



## **RASSEGNA STAMPA**

**26-05-2016**

1. IL GIORNALE Il 68% dei malati di cancro ora sconfigge la malattia
2. REPUBBLICA Il melanoma si cura "Con la prevenzione meno 30% di tumori"
3. AGI Tumori: allarme melanoma per i giovani, 2.260 casi nel 2015
4. SECOLO XIX In aumento i casi di melanoma tra i più giovani
5. QUOTIDIANO SANITÀ Tumore mammella: scoperta la 'chiave' molecolare che consente alle cellule tumorali di dare metastasi ossee
6. ILTEMPO.IT Pre-chemioterapia orale: ok dell'Aifa
7. REPUBBLICA.IT Tumori, così la crisi economica ha fatto aumentare la mortalità\*
8. CORRIERE.IT «Non è cancro»: cambia il nome di un sottotipo di tumore della tiroide
9. QUOTIDIANO SANITÀ Cassazione. Il medico sbaglia dosaggio del farmaco e il paziente muore
10. ADN KRONOS Sanità: Ssn 'a km zero' con digitale, ma Italia in ritardo
11. ILSOLE24ORE.COM Sanità, primo sì alla riforma delle professioni
12. SOLE 24 ORE Antitrust: sui vaccini serve più concorrenza Farmaci, spesa in rosso
13. CORRIERE DELLA SERA L'Antitrust e le quattro multinazionali che governano i vaccini
14. REPUBBLICA Lo scienziato italiano che legge nel cervello "Così riuscirò a ripararlo"
15. GIORNALE Gli italiani attratti dai medici non convenzionali
16. PANORAMA La nuova pelle che si può indossare
17. GIORNALE Arriva l'«osso bionico» e si stampa in 3D Brevetto rivoluzionario
18. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Il Senato accelera sulla legalizzazione della cannabis
19. CORRIERE.IT Premiate le 38 ricercatrici italiane più influenti nel settore biomedico
20. HUFFINGTONPOST.IT L'olio di palma sbarca a Montecitorio: M5S ed esperti ne chiedono messa al bando
21. QUOTIDIANO SANITÀ Spesa farmaceutica Ssn. Superati i 18 miliardi tra ospedaliera e territoriale

PREVENZIONE PRIMA DI TUTTO

# Il 68% dei malati di cancro ora sconfigge la malattia

di Luigi Cucchi

■ Sempre più italiani convivono con il cancro. Aumentano le guarigioni: il 68% dei pazienti a cui vengono diagnosticati tumori sconfigge la malattia. Percentuali che raggiungono il 91% nella prostata e l'87% nel seno, le due neoplasie più diffuse tra gli uomini e le donne. Più di 3 milioni di cittadini (il 4,9% della popolazione) vivono con una diagnosi di tumore. E circa due milioni di persone possono affermare di avere sconfitto la malattia.

Fondamentale la prevenzione e la diagnosi precoce per iniziare prima possibile le terapie. Non bisogna abbassare la guardia e non vanno sospese le visite mediche e i controlli sullo stato di salute.

Queste rinunce, dovute a ragioni economiche, sono forse una delle cause della recente flessione che si è registrata nella durata della vita media. Carmine Pinto, presidente dell'Asso-

## La diagnosi precoce è fondamentale Garantire a tutti le terapie più efficaci

ciazione italiana di oncologia medica (Aiom), ha affermato che «il 40% dei tumori è evitabile con la prevenzione e con un diverso stile di vita; occorrono terapie innovative che sono sempre più efficaci e servono risorse dedicate. Inoltre - ha precisato - va aumentato l'impegno per l'appropriatezza terapeutica: no all'uso dei marcatori tumorali per la diagnosi».

L'impegno degli oncologi si muove su più fronti: migliorare la consapevolezza dei cittadini sulla prevenzione e garantire a tutti le terapie più efficaci e l'assistenza migliore. «Nel 2015 sono stati stimati 363mila nuovi casi di cancro nel nostro Paese» ricorda il professor Pinto, precisando che un Fondo può essere

finanziato con le accise sul tabacco, per colpire una delle cause del tumore al polmone, tra le forme più diffuse, con circa 41mila nuove diagnosi registrate nel 2015. L'appropriatezza delle cure è vitale.

«Sono ancora troppi gli esami impropri, un problema che riguarda in particolare i marcatori tumorali. Questi test sono utilizzati in oncologia da più di 40 anni, ma oggi il loro uso sta diventando eccessivo rispetto al numero dei pazienti oncologici», sottolinea la dottoressa Stefania Gori, presidente eletto di Aiom. Questi esami vengono impiegati a scopo diagnostico in persone non colpite dalla malattia. Nel 2012 sono stati eseguiti oltre 13 milioni di marcatori tu-

morali. L'eccessivo utilizzo di esami in scenari inappropriati rappresenta un problema socio-sanitario complesso. Sono evidenti le ricadute sul piano dell'organizzazione e della fruizione dei servizi, quindi anche economiche, che possono far seguito all'impiego di marcatori tumorali, di esami diagnostici di *imaging* ed esami endoscopici prescritti in modo improprio».

Aiom ha promosso la prima campagna nazionale dedicata alla prevenzione del tumore alla prostata e del cancro negli anziani con un tour nei centri per la terza età di tutta Italia. E per far capire ai cittadini l'importanza della profilassi contro il papilloma virus umano (Hpv), è stata realizzata la prima guida al vaccino anti-Hpv, distribuita in tutte le Oncologie italiane e nelle farmacie. Tre ragazze su dieci non sono coperte da questo fondamentale strumento di prevenzione, in grado di proteggere da una delle neoplasie più frequenti nelle giovani donne (under 50), il tumore del collo dell'utero, che nel 2015 in Italia ha fatto registrare circa 2.100 nuovi casi.

Il vero salto di qualità dell'assistenza può essere messo in atto solo a partire dalla realizzazione di un sistema di reti oncologiche regionali, per garantire uniformità di comportamenti ed equità di accessi in tutte le fasi della malattia.

Pagine a cura di Pierluigi Bonora



## IL CONVEGNO

## Il melanoma si cura "Con la prevenzione meno 30% di tumori"

CARLO PICOZZA

**D**I MELANOMA si può guarire. Il tumore che fino a quattro anni fa, nella fase metastatica, lasciava pochi mesi di vita, ora si cura con gli anticorpi monoclonali, farmaci capaci di risvegliare la risposta del sistema immunitario. Anche se «la prevenzione è l'arma vincente, perché riduce la mortalità più di ogni terapia», secondo Carlo Barone, ordinario di Oncologia medica al Gemelli. «Si stima», spiega, «che sti-

**"ONCOLINE"**

È il portale nato in concorso tra Aiom, associazione italiana di Oncologia medica, e di "Repubblica". In foto Carlo Barone

li di vita corretti riescano ad abbattere del 30% l'incidenza di qualsiasi tumore».

Si è parlato di questo al convegno promosso dall'Associazione italiana di Oncologia medica (Aiom) e da *Repubblica* ("Lotta al melanoma, tra prevenzione e innovazione terapeutica") nell'ambito del progetto "Oncoline", il portale nato con il concorso di un quotidiano e di una società scientifica impegnata nella lotta al cancro. «Con gli anticorpi monoclonali», spiega Paolo Ascierto, che dirige l'unità Melanoma e Immunoterapia oncologica al Pascale di Napoli, «si può cronicizzare, se non proprio far guarire, il 20% dei pazienti con melanoma; con gli anticorpi di ultima generazione, puntiamo a una percentuale doppia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA


# Tumori: allarme melanoma per i giovani, 2.260 casi nel 2015

(AGI) - Roma, 25 mag. - Il melanoma, tumore della pelle particolarmente aggressivo, colpisce persone sempre piu' giovani. Oggi il 20% delle nuove diagnosi, circa 2.260 casi nel 2015 in Italia, riguarda pazienti di eta' compresa tra 15 e 39 anni. Una tendenza confermata anche dai ricoveri per questa malattia nel nostro Paese. Il maggior incremento dei tassi di ospedalizzazione in 8 anni (2001-2008) si e' registrato negli over 81 (+34%), nei cittadini nella fascia di eta' 61-70 (+20%) e, sorprendentemente, proprio fra i 31-40enni (+17%). Le cause vanno ricondotte soprattutto a comportamenti scorretti, in particolare da bambini, perche' le scottature solari gravi nell'infanzia possono aumentare il rischio. Alla "Lotta al melanoma" l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) ha dedica un convegno nazionale oggi al Ministero della Salute.

"Parte dalla prevenzione la battaglia contro questo tumore - afferma il prof. Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM -. Nel nostro Paese nel 2015 sono stati stimati circa 11.300 nuovi casi (erano meno di 6.000 nel 2004, 7.000 nel 2010, 11.000 nel 2014). Il melanoma e' in costante crescita, infatti le diagnosi sono quasi raddoppiate in dieci anni, particolarmente fra i giovani. Troppe persone si espongono al sole senza precauzioni e i bambini rappresentano l'"anello debole' della catena. Un richiamo da tenere in considerazione soprattutto in questi mesi, in cui molti italiani approfittano del fine settimana per stare all'aria aperta". "E' necessario - continua il prof. Pinto - proteggersi con creme solari e indumenti adeguati quando ci si espone al sole, evitando pero' le ore centrali della giornata (12-16). Inoltre non si devono utilizzare le lampade abbronzanti perche' sono cancerogene come il fumo di sigaretta. E ancora, basterebbe un semplice esame della pelle eseguito da uno specialista una volta all'anno per individuare questo tumore nella fase

iniziale, quando le percentuali di guarigione superano il 90% ". "Oggi abbiamo a disposizione armi efficaci per controllare il melanoma nella fase metastatica - spiega il prof. Paolo Ascierto, direttore dell'Unita' di Oncologia Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative dell'Istituto 'Pascale' di Napoli e presidente della Fondazione Melanoma -. Questa neoplasia, per la sua particolare sensibilita' all'azione del nostro sistema immunitario, ha rappresentato il candidato ideale per applicare il nuovo approccio rappresentato dall'immuno-oncologia. I farmaci immunomodulatori, che agiscono contro bersagli specifici per favorire la risposta immune, hanno infatti dimostrato di migliorare la sopravvivenza dei pazienti e in alcuni casi e' possibile parlare di cronicizzazione della malattia. Un risultato impensabile prima dell'arrivo di queste terapie, visto che la sopravvivenza mediana in stadio metastatico era di appena 6 mesi, con un tasso di mortalita' a un anno del 75%. In particolare pembrolizumab, un inibitore del 'checkpoint' immunitario PD-1, molecola coinvolta nei meccanismi che permettono al tumore di evadere il controllo del sistema immunitario, ha dimostrato di allungare in maniera significativa la sopravvivenza. Un aspetto particolare riguarda il tempo di latenza. Al contrario di quanto avviene nella chemioterapia, nell'immuno-oncologia l'iniziale progressione di malattia non va interpretata come un fallimento del trattamento. La risposta clinica puo' infatti essere osservata anche proseguendo la terapia, quindi in fasi tardive". (AGI)

.

<http://www.ilsecoloxix.it>

## In aumento i casi di melanoma tra i più giovani

Aumentano i casi di melanoma tra i giovani, tanto che oggi in Italia il 20% delle nuove diagnosi di questo tumore della pelle, e pari a 2.260 casi nel 2015, riguarda pazienti tra 15 e 39 anni. Una tendenza confermata anche dai ricoveri: l'incremento dei tassi di ospedalizzazione dovuti a questa neoplasia fra i 31-40enni è stato del 17% tra il 2001 e il 2008.

A fare il punto, in vista della stagione estiva, il convegno «Lotta al Melanoma, fra prevenzione e innovazione terapeutica», in corso al Ministero della Salute organizzato dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM).

In costante crescita, i casi di questo tumore, particolarmente aggressivo, sono quasi raddoppiati in dieci anni. «Nel nostro Paese - afferma Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM - nel 2015 sono stati stimati circa 11.300 nuovi casi, erano meno di 6.000 nel 2004». All'origine, una base genetica ma anche comportamenti scorretti, «come il sole preso senza precauzioni e le scottature, in particolare se prese da bambini», che sono «l'anello debole della catena». È necessario, continua Pinto, «proteggersi con creme solari e indumenti adeguati quando ci si espone al sole, evitando le ore centrali della giornata così come le lampade». Importante inoltre non tralasciare i controlli, «perché un esame della pelle una volta all'anno può individuare questo tumore nella fase iniziale, quando le percentuali di guarigione superano il 90%».

Mercoledì 25 MAGGIO 2016

## Tumore mammella: scoperta la 'chiave' molecolare che consente alle cellule tumorali di dare metastasi ossee

***Sarebbe la E-selectina, una molecola presente in alcuni vasi del midollo osseo, a permettere alle cellule di cancro della mammella di entrare nelle ossa e metastatizzare. Una scoperta decisiva per pianificare strategie contro le metastasi ossee. Al momento in corso trial clinici nell'uomo, mentre sono ancora nella fase di sperimentazione animale gli studi sul plerixafor, un farmaco in grado di 'stanare' le cellule tumorali dalle ossa e riversarle in circolo, dove possono essere attaccate dal sistema immunitario e dalla chemioterapia***

La guerra contro il tumore è fatta di tante piccole battaglie, ognuna da studiare con attenzione a tavolino. Nel caso del cancro della mammella ad esempio una di queste battaglie è rappresentata dalla prevenzione delle metastasi ossee, un evento che si può produrre anche nelle primissime fasi del tumore e che può dare segno di sé anche a distanza di molti anni.

Dopo anni di esperimenti su modelli animali, un gruppo di ricercatori del Duke Cancer Institute è arrivato alla conclusione che le cellule di cancro della mammella invadono il midollo osseo utilizzando una specie di 'chiave molecolare' che consente loro di penetrare all'interno delle ossa, dove divengono inattaccabili sia dalla chemio che dalla radioterapia. I risultati di questa loro ricerca sono pubblicati su Science Translational Medicine.

“Gli studi clinici – ricorda Dorothy A. Sipkins, professore associato presso la Divisione di neoplasie ematologiche e terapie cellulari alla Duke – hanno dimostrato che un tumore della mammella diagnosticato precocemente e adeguatamente trattato può non dar più segno di sé anche per 10-15 anni, per poi recidivare. E molto spesso le ossa rappresentano la sede delle metastasi.”

Secondo i ricercatori americani le cellule tumorali penetrano nella parte spongiosa delle ossa legandosi con delle molecole di superficie ai vasi del midollo osseo che contengono la E-selectina. Una volta arrivate all'interno delle ossa, le cellule tumorali possono restare quiescenti per anni per poi 'risvegliarsi' e dar luogo alle metastasi.

Le biopsie midollari nelle pazienti con carcinoma della mammella possono mostrare anche nelle primissime fasi del tumore la presenza di micrometastasi. “Adesso sappiamo come fanno le cellule tumorali ad arrivare lì – spiega la Sipkins – e abbiamo individuato anche un importante meccanismo che consente loro di rimanere ancorate al midollo osseo. Questo potrebbe portare a nuove strategie di intervento a livello molecolare da mettere in campo prima che le cellule dormienti causino una recidiva”.

Una possibile strategia consiste nel trovare il modo di inibire la E-selectina; questo potrebbe infatti limitare la capacità delle cellule tumorali di arrivare alle ossa e dare metastasi. Un inibitore della E-selectina, il GMI-1271, è attualmente al vaglio di studi clinici sull'uomo. Questo stesso farmaco nel topo ha dimostrato di essere in grado di prevenire l'ingresso delle cellule tumorali nel midollo osseo.

Ma questa è solo una parte del problema. A volte le micrometastasi ossee si producono prima

ancora che il tumore primitivo venga diagnosticato. E allora cosa fare quando le ossa sono state già invase dalle cellule tumorali? I ricercatori americani hanno avuto l'idea di trattare dei topi portatori di micrometastasi ossee con il plerixafor, un farmaco utilizzato nei donatori di midollo osseo per 'stanare' le cellule staminali dal midollo osseo e farle riversare in circolo, dove possono essere facilmente prelevate. Questo stesso farmaco si è dimostrato in grado anche di spingere fuori dal midollo osseo le cellule tumorali dormienti, fatto questo che secondo i ricercatori americani, consentirebbe al sistema immunitario, ma anche alla chemioterapia e ad altre forme di trattamento di colpirle ed eliminarle.

“Riuscendo a capire come fanno le cellule di cancro della mammella a migrare per il corpo e comprendere il loro ciclo vitale, potrebbe consentirci di capire come fare per renderle più vulnerabili e trattabili. La nostra speranza – conclude la Sipkins – è di riuscire a comprendere più a fondo questi aspetti negli esperimenti animali, prima di procedere verso gli studi nell'uomo”.

Maria Rita Montebelli

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

## Pre-chemioterapia orale: ok dell'Aifa

*È la terza neoplasia maligna nella popolazione generale, la più frequente dei maschi adulti per i quali, dopo i 50 anni di età, rappresenta oltre il 20% di tutti i tumori diagnosticati. Sono almeno...*

È la terza neoplasia maligna nella popolazione generale, la più frequente dei maschi adulti per i quali, dopo i 50 anni di età, rappresenta oltre il 20% di tutti i tumori diagnosticati. Sono almeno 398mila gli uomini che convivono con una progressa diagnosi di carcinoma prostatico che, malgrado i progressi terapeutici, in una elevata percentuale di casi evolve in una forma resistente alla terapia anti-androgenica e metastatizza. Adesso per i pazienti con cancro della prostata metastatico resistente alla terapia ormonale e non sottoposti a chemioterapia, l'AIFA autorizza l'indicazione pre-chemioterapia di Enzalutamide, già utilizzato dopo fallimento del trattamento chemioterapico. Si tratta di un agente ormonale orale di ultima generazione, dotato di un meccanismo di azione innovativo in quanto inibisce in maniera potente il recettore degli androgeni, il testosterone, che è il «motore» di crescita del tumore prostatico, bloccando i diversi passaggi della cascata di segnalazione del recettore.

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

# Tumori, così la crisi economica ha fatto aumentare la mortalità



*Tra il 2008 e 2010 oltre 260mila decessi in più per cancro nei paesi Ocse e circa 160 mila nell'Unione europea. Ma è un fenomeno non limitato a quel biennio: al crescere della disoccupazione aumentano le vittime. A meno che la sanità non sia universale. La ricerca pubblicata su *The Lancet**

LA CRISI economica che dal 2008 ha investito e travolto il mondo la si può misurare in termini di Pil, di domanda e occupazione, di beni e servizi persi. E anche per il numero di morti per cancro. Messa così la crisi è 'costata' oltre 260mila decessi in più per tumore nei paesi OCSE, e circa 160 mila nell'Unione europea tra il 2008 e 2010.

Lo dice uno studio, pubblicato su *The Lancet*, che, utilizzando i dati della Banca mondiale e dell'Organizzazione mondiale della sanità relativi a più di 70 paesi su un arco temporale di 21 anni, dal 1990 al 2010, ha analizzato l'impatto della disoccupazione e della riduzione della spesa pubblica destinata alla sanità sulla mortalità per le patologie oncologiche, e rilevato l'effetto protettivo delle coperture sanitarie universalistiche.

**Lo studio.** Gli autori dell'indagine – ovvero americani di Harvard, inglesi dell'Imperial College e del King's College di Londra e di Oxford - hanno confrontato i tassi di mortalità per tumore attesi sulla base del trend precedente al 2008, con quelli effettivamente osservati dal 2008 al 2010. I tumori presi in considerazione sono stati colon-retto e polmone, prostata negli uomini e seno nelle donne, classificati come curabili se associati a tassi di sopravvivenza uguali o superiori al 50%, e come non trattabili se la sopravvivenza era inferiore al 10%.

**I sistemi sanitari universalistici.** Le conclusioni in sintesi? Per l'intero ventennio in analisi è stata registrata una relazione diretta tra variazioni nei tassi di disoccupazione e aumento di mortalità per tutti i tipi di tumore: polmone colon-retto seno e prostata: al crescere della prima cresceva la seconda. La relazione è stata più marcata per i tumori trattabili (un dato che, secondo gli autori, sottolinea l'importanza della possibilità di accesso alle cure) ma era rimossa - non si è registrata - lì dove la sanità veniva universalmente erogata. In termini numerici: a un incremento dell'1% di disoccupazione ha corrisposto un aumento di decessi per cancro pari a 0,37 ogni 100 mila persone.

**Disoccupazione e cancro.** "Abbiamo visto – ha commentato i risultati in una nota per la stampa Mahiben Maruthappu, primo autore dello studio - che l'aumento della disoccupazione è associato all'incremento della mortalità per cancro (...) ma che una copertura sanitaria universale protegge da questo effetto".

Per ciò che riguarda la spesa pubblica destinata alla salute, a un decremento dell'uno per cento (misurato sul Pil) sono corrisposte 0,0053 morti in più per cancro ogni 100 mila persone. I dati raccolti e i risultati ottenuti, lavorati ed estrapolati per i paesi Ocse e per l'Unione europea, sono risultati in un eccesso rispettivamente di 263.221 e di 169.129 morti per tumore nel biennio 2008-2010.

**Tagli alla sanità.** "Il cancro è una delle principali cause di morte nel mondo. Quindi comprendere in che modo i cambiamenti economici influenzano la sopravvivenza è cruciale", ha detto Maruthappu. In effetti nel 2012 si sono contate oltre 8 milioni di morti dovute a cancro e 14 milioni di nuovi casi, e si stima che nel 2030 si potrebbero contare 25 milioni di diagnosi. "Tagli alla sanità – ha aggiunto Maruthappu - possono costare la vita. Se i sistemi sanitari hanno limiti di finanziamento, questi devono essere accompagnati da miglioramenti nell'efficienza per garantire ai pazienti lo stesso livello di cura, a prescindere dal contesto economico e dall'occupazione".

Lo studio è una indagine epidemiologica longitudinale e per sua natura rileva associazioni tra fenomeni osservati, attesi... non fornisce cioè prove in senso stretto che fenomeni quali la disoccupazione siano per esempio causa diretta di mortalità per cancro. Tuttavia c'è, ed è diretta, la relazione cronologica tra fenomeni: questo, secondo gli autori, è a supporto dell'esistenza di un nesso causale. Insomma la crisi, col cancro, c'entra.

**Malattie croniche e disuguaglianze.** "Le malattie croniche - spiega Stefano Vella, dirigente di ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità, una istituzione nella quale è previsto a breve l'avvio di un centro nazionale per la salute globale - tra le quali rientrano anche i tumori, sono la nuova pandemia, dopo quelle infettive. E' anche il nuovo campo dove pesano le disuguaglianze, sia tra i paesi in sviluppo che in quelli ad alto reddito, sia all'interno dei paesi, tra categorie economiche diverse. Fanno la differenza i sistemi sanitari universalistici, l'impegno degli stati sulla sanità e in definitiva l'idea che la salute rappresenti un investimento e non un costo".

"Come pochi altri rimasti, il nostro straordinario sistema sanitario – ricorda Vella - malgrado alcune disuguaglianze regionali, non impedisce a priori a chi è fuori dal mercato del lavoro o a chi è

più poveri di accedere alle cure: da noi il marcatore povertà conta di meno. Vale la pena di ricordare – conclude - che l'Universal Health Coverage è uno degli obiettivi del Sustainable development goal delle Nazioni Unite".

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

LINEE GUIDA

## «Non è cancro»: cambia il nome di un sottotipo di tumore della tiroide

*Giornata Mondiale della Tiroide: una buona notizia per i pazienti. Un panel di esperti americani fa sparire la parola «carcinoma» dal nome della variante papillare follicolare. Decisione attesa da anni, che evita ansie e trattamenti per neoplasie “dormienti”*

**di Vera Martinella**

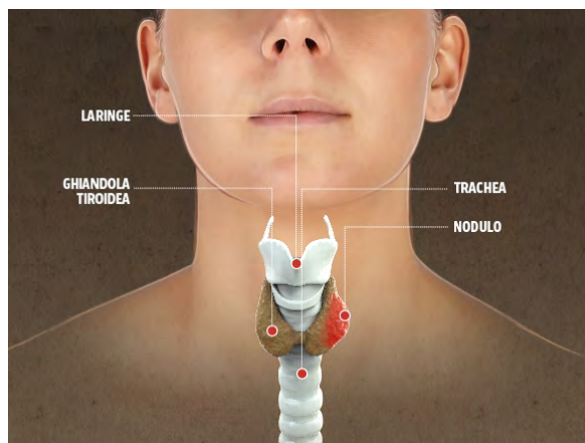
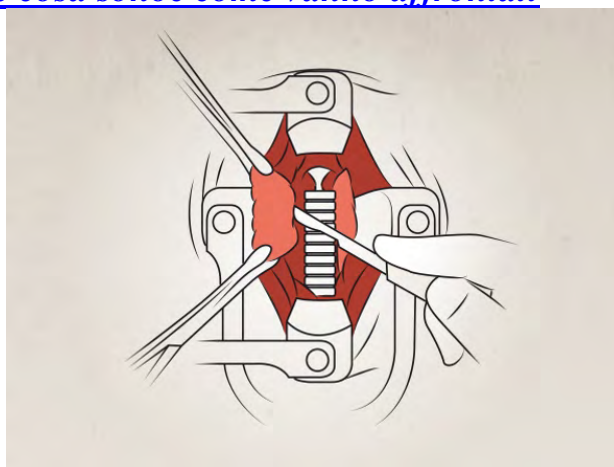
Non chiamatelo più cancro. Il carcinoma papillare follicolare è “buono”, non aggressivo, non mette a repentaglio la vita dei malati. E va trattato di conseguenza: niente rimozione della tiroide, nessuna radio-iodioterapia e no anche ai ripetuti controlli per mesi o anni che causano tanta ansia ai pazienti. Pazienti che, appunto, non vanno più spaventati con la diagnosi di cancro. Una buona notizia che arriva proprio in occasione della Giornata Mondiale della Tiroide, celebrata con l’obiettivo di sensibilizzare l’opinione pubblica e il mondo scientifico sull’importanza del corretto funzionamento di questa ghiandola che ha un ruolo fondamentale nell’arco di tutta la vita, da prima della nascita alla terza età. Il cambio di nome non è un fatto simbolico, ma una decisione a lungo discussa e attesa all’interno della comunità scientifica, che è giunta alla fase finale con un articolo pubblicato nei giorni scorsi sulla rivista JAMA Oncology.

### ***Ecco cosa cambia per tremila italiani***

La variante follicolare del carcinoma papillare è, in sostanza, un piccolo nodulo completamente circondato da una capsula di tessuto fibroso che impedisce alle cellule interne di provocare danni. Per questo gli esperti americani che hanno lavorato al documento di revisione della classificazione hanno deciso di eliminare la parola

carcinoma: quello che era la «variante incapsulata follicolare del carcinoma tiroideo papillare» ora si chiama «neoplasia tiroidea follicolare non-invasiva». La novità interessa circa tremila italiani ogni anno, visto che il sottotipo cancro tiroideo in questione rappresenta circa il 20 per cento di tutti i casi di tumore alla tiroide diagnosticati, che nel 2015 sono stati 15.400. «Da tempo gli esperti aspettavano questa modifica, che è molto importante per i medici così come per i pazienti – commenta Luciano Pezzullo, responsabile della Struttura di Chirurgia Oncologica della Tiroide all’Istituto Tumori Pascale di Napoli -. Questa decisione ha infatti implicazioni significative su molteplici aspetti. Eliminando la parola “carcinoma” si liberano i pazienti affetti dall’incubo di una neoplasia maligna, con l’ovvio impatto psicologico positivo sulla qualità di vita. Inoltre, sul piano clinico, si potrà modulare la terapia chirurgica: interventi più conservativi, con minori problemi legati all’operazione e successivi controlli meno intensivi».

***Noduli alla tiroide: che cosa sono e come vanno affrontati***





### **Ormoni che regolano il metabolismo**

#### ***Malattia indolente: non cresce, non dà metastasi***

Nelle sue valutazioni, il panel di specialisti statunitensi ha analizzato i casi di circa 200 pazienti, tenuti sotto osservazione per un periodo variabile fra i 12 mesi e i 26 anni. Alla fine, accertata l'effettiva non pericolosità del sottotipo di tumore in questione, hanno deciso di "degradarlo". «Nell'ultimo decennio è divenuto sempre più palese che il carcinoma tiroideo, in generale, e in particolare alcune varianti (come quella follicolare) hanno un comportamento clinico peculiare che li fa differire dagli altri carcinomi - spiega Pezzullo -. Sono caratterizzati da un'estrema indolenza, ovvero in pratica questi "tumori" non crescono, sono pigri, praticamente dormienti. In altre parole, non infiltrano i tessuti circostanti, non danno metastasi locali o a distanza. Insomma, non fanno danni o non possono causare la morte del paziente. Molte di queste varianti "buone" per anni sono però state considerate e conseguentemente trattate come dei veri cancri, quindi con l'asportazione totale della ghiandola tiroidea, la radioiodioterapia e le conseguenze indesiderate delle cure. Ora le cose potranno finalmente cambiare, come attendevamo da tempo».

#### ***Questione aperta anche per altri sottotipi di tumore***

Negli ultimi 5 anni diverse società scientifiche hanno affrontato lo stesso problema anche per altre tipologie di tumore (per esempio seno, prostata e polmone) che hanno alcuni sottotipi non pericolosi, che è importante ri-classificare per non esporre i malati a trattamenti in eccesso e a ansie ingiustificate, mentre il sistema sanitario affronta costi inutili. «Una decisione simile è già praticamente stata presa per i cosiddetti microtumori della tiroide - conclude l'esperto, che è anche presidente eletto dell'Associazione delle Unità Endocrinocirurgia Italiane (Club delle UEC) -, che non dovrebbero essere immediatamente trattate, quanto piuttosto seguite e monitorate in centri specializzati: per molti pazienti può essere sufficiente un controllo annuale con visita ed ecografia. E solo se ci sono sospetti di un'evoluzione della malattia si procede con agobiopsia e intervento».

# quotidianosanita.it

Mercoledì 25 MAGGIO 2016

## Spesa farmaceutica Ssn. Superati i 18 miliardi tra ospedaliera e territoriale. Tetti sfondati per 1,880 miliardi. Ticket a 1,521 miliardi. Il consuntivo Aifa

Concluso il monitoraggio dello scorso anno. I tetti sono stati sfondati anche nella territoriale (331 milioni) ma il grosso resta nell'ospedaliera che supera il tetto programmato di quasi il 30%. [IL DOSSIER AIFA.](#)

L'Aifa ha chiuso il monitoraggio della spesa farmaceutica dello scorso anno aggiungendo anche i dati dicembre. La spesa territoriale, tra farmacie e diretta (senza pay back e senza innovativi) raggiunge i 12.666 milioni di euro e sfonda il tetto programmato di 331 milioni.

La spesa ospedaliera si assesta invece sui 5.353 milioni e sfonda il tetto di ben 1.549 milioni di euro.

Ma il conto è salato anche per i cittadini che in ogni caso hanno partecipato al costo dei farmaci per ben 1.521 milioni di cui poco più di 1 miliardo per la quota di differenza di prezzo tra generico e branded e la restante parte come ticket fisso sulla ricetta.

<http://www.adnkronos.com>

## **SANITÀ: SSN 'A KM ZERO' CON DIGITALE, MA ITALIA IN RITARDO**

Roma, 25 mag. (AdnKronos Salute) - Sanità a 'km zero' grazie al digitale, una risorsa preziosa, soprattutto in tempi di tagli della spesa pubblica, che può renderla più efficiente, comoda e vicina ai cittadini. Il nostro Paese, però, non brilla per essere tecnologico: nel 2015 il 28% degli italiani non ha mai utilizzato Internet, contro una media europea del 16%. Sono 12,2 milioni i connazionali che nell'ultimo anno hanno prenotato sul web le prestazioni sanitarie, 7,6 mln hanno consultato su Internet i propri referti medici e 7,1 mln hanno pagato online i servizi.

E' quanto emerge da una ricerca realizzata dal Censis in collaborazione con Arsenàl.it, Centro Veneto ricerca e innovazione per la sanità digitale, e presentata oggi a Roma al Forum Pa.

L'indagine si concentra sull'esperienza del Veneto, evidenziando che quando i servizi sono semplici, accessibili e producono un vantaggio immediato, vengono largamente utilizzati. Il 91,7% degli utenti ritiene semplice scaricare i referti via web e lo fa il 60% dei veneti (circa 5 mln), anche buona parte degli ultrasessantacinquenni (il 35,2% degli utenti), nonostante la loro scarsa confidenza con le tecnologie.

Oltre il 74% degli utenti ha conosciuto il servizio grazie agli operatori sanitari. Giocano quindi un ruolo fondamentale la formazione (dei professionisti) - si sottolinea - e l'informazione (ai cittadini) che deve concentrarsi sui vantaggi prodotti dall'utilizzo dei servizi. Ad esempio, risulta decisiva la possibilità di evitare spostamenti superflui e accedere ai servizi a distanza, come afferma il 90% degli utenti.

In Veneto il percorso 'Sanità a km zero' è stato avviato nell'ambito della costruzione del Fascicolo sanitario elettronico regionale. Il progetto è coordinato da Arsenàl.it, consorzio volontario delle 23 aziende socio-sanitarie e ospedaliere della Regione Veneto e centro di competenza regionale per l'eHealth.

Dal 2005 a oggi i risultati sono significativi: il servizio di scarico referti online consente un risparmio di 120 milioni di euro l'anno per i cittadini in termini di viaggi evitati e tempo recuperato, a cui si aggiungono la dematerializzazione di 46 milioni di ricette rosse e il telemonitoraggio di oltre 3.000 pazienti cronici.

HiQPdf Evaluation 05/25/2016

[≡ NAVIGA](#)
[🏠 HOME](#)
[🔍 RICERCA](#)
Il Sole **24 ORE**
[ABBONATI](#)
[ACCEDI](#)
**NORME & TRIBUTI**
[FISCO & CONTABILITÀ](#)
[DIRITTO](#)
[LAVORO E PREVIDENZA](#)
[EDILIZIA E AMBIENTE](#)
[CASA E CONDOMINIO](#)
[ENTI LOCALI E PA](#)
[SANITÀ](#)
[← Equitalia, atti di riscossione via Pec e rateizzazione più...](#)
[Sanità, cosa prevede la riforma delle professioni: oltre un...](#)
[Il Tar boccia il costo dei permessi di soggiorno: 80 euro...](#)
[Cubo di Rubil procuratore g ricorre contro >](#)

PRIMO SÌ IN PARLAMENTO

# Sanità, cosa prevede la riforma delle professioni: oltre un milione di soggetti coinvolti

-di **Lucilla Vazza** | 25 maggio 2016
[I PIÙ LETTI DI NORME & TRIBUTI](#)
**ULTIME NOVITÀ**
*Dal catalogo del Sole 24 Ore*
[SCOPRI ALTRI PRODOTTI >](#)


**I**nfermieri, medici, dentisti e tutte le **professioni sanitarie**, oltre un milione e 100mila operatori, hanno ricevuto ieri un'importante assist dal **Senato**. Dopo quasi tre anni è stato infatti approvato il **Ddl omnibus** presentato dalla ministra Beatrice Lorenzin quando premier era Enrico Letta. Ora il testo va al voto della Camera

## LE PROFESSIONI SANITARIE

	Operatori	
Assistente sanitario	5.823	0,9%
Dietista	3.870	0,6%
Educatore professionale	31.150	4,8%
Fioterapista	55.000	8,5%
Igienista dentale	6.850	1,0%
Infermiere	406.994	63,0%

Infermiere pediatrico	10.580	1,6%
Logopedista	9.700	1,5%
Ortottista	4.426	0,7%
Ostetricia	19.330	2,9%
Podologo	1.422	0,2%
Tecnico audiometrista	2.000	0,3%
Tecnico audioprotesista	3.750	0,5%
Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria	3.000	0,5%
Tecnico laboratorio	28.000	4,3%
Tecnico neurofisiopatologia	1.445	0,2%
Tecnico ortopedico	2.000	0,3%
Tecnico prev. lavoro	20.500	2,9%
Tecnico radiologia	27.086	4,2%
Tecnico riab. psichiatrica	3.450	0,5%
Terapista neuro età evolutiva	4.500	0,7%
Terapista occupazionale	1.835	0,3%
<b>Totale</b>	<b>652.711</b>	

**Sono interessati dal provvedimento 354.684 medici; 59.753 odontoiatri; 30.984 veterinari e 652.711 professioni sanitarie.**

Trial clinici, medicina di genere, parto indolore in tutti i reparti di maternità, lotta all'abusivismo professionale con tanto di aggravante per reati commessi ai danno di pazienti ricoverati. Ma anche la riforma degli Ordini di medici e farmacisti, come del Collegio degli infermieri. E poi il punto più controverso, su cui c'è stata grande polemica: la nascita di nuovi ordini e di albi di professioni sanitarie (**chimici, fisici, osteopati e chiropratici**). Una riforma attesa da decenni (la normativa risale al 1934), che ha l'obiettivo di tutelare contemporaneamente la dignità professionale degli operatori e gli stessi assistiti.

Prima artefice della legge la relatrice, e presidente della commissione Sanità, Emilia De Biasi (Pd): «Abbiamo scelto alcune priorità: la ricerca clinica e la sperimentazione farmacologica fondamentali per il nostro Paese; il parto indolore perché, prima di ragionare sui programmi di fertilità, va affermata la sicurezza della maternità. Senza dimenticare le sanzioni nei confronti di chi maltratta anziani e disabili nelle case e nelle residenze protette».

Con il provvedimento si stabilisce che gli Ordini sono enti di diritto pubblico non economico che svolgono funzioni sussidiarie dello Stato e si procede a una netta separazione tra funzione giudicante e

istruttoria, in modo da aumentare la trasparenza nelle funzioni di vigilanza. Per le farmacie è introdotto il divieto esplicito di vendere sostanze dopanti. La riforma riguarda da vicino anche chimici e fisici, da oggi a tutti gli effetti “professione sanitaria”: «Siamo soddisfatti di un risultato che riafferma ruolo e competenze di chimici e fisici nel comparto sanità», rivendica la presidente del Consiglio nazionale dei chimici, Nausicaa Orlandi.

Intanto proprio ieri è stato trasmesso al parere delle Camere lo **schema di decreto legislativo, attuativo della “riforma Madia”**, sulle nomine dei manager di Asl e ospedali. L’obiettivo è slegare le poltrone dai partiti, in nome della trasparenza e del merito, con un Albo nazionale e la rimozione per inadempienze contrattuali.

© Riproduzione riservata

 0 COMMENTI

Partecipa alla discussione

Scrivi un commento...

Disclaimer [Pubblica](#)

 0 Commenti | [Aggiorna](#)

[VEDI TUTTI I COMMENTI](#) ▲

 [Carica altri commenti](#)

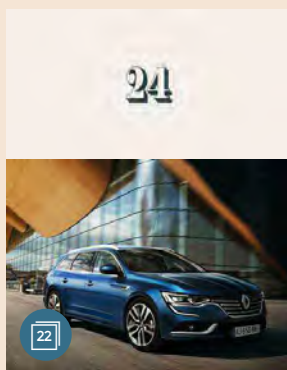
FOTO



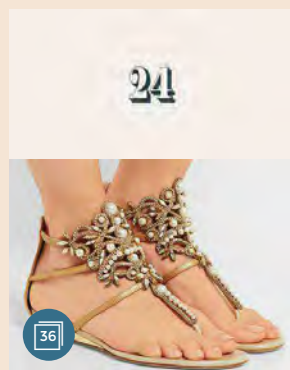
**EUROPA** | 25 maggio 2016  
**Proteste, Francia a rischio paralisi**



**ARTE** | 25 maggio 2016  
**Il Chelsea Flower Show**

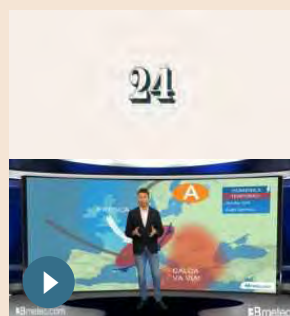
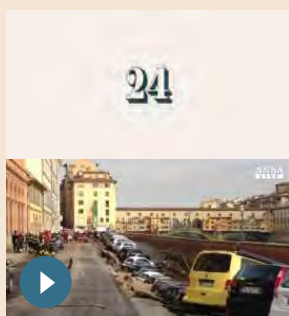


**AUTO** | 25 maggio 2016  
**Talisman Sporter, il ritorno della station wagon alla francese**



**STILI-TENDENZE** | 25 maggio 2016  
**Passione “flat”: d'estate i tacchi vanno in vacanza**

VIDEO



**Sanità.** L'Aifa: buco di 1,9 miliardi nel 2015

# Antitrust: sui vaccini serve più concorrenza

## Farmaci, spesa in rosso

### IL SETTORE

In Italia il comparto vaccinale sviluppa vendite per 300 milioni (nel mondo 20 miliardi), quattro le imprese leader

**Roberto Turno**  
**Lucilla Vazza**

■ Finisce sotto l'ala dell'Antitrust il mercato internazionale dei vaccini, un boccone da 20 miliardi l'anno dominato da 4 imprese, che in Italia vale già oggi 300 milioni ma che col nuovo Piano nazionale (bloccato all'Economia) è destinato a raddoppiare. Dosi massicce di concorrenza per calmierare i prezzi e massima trasparenza sui costi e i meccanismi delle gare: è questo che raccomanda l'Authority guidata da Giovanni Pitruzzella in un'indagine conoscitiva sui vaccini a uso umano illustrata ieri a Roma. Raccomandazioni e una sorta di cartellino giallo, per il momento, senza contestazioni alle singole imprese. Ma sull'Italia si vigila, è evidente. E non mancano nelle conclusioni dell'indagine specifiche raccomandazioni per l'uso rivolte a medici, operatori e decisori. Dunque in qualche modo, linee di lavoro anche per le industrie.

Le peculiarità dei vaccini, che non sono farmaci "convenzionali", ma biosimilari innovativi con prezzi ben più elevati dei farmaci tradizionali e con esclusive di brevetto particolarmente complesse, rendono più tortuoso il percorso per la loro "generi-

cazione". Mentre l'ingresso sul mercato dei generici ha l'effetto di ridurre il valore dei listini.

L'indagine, che esclude i vaccini antinfluenzali, non punta il dito tanto sulle politiche delle quattro big (GlaxoSmithKline, Sanofi Pasteur, Merck Sharp & Dohme e Pfizer), che detengono oltre l'80% delle vendite, ma va dritta al meccanismo della contrattazione dei prezzi e alle lacune in Italia sulla trasparenza delle informazioni. L'anomalia del sistema è evidente nel caso dei vaccini antipneumococcici (Pcv), prima voce di spesa vaccinale con 84 milioni l'anno. La leadership commerciale in questo caso è in mano a un prodotto che opera in monopolio, e che pur essendo il più venduto al nostro Ssn, non ha ridotto il prezzo ma lo ha aumentato. Per questo Agcom fa riferimento a «politiche di prezzo opache», sottolineando che quasi tutti i vaccini rientrano tra i farmaci di fascia C, «con prezzo al pubblico liberamente determinato dalle imprese». La normativa vigente vincola poi le offerte di prezzo a sconti obbligati al Servizio sanitario nazionale, «ma il sistema - afferma l'Antitrust - è poco trasparente e scarsamente efficiente, e i prezzi si allineano comunque a quelli di altri paesi».

Altra segnalazione, ma in positivo, riguarda l'antipapilloma virus: la concorrenza tra due prodotti ha avuto l'effetto di abbassare i prezzi. Senza scordare la difficoltà di accedere a informazioni «affidabi-

li» sui prezzi all'estero per un medesimo vaccino: colpa della «riservatezza delle informazioni» che «i venditori impongono agli acquirenti» per lo più con accordi bilaterali.

Per l'Italia l'Authority apprezza il processo di aggregazione della domanda con le centrali uniche d'acquisto. Ma segnala problemi da risolvere subito. Anzitutto la necessità di «posizioni chiare, trasparenti e indipendenti» delle «autorità mediche» nella scelta dei prodotti da includere nel Piano vaccini e sull'equivalenza tra le specialità. E poi l'inclusione dei vaccini tra i farmaci rimborsabili, per poter trattare i listini anche con gli sconti prezzo/volume: più lo Stato acquista, meno paga il singolo vaccino.

Intanto ieri l'Aifa (si veda *Sanità24*) ha reso noto il bilancio 2015 dei farmaci rimborsati dallo Stato: il disavanzo totale è stato di 1,9 miliardi. Col grosso delle perdite in ospedale, dove il rosso è stato di 1,55 miliardi. La conclusione del tavolo della governance su tetti, ripiani e prezzi è più che mai attuale e urgente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# L'Antitrust e le quattro multinazionali che governano i vaccini

L'allarme: «Si spartiscono un mercato da 300 milioni, servono informazioni e più trasparenza»

## L'indagine

Nessuna violazione contestata, chieste maggiori notizie sulle gare di appalto

**ROMA** Serve «un mercato più trasparente su costi e prezzi dei vaccini». In Italia c'è «un oligopolio fortemente concentrato» nella mani di 4 multinazionali. La distinzione tra quelli obbligatori e quelli raccomandati, «ha perso sostanziale validità». Ecco in sintesi i risultati di una indagine durata un anno da parte dell'Authority garante della concorrenza e del mercato (Agcm) che, pur non avendo competenze dal punto di vista medico e scientifico, raccomanda a Parlamento e governo di attivarsi «per semplificare la normativa». E le autorità sanitarie nazionali dovrebbero assumere «posizioni chiare, trasparenti e indipendenti» sia per la scel-

ta di vaccini da inserire nei «livelli essenziali di assistenza» e sia per la scelta di prodotti equivalenti.

Nel nostro Paese la sanità pubblica spende ogni anno circa 300 milioni per i vaccini, ricorda l'Agcm, ma la spesa è destinata a raddoppiare con l'approvazione del nuovo piano di prevenzione. Per l'Authority presieduta da Giovanni Pitruzzella, il mercato mondiale dei vaccini arriva a 23 miliardi di euro l'anno ed è dominato per l'80% delle vendite da Glaxo Smith Kline, Sanofi Pasteur, Merck Sharp & Dohme e Pfizer. Inutile dire che il settore è in forte crescita negli ultimi anni. «Ovviamente non abbiamo rilevato alcuna concentrazione lesiva del mercato — precisa Andrea Pezzoli, direttore generale della Concorrenza — ma abbiamo constatato alcune criticità sia per la strut-

tura dell'industria farmaceutica nel suo complesso, sia in Italia». Concentrandosi sul mercato interno sono state analizzate le dinamiche di offerta e domanda dei vaccini qualificati come «essenziali» tra il 2010 e il 2015: Luca Arnaudo, uno dei curatori dell'indagine, chiede «una maggiore trasparenza informativa, a partire dalla più agevole disponibilità dei dati di aggiudicazione delle gare di appalto». Inoltre «quando si verifica una vera concorrenza di prezzo tra vaccini relativi alla prevenzione di una medesima patologia — osserva Arnaudo — questo determina rilevanti effetti di riduzione dei prezzi medi di aggiudicazione dei prodotti, come è avvenuto per i vaccini per il Papilloma virus, a tutto vantaggio dei consumatori».

**Francesco Di Frischia**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La vicenda

● L'Agcm ha compiuto una ricognizione sulla spesa per i vaccini sostenuta dal servizio sanitario nazionale

● La spesa annuale è di 300 milioni ma la cifra potrebbe raddoppiare in pochi anni

## La parola

### AGCM

È l'Authority garante della concorrenza e del mercato, nota come Antitrust. Deve assicurare la corretta competizione degli operatori sul mercato favorendo il contenimento dei prezzi e il miglioramento dei prodotti frutto della concorrenza

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CNR, RICERCA SUL CERVELLO

## Quel fascio di luce che ci legge i pensieri

ELENA DUSI

FIRENZE

**N**ei laboratori di Firenze del Lens, il laser viene usato per disegnare l'architettura del cervello, tracciarne l'attività e, in caso di malattia, riscrivere i neuroni malati usando i dati ottenuti da quelli sani. Lo *European laboratory for non linear spectroscopy* è una infrastruttura nazionale del Cnr ed è stato costituito per "giocare" con la luce. Più che a un'installazione scientifica, assomiglia a un romanzo. L'Unione Europea ha appena premiato il professor Pavone con un finanziamento da 2,3 milioni di euro.

A PAGINA 27

# Lo scienziato italiano che legge nel cervello "Così riuscirò a ripararlo"

La Ue premia con 2,3 milioni il progetto di un team del Cnr  
"Un fascio di luce per guarire i neuroni dopo un ictus"

ELENA DUSI

**FIRENZE.** Buio. Un fascio di luce verde investe un cervello di topolino mentre un computer legge i dati dei suoi neuroni. Cellula per cellula, nei laboratori di Firenze del Lens, il laser viene usato per disegnare l'architettura del cervello, tracciarne l'attività e, in caso di malattia (per ora solo sugli animali), riscrivere i neuroni malati usando i dati ottenuti da quelli sani.

Lo *European laboratory for non linear spectroscopy* dell'università di Firenze è anche una infrastruttura nazionale delle ricerche ed è stato costituito per "giocare" con la luce in tutte le sue forme. Più che a un'installazione scientifica, assomiglia a un romanzo. Nella stanza buia tagliata dal fascio laser, come dentro a un lettore cd, il piccolo cervello del topo ruota e fa uscire la "musica" di tutti i suoi neuroni. «Possiamo ricostruire quel che l'animale ha fatto

nelle ultime ore di vita» spiega Francesco Saverio Pavone, direttore del Lens, professore di struttura della materia all'università di Firenze ed associato al Cnr. «Se aveva svolto un esercizio, la mappa delle connessioni dei suoi neuroni è probabilmente variata. E noi possiamo vederlo». Lo stesso potrebbe essere fatto con un uomo, per capire se ha provato dolore o paura prima di morire? «Teoricamente sì, ma per ora non è nei nostri programmi».

L'Unione Europea ha appena premiato il professor Pavone con un *Advanced ERC*: un finanziamento da 2,3 milioni di euro. Il progetto su cui si lavorerà nei prossimi cinque anni si chiama *BrainBit*. Punta a sviluppare, si legge nella presentazione, «un sistema ottico capace di collegare due cervelli, consentendo lettura, scrittura e trasferimento dei dati dall'uno all'altro». *Telepatia?* «No, per il momento puntiamo a curare malattie»

spiega Pavone. «Prendiamo un ictus. Un evento così drammatico cambia la struttura del cervello. Se avessimo fatto un *back-up*, tracciando in anticipo la mappa dei neuroni sani, dopo la malattia potremmo provare a ridisegnare questa mappa. L'idea ci è venuta da un esperimento in Brasile. Un topolino aveva imparato a manovrare una leva. La mappa delle connessioni dei suoi neuroni era stata trasferita su un altro topolino, che si era ritrovato capace di manovrare la stessa leva».

«Leggere il cervello», nel gergo del Lens, vuol dire os-



Dir. Resp.: Mario Calabresi

servare la posizione di ciascun neurone, ramificazioni e connessioni incluse, con la risoluzione del micron (un millesimo di millimetro). «Gli apparecchi per la risonanza magnetica usati negli ospedali arrivano a un millimetro» spiega Pavone. «Il corpo di un neurone è di circa 10 micron, all'incirca come i più piccoli fra i vasi sanguigni». I fasci di luce permettono di osservare anche i geni espressi nei neuroni in un determinato momento e i neurotrasmettitori in azione. Il risultato è simile alla mappa di una città tracciata da Street View, con strade, incroci, semafori, auto e pedoni.

Per "camminare" fra i neuroni su uno schermo di computer occorre che il cervello del topo sia stato prima trattato per diventare trasparente. Se l'obiettivo è invece studiare uomini e animali *in vivo*, si devono usare fibre ottiche soffici e sottilissime che penetrino nella materia grigia. «I fotoni — spiega Pavone — sono poi in grado di riscrivere l'architettura del cervello accendendo, spegnendo e modulando l'attività dei neuroni». Le prime prove sui topolini colpiti da ictus hanno dato buoni risultati, permettendo di riattivare in parte la capacità di movimento. Ma quanto gli esperimenti siano trasferibili all'uomo, e quanto due individui condividano la stessa "cartina" del cervello, è ancora da capire. «Possiamo usare la mappa delle connessioni di una persona per curarne un'altra? In che misura il cervello di un individuo che ha praticato per esempio la meditazione è diverso? Dobbiamo ancora stabilirlo» allarga le braccia (per il momento) Pavone.

Con la sua potenza di fuoco, il Lens partecipa anche allo Human Brain Project, il mega-progetto finanziato dall'Unione Europea con un miliardo di euro in dieci anni. E se finora gran parte degli sforzi sono concentrati sui misteri del cervello, al Lens si portano avanti anche studi su cuore, tumori, occhi, staminali. «La luce può rivoluzionare il nostro modo di studiare il corpo umano» spiega Pavone. «Gli apparecchi usati sono ancora costosi e ingombranti. Ma in una decina di anni potrebbero essere usati in ospedale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## FOCUS SALUTE E BENESSERE

DOTTORI.IT

### Gli italiani attratti dai medici non convenzionali

■ Gli italiani sono sempre più attratti dai medici non convenzionali, soprattutto dai chiropratici, naturopati e omeopati. Lo afferma il sito *Dottori.it*, secondo cui le ricerche di specialisti in medicina complementare rappresentano il 5% del totale, con una crescita del 15% in un anno. Pur essendo ancora in corso l'iter per il riconoscimento della scientificità di queste discipline, e per il loro eventuale inquadramento nel novero delle professioni previste nel Sistema sanitario nazionale, è evidente un interesse da parte degli italiani nei confronti di questo ambito della medicina, che si associa e supporta quella tradizionale.

*Dottori.it*, primo portale in Italia per la scelta e la prenotazione del medico - con oltre 40mila specialisti e 300mila visitatori al mese - ha fatto il punto sulle richieste di consulenza e di pratiche diagnostico-terapeutiche per questi professionisti.



# La nuova pelle che si può indossare

È un polimero rivoluzionario, inventato al Mit di Boston: sul viso fa sparire tutti i segni dell'età e protegge dal sole.

L'effetto è magico, in senso letterale: una sostanza elastica e trasparente che si applica sulla pelle e in un istante cancella rughe, borse, occhiaie, macchie, cicatrici. La differenza la vedete sopra: dieci anni meno tra il contorno dell'occhio a sinistra e quello a destra. La magia viene dai laboratori del Mit, il Massachusetts Institute of Boston, dove un team di ingegneri biomedici, dopo 10 anni di lavoro (lo studio è apparso su *Nature materiales*), hanno messo a punto un polimero rivoluzionario contro i principali problemi cutanei: dai segni lasciati da ustioni, psoriasi, eczema, acne, agli inestetismi dell'età; ed è anche un ottimo scudo per proteggersi dai raggi solari.

La pelle sintetica (chiamata Xpl e sperimentata su un gruppo di donne tra 40 e 75 anni) è sottilissima, flessibile e lascia respirare l'epidermide. Composta di un gel a base di speciali siliconi, si applica sul viso, o su altre parti del corpo, in due fasi: prima si spalma una crema che contiene i polimeri, poi una seconda lozione che, come un catalizzatore, induce

la creazione di una pellicola invisibile che dura 24 ore e riproduce l'apparenza di una pelle giovane. E poi si toglie, come fosse una maschera.

L'effetto però non è solo temporaneo: dal momento che il polimero idrata la pelle molto più efficacemente di quanto fa una crema, e frena la dispersione di acqua, dopo diverse applicazioni i miglioramenti restano. «Proprio perché penetra nell'epidermide, si potrebbe utilizzare in futuro anche per veicolare farmaci o sostanze terapeutiche in profondità, nei punti dove serve» ha spiegato Daniel Anderson del dipartimento di ingegneria chimica del Mit.

Quello che interessa a milioni di donne, più banalmente, è quando il gel miracoloso sarà in vendita. La start-up Olivo Labs ci sta lavorando, ma dovrà essere testato su un campione più ampio di persone e poi ricevere l'approvazione della Fda americana. Solo allora sarà disponibile. Non costerà poco, probabilmente. Ma se i risultati sono questi, non baderemo a spese. (D.M.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il gel, a base di speciali siliconi, è stato testato sotto la palpebra inferiore di una volontaria.

La differenza rispetto all'occhio non trattato: eliminate rughe, borse e gonfiori.



Il polimero è trasparente come una seconda pelle. E fa anche da barriera contro i danni del sole.

## FOCUS SALUTE E BENESSERE

» di **Corrado Bait\***

### Una macchina chiamata corpo

## Arriva l'«osso bionico» e si stampa in 3D Brevetto rivoluzionario

**B**uone notizie per chi soffre di problemi alle cartilagini e alle ossa: grazie agli studi dell'Università di Milano-Bicocca e dell'Imperial College di Londra è stato brevettato un nuovo materiale autoriparabile, biocompatibile e dinamico che promette una svolta epocale nella rigenerazione in ortopedia. È un «osso bionico» che si stampa in 3D e potrebbe rigenerare il tessuto osseo e cartilagineo danneggiato da traumi e patologie. La sua formulazione prevede sia una componente inorganica a base di silicio sia una matrice organica mai utilizzata in precedenza. Il risultato è un materiale elastico che resiste alla compressione e alla trazione, e che è in grado di auto-ripararsi in caso di fratture o alterazioni cartilaginee. Da poco brevettato, il nuovo materiale non ha ancora un'applicazione clinica diretta, ma sicuramente è molto promettente. Si tratta di una vera rivoluzione. A oggi, infatti, per la riparazione della cartilagine abbiamo potuto utilizzare solo materiali morbidi, che diventavano più consistenti solo grazie ai processi biologici e, quindi, con il passare di un certo tempo e con risultati più o meno soddisfacenti da paziente a paziente.

Il nuovo materiale, invece, è una struttura solida, una sorta di bio-vetro che ha le capacità di rigenerazione del materiale organico. Senza trionfalismi, ma sicuramente con fierezza per quanto raggiunto anche grazie alla ricerca italiana, possiamo dire che uno degli scenari più sognati inizia a concretizzarsi. Nell'ambito della ricostruzione delle ossa e della cartilagini la ricerca continua a percorrere anche altre strade, a iniziare da quelle che vedono in prima linea l'impiego delle cellule staminali. Chi arriverà per primo a tagliare il traguardo di un materiale perfettamente capace di mimare il comportamento di ossa e cartilagini? Alla ricerca va la risposta.

*\*Specialista in Ortopedia e Traumatologia  
(www.corradobait.com)*



## CERIMONIA PER PANNELLA

# Il Senato accelera sulla legalizzazione della cannabis

● **ROMA.** A 7 giorni dalla morte di Marco Pannella arriva, unanime e commosso, l'omaggio di Senato e Camera al leader radicale. Un omaggio che vede in prima fila praticamente tutti i gruppi parlamentari e che prende forma nelle stesse ore in cui emerge una prima accelerazione su un ddl che ripercorre una delle battaglie più celebri di Pannella, quella sulla legalizzazione della cannabis. «Il nostro obiettivo è che sia votato in Aula alla Camera entro l'estate», sottolinea Benedetto Della Vedova, sottosegretario agli Esteri e promotore dell'intergruppo «Cannabis legale», che conta 220 parlamentari.

Ed è stato proprio Della Vedova a intervenire alla Camera, a nome del governo, in occasione di una commemorazione che ha visto protagonisti ex radicali ma non solo. Un commosso Fabrizio Cicchitto ha ricordato «lo straordinario rompiscatole» Pannella, definendo i tanti consensi postumi non ipocriti - come Emma Bonino aveva sottolineato sabato - ma segno di un «rimorso collettivo» e trovando proprio il plauso dell'ex ministro degli Esteri. E se per la presidente Laura Boldrini Pannella è stato un «politico coerente e appassionato» non meno sentito è stato l'omaggio di Palazzo Madama dove, il presidente Pietro Grasso ne ha ricordato «l'impegno disinteressato per la legalità e la democrazia».

Un impegno che in Parlamento è destinato a continuare.



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

## Premiate le 38 ricercatrici italiane più influenti nel settore biomedico

*Ma rimane troppo bassa la presenza femminile nella ricerca: un posto su quattro*

*è occupato da una donna e solo il 17% raggiunge posizioni di lavoro prestigiose*

**di Laura Cuppini**



Trentotto scienziate impegnate in campo biomedico, donne che si contraddistinguono per un'alta produttività scientifica tanto da essere in cima alla classifica dei Top Italian Scientists. Si tratta di un censimento degli scienziati italiani di maggior impatto in tutto il mondo, misurato con il valore "H-index", che racchiude sia la produttività sia l'impatto scientifico del ricercatore, nonché la sua continuità nel tempo, e che si basa sul numero di citazioni per ogni pubblicazione.

### ***Squilibrio nella professione***

Il club delle "Top Italian Women Scientists 2016" ([guarda l'elenco - pdf](#)) è promosso da Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna, che le ha premiate con una targa, consegnata durante una cerimonia a Milano. L'obiettivo è quello di promuovere la ricerca al femminile e avvicinare le giovani a questa professione. «I dati nazionali del 2015 dell'Istituto di ricerca sulla popolazione e le politiche sociali del CNR evidenziano come in Italia la presenza femminile nella ricerca, in particolare in posizioni di rilievo e nelle sedi decisionali, sia ancora bassa - afferma Francesca Merzagora, presidente di Onda -: se all'inizio della professione si registra una sostanziale parità tra i due sessi (il 48% dei ricercatori sono donne e il 52% uomini), avanzando nella carriera l'ago della bilancia si sposta nettamente a

vantaggio dei ricercatori maschi che salgono al 76% del totale, mentre le ricercatrici restano solo al 24%. Se poi si considerano i dati relativi alle posizioni apicali, sono meno del 17% le donne che rivestono il ruolo di direttori di istituti di ricerca e di dipartimento».

### **«Hit parade» nella scienza**

Le 38 scienziate non sono tutte note, ma hanno in comune la dedizione e la passione per il proprio lavoro. «Sono donne di impatto nella biomedicina - dichiara Adriana Albini, presidente del Comitato scientifico di Onda e direttore del Laboratorio di Biologia Vascolare e Angiogenesi di MultiMedica Milano -, non solo nel senso che il loro lavoro impatta sulla società e sui progressi della conoscenza, ma, anche perché, attraverso la loro produzione scientifica letta e citata, si sono conquistate una posizione alta in questa specie di hit parade della scienza. È la nascita di una rete di donne ricercatrici in campo biomedico che può diventare di riferimento ai giovani ricercatori e in progetti di comunicazione».

### **Da Albini a Zuffardi**

Ecco l'elenco delle premiate: Adriana Albini (IRCCS MultiMedica, Milano), Paola Allavena (IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Milano), Ariela Benigni (IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Bergamo), Alba Brandes (AUSL-IRCCS Scienze Neurologiche Bologna), Maria Luisa Brandi(Università di Firenze), Annamaria Colao (Università Federico II, Napoli), Maria Grazia Daidone (Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano), Paola Dal Cin (Harvard Medical School, Brigham And Women's Hospital, Boston), Elisabetta Dejana (FIRC Istituto Oncologia Molecolare, Milano), Francesca Dominici (Harvard T.H Chan School of Public Health, Boston), Maria Benedetta Donati (IRCCS Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed, Pozzilli - Isernia), Barbara Ensoli (Istituto Superiore di Sanità, Roma), Francesca Fallarino (Università di Perugia), Giamila Fantuzzi (University of Illinois at Chicago), Genoveffa Franchini (National Cancer Institute Bethesda, Maryland), Cecilia Garlanda (IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Milano), Amalia Gastaldelli (Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche IFC-CNR, Pisa), Raffaella Giavazzi (IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano), Annunziata Gloghini (Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano), Ursula Grohmann (Università degli Studi di Perugia/Albert Einstein College of Medicine, New York), Sonia Levi (Università Vita-Salute San Raffaele, Milano), Maria Cristina Mingari (IRCCS A.O.U. San Martino IST, Genova/Università di Genova), Daniela Monti (Dipartimento di Scienze Biomediche Sperimentali e Cliniche, Università di Firenze), Marina Noris (IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Bergamo), Laura Pasqualucci (Università degli Studi di Perugia/Columbia University, New York), Annalisa Pastore (King's College, London), Valeria Poli (Università di Torino), Silvia Priori (IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri e Università degli Studi di Pavia), Paola Ricciardi Castagnoli (TLS Toscan Life Science, Siena), Luigina

Romani (Università degli Studi di Perugia), Ada Sacchi (IFO, Roma), Nicole Soranzo (Wellcome Trust Sanger Institute, Hinxton), Maria Pia Sormani (Università degli Studi di Genova), Anna Tramontano (Università degli Studi “La Sapienza”, Roma), Katia Varani (Università degli Studi di Ferrara), Marina Ziche (Università di Siena), Carlamaria Zoja (IRCCS-Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Bergamo), Orsetta Zuffardi (Università di Pavia).

iPhone/iPad app Android app Altro

HiQPDF Evaluation 05/25/2016

25 maggio 2016

## L'HUFFINGTON POST

IN COLLABORAZIONE CON IL Gruppo Espresso

Edizione: IT ▼



Follow



Newsletter

HOME

POLITICA

ECONOMIA

CRONACA

ESTERI

CULTURE

DIRITTI

LA VITA COM'È

TERZA METRICA

FUNZIONA!

STILE VIDEO

Gay voices • Good News • Salute • Fotografia • Arte • Televisione • People • Viaggi • Animali • Scienza • Tech • Change.org • Fondazione Veronesi • Sant'Egidio



Questa illusione ottica vi farà venire il mal di testa

Voleva dimostrare che "i vegani possono fare qualsiasi cosa". Muore scalando l'Everest

Se vuoi avere successo, impara a dormire come un giapponese: il segreto dell'inemuri



## BLOG

I commenti originali e le analisi in tempo reale a cura delle firme dell'HuffPost



Mirko Busto

Deputato M5S

Diventa fan

## L'olio di palma sbarca a Montecitorio: M5S ed esperti ne chiedono messa al bando

Publicato: 25/05/2016 12:22 CEST | Aggiornato: 2 ore fa



La questione olio di palma ci riguarda tutti molto da vicino e soprattutto riguarda il futuro del nostro pianeta. L'olio di palma è un killer che distrugge tutto ciò che trova sul suo cammino: la nostra salute, gli animali, le foreste, l'ambiente dove vivono intere popolazioni costrette ad emigrare o a lavorare in condizioni di schiavitù.

Ad alcune grandi aziende tutto questo non interessa. Aziende come Ferrero, Nestlé, Unilever, Unigrà, preferiscono difendere i loro enormi interessi nell'olio di palma piuttosto che tutelare i consumatori e l'ambiente.

Perché? Perché l'olio di palma conviene. L'olio di palma proviene in gran parte da paesi come la Malesia e l'Indonesia in cui non vi sono leggi a tutela dell'ambiente e dei lavoratori e ciò permette alle multinazionali del settore di produrre e comprare questa sostanza a bassissimi costi. Ma mentre loro ci guadagnano c'è chi ci perde tantissimo. Ci perdiamo noi, in quanto consumatori.

L'olio di palma è una sostanza dannosa per la nostra salute, soprattutto quella dei più piccoli. Abbiamo i bambini più grassi d'Europa e continuiamo a dargli da mangiare merendine, snack e torte piene di olio di palma, una sostanza contestata anche dall'Istituto Superiore di Sanità per l'eccessiva presenza di acidi grassi saturi. In particolare l'acido palmitico a cui fonti autorevoli come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Center for Science in the Public Interest, la statunitense American Heart Association e l'Agenzia francese per la sicurezza alimentare, il Consiglio Superiore della Salute del Belgio, imputano l'aumento di colesterolo e rischi cardiovascolari. E, soprattutto, sono presenti sostanze genotossiche e cancerogene. Cosa che si sapeva da tempo ma che è stata recentemente confermata dall'Agenzia europea per la sicurezza alimentare. Dopo il verdetto dell'Efsa forse è arrivato il momento per qualcuno di fare ammenda. Sostanze cancerogene e genotossiche non devono essere presenti negli alimenti.

## I PIÙ CLICCATI SU HUFFPOST

## SEGUI HUFFPOST




 Newsletter

Ricevi un'e-mail quotidiana con gli articoli e i post in primo piano.

ANNUNCI PREMIUM PUBLISHER NETWORK



## Genertel

Auto? Con Genertel assicurarsi è semplice  
Basta un click!



## La ragazza del treno

Un Bestseller emozionante, recitato da C. Crescentini  
[www.audible.it](http://www.audible.it)



## Digital Transformation

Affronta il cambiamento, partecipa al Fujitsu World Tour!  
[www.fujitsu.com/worldtour](http://www.fujitsu.com/worldtour)

Oltre alla nostra salute a perderci è anche l'ambiente. Anche se recentemente siamo stati bombardati da spot che raccontavano quanto l'olio di palma fosse sostenibile la realtà è un'altra. È notizia di questi giorni che l'Indonesia ha conquistato il triste traguardo di superare il Brasile nel campo della deforestazione. Gran parte di questo disastro è causato dagli incendi dolosi per far spazio alle piantagioni di olio di palma. Secondo il Wwf, 12 milioni di ettari di foreste indonesiane sono stati ricoperte dalle coltivazioni di palme da olio. I danni sono inimmaginabili: riduzione del polmone verde mondiale, scomparsa di piante ed animali, perdita della biodiversità: oltre 1.500 specie di uccelli a rischio estinzione, e la morte di specie come le tigri di Sumatra, il rinoceronte di Giava, elefanti e oranghi.

Ci perdono le popolazioni locali. La produzione di olio di palma costringe numerose popolazioni locali e indigene a migrazioni forzate. Gli abitanti delle zone interessate dalle piantagioni vengono privati della terra e della casa o costretti a lavorare nelle monoculture di palme senza alcun diritto. Basti pensare che l'industria malese dell'olio di palma è stata più volte denunciata dal Dipartimento del lavoro degli Stati Uniti per avere sfruttato il lavoro di bambini e il lavoro forzato.

Ci perde il pianeta. La distruzione delle foreste concorre a peggiorare il cambiamento climatico perché i suoli deforestati liberano enormi quantità di gas serra che, a livello globale, contribuiscono quasi come l'intero settore dei trasporti. I frequenti incendi appiccicati in Indonesia per far spazio alle piantagioni di olio di palma sono causa del 75 per cento delle emissioni di gas serra del paese, che si piazza al quinto posto nella classifica mondiale dei maggiori responsabili di emissioni di CO2. È incredibile che un paese così poco industrializzato arrivi a inquinare come Cina e Stati Uniti!

La lontananza a volte ci fa dimenticare che questi fatti ci riguardano da molto vicino e che il problema dei cambiamenti climatici, delle emissioni di CO2 e dell'inquinamento atmosferico non conosce confini!

In questo tunnel di cattive notizie, un piccolo barlume di speranza c'è: sempre più persone hanno deciso di boicottare l'olio di palma. A nulla è servito lo spot della neonata Unione italiana per l'olio di palma sostenibile. E neanche la truffa della presunta certificazione di sostenibilità rilasciata dalla RSPO (Roundtable on Sustainable Palm Oil), uno dei peggiori casi di "greenwashing" della storia.

Ormai sempre più consumatori dicono no all'olio di palma. Tant'è che molti marchi hanno iniziato eliminare questo grasso dai loro prodotti: Coop, Esselunga, Carrefour, Iper, Despar, Primia, Crai, Ikea, Ld Market, Picard, MD discount, U2, Colussi... e molti altri ancora. A questo punto verrebbe da chiedersi da che parte sta il nostro governo, visto che dal Ministero della Salute non si è ancora sentita proferir parola. Ormai la questione è semplice: da una parte c'è chi vuole tutelare la salute dei cittadini e il nostro pianeta e dall'altra chi vuole tutelare gli interessi delle lobby dell'olio di palma e dell'industria alimentare.

Noi come Movimento 5 Stelle fin da subito abbiamo deciso da che parte schierarci. Nei mesi scorsi abbiamo presentato un esposto per chiedere di fermare lo spot promosso dall'Unione Italiana per l'Olio di Palma sostenibile, abbiamo depositato un'interrogazione parlamentare rivolta al Ministro Lorenzin contestando la legittimità dell'iniziativa di lobbying portata avanti dall'industria alimentare a favore dell'olio di palma e infine abbiamo depositato una proposta di legge per vietare l'uso dell'olio di palma, ora in discussione su Rousseau.

Per tutti questi motivi abbiamo deciso di organizzare il 25 maggio un convegno presso la Camera dei Deputati in cui interverranno attivisti, ambientalisti, esponenti del mondo della scienza, della ricerca e della medicina - tra questi: Roberto Cazzolla Gatti, professore associato presso la Facoltà di Biologia della Tomsk State University; Sergio Baffoni, coordinatore di Salvaleforeste, Terra! Onlus; Elisa Norio, coordinatrice italiana di Salviamo La Foresta; Dario Novellino, antropologo, ricercatore presso l'Università di Kent; Guadalupe Rodriguez, Salviamo La Foresta; Pierluigi Rossi, medico specialista in Scienze dell'Alimentazione, Candida Nastrucci, biochimico clinico e biologo molecolare, docente universitario - per analizzare tutte le problematiche relative all'utilizzo dell'olio di palma e per chiederne il bando.

- Segui gli aggiornamenti sulla nostra pagina Facebook
- Per essere aggiornato sulle notizie de *L'HuffPost*, clicca sulla nostra Homepage
- Iscriviti alla newsletter de *L'HuffPost*

Segui Mirko Busto su Twitter: [www.twitter.com/MirkoBusto](http://www.twitter.com/MirkoBusto)

ALTRO: Olio Di Palma, Cancro, Efsa, Italia Salute, Movimento 5 Stelle, Politica, Montecitorio

ANNUNCI PREMIUM PUBLISHER NETWORK



**La piuma" di G. Faletti**  
Claudio Bisio legge l'audiobook "La piuma" di G. Faletti  
[www.audible.it](http://www.audible.it)



**Genertel**  
Moto? Con Genertel assicurarsi è semplice. Basta un click!



**Digital Transformation**  
Affronta il cambiamento, partecipa al Fujitsu World Tour!  
[www.fujitsu.com/uedd/it](http://www.fujitsu.com/uedd/it)

Mercoledì 25 MAGGIO 2016

## Cassazione. Il medico sbaglia dosaggio del farmaco e il paziente muore. Responsabile anche l'infermiera che glielo ha somministrato senza accorgersi dell'errore nella prescrizione

***Il caso riguarda la morte di un paziente al quale era stata somministrata una dose eccessiva di cloruro di potassio. Secondo la Corte, infatti, pur essendo la prescrizione di farmaci competenza del medico, in caso di prescrizione incompleta, errata o insufficiente è dovere dell'infermiere al quale la prescrizione era stata delegata intervenire in modo interlocutorio e, se del caso, integrare la prescrizione medica. [LA SENTENZA](#)***

La Corte di cassazione (III sezione civile, sentenza 12 aprile 2016, n. 7106) interviene per l'ennesima volta sulla responsabilità di equipe con particolare riferimento al rapporto medico-infermiere con una interessante sentenza destinata a fare discutere, ma che oramai si inserisce in un filone giurisprudenziale consolidato, relativo a una responsabilità condivisa nella duplice attività di prescrizione/somministrazione di farmaci.

Come è noto, didascalicamente, possiamo suddividere tali competenze e relative responsabilità in modo teoricamente netto: la competenza e la conseguente responsabilità medica relativa alla prescrizione dei farmaci e la competenza e conseguente responsabilità infermieristica relativa alla somministrazione dei farmaci.

Negli ultimi tempi questo schema è più volte saltato con una caratteristica comune: l'errore di prescrizione medica che determina (anche) la responsabilità infermieristica. Sono in un qualche modo lontani i tempi dell'infermiere considerato puro esecutore delle volontà mediche in tema di somministrazione dei farmaci.

Ricordiamo che il mansionario del 1940 attribuiva alle infermiere il compito di somministrazione dei farmaci "ordinati" dal medico; nel 1974 il mansionario attribuiva all'infermiere il compito di somministrare i farmaci "prescritti" dal medico; infine il profilo professionale, ex DM 739/1994 attribuisce agli infermieri la "corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche".

Proprio questa evoluzione delle normative di esercizio professionale è stata alla base della decisione della Suprema Corte che oggi commentiamo.

La vicenda nasce all'interno di un reparto di degenza a fronte della prescrizione medica di un farmaco, non nuovo alle cronache giudiziarie di responsabilità professionale, il cloruro di potassio. Un medico prescrive, senza diluizione, un certo dosaggio di cloruro di potassio (non possiamo essere più precisi in quanto la sentenza non lo specifica) che, secondo i protocolli in uso, sarebbe dovuto essere diluito in 500 ml di soluzione fisiologica. Tale somministrazione ha portato a morte il paziente. In primo grado il Tribunale di Carrara ha condannato il medico e assolto l'infermiera.

In secondo grado La Corte di appello di Genova – con sentenza confermata in cassazione – riconosce la responsabilità anche dell'infermiera affrontando una serie di questioni attinenti proprio al rapporto medico/infermiere che vale la pena di approfondire e in particolare:

- a) se competesse o meno all'infermiera il controllo sulla prescrizione medica o se debba considerarsi come figura puramente esecutrice;
- b) se avesse pregio l'argomento, utilizzato in primo grado, sulla asserita inesperienza dell'infermiera in merito alla somministrazione dei farmaci per via endovenosa;
- c) se in caso di prescrizione errata fosse potesse o dovesse l'infermiera disattendere la prescrizione operata dal medico.

Quanto ai punti sub b) la Corte di appello di Genova riconoscendo la corresponsabilità dell'infermiera ha stabilito che "doveva appartenere al bagaglio professionale dell'infermiera stessa, all'esito di un percorso formativo che comprendeva 30 ore di farmacologia e 140+190 ore di tecniche infermieristiche, la conoscenza della portata letale di una iniezione di cloruro di potassio non diluito".

Per quanto riguarda i punti sub a) e sub c) i giudici liguri si domandano se l'infermiera avesse il dovere di "disattendere o sindacare" le prescrizioni terapeutiche indicate dal medico. Su questo i giudici liguri si spingono decisamente in avanti in quanto hanno riconosciuto in capo all'infermiera una "possibilità di deliberazione" sulla "prescrizione medica di per se stessa erronea o incompleta" con il conseguente "onere di adeguarne l'esecuzione ai protocolli medici vigenti e che egli abbia la possibilità di conoscere".

Quindi secondo le indicazioni della Corte di appello di Genova "sarebbe stato sufficiente, nell'eseguire una prescrizione medica - errata non nella sua sostanza (la somministrazione di cloruro di potassio), ma nella mancata previsione della diluizione nella soluzione fisiologica - aggiungervi tale accorgimento, per rendere innocua e corretta la terapia".

La conclusione viene di conseguenza: l'infermiere non è "mero esecutore materiale delle prescrizioni impartite dal personale medico", possedendo una professionalità e una competenza che "gli consentono, se del caso, di chiedere, quantomeno, conferma della esattezza di una determinata procedura terapeutica, tanto più se essa è di una erroneità e pericolosità" particolarmente evidente come nel caso di specie.

Per la prima volta quindi in una sentenza si stabilisce che per non incorrere in responsabilità diventa compito dell'infermiere intervenire direttamente sulla prescrizione medica "errata o incompleta" non meramente disattendendola, bensì integrandola e modificandola per ricondurla ai protocolli in uso. Con queste operazioni non si sarebbe verificato l'evento letale.

La corresponsabilità dell'infermiera è quindi palese in quanto "mancò di rilevare", avendone la conoscenza, "l'inesattezza o la grave incompletezza della procedura terapeutica richiestale" dal medico. Il tutto, ovviamente non esenta da responsabilità il medico sul quale continua a gravare "l'onere di impartire una prescrizione terapeutica precisa e completa tanto più in presenza di effetti letali quali sono quelli che, inesorabilmente, discendono dall'introduzione improvvisa di cloruro di potassio non diluito nell'organismo".

Corresponsabilità dunque e non responsabilità esclusiva, tesi per la quale si è battuta la difesa del medico che ha sostenuto la doverosità della diluizione del farmaco da parte dell'infermiera indipendentemente ("a prescindere") dalla prescrizione medica.

A queste considerazioni la Corte di cassazione aggiunge che nel processo di somministrazione dei farmaci "l'infermiere, lungi dall'esaurire il proprio apporto nella mera esecuzione materiale della terapia prescritta, proprio perché in possesso di professionalità e competenze specifiche, non può esimersi, ove si presti il caso, dalla opportuna interlocuzione con lo stesso medico, al fine di ricevere conferma della correttezza della prescrizione".

La posizione di responsabilità del medico viene ribadita con nettezza in quanto, a fronte di un farmaco dagli esiti potenzialmente letali come il cloruro di potassio introdotto direttamente nell'organismo, doveva dare precise indicazioni sulla diluizione. Tra l'altro il medico ha alterato (inutilmente!) la cartella clinica aggiungendo in modo postumo un'insufficiente indicazione di diluizione di 100 ml quando, invece, secondo protocolli doveva essere di 500 ml trovando anche i rigori di una condanna penale per l'inutile falso documentale.

Quindi la prescrizione medica di farmaci è un atto professionale attraverso il quale un medico indica all'infermiere gli usuali elementi che compongono la prescrizione: il nome del farmaco, il dosaggio, la forma farmaceutica, la via di somministrazione, l'orario e la durata complessiva della terapia.

In caso di prescrizione incompleta, errata o insufficiente è dovere dell'infermiere intervenire in modo interlocutorio e, se del caso, integrare la prescrizione medica. Questo in estrema sintesi il sunto della vicenda giudiziaria che commentiamo e la giurisprudenza più recente.

Rimangono una serie di considerazioni in relazione alla tipologia di farmaco – di uso comune o specialistico – , il corretto o l'inusuale dosaggio, l'abnormità del dosaggio o un sovradosaggio, le condizioni specifiche del paziente che determinano l'obbligatorietà o la facoltà del comportamento infermieristico rispetto alla prescrizione medica.

Sempre di più comunque responsabilità di equipe e sempre meno responsabilità del singolo.

Luca Benci

Giurista