoppiato
9. AVVENIRE Trapianti in Italia, aumento continuo
10. STAMPA “La mia dolce morte in Svizzera diecimila euro per non soffrire più”
11. REPUBBLICA La scienza e gli animali
12. TEMPO Un farmaco per tornare a muovere le mani
13. ILSOLE24ORESANITA.COM Risk, quanto pesano le linee guida
14. ADN KRONOS Influenza, raggiunto il picco: più colpita fascia 5-14 anni
15. LIBERO QUOTIDIANO Sotto le Regioni la sanità si è ammalata
16. AVVENIRE Embrioni da selezionare? Parla la Corte
17. HEALTH DESK Rimandare la paternità non fa bene al nascituro

Sanità. Per le imprese ripiani 2013-15 meno pesanti

Farmaci, ipotesi di sconto sul deficit

IL CONFRONTO

Al tavolo sulla farmaceutica tra Governo e Regioni in discussione il pay-back e i tetti di spesa, resta il rebus ospedali

Roberto Turno

■ È un rosso shock quello che si sta profilando per la spesa farmaceutica ospedaliera pubblica. Secondo le proiezioni a fine anno depositate al tavolo sulla governance farmaceutica nel 2015 il disavanzo sfiorerà 1,695 mld. Risultato: per le industrie farmaceutiche si prospetterebbe un pay back da 847,08 mln. Ma non basta: il ripiano a loro carico sarebbe dal 2013 al 2015 di 1,809 mld. Una cifra da capogiro, che somma tre anni di deficit bloccati dalle pronunce del Tar che per mancanza di trasparenza hanno mandato gambe all'aria le procedure messe in moto dall'Aifa per i ripiani 2013-2014.

E con queste cifre davanti che al tavolo della governance farmaceutica si sta ragionando dei capitoli pay back e tetti. Materie spinose, sulle quali presto si dovrà decidere, come hanno ben chiaro tutte le parti istituzionali (Governo, Regioni, Aifa) per rifare ordine e fare trasparenza, oltretutto per dare certezza ai bilanci. Ecco così che al tavolo-governance è spuntata anche l'ipotesi di arrivare ad accordi specifici con le imprese interessate: si ragiona così su transazioni dell'ordine dell'80-90% delle cifre dello sfondamento in ballo. Questo per il passato. Aspettando che dal tavolo emergano anche le

soluzioni per il futuro alla voce pay back. E aspettando di trovare il veicolo legislativo (ci vuole una legge) più adatto.

Un veicolo legislativo che andrà trovato anche per dare una soluzione al rebus dei tetti di spesa a partire appunto da quello per l'ospedaliera che s'è rivelato fragilissimo e assolutamente inadeguato. Ecco così che sono spuntate ipotesi di più tetti per singole categoria. L'ha lanciata per prima l'Aiom (associazione di oncologia medica), proponendo un fondo ad hoc per i farmaci oncologici, finanziato anche con l'aumento (1 centesimo) delle accise sulle sigarette. Proposta, quella dell'Aiom, ripresa dall'Aifa, con tanto di tetti di spesa per macroaree terapeutiche e con un fondo ad hoc per gli innovativi. Fatto sta che, a quanto pare, le Regioni non ci stanno, temono rischi a loro carico. Mentre tra le controindicazioni ci sarebbero i dubbi sulla capacità di gestire tanti micro tetti di spesa, e la anche l'esperienza britannica dove il Cancer Found è stato mestamente superato per le palesi difficoltà di gestione sul piano della ripartizione e dell'accesso. Farebbe di meglio l'Italia? E sarebbero d'accordo tutte le industrie, dato che, ad esempio per l'oncologia, il 50% dei 2,5 mld di mercato sono in mano a un pugno di aziende? Forse oggi, alla ripresa dei lavori del tavolo sulla farmaceutica, potranno arrivare le prime risposte. In attesa di una legge.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE CIFRE

847 milioni

I farmaci in ospedale

Lo sfondamento del tetto di spesa stimato dall'Aifa per il 2015 a carico delle industrie farmaceutiche su un totale di 1,69 miliardi

1,809 miliardi

Il disavanzo 2013-2015

Lo sfondamento di spesa del tetto di spesa accumulato nel triennio che andrebbe a carico delle industrie farmaceutiche su un totale di 3,53 mld





17-02-2016

Lettori
137.040

<http://www.ansa.it>

TUMORI: AIOM, PER HPV GLI UOMINI PIÙ A RISCHIO DI DONNE

(ANSA) - ROMA, 17 FEB - In Italia solo il 70% delle dodicenni aderisce alla vaccinazione contro il Papilloma Virus Umano (HPV). Tre ragazze su dieci non sono quindi coperte da questo strumento di prevenzione, in grado di proteggere da una delle neoplasie più frequenti nelle giovani donne (under 50), il tumore del collo dell'utero, che nel 2015 in Italia ha fatto registrare circa 2.100 nuovi casi. Non solo. L'HPV può causare il cancro a altre parti del corpo come vulva, vagina, pene, ano, bocca e faringe. Anche gli uomini sono a rischio: si è calcolato che un maschio ha una probabilità 5 volte superiore rispetto alla donna di infettarsi e spesso non è consapevole di essere portatore del virus. Ma ad oggi solo Liguria, Puglia, Sicilia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Calabria, Molise e in Sardegna le Asl di Sassari e Olbia hanno esteso l'offerta gratuita e attiva ai ragazzi nel dodicesimo anno di vita. Per sensibilizzare i cittadini sull'importanza della profilassi, l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) ha realizzato la prima guida al vaccino anti-HPV distribuita in tutte le Oncologie del nostro Paese e nelle farmacie. Il progetto è reso possibile grazie al contributo incondizionato di Sanofi Pasteur MSD. "Siamo ancora molto lontani dall'obiettivo fissato di una copertura pari al 95%" spiega Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM. "Un terzo del totale delle infezioni si registra nei maschi" continua Pinto. L'Italia è stato il primo Paese in Europa a stabilire la gratuità della vaccinazione anti-HPV e ad assicurarne, contestualmente, la commercializzazione e la rimborsabilità nell'ambito di un programma nazionale. Tutte le Regioni hanno avviato i piani di vaccinazione contro l'infezione da HPV entro la fine del 2008. (ANSA).

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

Papilloma virus, uomini 5 volte più a rischio delle donne

Da Aiom prima guida al vaccino per sensibilizzare i cittadini

Roma, 17 feb. (askanews) - In Italia solo il 70% delle dodicenni aderisce alla vaccinazione contro il Papilloma Virus Umano (HPV). Tre ragazze su dieci non sono quindi coperte da questo fondamentale strumento di prevenzione, in grado di proteggere da una delle neoplasie più frequenti nelle giovani donne (under 50), il tumore del collo dell'utero, che nel 2015 in Italia ha fatto registrare circa 2.100 nuovi casi. Non solo. L'HPV può causare il cancro a altre parti del corpo come vulva, vagina, pene, ano, bocca e faringe. Anche gli uomini sono a rischio: si è calcolato che un maschio ha una probabilità 5 volte superiore rispetto alla donna di infettarsi e spesso non è consapevole di essere portatore del virus.

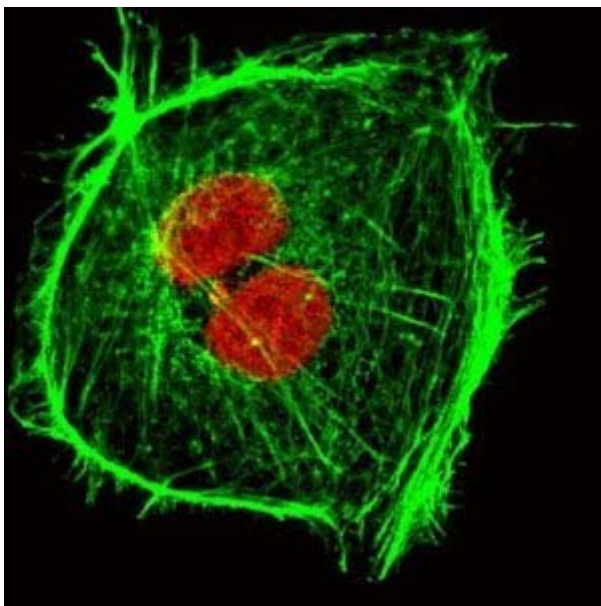
Ma ad oggi solo Liguria, Puglia, Sicilia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Calabria, Molise e in Sardegna le Asl di Sassari e Olbia hanno esteso l'offerta gratuita e attiva ai ragazzi nel dodicesimo anno di vita. Per sensibilizzare i cittadini sull'importanza della profilassi, l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) ha realizzato la prima guida al vaccino anti-HPV distribuita in tutte le Oncologie del nostro Paese e nelle farmacie. Il progetto è reso possibile grazie al contributo incondizionato di Sanofi Pasteur MSD. "Siamo ancora molto lontani dall'obiettivo fissato di una copertura pari al 95% - **spiega il prof. Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM** -. La vaccinazione è indicata sia nei maschi che nelle femmine a partire dai 9 anni di età. La decisione di alcune Regioni di includere gli uomini è un provvedimento importante che dovrà essere esteso anche al resto del territorio per portare a una riduzione significativa del numero di cittadini infettati e portatori del virus". Esistono oltre 120 varianti dell'HPV, che si differenziano a seconda del tessuto che colpiscono e per la gravità degli effetti. I tipi 16 e 18 sono ad alto rischio e sono responsabili di circa il 70% di tutti i tumori del collo dell'utero e possono causare anche il cancro a vulva, vagina e ad altre parti del corpo come ano e pene e al distretto testa-collo. "Un terzo del totale delle infezioni si registra nei maschi - **continua il prof. Pinto** -. Le donne dispongono di esami utili come il Pap-test, l'HPV DNA Test e la colposcopia, attraverso cui è possibile riconoscere le lesioni pre-cancerose per poterle efficacemente trattare prima che la malattia si sviluppi. Per l'uomo invece non vi sono al momento programmi di screening adeguati e il trattamento delle lesioni è purtroppo tardivo". L'Italia è stato il primo Paese in Europa a stabilire la gratuità della vaccinazione anti-HPV e ad assicurarne, contestualmente, la commercializzazione e la rimborsabilità nell'ambito di un

programma nazionale. Tutte le Regioni hanno avviato i piani di vaccinazione contro l'infezione da HPV entro la fine del 2008. Questa viene offerta attivamente e gratuitamente alle dodicenni tramite i servizi vaccinali del Servizio Sanitario Nazionale in tutte le Regioni. Alcune hanno allargato l'offerta attiva dell'immunizzazione anche a ragazze di altre fasce di età. "Contro l'HPV - **conclude il prof. Pinto** - disponiamo oggi di un'arma decisamente importante, che permette di giocare d'anticipo, la vaccinazione. Rappresenta uno strumento di prevenzione primaria contro i tumori, l'unica strategia veramente efficace per non entrare in contatto con il virus".

<http://la.repubblica.it/salute>

Scoperta proteina-vettore delle cellule tumorali: cancellarla evita estensione metastasi

Si chiama Mical2. Uno studio internazionale coordinato dai ricercatori della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa ne ha verificato la presenza significativa nel carcinoma gastrico e in quello renale, ma soprattutto svelandone il ruolo nel 'trasporto' delle cellule malate verso organi sani. Da qui la prospettiva di un farmaco che, disinnescandola, possa fermare la malattia



Cellule tumorali in cui è stata 'spenta' MICAL2 (fonte: Laboratorio Angeloni, Febbraio 2016) ELIMINARE una proteina può rendere inattive le cellule tumorali, evitando che si spostino verso i tessuti sani. E' la scoperta di un gruppo di ricercatori dei Laboratori di scienze mediche dell'Istituto di scienze della vita della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, che apre nuovi scenari per la messa a punto di farmaci in grado di evitare la proliferazione delle cellule cancerose. La ricerca è pubblicata su ['Oncontarget'](#) ed è stata finanziata dall'Istituto toscano tumori, impegnando un'ampia rete di centri di ricerca italiani e stranieri, con la Scuola Sant'Anna in qualità di istituzione capofila.

La proteina Mical2. Il nuovo 'attore' individuato sulla scena della crescita tumorale e della diffusione di metastasi è la proteina Mical2, che aiuta le cellule cancerose a sfuggire dalla massa del tumore andando a colonizzare gli organi distanti. Grazie a questa scoperta, i ricercatori hanno osservato per la prima volta come Mical2 sia presente in misura significativa nel carcinoma gastrico e in quello renale, in particolare negli stadi più aggressivi della malattia, ma assente nei corrispettivi tessuti normali. Inoltre, le cellule tumorali in cui è presente la proteina sono localizzate proprio al fronte invasivo del tumore, e nelle masse distaccate che in un secondo momento colonizzeranno gli organi distanti per formare nuove metastasi.

Quando la proteina Mical2 viene eliminata dalle cellule tumorali attraverso tecniche di ingegneria genetica, queste tornano ad acquisire una forma normale, presentando una minore capacità di proliferare, e soprattutto non appaiono più in grado di invadere la matrice circostante.

E' noto da tempo ai ricercatori che la capacità invasiva delle cellule tumorali è determinata da diversi fattori, come la modificazione della morfologia della cellula, la capacità di proliferare e le dinamiche di adesione e di motilità su una superficie. La proteina Mical2 - sottolineano gli scienziati - è capace di influenzare tutti questi aspetti, probabilmente grazie alla sua capacità di modificare in maniera chimica un componente fondamentale dell'ossatura della cellula, la 'F actina' del citoscheletro.

Un biomarcatore diagnostico. La ricerca suggerisce dunque che Mical2 può essere una specie di biomarcatore diagnostico nella progressione tumorale e un possibile bersaglio terapeutico nella prevenzione del processo metastatico. "Caratterizzando meglio il meccanismo di azione della proteina Mical2, e il fatto che venga 'accesa' nelle cellule tumorali - spiega la coordinatrice dello studio, Debora Angeloni - punteremo a progettare farmaci che possano bloccare la diffusione delle cellule tumorali".

"Le metastasi, uno dei tratti distintivi della malattia tumorale - continua la ricercatrice - sono perlopiù tipiche delle fasi avanzate del tumore e sono responsabili della maggior parte delle morti per cancro. L'ostacolo principale alla loro eliminazione è la resistenza ai farmaci chemioterapici o ai trattamenti radioterapici. Spesso, infatti, le cellule metastatiche presentano nuove mutazioni genetiche rispetto al tumore di origine, che ne complicano il trattamento. Tuttavia, una migliore comprensione dei meccanismi biologici che stanno alla base dello sviluppo metastatico - conclude - consentirà di sviluppare trattamenti sempre più specifici ed efficaci".

PISA STUDIO DELLA SCUOLA SUPERIORE SANT'ANNA

Scoperta la proteina che «alimenta» le metastasi tumorali

● **ROMA.** Una proteina "amica" dei tumori aiuta le cellule malate a fuggire dall'ambiente soffocante in cui si trovano, povero di ossigeno e nutrienti, le accompagna in cerca di tessuti sani in cui stabilirsi, facendo sviluppare un nuovo tumore, e solo allora smette di funzionare. Di conseguenza è sufficiente cancellare questa proteina, chiamata Mical2, per bloccare le metastasi.

Descritta sulla rivista *Oncotarget* dal gruppo internazionale guidato dalla Scuola Superiore Sant'Anna, la proteina potrebbe diventare un nuovo bersaglio per futuri farmaci anticancro e uno strumento utile per la diagnosi.

«Caratterizzando meglio il meccanismo di azione della proteina Mical2 e il fatto che venga "accesa" nelle cellule tumorali, punteremo a progettare farmaci che possano bloccare la diffusione delle cellule tumorali», ha detto la coordinatrice della ricerca, Debora Angeloni, dell'Istituto di Scienze della Vita della Scuola Superiore Sant'Anna. «Per arrivare a delle applicazioni - ha aggiunto - saranno comunque necessarie ancora molte sperimentazioni, a vari livelli. C'è ancora moltissimo lavoro da fare».

Per ora i ricercatori hanno osservato la proteina che favorisce le metastasi solo in laboratorio, analizzando tessuti prelevati da tumori. A colpire i ricercatori è stata la capacità della proteina Mical2 di modificare un componente fondamentale dell'ossatura della cellula chiamato "F actina". Così sono andati a vedere se questo accadeva anche nelle cellule tumorali, considerando che queste cambiano facilmente forma (e quindi la struttura dell'ossatura) per spostarsi, viaggiare nell'organismo attraverso i vasi sanguigni e adattarsi a vivere in nuovi tessuti.

«Le cellule tumorali sono immerse in un ambiente con poco ossigeno e pochi nutrienti, quindi diventano capaci di risposte di fuga», ha spiegato Angeloni. Di conseguenza cercano di «staccarsi dalle cellule vicine, di sopravvivere al distacco e di emigrare nei vasi sanguigni, entrare in un tessuto nuovo e mettere su casa».



Mercoledì 17 FEBBRAIO 2016

Responsabilità professionale. Commissione Sanità del Senato adotta ddl approvato dalla Camera come testo base. Al via ciclo di audizioni. Ecco cosa potrebbe cambiare

Il provvedimento è stato incardinato ieri in XII commissione al Senato. La presidente, Emilia Grazia De Biasi (Pd), ha proposto di svolgere una rapida istruttoria legislativa mediante un ciclo di audizioni informali. Nella sua illustrazione, il relatore Amedeo Bianco (Pd) ha sottolineato alcuni punti del provvedimento che potrebbero necessitare di alcune precisazioni e migliorie.

Incardinato nella seduta di ieri della commissione Sanità al Senato il disegno di legge sulla responsabilità professionale. Il relatore, **Amedeo Bianco (Pd)**, dopo aver illustrato il provvedimento approvato lo scorso 18 gennaio dalla Camera, ha proposto la sua adozione come testo base per il prosieguo dell'esame. Proposta accolta dalla XII commissione. La presidente, **Emilia Grazia De Biasi (Pd)**, ha poi proposto di svolgere una rapida istruttoria legislativa mediante un ciclo di audizioni informali.

Le richieste di modifica di Bianco. Come dicevamo, durante la sua relazione, Bianco ha illustrato il provvedimento, ponendo l'accento su alcuni punti sui quali la commissione potrebbe intervenire per meglio specificarne il contenuto. Ad esempio, all'**articolo 4**, il comma 2 prevede che, entro trenta giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli aventi diritto, la direzione sanitaria della struttura fornisca la documentazione clinica relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico. A tale riguardo, **il relatore ha segnalato che qui occorrerebbe precisare la nozione di "documentazione clinica"**, chiarendo se essa comprenda, tra l'altro, anche la documentazione relativa alle forme di assistenza sanitaria domiciliare.

Quanto poi all'**articolo 6**, laddove si pone una limitazione per i reati di omicidio colposo e di lesioni personali colpose, circoscrivendo la relativa responsabilità alle ipotesi di colpa grave per l'esercente una professione sanitaria ed escludendo dalla nozione di colpa grave le ipotesi in cui, fatte salve le rilevanti specificità del caso concreto, siano state rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni contemplate dalle linee guida, **il relatore ha segnalato l'opportunità di chiarire quale sia la portata normativa dell'articolo rispetto alla disciplina vigente**, "la quale esclude, per tutti i reati, la responsabilità dell'esercente una professione sanitaria per i casi di colpa lieve, qualora, nello svolgimento della propria attività, il medesimo si sia attenuto a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica". Bianco ha inoltre osservato che "occorrerà valutare se sussista l'esigenza di porre una norma transitoria - che faccia salvo il riferimento alle suddette linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica - per l'eventuale periodo precedente la pubblicazione delle linee guida ai sensi dell'articolo 5".

Passando alla responsabilità civile, disciplinata dall'**articolo 7**, il relatore, nel ricordare che il decreto-legge Balduzzi prevede che il giudice, anche ai fini della determinazione del risarcimento del danno, tenga debitamente conto dell'eventuale circostanza che il sanitario si sia attenuto a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, segnala che potrebbe essere opportuno chiarire se analogamente, nel nuovo contesto di cui al disegno di legge in esame, il giudice debba tener conto,

anche ai fini della determinazione del risarcimento del danno, della sussistenza delle circostanze in cui **l'articolo 6** esclude la responsabilità penale. Segnala, inoltre, che il **comma 1 dell'articolo 9** "limita la possibilità di azione di rivalsa nei confronti dell'esercente una professione sanitaria ai casi di dolo o colpa grave; di conseguenza, l'ambito di responsabilità nell'azione di rivalsa appare più circoscritto rispetto all'ambito di responsabilità del sanitario nell'eventuale azione diretta (nei suoi confronti) del danneggiato".

L'articolo 8, prevede poi che, in caso di mancata conciliazione, la domanda giudiziale, con le modalità di cui al comma 3, venga tassativamente presentata ed esaminata nell'ambito del procedimento sommario di cognizione, ferma restando l'ipotesi che il giudice ravvisi (in base alle difese svolte dalle parti) l'esigenza di un'istruzione non sommaria e che, di conseguenza, fissi, con ordinanza non impugnabile, l'udienza per il procedimento ordinario di cognizione. **In questo caso Bianco ha osservato che potrebbe essere opportuno chiarire se la disciplina di cui al citato comma 3 riguardi anche le controversie che, in base al loro valore, siano di competenza del giudice di pace**, "considerato anche che la Corte di Cassazione ha ritenuto che il procedimento sommario summenzionato non si applichi alle cause di competenza del giudice di pace".

Il comma 1 dell'articolo 9 limita la possibilità di azione di rivalsa nei confronti dell'esercente una professione sanitaria ai casi di dolo o colpa grave. I successivi commi dell'articolo 9 recano una disciplina specifica dell'azione di rivalsa. Si introduce, tra l'altro, il principio (commi 5 e 6) che la rivalsa, in caso di danno derivante da colpa grave (anziché da dolo), non possa superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua. A tale riguardo, **il relatore ha rilevato che potrebbe essere opportuno precisare quest'ultima nozione, in particolare con riferimento ai lavoratori diversi da quelli subordinati ed ai casi in cui il rapporto di lavoro non duri tutto l'anno o consista in prestazioni occasionali.**

Restando sullo stesso articolo, il terzo periodo del comma 5 dispone che per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di rivalsa, sia vietato che l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, sia preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti ed esclude la possibilità di partecipazione a pubblici concorsi per incarichi superiori. A tale proposito, Bianco ha rilevato che **"sarebbe opportuno chiarire se tali divieti riguardino, con riferimento ai sanitari che intendano transitare in una struttura pubblica o quantomeno con riferimento ai sanitari nel frattempo transitati in una struttura pubblica, anche i casi in cui l'accoglimento della domanda di rivalsa sia stato in favore di una struttura privata"**.

Illustrando l'obbligo di assicurazione disciplinato dall'**articolo 10**, Bianco ha rilevato che si dovrebbe chiarire se l'obbligo per gli esercenti attività sanitaria, operanti a qualsiasi titolo in strutture pubbliche o private, di stipulare un'adeguata polizza di assicurazione per la responsabilità civile, "al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa", **decorra solo successivamente all'emanazione del decreto ministeriale previsto dal comma 6.**

Quanto poi all'obbligo per le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione di comunicare all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, per il relatore **"non appaiono chiari gli effetti del mancato rispetto del suddetto termine"**.

Infine, una riformulazione più chiara viene richiesta anche per l'**articolo 15 recante disposizioni sui consulenti tecnici e periti di ufficio.**

Giovanni Rodriguez

Dir. Resp.: Luciano Fontana

MEDICINA, NON SOLO WELFARE INVESTIRE IN TECNOLOGIA

La cucina è di moda, i cuochi occupano pagine e pagine e si capisce come mai si riparli di Expo per riprendere uno dei suoi temi: la nutrizione. Ma nel dopo Expo c'è anche un progetto chiamato Human Technopole, secondo il vezzo anglofilo dominante, che vedrebbe quasi il 20% dell'area Expo destinata a una Città della scienza che contribuisca a far diventare Milano un polo internazionale della ricerca. Si parla di scienze e tecnologie umane per l'invecchiamento, medicina di precisione per il cancro e le malattie degenerative, nanotecnologie, sequenziamento del genoma, ecc. Tutto ciò presuppone la disponibilità di tecnologie per la diagnostica e ci si chiede a che punto sia l'Italia in questo campo. Viene quindi a fagiolo un saggio che Carlo Castellano ha scritto sul primo numero 2016 di «The Euro-Atlantic Union Review» dal titolo *Sanità e ricerca scientifico/tecnologica*. Non dimentichiamo che Castellano è stato fondatore di Esaote, di cui è ora presidente onorario, un'azienda italiana di punta nel campo degli apparati biomedicali, in partico-

lare nell'imaging diagnostico. Molti italiani hanno avuto a che fare con diagnosi realizzate con apparati di risonanza magnetica, ma forse ignorano che si tratti di prodotti dell'industria e della ricerca italiane.

Nel saggio, Castellano illustra, con tavole elaborate da Intesa Sanpaolo su dati Oecd, il peso delle scienze umane nei brevetti mondiali, seconde solo alle Ict (Information and Communication Technologies), la modesta posizione dell'Italia in campo brevettuale, ma non così modesta proprio nelle scienze umane (apparati e farmaci), con un export di tutto rispetto. Fra le innovazioni possibili, quelle della diagnostica precoce possono ridurre il costo delle terapie mediche, che salgono con l'invecchiamento della popolazione. È necessario però che lo sviluppo tecnologico, in campo medico, non sia visto solo come un elemento di welfare ma anche come stimolo all'investimento e allo sviluppo. Quello che Human Technopole potrebbe dare a una città che ambisce a un elevato ruolo internazionale.

Franco Morganti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Oppioidi, utilizzo più che raddoppiato worldwide (anche in Italia) ma restano Paesi ancora indietro



17 febbraio 2016

Un recente studio pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica **“Lancet”** sottolinea che l'uso di analgesici oppioidi è aumentato a livello globale, ma rimane ancora basso in Africa, Asia, America Centrale, Caraibi, Sud America e Europa orientale e sud-orientale.

Nonostante gli analgesici oppiacei siano essenziali per alleviare il dolore, il loro utilizzo resta inadeguato in molti Paesi.

L'obiettivo di questo studio è stato quello di fornire un update dei cambiamenti registrati in tutto il mondo, a livello regionale e seguendo dati nazionali nell'uso di analgesici oppioidi.

I ricercatori, provenienti da più parti del mondo, hanno anche analizzato gli eventuali impedimenti all'uso di questi farmaci.

Innanzitutto sono state calcolate le dosi giornaliere di analgesici oppioidi definite a fini statistici (S-DDD) per milione di abitanti in tutto il mondo e per le diverse regioni e Paesi negli anni 2001-2013.

Sono state quindi utilizzate equazioni per le stime del cambiamento longitudinali.

I ricercatori hanno anche confrontato i dati sull'utilizzo di questi farmaci rispetto alla prevalenza di alcuni disturbi di salute che necessitano dell'utilizzo di oppiacei.

Sono stati intervistati soggetti da 214 Paesi o territori su eventuali impedimenti alla disponibilità di questi farmaci, ed è stata utilizzata l'analisi di regressione lineare per stabilire la forza delle associazioni tra impedimenti e uso.

Di seguito riportiamo i dati dell'S-DDD per milione di persone al giorno.

I risultati hanno mostrato che la S-DDD di analgesico oppioide è più che raddoppiata in tutto il mondo tra il 2001-03 e il 2011-13, da 1417 S-DDD (95% CI -732 a 3565; per un totale di circa 3.01 miliardi di dosi definite giornaliere all'anno) a 3027 S-DDD (-1.162-7215; per un totale di circa 7.35 miliardi di dosi giornaliere definite all'anno).

Gli aumenti sostanziali sono avvenuti in Nord America da 16.046 S-DDD [95% CI 4.032-28.061] a 31.453 S-DDD [8.121-54.785]), Europa occidentale e centrale da 3.079 S-DDD [1.274-4.883] a 9.320 S-DDD [3.969-14.672]), e Oceania (Polinesia, Melanesia, Micronesia, Australia e Nuova Zelanda) 2.275 S-DDD [763-3.787] a 9.136 S-DDD [2.508-15.765]).

Ci sono Paesi in cui l'utilizzo è davvero basso e non ci sono stati incrementi negli anni, basti pensare a Paesi dell'Asia del sud come lo Sri Lanka in cui si è passati da 26 S-DDD nel 2001-03 a 24 S-DDD del 2011-13 ma anche dell'America centro-meridionale come il Nicaragua che aveva un dato di 36 S-DDD nel 2001-03 e di 37 S-DDD nel 2011-13.

Altri Paesi non hanno mostrato alcun aumento sostanziale dell'uso.

Per quanto riguarda l'Italia c'è stato un aumento del consumo da 725 S-DDD del 2001-01 a 3953 del 2011-13, quindi l'utilizzo si è quintuplicato ma rimane basso rispetto agli altri Paesi europei basti pensare al numero della Germania pari a 23.352 S-DDD (2011-13) o dell'Austria 20.066 (2011-13) o della Svizzera (11.186), per fare alcuni esempi.

In Italia si sta diffondendo l'utilizzo di farmaci oppiacei in soggetti con dolore acuto moderato-grave e con dolore cronico persistente ma per quanto riguarda l'abuso forse possiamo stare ancora tranquilli. E' noto che per quanto concerne l'abuso, questo è abbastanza diffuso in US anche se non si sa chiaramente il perché. In Italia fino all'arrivo delle legge 38/2010 gli oppioidi erano utilizzati solo per trattare i pazienti con cancro allo stadio terminale. Oggi, nel nostro Paese, tali farmaci sono disponibili per i soggetti che necessitano di analgesia ma ovviamente sono state messe in atto strategie per il corretto utilizzo (es. training del personale sanitario, campagne rivolte al pubblico sul corretto utilizzo dei farmaci oltre a un'attiva sorveglianza sul tale uso).

Inoltre, per quanto riguarda gli impedimenti all'uso, gli autori del presente studio hanno evidenziato l'assenza di formazione e sensibilizzazione dei professionisti medici, la paura della dipendenza, le risorse finanziarie limitate, le questioni in sourcing, atteggiamenti culturali, la paura di diversione, i controlli del commercio internazionale, e la regolamentazione onerosa.

Un maggior numero di impedimenti segnalati era significativamente associato a minor uso. In conclusione, questo studio sottolinea come in generale in consumo di oppioidi è in forte crescita soprattutto in US ed Europa occidentale mentre in Paesi in cui persistono atteggiamenti culturali errati, paura dell'utilizzo e scarsa formazione del personale sanitario il loro utilizzo è ancora a livelli bassi.

Emilia Vaccaro

Berterame S. et al. Use of and barriers to access to opioid analgesics: a worldwide, regional, and national study. Lancet. 2016 Feb 2. pii: S0140-6736(16)00161-6. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00161-6.

[leggi](#)

[\[chiudi questa finestra\]](#)



Trapianti in Italia, aumento continuo Donazioni da vivente oltre quota 300

NEWS

Nel 2015 in Italia sono stati 3.317 i pazienti trapiantati: il 2% in più rispetto al 2014 e il 7% in più del 2013. Sono i dati sui trapianti presentati ieri al Ministero della Salute dal direttore del Centro nazionale trapianti, Alessandro Nanni Costa e dal ministro Beatrice Lorenzin. Lo scorso anno cuore e fegato sono arrivati rispettivamente a 246 interventi eseguiti (19 in più sul 2014) e 1.067 (10 in più). I trapianti di rene sono stati 1.877. Altrettanto positiva l'attività di trapianti per i tessuti e le cellule staminali ematopoietiche: 704 i trapianti da donatore non familiare adulto (+11), aumentati anche quelli da donatore familiare semi-compatibile. La principale novità nel 2015 riguarda la donazione da vivente, che ha registrato un notevole incremento: 301 sono state quelle di rene e 23 di fegato. Per le donazioni di rene da vivente, il 2015 ha consentito di superare per la prima volta i 300 prelievi (+50 sul 2014). L'aumento delle donazioni da vivente ha consentito di portare il numero complessivo delle donazioni a 1.494 (+ 51). L'altra innovazione del 2015 ha riguardato la donazione a cuore fermo; nell'anno appena concluso sono state 6 le donazioni eseguite attraverso questa modalità, che richiede il pieno rispetto dei 15 minuti di "no touch period" prima di procedere al prelievo.



“La mia dolce morte in Svizzera diecimila euro per non soffrire più”

Torino, la scelta di una donna immobilizzata dalla sclerosi: aspetto la chiamata

LA STORIA

“Ho comprato il biglietto per l’Aldilà”

Racconto la mia storia perché penso che la morte con dignità sia un diritto di tutti

Su questo tema l’Italia è ferma alla preistoria. La politica è patetica

Volevo gettarmi da una finestra o sotto un treno ma la paura mi ha bloccata

Ho deciso di farmi cremare: le mie ceneri saranno sparse in un bosco svizzero

Paola Cirio

ANDREA MALAGUTI
TORINO

«Mi hanno detto che per morire ci vogliono cinque minuti e diecimila euro. Ti danno un gastroprotettore. E subito dopo un bicchiere di veleno, una sostanza di cui non ricordo il nome. A quel punto te ne vai. Senza sentire dolore. Mi hanno anche raccontato di un uomo che prima di spegnersi ha cominciato a russare. Come se, finalmente, stesse dormendo sereno. È questo il suicidio assistito. E’ così che conto di finire la mia vita. In Svizzera. È già tutto predisposto, ho avuto la luce verde».

La torinese Paola Cirio cerca la buona morte, una pratica che in Italia è vietata e su cui il Parlamento comincerà una storica discussione a marzo.

Prima il testamento biologico, poi l’eutanasia, ennesima parola tabù che inquieta il mondo cattolico. Un dibattito imposto dalla caparbia dei radicali, dalle azioni di disobbedienza civile di Marco Cappato, da Mina Welby e da Sos Eutanasia. Davvero si può dire a qualcuno quando spegnere l’interruttore? «In questo Paese sui diritti civili siamo alla preistoria. La politica è patetica. Io ho deciso di raccontare il mio percorso perché penso non sia giusto che solo chi ha un po’ di soldi da parte possa decidere di crepare con dignità». In attesa dei Palazzi il mondo, come sempre, procede per conto suo.

L’ultimo istante

Seduta sul divano del piccolo salotto di casa, le gambe immobilizzate dalla sclerosi multipla, la signora Cirio, 53 anni, racconta come ha intenzione di fregare la morte battendola sul tempo. «Devo essere io a scegliere, non la malattia». Non c’è rabbia nelle sue parole. E lei trasmette un invidiabile senso di libertà. Quella che lo Stato non le concede. E che Paola si è presa comunque. «Non ho paura. E so che, anche se non mi ridaranno i soldi, posso tornare indietro fino all’ultimo istante. Ho un’opportunità in più».

E’ una donna minuta, con i capelli corti. Una collana di perle è l’unico vezzo che

si concede. Da ragazza ha studiato all’istituto d’arte, forse più per ribellarsi alla madre che per vocazione. Ha finito per fare l’impiegata al Politecnico, ma se la fotografia della sua esistenza si limitasse a questo non racconterebbe nulla di lei. «Se dovessi definire la mia vita direi “spicolata”, alla Vasco. Ho molto viaggiato e ho molto visto, dal Laos al Mar Rosso e se ho scelto di andarmene stabilendo io come non è perché ho smesso di amare la terra, è perché voglio impedirmi di odiarla». Considera il dolore destinato a sopraffarla una punizione ingiusta. «Perché la dovrei accettare?».

La malattia

La sclerosi gliel’hanno diagnosticata nel 2002. «Ma già nel 1999 avevo capito di stare male. Diplopia. Ci vedevo doppio. All’ospedale mi dissero: potrebbe essere sclerosi. Lo era». Nessuno le ha spiegato come sarà il decorso della malattia, ma lei ha studiato per conto suo. Solo l’esito è certo. «A un certo punto i muscoli si paralizzano. Ma la testa rimane lucida. E allora sei in trappola e sai che non ti resta molto. In genere si muore per un attacco cardiaco. Un medico non te lo spiegherebbe mai in questo modo, ma io lo so». Arriva un momento in

cui il corpo che ti è così familiare diventa non solo estraneo ma radicalmente ostile. «E’ una discesa senza freni». Così, proprio per non sentire addosso l’indicibile panico dei sepolti vivi, Paola ha cominciato il suo percorso. Si è rivolta all’associazione Exit, che a Torino ha una sede a pochi metri da casa sua. Poi Sos Eutanasia, che oggi la porta a Roma, in Senato, per raccontare la sua scelta, si è schierata al suo fianco.

La clinica

«Mi hanno fatto capire che andando in Svizzera potevo decidere da sola. Ho detto: bene, lo faccio, perché ho pensato che quando la malattia mi paralizzerebbe non avrò neanche la forza di buttarmi dalla finestra. Ci ho pensato al suicidio, sa? Due volte. Un giorno avevo deciso di lanciarmi dal terrazzo di un mio amico che abita al nono piano. Non ho avuto il coraggio. E ho anche pensato che gli avrei creato un sacco di problemi. Un’altra volta ho immaginato di lasciarmi cadere sotto un treno. Ma anche in quel caso ha vinto la paura». Le è venuta in mente la storia di un’amica che si è tolta la vita per amore. «Il treno l’ha tagliata in due. Mi sono detta che doveva esistere un sistema meno violento. L’ho trovato». Ha versato diecimila euro a un cen-



tro di Ginevra e inviato le sue cartelle cliniche. Dopo due mesi è arrivata la risposta. «Se vuole noi siamo qui per lei, luce verde». Si è sentita sollevata, perché è certa che arriverà un momento in cui si sentirà da qualche parte al di fuori dalla vita e dalla morte, sospesa tra il cielo e la terra in un luogo in cui non ha intenzione di stare. «Mandano un'ambulanza a prelevarti e quando arrivi in Svizzera ti fanno parlare con degli psicologi. Cercano di convincerti a non farlo. Se tu insisti loro ti assecondano. Ma io conosco un solo caso in cui qualcuno si è tirato indietro». Guarda fuori dalla finestra. Si vedono le montagne. Poche centinaia di metri più in là c'è lo stadio del Toro. «Ora ho una casa di 70 metri. Ma la preferisco a quella da 700 di uno come Bertone che si permette di dire agli altri che cosa è giusto».

La famiglia

Paola Cirio non ha figli. Aveva un marito, ma lo ha messo alla porta anni fa. «Mi tradiva. E quando la malattia si è presentata si è comportato al contrario di come mi sarei aspettata». La sua famiglia è un nucleo ristretto. Una sorella più giovane, un padre malato e una madre con cui non è mai andata d'accordo. «Una cattolica praticante che non mi ha mai capita. Ma anch'io non capisco la Chiesa. Quando ho divorziato mi hanno esclusa. Come se in quella vicenda non fossi già la vittima. Oggi non credo più a nulla. Né a Dio né all'eternità. Ho deciso di farmi cremare. E poi di far spargere le mie ceneri in un bosco svizzero. Va bene lì ma sarebbe lo stesso se fosse l'Alaska. Quando mia sorella ha scoperto che avevo deciso di chiedere il suicidio assistito ha pianto. Perché non mi hai detto nulla?, mi ha chiesto. Le ho detto che questa è la mia vita e che voglio il lieto fine. Non so quando arriverà il momento. Non so quando partirò per la Svizzera, ma so che è giusto. Credo abbia compreso. Mia madre no. Ma a questo punto che importa?».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

200

italiani

Sono quelli che ogni anno raggiungono la Svizzera per il suicidio assistito

40%

rinunciatori

È la percentuale di chi, dopo un colloquio con medici e psicologi, cambia idea

Oggi
il video su
lastampa.it



■ Sul sito lastampa.it la conversazione con Paola Cirio, che oggi racconterà in Senato la sua scelta accompagnata dall'associazione Sos Eutanasia

3

minuti

Chi ha scelto la «dolce morte» ingerisce la pastiglia di un potente narcotico e in circa tre minuti passa dal sonno alla morte

Serenità

La diagnosi di sclerosi è stata fatta alla torinese Paola Cirio nel 2002: «È una discesa senza freni, ma la vita è mia e voglio il lieto fine. Non so quando partirò per la Svizzera, ma so che è giusto farlo».



LA SCIENZA E GLI ANIMALI

ELENA CATTANEO

QUANDO si parla di sperimentazione animale, dal versante animalista rimbalzano contro-proposte di metodi che dovrebbero essere alternativi: i "microcircuiti cellulari, l'epidemiologia, i mini organi in vitro, le simulazioni al computer, i tessuti umani". È comprensibile, ma si fa confusione. Si danno suggerimenti senza conoscere cosa già si fa con questi sistemi, quanto già ora siano integrati con la sperimentazione in vivo ma anche quanto - da soli - siano insufficienti o adatti per studiare solo specifici fatti. Sorvolo sull'uso, a sproposito, del termine "vivisezione", accompagnato da foto e video (spesso falsi o vecchie di decenni) per far credere che nei laboratori dove si studiano la fisiologia o gravi malattie umane, gli animali impiegati (soprattutto ratti e topi, non diversi da quelli oggetto delle derattizzazioni) siano fatti a brandelli, torturati da sadici giovani laureati o ricercatori per chissà quale logica e con quale obiettivo.

Stupisce invece, ma forse non troppo, che alcuni scienziati - pochi e spesso "a riposo" - si prestino a intorbidire le acque. Sarebbe importante capire su quali ambiti e a quando risalgano le loro esperienze in laboratorio, così palesemente diverse dal resto della comunità scientifica mondiale. Mi chiedo se si siano mai trovati di fronte a persone affette da malattie gravi, irreversibili, oggi senza trattamento. Malattie in grado, con la sola diagnosi, di sconvolgere l'esistenza di ciascuno di noi e dei nostri cari. Mi chiedo, quindi, se i moderni soloni dell'etica animale abbiano mai provato, e con quale intensità, la tensione etica e la responsabilità anche verso i membri della loro stessa specie. Si proprio quel sentimento di umanità che per i ricercatori nel mondo si traduce nell'obbligo morale di provare a rispondere alle centinaia di migliaia di persone malate che chiedono loro aiuto affinché, nella ricerca, nessuna esplorazione scientificamente ragionevole, medicalmente appropriata e regolamentata resti intentata per ridurre la sofferenza di ogni uomo.

Da decenni uso e sviluppo colture cellulari di neuroni. Ogni giorno nel mio laboratorio usiamo cellule in vitro. Con decine di giovani ricercatori lavoriamo sulla fisiologia e patologia cerebrale, su un gene silente per anni e che poi, nel cervello adulto, uccide particolari neuroni e tutte le loro connessioni. Studiamo la Corea di Huntington, e la mia tensione morale e la mia responsabilità includono, anzi, hanno al primo posto questa sfida. Fra i soloni da poltrona c'è chi mi chiede "fatti". Sono tutti lì, ma bisogna volerli vedere. Siamo abituati a produrre fatti e a renderne conto: lavorando su cellule abbiamo concentrato l'attenzione su alcune anomalie scatenate dal gene mutato che, in seguito, lavorando soprattutto con topi e ratti abbiamo verificato, implementato, compreso nell'ottica della fisiologia animale e umana, con tante sovrapposizioni confermate tra dati in vitro e in vivo, con continue verifiche di trasferibilità all'uomo di ciò che scoprivamo.

Siamo stati i primi in Italia ad introdurre le colture di neuroni da cellule staminali embrionali umane. Non ce ne vantiamo. Le usiamo per combattere la malattia. Nessuna "pseudo-avversione" della comunità scientifica all'impiego di sistemi in vitro mi ha impedito di introdurre, perché le idee e i risultati stanno in piedi da soli. E quando ho incontrato scienziati (e non) che, spesso ex cathedra, mi accusavano di "immoralità" tentando di limitare l'impiego di queste strategie in vitro, mi sono staccata da loro, non senza aver detto la mia, di solito pubblicamente. Perché la strada della scienza è piana, pubblica, verificabile.

Ogni giorno migliaia di giovani e meno giovani, pagati mille euro al mese e con orizzonti professionali incerti, lavorano sulle malattie di altri. Questi giovani non hanno bisogno di chi fa confusione tra scienza e politica, di moralisti un tanto al metro, di chi spiega come si debbano usare e perché gli animali, o quali siano i metodi "complementari". Lo sanno. Molto bene. Loro guardano al futuro, alle molecole silenziatrici che sperimentano nell'animale per poi avviare i primi trial nel malato (per l'Huntington dallo scorso ottobre). Studiano i trapianti da specie diverse per avere organi adatti all'uomo. Sviluppano strategie per capire i drammi che le sostanze d'abuso provocano al nostro cervello. Si impegnano sulle staminali per sperare di replicare nel malato di Parkinson gli splendidi risultati ottenuti nell'animale. Elaborano e aggiungono algoritmi che includono ventimila miliardi di numeri per capire, come non era possibile fare in passato, quale lettera del Dna ci predispo-



ne a rischi. Per poi verificarla in cellule e in animali. E utilizzano le metodologie statistiche più innovative per stabilire quanti animali sono necessari per studiare il colesterolo nell'Huntington. Sono dodici per il gruppo controllo. E dodici per il gruppo dei trattati. Non uno in più, ma non uno in meno. Chi ha un metodo alternativo "valido e validato" per questi studi sull'Huntington, lo dimostri.

Discutiamo di questi dettagli, se volete tecnici, e mi si portino prove. Oppure è propaganda. L'uso degli animali può essere visto come un problema morale. Lo so bene anch'io. Ma anche decidere se fare o meno ricerca, e soprattutto di quale qualità e con quale intensità, per curare malattie gravissime e devastanti è un problema morale. Si tratta di scegliere da che parte stare e poi essere coerenti anche nello spiegare le conseguenze. E nell'assumersi le responsabilità che ne derivano.

*Docente di Farmacologia alla Statale di Milano
e senatore a vita*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un farmaco per tornare a muovere le mani

Al Rome American Hospital cure innovative contro il morbo di Dupuytren L'azione di un enzima ora scioglie i «cordoni» che bloccano le dita

Pina Sereni

■ Tutte le strutture della mano sono avvolte da una membrana protettiva chiamata aponeurosi. Talvolta le cellule di questa membrana per motivi sconosciuti cominciano a produrre collagene in maniera eccessiva determinando la formazione di noduli in corrispondenza del palmo che, con il tempo, si trasformano in cordoni che portano progressivamente alla flessione irriducibile del dito o delle dita interessate. Si tratta del Morbo di Dupuytren.

Questa malattia ha basi genetico-ereditarie: spesso un paziente affetto dal Morbo ha un parente stretto (genitore, fratello) affetto da questa patologia. Essa può colpire un qualsiasi raggio della mano e nella maggior parte dei casi si presenta bilateralmente.

Il trattamento standard era di tipo chirurgico e prevedeva un intervento piuttosto invasivo.

In quattro anni di sperimentazione in vari centri italiani il professor Giorgio Pajardi, in particolare nel reparto di Chirurgia della mano di cui è direttore a Milano, uno dei tra i più grandi di Europa, e con la Società italiana di chirurgia della mano di cui è stato presidente ha partecipato alla sperimentazione di un nuovo trattamento per questa patologia.

Si tratta di un farmaco a base di un enzima (Collagenase clostridium histolyticum) che determina lo scioglimento del cordone.

Il farmaco viene inoculato nel palmo del paziente in corrispondenza della patologia senza bisogno di eseguire alcuna anestesia. Si lasciano trascorrere ventiquattr'ore du-

rante le quali il paziente viene dimesso e può svolgere tranquillamente le abituali attività quotidiane, facendo semplicemente attenzione ad astenersi dal sollevare carichi. A distanza di questo tempo, con l'ausilio di un anestetico locale e di una sedazione profonda con presenza dell'anestesista, si procede alla trazione del cordone.

Nella maggior parte dei casi a livello della cute non vi è nessuna ferita e il paziente può iniziare la fisioterapia già tre giorni dopo la trazione con un recupero che dura mediamente da una settimana a dieci giorni.

Il farmaco ha ricevuto il via libera dagli enti regolatori nazionali ed internazionali, tra cui l'Agenzia italiana del farmaco, la Ema e la Food and Drug Administration, e può essere utilizzato su tutti i pazienti affetti da questa patologia in particolari centri specializzati.

Il farmaco richiede infatti una certa esperienza da parte del chirurgo. Il professor Pajardi con il suo team ha trattato il maggior numero di pazienti in Italia, vantando ad oggi quasi mille trattamenti effettuati.

Il professor Pajardi ha portato la sua grande esperienza presso il Rome American Hospital dove esegue, oltre a infiltrazioni per il morbo di Dupuytren, tutte le procedure ed i trattamenti necessari per la cura delle patologie dell'arto superiore, affiancato da un centro di fisioterapia della mano ultraspecialistico.

Le patologie della mano sono sempre più diffuse. Un approccio ultraspecialistico associato ad una valida fisioterapia consente un trattamento eccellente e la possibilità di eseguire una prevenzione adeguata.



<http://www.sanita24.ilsola24ore.com/>

Risk, quanto pesano le linee guida



Il Parlamento ha concluso l'iter legislativo che modifica il concetto di "colpa" dei medici, che ora sarà esclusa se, nell'esercizio della professione, il medico avrà seguito le linee-guida diagnostico-terapeutiche. Queste verranno così ad assumere un carattere coercitivo per la pratica clinica, in quanto la loro inosservanza rappresenterà una anomalia, con rischi e conseguenze anche di carattere penale.

Il problema del significato delle linee-guida per la professione medica non è né recente né limitato all'Italia: controversie e discussioni sulla obbligatorietà o meno della loro applicazione hanno infatti coinvolto negli ultimi 10-15 anni molti altri Paesi, a volte anche con riscontri nelle aule giudiziarie.

Il mondo sanitario si è peraltro sempre e ovunque opposto a una loro interpretazione coercitiva per importanti ragioni di carattere pratico, e principalmente per la difficoltà di: 1) individuare, con criteri condivisi, quali organismi possano farsi carico delle responsabilità - a questo punto presumibilmente anche legali - della elaborazione delle linee-guida; 2) risolvere il problema delle frequenti differenze tra le diverse linee guida, in particolare tra le linee guida nazionali (se scelte come riferimento) e quelle internazionali; 3) equilibrare il bisogno di aggiornare tempestivamente le linee guida in occasione della pubblicazione di nuovi importanti risultati, con l'altrettanta fondamentale necessità di ponderare la loro affidabilità e discutere in ambito scientifico il loro significato, evitando così modifiche affrettate e improvvise.

L'opposizione del mondo medico si è riferita, in particolare, al fatto che interpretare in modo coercitivo le linee-guida dimostra scarsa conoscenza dei limiti e del

significato dell'evidenza scientifica in medicina clinica, settore specifico di applicazione delle linee-guida. I limiti si riferiscono al fatto che per molte malattie i benefici di certi approcci diagnostici, nonché la scelta di alcune opzioni terapeutiche rispetto ad altre, non sono mai stati oggetto di ricerca scientifica oppure sono stati affrontati da studi che per vari motivi (imperfezione del disegno sperimentale, mancato controllo di variabili confondenti, ridotte dimensioni del campione ecc.) hanno fornito risultati aperti a diverse possibili interpretazioni.

Prendendo ad esempio l'ipertensione arteriosa (il settore di interesse precipuo dello scrivente), a fronte della dimostrazione inoppugnabile che la riduzione di una pressione elevata protegge i pazienti, vi è sostanziale incertezza su quando (a che pressione, in quale età e a quali livelli di rischio) iniziare il trattamento, a che valori pressori scendere con la terapia, e quanto a lungo trattare: tutti aspetti di fondamentale importanza per linee-guida che vogliano avere una utilità pratica. Lo stesso si può dire della terapia ipolipemizzante e antidiabetica. La realtà è che le raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche contenute nelle linee-guida si basano in genere non su una incontrovertibile evidenza scientifica, ma soprattutto sull'opinione unanime o prevalente degli esperti coinvolti nella loro elaborazione, che, per esempio, nelle recenti linee-guida europee o americane sull'ipertensione ha rappresentato la base di ben tre quarti delle raccomandazioni fornite: pertanto solo il residuo 25% era sostenuto da una solida evidenza scientifica. Ciò non vuole misconoscere l'importanza di opinioni qualificate, che molto probabilmente riflettono la migliore interpretazione possibile dei risultati disponibili. È però evidente che, quando si parla di opinioni, non si può escludere il rischio di soggettività, imprecisioni o errori. Prova ne sono non soltanto le differenze, talvolta importanti, tra le diverse linee-guida, ma anche le loro modifiche nel tempo, a volte per effetto di nuovi dati della ricerca, ma in altre circostanze dovute semplicemente ad una rivisitazione interpretativa dei precedenti risultati.

In assenza di più valide alternative, mettere a disposizione del medico le raccomandazioni degli esperti è quanto di meglio si possa fare, e in tal senso non vi è dubbio che le linee-guida diagnostico-terapeutiche possano essere uno strumento interpretativo, formativo ed educativo assai valido. Anche se negli ultimi anni il loro eccessivo proliferare ha creato qualche problema. Può essere utile anche l'elaborazione, all'interno di singoli ospedali, di percorsi diagnostico-terapeutici che facilitino per i medici un utilizzo razionale di farmaci, tecnologie, strutture e personale disponibile.

È però quantomeno discutibile decidere di considerare le linee-guida addirittura un obbligo comportamentale per tutti i medici, conferendo così valore burocratico-legale a quelle che rappresentano le opinioni, sia pur qualificate, solo di alcuni. C'è, infine, una riflessione fondamentale di cui tener conto in questo contesto: l'interpretazione coercitiva delle linee-guida rivela una erronea percezione della natura dei dati che sono resi disponibili dalla ricerca clinica. Questi, anche quando solidi (perché prodotti da trial randomizzati e controllati), riflettono l'effetto medio di una certa scelta terapeutica o diagnostica, senza poter escludere effetti diversi in sottogruppi con caratteristiche particolari; per non parlare del singolo paziente, nei confronti del quale l'applicabilità o meno del dato medio rimane legata a valutazioni

fisiopatologiche e cliniche che nessuna linea-guida può codificare, ma che fanno solo parte della competenza e responsabilità del medico, nonché della conoscenza che egli ha del paziente. È stato più volte giustamente sottolineato che voler applicare in modo uniforme raccomandazioni che riguardano le malattie in generale significa ignorare l'eterogeneità dei pazienti e la loro diversa risposta a qualunque opzione terapeutica venga scelta. E che insistere sulla loro applicazione indiscriminata, anziché avere effetti positivi, può favorire l'appiattirsi della pratica medica su un uso pedissequo (e magari difensivo) delle linee-guida, rinunciando al diritto-dovere di differenziarsene quando lo si ritenga in scienza e coscienza opportuno. Sono illuminanti al riguardo le considerazioni conclusive delle linee-guida europee sull'ipertensione arteriosa, che andrebbero forse fatte conoscere ai nostri legislatori: «Le linee-guida trattano le malattie in generale e quindi il loro ruolo deve essere educativo e non prescrittivo e coercitivo per la condizione clinica dei singoli pazienti. Pazienti che possono presentare sostanziali diversità per caratteristiche personali, mediche e culturali, abbisognando per tali ragioni di decisioni diverse da quelle medie raccomandate dalle linee-guida».

<http://www.adnkronos.com>

Influenza, raggiunto il picco: più colpita fascia 5-14 anni



La curva epidemica delle sindromi influenzali, seppur lievemente, continua a salire, "raggiungendo il picco stagionale". Il valore dell'incidenza è inferiore a quello raggiunto in molte delle precedenti stagioni influenzali. **Nella sesta settimana (dal 8 al 14 febbraio)** di sorveglianza del sistema Influnet dell'Istituto superiore di sanità (Iss) sono stati **371.400**, per un totale dall'inizio della sorveglianza di circa 2.346.000 casi.

Marche, Provincia Autonoma di Trento, Piemonte, Emilia-Romagna e Lazio le Regioni maggiormente colpite. "La curva epidemica delle sindromi influenzali continua a crescere, alimentata soprattutto dalla classe di età 5-14 anni, mentre per i bambini sotto i 5 anni di età il numero dei casi, in questa settimana, è diminuito", sottolinea il report.

Il livello di incidenza in Italia è pari a 6,11 casi per mille assistiti. Le fasce di età maggiormente colpite sono quelle pediatriche dei bambini al di sotto dei quattordici anni. "Si sottolinea - evidenziano gli esperti - che l'incidenza osservata in alcune regioni è fortemente influenzata dal ristretto numero di medici e pediatri che hanno inviato, al momento, i loro dati".

Le accuse di corruzione in Lombardia

Sotto le Regioni la sanità si è ammalata Troppi soldi pubblici e pochi controlli

■ ■ ■ DAVIDE GIACALONE

■ ■ ■ La sanità italiana è una delle migliori del mondo, ma anche una fonte inesauribile di scandali. La sanità lombarda è una delle migliori, in Italia, ma ancora una volta ospita uno scandalo. Premessa la clausola di stile, secondo cui non sono le accuse a stabilire chi è colpevole, ma i processi, è necessario interrogarsi circa questa fabbrica degli intralazzi. La sua natura è chiara: troppa spesa pubblica, troppo diffusa, troppo poco controllata, troppo in mani politiche. La regionalizzazione della sanità è stata una pessima scelta, che va corretta. La nostra sanità ha non pochi pregi. Il che, però, riguarda i medici che ci lavorano e gli infermieri non imboscati in amministrazione. Molto meno, l'amministrazione sanitaria, che è stata e dissennatamente politicizzata. La regionalizzazione origina dalla scelta del governo Ciampi, che così nascose una parte del debito pubblico sotto lo stuoino delle Regioni. La politicizzazione esasperata deriva dalla riforma Bindi. Questa roba va sbaraccata.

Non si tratta di mettere i medici a dirigere la sanità, che oltre a essere concettualmente sbagliato è anche già avvenuto. Non so se ci avete fatto caso, ma la sanità è divenuta una tale macchina di potere che la politica s'è riempita di medici. I quali, quando sono chiamati a governare la spesa, non fanno in nulla rimpiangere i politicanti. Si tratta di fare una cosa diversa: la sanità risponda solo alla medicina, mentre l'amministrazione sanitaria deve rispondere ai buoni principi della contabilità societaria. E mentre la concorrenza fa sempre bene, la coesistenza di tanti sistemi sanitari regionali assicura la certezza che da qualche parte l'amministrazione sarà peggiore, che le pieghe saranno tante da nascondere traffici insani. Né si tratta di sostituire un

gruppo politico con un altro, perché, oramai non se ne salva nessuno. Segno che il sistema è intrinsecamente corruttivo. Mettiamo sia vero che il governatore lombardo fosse all'oscuro di tutto. Dal punto di vista personale, meglio fesso che complice. Ma dal punto di vista sistemico è peggio, perché vuol dire che chi è in capo alla Regione non controlla la spesa sanitaria. Anche se ha la delega a farlo. Quale migliore conferma che il sistema va divelto?

Non so da quanti anni andiamo avanti sentendo sempre lo stesso esempio, circa il diverso costo di una siringa a seconda del diverso acquirente. Ci si deve essere così affezionati a questa tiritera, da non volere cambiare la realtà. Non so da quanti anni sentiamo dire che le centrali d'acquisto vanno ridotte. Poi, però, teniamo a livello regionale un servizio sanitario che dovrebbe essere nazionale, così santificando le perversioni che dovremmo maledire. Non solo: avevamo una organizzazione sanitaria, mutualistica, che non solo assicurava ottimi servizi, ma era largamente profittevole, al punto che le mutue lasciarono un imponente patrimonio immobiliare. Chiudendole, però, non ci siamo limitati a estendere la copertura sanitaria a tutti (come è giusto), ma abbiamo anche cancellato i controlli sulla spesa (ed è folle). Non contenti abbiamo trasformato i medici in impiegati, da liberi professionisti quali erano, così cancellando quella sana competizione che spingeva Terzilli (Il medico della mutua) a correre a casa degli ammalati prima dei suoi invidiosi colleghi.

Raddrizzare l'amministrazione sanitaria è meno complicato di quel che si crede. Solo che è difficile farlo senza bonificare la vasta area ove s'è accampata la tribù dei profittatori.

www.davidegiacalone.it

@DavideGiac



Fabio Rizzi, 49 anni, è stato sospeso dalla Lega Nord dopo essere stato arrestato con l'accusa di aver gestito appalti corrotti nella sanità

[Ansa]





Vita & diritto

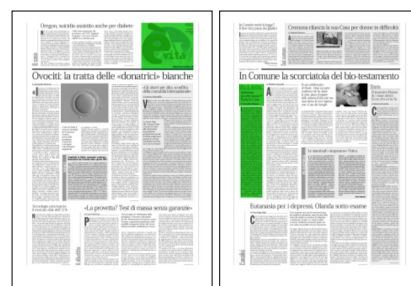
Embrioni da selezionare? Parla la Corte

di **Marcello Palmieri**

La Corte costituzionale mercoledì prossimo si occuperà nuovamente di diagnosi pre-impianto degli embrioni, ma stavolta con una pronuncia che con tutta probabilità non aggiungerà né toglierà nulla a quanto deciso in precedenza. Lo si comprende da due circostanze: innanzitutto le censure d'incostituzionalità alla norma che vietava la selezione degli embrioni sani prima che venissero impiantati – sollevate dal Tribunale di Milano con ordinanza del 4 marzo 2015 – sono del tutto simili a quelle con cui la stessa magistratura aveva provocato la sentenza 96/2015 della Consulta (quella che ha aperto alla diagnosi pre-impianto, pur a stringenti condizioni); poi, il fatto per cui il presidente della Corte ha chiamato la causa direttamente in camera di consiglio, senza passare dall'udienza pubblica (cosa che accade quando nessuna parte è costituita in giudizio, oppure se l'esito della causa è di manifesta infondatezza o i-

nammissibilità). Questa nuova discussione, tuttavia, accende i riflettori sulla pronuncia del 2015. Che aveva eliminato il divieto di selezionare gli embrioni da impiantare ma solo per coppie affette da gravi malattie ereditarie periodicamente indicate dal legislatore e certificate da apposite strutture pubbliche. Ebbene, il Parlamento non ha preso iniziative e i centri statali specializzati ancora non esistono. Ne deriva che chi pratica la diagnosi pre-impianto opera sotto la propria responsabilità, e – mancando ogni regolamentazione – difetta di tutele innanzi a futuri problemi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

Rimandare la paternità non fa bene al nascituro

Gli spermatozoi dei papà più in là con gli anni sviluppano un comportamento “egoista”: tendono a moltiplicarsi vorticosamente aumentando così la probabilità che si verifichino errori nel Dna. E questi potrebbero essere causa di malattie nel bebè

Le gioie della paternità per i maschi italiani arrivano sempre più tardi, mediamente dopo aver spento da poco le 35 candeline. Negli anni ottanta ciò avveniva circa dieci anni prima, ma ora non sono pochi anche i neopapà che superano i 45 anni, nonostante i medici sostengano che il periodo di fertilità maggiore per gli uomini sia tra i 20 e i 30 anni. Per i maschi, non ci sono limiti biologici invalicabili come per le donne, ma più si aspetta e meno possibilità ci sono di avere figli.

Il problema di una paternità in là con gli anni, però, non è legato solo a una questione di probabilità. Con l'avanzare dell'età, infatti, aumenta sempre di più la presenza di spermatogoni, cellule precorritrici degli spermatozoi, carichi di mutazioni potenzialmente pericolose per un futuro embrione. Ad affermarlo, sulle pagine della rivista *PNAS*, sono alcuni ricercatori dell'Università di Oxford guidati dal patologo Andrew Wilkie.

L'equipe britannica ha analizzato 14 testicoli sani asportati chirurgicamente, per varie ragioni, da donatori con un'età compresa tra i 39 e i 90 anni e ha individuato, nei tuboli seminiferi, dei raggruppamenti anomali di spermatogoni, quelle cellule non ancora completamente differenziate che daranno origine agli spermatozoi maturi. Queste aree particolari erano tanto più numerose quanto più era

alta l'età del donatore.

L'analisi genetica di questi spermatogoni ha poi rivelato la presenza di mutazioni nel loro DNA. Modificazioni nel codice genetico che potrebbero portare, qualora lo spermatozoo derivante dallo spermatogonio riuscisse a fecondare un ovocita e a dare origine a un embrione, allo sviluppo di malattie rare, malformazioni, predisposizioni a tumori, difetti di crescita e della riproduzione.

Queste mutazioni, però, sebbene possano essere nefaste per un eventuale feto, non sembrano esserlo per gli spermatogoni. Questi ultimi, anzi, ne traggono un beneficio: crescono e si riproducono con più facilità rispetto ai loro analoghi non mutati. Quando uno spermatogonio cresce e si divide duplica a ogni ciclo il suo DNA e in questo processo errori spontanei, più o meno gravi o irrilevanti, possono capitare. Questo sbagli, però, offrirebbero alla cellula un vantaggio selettivo con la conseguente formazione di gruppi di spermatogoni anomali nei tuboli seminiferi.

«È un fenomeno che chiamiamo “selezione egoista”, simile a quanto accade nei tumori dove le cellule maligne sovrastano nella crescita quelle sane. È come se il futuro spermatozoo non badasse ai potenziali danni per un ipotetico embrione, ma pensasse solo alla propria replicazione ed espansione», puntualizza il patologo statunitense.

Ogni giorno in un uomo vengono prodotti milioni e milioni di spermatozoi e la probabilità che sia proprio uno mutato a fecondare la cellula uovo è comunque molto bassa. Forti, però, del loro vantaggio selettivo gli spermatogoni anomali continuano e riprodursi e aumentano sempre di più con l'avanzare dell'età.

«Tutti gli uomini man mano che invecchiano svilupperanno nei loro testicoli questi gruppi di cellule mutate ed è bene che chi tende a posticipare la paternità sia consapevole dei potenziali rischi e del fatto che il maschio non è così immune dall'invecchiamento riproduttivo come si tende a pensare», conclude Wilkie.