



## **RASSEGNA STAMPA**

**20/04/2016**

1. REPUBBLICA.IT OncoLine, un sito dalla parte dei pazienti
2. LA NOTIZIA Dopo 13 anni mancano ancora i Registri Tumori
3. LANOTIZIAGIORNALE.IT Tutto fumo tossico e niente controlli. Registri Tumori in alto mare. Dopo 13 anni è coperta solo metà degli italiani
4. GIORNO - CARLINO - NAZIONE Mammografia? Tre anni di attesa «La mia odissea per fare un test»
5. QUOTIDIANOSANITÀ.IT Cancro colon retto. Sopravvivenza legata e espressione recettore vitamina D
6. DOCTOR33.IT Ca mammario, update Asco: soppressione ovarica add-on a terapia adiuvante solo se il rischio è alto
7. STAMPA TUTTOSCIENZE I successi dell'adroterapia contro i tumori che non rispondono alle altre cure
8. AVVENIRE L'amicizia di due bimbi «sconfigge» il tumore
9. LA NUOVA SARDEGNA Cup, oltre un anno per la colonscopia
10. QUOTIDIANOSANITÀ.IT Farmaci. I medici europei preferiscono maggiori dettagli nel labelling dei biosimilari
11. MESSAGGERO La prevenzione non è donna
12. HEALTHDESK Etichette alimentari: accanto alle calorie anche l'attività fisica che serve per smaltirle
13. LIBERO QUOTIDIANO La ricetta della Corte dei Conti: meno sgravi e sanità più cara
14. QUOTIDIANOSANITÀ.IT Dai farmaci innovativi alla sana alimentazione, la presidenza olandese detta l'agenda della Ue

15. QUOTIDIANOSANITÀ.IT Anticorruzione in sanità. Lorenzin e Cantone istituiscono task force per i controlli
16. QUOTIDIANOSANITÀ.IT Def 2016. Corte dei conti: "Sanità: senza riforme nuovi squilibri. Accesso alle prestazioni più appropriato e mirato". Stipendi Pa: "Dal 2010 tagliati 11 mld. Azzerati tutti gli ultimi aumenti"
17. QUOTIDIANOSANITÀ.IT Italian Barometer Diabetes 2015. In sovrappeso almeno 1 adulto su 2 e 1 under 20 su 4
18. QUOTIDIANOSANITÀ.IT Speranza di vita. Istat, senza titolo di studio si vive 5 anni di meno
19. QUOTIDIANOSANITÀ.IT Medicina di genere: al policlinico Gemelli apre BioBalance un centro di Farmacologia Clinica di Genere
20. ANSA.IT Progetto Mimosa, Lorenzin e farmacie Roma contro abusi donne
21. SALUTE DOMANI Il valore del "less is more" nella razionalizzazione dei trattamenti terapeutici



Vodafone Super ADSL

Parli e navighi a 25€ al mese con chiamate illimitate verso tutti i cellulari

Scopri >



## N.York, Trump stravince primarie repubblicane Democratici, Clinton batte nettamente Sanders

Il GOP trema: chi potrà fermare la corsa del miliardario?

Rampini: "Il mio primo voto. Senza documento" / Rep Tv Donald sbaglia la data dell'11 settembre / Foto Le primarie dei democratici a "colpi" di vip Il voto nella Grande Mela / Speciale / Democratici - Repubblicani

dal nostro corrispondente FEDERICO RAMPINI, di ALBERTO FLORES D'ARCAIS e di FRANCESCA DE BENEDETTI



## Gabbiadini-Mertens show ft Napoli travolge il Bologna 6-0 Sarri a -6 dalla Juve e +8 sulla Roma

BLOOOOG! E senza Higuain a FROCCA CLASSIFICA CALEND. MARC.

17 condivisioni

Commenta

VIDEO Sostenitori di Sanders lanciano soldi a Hillary / Blog Bernie cattivo perdente a P.R.

BLOG Bernie e Hillary contro il miliardario newyorchese di VITTORIO ZUCCONI

197 condivisioni



## La mamma fuggita foto dal Califfato "Ho vissuto otto mesi di terrore"

30 anni, un figlio, sposata a un tunisino, ha vissuto ad Aleppo

dal nostro inviato FABIO TONACCI

Condividi



## OncoLine, cure e ricerca dalla parte dei malati

Da oggi attivo il sito di Repubblica.it con Aiom

206 condivisioni

## RispostaRep Migranti, riuscirà il Papa a cambiare l'Europa?

Risponde Tonia Mastrobuoni

116 condivisioni

## Per Fidel Castro un discorso d'addio: "Avrò 90 anni, arriva la fine per tutti"

Condividi

La favola del chirurgo

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

## OncoLine, un sito dalla parte dei pazienti

*Repubblica.it e l'Associazione Italiana di Oncologia Medica insieme per un canale tematico dedicato alle malattie oncologiche. Aggiornamenti e notizie sullo stato della ricerca, spazio per dialogo tra malati e tra medico e paziente, le risposte degli esperti, sezioni dedicate alla prevenzione, alle terapie, alle testimonianze, ai diritti fino alla mappa delle strutture specialistiche in ogni regione. L'Aiom: "Per un'informazione ampia e corretta"*

NASCE OncoLine, canale tematico sull'oncologia "dalla parte dei pazienti" su Repubblica.it in collaborazione con l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom). Le novità su diagnosi, cure e prevenzione, le risposte ai quesiti da parte degli esperti dell'Aiom, i chiarimenti, i diritti, la qualità di vita, le testimonianze, i blog dei pazienti e dei caregiver: dal 20 aprile su OncoLine saranno raccolte le esperienze e le buone pratiche, la ricerca e le terapie più aggiornate, metanalisi e linee guida per combattere il cancro e riprendersi la vita.

In Italia si registrano 365 mila nuovi casi di tumori (dati 2014), circa mille al giorno: 196 mila uomini e 169 mila donne. Quello che è stato definito "The Emperor of All Maladies" (tradotto in Italia con "L'imperatore del male: una biografia del cancro") nel libro del medico oncologo e divulgatore scientifico di origine indiana Siddhartha Mukherjee, è oggi nella maggior parte dei casi affrontabile, curabile o una malattia con cui ci si convive. Il nuovo sito è dedicato a questo universo, ai malati ed alle loro famiglie.

"Per aumentare il livello di conoscenza e consapevolezza l'Associazione Italiana di Oncologia Medica ha deciso di condividere il progetto OncoLine - spiega Carmine Pinto, presidente dell'Aiom - . L'obiettivo è fornire un'informazione ampia e corretta sul cancro dalla prevenzione alla vita dopo la malattia, dalla diagnosi alle nuove terapie senza trascurare gli aspetti sociali indotti dalla patologia".

Sulla Rete si gioca anche la grande sfida della corretta informazione: in un recente studio del Politecnico

di Milano (Osservatorio Innovazione Digitale) su salute e internet, si conferma la sempre maggiore richiesta di informazione di salute sulla Rete e la presenza ancora scarsa di fonti autorevoli

e certificate "in grado di assicurare gli internauti". Aggiornamenti sulla ricerca, scambio di informazioni tra i pazienti, condivisioni, dialogo medico-paziente, autorevolezza degli interlocutori vogliono essere insieme gli obiettivi e il marchio di fabbrica del sito OncoLine.

# Dopo 13 anni mancano ancora i Registri Tumori

## Inutile l'allarme di Ilva o terre dei fuochi. Controllata solo metà degli italiani

### Ritardi biblici

Nessuno dei decreti previsti nel 2003 è stato approvato  
In Basilicata si monitora solo dopo l'inchiesta Petrolio

di **CARMINE GAZZANNI**

**P**rima Napoli, poi l'Ilva di Taranto. Poi ancora la Pianura Padana, fino alla Basilicata con l'inchiesta "Petrolio". In Italia di "terre dei fuochi" ce ne sono dieci, cento, mille. Ogni Regione si trova a dover fare i conti con dati che testimoniano uno stretto, indissolubile legame tra morti per patologie tumorali e sversamenti, illeciti ambientali, discariche nate senza controllo e senza alcun monitoraggio. Un problema, dunque, per nulla secondario. Ed è proprio per monitorare tale emergenza che nel 2003 si è pensato bene di istituire Registri Tumori su tutto il territorio nazionale, di modo da poter controllare il rapporto malattie-inquinamento sia a livello locale che, di conseguenza, a livello globale. Ergo: la legge di controllo su patologie letali come il cancro, risale addirittura a 13 anni fa. E a che punto siamo oggi? Lo stato dell'arte è a dir

poco imbarazzante: nessun provvedimento legislativo nazionale istruito dal 2003, infatti, "ha tutt'oggi concluso il suo iter giuridico", come denunciato dall'Airtum (Associazione Italiana Registro Tumori). E dunque, essendo venute a scadenza le deroghe previste da quel decreto-legge di 13 anni fa, "dal primo agosto 2006 i Registri tumori e ogni altro Registro di patologia operano in assenza di norme di legge nazionali o regionali che li legittimino. A questo punto cerchiamo di capire quale sia la situazione ad oggi. Sono 40 i Registri accreditati che "sorvegliano" complessivamente quasi 34 milioni di cittadini. Parliamo, cioè, del 56% della popolazione. Un po' pochi considerando il ritardo di 13 anni. Quattro altri Registri sono invece ancora in corso di accreditamento. Curioso, ad esempio, che la Puglia, proprio la Regione di Michele Emiliano, non abbia un Registro Tumori accreditato. E che la Basilicata, la "patria" dell'inchiesta Petrolio, abbia provveduto all'accREDITAMENTO solo pochi giorni fa, il 15 aprile. Fa niente per quei 13 anni di ritardo. Nessuno se n'è accorto.



# LA NOTIZIA

GIORNALE.IT

[Home](#)
[Categorie ▾](#)
[Inchieste](#)
[Editoriali](#)
[Roma](#)
[Pubblicità](#)
[Pubblicità legale](#)
[Redazione](#)

## Tutto fumo tossico e niente controlli. Registri Tumori in alto mare. Dopo 13 anni è coperta solo metà degli italiani

19 aprile 2016 di Carmine Gazzanni **Cronaca**

TV E MEDIA

Bonolis riporta i ragazzi alla tv. Ciao Darwin con il 52% di share tra gli adolescenti. Gli uomini guardano lo chef. Le donne Verissimo



commentaoggi, ore 11:05

Disinformazione di Stato sul referendum. Agorà finisce in un mirino a 5 Stelle. Il Movimento chiede provvedimenti per il conduttore Gerardo Greco (VIDEO)



commentaoggi, ore 9:40

La Notizia  
12.211 "Mi piace"

Non chiede finanziamenti pubblici

LA NOTIZIA

E C'È ANCORA CHI DICE CHE LA MAFIA OMA SISTE

Mi piace questa Pagina

Di' che ti piace prima di tutti i tuoi amici

[Previsioni meteo a cura di Centro Meteo Italiano](#)



Sui Registri tumori è il caos più totale. Prima la Terra dei Fuochi, poi l'Ilva. Dopo, ancora, l'allarme rosso per i preoccupanti livelli di inquinamento e, parallelamente, di contrazione di malattie tumorali si è sparso un po' dappertutto. Dalla Calabria alla [zona del bresciano](#) e più in generale a tutta la Pianura Padana. Ed è lì che è arrivata la constatazione che in Italia di "terre dei fuochi" ce ne sono dieci, cento, mille. Una più piccola, l'altra più grande, ma ogni Regione si trova a dover fare i conti con dati che testimoniano uno stretto, indissolubile legame tra morti per patologie tumorali e sversamenti, illeciti ambientali, discariche nate senza controllo e senza alcun

monitoraggio.

**LEGGE MORTA E SEPOLTA DA 13 ANNI** – Un problema, dunque, per nulla secondario. Ed è proprio per monitorare tale emergenza che nel 2003 si è pensato bene di istituire Registri Tumori su tutto il territorio nazionale, di modo da poter controllare il rapporto malattie-inquinamento sia a livello locale che, di conseguenza, a livello globale. *Ergo*: la legge di controllo su patologie letali come il cancro, risale addirittura a 13 anni fa. E a che punto siamo oggi? A dirlo in audizione alla Camera, solo poco tempo fa, proprio l’Airtum, l’Associazione Italiana Ricerca Tumori, che ha il compito di promuovere, coordinare e sostenere l’attività di registrazione dei tumori in Italia. Lo stato dell’arte è a dir poco imbarazzante: nessun provvedimento legislativo nazionale istruito dal 2003, infatti, “ha tutt’oggi concluso il suo iter giuridico”. Niente. Zero. E dunque, essendo venute a scadenza le deroghe previste da quel decreto-legge di 13 anni fa, “dal primo agosto 2006 i Registri tumori e ogni altro Registro di patologia operano in assenza di norme di legge nazionali o regionali che li legittimino. Questa perdurante fase d’incertezza sta progressivamente arrestando l’attività dei Registri e della rete Airtum, compromettendo il lavoro e gli investimenti pubblici prodotti negli ultimi anni”. In altre parole, dunque, non essendoci un quadro nazionale definitivo perché tutti i decreti attuativi previsti già 13 anni fa sono rimasti lettera morta, ognuno fa come vuole (seppure fa qualcosa). Col risultato che oggi non possiamo avere un quadro nazionale che faccia il punto sulle patologie tumorali.

**CHE FANNO AL MINISTERO DELLA SALUTE?** – Ma facciamo un ulteriore passo in avanti. Già, perché lo scoglio più grande è rappresentato dall’approvazione del piano da parte del Garante della Privacy, affinché possano essere riportati i dati di ogni paziente malato. Ebbene, questo iter, cominciato nel 2012, è andato decisamente a rilento, tanto che una prima bozza è giunta sul tavolo del Garante solo a settembre 2014, che a sua volta ha impiegato un altro anno per rispondere (luglio 2015). E come se non bastasse, a distanza di quasi un altro anno il ministero della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ancora non provvede ad intervenire sul piano secondo le indicazioni che ha dato lo stesso Garante, per poi approvare in via definitiva il piano e così cominciare con un monitoraggio su scala nazionale.

**IL PUNTO E I RITARDI DI BASILICATA E CALABRIA** – A questo punto cerchiamo di capire quale sia la situazione ad oggi. Sono 40 i Registri accreditati che “sorvegliano” complessivamente quasi 34 milioni di cittadini. Parliamo, cioè, del 56% della popolazione. Un po’ pochi considerando il ritardo di 13 anni. Quattro altri Registri sono invece ancora in corso di accreditamento (circa due milioni di persone). Curioso, ad esempio, che la Puglia, proprio la Regione di **Michele Emiliano**, non abbia un Registro Tumori accreditato. E che la Basilicata, la “patria” dell’**inchiesta Petrolino**, abbia provveduto all’accreditamento solo pochi giorni fa, il 15 aprile. Fa niente per quei 13 anni di ritardo. Nessuno se n’è accorto.

Tw: [@CarmineGazzanni](#)

#### ARTICOLI CORRELATI

3 luglio 2013

**Come disinnescò l’Unesco. Senza piani di gestione sedici siti perdono i fondi**

19 aprile 2016

**Allarme bambini. Raddoppiate in 10 anni allergie e intolleranze. Per scoprire cosa ci fa male basta fare il tampone del muco nasale e l’esame citologico verificherà il ceppo**

25 novembre 2013

**Roma, far west in consiglio comunale. Urla e schiaffi tra i consiglieri. Il sindaco Marino colpito da una gomitata**

22 aprile 2014

**Il governo vuole vederci chiaro sulle stragi**

16 luglio 2015

**La monnezza della Campania ci costerà più di 20 milioni. Maxi multa dall’Ue. E per ogni giorno di ritardo sull’applicazione della direttiva rifiuti pagheremo altri 120mila euro**

26 marzo 2015

**Brescia peggio della Terra dei fuochi. Interrati più rifiuti rispetto alle zone di Gomma. Così il business della monnezza sta affogando tutta la provincia**

# Mammografia? Tre anni di attesa «La mia odissea per fare un test»

Ancona, il racconto: impossibile trovare un posto in ospedali pubblici

## SITUAZIONE ASSURDA

«L'esame prescritto?  
In una struttura privata  
l'avrei fatto entro 48 ore»

Pierfrancesco Curzi  
■ ANCONA

**PROVATE** a mettervi nei panni di una donna a cui hanno appena detto che fino a tutto il 2018 non sarà possibile svolgere una mammografia. Provate a immaginare il suo stupore quando le riferiscono che, inoltre, non si potrà fissare visite nel 2019. Succede anche questo nella sanità di una Regione tutto sommato virtuosa come le Marche, nonostante il 'Patto dei 300 giorni' sulle liste d'attesa voluto a inizio mandato, giugno 2015, dal nuovo governatore Luca Ceriscioli. A onor del vero qualche miglioramento, in linea generale, inizia a vedersi, ma la strada è ancora in salita.

Ha dell'incredibile il caso di una signora anconetana di mezz'età a cui il medico ha prescritto una

mammografia più eco. Già la preoccupazione per le sue condizioni di salute è forte, a peggiorare il quadro è la risposta che ha ricevuto: «Se avessi voluto fissare l'esame attraverso il sistema pubblico - racconta la donna -, non ci sarebbe stata alcuna speranza: tutto pieno negli ospedali della provincia di Ancona (compreso il regionale di Torrette, il principale centro sanitario delle Marche, ndr) per il 2018 e nessuna possibilità di fissare visite per l'anno successivo al momento.

**C'ERA SOLO** un posto, il 27 maggio prossimo, all'ospedale di San Severino Marche, perché proprio quando ho chiamato si era appena liberato un posto, altrimenti chissà quando me l'avrebbero fissato. Sono rimasta senza parole, davvero assurdo». In realtà un'alternativa c'era per la signora anconetana, il solito sistema di pagamento maggiorato per una visita privatistica all'ospedale di Torrette: 170 euro invece dei 47 euro per il ticket sanitario, ma appena due giorni dopo la richiesta, dal

18 al 20 aprile. Quindi, ricapitolando: più di due anni di attesa se paghi il modesto ticket, due giorni se invece sganci subito 170 euro. Si potrà obiettare: ma in fondo ci sono solo 133 euro differenza... Certo, ma detto che per qualcuno 133 euro non sono comunque poca roba, va anche detto che è il principio generale (paghi e entri subito, altrimenti aspetti chissà fino a quando) che fa indispettare la gente.

**LA QUESTIONE** delle liste d'attesa per le mammografie riguarda tutti gli ospedali delle Marche e non solo delle Marche. Fra l'altro parliamo di un argomento particolarmente delicato per le donne e negli anni è stata portata avanti anche una saggia campagna pubblica per sensibilizzare il gentil sesso a intensificare i controlli. Se poi questi controlli si riescono a fare solo oltre due anni dopo la richiesta, con un un eventuale e non auspicabile tumore che può correre dove vuole, viene da concludere che i soldi per la sensibilizzazione sarebbe bene girarli a una maggiore celerità negli accertamenti.



In cifre

## Regioni virtuose

In Emilia Romagna oltre il 90% delle prime visite e degli esami strumentali viene garantito rispettivamente entro i tempi previsti, e cioè 30 e 60 giorni a seconda della tipologia

## L'iter

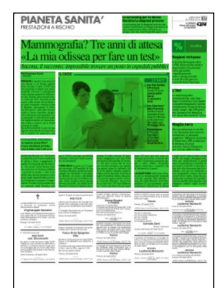
Le mammografie asintomatiche, cioè fuori dagli screening e non legate a sospetti diagnostici hanno mediamente tempi di attesa molto lunghi: dai 478 giorni del Cardarelli di Napoli ai 441 delle Molinette di Torino

## Maglia nera

Altra prestazione a rischio è la risonanza alla colonna vertebrale: si possono aspettare 180 giorni al Civico di Palermo o 289 al Galliera di Genova. A Lecce servono invece 330 giorni per una tac addominale

## Lo screening per le donne Decisiva la diagnosi precoce

Lo screening per la diagnosi precoce del tumore mammario si rivolge alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni e si esegue con una mammografia ogni 2 anni



## IL CASO

ndc



### LE DATE

- **Con Ssn Ancona e Provincia** (ticket 47 euro): **nessun posto fino al 31 dicembre 2018**
- **Con il Ssn fuori dalla Provincia** (ticket 47 euro) Ospedale di San Severino Marche (a 78 chilometri dal capoluogo) **27 maggio 2016**
- **Privatamente** (170 euro) Ospedale di Torrette di Ancona **20 aprile 2016**

Martedì 19 APRILE 2016

## Cancro colon retto. Sopravvivenza legata e espressione recettore vitamina D

***In uno studio pubblicato da Gut alcuni ricercatori spagnoli hanno evidenziato che un aumento dell'espressione del recettore per la vitamina D (VDR) nei fibroblasti stromali è associato ad un allungamento della sopravvivenza di pazienti con cancro del colon-retto.***

(Reuters Health) - Il team di ricercatori, guidato da **Alberto Munoz** della Universidad Autonoma de Madrid – poiché l'espressione del recettore della vitamina D (VDR), la proteina che media l'azione dei composti derivati della vitamina D, aveva evidenziato una riduzione nel carcinoma del colon in stadio avanzato della malattia – ha ipotizzato che la vitamina D e suoi derivati potrebbero essere utili per la prevenzione del cancro del colon e per i pazienti nelle prime fasi della progressione del cancro del colon. “I nostri risultati mostrano che questi elementi possono anche esercitare un ruolo protettivo in una proporzione di pazienti affetti da cancro del colon in fase avanzata della malattia, a condizione che i loro fibroblasti associati al cancro (CAF) esprimano VDR”, ha precisato Munoz.

### Lo studio

I ricercatori hanno inteso di avviare questo nuovo studio in considerazione del fatto che ad oggi gli effetti potenziali della vitamina D sulle cellule stromali del carcinoma coloretale sono ancora sconosciuti. In particolare il team di Munoz ha esplorato l'espressione di VDR e l'azione della vitamina D3 (calcitriolo) sulle cellule stromali del coloretali. E si è così evidenziato che la mediana della sopravvivenza globale era significativamente più lunga nei pazienti in cui i fibroblasti CAF mostravano livelli più elevati dell'espressione di VDR rispetto ai pazienti in cui i livelli di espressione dei VDR nei CAF erano inferiori (17,4 vs. 12,6 mesi;  $p = 0.003$ ). In pratica, e in vitro, il calcitriolo ha inibito l'attivazione dei fibroblasti derivati dai pazienti e la loro azione promigratoria sulle cellule del carcinoma del colon, e i livelli di espressione dei VDR sono apparsi determinanti nell'entità degli effetti inibitori del calcitriolo su fibroblasti con proprietà protumorali. Dopo l'esposizione al calcitriolo, i CAF mostravano un'impronta genetica associata con una più lunga sopravvivenza dei pazienti con tumore del colon-retto. Il calcitriolo, inoltre, ha inibito anche le proprietà protumorali di fibroblasti ottenuti da polmone, prepuzio, ed embrioni, che avevano espresso i VDR.

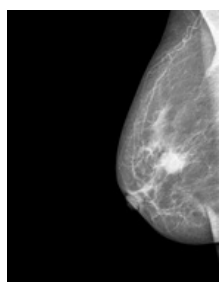
“Finora, una serie di tali effetti protettivi (pro-differenziazione antiproliferativa) del calcitriolo contro il cancro al colon era già stato segnalato sulle cellule tumorali maligne, ma mai su fibroblasti tumorali che si ritiene possano giocare un ruolo importante nella carcinogenesi, contribuendo alla trasformazione maligna del tumore”, ha spiegato Munoz. “Così, secondo i nostri risultati, il calcitriolo ha effetti antitumorali nel cancro al colon, agendo sia sui entrambi i tipi di cellule che di livelli: cellule tumorali e CAF”. “E' importante, dunque, mantenere un adeguato stato della vitamina D nei pazienti con tumore del colon durante l'intero periodo di malattia (probabilmente di tutti i pazienti affetti da cancro e, inoltre, di tutta la popolazione)”, ha concluso il ricercatore spagnolo, evidenziando che comunque per ora i loro risultati vanno interpretati con cautela in quanto non indicano necessariamente che l'aumento dell'assunzione di vitamina D potrebbe aiutare a migliorare la sopravvivenza dei pazienti con cancro colon-rettale.

Fonte: Gut 2016

Will Boggs MD

<http://www.doctor33.it/>

## Ca mammario, update Asco: soppressione ovarica add-on a terapia adiuvante solo se il rischio è alto



I risultati conseguiti di recente sull'uso della soppressione ovarica nelle donne in premenopausa con cancro al seno, accolti come cambiamento della pratica clinica per alcuni sottogruppi di pazienti, sono stati inseriti in un aggiornamento delle linee guida cliniche emesse dall'American society of clinical oncology (Asco). L'update, appena pubblicato sul "Journal of Clinical Oncology", è stato scritto da un gruppo di esperti guidati da Harold Burstein, del Dana Farber cancer institute, a Boston. L'aggiornamento riguarda l'uso della soppressione ovarica in aggiunta alla terapia adiuvante standard in donne in premenopausa con tumore della mammella positivo per i recettori degli estrogeni. Il più recente consiglio, derivato da ampi trial clinici pubblicati l'anno scorso, è che «solo le pazienti ad alto rischio dovrebbero ricevere una soppressione ovarica in aggiunta alla terapia adiuvante endocrina, non così le pazienti a basso rischio». Le nuove raccomandazioni riconoscono che non vi è alcun beneficio provato in termini di sopravvivenza globale con questo approccio e che c'è un fenomeno di "trade-off" tra il vantaggio conseguito dal rallentamento della progressione della malattia e gli effetti collaterali della soppressione ovarica.

Quest'ultimo update 2015 - fanno notare gli esperti - riguarda solo la soppressione ovarica in questa specifica popolazione di pazienti. Si tratta di un'aggiunta redatta per le linee guida cliniche sulla terapia endocrina adiuvante per le donne con carcinoma mammario positive per il recettore ormonale, in origine pubblicate nel 2011 e poi aggiornate nel 2013. «Tali raccomandazioni rimangono tuttora valide» specifica il gruppo di esperti. L'aggiornamento si è reso necessario in seguito ai nuovi risultati di quattro studi clinici, tutti condotti in donne in premenopausa con cancro mammario:

- 1) L'Eastern cooperative oncology group trial 3193 (E-3193), uno studio di fase 3 randomizzato che ha confrontato tamoxifene con la combinazione di tamoxifene più soppressione ovarica;
- 2) il Suppression of ovarian function trial (Soft), studio di fase 3 randomizzato di confronto tra tamoxifene, combinazione di tamoxifene più soppressione ovarica e combinazione dell'inibitore dell'aromatasi (AI) exemestane più soppressione ovarica;

3) il Tamoxifene and exemestane trial (Text), anch'esso di fase 3 randomizzato, che ha confrontato la combinazione di tamoxifene più soppressione ovarica con la combinazione di exemestane più soppressione ovarica;

4) l'Austrian breast cancer study group Abcs-12, uno studio randomizzato  $2 \times 2$  che ha paragonato la soppressione ovarica più tamoxifene rispetto alla soppressione ovarica più l'AI anastrozolo (una seconda randomizzazione era al trattamento o meno con il bisfosfonato acido zoledronico). Nel riassumere i risultati di questi studi, il gruppo di esperti Asco osserva che non vi è stato alcun beneficio di sopravvivenza globale dalla soppressione ovarica.

«Tuttavia» rilevano «l'aggiunta di soppressione ovarica alla terapia adiuvante standard con tamoxifene o un AI ha migliorato la sopravvivenza libera da malattia e la libertà dal cancro mammario e da recidiva a distanza rispetto al solo tamoxifene nel sottogruppo di pazienti che erano a rischio sufficiente di recidiva, tanto da giustificare la chemioterapia adiuvante». Peraltro, se confrontata con tamoxifene da solo, la soppressione ovarica si è associata a un aumento sostanziale di sintomi della menopausa, disfunzione sessuale, e diminuzione della qualità della vita, sottolineano gli autori. La tossicità più comune di grado 3 o superiore comprendeva vampate di calore, sudorazione, diminuzione della libido, aumento di peso, ansia, depressione, sonnolenza e confusione. Inoltre, è stata riportata osteoporosi nel 5,8% delle donne trattate con tamoxifene più soppressione ovarica contro il 3,5% di quelle in trattamento con solo tamoxifene.

*J Oncol Pract*, 2016;12(4):390-3. doi: 10.1200/JOP.2016.011239.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26931400>

## Si estendono i trattamenti al Cnao di Pavia

# I successi dell'adroterapia contro i tumori che non rispondono alle altre cure

FABIO DI TODARO

**È** ancora una cura per una cerchia ristretta di malati oncologici. Ma l'adroterapia, disponibile in Italia solo nel Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (Cnao) di Pavia e rimborsata dal 2015 dal servizio sanitario, inizia a far registrare risultati incoraggianti.

Oltre 800 i pazienti curati in cinque anni con questa «evoluzione» della radioterapia, che «pompa» protoni e ioni carbonio, più efficaci nel rompere il Dna delle cellule tumorali. L'adroterapia vanta una precisione estrema, destinata a chi è colpito da neoplasie inoperabili o che non rispondono alla radioterapia tradizionale ai raggi X. La sua efficacia è stata ribadita in una pubblicazione apparsa l'anno scorso su «The Lancet Oncology»: oltre 8 mila i casi descritti, relativi alla casistica ventennale che appartiene al centro giapponese di adroterapia di Chiba. Simile, con le dovute proporzioni, appare il trend dei dati ita-

liani.

«Il periodo di osservazione è ancora breve, ma in un lustro l'adroterapia si è rivelata efficace nel fermare e contrastare la malattia in una quota di pazienti compresa tra il 70 e il 90%», dice Roberto Orecchia, direttore scientifico del Cnao e ordinario di radioterapia all'Università Statale di Milano. «I dati variano a seconda del tumore». Oggi sono 23 i protocolli clinici che ne permettono l'utilizzo. Tra questi: i tumori della prostata (quelli ad alto rischio), del fegato, del retto e del viso (ghiandole salivari, seni paranasali). E poi: sarcomi, cordomi e condrosarcomi della base cranica e sacrali. Vista la tollerabilità, nel centro di Pavia l'adroterapia risulta da pochi mesi applicata (con la formula delle cure compassionate) anche per trattare alcuni tumori pediatrici (rhabdomyosarcoma dell'orbita, recidiva del medulloblastoma e cordoma della base cranica).

È prossimo anche l'avvio delle cure per i pazienti colpiti dal melanoma oculare, neoplasia più rara rispetto a quella che colpisce la cute.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



**L'acceleratore di particelle**  
 Genera fasci di protoni e ioni carbonio in grado di colpire con precisione le cellule tumorali



## La storia che commuove l'Olanda L'amicizia di due bimbi «sconfigge» il tumore

CRISTINA GIONGO

**L**a notizia ha fatto, in breve, il giro dei quotidiani olandesi. Un bimbo di 3 anni, Faber Wijdeven, di Eindhoven, affetto da un neuroblastoma, era condannato a morire, quando un suo compagno d'ospedale, Jasper (8 anni), pure gravemente malato, lanciò una campagna per raccogliere i soldi necessari affinché il piccolo amico potesse essere operato e curato negli Stati Uniti. Alcuni mesi dopo aver avviato la campagna, però, Jasper morì.

Nel frattempo arrivarono tantissime donazioni per Faber, più dei 50mila euro necessari per il ricovero in America. Faber fu, dunque, operato con successo. In seguito, è tornato nei Paesi Bassi e sta bene. Ora ha 6 anni. Il neuroblastoma è un tumore maligno neuroendocrino embrionario caratteristico del bambino. Di solito solo uno su 5 sopravvive. Faber ha voluto, dunque, condividere il suo dono con gli altri. A sua volta, dunque, ha lanciato una campagna per raccogliere altro denaro a favore di bambini sofferenti della medesima patologia (da aggiungere a quelli risparmiati durante il viaggio negli Stati Uniti d'America), raggiungendo la somma di 115mila euro. Sabato scorso, esattamente a due anni di distanza da quando è stato dichiarato guarito, il piccolo ha fat-

to una festa nell'hotel del parco giochi Efteling, al termine della quale ha consegnato "ufficialmente" il denaro. La somma raccolta è stata equamente divisa fra la clinica Villa Joep, dove conobbe Jasper ed altri piccoli pazienti (purtroppo la maggior parte già deceduti), un'associazione che si occupa di questo tipo di neoplasia e un centro di ricerca. Adesso Faber è «sano e pieno di vita», ha detto la madre Romy. «Dell'ospedale non parla mai; solo dei suoi amichetti degenti nello stesso periodo e del bello scivolo in cortile». Sul "resto" neanche un accenno... Con il "resto" mamma Romy intende 10 operazioni, 23 sedute di radioterapia, 28 giorni di immunoterapia (molto dolorosa), iniezioni, sondini vari. «Anche se il cancro pare sia guarito - aggiunge il padre Joost - sappiamo che le tante medicine che gli hanno somministrato potrebbero creargli problemi in futuro al fegato e ai reni. Ma, per ora, ha vinto la sua prima grande battaglia».

Mentre i genitori parlano, Faber salta sul «materasso a molle» nel giardino di casa. Sorride felice; fra le mani tiene un cartello che riproduce un assegno con la scritta 75mila, intestato alla "Villa Joep", da cui è partita questa generosa, meravigliosa gara di amore e solidarietà fra bimbi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Cup, oltre un anno per la colonscopia

*Liste di attesa infinite, 7 mesi per una visita oculistica: il progetto con le classi di priorità per i pazienti è fermo dal 2013*

*di Luigi Soriga*



SASSARI. Anche i pazienti hanno il loro sistema per controllare lo stato di salute della sanità. I modi più semplici e diretti per tastare il polso di un ospedale per esempio sono questi: andare al pronto soccorso, fare un esame del sangue al laboratorio del palazzo rosa e infine prenotare un esame al Cup. Stiamo parlando delle prime tre porte d'accesso alla sanità, i primi contatti tra il malato e chi lo dovrà curare. I primi due casi li abbiamo già visti: se uno ha la sfortuna di arrivare al pronto soccorso con una caviglia gonfia come una zampogna, e al triage viene attribuito un codice verde, allora i tempi di attesa supereranno le 8 ore solo perché un medico dia un'occhiata alla zampogna.

Se invece un paziente va al palazzo Rosa ed estrae alle 7,30 del mattino un numeretto per il successivo esame del sangue, non tornerà a casa prima di mezzogiorno.

Un anno di attesa. Ed ecco infine il terzo ingresso all'universo dell'assistenza: il Centro unico di prenotazione. Anche in questo caso l'approccio della sanità verso il malato è del tutto respingente. Oltre un anno per ottenere una colonscopia. Della serie: se uno si ritrova con un polipo destinato a trasformarsi in tumore, prima di affidarsi alla sanità pubblica dovrebbe raccomandarsi al Padre eterno. Invece per una visita di chirurgia vascolare, si parla di 7 mesi. Per un'ecografia all'addome completo ci vorranno 226 giorni, mentre per una visita oculistica occorrono 217 giorni.

La cataratta. Un pensionato, che ha accusato problemi ad un occhio, due settimane fa si è rivolto al proprio medico di base. Il quale gli ha diagnosticato una cataratta e gli ha prescritto una visita specialistica per un rapido intervento chirurgico. «Ho provato a rivolgermi al Cup – racconta – ma le liste erano piene. Mi hanno consigliato, visto che si trattava di un caso urgente, di provare a chiedere direttamente alle Cliniche. Ho chiamato lì e mi è stato risposto che non potevano accettare prenotazioni che non passassero attraverso il Cup. Insomma non c'è via d'uscita. Dovrò arrangiarmi pagando di tasca un'assistenza che dovrebbe essere un mio diritto».

Gli standard ministeriali. È sempre il solito problema: le Asl, nell'erogazione dei servizi, dovrebbero rispettare gli standard di efficienza dettati dal Ministero: dovrebbero garantire il 90% delle visite richieste attraverso il Cup in 30 giorni. Invece gli esami strumentali (come tac, ecografie e risonanze) dovrebbero essere prenotati nell'arco di due mesi. Questa tempistica a Sassari (come in moltissime altre città) è pura utopia. Per una mammografia bilaterale l'attesa è di 140 giorni, in barba alle campagne di prevenzione. E per i maschi sopra i 40, la visita urologica richiede 5 mesi. Questo per citare solo alcune prestazioni monitorate dal Ministero perché ritenute critiche. E il trend va avanti da anni con un inarrestabile degrado delle prestazioni.

Classi di priorità. Pensare che nel 2013 il responsabile del Centro Unico di Prenotazione Gianpaolo Mameli aveva provato a mettere sul campo una soluzione: fare una cernita delle prenotazioni assegnando la priorità ai casi clinici più urgenti. Se un paziente ha un sospetto tumore, non può attendere per un esame diagnostico quanto un altro paziente che richiede lo stesso accertamento per un controllo di routine. Ritornando all'esempio di prima: se uno ha una cataratta e rischia di perdere l'occhio, non può aspettare quando un altro che ha una brutta congiuntivite. Insomma non può cioè valere la legge del chi chiama prima e le prenotazioni non possono finire in un unico calderone. A fare la scrematura dovrebbero essere in prima battuta i medici di base: dovranno indicare nel ricettario le priorità, barrando le caselle sulla base dei quesiti diagnostici. In questo modo gli operatori del Cup avranno un'indicazione precisa attraverso la quale catalogare e trattare la richiesta del paziente. Le tipologie delle classi di priorità saranno queste: urgente, breve, differito e programmato, e andranno evase rispettivamente in 3 giorni, 10 giorni, 30 giorni e via a scalare.

Ma dal 2013 a oggi questo progetto è fermo nel cassetto, anche perché i medici di base ritengono che questo tipo di ulteriore prestazione da parte loro debba essere retribuita. Finché Ministero, Asl e medici non troveranno un accordo, le liste di attesa saranno destinate ad allungarsi.

Martedì 19 APRILE 2016

## Farmaci. I medici europei preferiscono maggiori dettagli nel labelling dei biosimilari

***L'87% dei medici europei che ha partecipato ad una survey coordinata da EuropaBio considera utile un riferimento chiaro all'origine dei dati contenuti nel label di un farmaco biosimilare. L'82% delle Società Scientifiche italiane si era già espressa per l'inclusione, nella scheda di un farmaco biosimilare, delle informazioni sull'iter specifico seguito al pari delle informazioni relative al farmaco di riferimento.***

EuropaBio, Associazione Europea delle imprese Biotech cui Assobiotech aderisce, ha pubblicato oggi i risultati di una peer-reviewed survey sulle preferenze dei medici rispetto al labelling dei farmaci biosimilari. Nell'Unione Europea i label (Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto, RCP) dei biosimilari e dei prodotti di riferimento sono per molti versi quasi identici, seguendo l'approccio dei farmaci generici, nonostante differiscano i dati richiesti per l'autorizzazione dei biosimilari e dei generici. La survey, condotta nel 2015 in 7 Paesi dell'Unione Europea tra cui l'Italia, ha visto il coinvolgimento di 210 medici specialisti in dermatologia, ematologia, endocrinologia, gastroenterologia, nefrologia, oncologia e reumatologia.

Il 91% dei medici ha affermato di utilizzare frequentemente o occasionalmente il label come fonte di informazione e l'87% considera utile o molto utile un riferimento chiaro all'origine dei dati contenuti nel label di un farmaco biosimilare. L'82% delle Società Scientifiche che hanno partecipato ad una precedente indagine in Italia si erano già espresse per l'inclusione, nella scheda tecnica di un farmaco biosimilare, delle informazioni sull'iter specifico seguito (es. studi non-clinici e clinici effettuati ai fini regolativi) al pari delle informazioni relative al farmaco di riferimento.

Assobiotech, come evidenziato nel proprio documento di posizione, considera la trasparenza un fattore chiave al fine di creare fiducia nel medico e nel paziente sui farmaci biosimilari, auspicando in tal senso un impegno in sede europea da parte di Aifa e del Ministero della Salute. "Dal punto di vista del medico - spiega - è importante comprendere come è stato costruito l'esercizio di comparabilità e quali dati addizionali sono stati generati per mostrare che la sicurezza e l'efficacia dimostrate per il prodotto di riferimento si applicano anche al biosimilare. Parallelamente, dal punto di vista del paziente, il foglietto illustrativo rappresenta un'importante fonte di informazioni e dovrebbe dunque indicare che il farmaco in questione è stato approvato come biosimilare di un prodotto di riferimento".

Si occupa delle condizioni di salute di tutta la famiglia ma spesso non ha la stessa attenzione per se stessa. Nasce da questa analisi, il 22 aprile, la prima Giornata dedicata tutta ai problemi femminili: il Ministero ha già aperto un sito, venerdì si riunirà a Roma un Laboratorio per nuove proposte e per una settimana 170 ospedali offrono visite gratis

# La prevenzione non è donna

«LE ITALIANE SONO  
LONGEVE MA VIVONO  
MALE PER I CARICHI  
DI RESPONSABILITÀ»

Beatrice Lorenzin  
ministro della Salute

È femminile  
il lavoro  
di cura  
familiare

## LO STUDIO

**S**i occupa delle condizioni di salute di tutta la famiglia ma si "dimentica" di sé. Accudisce il compagno, i figli, i genitori ma non ha la stessa cura verso il proprio corpo e la propria mente. L'atavico comportamento della donna italiana sembra essere difficile da cambiare. Anche negli anni Duemila.

Il quadro esce dallo studio dei comportamenti femminili, dal seguire i programmi di prevenzione all'ascoltare in tempo i campanelli d'allarme. Nasce anche da questa analisi la prima Giornata nazionale della salute della donna fissata per il 22 aprile. Il giorno del compleanno del Premio Nobel Rita Levi Montalcini.

Alcuni numeri rivelano quanto le donne trascurino di fondo la propria salute. Il 34% non sono abbastanza attive fisicamente, il 23% fuma, l'11% abusa regolarmente di alcol, solo poco più del 70% si sottopone a screening mammografico. «Lei gestisce il potenziale e le misure di prevenzione della sua famiglia - commenta il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** - spesso non ha quelle attenzioni per se stessa che sono necessarie per vivere bene».

## ESAMI & CO.

Venerdì, l'evento centrale della Giornata: si svolgerà a Roma, all'

Aranciera di San Sisto (via di Valle delle Camene - Terme di Caracalla). Qui verrà allestito un "laboratorio gestazionale", dieci tavoli di lavoro con 12 partecipanti, sui diversi temi, dalla sessualità ai tumori alla salute mentale, dalla dipendenza ai disturbi alimentari. Ogni gruppo produrrà un documento con cinque proposte, che andranno a formare un Manifesto. Per spiegare il significato della Giornata il **ministero della Salute** il Ministero ha già aperto il sito tematico [www.salute.gov.it/donna](http://www.salute.gov.it/donna), con news, eventi, video, campagne di comunicazione e approfondimenti. Attraverso lo sportello web sarà possibile consultare direttamente gli esperti dell'università La Sapienza di Roma e i medici della Società italiana ginecologia e ostetricia. Dal 22 al 28 aprile più di 170 ospedali che sono stati premiati con i "Bollini rosa" dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna hanno organizzato visite e consulti in rosa gratis (sul sito [www.bollinorosa.it](http://www.bollinorosa.it) l'elenco).

Gli IFO Regina Elena - San Galliciano e l'Istituto L. Spallanzani di Roma, appartenenti al network "Bollini Rosa", aderiscono alla "Open Week" dell'associazione onlus Onda in occasione della Giornata Nazionale per la Salute della Donna. Allo Spallanzani, a Roma per esempio, è prevista consulenza infettivologica preconcezionale alle donne in età fertile con desiderio di ma-

ternità, con indicazione degli eventuali esami da eseguire. I prossimi open day il 27 e 28 aprile mattina, dalle 08:30 alle 13:30 presso l'ambulatorio prenatale (prenotazione è obbligatoria [meserosa@inmi.it](mailto:meserosa@inmi.it)). Mentre nelle farmacie associate a Federfarma alle donne sarà misurata gratuitamente la pressione.

Quella di venerdì è la prima di una serie di iniziative concentrate sul benessere femminile. Maggio sarà il mese della prevenzione contro il cancro e la promozione dell'allattamento al seno, mentre ottobre sarà la volta del "Fertility day". In coincidenza con la Giornata Poste Italiane emetterà un francobollo autoadesivo da 95 centesimi. L'immagine è la silhouette di una donna su uno sfondo acquarellato rosa. Il francobollo riceverà l'annullo speciale del primo giorno di emissione a Roma: il bollettino illustrativo è firmato da Giulio Maira, presidente della Fondazione Atena onlus, promotrice della Giornata.

In Italia vivono 31 milioni di donne con un'aspettativa di vita di 84,7 anni, in media hanno 1,37 figli a testa. «Le italiane sono tra le più longeve al mondo - aggiunge **Beatrice Lorenzin** - ma sono anche quelle che vivono peggio gli ultimi anni di vita per tutto il carico di responsabilità che nel corso dell'esistenza affrontano».

**Francesca Filippi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le regole

## Vino, mai superare due bicchieri

Lei non dovrebbe bere più di due bicchieri di vino al giorno. Se è incinta niente alcol. Lui può arrivare a tre

## Ogni giorno sport per trenta minuti

Per il cuore 30 minuti di camminata veloce tutti i giorni oppure 75 minuti di sport intenso due volte alla settimana



## Girovita sotto i 90 per stare bene

Avere una circonferenza vita superiore ai 90 cm aumenta il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e tumori



## Occhio ai disturbi che non guariscono

Rivolgersi al medico se si riscontrano anomalie persistenti, come tosse insistente, voce alterata, difficoltà a respirare

## Controlli pressione per il cuore e i reni

La pressione dovrebbe essere sempre tenuta nei valori normali (80/120) per proteggere il cuore, i vasi e i reni

## L'iniziativa



## Banche del latte per i prematuri dai supermercati

Trentacinquemila bambini nascono vengono al mondo prima dei nove mesi. Sono i prematuri. Di questi, oltre 5mila nasce sotto il chilo e mezzo. A causa del parto prematuro le loro mamme non hanno ancora potuto produrre il latte. Per loro, nelle città dove esistono e funzionano bene, ci sono le banche del latte. Che raccolgono, appunto, il latte di altre mamme per nutrire, da subito, i bambini. "Nutrici" è la Banca recentemente inaugurata alla Clinica Mangiagalli della Fondazione Ca' Granda Policlinico di Milano. "Nutrici" è stata realizzata grazie al contributo di Esselunga e dei suoi clienti che, attraverso una campagna di sensibilizzazione ha coinvolto tutti i negozi del gruppo e ha permesso a Esselunga di donare 696.440 euro a favore della costruzione della Banca del Latte Umano. Ora il progetto raccolta fondi sarà ripetuto in altre città per donare nuove banche del latte materno.

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

## LA PROPOSTA

### ***Etichette alimentari: accanto alle calorie anche l'attività fisica che serve per smaltirle***

Un pacchetto di patatine equivale a un'ora di corsa, una merendina a mezz'ora di camminata. La proposta della Royal Society for Public Health per combattere l'obesità parte dal packaging: con un omino stilizzato che ci indica cosa fare per consumare quello che mangiamo



#### **Giovanna Dall'Ongaro**

Una lattina di coca cola, 26 minuti di camminata. Un pacchetto di patatine, un'ora di corsa. Sono le indicazioni che Shirley Cramer, a capo della Royal Society for Public Health, vorrebbe trovare sulle etichette alimentari. La sua strategia per combattere l'obesità, annunciata sulle pagine del **British Medical Journal**, parte dal packaging dei prodotti in vendita nei supermercati.

E accanto al calcolo delle calorie, già previsto dalla normativa europea, vorrebbe veder comparire simboli facilmente decifrabili nell'arco di tempo che una persona dedica in media alla scelta di cosa acquistare: 6 secondi.

Un omino stilizzato che corre, nuota, cammina, fa ginnastica per mezz'ora, dieci minuti, un'ora a seconda di quanto deve smaltire,

ci mette un attimo a comunicare il messaggio. Con questa semplice equivalenza tra calorie assunte e attività fisica, il consumatore intuisce subito quanta fatica gli costerebbe mantenere l'equilibrio tra ciò che entra e ciò che esce.

Shirley Cramer non lo nasconde: questo è l'ultimo di una serie di tentativi disperati per convincere la popolazione a cambiare stile di vita. Ma potrebbe essere quello giusto. Finora infatti non sembra aver funzionato quasi nulla, come dimostrano **i recenti sondaggi condotti tra i consumatori**.

Non è servito riempire le etichette di numeri che descrivono la composizione degli alimenti, nessuno li capisce. E non sono state vincenti neanche le luci del semaforo ideate per tenere lontani i consumatori dai prodotti "rossi" incoraggiandoli ad acquistare i "verdi", meno grassi e calorici. Dopo quasi dieci anni la strategia delle "traffic lights", introdotta dalla Food Standards Agency, non ha avuto gli effetti sperati e l'emergenza è continuata uguale a prima: più di un terzo degli inglesi restano sovrappeso o obesi.

Ma la Royal Society for Public Health non si arrende e rilancia con l'idea delle icone in movimento simbolo dell'"attività equivalente" all'apporto energetico.

Alcuni studi preliminari condotti sulla reazione degli adolescenti e dei genitori di bambini piccoli incoraggiano a proseguire su questa strada. E anche i sondaggi condotti finora lasciano pensare che la nuova grafica delle etichette alimentari possa essere efficace. Il 53 per cento degli intervistati dalla Royal Society for Public Health ha dichiarato infatti che non rimarrebbe indifferente alle indicazioni fornite dagli omini sportivi.

Questo nuovo sistema di etichettatura ribalta l'impostazione di tutte le campagne tentate finora: qui non si impone ai consumatori di rinunciare a qualcosa ma di iniziare a svolgere qualche attività. Il messaggio non è in negativo, ma in positivo. Il solito divieto, non mangiare questo o quello, viene sostituito con un più stimolante "fai questo o quello".

È un incoraggiamento a seguire quella che l'Academy of Medical Royal Colleges ha descritto come la "cura miracolosa".

Sì perché la regolare attività fisica promuove l'autostima, migliora l'umore, la qualità del sonno, rende più energici e riduce il rischio di stress, depressione, demenza e Alzheimer. Forse vale la pena seguire i consigli dell'omino sull'etichetta.

## L'AUDIZIONE IN PARLAMENTO

# La ricetta della Corte dei Conti: meno sgravi e sanità più cara

Ridurre le agevolazioni fiscali, rendere più costose le prestazioni sanitarie. È la ricetta della Corte dei Conti, esposta ieri dal presidente dei magistrati contabili, Raffaele Squitieri, nel corso della sua audizione di fronte alle Commissioni Bilancio riunite di Camera e Senato sul Documento di economia e finanza varato dal governo lo scorso 8 aprile. La revisione del sistema delle agevolazioni fiscali «da inserire nella prossima manovra» deve essere tesa a incidere «su un sistema che ha assunto dimensioni poderose e che riduce il gettito potenziale di quasi un terzo», ha detto Squitieri. Capitolo welfare: «I prezzi di molti servizi offerti in Italia sono inferiori alle maggiori economie europee», ha ricordato il presidente dei magistrati contabili. Inevitabile rivederli al rialzo: «La tendenza all'aumento, per coprire i costi e garantire flussi di investimenti significativi, appare quindi un'opzione da considerare in una fase storica di difficoltà per le finanze pubbliche, anche adottando politiche di selezione delle condizioni di accesso per evitare effetti regressivi indesiderati». E l'esempio sul quale Squitieri ha voluto soffermarsi è stato quello della sanità: «Anche in sanità, per salvaguardare il sistema pubblico che offre in media servizi di alta qualità e per rimuovere distorsioni evidenti, non si può prescindere dal rendere più appropriato e mirato l'accesso alle prestazioni, potendo contare oggi sulle crescenti potenzialità dei sistemi informativi».



# quotidiano**sanità**.it

Martedì 19 APRILE 2016

## Dai farmaci innovativi alla sana alimentazione, la presidenza olandese detta l'agenda della Ue

***Accessibilità e convenienza degli estremamente costosi farmaci innovativi; miglioramento dei prodotti alimentari (riduzione del sale, grassi saturi e calorie) e lotta contro l'antibiotico resistenza. Questi gli obiettivi primari lanciati ieri dal ministro olandese Edith Schippers alla riunione informale di ieri dei ministri della Salute dei 31 paesi europei***

Ieri 18 aprile, **Edith Schippers**, Ministro della Salute, del benessere e dello sport, olandese, ha ospitato nella Scheepvaartmuseum di Amsterdam una riunione informale dei ministri della salute dei 31 paesi europei. Inoltre hanno partecipato a questo incontro i rappresentanti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Commissario **Vytenis Andriukaitis** della UE.

All'ordine del giorno sono state tre le priorità poste dal Ministro Schippers, per la presidenza olandese dell'UE del 2016:

- a) accessibilità e convenienza degli estremamente costosi farmaci innovativi;
- b) miglioramento dei prodotti alimentari (riduzione del sale, grassi saturi e calorie);
- c) lotta contro l'antibiotico resistenza.

Le discussioni informali costituiranno la base per il Consiglio europeo dei ministri della sanità a Lussemburgo il 17 giugno 2016, in cui la Presidenza olandese si propone l'adozione delle conclusioni del Consiglio sui temi di cui sopra, dentro un quadro di azioni più generali che si dovranno comunemente adottare.

### **Il quadro delle azioni**

- Prestare attenzione alla ricerca scientifica, alla cura ed al sostegno per promuovere una società "demenza friendly".
- La regolamentazione dei dispositivi medici per la diagnostica in vitro, che è attualmente in fase di negoziazione. La Presidenza olandese si propone di fare ogni sforzo per risolvere questo problema durante la sua presidenza.
- Accorciare il periodo che intercorre tra lo sviluppo di farmaci innovativi e la loro commercializzazione ad un costo socialmente accettabile per i sistemi di protezione della salute e per il paziente. Questa è una priorità assoluta durante la presidenza.
- Revisione della direttiva sulle norme di ammissione al mercato per i medicinali orfani, farmaci per le malattie rare. L'accumulo di tempo ed il costo di questi farmaci da parte delle imprese farmaceutiche sono carenti di trasparenza.
- La prevenzione della resistenza agli antibiotici, attraverso la cooperazione tra i ministri della salute e dell'agricoltura in un "One Health " come approccio, con tempi e metodi comuni su obiettivi e risultati. Una politica europea per la sicurezza alimentare con maggiore attenzione alla prospettiva internazionale, a causa della natura globalizzata della produzione alimentare.

- La prevenzione e la cura dei giovani con problemi di salute mentale attraverso lo scambio di buone pratiche tra gli Stati membri con l'organizzazione di un simposio internazionale sulla cura degli adolescenti.
- Prevenire i tumori legati al lavoro per proteggere i lavoratori da un numero maggiore di sostanze cancerogene rivedendo e aggiornando le tabelle sulle sostanze cancerogene anche in base alle nuove conoscenze scientifiche. Attraverso anche, l'organizzazione di una conferenza su Occupazione e politica sulla salute dei consumatori .

Una visione comune e la tenacia del ministro Schippers fanno ben sperare che alla conferenza di giugno le azioni e gli obiettivi indicati costituiscano l'impegno fattivo della UE per la salute e i sistemi sanitari dei paesi europei che insieme al Giappone detengono il record della longevità, ma che hanno l'obbligo di aggiungere qualità di vita agli anni in più che si sono conquistati.

**Grazia Labate**

*Ricercatore in economia sanitaria*

Martedì 19 APRILE 2016

## Anticorruzione in sanità. Lorenzin e Cantone istituiscono task force per i controlli

***Il Ministro annuncia la creazione di un team che dovrà "monitorare l'attuazione del piano anticorruzione nella sanità". Cantone: "Il settore della sanità è uno dei più corrotti ma c'è una parte sana ed è quella che dobbiamo utilizzare".***

"Abbiamo istituito una task force per monitorare l'attuazione del piano anticorruzione nella sanità gestito in collaborazione con l'autorità nazionale Anticorruzione". Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, intervenendo al Sesto Salone della Giustizia anticipa la creazione della task force che sarà presentata il prossimo giovedì.

Per Lorenzin, come riporta l'*Ansa* "è fondamentale la trasparenza dei dati". Ma sul tema non è che siamo all'anno zero. "Una serie di misure sono state messe in campo – prosegue - , a partire dalle centrali uniche di acquisto e dalle gare uniche dalle quali deriveranno grandi risparmi". Altra questione "è quella della sanità digitale: far parlare tutti i sistemi informatici con lo stesso linguaggio è cruciale perché così si interviene anche sulle liste di attesa".

**Ma per il Ministro questione sempre calda è quella della selezione del management:** "dobbiamo alzare - ha detto - il livello di qualità. Per questo abbiamo fatto una legge sulla nomina dei direttori generali che prevede criteri meritocratici e la decadenza a fronte di un mancato raggiungimento degli obiettivi. L'idea è quella di costruire una grande squadra di manager che faccia la differenza".

"Purtroppo - ha concluso il Ministro - la corruzione c'è ovunque, anche nelle regioni che registrano risultati positivi, ma in quelle in piano di rientro la situazione è ancora peggio".

**"La corruzione è odiosa comunque ma in sanità è peggio.** Il settore della sanità è uno dei più corrotti ma c'è una parte sana ed è quella che dobbiamo utilizzare. Nessuno può pensare che nel giro di poco si possa invertire un trend ma per la prima volta c'è un piano per evitare che qualcuno mangi sulla sanità". È quanto ha affermato il presidente dell'Anac, **Raffaele Cantone**, "Bisogna capire come evitare" la corruzione "perché le indagini arrivano quando ormai il sistema è incancrenito – si legge in un dispaccio dell'*Agi* - . Con il piano abbiamo individuato tutti i settori, abbiamo fatto la mappatura dei rischi, ora dovremo controllare e la task force va in questa direzione. La strada - ha concluso Cantone – è provare a mettere in campo un sistema che renda difficile la corruzione".

"La medicina difensiva è un tema che ci riguarda molto, è un problema di costi e di risorse". Ha detto il presidente della Regione Lombardia **Roberto Maroni**, nel suo intervento durante l'incontro 'Sanità pubblica tra risorse, medicina difensiva e corruzione', organizzato a Roma nell'ambito del sesto Salone della Giustizia.

"Il provvedimento che il Ministero sta studiando e sta per essere approvato va nella direzione giusta, cioè fornire un protocollo di riferimento certificato per il medico", ha detto Maroni. "Questo e' uno degli elementi - ha aggiunto - che può servire anche per rendere più corretti gli interventi nella spesa sanitaria".

"È necessario favorire una nuova cultura dell'integrità professionale capace di guidare i comportamenti

e le attitudini di ogni attore del nostro sistema sanitario, ad ogni livello di complessità. Il servizio sanitario è composto di migliaia di professionisti che nella quasi totalità dei casi rispettano un'eticità di fondo nei comportamenti e nell'appropriatezza dei loro interventi. Dobbiamo superare l'indifferenza di molti di fronte agli illeciti, lavorando per contrastare il senso di rassegnazione. Tutte le attività già realizzate dal Ministero, dall'ANAC e dall'AGENAS, hanno trovato riscontro, anche da questo punto di vista, nelle numerose segnalazioni non anonime che da molti mesi riceviamo da parte di operatori sanitari e cittadini, segno evidente di una risposta importante del sistema, nel segno di una ritrovata coscienza civica”.

Questo ha voluto sottolineare il Direttore Generale di AGENAS **Francesco Bevere** a margine del suo intervento alla 6<sup>a</sup> edizione del Salone della Giustizia in corso a Roma.

“Il rispetto della legalità deve essere comunque condizione di partenza per poter garantire la sostenibilità del sistema - ha proseguito Bevere -. Dal 2007 in poi il nostro Paese è stato colpito da una profonda crisi economica che ha messo in discussione lo stesso impianto del nostro welfare. Siamo intervenuti con provvedimenti importanti, dal Patto della Salute, al DM 70 del 2015 sulla definizione degli standard delle reti di assistenza ospedaliera e territoriale, all'ultima Legge di Stabilità che prefigura un percorso virtuoso per le aziende ospedaliere che presentano criticità sia gestionali che di erogazione dei servizi, consentendo anche di intervenire prima che vi siano ripercussioni sui cittadini e sui sistemi regionali”.

# quotidiano**sanità**.it

Martedì 19 APRILE 2016

## Def 2016. Corte dei conti: "Sanità: senza riforme nuovi squilibri. Accesso alle prestazioni più appropriato e mirato". Stipendi Pa: "Dal 2010 tagliati 11 mld. Azzerati tutti gli ultimi aumenti"

***Audizione presso le commissioni Bilancio di Camera e Senato. Segnalato l'aumento imprevisto della spesa sanitaria 2015: "Fasi attuative accusano un qualche ritardo". Ma Def non precisa se incremento è "riconducibile alle difficoltà di strumenti come pay back e ticket". "Anche in sanità per salvaguardare il sistema pubblico che offre in media servizi di alta qualità e per rimuovere distorsioni evidenti non si può prescindere dal rendere più appropriato e mirato l'accesso alle prestazioni". [IL TESTO](#)***

Un quadro di spesa stringente, in cui la spesa 2015 è stata più alta delle previsioni a causa dei ritardi sul DI Enti locali, e uno spiraglio per il futuro, dettato dalla programmazione delle risorse per i prossimi anni (Intesa Stato-Regioni 11 febbraio) che "possono consentire di affrontare, entro un quadro meno stringente, gli interventi da assumere per portare a termine le importanti innovazioni previste nel Patto della salute del 2014". Ma attenzione se non dovesse avvenire e le riforme dovessero rimanere su carta si "rischia di alimentare nuovi squilibri e di incidere negativamente sulle aspettative della popolazione". Così potrebbe essere riassunta la fotografia della **Corte dei conti** in audizione presso le commissioni Bilancio di Camera e Senato sul Def 2016, in uno dei passaggi nell'analisi della spesa sanitaria.

"L'allentamento degli obiettivi di spesa – rileva la Corte - previsti per il settore (che non modifica tuttavia un quadro particolarmente stringente, con il calo al 6,5 per cento del Pil nel 2018) e la individuazione delle risorse su cui può contare il sistema sanitario per il prossimo biennio (nell'Intesa dello scorso 11 febbraio sono stati concordati tra Stato e Regioni gli importi dei fabbisogni nazionali standard) possono consentire di affrontare, entro un quadro meno stringente, gli interventi da assumere per rispondere alle esigenze di mantenimento della qualità del servizio evidenziate negli ultimi anni e di portare a termine le importanti innovazioni previste nel Patto della salute del 2014".

"Elementi - rileva però - che, se non risolti, rischiano di alimentare nuovi squilibri e di incidere negativamente sulle aspettative della popolazione".

**Nel 2015 spesa è cresciuta più del previsto.** Di fronte alle commissioni la Corte rileva che "nel Def 2016 la previsione della spesa sanitaria risulta fortemente mutata rispetto a quella del Def 2015, riproposta (in senso tecnico) nella Nota di aggiornamento lo scorso ottobre, ed oggetto dei successivi interventi correttivi. A consuntivo la spesa è risultata nel 2015 pari a 112,4 miliardi, in crescita dell'1 per cento rispetto al 2014 (contro una previsione di aumento più contenuta, lo 0,2 per cento)".

"Un risultato – si evidenzia - su cui hanno inciso le maggiori spese per farmaci innovativi, ma anche i minori risparmi rispetto alle previsioni nella spesa per assistenza specialistica e per dispositivi medici".

**I tagli per i prossimi anni.** Ma nel testo dell'audizione si sottolinea anche come "alla revisione della spesa per 2.352 milioni già considerata nel quadro del Def 2015, sono seguite le ulteriori riduzioni previste per il 2016 (per oltre 2 miliardi con corrispondente riduzione del fabbisogno sanitario nazionale standard) e la decisione, maturata in occasione dell'approvazione dell'Intesa Stato Regioni dello scorso 11 febbraio, di prevedere che, dei risparmi richiesti alle Regioni dalla legge di stabilità 2016, gravino sul settore sanitario 3.500 milioni (dei 3.980 milioni) nel 2017 e 5.000 milioni (sui 5.468 milioni) nel 2018".

La Corte dei conti mette in risalto però come la "Legge di stabilità ha poi previsto ulteriori interventi per l'efficientamento delle aziende sanitarie e ha inoltre disposto l'utilizzo, in via esclusiva per gli acquisti di materiali sanitari, delle centrali regionali di committenza o della Consip e il riferimento, per la valutazione dei dispositivi medici, alla Cabina di regia nazionale istituita presso il Ministero della salute".

Ma "nonostante tali interventi, - si specifica - la nuova previsione prefigura un andamento della spesa per il 2016 pressoché coincidente con quello del Def dello scorso anno, con una spesa in crescita di un decimo di punto in termini di Pil, mentre i valori previsti per il successivo triennio (ancorché lievemente inferiori in termini assoluti) si mantengono sui livelli antecedenti alle misure correttive (sempre in termini di prodotto) approvate tra aprile 2015 e marzo 2016",

In sostanza "il Documento all'esame del Parlamento non specifica quanto di tale andamento sia imputabile alle difficoltà di attuazione delle misure volte a razionalizzare e ridurre la spesa assunte a metà del 2015 con il DL 78/2015, le cui fasi attuative accusano un qualche ritardo; quanto rappresenti lo sviluppo delle maggiori spese che si sono prodotte nel 2015; o quanto, infine, sia riconducibile alle difficoltà di strumenti (pay back e ticket) che negli anni passati hanno contribuito in misura significativa ai risultati ottenuti. Una valutazione indispensabile per poter riorientare le scelte in tema di strumenti da porre a disposizione delle Regioni per la gestione della spesa sanitaria".

**Uno spiraglio c'è.** L'allentamento degli obiettivi di spesa previsti per il settore (che non modifica tuttavia un quadro particolarmente stringente, con il calo al 6,5 per cento del Pil nel 2018) e la individuazione delle risorse su cui può contare il sistema sanitario per il prossimo biennio (nell'Intesa dello scorso 11 febbraio sono stati concordati tra Stato e Regioni gli importi dei fabbisogni nazionali standard) possono consentire di affrontare, entro un quadro meno stringente, gli interventi da assumere per rispondere alle esigenze di mantenimento della qualità del servizio evidenziate negli ultimi anni e di portare a termine le importanti innovazioni previste nel Patto della salute del 2014.

"Anche in sanità - si legge infine nelle osservazioni conclusive - per salvaguardare il sistema pubblico che offre in media servizi di alta qualità e per rimuovere distorsioni evidenti non si può prescindere dal rendere più appropriato e mirato l'accesso alle prestazioni, potendo contare oggi sulle crescenti potenzialità dei sistemi informativi".

### **Stipendi. In 5 anni tagli per 11 miliardi. Si è tornati ai livelli del 2006.**

La Corte nell'audizione parla che della spesa per redditi da lavoro dipendente che "nel 2015 ha registrato una flessione dell'1,1 per cento a fronte di una previsione contenuta nella Nota che ipotizzava un incremento dello 0,6 per cento. In valori assoluti la spesa è risultata pari a 161,7 miliardi con una diminuzione di circa 1,9 miliardi rispetto al 2014. Si conferma, dunque, il trend della spesa per redditi da lavoro dipendente che nel periodo 2010-2015, cioè negli anni di vigenza delle misure restrittive attivate per fronteggiare gli effetti della crisi economica, ha registrato una diminuzione complessiva di oltre 11 miliardi, pari a poco più del 6 per cento".

**Risultato?** "Per effetto della dinamica descritta, la spesa 2015 viene a posizionarsi su valori di poco superiori a quelli raggiunti nel 2006, azzerando gli incrementi dovuti a due successive tornate contrattuali (2006-2007 e 2008-2009)".

Per quanto riguarda il 2016 la Corte mette in risalto come "la spesa per redditi è stimata in crescita, nel quadro tendenziale, di 2,2 miliardi (+1,4 per cento). A fronte del permanere degli effetti delle misure riduttive del turn over, ulteriormente inasprite dalla legge di stabilità per il 2016, tale previsione sconta, in primo luogo, le somme necessarie al rinnovo dei contratti collettivi (300 milioni). Sono altresì considerati gli effetti finanziari derivanti dalla attuazione del cosiddetto Piano per la buona scuola

previsto, al quale sono ascritti per il 2016 e per l'anno successivo, effetti finanziari in termini di maggior spesa netta di 1,5 miliardi. Nella spesa per redditi del 2016 viene, infine conteggiato l'importo del bonus straordinario in favore del personale del Comparto sicurezza e difesa (Corpi di Polizia, Forze Armate e Vigili del fuoco)".

Ma la Corte segnala che "proprio il venir meno delle citate misure temporanee determina, per i due anni successivi, la ripresa del trend in diminuzione della spesa per redditi, per un importo peraltro, meno significativo nel 2018. Il quadro a politiche invariate conferma l'importo delle risorse stanziato nella legge di stabilità per il 2016 per i rinnovi dei contratti collettivi per il personale a carico del bilancio dello Stato, relativamente al triennio 2016- 2018. Per il successivo triennio il costo dei rinnovi sulla base di un'ipotesi tecnica determina, nel quadro tendenziale, un incremento della spesa di personale di 600 milioni".

Martedì 19 APRILE 2016

## Italian Barometer Diabetes 2015. In sovrappeso almeno 1 adulto su 2 e 1 under 20 su 4

***Siamo una delle nazioni con la prevalenza più elevata di giovani maschi in sovrappeso. Sono quasi 5 mln gli italiani con diabete, 3,6 mln sono ad alto rischio di svilupparlo, per un totale di quasi 8,5 mln tra persone con diabete e persone a rischio: quasi 1 italiano su 7. Questi alcuni dei dati del report 2015 presentato questa mattina a Roma. [IL RAPPORTO](#)***

È sovrappeso poco meno del 60% degli uomini italiani sopra i 20 anni. Una condizione migliore degli uomini di Grecia, Regno Unito, Irlanda, Germania, Portogallo, Spagna e Finlandia che, chi più chi meno, superano questa soglia. Meglio ancora le donne italiane over 20: la prevalenza di eccesso ponderale si colloca di poco al di sopra del 40% a differenza degli altri Paesi dove supera il 50%. Ma tra i giovani giovani di sesso maschile al di sotto dei 20 anni siamo una delle nazioni con prevalenza più elevata (30%), mentre fra le ragazze la percentuale è di poco inferiore al 20%.

Sono questi alcuni dei dati su obesità e diabete emersi dall'[Italian Barometer Diabetes Report 2015](#) "Il management dell'obesità e del diabete di tipo 2: le sfide da vincere", presentato questa mattina a Roma, che fotografa un'Italia con quasi 5 milioni le persone con diabete, cui si aggiungono 3,6 milioni ad alto rischio di svilupparlo, per un totale di quasi 8,5 milioni tra persone con diabete e persone a rischio: quasi 1 italiano su 7.

"Il Barometer Report è un documento pubblicato annualmente con l'obiettivo di attivare il confronto e le riflessioni istituzionali sui grandi temi che riguardano il diabete e l'obesità nel nostro Paese, sulle grandi sfide che queste patologie comportano in termini di sostenibilità e accesso alle cure", hanno spiegato gli editor **Renato Lauro**, Presidente di IBDO Foundation-Italian Barometer Diabetes Observatory, e **Giuseppe Novelli**, Rettore dell'Università di Roma "Tor Vergata".

Nel mondo, secondo i dati all'inizio del mese su The Lancet, ci sono ben 640 milioni di obesi, 1,5 chilogrammi di aumento del peso medio della popolazione mondiale ogni dieci anni dagli anni '80. Cifre messe nero su bianco che lanciano l'allarme e attestano l'avanzare della "piaga" obesità nel mondo.

"Viene quasi da dire: era ora – ha commentato **Paolo Sbraccia**, Presidente della SIO-Società italiana dell'obesità – ancora troppo spesso si considera l'obesità una condizione estetica e non una vera e propria malattia. L'obesità è causa, in primis, di aumentato rischio di diabete di tipo 2, quindi di malattie cardiovascolari e di alcune forme di tumore – ha aggiunto – essere sovrappeso od obesi riduce il benessere psicologico, determina un impatto negativo sulla funzionalità fisica, con diminuzione della capacità di compiere anche le più semplici attività quotidiane, e sulla funzionalità sociale, con depressione, distress, cattiva qualità di vita".

Il rapporto 2015 si propone di esaminare, grazie al contributo di personalità istituzionali e di esperti del settore, la questione "obesità" nelle sue mille sfaccettature - epidemiologiche, cliniche, sociali nella convinzione, ha chiarito il suo curatore, **Domenico Cucinotta**, Past President dell'Associazione medici diabetologi e professore di medicina interna all'Università di Messina, che "la stretta sinergia tra autorità regolatorie e mondo della ricerca e della clinica sia un requisito indispensabile per attuare un efficace

intervento di prevenzione dell'obesità e del diabete mellito, necessario per arginare il fenomeno”.

Alla base del problema sta, infatti, paradossalmente, il progredire tecnologico e sociale dell'Umanità: i cambiamenti di stile di vita, la modernizzazione. Ricorda ancora Cucinotta: “è stato persino individuato e messo a punto da ricercatori nordamericani un indice - il modernization index - che si è dimostrato un forte predittore dello sviluppo di obesità e di diabete nelle popolazioni a rischio. Viene calcolato in base al tipo e al numero di oggetti-simbolo di questi cambiamenti di cui si è in possesso: frigorifero, telefono, televisore, automobile, lavatrice, cellulare, internet, lettore DVD, e altro.”

## Vediamo alcuni numeri emersi dall'Italian Barometer Diabetes Report 2015

**Prevalenza sovrappeso/obesità.** La prevalenza di eccesso ponderale, ossia la percentuale di persone sovrappeso sulla popolazione residente, fra gli uomini al di sopra dei 20 anni si attesta su una percentuale di poco inferiore al 60% nel nostro Paese, una condizione migliore di altri partner europei, più o meno ampiamente sopra questa soglia: Grecia, Regno Unito, Irlanda, Germania, Portogallo, Spagna e Finlandia. Fra le donne nella stessa fascia di età la prevalenza supera il 50% in diversi paesi, mentre in questo caso l'Italia risulta fra le nazioni con prevalenza più bassa, di poco al di sopra del 40%. Di converso, fra i giovani di sesso maschile al di sotto dei 20 anni l'Italia rappresenta una delle nazioni con prevalenza più elevata, (30%), mentre fra le ragazze la percentuale è di poco inferiore al 20%.

**Trend temporale sovrappeso/obesità.** I dati più recenti Istat, relativi al 2013, documentano fra il 2001 e il 2010 una crescita di circa 2 milioni del numero di persone in sovrappeso e di oltre 1 milione per le persone francamente obese, per un totale di oltre 27 milioni di persone in eccesso ponderale. L'obesità è cresciuta in tutte le fasce di età e, sempre Istat, evidenzia una più elevata prevalenza di obesità fra i 55 e i 74 anni di età.

**Prevalenza diabete.** L'obesità rappresenta la causa principale di diabete di tipo 2. In presenza di obesità, il rischio di sviluppare il diabete è 10 volte più alto. Non stupisce quindi che obesità e diabete vadano di pari passo. In Italia oggi sono 3,6 milioni le persone affette da diabete - di cui oltre il 90% con diabete di tipo 2 - pari al 6,2% della popolazione. A queste va aggiunta una quota di persone che, pur avendo la malattia, non ne è a conoscenza; si stima che per ogni tre persone con diabete noto, ce ne sia una con diabete non diagnosticato. Inoltre, si stima che per ogni persona con diabete noto, vi sia almeno una persona ad alto rischio di svilupparlo, perché affetta da ridotta tolleranza al glucosio o alterata glicemia a digiuno. Questo implica che in Italia oggi siano quasi 5 milioni le persone con diabete, cui si aggiungono 3,6 milioni ad alto rischio di svilupparlo, per un totale di quasi 8,5 milioni tra persone con diabete e persone a rischio: quasi 1 italiano su 7.

**Trend temporale diabete.** Ancora, si stima che il numero di persone affette da diabete nel mondo sia cresciuto da 171 milioni nel 2000 a 415 milioni nel 2015 e raggiungerà i 642 milioni nel 2040. In Italia, secondo Istat, nel 2000 risultava diabetico il 3,9% della popolazione, poco più di 2 milioni di persone, diventate quasi 3 milioni (4,6% della popolazione) nel 2011. Se la crescita della prevalenza della malattia continuerà ai ritmi attuali, entro 20 anni potrebbero essere oltre 6 milioni (9% della popolazione totale) le persone affette da diabete, con enormi implicazioni assistenziali, sociali ed economiche.

“Visti questi dati di scenario e di trend, e l'esperienza degli ultimi 50 anni, una speranza concreta per l'uomo risiede nella pianificazione urbana – ha detto **Walter Ricciardi**, Presidente dell'Istituto superiore di sanità – numerose osservazioni mettono in rapporto tra loro parte dei miglioramenti avvenuti per la mortalità e morbosità in alcuni paesi altamente urbanizzati, come Giappone, Svezia, Paesi Bassi e Singapore, attribuiti ai determinanti potenzialmente salutari delle moderne città di questi stati. Un ruolo importante nel limitare la prevalenza delle malattie croniche è svolto da una corretta pianificazione urbana, che preveda la possibilità di costruire aree verdi per l'attività fisica. Gli abitanti delle città risultano più attivi quando il circondario dei luoghi di vita è percepito come sicuro, esteticamente gradevole e dotato di spazi verdi e 'situazioni urbane' capaci di incentivare il movimento, con impatti positivi su riduzione del rischio cardiovascolare e longevità. Al contrario – conclude – l'assenza di servizi di base raggiungibili incentiva l'utilizzo dei veicoli privati, generando una dipendenza da auto e motoveicoli che impatta negativamente sul benessere, psicologico e sociale, della persona, sul traffico e sul livello di inquinamento atmosferico e acustico”.

# quotidianosanita.it

Martedì 19 APRILE 2016

## Speranza di vita. Istat, senza titolo di studio si vive 5 anni di meno

***Per la prima volta in Italia è possibile disporre delle tavole di mortalità e delle speranze di vita secondo il livello di istruzione, della popolazione residente per genere ed età. Fenomeno meno forte tra le donne dove la differenza è di 2,7 anni. L'effetto del titolo di studio si mantiene rilevante anche in età anziana (65 anni) con un vantaggio per uomini e donne con titolo di studio elevato rispettivamente di 2,2 e 1,3 anni di vita.***

“Per la prima volta in Italia è possibile disporre delle tavole di mortalità e delle speranze di vita secondo il livello di istruzione, della popolazione residente per genere ed età. Si tratta di un rilevante contributo nell'analisi dell'impatto che le condizioni socio-economiche hanno sulla mortalità”. Lo rileva l'Istat che mostra come “tra gli uomini, rispetto alle donne, è più netto lo svantaggio per diseguaglianze nel titolo di studio. Le distanze più marcate nella speranza di vita alla nascita rispetto a chi ha conseguito una laurea o titoli superiori si osservano tra gli uomini con un titolo di studio basso (nessun titolo o licenza elementare) con una differenza di 5,2 anni. Per le donne la differenza nella speranza di vita per titolo di studio, sempre alla nascita, è invece di 2,7 anni”.

L'effetto del titolo di studio si mantiene rilevante anche in età anziana (65 anni) “con un vantaggio per uomini e donne con titolo di studio elevato rispettivamente di 2,2 e 1,3 anni di vita”.

“Il lavoro fin qui svolto - evidenzia l'Istituto di statistica - costituisce il primo passo per studiare le diseguaglianze sociali nella mortalità. Avvalendosi delle informazioni presenti nel censimento saranno possibili ulteriori analisi per studiare l'impatto sulla mortalità di altri fattori socio-economici”.

# quotidianosanita.it

Martedì 19 APRILE 2016

## Medicina di genere: al policlinico Gemelli apre BioBalance un centro di Farmacologia Clinica di Genere

***Riguardare il tempo perduto dei tanti anni di sperimentazioni cliniche sui farmaci, condotte prevalentemente sugli uomini. Come se le donne fossero solo un 'uomo' meno pesante, sulle quali estrapolare tout court i risultati delle sperimentazioni 'maschili', solo adeguando la posologia. Il Policlinico Gemelli di Roma dà il buon esempio e inaugura un'unità di ricerca tutta dedicata alla farmacologia clinica di genere***

Una 'spallata' al *bias* di genere nella farmacologia clinica. Così **Olga Naso**, Presidente di IrisRoma Onlus ha lapidariamente definito l'innovativa Unità di sperimentazione clinica 'Farmacologia di Genere' che prenderà il via nel 2017 presso il Policlinico A. Gemelli di Roma. Ispirata al concetto di medicina di genere, strettamente connessa alla medicina personalizzata e a quella di precisione, questo centro tenterà di colmare un *gap* sempre più profondo tra i due sessi, che vede da sempre le donne 'emarginate' e sotto-rappresentate negli studi di farmacologia clinica. E una parte del progetto sarà sostenuto proprio dai proventi delle attività di *charity* di IrisRoma, una onlus che opera nel campo della prevenzione, cura e ricerca in oncologia ginecologica, nata nel 2002 da un'intuizione del professor **Salvatore Mancuso** e del professor **Giovanni Scambia**.

Le differenze di genere contribuiscono in maniera sostanziale al profilo di efficacia e tollerabilità di quasi tutti gli agenti farmacologici; a determinare queste differenze concorrono i polimorfismi genetici per gli enzimi metabolizzanti i farmaci, il rapporto massa grassa/massa magra, le influenze che gli ormoni esercitano sull'assorbimento e la distribuzione dei farmaci nei vari distretti corporei.

“Per anni invece - afferma **Giovanni Scambia**, direttore del Reparto di Ostetricia e Ginecologia e Coordinatore del Polo della Salute della Donna del Policlinico A. Gemelli di Roma – le terapie sono state costruite a misura d'uomo, mentre la donna veniva considerata come un 'uomo' che pesava di meno, per trattare la quale era sufficiente adeguare la posologia di un farmaco studiato sull'uomo”. La farmacologia di genere nasce quando ci si è accorti che uomini e donne metabolizzano i farmaci in maniera diversa e da allora ogni giorno di differenze se ne sono state individuate molte altre. Troppe per continuare a pensare di poter estrapolare gli studi condotti sull'uomo, all'universo femminile in un corto circuito fallace e pericoloso.

“Il nuovo centro sarà dotato di un reparto con 4-6 posti letto – prosegue Scambia – con *facilities* idonee a svolgere attività di ricerca di altissimo livello; ci sarà anche un laboratorio dedicato, per studiare la cinetica dei farmaci e degli ambulatori per continuare a seguire queste donne anche fuori dall'ospedale. Notevole la valenza politica di un centro del genere, che mette la salute della donna al centro dell'attenzione e che ci auguriamo diventerà un importante polo di attrazione internazionale per sperimentazioni cliniche, con il relativo indotto fatto di posti di lavoro, di ricerca di livello, di brevetti. Siamo certi – conclude Scambia - che questo centro rappresenterà motivo di grandissima qualificazione per il Policlinico Gemelli e per la Regione Lazio.”

“Nell'ambito dell'organizzazione degli studi di fase 1 al Gemelli – afferma **Antonino Amato**, direttore del *Clinical Trial Center* del Policlinico Gemelli di Roma - un'attenzione particolare viene riservata alla

farmacologia clinica di genere, ovvero agli studi sulle donne, in genere poco rappresentate nello sviluppo dei farmaci per vari motivi e che invece dovrebbero essere considerate e valutate con maggiore attenzione. L'effetto biologico del genere femminile sulla risposta ai farmaci è molto importante ed è il *primum movens* rispetto alla terapia personalizzata. Stiamo cogliendo la ripresa degli studi di fase 1 nel panorama italiano e vogliamo intercettare una parte di questi studi, con la qualità che il Gemelli sa mettere in campo”.

“BioBalance è un’iniziativa volta a progettare un reparto di studi di fase 1 e 2 di genere – spiega il professor Scambia – dove l’elemento principale è rappresentato dallo studio delle differenze dei nuovi farmaci a livello di metabolismo, farmacocinetica e farmacodinamica tra uomini e donne. Questo progetto va a compensare una di quelle colpe storiche della farmacologia che è stata quella di studiare nell’uomo e applicare *tout court* nella donna. Noi al contrario, partendo dalla nostra idea di realizzare all’interno del Policlinico Gemelli un ‘ospedale della donna’, con l’apertura di questo centro tenderemo di colmare questo *gap*. Sarà un reparto sperimentale dedicato alle patologie femminili e allo studio della farmacologia, declinato al femminile in tutti i campi della medicina. All’inizio sarà prevalentemente dedicato alle patologie oncologiche, ma via via andrà a toccare tutti i campi della medicina, ovviamente affidati agli specialisti dei diversi settori. L’intenzione è anche quella di attirare preziosi fondi per la ricerca. Un reparto di questo genere non esiste in questo momento in Italia e probabilmente neppure in Europa; questa idea potrà essere sposata sia da aziende private che dal pubblico, per avere una sperimentazione seria, di qualità in un settore difficile”.

“Ragionare guardando al corpo delle donne – commenta la senatrice **Emilia De Biasi**, presidente della Commissione Sanità del Senato – è un fatto di civiltà e di qualificazione della scienza. Ci fa piacere che l’annuncio di questo nuovo centro venga a cadere a distanza di pochi giorni dalla 1° Giornata Nazionale della Salute della Donna e plaudiamo all’attività di onlus come IrisRoma perché è fondamentale per le donne non vivere in solitudine una malattia importante”.

“BioBalance affronta in modo concreto il tema della medicina di genere e della farmacologia clinica di genere – commenta la senatrice **Valeria Fedeli**, vice-presidente del Senato – Senza una differenziazione non possiamo parlare di benessere e di prevenzione. La medicina del futuro non dovrà mai più essere una medicina ‘neutra’, ma di genere”.

Infine, la medicina di genere è un mezzo che contribuisce anche a superare le tante discriminazioni di cui sono fatte oggetto le donne.

“Quindici anni fa, in occasione di uno studio internazionale – ricorda **Walter Ricciardi** presidente dell’Istituto Superiore di Sanità – ci siamo accorti, ed è stata una sorpresa amara, che gli inglesi discriminavano gli over-75 nelle cure; con altrettanta sorpresa abbiamo realizzato che in Italia questo stesso comportamento discriminatorio nell’erogazione di cure e di interventi, quali ad esempio i by-pass, veniva riservato alle donne. Questo fatto mi colpì molto e da allora abbiamo attivato varie iniziative e osservatori per farlo emergere in tutti i suoi aspetti. Il *gap* di genere purtroppo in Italia esiste ancora e a questo spesso si aggiunge anche una ‘discriminazione geografica’. Basti considerare il tumore della mammella: i nuovi casi sono il doppio al nord rispetto che al sud; ma la mortalità è uguale, se non addirittura peggiore al sud”.

“Alla velocità attuale – sostiene **Simone Ovar**, presidente di UN Women Italia, dovremmo aspettare il 2095 per realizzare la parità di genere. Per questo le Nazioni Unite hanno lanciato la campagna ‘HeForShe’ che mira a sensibilizzare e a coinvolgere un miliardo di uomini e ragazzi, al fine di renderli più consapevoli e partecipi rispetto agli ostacoli che impediscono la piena realizzazione della parità di genere in Italia e nel mondo. Siamo lieti che anche il professor Scambia abbia sposato la nostra causa”.

**Maria Rita Montebelli**

ANSA.it

TORNA SU  
ANSA.IT

## Salute&amp;Benessere

NEWS

SPECIALI ED EVENTI

VIDEO

PROFESSIONAL

SALUTE BAMBINI

65+

cerca

Sanità | Medicina | Associazioni | Alimentazione | Estetica | Stili di vita | Terme e Spa | **Si può vincere**

ANSA &gt; Salute e Benessere &gt; Sanità &gt; Progetto Mimosa, Lorenzin e farmacie Roma contro abusi donne

## Progetto Mimosa, Lorenzin e farmacie Roma contro abusi donne

Brochure e informazioni dal farmacista; 7 mln italiane vittime

19 aprile, 18:26

◀ Indietro | 🖨️ Stampa | ✉️ Invia | ✉️ Scrivi alla redazione | 🗨️ Suggestisci ( )



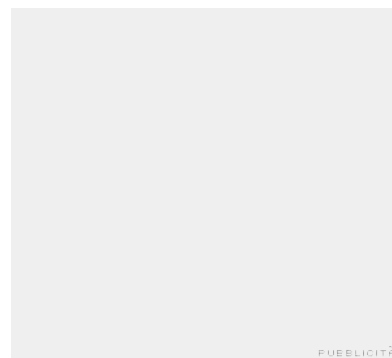
Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, e le farmacie di Roma scendono in campo contro la violenza sulle donne con il progetto 'Mimosa', lanciato oggi al Ministero. Il progetto, al quale partecipano mille farmacie romane, mira a dare alle donne che hanno subito violenza fisica, psicologica o economica, l'aiuto necessario grazie alla collaborazione con associazioni e specialisti. Le donne vittime di violenza in Italia sono 7 milioni, di cui circa 746 mila hanno subito un tentativo di stupro. Una donna su tre è dunque stata oggetto di un qualche tipo di abuso. Il Lazio è al secondo posto per femminicidi commessi e la provincia di Roma guida la graduatoria nazionale per numero di femminicidi familiari.

Grazie al progetto 'Mimosa', a partire dal 22 aprile, prima giornata nazionale della salute della donna, migliaia di brochure verranno distribuite in tutte le farmacie di Roma e provincia, con informazioni utili, consigli e contatti di associazioni, centri antiviolenza e specialisti. Un progetto che Lorenzin ha definito fondamentale, auspicando che possa essere esteso in tutta Italia. L'iniziativa è nata a Napoli due anni fa con un progetto pilota da un'idea dell'associazione 'Farmaciste Insieme' con la rete Vision: "Distribuiamo volantini in un centinaio di farmacie - spiega Angela Margiotta, presidente dell'Associazione - e in poche settimane finirono tutti. Capimmo che le donne volevano essere aiutate mantenendo l'anonimato; purtroppo chi subisce questo tipo di trauma ha grandi difficoltà non solo a sporgere denuncia, ma anche semplicemente a parlarne con qualcuno. La farmacia - ha aggiunto - deve diventare un info-point, tenendo conto che in Italia i farmacisti sono ben 18 mila". Ancora una volta, ha commentato il presidente di Federfarma Roma, Vittorio Contarina, "le farmacie si rivelano un caposaldo nella tutela della salute dei cittadini. Il nostro obiettivo con questo progetto - ha concluso - è sensibilizzare e soprattutto spingere le donne a trovare il coraggio di fare il primo passo, ovvero contattare le associazioni che possono dare loro un aiuto concreto, disponendo di tutte le informazioni necessarie.

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

◀ Indietro

condividi:



### ANSA SALUTE PROFESSIONAL

**Sanità: Bere (Agenas), favorire cultura integrità professione**

Dobbiamo superare indifferenza di molti di fronte a illeciti

**Salute: Ricciardi (Iss), donne sud doppiamente discriminate**

Presso Iss nuovo Centro riferimento per Medicina di Genere

**Sanità: ambasciatore Usa, in Italia i risultati migliori**

VAI AL SITO PROFESSIONAL | ➔



### SPECIALI ED EVENTI

**Oms, nell'ultimo anno grandi successi per vaccini**

Al via settimana immunizzazione, a Italia serve 'spinta'



**Diagnosi precoce e informazione per cura rara forma leucemia**

Incontro organizzato da Teva Italia per conoscere la patologia



**Bellezza, cosmetici in farmacia sono punta diamante ricerca**

Più delicati e funzionali, analisi Cosmetica Italia al Cosmofarma



**Da ricerca italiana alimento 'magico', -60% infezioni bimbi**

Testato nuovo probiotico, riduce uso di farmaci e assenze scuola



**Viverla Tutta, lezioni scrittura per raccontare la malattia**

Nuovo partner per iniziativa patrocinata da Ministero e Iss



**Slogan cosmetici, stop false promesse, cambiare rotta**

Esperti riuniti al convegno Cosmetica Italia, Cosmoprof Bologna



**A New Orleans quasi**





20-04-2016

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

## Il valore del “less is more” nella razionalizzazione dei trattamenti terapeutici



*Agenzia Italiana del Farmaco*

**AIFA**

di Mario Melazzini e Luca Pani

La terapia più efficace a volte può essere la “non-terapia”. Così nel 1978 KB Thomas, un medico di medicina generale di Portsmouth concludeva il suo articolo pubblicato sul British Medical Journal.

Nel testo introduceva per la prima volta il concetto di “illusione terapeutica”, la sovrastimata capacità percepita dai clinici di riuscire a identificare i trattamenti terapeutici più efficaci e sentirsi entusiasticamente e fin da subito risolutivi nell’approccio ai disturbi dei loro pazienti, anche in presenza di diagnosi incerta. La tendenza ad intravedere una causalità fra eventi, pur non oggettivamente riscontrabile, è in verità una caratteristica innata e comune in ciascuno di noi. Gli psicologi la definiscono “illusione di controllo”, come riporta David Casarett, medico della University of Pennsylvania e autore di un recente approfondimento su questo tema pubblicato sul New England Journal of Medicine.

E’ un fenomeno che ha diverse sfumature e contesti: ad esempio, è quella sensazione di imbattibilità che prova un giocatore d’azzardo quando compie i propri riti scaramantici prima del lancio dei dadi e che condiziona la sua vita di tutti i giorni. Oppure, l’esaltante attitudine dei volontari di un esperimento a risolvere un problema semplice come accendere la luce di un pannello, ancorché ignari che l’effetto sulla lampadina sarà dettato solo e soltanto dal caso.

Le conseguenze di una simile inclinazione nella pratica clinica non sono banali e molto spesso confluiscono in un proliferare di esami e prescrizioni inutili, il cosiddetto “sovra-trattamento” che da alcuni anni a questa parte si sta cercando di razionalizzare con campagne di sensibilizzazione mirate. “Too much medicine” del BMJ e “Choosing Wisely” lanciata dalla

fondazione dell'American Board of Internal Medicine (ABIM Foundation) sono due esempi di iniziative che promuovono una riduzione degli interventi ridondanti in medicina, tramite la divulgazione di raccomandazioni, aggiornamenti di letteratura, il coinvolgimento di società scientifiche e soprattutto quello degli stessi pazienti. Perché spesso non è soltanto l'illusione terapeutica a influenzare le scelte degli operatori sanitari: altre pressioni esterne, come quelle provenienti dai malati o dai loro familiari, concorrono a prescrizioni sovrastimate e a esami eccessivi. Questo rapporto a doppio filo medico-paziente è ben illustrato già da Thomas quasi quarant'anni fa, quando definisce il medico "un potente agente terapeutico di per sé" o ancora "il farmaco più utilizzato nella medicina generale".

Perché l'aspettativa che si genera nello studio prima di una visita è ambivalente: c'è l'attesa di una diagnosi e una terapia da parte del paziente e l'inconscia consapevolezza di dover elargire una prescrizione da parte del medico, dettata anche e soprattutto dalla sua naturale volontà di poter curare il soggetto assistito. Un ingiustificato entusiasmo nel trattamento farmacologico da ambo le parti, così lo definisce sempre Thomas, cui spesso non fa seguito un altrettanto interessamento per i suoi esiti.

L'illusione terapeutica può infatti essere complice anche di una sovrastima dei benefici associati ad una particolare terapia, che spesso il caso rinforza con outcome positivi in realtà del tutto casuali. A cui a volte si aggiunge la tendenza dei medici a prendere in considerazione solo i risultati che confermano la bontà di una loro scelta terapeutica, tralasciando quelli contrari. Un giusto correttivo in questi casi – commenta Casarett - potrebbe consistere nel cercare criticamente altre motivazioni di un miglioramento clinico e non limitarsi a ritenerlo una diretta conseguenza di un trattamento efficace prescritto.

Prendere coscienza di questa umana attitudine e imparare a riconoscerla e gestirla è un buon approccio all'applicazione di una medicina basata sulle prove. E tuttavia pensare di ridurre il sovra-trattamento inefficace semplicemente contenendo gli effetti dell'illusione terapeutica vorrebbe dire caderne vittime in un circolo vizioso.

C'è bisogno di una strategia oggetto di future opportune ricerche – insiste Casarett - che razionalizzi in modo oggettivo e con nuovi strumenti l'eccessivo trattamento dei pazienti. E' necessaria una formazione nelle scuole di specializzazione sul tema dell'illusione terapeutica e la diffusione di una "cultura" medica che coinvolga non solo i clinici ma anche il resto degli attori inclusi nel processo di cura.

Un approccio "patient-centered" e al contempo "evidence-informed" che bilanci l'attenzione particolare al singolo paziente e alle sue esigenze, con il costante raffronto delle scelte terapeutiche alle più ampie e aggiornate evidenze scientifiche. Un metodo personalizzato anche da parte dell'operatore sanitario, che anche grazie alle raccomandazioni e linee guida delle campagne di sensibilizzazione ad un ricorso responsabile ai trattamenti sanitari, arrivi a scegliere saggiamente rivedendo le proprie convinzioni, valutando prove e applicando i criteri euristici in modo obiettivo e rigoroso.