



RASSEGNA STAMPA

18/03/2016

1. QUOTIDIANO DI SICILIA Tumori, ruolo terapeutico del dialogo medico-paziente
2. SALUTE DOMANI Lombardia in prima linea contro il melanoma
3. PHARMASTAR Tumore al pancreas, continuano gli studi di fase III su vaccino
4. CORRIERE SALUTE Pancreas, 9 italiani su 10 operati in centri con poca esperienza
5. REPUBBLICA VENERDÌ E un giorno ho deciso di mettere il mio cancro online
6. LA NOTIZIA Sigarette elettroniche, nuovi test positivi
7. GIORNALE DI BRESCIA Medicina di precisione: la terapia va mirata ai geni malati
8. AVVENIRE Lettera. Si toglie la ricetta ma la realtà resta
9. CORRIERE VENETO ED. VENEZIA E MESTRE Avis, più donazioni test su sesso spaventa i giovani
10. CORRIERE FIORENTINO Ragazza ricoverata per meningite Non era vaccinata
11. CORRIERE DELLA SERA SETTE C'è dissonanza cognitiva sui vaccini
12. MANIFESTO Molti impegni del governo, ma solo sospeso lo sciopero
13. GIORNALE DI SICILIA Sanità, prime assunzioni di chi è in graduatoria
14. CORRIERE DELLA SERA Sanità, esperienze virtuose tra Veneto e Marche
15. QUOTIDIANO SANITÀ Senato. Question time di Lorenzin a tutto campo
16. QUOTIDIANO SANITÀ Intramoenia. Rossi (Toscana) dice basta
17. QUOTIDIANO SANITÀ Responsabilità professionale. La Corte dei Conti contesta la sua mancata giurisdizione
18. AVVENIRE Le visite? Si fissano a Rebibbia Il Bambino Gesù conferma il call center
19. REPUBBLICA Intervista a Carlo Tomassini - "Con un'idea semplice da noi esami in giornata"
20. ANSA Boom per test del Dna, ma chi è a rischio non cambia abitudini

Sanità
Dialogo medico-paziente
 Servizio a pagina 3

Tumori, ruolo terapeutico del dialogo medico-paziente

Il 78% dei pazienti giudica positivamente il dialogo con il proprio oncologo (per il 41% è ottimo e per il 37% è buono). Una relazione di fiducia che ha chiare conseguenze, visto che il 68% dei malati ha acquisito maggiore consapevolezza su temi che spaziano dalle terapie, alla riabilitazione e al disagio psicologico

Un'indagine Usa rivela che in media il medico interrompe il malato dopo soli 27 secondi. Il sondaggio è stato effettuato su 150 pazienti

Per l'83% il cancro oggi fa meno paura grazie a terapie sempre più efficaci

ROMA - I miglioramenti significativi registrati sul fronte della sensibilizzazione del cittadino, della prevenzione, insieme con gli enormi passi in avanti compiuti dalla medicina nella lotta ai tumori, hanno permesso di raggiungere percentuali di guarigione che, come ha sottolineato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin in occasione della presentazione della Settimana nazionale della prevenzione oncologica che si concluderà il prossimo 21 marzo, "erano insperabili fino a pochi anni fa".

Adesso, però, è stata posta finalmente l'attenzione su un altro aspetto assai significativo ma puntualmente sottovalutato: il dialogo medico-paziente. Un dettaglio, tutt'altro che trascurabile, che potrebbe andare a migliorare ulteriormente il tasso di guaribilità passato in quindici anni dal 40% al 60% attuale.

Il sondaggio effettuato su 150 pazienti e condotto dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) ha permesso di dimostrare l'efficacia "terapeutica" della comunicazione.

Il 78% dei pazienti giudica positivamente il dialogo con il proprio oncologo (per il 41% è ottimo e per il 37% è buono). Una relazione di fiducia che ha chiare conseguenze, visto che il 68% dei malati ha acquisito maggiore

consapevolezza su temi che spaziano dalle terapie, alla gestione dei disturbi legati alla neoplasia, alla riabilitazione fino allo stress e al disagio psicologico. E per l'83% il cancro oggi fa meno paura grazie a terapie sempre più efficaci.

"La riscoperta della comunicazione - ha commentato Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss), è una vera e propria rivoluzione. Negli ultimi anni sono stati introdotti incredibili strumenti di cura ma spesso si è perso il rapporto col paziente".

Un'indagine condotta negli Stati Uniti ha evidenziato che in media il medico interrompe il paziente dopo solo 27 secondi che parla. Questo la dice lunga sul cammino, ancora tutto in salita, verso un atteggiamento di maggiore ascolto e di maggiore attenzione nei confronti del malato.

È infatti ancora troppo presto per affermare che tutte le barriere sono state superate: secondo il sondaggio Aiom, il 64% dei pazienti ritiene di essere discriminato e che vi sia ancora uno stigma (a livello sociale e lavorativo) nei confronti delle persone colpite dal cancro. E la scrittura, come il dialogo medico-paziente, può aiutare a sconfiggere questi pregiudizi, fino a rappresentare una vera e propria terapia

per l'81% dei malati: questo è quanto è emerso dalla rubrica di medicina narrativa del Canale Salute e Benessere dell'Ansa in collaborazione con l'Associazione di oncologia medica (AIOM). "Si può vincere", è il titolo della rubrica dedicata alle storie di tutti quei pazienti affetti da malattie oncologiche che hanno combattuto e vinto la loro più grande battaglia.

Nel 2015 in Italia sono state stimate 363.300 nuove diagnosi. "Sempre più pazienti - spiega il prof. Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom - manifestano la necessità di conoscere le storie di chi ha vissuto in prima persona la stessa esperienza. Dobbiamo utilizzare tutti gli strumenti perché questi cittadini siano consapevoli di dover affrontare una battaglia difficile ma da cui possono uscire vincitori.



Oggi infatti il 60% delle persone colpite si lascia la malattia alle spalle e armi sempre più efficaci consentono di allungare la sopravvivenza e di cronicizzare la malattia. Ad esempio l'immuno-oncologia, grazie al suo meccanismo d'azione innovativo, stimola il sistema immunitario e ferma la malattia per un lungo periodo". Più della metà dei pazienti (57%) ha dichiarato di aver letto un racconto sull'esperienza di malattia scritto in prima persona e diagnosi e terapie sono gli argomenti che suscitano maggiore interesse.

La condivisione dell'esperienza, la possibilità di ascoltare il racconto di chi ha patito le stesse sofferenze, lo stesso senso di sfiducia, possono svolgere un ruolo fondamentale nel processo di cura. "La narrazione - ha sottolineato il prof. Ricciardi, - è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere ed integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura".

"L'oncologo - ha detto il prof. Pinto - deve sempre più tenere in considerazione le esigenze della persona assistita e dei familiari. Il dialogo medico-paziente è parte fondamentale della terapia ed è nostro compito ricercare il difficile equilibrio fra comunicazione della diagnosi e del percorso di cura, rispetto delle decisioni del paziente e assunzione della migliore decisione terapeutica, che consideri le volontà e le aspettative per la vita di ogni cittadino. Il giorno in cui una persona scopre di avere il cancro non è più un giorno 'qualunque', ma apre una nuova fase perché cambia 'diversamente' il valore attribuito alla vita e al futuro. Preoccupa però lo stigma che ancora circonda tutte le persone colpite, a 360 gradi. Clinici, cittadini e Istituzioni devono impegnarsi per eliminare l'impronta negativa ancora legata a questa malattia".

Patrizia Penna

Twitter: @PatriziaPenna





18-03-2016

<http://www.salutedomani.com/>

Lombardia in prima linea contro il melanoma



La Lombardia, impegnata nella lotta contro i tumori grazie alle eccellenze sanitarie operanti sul territorio, aderisce alla prevenzione primaria del melanoma, il più aggressivo e temuto tumore della pelle.

Le scuole elementari lombarde sono state scelte per ospitare la settima tappa del progetto educativo di prevenzione primaria nell'ambito della campagna "Il Sole per amico", promossa da IMI - Intergruppo Melanoma Italiano in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione e con il patrocinio del Ministero della Salute, dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica - AIOM e della Regione Lombardia, resa possibile grazie ad un'erogazione di Merck & Co., per il tramite della sua consociata italiana MSD.

«La campagna nasce per risvegliare e far crescere l'attenzione dell'opinione pubblica sul melanoma e sui rischi legati ad una non corretta esposizione, coinvolgendo in particolare i bambini in età scolare e le loro famiglie – dichiara Paola Queirolo, Presidente IMI - Intergruppo Melanoma Italiano e Responsabile DMT Melanoma e Tumori cutanei all'IRCCS-AOU San Martino-IST di Genova – la campagna nazionale, promossa da IMI, ha per la prima volta come protagonisti i bambini delle scuole elementari e i loro genitori, passaggio per noi cruciale considerato l'aumento dell'incidenza dei tumori della pelle proprio tra i più giovani e visto che le scottature da esposizione solare in età pediatrica rappresentano uno dei principali fattori di rischio».

L'obiettivo quindi è insegnare ai più piccoli il modo giusto di prendere il sole e proteggere la propria pelle, attraverso incontri con i dermatologi e gli oncologi che entrano nelle classi, un cartoon con protagonista il simpatico alieno Rey e altri strumenti didattici.

«Oggi sappiamo che, insieme con la diagnosi precoce, la prevenzione è una potente arma difensiva – dichiara Roberto Maroni, Presidente della Regione Lombardia e Assessore al

Welfare – e l'educazione svolge un ruolo cruciale: obiettivo imprescindibile è insegnare ai ragazzi che la salute è un bene prezioso e l'attenzione al proprio corpo è una forma di responsabilità. Per iniziare fin da oggi a mettere l'ennesimo, importante tassello nella costruzione degli adulti del futuro».

La Regione Lombardia ha aderito al progetto educativo promosso dall'IMI con la partecipazione di 16 scuole primarie dislocate su tutto il territorio regionale.

*«Iniziative di tale portata sono un orgoglio per la Regione Lombardia – dichiara **Fabio Angelo Fanetti**, Componente III Commissione permanente "Sanità e politiche sociali" della Regione Lombardia – perché è attraverso queste attività di ricerca, formazione e informazione e, soprattutto, investendo nell'educazione e prevenzione dei più giovani, che è possibile dare vita ad una corretta cultura verso un Servizio Sanitario Regionale di altissima qualità».*

Il ruolo della scuola è fondamentale per trasmettere l'educazione e le conoscenze indispensabili per l'adozione di comportamenti salutari e per diffondere la cultura della prevenzione tra la popolazione e in particolare tra i bambini in età scolare e le loro famiglie: in questa chiave è nata la collaborazione sulla campagna tra IMI e Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR).

«L'iniziativa promossa dall'IMI si inserisce in un quadro più ampio di azioni sostenute dall'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia, che riguardano la promozione della salute e si fondano su una collaborazione pluriennale tra servizi socio-sanitari di Regione Lombardia e mondo della scuola – afferma Delia Campanelli, Direttore Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia – anche la campagna "Il Sole per amico", che è stata fortemente sostenuta e promossa nelle scuole della Lombardia, si caratterizza quale esempio di un messaggio positivo, orientato alla prevenzione, all'acquisizione di conoscenze e allo sviluppo di competenze fondamentali per la riduzione del rischio e delle problematiche determinate da stili di vita inadeguati e scorretti».

La campagna "Il Sole per amico" coinvolge in un impegno comune tutti i cittadini, le Istituzioni e i medici del territorio lombardo dal momento che la prevenzione del melanoma è una priorità per le politiche sanitarie, nazionali e regionali, e per la salute pubblica.

I bambini italiani sono molto esposti al sole e sono anche poco protetti, secondo quanto riportato da uno studio condotto nei primi anni 2000. I buoni comportamenti, come quello di non prendere il sole nelle ore centrali della giornata e di proteggere la pelle, s'imparano sin da piccoli perché è proprio la fascia pediatrica che rischia di più a causa di un'esposizione solare non protetta e le scottature riportate nei primi anni di vita condizionano da adulti l'evoluzione del melanoma. Se si vuole attuare una vera prevenzione primaria e si vuole che questa sia efficace, bisogna cominciare dai più piccoli.

«Ripetute ustioni nell'infanzia determinano un danno cumulativo per la pelle, che può comportare lo sviluppo di melanoma anche a diversi anni di distanza – sottolinea Michele Del Vecchio, Dipartimento di Oncologia Medica della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano – è fondamentale promuovere un'adeguata sensibilizzazione nei bambini e in tutti coloro che ruotano attorno all'infanzia, genitori e insegnanti, affinché una corretta conoscenza del problema e conseguenti aggiustamenti comportamentali già a questa età,

possano consentire una adeguata ed efficace prevenzione primaria».

L'incidenza del melanoma è più che raddoppiata negli ultimi 15 anni: in Italia sono oltre 100.000 le persone colpite e oltre 10.000 i nuovi casi ogni anno.

«Si stima che l'incidenza del melanoma sia in continuo incremento in entrambi i sessi» menziona Alessandro Testori, Direttore Divisione Chirurgia Dermatologica, Istituto Europeo di Oncologia di Milano. *«Dal 1994 in avanti l'incidenza nei maschi è aumentata molto più rapidamente che nelle femmine; è stata circa il 30% più alta rispetto alle femmine nel 2015. La mortalità invece è in diminuzione come risultato delle diagnosi precoci e dell'alta sopravvivenza dei pazienti con melanoma».*

Ma "Il Sole per amico" non è soltanto una campagna di prevenzione primaria che coinvolge 150 scuole in Italia, decine di migliaia di bambini e genitori e centinaia di insegnanti. È anche uno studio epidemiologico per valutare conoscenze e comportamenti della popolazione.

«Nel complesso si tratterà di uno degli studi più ampi mai condotti e con la proiezione temporale più lunga – dichiara Luigi Naldi, Presidente Centro Studi GISED - Gruppo Italiano Studi Epidemiologici in Dermatologia e Dermatologo presso l'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII di Bergamo – i risultati verranno confrontati con una fase di studio precedente, denominata SoleSi-SoleNo, condotta nel biennio 2000-2002. Sarà possibile ottenere dati sul trend di esposizione al sole e sulle modalità di protezione nei bambini in un lungo arco di tempo e si potrà valutare se esiste una correlazione tra conoscenza e comportamenti. Questi dati saranno importanti per dare un valore a quanto si sta facendo, misurando gli effetti ottenuti e orientando interventi futuri».

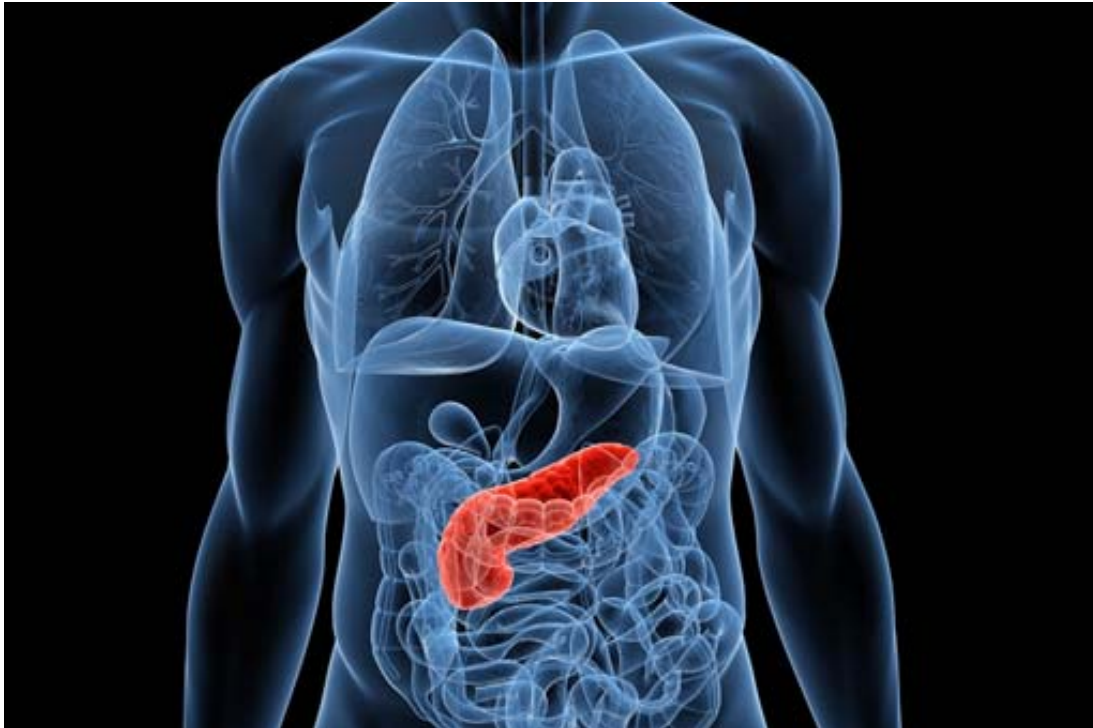
L'attività educativa all'interno delle scuole lombarde è strutturata con incontri tra bambini, insegnanti, genitori, dermatologi e oncologi che spiegheranno in un linguaggio a misura di bambino le semplici regole che bisogna seguire per difendere la pelle ed esporsi al sole in sicurezza. Oltre ai materiali informativi cartacei e digitali, il protagonista di un cartoon, Rey, un alieno catapultato sulla spiaggia da un'astrobolla solare, svelerà ai bambini i segreti per esporsi al sole in maniera corretta.

Prevenzione primaria, ma anche ricerca sono alla base della partnership che vede IMI e MSD Italia insieme per la campagna nazionale "Il Sole per amico" per promuovere i comportamenti corretti in grado di prevenire il melanoma tra gli adulti di domani. *«I tumori della pelle e il melanoma in particolare rappresentano una grave minaccia per la salute di milioni di persone e per la sostenibilità dei Servizi Sanitari – dice Goffredo Freddi, Responsabile Comunicazione e Relazioni Esterne MSD Italia – le campagne di sensibilizzazione sono fondamentali per creare e diffondere la cultura della prevenzione, specie quando coinvolgono i bambini in età scolare e le loro famiglie. MSD come consociata di Merck & Co., ha deciso di sostenere questa iniziativa promossa da IMI proprio perché interviene molto precocemente nell'educazione delle persone, evitando che si inneschino processi patologici tali da favorire una maggiore probabilità di sviluppare il melanoma in età adulta».*

Le risorse e gli strumenti educativi della campagna per le scuole primarie sono accessibili attraverso il sito www.ilsoleperamico.it

Il Sole per amico è anche su Facebook: www.facebook.com/ilSoleperamico

Tumore al pancreas, continuano gli studi di fase III su vaccino terapeutico



16 marzo 2016

Continuano gli studi di fase III sul vaccino terapeutico contro il tumore del pancreas. Si tratta dei trial IMPRESS: "Immunotherapy for Pancreatic Resectable cancer Survival Study", uno studio di fase III che ha arruolato pazienti con tumore al pancreas sottoposti a resezione chirurgica e PILLAR "Pancreatic Immunotherapy with algenpantucel-L for Locally Advanced non-Resectable" che ha arruolato pazienti con tumore al pancreas localmente avanzato. Entrambi i trial hanno completato l'arruolamento dei pazienti e i primi risultati saranno disponibili entro la fine di quest'anno.

Come funziona

Algenpantucel-L è un vaccino terapeutico sperimentale per il tumore al pancreas sviluppato attraverso la piattaforma di NewLink Genetics denominata HyperAcute. Algenpantucel-L è costituito da due linee cellulari del tumore al pancreas (HAPa-1 and HAPa-2) modificate geneticamente per esprimere carboidrati alfa-gal su alcune molecole che si trovano sulla superficie cellulare. Dopo l'iniezione delle cellule nel paziente, i carboidrati alfa-gal stimolano una risposta immunitaria contro antigeni specifici del tumore al pancreas presenti nelle cellule tumorali. In pratica, il sistema immunitario del paziente viene stimolato ad attaccare le cellule tumorali e a distruggerle.

Studio IMPRESS

IMPRESS è uno studio di fase III randomizzato, in aperto, lanciato nell'aprile del 2010, che ha arruolato 720 pazienti. I partecipanti sono stati sottoposti a resezione chirurgica del tumore e successivamente randomizzati a ricevere un regime adiuvante costituito dal vaccino (18 immunizzazioni alla dose da 300 milioni di cellule) più gemcitabina (1000 mg/m²/d, una volta alla settimana per tre settimane) con o senza 5 fluoro uracile (5-FU) (200-250 mg/m²/d per 5,5 settimane) con radiazione o gemcitabina con o senza chemioradiatione con 5-FU.

L'endpoint primario dello studio era la sopravvivenza generale (OS). L'analisi dei dati è attualmente in corso. Ad oggi gli autori riportano un profilo di sicurezza positivo con solo un episodio di irritazione al sito di iniezione osservato.

L'età media dei partecipanti era pari a 65 anni e il 52% dei soggetti arruolati era di sesso maschile, con l'80% dei tumori rimossi dalla testa del pancreas. Il 70% dei pazienti aveva uno status nodale positivo e il 55% presentava un tumore di dimensioni superiori ai 3 cm.

La seconda analisi ad interim dello studio ha dimostrato una OS media di 28,5 mesi dal tempo della randomizzazione per entrambe le coorti complessivamente.

Nello studio precedente di fase II, dopo un follow up medio di 21 mesi, la sopravvivenza senza malattia (DFS) era del 62% e la OS a 12 mesi era dell'86%. La DFS media era di 14,1 mesi. In questo studio, 34 pazienti avevano presentato una recidiva di malattia. Gli eventi avversi di grado 1 e 2 più frequenti erano fatigue e reazioni al sito di infezione. Il 12% dei partecipanti aveva presentati eventi avversi di grado 3 e 4 che includevano fatigue, reazioni e dolore al sito di iniezione e linfopenia.

Studio PILLAR

Lo studio PILLAR, lanciato nell'ottobre del 2012, è un trial in aperto, randomizzato che ha arruolato 280 pazienti con tumore localmente avanzato non resecabile trattati con FOLFIRINOX o gemcitabina/nab paclitaxel con o senza algenpantucel-L.

L'endpoint principale dello studio era la OS, mentre la sopravvivenza senza progressione (PSF), la sicurezza e la risposta anticorpale contro il vaccino erano gli endpoint secondari. L'arruolamento dei partecipanti di questo studio è stato completato lo scorso dicembre.

“Il vaccino consiste in una nuova immunoterapia con meccanismo d'azione differente rispetto agli agenti immunoterapici nivolumab e pembrolizumab che inibiscono i checkpoint immunitari”, spiegano gli autori degli studi.

NewLink Genetics spiega che la sua piattaforma per lo sviluppo di immunoterapie è in grado di trarre vantaggio dalla risposta iperacuta del sistema immunitario che è metabolicamente attiva e utilizza l'intera cellula con multipli antigeni. La risposta immunitaria risultante consiste in anticorpi attivati, cellule T e eosinofili.

“In base ai primi dati, spiegano gli autori, il vaccino funziona meglio se somministrato dopo che il tumore è stato rimosso, anche perché il sistema immunitario è più potente quando è presente una quantità ridotta di cellule tumorali”, spiegano gli esperti. “Il risultato più interessante, per ora, riguarda il profilo di sicurezza e tollerabilità del vaccino che si è dimostrato positivo in combinazione alle cure standard”, concludono gli autori.

[chiudi questa finestra]

<http://www.corriere.it/salute/>

Tumore del pancreas, 9 italiani su 10 operati in centri con poca esperienza

Si tratta di interventi difficili, eseguiti in oltre 500 ospedali nel nostro Paese, ma in più di 400 il chirurgo tratta meno di 3 pazienti ogni anno. Il rischio di morte o complicanze è maggiore per chi tratta pochi casi

di Vera Martinella



Nove ospedali italiani su dieci non hanno esperienza sufficiente per operare pazienti con un tumore «difficile» come quello del pancreas, ciononostante procedono con l'intervento chirurgico. A scattare la preoccupante fotografia è un'indagine condotta dall'Associazione Italiana per lo Studio del Pancreas (AISP), dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute e dal Centro di ricerca (CERGAS) dell'Università Bocconi di Milano, pubblicata su HPB, la rivista dell'Associazione Mondiale per la Chirurgia epato-bilio-pancreatica. Molti studi scientifici lo hanno dimostrato negli ultimi anni: la sopravvivenza dei malati di cancro è di gran lunga migliore quando vengono seguiti in centri specializzati, dove possono essere curati da un team di medici multidisciplinare e da personale che abbia esperienza, importantissima soprattutto per i casi più complessi.

I malati operati da chi ha poca esperienza hanno maggiori rischi di morire

Ricerche precedenti hanno documentato che quando l'asportazione di un carcinoma pancreatico viene eseguita in ospedali con scarsa esperienza, i pazienti hanno un notevole aumento del rischio di mortalità operatoria e hanno una ridotta sopravvivenza a lungo termine. Per questo tutte le linee guida nazionali e internazionali suggeriscono di riservare questa chirurgia agli ospedali con molta esperienza (i cosiddetti "ospedali ad alto volume" chirurgico) e alcuni Paesi hanno deciso di regolamentare la chirurgia pancreatico per legge: in Inghilterra, per esempio, sono solo una ventina gli ospedali autorizzati ad eseguire interventi sul pancreas, e in Germania soltanto le strutture che eseguono almeno 10 resezioni pancreatiche all'anno possono praticare questa chirurgia. «In Italia invece non ci sono direttive in merito e ogni ospedale, seppur piccolo e senza adeguata esperienza, è legittimato ad offrire al malato con tumore

del pancreas un trattamento chirurgico - spiega Gianpaolo Balzano, dell'Associazione Italiana per lo Studio del Pancreas (AISP) e responsabile Unità Funzionale di Chirurgia del Pancreas all'Ospedale San Raffaele di Milano -. Ma per garantire a tutti i pazienti con tumore del pancreas un accesso a cure adeguate è necessario regolamentare l'offerta anche nel nostro Paese».

Un tumore ancora letale: 12.500 nuove diagnosi ogni anno in Italia

Con 12.500 nuove diagnosi ogni anno in Italia, quello del pancreas è uno dei tumori che, a ragione, fanno più paura: è particolarmente aggressivo, spesso viene diagnosticato quando è ormai già inoperabile e in uno stadio avanzato, tanto difficile da curare che solo 8 pazienti su 100 sono vivi a cinque anni dalla diagnosi. Questa neoplasia miete ancora ogni anno moltissime vittime e secondo le stime più recenti le cose sono destinate a peggiorare: se già oggi nel nostro Paese è tra le prime quattro cause di morte per cancro, si prevede che nel 2020 arriverà al secondo posto di questa poco ambita classifica. E se proprio nei giorni scorsi un team internazionale di scienziati è riuscito a tracciare l'identikit della malattia individuando l'esistenza di quattro diversi sottotipi finora sconosciuti, l'asportazione completa del tumore resta l'unico trattamento che può portare ad una guarigione, ma la chirurgia pancreaticca (per la posizione dell'organo, la sua struttura, la presenza di numerosissime complicazioni) è una pratica molto difficile.

408 ospedali italiani fanno meno di tre resezioni pancreatiche all'anno

Per la loro indagine i ricercatori hanno messo sotto la lente di ingrandimento quasi 11 mila interventi chirurgici eseguiti per cancro del pancreas in Italia in un periodo compreso tra il 2010 e il 2012. È emerso che ben 544 ospedali italiani operano malati con tumore del pancreas e che il 90 per cento di questi centri ha una esperienza chirurgica insufficiente per offrire un trattamento adeguato. In particolare 408 ospedali eseguono meno di tre resezioni pancreatiche all'anno (volume di chirurgia pancreaticca molto basso) e 76 ospedali ne eseguono meno di nove (volume di chirurgia pancreaticca basso). «Dallo studio sono emerse le gravi conseguenze del trattamento chirurgico eseguito negli ospedali con esperienza insufficiente – prosegue Balzano -, che possono essere riassunte in cinque punti. Primo, il malato ha un maggior rischio di morire per gli interventi di asportazione del tumore: l'11,7 per cento negli ospedali con minore esperienza contro il 3,8 per cento negli ospedali con maggiore esperienza. Secondo, il paziente ha una minore probabilità che il chirurgo riesca a eliminare il tumore quando è operato negli ospedali “meno preparati”. Terzo, il pericolo di morte sale anche per le operazioni in cui il tumore non viene asportato: 10,6 per cento negli ospedali a minor volume contro il 4,6 dei più grandi. Quarto, è stato riscontrato un eccesso di interventi chirurgici palliativi o esplorativi (nel 63 per cento negli ospedali a minor volume contro il 24 di quelli più esperti), cioè di interventi che potevano essere evitati con l'utilizzo di procedure endoscopiche o con una più accurata stadiazione del tumore. Quinto, tutto ciò comporta uno spreco di risorse per il servizio sanitario dovuto all'eccesso di interventi evitabili: abbiamo calcolato circa 9 milioni di euro nel periodo di studio».

Fondamentale garantire al paziente l'accesso ai centri di alta specialità

«In Italia c'è la necessità di monitorare e incrementare l'appropriatezza dell'offerta ospedaliera - commenta Flavia Carle, dirigente della programmazione sanitaria del Ministero della Salute e Docente di Statistica medica all'Università Politecnica delle Marche -. Per i casi complessi è fondamentale garantire al paziente l'accesso ai centri di alta specialità, che possono offrire un più elevato standard di cure. Studi come questo, su casistiche italiane, sono fondamentali per produrre le evidenze scientifiche indispensabili per l'emanazione e l'aggiornamento continuo dei provvedimenti normativi di programmazione sanitaria da parte del Ministero della salute, come il recente Regolamento sugli standard ospedalieri». «Se tutti i

pazienti fossero stati trattati nei centri con maggiore esperienza, avrebbero potuto essere risparmiati più di 3 milioni di euro all'anno - conclude Elena Cantù, che ha coordinato il gruppo di ricerca del CERGAS Bocconi -. Risorse che potrebbero essere reinvestite in formazione, sistemi di monitoraggio e miglioramento della qualità delle cure, o rimborsi per la mobilità dei pazienti e familiari, data la possibile necessità di essere curati lontani dal proprio domicilio».

IN BASSO, SALVATORE IACONESI E LA COPERTINA
DEL LIBRO **LA CURA** (CODICE, PP. 344, EURO 15)
SCRITTO INSIEME ALLA COMPAGNA ORIANA PERSICO

E UN GIORNO HO DECISO DI METTERE IL MIO CANCRO ONLINE

di Giuliano Aluffi

Nel libro **La Cura** l'artista, ingegnere e hacker Salvatore Iaconesi racconta la scelta di condividere i suoi referti in rete. Così ha trovato il chirurgo che lo ha salvato. Ma anche molto altro

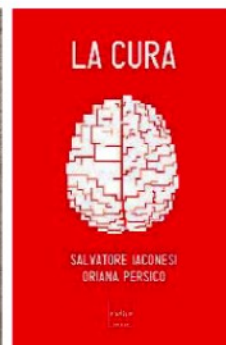
«Cosa sei? Che vuoi da me? Fammi capire: perché lo stai facendo?». Le domande, pronunciate da un giovane con capigliatura da moicano, non sono rivolte a un essere umano, ma a uno strano oggetto: una stampa tridimensionale del suo tumore. È una scena insolita, parte di una storia coraggiosa che nasce dal dramma di un uomo e si conclude col formarsi di una comunità di centinaia di migliaia di persone che, in tutto il mondo, prendono a cuore la vicenda che Salvatore Iaconesi e Oriana Persico raccontano ora nel libro *La cura* (Codice).

Tutto inizia a Roma nell'agosto del 2012, quando Salvatore sviene dopo una nuotata in piscina. La sua compagna, Oriana, lo porta al pronto soccorso, dove tac e risonanza magnetica rivelano lo scenario più temuto: un tumore al cer-

vello. «Da quel momento è iniziata la mia sparizione» spiega al *Venerdì* Salvatore. «La riduzione della mia persona ai miei valori del sangue, alle mie lastre. Il mondo aveva già iniziato a considerarmi non più un individuo, ma una "malattia ambulante". E la cosa non colpiva solo me: quando ti ammali di cancro è come se si ammallasero anche i tuoi cari, i tuoi amici e chiunque ti parli, perché il tuo stato di salute diventa l'unico argomento possibile».

Salvatore, però, non ci sta. E un giorno, mentre è in ospedale, fa una strana richiesta a Oriana. «Mi ha detto al telefono: "Sai che c'è? Mi vedrei bene con il taglio moicano. Domani mi porti il rasoio?"» racconta lei. «Il taglio di capelli è stato il primo modo per riappropriarmi della mia persona» spiega lui. «Niente dell'o-

**HO FATTO
UN TAGLIO
MOICANO,
E FINALMENTE
SI PARLAVA
DI ME E NON
DEL TUMORE**



spedale suggerisce che sia un luogo adatto a tagliarsi i capelli alla punk. Però il contrapporsi, anche esteticamente, all'ambiente che ti circonda ti permette di scongelarti, di liberarti dall'algoritmo che ti schiaccia. Di ridiventare te stesso grazie all'indisciplina».

Conseguenze di questo gesto, piccolo ma carico di significato? «È la cosa che mi ha aiutato a dimettermi da paziente, a "uscire" dall'ospedale, dove stavo diventando un numero. Per le persone, notai, ero diventato un altro: finalmente si parlava di qualcosa di diverso dalla mia malattia. Questo piccolo atto indisciplinato mi dava un potere enorme: quello di spostare il discorso».

Il passo successivo, per Salvatore, è stato fare i conti con la malattia riportandola in mezzo alla società. «Ho chiesto ai medici la mia cartella clinica digitale: volevo guardare in faccia il mio tumore. La cartella mi è stata data, però era ancora inaccessibile, perché in un formato non fruibile dalle persone comuni ma solo dai medici, dai professionisti. Io non potevo avere un'immagine del mio cancro. E invece volevo vedere questa cosa che cresceva nella mia



QUI ACCANTO, DA SINISTRA, IL TUMORE DI SALVATORE IACONESI STAMPATO IN 3D DALL'ARTISTA **PATRICK LICHTY**, CHE L'HA MESSO IN VENDITA SULLA PIATTAFORMA **THINGIVERSE**, E UN COLLAGE DI **ANTONIA SCHULZ-ROGGE**, STUDENTESSA DI DÜSSELDORF, SEMPRE ISPIRATO A SALVATORE. IN BASSO, IL SITO **CROWDFLOWER** DELL'HARVARD MEDICAL SCHOOL

testa. Volevo addirittura parlarci, trovare un qualche accordo: "Visto che stai crescendo dentro di me, almeno sii utile: dammi qualche superpotere".

Così Salvatore, che non è solo un artista digitale ma anche un ingegnere e hacker, trasforma i file della sua cartella in formati aperti, in immagini visualizzabili con un semplice browser su qualsiasi computer o tablet. A quel punto manca una cosa sola, ma il passo è il più difficile e controverso: mettere tutto in rete. Condividere con tutti, in modo *open source*, i dati medici. Per far partire una discussione collettiva, dove ognuno, medici ma anche persone di qualsiasi altra estrazione, possa contribuire con un consiglio, un commento, uno scritto, un disegno, una foto, una poesia.

«Ho costruito un sito, *www.la-cura.it*, per mettere i miei dati clinici a disposizione di chiunque fosse curioso, raccogliere i contributi di tutti e riportare la malattia in mezzo alla società, in modo che se ne possa discutere, invece di rimuoverla dal discorso» spiega Salvatore. «Il progetto ha totalizzato più di 900 mila messaggi (tra email al sito, conversazioni social, commenti su YouTube). Migliaia di video, immagini, performance artistiche. Patrick Lichty, artista americano, ha stampato in 3D il mio tumore e l'ha messo in vendita su *Thingiverse*, così che chiunque potesse dire di averlo. E ho radunato una comunità di medici, neurochirurghi, oncologi e anche seguaci delle medicine alternative. Con tutti ho discusso, delineando una strategia. È grazie a queste dinamiche che ho trovato il chirurgo che,

operandomi, mi ha salvato» (il neurochirurgo Vincenzo Esposito, docente alla Sapienza di Roma, ndr).

Questo non significa che mettere in rete i propri dati medici sia una soluzione buona per tutti. «Non sto consigliando a nessuno di fare quello che ho fatto io. Il mio gesto è più una performance artistica che un vero metodo. Ho visto di persona che mettendo la propria malattia online si corre il rischio di essere contattati, oltre che da persone volenterose e ammirevoli, anche da truffatori, da guaritori che lucrano sul dolore altrui o vogliono fare usi pericolosi dei tuoi dati».

Il gesto di Salvatore ha un senso che va al di là della ricerca di una cura per il malato. «Non ci si ammala mai da soli, la malattia colpisce tutti quelli che hai intorno, e bisogna trovare un modo per rendere questo tangibile. Ma soprattutto agibile, trasformabile. Serve un catalizzatore di energie, il mio sito e ora il libro sono questo: risorse non solo leggibili ma partecipabili, grazie a workshop e a spazi di commento online. Già l'atto di cercare una cura – medica ma anche tecnologica, umanistica, spirituale – è curante: se non direttamente per la malattia, almeno per la società che le sta intorno. In questo senso sentiamo che la nostra operazione assomiglia più alla sfida di Franco Basaglia, che era l'esposizione della malattia di

**NON CI SI
AMMALA
MAI DA SOLI.
ANCHE QUELLI
CHE CI VIVONO
INTORNO NE
SONO COLPITI**



fronte alla società per cercare soluzioni partecipate, che alla lotta, pur importante e meritoria, di Edward Snowden per la protezione dei dati».

L'uso di internet in funzione anticancro, del resto, viene oggi esplorato in tutto il mondo. Nel 2014 uno studio pubblicato sul *Journal of the National Cancer Institute* americano mostrava come il web permetta di organizzare in modo più efficiente i test clinici, coinvolgendo – tramite una distribuzione in rete di compiti e ruoli – in modo più attivo le comunità di medici e pazienti.

Sulla stessa linea, a novembre 2015, 130 ricercatori da tutto il mondo si sono riuniti a Washington per progettare una sperimentazione clinica contro il glioblastoma, la più aggressiva fra le neoplasie del sistema nervoso centrale, con il reclutamento online di volontari: è stato definito «l'approccio Silicon Valley al cancro». E internet non serve solo in fase di test, ma anche di ricerca: a fine 2015 l'Ontario Institute for Cancer Research ha diffuso sul web, in open source, i dati di un prototipo di farmaco contro leucemia e cancro al seno, per stimolare i ricercatori di tutto il mondo a migliorarlo. Invece alla Harvard Medical School l'anno scorso è partito il progetto *CrowdFlower*, sito dove si condividono immagini di tessuti cancerosi per allenare un algoritmo di computer a riconoscere i tumori e potenziare le tecnologie diagnostiche.

Senza contare i benefici psicologici della socialità online: «Dopo che Salvatore ha tradotto la sua cartella clinica in formati fruibili da chiunque, le persone hanno potuto tradurre nel loro linguaggio queste immagini» spiega Oriana. «Passando di persona in persona, le immagini sono state ricodificate: a me, per esempio, nei primi giorni dell'ospedale davano una sensazione di morte e non riuscivo a guardarle. Ma poi ho imparato ad associarle a una risata, oppure all'ammirazione: "Ma guarda quanto è bello questo dipinto che hanno fatto partendo dalle lastre", o anche solo alla voglia di capire: è come se la morte fosse diventata vita». E la minaccia della fine un nuovo, aperto inizio.

Giuliano Aluffi

Fumo e salute

Sigarette elettroniche, nuovi test positivi

Metodi rigorosi

La ricerca è stata condivisa da Philip Morris con la prestigiosa rivista *Toxicological Sciences*

di **PATRICK FAZIO**

Gli effetti delle sigarette elettroniche sulla salute sono per la prima volta oggetto di una ricerca scientifica di Philip Morris International pubblicata su *Toxicological Sciences*, la rivista ufficiale della Society of Toxicology, ritenuta una delle più autorevoli pubblicazioni peer review. I prodotti testati sono a potenziale rischio ridotto perché a differenza di quanto avviene nelle sigarette, qui il tabacco è riscaldato anziché bruciato. I risultati della ricerca, indipendente e sottoposta rigorosamente a metodi scientifici, hanno dimostrato una potenziale riduzione del danno del primo prodot-

to a rischio ridotto Platform 1, messo in commercio dall'azienda come iQOS. Questi dati saranno utilizzati da Philip Morris per valutare se Platform 1 possa ridurre il rischio di malattie legate al fumo rispetto all'utilizzo continuativo di sigarette. "L'obiettivo di questi studi - ha detto il Professor Manuel Peitsch, Chief Scientific Officer del gruppo Philip Morris - è stato quello di confrontare gli effetti, osservati in laboratorio, del fumo di sigaretta, della cessazione e della sostituzione della sigaretta con il tabacco riscaldato. Questi studi forniscono ulteriori dati sul potenziale di Platform 1 di ridurre il danno di contrarre malattie legate al fumo".

TABACCO RISCALDATO

Platform 1 è attualmente commercializzata da Philip Morris in numerosi paesi (tra cui Giappone, Italia e Svizzera) come sistema elettronico di riscaldamento del tabacco, con il nome di iQOS. Prima di affermare che il sistema comporti una minore esposizione o un rischio ridotto, Philip Morris si è impegnata a validare in modo rigoroso tutto l'insieme dei dati ottenuti dalla ricerca scientifica.



MEDICINA DI PRECISIONE: LA TERAPIA VA MIRATA AI GENI MALATI

La mappatura del Dna permette uno sguardo molecolare che apre nuovi sentieri di cura: la diagnosi non riguarda l'organo, ma la mutazione genetica del tumore che l'ha colpito

ANNA DELLA MORETTA

medicina@giornaledibrescia.it

A cosa serve leggere il Dna? Lo spieghiamo con un esempio. Due donne, entrambe con un tumore al cervello. Un glioblastoma, tra i più difficili da curare. Ad una delle due, i medici hanno analizzato il genoma del tumore con la lingua franca del Dna, scoprendo che il gene difettoso è lo stesso del difetto genetico del melanoma, un tumore della pelle che colpisce un numero crescente di persone. Per curare la paziente usano, quindi, un farmaco già autorizzato per la terapia del melanoma e la donna guarisce. L'altra paziente non aveva la stessa mutazione ed ha continuato a curarsi con la chemioterapia, con risultati meno soddisfacenti. Un esempio, che il professor Giuseppe Testa utilizza per spiegare il significato della «medicina di precisione. Lo ha fatto anche ai «Pomeriggi della Medicina» che ieri hanno attirato più di 500 persone in San Barnaba, costringendone una buona parte fuori dall'auditorium.

Folla al San Barnaba per i Pomeriggi della Medicina. L'argomento di confronto aveva un fascino particolare: «Dimmi che Dna hai e ti dirò chi sei. Il futuro è nella medicina di precisione». Ad affrontarlo, il professor Giuseppe Testa, direttore del Laboratorio di Epigenetica delle cellule staminali dell'Istituto europeo di Oncologia di Milano e professore di Biologia molecolare all'Università degli Studi di Milano e il dottor Giuseppe Rossi, direttore dell'Ematologia e del Dipartimento di Oncologia clinica dell'Ospedale Civile di Brescia.

La prima bozza di mappatura del Genoma risale al 2000. Fino ad allora, la diagnosi di tumore si era largamente basata sul tipo di organo colpito - polmoni, fegato e via dicendo - e sul tipo di cellule coinvolte. Da allora, lo sguardo può svelare i geni mutati del tumore in ciascun paziente e questo può fare la differenza per la terapia.

Semplice? Certamente no. Basti pensare, per avere un'idea della complessità, che il Genoma umano di riferimento è composto da tre miliardi di geni e che ciascuno di noi possiede tre milioni di varianti genetiche rispetto al Genoma di riferimento. Basti pensare che servono cinquant'anni per scrivere l'intero Genoma, a patto che si compungano 60 parole al minuto per otto ore al giorno; oppure, 78 milioni di tweet.

Risultati concreti in Ematologia. Non è semplice. Tuttavia, come avviene per la leucemia mieloide cronica che ha visto negli ultimi vent'anni cambiare il destino dei pazienti da una sopravvivenza zero alla guarigione, una molecola è in grado di colpire la proteina anomala presente nelle cellule tumorali, lasciando sopravvivere quelle sane. Lo stesso per la cura della leucemia acuta promielocitica per la quale sono state identificate due sostanze che agiscono selettivamente sulla molecola proteica, causa della malattia, e permettono di evitare

avatar del tumore



la chemioterapia. «Il sequenziamento del Genoma permette anche di identificare le mutazioni e correlarle alla patologia: per ora, la maggior parte di esse ci fornisce informazioni sulla gravità della leucemia. Ma non è poco, perché questo ci permette di essere precisi con le terapie: più pesanti se la situazione è più gravi, più leggere, altrimenti» ha spiegato Rossi.

Lo sguardo molecolare. È certo, dunque, che «lo sguardo molecolare apre nuovi sentieri di cura, scomponendo le categorie diagnostiche: non si basano più sull'organo colpito dalla malattia, ma su quale tipo di mutazione genetica ha quel preciso tumore» ha detto Testa. Aggiungendo: «Siamo in grado di studiare le cellule malate al di fuori del nostro corpo, cosa che finora era possibile solo in ambito ematologico perché ovviamente, lo studio delle cellule dei tumori del sangue è più rapido. Oggi, possiamo condurre studi clinici non più sulle persone, ma su un loro modello esterno, un avatar».

Un percorso che i ricercatori del gruppo del professor Testa hanno intrapreso per lo studio dei meccanismi di malattie quali l'autismo o la sindrome di Williams (i risultati sono stati pubblicati sulla rivista scientifica Nature Genetics). Testa: «Abbiamo prelevato alcune cellule dalla pelle di bambini malati e le abbiamo riprogrammate in staminali pluripotenti, ovvero in cellule in grado di produrre tutte le cellule del corpo. Da queste, abbiamo ottenuto neuroni con la stessa lesione genetica che è alla base della malattia, scoprendo che entrambe sono causate da alterazioni a carico degli stessi 26 geni. La prossima frontiera è la creazione degli organoidi per rendere ancora più precisa la scelta di una terapia: specie di avatar tridimensionali del tumore cresciuti in vitro a partire dalle cellule tumorali prelevate dal malato con una biopsia o all'atto dell'intervento chirurgico». Il futuro? «Potremmo pensare di provare le terapie prima su questa sorta di surrogati del tumore per capire quanto, e come, sono efficaci. Solo se funzionano, somministrarle al paziente. Una medicina di precisione che sarebbe più efficace, con meno effetti collaterali e più efficiente». //

**Terapia più precisa
con gli organoidi:
avatar del tumore
cresciuti in vitro a
partire dalle cellule
tumorali prelevate
dal malato**

La «pillola del giorno dopo» senza prescrizione

SI TOGLIE LA RICETTA MA LA REALTÀ RESTA

di Filippo Maria Boscia*
e Gian Luigi Gigli**

Caro direttore, nella Gazzetta Ufficiale n.52 del 3 marzo 2016 è stata pubblicata la determina Aifa del 1° febbraio 2016 con la quale a decorrere dal 4 marzo 2016 il regime prescrittivo della specialità medicinale Norlevo è stato modificato per le pazienti di età pari o superiore a 18 anni: da ricetta non ripetibile a medicinale senza obbligo di prescrizione medica (Sop). Non sorprende più la disinvoltura con la quale l'Aifa viene meno al rispetto delle norme di legge vigenti in Italia le quali – tutte – finalizzano la procreazione responsabile alla «tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento». Sorprende, semmai, che tutto questo avvenga nel silenzio del Governo e di un ministro che sappiamo avere a cuore il pieno rispetto di queste norme. Sia Norlevo che, ancor più, EllaOne (la pillola dei 5 giorni dopo) agiscono prevalentemente impedendo l'annidamento in utero del figlio, come la letteratura specifica ben evidenzia. Si tratta in sostanza di un micro-aborto, ma l'Aifa – anche ignorando il parere espresso dal Consiglio superiore di sanità, che lo ribadisce con chiarezza – insiste nel presentarli al pubblico come farmaci esclusivamente anti-ovulatori, capaci quindi solo di evitare il concepimento. Così facendo Aifa eroga deliberatamente informazioni ingannevoli sia verso la popolazione sia verso le stesse istituzioni. Nel liberalizzare la vendita di questi farmaci a prevalente azione anti-nidatoria e abortiva, e quindi non compatibili con le nostre leggi e i principi che a esse sottendono, Aifa dichiara di

essere obbligata a osservare la decisione della Commissione europea, ma nemmeno questo corrisponde al vero. Infatti l'articolo 4 della Direttiva 2001/83/Ce – con il codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano – prevede che la disciplina sovranazionale non impedisce l'applicazione delle disposizioni nazionali che vietano o limitano vendita, fornitura o uso di medicinali a fini contraccettivi o abortivi. Aifa sa bene che né Norlevo né EllaOne prevengono l'ovulazione nei giorni più fertili del ciclo ma, al contrario, impediscono che l'utero diventi ospitale. E sa parimenti bene che EllaOne può essere efficacemente usato anche per causare l'aborto nelle prime settimane di gravidanza, esattamente come la molecola gemella Ru486, o mifepristone (www.sipre.eu). Nonostante questa consapevolezza, la Commissione tecnico-scientifica di Aifa e il suo direttore hanno deciso di liberalizzarne la vendita e di presentarlo come anti-ovulatorio. Alla violazione manifesta delle nostre leggi si aggiunge quindi un'offesa ancora peggiore e più violenta alla libertà di informazione e di libera scelta della donna e, in particolare, della donna più indifesa: l'adolescente, che di questi farmaci è la maggiore utilizzatrice, e che malgrado il persistente obbligo di ricetta a carico delle minorenni non incontrerebbe soverchie difficoltà a procurarsi confezioni del farmaco. Il testo del bugiardo inganna le donne, portandole a credere che questi farmaci impediscano l'ovulazione e il concepimento mentre prevalentemente agiscono impedendo che il figlio eventualmente concepito possa annidarsi in utero. Non

solo: la possibilità di acquisto senza prescrizione medica contribuisce a banalizzare gli effetti collaterali, con pericolo maggiore se l'assunzione è ripetuta più volte nella convinzione che si tratti di un contraccettivo. Infine, non possono essere taciute le ricadute diseducative e i rischi di malattie sessualmente trasmissibili conseguenti a un comportamento sessuale promiscuo che l'idea stessa di una finta "contraccezione di emergenza" favorisce nella popolazione giovanile. Viene spontaneo chiedersi se Aifa, agenzia che ha il mandato istituzionale di tutelare la salute della popolazione e il diritto alla conoscenza del funzionamento dei farmaci, possa con questo comportamento ritenersi fedele ai propri compiti istituzionali. Su questo scottante argomento chiediamo ad Aifa e al [Ministero della Salute](#) di aprire un tavolo di discussione, per un confronto scientifico serio e aperto. Le pressioni industriali e commerciali che stanno dietro alcune decisioni delle autorità regolatorie possono essere facilmente immaginate. Tuttavia non è accettabile che in un Paese civile, che doverosamente sottopone a prescrizione medica anche antibiotici di uso comune, un farmaco che agisce anche come abortivo sia assimilato a un prodotto da banco.

*presidente dell'Associazione medici cattolici italiani

**presidente del Movimento per la vita italiano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Moltiplicati i punti sul territorio Avis, più donazioni Ma il test sul sesso spaventa i giovani

342 15

Le donazioni in più nel 2015 rispetto all'anno precedente

La percentuale dei donatori nella fascia compresa tra i 26 e i 35 anni

Controlli

Escluso chi ha avuto più partner, fatto tatuaggi o viaggi

VENEZIA «C'è carenza di sangue B negativo e lei può fare ancora una donazione. Le chiediamo il suo aiuto». L'ufficio di chiamata dell'Avis provinciale, attivato da quest'anno, funziona così. Nei momenti critici i donatori vengono contattati uno ad uno telefonicamente per coprire le esigenze trasfusionali dei vari ospedali. Non solo.

Nelle zone con un territorio più vasto come il sandonatese e il miranese gli uffici hanno aperto in diversi punti del territorio (22 punti prelievo, ad esempio, nell'Usl 10). E l'esito di questi cambiamenti si è visto: dopo cinque anni in cui le donazioni erano in forte calo hanno cominciato a risalire. Dal 2013 al 2014, tanto per fare un esempio, ne erano state perse 1586; dal 2013 al 2012 1977. Ora invece il trend è in risalita: dal 2015 al 2014 ci sono state 342 donazioni in più. Un piccolo aumento che considerato il saldo negativo dell'anno precedente segna un deciso passo avanti per l'Avis delle quattro Usl veneziane. In testa il punto raccolta di Mestre-Marghera, con 7248 donazioni, seguito da Venezia con 5018, da Chioggia con 4431 e da Mirano con 2672 per un totale nel 2015 di 49444 donazioni. «Il calo delle donazioni in passato era legato a diversi motivi — spiega Giorgio Brunello, presidente Avis provinciale di Venezia — uno su tutti la difficoltà di chiedere permessi al lavoro. Ma anche l'assenza di giovani che entrassero nel gruppo».

Su questo fronte le cose so-

no migliorate. Anche grazie alle campagne informative e alla diffusione sul territorio oggi i giovani under 25 sono il 12 per cento dei donatori. Un buon risultato che raggiunge però solo il 15 per cento nella fascia 26-35, che dovrebbe essere una delle più attive e si impegna al 26% in quella 36-45. Perché la reticenza della fascia di mezzo? Uno dei motivi potrebbe riguardare la stretta dei controlli sui comportamenti

«a rischio» che vanno dall'assunzione di droghe ai rapporti sessuali non protetti. Una richiesta del [Ministero della Salute](#) nata per tutelare gli utenti ma che da novembre ha stretto le maglie dell'accesso alla donazione «cancellando» dall'elenco provinciale veneziano 2600 persone. Tra i motivi di esclusione ad esempio ci sono l'essere stato sottoposto a cure odontoiatriche ma anche aver avuto più partner sessuali negli ultimi quattro mesi, essersi fatto un tatuaggio, aver avuto un partner occasionale o aver fatto un viaggio in paesi esteri nell'ultimo mese, soprattutto se a rischio malattie.

Una griglia piuttosto stretta, che pare aver scoraggiato molti trentenni, anche per le domande del test che bisogna compilare. «Ci sono più controlli, è vero ma servono a tutelare la salute di chi riceve il sangue — spiega Brunello — il questionario da compilare è diventato più dettagliato e a volte spaventa un po' i potenziali donatori».

Alice D'Este

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ragazza ricoverata per meningite Non era vaccinata

Ha 34 anni, di Rufina. È il caso numero 44 del ceppo C

Le condizioni

I medici: «È stabile e siamo fiduciosi»
L'appello dell'Asl per la profilassi

La denuncia

Gli albergatori: «Tropo allarmismo, tante disdette da scuole italiane e straniere»

C'è un nuovo caso di meningite in Toscana, l'infezione numero 44 da meningococco C dall'inizio dello scorso anno. Ad essersi ammalata è una giovane di 34 anni residente a Rufina, in provincia di Firenze, ricoverata da mercoledì sera, dopo giorni di febbre persistente, all'ospedale di Ponte a Niccheri. La giovane, che non era vaccinata, da ieri è in cura al reparto di malattie infettive e non sembra in pericolo di vita.

«È stabile, siamo fiduciosi», spiega il primario, il professor Francesco Mazzotta. Il batterio — il cui ceppo è stato classificato dal laboratorio di immunologia del Meyer, diretto da Chiara Azzari — non ha creato infiammazione alle meningi, ma ha provocato una setticemia sulla giovane, senza tuttavia colpire gli organi principali. Così, la ricoverata è lucida, comunica ed è stata in grado di raccontare ai sanitari tutti gli spostamenti compiuti nelle ultime due settimane, per consentire al dipartimento di prevenzione, igiene e sanità pubblica dell'Azienda sanitaria di compiere la profilassi su chi è stato in contatto con lei. Dopo aver

somministrato la terapia antibiotica a parenti e colleghi di lavoro della giovane di Rufina, l'Asl avvisa che deve rivolgersi al proprio medico per prendere la pastiglia chiunque fosse al ristorante pizzeria Viavai di Firenze (via Pisana, 33) venerdì 11 marzo dalle 21.30 alle 24 e alla discoteca Club 999 di Prato (viale Galileo Galilei, 21/a) la notte tra venerdì 11 e sabato 12 marzo dalle 1.00 alle 5.30. L'invito è rivolto soltanto a chi si trovava in quei locali in quei determinati orari.

La donna colpita dalla meningite fa la commessa in un negozio, ma l'Asl non ha ritenuto di dover lanciare l'appello alla profilassi anche ai clienti di quell'attività, perché «il meningococco si trasmette solo con un contatto prolungato». Ora, la speranza delle autorità sanitarie è che con l'arrivo della bella stagione — e quindi del caldo — diminuiscano i casi di meningite, interrompendo il focolaio del meningococco C, quello che da più di un anno sta facendo registrare numeri anomali: dall'inizio del 2015 i casi di C sono 44, 13 dei quali nel 2016, contro i 5 appena dei due anni precedenti. Dieci, le vittime provocate dal questo

ceppo, considerato molto virulento.

Un'impennata che spaventa, non solo i cittadini toscani che nelle ultime settimane sono corsi a vaccinarsi. Dopo la circolare diffusa il primo marzo dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin, che ha invitato i viaggiatori che si recano spesso nella nostra regione a sottoporsi alla vaccinazione, l'allarme si è diffuso a macchia d'olio e ha portato alcune scuole, italiane ma anche europee, a cancellare le prenotazioni negli alberghi fiorentini: per le gite scolastiche della prossima si preferiscono ormai altre mete. Lo raccontano gli operatori turistici che hanno avuto diverse disdette nel mese di marzo e per quello di aprile e lo segnalano gli alberghi che hanno avuto un danno dalle cancellazioni delle scolaresche: «C'è stato troppo allarmismo — commenta Federturismo — la situazione è sotto controllo e la Toscana sta portando avanti la campagna di vaccinazioni, eppure il messaggio che passa alle scuole è un altro».

**Lisa Baracchi
Giulio Gori**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Piaceri&Saperi **Detti & Contraddetti** / di Luigi Ripamonti

C'è dissonanza cognitiva sui vaccini

Sussistono dubbi, ma circolano anche dicerie sui rischi legati alla somministrazione di antigeni. E spesso non si vuole capire

Il sistema immunitario dei piccoli è troppo immaturo: vaccinare i bambini presto è inutile e anche pericoloso perché si “sovraccaricherebbe” il loro sistema immunitario immaturo. È una delle tante affermazioni in circolazione a proposito dei vaccini. Detto, e subito contraddetto. Cominciamo con un'osservazione banale: quando un bambino viene al mondo passa da un ambiente sostanzialmente “chiuso” a uno nel quale viene subito in contatto con molti microorganismi, a cominciare da quelli presenti nel canale del parto, per continuare poi con tutto ciò che all'esterno proviene da oggetti, persone, animali e vegetali. Se il suo sistema di difesa non fosse capace di “gestire” questa situazione, il piccolo non potrebbe sopravvivere. Non solo, un neonato viene alla luce già dotato di anticorpi, che ha prodotto durante la vita fetale nei confronti di “agenti” che hanno attraversato la placenta, ne consegue che è già provvisto di un sistema in grado di mettere in atto una risposta immunitaria. Poiché i piani vaccinali prevedono le prime immunizzazioni a pochi mesi, non ha quindi molto senso temere che a quell'età il piccolo non possa ancora “servirsi” dei vaccini. Quanto al “sovraccarico” del sistema immunitario con troppi antigeni (le specifiche “sostanze” che inducono la fabbricazione di anticorpi) si può ricordare che il carico antigenico dei vaccini è molto basso rispetto a quello ambientale e che, in ogni caso, è molto diminuito nel tempo grazie ai progressi tecnologici. Chi legge questo articolo ed è nato negli anni Sessanta del secolo scorso è sopravvissuto nonostante abbia ricevuto oltre 3 mila antigeni per seduta quando è stato vaccinato contro vaiolo, poliomielite, difterite e tetano, mentre oggi un bambino che viene immunizzato contro parecchie più malattie

ne riceve in media poco più di 60 per dose. Dovrebbe bastare a fare chiarezza almeno su questo punto, no? No: non c'è da farsi illusioni, perché bisogna fare i conti con la cosiddetta dissonanza cognitiva, fenomeno al quale si ascrivono le strategie di resistenza e di difesa che mettiamo in atto quando le informazioni che riceviamo sono “dissonanti” rispetto a ciò di cui siamo radicalmente convinti, e che per questo ci creano un disagio psicologico. Come ben spiegato nel libro *Vaccini, complotti e pseudoscienza* (Gruppo C1V edizioni), per esempio, «un genitore che non crede nei vaccini e non ha vaccinato i suoi figli, per proteggere le proprie radicate credenze e giustificare i suoi comportamenti tenderà a rifiutare qualsiasi evidenza sull'utilità dei vaccini». Potrebbe anche valere per chi ha convinzioni opposte? Certo, la differenza allora può farla solo il tentativo onesto di vagliare i propri giudizi su basi e dati solidi piuttosto che su passaparola (magari via web) fondati su frasi del tipo: «Io mio figlio non lo vaccino di certo, con tutto quello che si sente dire». Dire da chi? A ognuno la libertà di cercare di fare i conti con la propria dissonanza cognitiva, e non solo per il bene proprio, perché decidendo di vaccinarsi (o vaccinare) oppure no, non si decide soltanto per sé ma anche per gli altri. Perché i microorganismi verso cui ci si immunizza smettono di circolare e fare danni solo se trovano una resistenza diffusa (la cosiddetta “immunità di gregge”). Che cosa “dirà” la dissonanza cognitiva ora? Ma è ovvio: «I soliti mezzucci ispirati dalle multinazionali farmaceutiche per far sentire in colpa la gente».

I microorganismi verso cui ci si immunizza smettono di trasferirsi e di fare danni solo se trovano una resistenza molto diffusa

SANITÀ

Molti impegni
del governo, ma solo
sospeso lo sciopero

I camici bianchi non sotterrano l'ascia di guerra, o meglio lo stetoscopio. È infatti sospeso ma non revocato lo sciopero generale che oggi e ieri avrebbe dovuto fermare ospedali e ambulatori di tutta Italia, servizi essenziali esclusi.

Qualcosa è successo, un accordo firmato a Palazzo Chigi dalla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** sembra aver bloccato la deriva verso la privatizzazione delle prestazioni sanitarie tramite la lobby delle assicurazioni private e la loro cogestione della spesa, con la conseguente completa disarticolazione del sistema sanitario nazionale, complici i tagli lineari, il blocco del turn over e la tendenza delle Regioni a esternalizzare ciò che non possono pagare.

La vertenza non è risolta. Le venti sigle sindacali firmatarie della pre-intesa si mettono alla finestra, si danno tempo due mesi per verificare se gli impegni presi dalla ministra, dal sottosegretario alla presidenza del Consiglio Claudio Vincenti e dalla ministra della Pubblica amministrazione Marianna Madia troveranno una concretizzazione.

Per il momento si accontentano delle dichiarazioni della ministra **Lo-renzin** che ancora ieri alla *question time* del Senato ha chiarito come il governo non voglia «assolutamente andare verso la privatizzazione del sistema sanitario nazionale». L'obiettivo a suo dire è quello di mantenere un modello universale e universalistico con accesso a cure e prestazioni in modo gratuito per tutti, un modello che - ha detto - «è una ricchezza sociale per il nostro paese, ciò che ci distingue». In effetti la classifica dell'agenzia di valutazione internazionale Bloomberg, analizzando parametri che si riferiscono però al 2013, stabilisce che il sistema sanitario italiano è terzo nel mondo per ef-

ficienza. In Europa secondo solo a quello spagnolo. La ministra ieri ricordava che, dal punto di vista dei costi, è persino migliorato visto che per la sanità l'Italia spende, parole sue, «pochissimo», appena il 6,5% del Pil. In paesi come Regno Unito, Francia e Germania copre il 9% del Pil e verrebbe da dire che la nostra è una spesa troppo bassa, visto che secondo il sindacato dei medici di famiglia Fimmg «la sanità pubblica è al tracollo».

L'accordo della settimana scorsa prevede che la sanità diventi - non lo era finora - una «priorità» nell'agenda del governo, anche se non essendo indicate cifre del fondo o risorse aggiuntive, come segnalano i sindacati «si vedrà al prossimo Def» ad aprile. Si prevede poi l'apertura di tavoli tecnici che dovranno vertere sul ritorno al ruolo centrale, dal punto di vista diagnostico e anche organizzativo, del medico, adesso sempre più surrogato dai nuovi profili dirigenziali degli infermieri laureati. I sindacati hanno ottenuto che siano affrontate questioni di fondo come la riforma della formazione medica, la stabilizzazione dei precari - che vogliono però «in tempi certi» -, lo sblocco del turn over, la definizione di tipologie di lavoro flessibili «per mettere un freno al proliferare di contratti atipici» e la definizione in modo omogeneo sul territorio nazionale dei Livelli essenziali di assistenza (in sigla Lea), standard di medicina preventiva, ospedaliera e ambulatoriale definiti dal patto per la Salute Stato-Regioni. A maggio i sindacati si danno appuntamento per una «Leopolda» della salute a Firenze.

Ieri il governatore della Toscana Enrico Rossi ha attaccato l'intramoenia che a suo avviso «favorisce la corruzione». Per lui «abolendo la libera professione medica intramoenia d'incanto spariranno le liste d'at-

tesa». **r. g.**



DITELO A RGS. Saranno utilizzate vecchie graduatorie

La Regione: ad aprile le prime assunzioni nella Sanità in Sicilia

→ SAMPINO A PAGINA 9



ASP... ETTANDO

AD APRILE SI SBLOCCA L'ITER CHE PORTERÀ A COPRIRE CINQUEMILA POSTI IN TUTTA LA SICILIA TRA MOBILITÀ E NUOVI CONCORSI

Sanità, prime assunzioni di chi è in graduatoria

► L'assessore alla Salute, Baldo Gucciardi a «Ditelo a Rgs» assicura: la circolare entro Pasqua sarà data alle aziende

La buona notizia riguarda soprattutto coloro che si trovano da anni nelle graduatorie di concorsi già espletati e ancora valide. Saranno infatti questi ultimi i primi a prendere servizio in Asp e ospedali siciliani.

Anna Sampino

PALERMO

●●● Ad aprile si sbloccano le prime assunzioni nella sanità siciliana. In totale sono cinquemila posti in Asp e ospedali tra stabilizzazioni, mobilità e concorsi. Proprio stamattina sarà definita la direttiva regionale che indicherà le modalità da seguire per assumere il personale secondo le piante organiche inviate dalle aziende ospedaliere e sanitarie.

«La circolare, che spiega come procedere con le assunzioni, entro Pasqua sarà in mano alle aziende», ha assicurato l'assessore regionale

alla Salute, Baldo Gucciardi. «Dal mese prossimo quindi le strutture potranno immettere in servizio il personale presente nelle graduatorie esistenti, limitatamente ai vecchi posti. Intanto - aggiunge -, è stata consegnata la dotazione organica dall'Asp di Palermo e attendiamo, a giorni, anche quella di Enna».

Scatteranno quindi entro il mese prossimo le prime delle 5 mila assunzioni nella sanità. La buona notizia riguarda soprattutto coloro che si trovano da anni nelle graduatorie di concorsi già espletati e ancora valide. Saranno infatti questi ultimi i primi a prendere servizio in Asp e ospedali siciliani. Prima di procedere comunque si attende la pubblicazione di una direttiva regionale che indichi tutte le procedure corrette da seguire per assumere

re. Come ha spiegato il dirigente regionale dell'assessorato alla Salute, Maria Letizia Di Liberti, intervenuta ieri mattina a Ditelo a Rgs: «La direttiva verrà ultimata e sarà pronta già stamattina. Lunedì incontreremo i direttori generali al quale esporremo il contenuto del testo, mentre martedì e mercoledì sarà la volta dei sindacati. Dopo aver informato anche questi ultimi, la circola-



re potrà essere firmata giovedì e trasmessa ai manager di Asp e ospedali».

Prima di procedere concretamente con le prime assunzioni, mettendo in servizio il personale, però sarà necessario un altro passaggio burocratico. «Ciascuna delle diciassette aziende dovrà prima approvare una delibera con la quale verrà definito il piano triennale delle assunzioni, che farà da cornice», chiarisce il dirigente. I 5 mila posti da ricoprire non saranno reclutati tutti con nuovi concorsi: la maggior parte di queste riguarda infatti l'esaurimento di graduatorie di vecchi concorsi, stabilizzazione di precari e mobilità.

«I primi a prendere servizio dovranno essere i vincitori e gli idonei delle graduatorie di concorsi già espletati, ma bloccate per effetto del decreto Balduzzi. A questi dovrà essere data priorità – precisa Di Liberti -. Seguiranno la stabilizzazione dei precari e, in parallelo, l'avvio delle procedure di mobilità, (cioè al rientro in Sicilia di chi lavora in altre regioni, ndr) obbligatorie per legge. Infine, in base ai restanti posti disponibili, si procederà con la pubblicazione di bandi ordinari di concorsi pubblici».

«Ovviamente si valuterà caso per caso: bisogna considerare per ciascuna specifica figura professionale che serve in una struttura sanitaria se vi sono identici professionisti già in graduatoria con le stesse caratteristiche richieste», ha precisato più volte l'assessore Gucciardi durante le numerose puntate di Ditele a Rgs dedicate all'argomento. Le figure che servono sono soprattutto dirigenti medici, infermieri e poi tantissime figure specializzate, dai logopedisti agli infermieri pediatrici, comprese quelle che dovrebbero andare a potenziare l'organico dei punti nascita. E poi anche personale amministrativo, non sanitario, come ingegneri e tecnici. Intanto, in assessorato «è stata consegnata la dotazione organica dell'Asp di Palermo», ha detto l'assessore Gucciardi. Sono 578 i posti vacanti, fanno sapere dall'azienda sanitaria palermitana, tra cui 147 posti da dirigente medico, 15 farmacisti, 37 infermieri, 11 biologi, 29 fisioterapisti, 15 ingegneri e altre figure tecniche e specialistiche. (*ASM*)



Pronto a partire il piano per cinquemila assunzioni in Sicilia

Sanità, esperienze virtuose tra Veneto e Marche

Due regioni ricche di grandi professionalità e delle migliori tecnologie al servizio dei cittadini

Efficienza e risparmio

In Sanità efficienza e risparmio possono essere due facce della stessa medaglia, soprattutto se si guarda al campo farmaceutico. Per questo **Farmagroup** si avvale anche della collaborazione scientifica e clinica dei più prestigiosi Enti di Ricerca italiani nel mettere a punto e sperimentare prodotti destinati alla cura sia delle patologie più comuni che di quelle gravi. Questo ha consentito al Gruppo di avere una crescita media di fatturato del 20% negli ultimi tre anni, con un listino che comprende specialità medicinali, dispositivi medici e integratori nutrizionali. Farmagroup è molto attiva anche per l'Urologia e le Malattie Rare, per le quali si sta valutando la fattibilità di sviluppare e mettere in commercio "orphan drug". Fondamentale anche l'impegno che Farmagroup profonde per sostenere un uso corretto dei medicinali, in particolare dei "farmaci equivalenti". E' così che il gruppo riesce a garantire allo stesso tempo un risparmio sensibile sia per lo Stato che per i cittadini nella cura di malattie gravi e croniche come i tumori. ■■



Sede di Farma Group ad Ancona

Sbloccare il potenziale



Dr. Paolo Baroni

«A volte alcune aree del cervello mostrano un deficit energetico. Il mio lavoro consiste nell'individuare queste aree e riattivarle. I risultati vanno spesso oltre le più rosee aspettative». A spiegarlo è il **dottor Paolo Baroni**, fisioterapista, osteopata, kinesiologo e fitoterapeuta che ha messo a punto una tecnica rivoluzionaria basata sul riallineamento degli emisferi cerebrali. Al dottor Baroni (che ha studiato a Pisa, Perugia, Roma, Fabriano e Ancona) si rivolgono grandi bomber della serie A di calcio, campioni del pugilato e della Formula 1 e molti cantanti; grazie al loro passaparola questa tecnica sta spopolando tra gli sportivi che hanno bisogno di "sbloccare" tutto il proprio potenziale. Il trattamento consiste in una serie di manipolazioni e stimolazioni di punti energetici. Naturalmente, oltre a questa tecnica innovativa, il dottor Baroni tratta con successo anche patologie comuni, e decisamente invalidanti, quali la lombalgia, la cervicgia, problemi articolari e respiratori, stress, depressione e attacchi di panico. Il tutto sempre grazie all'osteopatia e a rimedi naturali. Info: www.osteopaticcenter.it. ■■

Sorridere in salute

Il sorriso come espressione di gioia e di salute, è da questo assunto che il centro d'eccellenza di Via Armellini - Senigallia (AN) ha preso il nome. E di qui il motto: «Una bocca sana in un corpo sano». Per questo a **Villa Sorriso** l'eccellenza è l'unico standard accettato, dal personale alle apparecchiature di ultima generazione. Oltre all'Odontoiatria, per la quale Villa Sorriso ha fin dall'inizio il marchio di qualità del Sistema Sanitario Nazionale (vale a dire l'Accreditamento), e all'interno della quale vengono esercitate tutte le branche, in particolare Ortodonzia e Implantologia, nella struttura vengono esercitate anche altre specialità mediche. Si va dall'Oculistica, all'Otorinolaringoiatria, che si occupa anche delle apnee ostruttive del sonno. E ancora, Dermatologia estetica, Dietologia, Fisiatria, Urologia e Andrologia e Ginecologia, che pratica anche la Procreazione Assistita di 1° Livello. Tutto questo per arrivare ad un sorriso "autentico", non solo estetico, e che nasca dalla salute e dal benessere. Un modo da scoprire su www.villasorrisosrl.it. ■■



Sala operatoria



Chirurgia della retina



Dr. Giorgio Santin

Anche in oftalmologia la sanità veneta assicura tecniche innovative e strumentazioni all'avanguardia, nello specifico per la microchirurgia vitreo-retinica di cui è esperto il **dr. Giorgio Santin**. Formatosi presso l'Università di Padova, il dr. Santin ha lavorato a Roma e Milano, prima di stabilirsi presso la Clinica Universitaria di Verona. Più di 5000 interventi chirurgici alle spalle, soprattutto su retina e cataratta, da circa 20 anni si occupa inoltre di chirurgia refrattiva presso centri laser specializzati a Verona e a Mestre, dove esegue interventi sia con ultima tecnologia laser, sia utilizzando lenti intraoculari fache per la cura di elevate miopie. Nelle stesse città esegue inoltre presso moderni centri visite oculistiche con la più aggiornata tecnologia per la diagnosi delle patologie oculari (OCT, campo visivo, ecobiometria, topografia corneale, pachimetria, laser-terapia). ■■

La casa della salute

A Jesi (Ancona) c'è una farmacia che da tempo sta facendo parlare di sé. La sua straordinarietà è legata ad un ingrediente che in molte altre farmacie, anche più "blasonate", spesso manca: la passione. La **farmacia Fausto Coppi** (il nome lo ha preso dalla via nella quale sorge) è una realtà in rosa, portata avanti quasi esclusivamente da donne. E chi sa che non sia questo il segreto di una sensibilità inconsueta alle esigenze dei clienti. «Crediamo - spiega il dottor Honorati Lorenzo - che la prima cura sia il sorriso, e che ogni dubbio o problema sia importante. Per questo non sottovalutiamo mai le domande che ci vengono poste e cerchiamo sempre di trovare risposte utili». L'idea è che la farmacia debba essere un punto di riferimento per i cittadini, una vera e propria "casa del benessere" dove trovare un novero di servizi sempre più ampio. La farmacia Fausto Coppi offre già consulenza nutrizionale e dietetica, test delle intolleranze alimentari, holter cardiaco e pressorio, preparazioni galeniche, autoanalisi, consulenze cosmetiche, omeopatiche e controllo gratuito dell'udito. ■■



Staff Farmacia Fausto Coppi

Valori "in pratica"

Centinaia di studenti di medicina, neolaureati e medici anche non giovani, partono alla volta di Fabriano (provincia di Ancona); giovani menti che all'**Accademia Chirurgica "Durante Scacchi"** possono mettere in pratica quanto imparato solo dai libri. Un unicum in Italia, (ma in anche in Europa) legato all'intuizione del direttore dell'Accademia, il professor Piero Guidarelli. «Uno dei maggiori gap Italiani - dice - è legato proprio alla mancanza di una formazione pratica per i giovani chirurghi, formazione che noi garantiamo con lezioni pratiche su cadavere a Bordeaux e teoriche in Italia». Nel 2015 sono stati più di 400 gli studenti impegnati in sessioni di pratica. Giorni di immersione totale, con la possibilità di vedere e toccare nei dettagli l'anatomia umana ed effettuare le prime manovre chirurgiche. L'Accademia organizza, in collaborazione con diverse università italiane, anche corsi pratici su: rinsettoplastica, chirurgia della mammella (sorgerà un polo didattico anche a Treviso), chirurgia della mano e del piede e ultima novità un corso di Pratico di Chirurgia Laparoscopica e sono in programma corsi di chirurgia endoscopica in ambito O.R.L., ortopedico, neurochirurgico e ginecologico. Info: www.accademiachirurgica.com. ■■

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 17 MARZO 2016

Senato. *Question time* di Lorenzin a tutto campo. "Fsn 2013 a 113 miliardi". E su privatizzazione: "Il Governo vuole Ssn universalistico"

Dall'aggiornamento dei Lea al tema della cronicità, dalla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale alla farmaceutica ospedaliera, fino agli screening neonatali, le vaccinazioni e i casi di meningite e meningococco C in Toscana. La ministra della Salute ha fatto il punto a Palazzo Madama su molti aspetti di attualità rispondendo alle molte domande dei senatori presenti.

La ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, è intervenuta nel pomeriggio in Aula al Senato per rispondere al *Question time* sull'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e prevenzione vaccinale. Molti i temi affrontati dalla ministra nelle sue risposte, a cominciare dall'aggiornamento dei **Livelli essenziali di assistenza** previsto dal Patto per la salute. "L'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, riguardante cioè le terapie e i trattamenti che i nostri cittadini ricevono presso il Servizio sanitario nazionale, non avveniva dal 2001, ossia da circa sedici anni. Le motivazioni per cui questo aggiornamento tardava ad arrivare sono molto semplici, in quanto non si riusciva a trovare un modello per garantire la copertura delle nuove terapie e cure. Nel Patto della salute abbiamo inteso non solo rivedere i criteri di aggiornamento e il sistema di monitoraggio dei Lea, ma anche rendere i nuovi Lea aggiornabili ogni anno e costruire una nuova griglia e un nuovo modello di identificazione dei Lea in maniera da poter inserire tutti gli aspetti che sono stati tenuti fuori negli ultimi sedici anni, quindi con riferimento all'appropriatezza delle cure erogate, le nuove terapie, i nuovi trattamenti, la riabilitazione e tutto ciò che riguarda la nostra vita comune dei pazienti sui territori".

"Le griglie - ha spiegato Lorenzin - sono state riapprontate secondo un metodo di efficacia ed efficienza del sistema e tenendo conto anche di un meccanismo ormai acclarato da tutti, cioè un sistema di monitoraggio continuo che ci permette, anche attraverso la nuova Commissione Lea, di riaggiornare ogni anno il sistema, rendendolo così attuale rispetto alle nuove scoperte scientifiche, ma anche alle variazioni che possiamo trovare nei singoli territori. Per fare questo, nel Patto della salute abbiamo deciso di affrontare tutta la gamma e, quindi, non soltanto i livelli essenziali di assistenza, ma anche il nuovo nomenclatore, affrontando così anche il tema delle protesi, tra cui quelle audiovisive, su cui - anche qui - da decenni non vi era stato alcun aggiornamento".

Quanto al finanziamento, Lorenzin ha ricordato come nella legge di stabilità 2016 siano stati vincolati 800 mln proprio per la revisione dei Lea e del nomenclatore: "Questo lungo iter di aggiornamento e di confronto, con rispetto ai dati delle Regioni, è terminato; mancano ancora in realtà tre Regioni, ma noi possiamo dirci soddisfatti e siamo pronti a mandare il testo per il concerto al Ministero dell'economia e delle finanze. Quindi possiamo dire che l'iter si è di fatto concluso e credo che questa sia un'ottima notizia per i nostri cittadini. Ma ancora di più è un'ottima notizia il fatto che abbiamo finalmente reso aggiornabile anno per anno questo provvedimento, con un nuovo modo di disegnare le griglie Lea che ci permette di garantire un sistema di efficacia".

La ministra ha poi toccato l'argomento **sicurezza dei dati** definendolo "il tema di questo nostro tempo di oggi". "È il tema di come i dati sensibili vengono gestiti, trattati e mantenuti in sicurezza. Il dato è la

vera forza economica dei nuovi sistemi dal punto di vista mondiale; su questo noi abbiamo dei protocolli, come Ministero della salute, con le autorità preposte al controllo e al monitoraggio dei sistemi informatici. Questo per noi è estremamente importante. È evidente che nel futuro tutti noi saremo impegnati, man mano che i dati diventeranno centrali nella gestione del nostro sistema, a fare in modo che i dati siano sicuri e siano soprattutto ben gestiti".

Passando al tema della **cronicità**, Lorenzin, definendola una questione di primo rilievo, ha illustrato il nuovo piano nazionale della cronicità all'interno del quale è stata messa al centro proprio la presa in carico del paziente: "Curare e trattare nel modo più appropriato il paziente cronico è ovviamente una sfida per i servizi sanitari nazionali moderni, in una società con un'alta presenza di persone della terza e della quarta età. Di fronte all'invecchiamento della popolazione, la sfida della cronicità è anche una sfida di sostenibilità".

Proprio sulla **sostenibilità del Servizio sanitario nazionale** e sul pericolo di una possibile strisciante sua privatizzazione, Lorenzin ha precisato: "Il mio precipuo interesse ed obiettivo, e quello di tutto il Governo, è mantenere il nostro Servizio sanitario nazionale come un modello universale e universalistico, che è la nostra grande differenza rispetto a quello che accade nella maggior parte dei Paesi del mondo. Quello che abbiamo in Italia, cioè accesso a cure e a prestazioni di massimo livello e di massima eccellenza in modo gratuito per tutti, a prescindere dalla propria carta d'identità e dalla propria carta di credito o dal fatto di avere o meno un'assicurazione privata, è una ricchezza sociale del nostro Paese. Questo tra l'altro lo facciamo spendendo pochissimo rispetto ai nostri altri vicini di casa: noi spendiamo il 6,5 per cento del prodotto interno lordo. Tutti ci chiedono: ma come fate? È ovvio che, per farlo, sono stati fatti grossi sacrifici in anni di crisi economica. Ma, a differenza di altri, durante la crisi economica noi non abbiamo privatizzato il sistema del welfare e in particolare il sistema sanitario nazionale; lo abbiamo fatto rimanere accessibile a tutti e dobbiamo continuare a farlo. I prossimi saranno anni in cui torneremo ad investire sul personale sanitario, sull'accesso al farmaco e sulle infrastrutture. Il fondo del prossimo anno è di 113 miliardi, quindi ci sono due miliardi in più rispetto a quello del 2015".

Di pari passo con l'aumento del Fondo sanitario si proseguirà il cammino della **lotta agli sprechi**. "È un dovere da parte di tutti noi fare in modo di eliminare gli sprechi, rendere efficace ed efficiente il sistema anche facendo azioni innovative, cioè entrando nel merito della produttività del sistema, tant'è vero che nel piano di rientro che noi abbiamo inserito nella legge di stabilità non agiamo più solamente sulle Regioni, ma entriamo negli ospedali. Verifichiamo cioè i livelli essenziali di assistenza dei singoli ospedali, che in questi anni hanno sfiorato: ci sono ospedali che lo hanno fatto per cento o duecento milioni e sono gli stessi in cui non viene più garantito il livello essenziale di assistenza. Facendo un piano di rientro triennale, una road map per uscire dalla crisi - ha proseguito - noi andiamo in profondità dei processi, con l'obiettivo di rendere sempre più efficace ed efficiente il sistema sanitario e di liberare le risorse che così verranno risparmiate e reinvestite nel sistema. Questa è una grande novità del patto per la salute: le risorse non vanno più via, rimangono all'interno del comparto, con delle priorità: quest'anno sono stati i Lea e il farmaco per l'epatite C, nei prossimi anni lo saranno il personale sanitario, l'innovazione e la ricerca e l'accesso ai farmaci".

Passando poi alla **farmaceutica ospedaliera**: "Noi abbiamo un monitoraggio della spesa farmaceutica molto forte, tanto è vero che ci ha permesso di mantenere il tetto al livello più basso d'Europa, ma non è sufficiente. Rispetto alle grandi innovazioni che stanno arrivando, cioè al fatto che avremo nuovi farmaci che ci permettono di guarire rispetto a malattie che fino a ieri erano considerate totalmente incurabili, noi dobbiamo rivedere e rimodulare i modelli di accesso, di spesa e di gestione. Su questo stiamo lavorando in un tavolo insieme alle Regioni e alla Presidenza del Consiglio dei ministri per la nuova governance farmaceutica e su questo credo che saremo molto attivi".

Non è mancato un passaggio sugli **screening neonatali** e sulla recente polemica con la senatrice del M5s, **Paola Taverna**: "Per quanto riguarda gli screening noi abbiamo avuto e abbiamo a disposizione 5 milioni di euro per il 2014 e dieci milioni di euro per il 2015, motivo per il quale continuiamo ad applicare il decreto ministeriale che abbiamo previsto per non perdere queste risorse. Abbiamo dato parere favorevole alla proposta della senatrice Taverna; quando avrà terminato l'iter, noi la assorbiremo nel sistema, in modo tale da non perdere queste risorse e di poter ampliare gli screening, che fra l'altro

fanno parte dei nostri obiettivi, non solo a livello dei Lea ma del piano nazionale di prevenzione, in particolare per quanto riguarda quelli neonatali. Su questo c'è il massimo impegno mio e del Governo per garantire non solo la copertura, ma anche un ampliamento nei prossimi anni".

Per quanto poi riguarda la **sindrome di sensibilità chimica multipla**, la ministra ha ricordato come sul tema si siano già espressi più volte sia il Consiglio superiore di sanità sia l'Istituto superiore di sanità: "È veramente ancora complesso identificare la malattia in modo tale da poterla inserire all'interno dei Lea, però recepisco la domanda e anche la richiesta che viene dalle associazioni e quindi mi impegno a mandare una nuova richiesta di esame, per avere un aggiornamento dei dati scientifici attuali, al Consiglio superiore di sanità".

Sui **vaccini** la ministra è tornata ad evidenziare l'importanza dell'effetto gregge, ricordando come questo serva "soprattutto a quei bambini che non possono essere vaccinati, o perché troppo piccoli o perché hanno patologie che non consentono loro di ricevere una vaccinazione, per permettere loro di stare a scuola o in una comunità insieme agli altri bambini senza rischiare, a volte, purtroppo, la vita". "Questa - ha proseguito - è la filosofia di fondo per cui noi dobbiamo continuare a fare informazione in favore dei vaccini e questa è la filosofia che ci ha portato al nuovo Piano nazionale vaccini, che - lo voglio evidenziare - è finanziato per circa 220 milioni di euro ed è in Conferenza Stato-Regioni, per garantire un nuovo modello di promozione della vaccinazione".

Sempre in tema di vaccini è stato sottolineato come con il piano nazionale dei vaccini si sia voluto incidere anche sull'educazione e sulla formazione, non solo dei genitori dei bambini che devono essere vaccinati, ma anche degli operatori sanitari. "È, quindi, assolutamente necessario un coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, dei neonatologi, dei medici di medicina generale, dei soggetti attivi".

Nel corso del suo lungo intervento Lorenzin ha affrontato anche il tema della **ricerca indipendente**. "La ricerca indipendente ci permette anche di sfatare alcune situazioni o di avere una maggiore certezza su un processo che un grande Stato come il nostro non può far altro che favorire. A questo proposito, proprio il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della salute ha inserito questo topic nell'ultimo bando che è stato finanziato su alcuni progetti. Inoltre, abbiamo dodici milioni di euro appositamente approvati nei bandi di Aifa, proprio per la ricerca indipendente, che prevedono di inserirsi in questo contesto. Infine, anche nel bando finalizzato alla ricerca del Ministero della sanità sono stati previsti fondi per la ricerca indipendente. Questo per dire che c'è una particolare sensibilità nel riservare parte del finanziamento su questo tema.

Infine, la questione della **meningite e del meningococco C in Toscana**: "Per assicurare la popolazione, vorrei precisare che si è vaccinato un numero veramente notevole di cittadini, e noi stiamo seguendo l'andamento non solo della vaccinazione, ma anche degli studi che verranno approntati e che si stanno effettuando anche su persone già vaccinate per quanto riguarda quest'area".

quotidianosanita.it

Giovedì 17 MARZO 2016

Intramoenia. Rossi (Toscana) dice basta: "Va abolita. Produce corruzione. Al lavoro per proposta di legge d'iniziativa popolare"

Il presidente della Toscana su facebook si scaglia contro la libera professione intramoenia e si dice pronto a presentare una proposta di legge d'iniziativa popolare. "Abolendo la libera professione intramoenia d'incanto spariranno le liste d'attesa. Mi ci gioco la faccia e tutto il resto. Chi lavora nel pubblico deve essere a tutti gli effetti un dipendente pagato dallo Stato e non può né deve aprire bottega in proprio". E su facebook è bagarre tra favorevoli e contrari.

"In sanità basta con la libera professione, fonte di disuguaglianza e di corruzione". Inizia così il post su facebook del presidente della Toscana **Enrico Rossi**. "In Toscana – scrive - abbiamo due grandi medici indagati, il chirurgo toracico **Macchiarini** e il cardiocirurgo **Stefano**. L'accusa è più o meno la stessa: avere sospinto i malati verso la libera professione a pagamento. Se hanno sbagliato dovranno pagare. Ma a quanti cittadini è capitato di sentirsi rispondere che a "pagamento si fa prima?". Purtroppo, credo, a molti".

Ecco perché per Rossi "bisogna fare una cosa davvero di sinistra: abolire la libera professione intramoenia. Chi lavora nel pubblico deve essere a tutti gli effetti un dipendente pagato dallo Stato e non può né deve aprire bottega in proprio. Semmai è giusto che chi è bravo e lavora di più sia pagato di più. È un sogno! Ma realizzabile: essere davvero uguali di fronte alla malattia. La mia idea è di promuovere una legge di iniziativa popolare al parlamento. Vi terrò informati. Forza e coraggio. Cambiare si può".

E poi ancora: "Abolendo la libera professione intramoenia d'incanto spariranno le liste d'attesa. Mi ci gioco la faccia e tutto il resto. Per non parlare della necessità di affermare sempre e comunque il rapporto di lavoro esclusivo evitando che i cosiddetti extramoenisti lavorino al mattino in una struttura pubblica e al pomeriggio in una privata verso la quale è probabile sentirsi impegnati a portare utenza. Riformare in modo serio e profondo si deve per dare futuro e credibilità alla sanità pubblica".

Il post di Rossi ha scatenato una pioggia di commenti tra scetticismo, critica ed entusiasmo. Su alcuni post il presidente ha replicato con alcune precisazioni.

A chi lo accusava di non aver capito il problema e di non conoscere la materia Rossi ha risposto: "Per una soluzione seria ci vuole una legge. E le assicuro che ciò che potevo fare con delibere e controlli in Toscana lo abbiamo fatto. Conosco abbastanza bene la materia.: è ora di cambiare. Chi lavora nel pubblico non deve aprire bottega per conto proprio. Questo è stato un errore enorme della legge Bindi che purtroppo su questo punto ha ceduto alle corporazioni mediche".

Critiche anche da una dottoressa che accusa Rossi di semplificare la questione con un post su facebook. "Cara dottoressa – ha replicato il presidente toscano - capisco la sua accusa di semplificazione, ma mi creda, detto da chi ha sempre avuto grande rispetto e stima dei medici e degli operatori sanitari, la gente non ne può più di soprusi e di ingiustizie e di ipocrisie. Cambiare vuol dire anche tutelare i medici onesti che lavorino con coscienza e competenza e onestà".

quotidianosanita.it

Giovedì 17 MARZO 2016

Responsabilità professionale. La Corte dei Conti contesta la sua mancata giurisdizione sull'azione di rivalsa. "Il testo attuale del ddl frutto di non completa messa a fuoco della situazione"

Per i giudici contabili non si è pienamente compreso come in nessun caso sarebbe esperibile l'azione erariale di danno senza la diminuzione patrimoniale per la Struttura pubblica. In ipotesi di pagamento del danno da parte dell'Assicurazione, perciò, non vi sarebbe spazio per l'azione di rivalsa pubblica. Il rischio sarebbe quello di "disperdere il patrimonio valoriale della giurisprudenza della Corte dei Conti". [IL TESTO](#)

Bocciatura da parte della Corte dei Conti dell'**articolo 9 sull'azione di rivalsa del ddl sulla responsabilità professionale**, già approvato dalla Camera, ed ora all'esame della commissione Sanità del Senato. Il testo del disegno di legge, in tema di azione di rivalsa, **esclude la giurisdizione proprio della Corte dei Conti** per evitare il rischio che l'esercente la professione sanitaria dipendente da una struttura pubblica possa essere coinvolto in due giudizi di rivalsa: in sede civile ed innanzi alla Corte dei conti, da parte, rispettivamente, della struttura e dell'assicurazione.

I magistrati contabili hanno contestato proprio questa lettura dell'articolo 9 giudicandola come il frutto di "una non completa messa a fuoco della situazione". L'azione di rivalsa pubblica, spiega la Corte dei Conti in [un documento agli atti della Commissione Sanità del Senato](#), "presuppone il pagamento del danno al paziente da parte della Asl, mentre l'azione surrogatoria dell'Assicurazione presuppone che sia stata l'Assicurazione stessa e non la Asl a pagare. E ciò può avvenire solo se il sanitario sia stato personalmente destinatario di una richiesta di risarcimento giudiziale o stragiudiziale".

L'interesse sostanziale del sanitario è quello di non essere passibile di rivalsa da parte del proprio assicuratore e in questo senso, sottolineano i giudici contabili, "le polizze ordinariamente stipulate per la responsabilità civile verso terzi escludono l'esercizio della rivalsa ai sensi dell'art. 1916 cod. civ.". Dunque, spiega ancora la Corte dei Conti: "La verità è che, nel sistema attuale, l'azione di rivalsa pubblica scatta sempre e solo dopo la conclusione del risarcimento del paziente danneggiato da parte della Struttura sanitaria, così che un eventuale giudizio di responsabilità erariale, iniziato prima del pagamento da parte della Struttura sanitaria, deve essere sospeso, ai sensi dell'art. 295 cpc."

In nessun caso, quindi, sarebbe esperibile l'azione erariale di danno senza la diminuzione patrimoniale per la Struttura pubblica. **In ipotesi di pagamento del danno da parte dell'Assicurazione, perciò, non vi sarebbe spazio per l'azione di rivalsa pubblica** ed il sanitario potrebbe subire solo l'azione surrogatoria dell'Assicurazione stessa.

Ma non basta, i giudici contabili hanno poi evidenziato come, proprio la giurisdizione della Corte dei conti, possa offrire specifiche garanzie anche in rapporto al particolare statuto della responsabilità erariale, "sia con riferimento ai profili processuali della vocatio in jus, preceduta dalla fase dell' 'invito a dedurre' (del tutto estranea al rito comune), sia con riferimento ai profili sostanziali connessi al c.d.

'potere riduttivo', ovvero alla valutazione degli eventuali 'vantaggi arrecati all' amministrazione e/o alla comunità', ovvero al particolare regime della 'parziarietà' della responsabilità erariale, ovvero ancora alla intrasmissibilità della responsabilità stessa dal dipendente pubblico agli eredi, sia infine con riferimento alla particolare sensibilità ed esperienza dei magistrati contabili di valutare in concreto la sussistenza dell'elemento psicologico di rilievo".

"È da considerare che da sempre la Corte dei conti - spiegano i giudici contabili - in tutti gli ambiti della responsabilità erariale, ha manifestato particolare sensibilità nel valutare anche i profili organizzativi della struttura (oltre che i carichi di lavoro) per accertare in concreto la colpa grave, nonché – ed è questo un punto di particolare importanza - il concorso del creditore (Amministrazione pubblica) nella produzione del danno stesso".

Alla luce di tutto questo **il rischio sarebbe dunque quelli di poter disperdere il patrimonio valoriale della giurisprudenza della Corte dei conti**. proprio in un momento che vede i giudici ordinari sempre "più oberati, per la quantità delle controversie che vengono inserite nella loro giurisdizione". Vanno poi considerate le **possibili valutazioni critiche di costituzionalità** da parte degli stessi sanitari danneggiati che, a differenza degli altri dipendenti pubblici, "finirebbero per perdere le riferite garanzie".

Da ultimo, viene considerato che l'azione del P.M. contabile (che presuppone la conservazione della giurisdizione della Corte dei conti) è "garanzia ulteriore dell'effettività del recupero delle somme pagate dalla Struttura sanitaria a titolo risarcitorio, a beneficio dei contribuenti che ne hanno assicurato la disponibilità alla Struttura medesima, oltre che dei loro amministratori, anche sotto il profilo della destinazione delle risorse pubbliche (di tutte le risorse pubbliche) alle esigenze curative del malato".

Giovanni Rodriquez

L'iniziativa. Le visite? Si fissano a Rebibbia Il Bambino Gesù conferma il suo call center

Roma. «Con questo lavoro ho scoperto il mio lato umano, quello che non pensavo di possedere». A parlare è un detenuto del carcere di Rebibbia, uno degli operatori del call center che l'ospedale pediatrico Bambino Gesù ha attivato presso la casa circondariale romana nel settembre 2011 per la gestione delle prenotazioni sanitarie. La convenzione tra ospedale, istituto penitenziario e cooperativa sociale "e-team" è stata confermata per il quinto anno consecutivo. Per l'occasione, la presidente del Bambino Gesù, Mariella Enoc, ha incontrato i detenuti impegnati in questa attività. Ogni giorno al Centro unico prenotazioni dell'ospedale (Cup) arrivano centinaia di telefonate, una media di 20mila richieste al mese, per un totale di prestazioni ambulatoriali che ogni anno supera il milione. Oltre il 30% viene gestito proprio nell'Istituto penitenziario di Rebibbia. Il servizio è svolto da un gruppo di detenuti selezionati con una serie di colloqui di idoneità e preparati al lavoro dal personale del Bambino Gesù.



L'AZIENDA OSPEDALIERA DI PISA

“Con un'idea semplice
da noi esami in giornata”

“
**Bilanciare
domanda
e offerta
Ecco come
in un anno
abbiamo
curato 12
mila persone**

”
L'APPUNTAMENTO per la visita cardiologica con ecocardiogramma entro tre giorni dalla prescrizione del medico di famiglia nel 100% dei casi. A Pisa non sanno cosa siano le liste di attesa quando si tratta di controllare il cuore.

Carlo Tomassini, direttore dell'azienda ospedaliera, come avete fatto?

«Con un'idea semplice: abbiamo bilanciato domanda e offerta. La prima la conosciamo perché sappiamo quante richieste fanno al giorno i medici di famiglia pisani: 50. Così il giorno dopo i nostri ambulatori devono fare 50 visite con ecocardiogramma».

E i pazienti cosa dicono?

«Sono stupiti e contenti. Per qualcuno il giorno dopo è addirittura troppo presto, e ci chiede di rinviare. Così abbiamo messo il limite della risposta a tre giorni. Le cose vanno così bene che presto partiremo anche con l'ecografia all'addome».

Le ricette hanno le priorità?

«No, non c'è bisogno, con attese così veloci non serve distinguere tra urgenze, controlli o prestazioni differibili».

Quanti pazienti avete visitato?

«In un anno fa, siamo arrivati a circa 12 mila persone».

Con questi tempi, vi arriveranno domande anche da altre città.

«Però le dobbiamo trattare nella vecchia maniera perché il nostro sistema, basandosi su una previsione precisa delle richieste, può valere solo per un dato territorio».

Quanto è costata la nuova organizzazione?

«Niente, nemmeno una risorsa aggiuntiva. Solo tanto lavoro di gruppo con i cardiologi, i medici di famiglia, la nostra azienda ospedaliera e quella territoriale e l'Ordine dei medici».

(mi.bo.)



IL DIRETTORE
Carlo Tomassini,
direttore Azienda
ospedaliera di Pisa

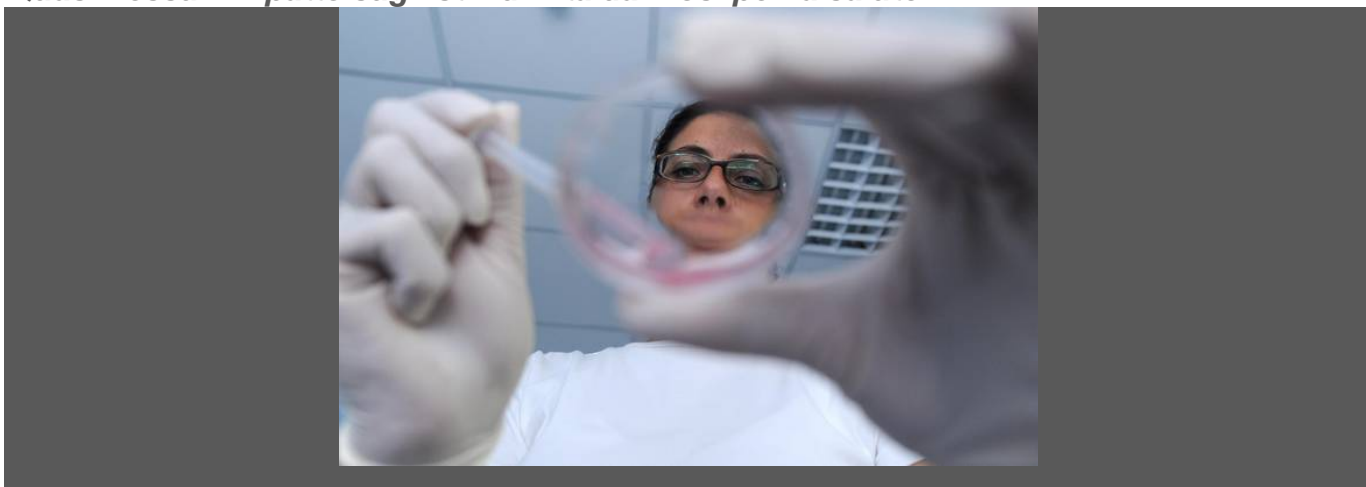
REPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.ansa.it>

Boom per test del Dna, ma chi e' a rischio non cambia abitudini

Quasi nessun impatto sugli stili di vita dannosi per la salute



Test del Dna, di gran moda, ma di fatto ininfluenti sullo stile di vita delle persone.

Contrariamente alle aspettative dei medici infatti, una volta che si e' saputo di essere piu' a rischio di ammalarsi di cancro, una patologia cardiaca o l'Alzheimer, quasi nessuno abbandona le abitudini dannose per la salute a favore di altre piu' sane. Lo hanno verificato gli esperti di tre universita' inglesi (Cambridge, Manchester e Imperial college di Londra), che hanno passato in rassegna 18 diversi studi sull'efficacia di informare le persone sul loro rischio genetico di avere malattie cardiache, Alzheimer e cancro. La conclusione e' che i test genetici, che rivelano il rischio di sviluppare una malattia, in realta' incidono molto poco sullo stile di vita della persona.

Quasi nessuno ad esempio smette di fumare, riduce il consumo di alcol o fa piu' esercizio fisico. Pubblicata sul British medical journal, la ricerca ha riscontrato infatti che venire a conoscenza del proprio rischio personale attraverso il Dna non spinge le persone a cambiare stile di vita, proteggendosi la pelle dal sole, cambiando dieta, sottoponendosi a screening o ricorrendo a programmi di supporto.

"Comunicare il rischio di malattia sulla base del Dna - scrivono i ricercatori nello studio - ha un impatto poco o nullo nel ridurre i comportamenti dannosi per la salute".

Nonostante questo continuano a moltiplicarsi le offerte dei test del Dna. E' di qualche giorno fa ad esempio l'annuncio di un'azienda americana, Veritas Genomics, start up della Harvard university, che da aprile sara' offrira' la mappatura dell'intero genoma al costo di 999 dollari. Per questa cifra sara' possibile avere anche una consulenza con un genetista sui risultati e consigli personalizzati in base al proprio Dna, tutto tramite app. Il servizio promette di fornire valutazioni su una serie di aspetti della vita dai piu' futili al rischio delle peggiori malattie, comprese 150 mutazioni del Dna legate al rischio di tumori. Il test andra' ordinato da un medico, e prima di ottenerlo chi lo acquista dovra' sottoporsi a un counseling con un genetista in video o tramite app. E' invece partito lo scorso anno il progetto BabySeq negli Usa per sequenziare quasi tutto il Dna dei bambini a caccia delle possibili future malattie. L'obiettivo e' stabilire se la procedura salverebbe effettivamente delle vite o sarebbe solo uno spreco di soldi. I risultati saranno pronti tra un anno.