



RASSEGNA STAMPA

01-07-2016

1. QUOTIDIANO.NET Adozioni e tumore al seno, l'oncologa: "Avere un figlio è un sogno possibile"
2. DOCTOR 33 Qualità delle cure di fine vita: non si muore solo di cancro
3. LASTAMPA.IT Cancro: un algoritmo per tracciarne la progressione
4. ANSA Aspirina liquida nuova possibile arma contro tumore cervello
5. AVVENIRE Amianto. In Lombardia un tumore su quattro
6. MATTINO Intervista a Beatrice Lorenzin - «Lo spinello libero non sarà legge»
- Lorenzin: niente spinello libero non temiamo blitz in Parlamento
7. ITALIA OGGI Legge liberalizzazione della cannabis è approdata alla Camera
8. QUOTIDIANO SANITÀ Responsabilità professionale. Nuova formulazione per la responsabilità penale e civile
9. ANSA Oltre 70% medici dice sì ad operazione trasparenza aziende farmaco
10. ADN KRONOS 8 miliardi di compresse inutilizzate l'anno, 2 'ricette' anti-spreco
11. QUOTIDIANO SANITÀ Agenas. Al via la Call for Good Practice 2016
12. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Vaccini in calo rischi in rialzo per la salute
13. REPUBBLICA VENERDI Staminoli anti-ictus, arma in più per il recupero
14. ITALIA OGGI Pioggia di fondi per i disabili
15. CORRIERE DELLA SERA SETTE Mangia che ti passa: curarsi con gli alimenti
16. CORRIERE DELLA SERA I cani addestrati a riconoscere le crisi dei bambini malati di diabete

<http://www.quotidiano.net/>

BENESSERE

Adozioni e tumore al seno, l'oncologa: "Avere un figlio è un sogno possibile"

In 20 anni le guarigioni sono aumentate. La malattia non spegne il desiderio di maternità

di ALESSANDRO MALPELO



Roma, 30 giugno 2016 - **Dottorssa Gori**, cosa si prova di fronte a casi come quello della **signora con tumore cui è negata la possibilità di adottare?**

«È un problema umano che si pone da decenni – afferma **Stefania Gori** (nella foto a destra), presidente eletto Aiom (Associazione italiana oncologia medica) – e riguarda un po' tutte le nostre pazienti in età fertile, in terapia, affette da **cancro al seno**. Siamo sempre molto vicini alla donna, i medici tutelano la salute e rispettano il desiderio di maternità».

Che cosa autorizza all'ottimismo?

«Noi sappiamo, dai dati pubblicati nel rapporto cancro, che si è registrato negli ultimi venti anni un aumento della sopravvivenza media del 10%. Per quanto riguarda la mammella i successi a cinque anni dalla diagnosi superano l'88% per alcune fasce di età. Questo vuol dire che le terapie del carcinoma della mammella, dalla fine anni novanta a oggi, hanno mostrato una continua tendenza al miglioramento, quindi con prognosi sempre più favorevoli».

A cosa dobbiamo questo trend positivo sottolineato anche dal ministro Lorenzin?

«Questo è frutto di più fattori, diagnosi tempestive grazie agli screening mammografici, prevenzione legata all'adozione di sani stili di vita e alla lotta al fumo, chirurgia e trattamenti farmacologici più efficaci, dalla chemio agli anticorpi monoclonali, fino all'immunoterapia».

Risultato frutto di anni di mobilitazioni.

«Le donne sono più consapevoli e informate, per cui in presenza di un sospetto, un nodulo anche piccolo, si rivolgono a noi con fiducia».



Le tecniche del Dna permettono di sequenziare i geni di alcuni tipi di cancro.

«Esistono da anni, nelle linee guida, sistemi con i quali possiamo identificare donne portatrici della mutazione, e calcolare il rischio relativo. In casi selezionati la paziente con mutazione del gene viene informata e si inizia un percorso per inquadrare il problema».

E cosa dite alle donne che per curarsi devono accantonare i progetti di maternità?

«Abbiamo casi in cui, superata la fase di malattia, il desiderio di genitorialità si attenua. Ma in altre la voglia di avere figli persiste. Gli oncologi devono offrire delle possibilità di realizzazione, orientando a seconda dei casi, ad esempio avviando,

prima di intraprendere la chemioterapia, un trattamento protettivo a carico dell'ovaio, oppure inviando le pazienti nei centri qualificati per il congelamento del tessuto ovarico».

Una raccomandazione?

«Negli ultimi anni solo il 60% delle italiane ha eseguito regolarmente **la mammografia**. Bisogna fare ancora di più».

E un motivo di speranza?

«Assistiamo a un progresso nella pratica clinica. Le cose vanno meglio grazie alle terapie farmacologiche di cui disponiamo, i trattamenti adiuvanti dopo l'intervento chirurgico, ormono e chemioterapia e l'introduzione dei farmaci più precisi, che attaccano direttamente il recettore nei tumori aggressivi, e che hanno determinato vantaggi più grossi».

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

Qualità delle cure di fine vita: non si muore solo di cancro

Secondo le famiglie dei pazienti, le migliori cure di fine vita sono dedicate ai pazienti con cancro o demenza rispetto alle persone con malattia renale terminale, insufficienza cardiopolmonare o generica fragilità: rispetto a questi ultimi, tra l'altro, i primi vengono sottoposti con maggiore frequenza a visite di specialisti in cure palliative e firmano più spesso ordini di non rianimare nelle unità di terapia intensiva. Questo, in sintesi, è quanto emerge da uno studio pubblicato su *Jama Internal Medicine* e coordinato da Melissa Wachterman del Veterans Administration Healthcare System e Brigham and Women's Hospital a Boston. «Nonostante la maggior parte delle persone negli Stati Uniti muoia per patologie diverse dal cancro, gran parte degli sforzi per migliorare la qualità delle ultime fasi di vita sono ancora concentrati sui pazienti con neoplasie in fase avanzata.

Tuttavia c'è un crescente bisogno, riconosciuto da più parti, di cure di fine vita dedicate anche ad altre malattie gravi e progressive» esordisce la ricercatrice, che con i coautori ha misurato la qualità delle cure di fine vita, oggettiva e percepita dai familiari, nei pazienti con diverse patologie in stadio terminale: malattia renale, cancro, insufficienza respiratoria nella broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco), scompenso cronico di cuore, demenza e fragilità. Al trial, svolto in 146 strutture ospedaliere del sistema sanitario Veterans Affairs, hanno preso parte i pazienti successivamente deceduti tra il 2009 e il 2012 con una delle diagnosi oggetto di studio. Gli indicatori di qualità delle cure di fine vita misurati dai ricercatori sono stati il numero di visite ricevute da un palliativista, la firma di un ordine di non rianimare, il decesso in unità di cure palliative oppure in terapia intensiva, una misura quest'ultima di fatto associata con una peggiore qualità di cura riferita dai familiari. Tra i 57.753 pazienti esaminati, a essere visitato da un palliativista è stato il 50,4% dei soggetti con malattia renale all'ultimo stadio, il 46,7% di chi aveva un'insufficienza cardiaca o polmonare e il 43,7% delle persone con grave stato di fragilità. «Percentuali significativamente più basse rispetto al 73,5% dei pazienti con cancro e al 61,4% di quelli con demenza» scrivono gli autori, aggiungendo che a morire in terapia intensiva è stato il 32,3% dei pazienti con malattia renale all'ultimo stadio, il 34,1% di chi aveva un'insufficienza

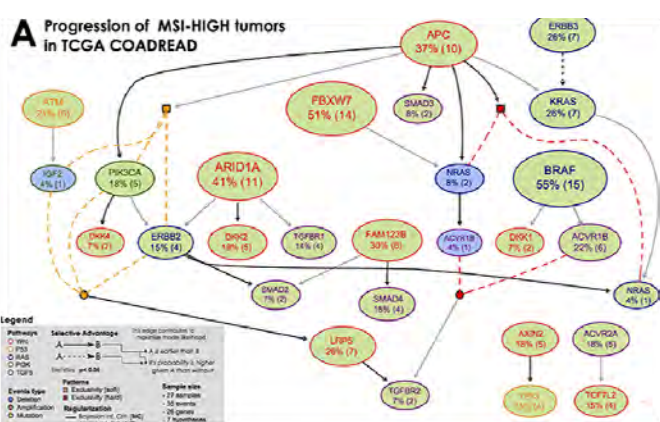
cardiopolmonare e il 35,2% delle persone fragili: tassi più alti rispetto al 13,4% dei pazienti con cancro e all'8,9% di quelli con demenza. Allo stesso modo, un'eccellente qualità delle cure di fine vita è stata riportata da molti familiari dei pazienti dementi o neoplastici, mentre i parenti di chi aveva una malattia renale, un'insufficienza cardiopolmonare o una fragilità hanno espresso giudizi in molti casi meno lusinghieri.

«Capire i bisogni dei pazienti e ampliare il ricorso alle cure di fine vita in quanto tali potrebbe essere l'unico modo per soddisfare le crescenti necessità non solo dei malati di cancro, ma anche dei pazienti con altre gravi patologie progressive in stadio terminale» commenta in un editoriale Amos Bailey, della University of Colorado School of Medicine di Aurora

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

Cancro: un algoritmo per tracciarne la progressione

Il protocollo bionformatico, sviluppato da bioinformatici italiani, potrebbe un giorno predire lo sviluppo della malattia



NICLA PANCIERA

Un nuovo protocollo informatico messo a punto da un team di bioinformatici italiani si è dimostrato capace di **ricostruire correttamente il modello di sviluppo** del cancro sulla base dell'analisi delle relazioni di causa ed effetto fra **igeni e le mutazioni** che fanno progredire la malattia. I [risultati](#) dello studio, pubblicato sulla rivista PNAS, fanno ben sperare nella possibilità di un utilizzo dello strumento in clinica, per prevedere la progressione nei singoli pazienti.

Il protocollo si chiama «**PiCnIc**» (Pipeline for Cancer Inference) ed è stato sviluppato dal Dipartimento di Informatica sistemistica e Comunicazione dell'Università di Milano-Bicocca ([DISCO](#)) in collaborazione con colleghi della New York University e dell'Istituto Catalano di Oncologia, che ne ha testato la validità. «PiCnIc» si basa sull'analisi di **grandi quantità di dati** relativi alla struttura **genetica dei tumori** estratti con tecnologie avanzate di sequenziamento del DNA (*Next Generation Sequencing*) e presenti nel database statunitense [The Cancer Genome Atlas](#) .

COME FUNZIONA L'ALGORITMO

In particolare, per ognuno dei 120 pazienti considerati nello studio, è stato estratto il **profilo mutazionale**, cioè l'elenco dei geni che risultano mutati. Partendo da questa "fotografia", scattata al momento della diagnosi, applicando l'algoritmo «PiCnIc», i ricercatori hanno **ricostruito la possibile evoluzione** della malattia sulla base del modo in cui una determinata mutazione può selezionarne un'altra, portando ad una fase successiva nella

progressione del cancro.

PREDIZIONI IN LINEA CON I DATI CLINICI

Per testare la validità del modello, i ricercatori hanno **comparato le sue “predizioni”** con le attuali conoscenze mediche sulla natura della progressione del carcinoma del colon-retto e i risultati ottenuti hanno dimostrato che «PiCnIC» è effettivamente in grado di **riprodurre ciò che la ricerca medica ha riscontrato** mediante precedenti studi. I risultati, infatti, tracciano con precisione ciò che è già stato documentato scientificamente e prefigurano nuove ipotesi da verificare con metodo sperimentale.

«ORA PASSEREMO A MODELLI PIÙ COMPLESSI»

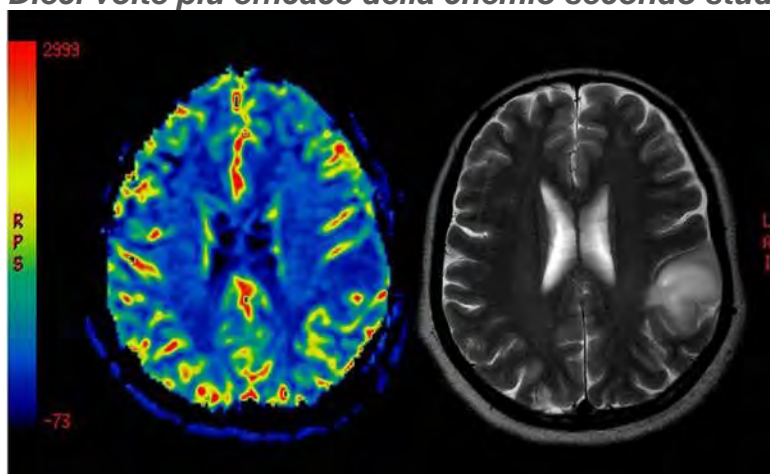
«Siamo riusciti a definire un **protocollo bio-informatico** in grado di trovare **alcune regolarità** nell'origine e nello sviluppo di determinati tumori – spiegano Giancarlo Mauri e Marco Antoniotti, professori di Informatica all'Università di Milano-Bicocca – e questo risultato potrebbe rappresentare un passo importante per comprendere meglio una serie di malattie caratterizzate da mutazioni genomiche comuni in diversi pazienti».

La prossima frontiera di questi studi riguarda la loro applicazione ad altri tipi di cancro, l'inserimento del **fattore tempo** all'interno di **modelli più complessi** e lo studio specifico di singoli pazienti e singoli tumori.

<http://www.ansa.it>

Aspirina liquida nuova possibile arma contro tumore cervello

Dieci volte più efficace della chemio secondo studio Gb



Potrebbe essere l'aspirina in forma liquida una nuova 'arma' per combattere il tumore al cervello, in particolare una delle forme più diffuse e aggressive rappresentata dal glioblastoma. Una speciale versione di questo farmaco, detta 'IP1867B' con due ingredienti aggiuntivi (non rivelati), sembra infatti essere dieci volte più efficace della chemio nell'uccidere le cellule tumorali secondo i risultati preliminari di uno studio condotto dall'Università inglese di Portsmouth, presentato alla conferenza 'Brain Tumors 2016' a Varsavia. Studio che dovrà essere confermato da altri test ma che ha suscitato subito interesse. Sviluppare l'aspirina in forma liquida è sempre stato un obiettivo importante a livello scientifico, considerato che quelle solubili disponibili sul mercato non sono veramente tali e contengono granuli che possono provocare effetti collaterali a livello gastrico. La nuova formulazione, sviluppata in collaborazione con una piccola start up di Manchester, ha invece la capacità di attraversare la barriera del sangue nel cervello che serve a proteggerlo, ma al tempo stesso può impedire ad alcuni farmaci di raggiungere il tumore e sconfiggerlo. Testata su cellule tumorali di adulti e bambini con glioblastoma, si è rivelata più efficace di ogni combinazione di farmaci attualmente in utilizzo, senza danneggiare le cellule sane.

Bisogna attendere ulteriori test, ma tutti e tre gli ingredienti sono stati autorizzati per uso umano e gli studiosi, come riporta il Daily Mail, sono anche fiduciosi che aggiungendo due chemioterapici al trattamento (gli esperimenti sono già iniziati) i risultati potrebbero essere anche migliori.

Amianto. In Lombardia un tumore su quattro



Cinquemila casi di mesotelioma negli ultimi 15 anni, secondo i dati dell'Osservatorio nazionale amianto
Che si costituirà parte civile nel processo contro due ex dg di Atm

TINO REDAELLI

Un caso su quattro di tumori legati all'amianto in Italia riguarda la Lombardia. È quanto emerge dai dati presentati ieri dall'Osservatorio nazionale amianto (Ona), che parlano di circa cinquemila casi di mesotelioma (il tumore sentinella dell'amianto) negli ultimi 15 anni, con 404 casi registrati solo nel 2011 e 801 casi sospetti nel 2014. In particolare è Broni, in provincia di Pavia, sede per 60 anni della Fibronit, azienda leader nella produzione di cemento-amianto, il centro ad aver pagato maggiormente dazio alle morti legate all'amianto, con percentuali di incidenza addirittura superiori rispetto a quelle di Casale Moferrato, in Piemonte.

Ma oltre alle aziende che producevano amianto, sono recentemente finite sotto accusa anche numerose imprese che utilizzavano la "materia killer" per le proprie attività. Proprio nella giornata odierna ad esempio, il giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Milano Elisabetta Meyer, deciderà se rinviare a giudizio due ex direttori generali dell'Atm per le accuse di omicidio colposo e lesioni colpose gravi per non aver osservato la normativa in tema di amianto e non aver avvertito i lavoratori dei rischi a cui sarebbero andati incontro.

Secondo le accuse, l'amianto sarebbe stato presente sia nei freni che all'interno delle vetture della carrozze della metropolitana. L'Osservatorio nazionale amianto ha già annunciato che chiederà di costituirsi parte civile nel processo, in nome di alcune delle vittime da prolungata esposizione all'amianto. Secondo l'Ona nell'ultimo anno e mezzo sono giunte 15 segnalazioni di casi sospetti di patologie correlate all'amianto tra gli ex dipendenti dell'azienda municipalizzata dei trasporti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



le **i**nterviste del Mattino

«Lo spinello libero non sarà legge»

Lorenzin: ci sono consumatori 11enni



Il ministro
I femminicidi
manifestazioni
di malessere
serve una rete
di psichiatri
per un'opera
di rieducazione

Elena Romanazzi

Il prossimo 25 luglio è stata calendarizzata la proposta di legge di liberalizzazione della marijuana. Ma il ministro della Salute **Lorenzin** è categorica: «Io sono contraria e non è una novità. Tutto il tema della liberalizzazione della marijuana è un business perché il mercato della criminalità resta in piedi». In Parlamento ci sono posizioni diverse ma il ministro avverte: «Ognuno si assume la responsabilità di quello che fa». Poi aggiunge: «Oggi queste sostanze si assumono a 11 anni, quan-

do sei un bambino. Un ragazzo giovane non ha la concezione della salute». Nell'intervista al Mattino **Lorenzin** interviene anche sull'allarme femminicidio: «È una manifestazione di malessere, serve una rete di psichiatri per un'opera di rieducazione». E aggiunge: «Provo un grande senso di frustrazione. Non è possibile che dopo 100 anni di rivendicazioni sulle donne, ci sono delle storie così. È una dimensione che va oltre quella normativa su cui si deve fare un lavoro immenso».

> **A pag. 5**



Lorenzin: niente spinello libero non temiamo blitz in Parlamento

«Femminicidi, rete di psichiatri: via a un'opera di rieducazione»

Le soluzioni

Abbiamo varato le norme anti-stalking e inasprito le pene a nuove leggi basta applicarle

La violenza

Va rafforzata la rete di ascolto su tutto il territorio: contro il disagio sociale più psicologi e terapeuti

La marijuana

Oggi ne fanno uso i bimbi di 11 anni: se fosse legittimata che cosa ne sarebbe della loro educazione?

Il supporto

Nelle linee guida del ministero previsti più punti di ascolto non tutte le Regioni si sono adeguate

I raptus

«Non basta l'assistenza sanitaria occorre prevenzione a scuola e in famiglia»

La droga

«No a leggi che possono favorire lo sballo insegniamo il rispetto del corpo»

Elena Romanazzi

La parola chiave è rieducare. A tutto. È come se si dovesse avvolgere un nastro e ripartire da zero. Dai valori che si sono persi per strada senza sapere il perché. Rieducare al sentimento. Al rispetto dell'altro. Di se stessi, del proprio corpo, della propria mente. Rieducare l'anima, imparare a contenere la rabbia, conoscere i propri limiti, accettarsi e migliorare senza distruggere. Imparare a comprendere quando si è di fronte ad un punto di non ritorno. La gioia e il rispetto della vita «non si insegnano con una legge». Si possono lanciare messaggi chiari sugli effetti delle droghe, sull'alcol, sugli abusi in genere e fare campagne contro la violenza. Ma non basta. Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, è sconcertata e amareggiata. I femminicidi - spiega - sono la punta di un iceberg di un malessere più profondo, di violenze sussurrate, di una perdita di identità interiore delle stesse

donne succube di uomini che magari hanno alle spalle storie drammatiche.

Ministro da donna cosa prova quando una mamma, una compagna, viene uccisa?

«Sconcerto, rabbia e una profonda tristezza. Sconcerto, perché mi chiedo come sia possibile che accadano questi episodi. La tristezza non solo per i lutti, ma per chi resta. I figli sono segnati per tutta la vita dagli episodi di violenza subiti dalle proprie madri. La rabbia. Penso alla ragazzina di 16 anni stuprata dal branco e alle parole di questi ragazzi che non si rendono conto di quello che hanno fatto. Provo un grande senso di frustrazione. Non è possibile che dopo 100 anni di rivendicazioni sulle donne, ci sono delle storie così. È una dimensione che va oltre quella normativa su cui si deve fare un lavoro immenso».

Cominciando subito, Ministro cosa



farebbe?

«Noi siamo un paese dotato di normative, abbiamo inasprito le pene, approvato le norme anti stalking e poi contro i femminicidi. Avviato la rete dei centri anti-violenza e il codice rosa negli ospedali. Non si tratta di fare nuove leggi ma di applicarle e eventualmente di renderle più solide».

In che modo?

«Va rafforzato il sostegno psicologico. Più psichiatri e psicoanalisti. Occorre potenziare la rete negli enti locali e nelle regioni in modo uniforme su tutto il territorio nazionale anche portando le best practice già esistenti. Il femminicidio è solo la punta di un iceberg di violenze quotidiane, di dinamiche diaboliche che si innescano all'intero della coppia, dove la sopraffazione viene considerata quasi normale. Anche i partner devono avere l'assistenza. Che uomini sono questi che commettono tali crimini, che vissuto hanno avuto? Occorre dare supporto per annullare queste dinamiche distruttive».

Quale tipo di supporto?

«Psichiatria e psicanalisi sono fanalino di coda nell'assistenza territoriale».

Verrà dunque incrementato?

«Fa parte delle linee guida che io ho dato, il ministero fornisce degli indirizzi, alcuni regioni recepiscono e altre no. È uno degli elementi di rafforzamento su cui sto insistendo anche sul piano strutturale. Ma questo non basta. Occorre andare nel profondo, oltre

l'assistenza sanitaria. C'è un tema grande che è l'educazione al sentimento, al rispetto dell'altro, lontano da quegli stereotipi che magari sono stati inculcati fin da piccoli. Occorre ripensare i modelli, coinvolgere le famiglie, la scuola fin dall'asilo. Noi vogliamo fare una vera prevenzione contro la violenza e la rabbia. Il cervello fa clic perchè non sei stato educato a conoscere il tuo sentimento e a incanalare la rabbia».

Servono risorse e personale adeguato

«Per me è centrale. I fondi ci sono. La psichiatria e la psicanalisi sono per me due punti ora importanti soprattutto in una società dove aumentano i suicidi, le devianze, l'uso di droghe, l'abuso di alcol. Abusi in genere che eliminano i freni. Su questo si deve intervenire».

Della droga non si parla più. Il prossimo 25 luglio è stata calendarizzata la proposta di legge di liberalizzazione della marijuana. Cosa ne pensa?

«Io sono contraria e non è una novità. Ho letto la relazione tecnica e non mi ha convinto per nulla. Tutto il tema della liberalizzazione della marijuana è un business perchè il mercato della criminalità resta in piedi».

È un tema che può avere dei riflessi sull'esecutivo?

«È una proposta di legge parlamentare, dove ci sono posizioni diverse. Ognuno si assume la responsabilità di quello che fa. È assolutamente negativa questa proposta di legge e sa per quale motivo?»

Quale?

«Oggi queste sostanze si assumono a 11 anni, quando sei un bambino. Sulla droga se non passa un messaggio chiaro da parte degli adulti, «fa male o fa bene?», «è giusto o sbagliato?», non si va da nessuna parte. Gli effetti ti possono

cambiare la vita in peggio. Un ragazzo giovane non ha la concezione della salute. Si ha una percezione del pericolo che è diversa».

Cosa farà

«Sto parlando, credo che debbano essere fatte campagne di comunicazione e informazione sulla droga continue. Questo tema riguarda tanti malesseri della nostra società. Ripartiamo sempre da un punto: aiutare i nostri figli a rispettarsi, a farsi rispettare e a rispettare il proprio corpo, la propria mente, ad avere la gioia della vita. Quando c'è stata l'emergenza dell'eroina ci sono stati anni di discussione, azioni dei genitori per cercare di combattere questa piaga. E oggi quanti sono i ragazzi che muoiono per droga? Sono tantissimi. Non se ne parla più».

Il 25 luglio cosa accadrà?

«Non credo al blitz, non vedo in Parlamento un dibattito così importante. Non sento questo mud del parlamento. Una volta che abbiamo liberalizzato cosa succede ai minori, cosa gli diciamo? E ci sono anche gli esempi degli altri paesi che non sono brillanti».

Della Vedova batte il tasto proprio sugli altri paesi. C'è un po' di maretta tra i centristi?

«Della Vedova non è del mio partito. Lo conosco da tempo, lo stimo, ma su questo tema dove ha sempre avuto questa posizione, non mi ha mai convinto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il ministro della Salute
Beatrice Lorenzin
vede nei centri di ascolto un mezzo per prevenire le violenze contro le donne e boccia la proposta di legge sulla cannabis

È deciso: la legge sulla liberalizzazione della cannabis è approdata alla Camera

Il D-Day sarà il 25 luglio. Per la prima volta la camera affronterà una proposta di legge sulla legalizzazione della cannabis. Certo, non è che a Ferragosto si potrà camminare per strada fumando marijuana. Ma l'avvio dell'iter parlamentare, dopo tanti tentativi, non è cosa da poco. È un piddino, il senatore (sottosegretario agli Esteri) Benedetto Della Vedova, a guidare la battaglia parlamentare: «Il 26 luglio, e potrebbe essere una data storica per il parlamento, con l'Italia che ha la possibilità di diventare un paese europeo all'avanguardia nello smantellamento del crimine legato alle droghe leggere».

Valentini a pag. 11

Il 25 luglio approderà alla camera sostenuta da 85 deputati Pd, 86 M5s, 24 Sel, 15 misti, 2 Fi

Liberalizzazione della cannabis

Se prevarrà il sì la proposta diventa legge entro il 2016

Un ex-ministro della Salute, oltre che oncologo di fama, Umberto Veronesi, si schiera apertamente sul fronte dei favorevoli: «Perfino l'Oms ha invitato i governi a depenalizzare l'uso personale di marijuana, consapevole su dati scientifici che è infondata la credenza che la marijuana dia dipendenza e apra la strada all'uso delle droghe pesanti. Liberalizzare lo spinello non è permissivismo, ma una posizione realistica che punta alla riduzione del danno: metà dei nostri giovani e molti adulti fanno uso di marijuana. Ha senso criminalizzarli?»

DI CARLO VALENTINI

Il D-Day sarà il 25 luglio. Per la prima volta la camera affronterà una proposta di legge sulla legalizzazione della cannabis, che arriva dopo una serie di depenalizzazioni decise dal governo e dopo l'ok alla coltivazione e all'uso per ragioni terapeutiche. Certo, non è che a ferragosto si potrà camminare per strada fumando marijuana. Ma l'avvio dell'iter parlamentare non è cosa da poco. Si tratta di un *déjà vu* rispetto alla legge sulle unioni civili: anche in quel caso si arrivò in parlamento dopo tanti assaggi e col supporto di associazioni e di

partiti, o correnti di essi. Ma la legge pro unioni civili era del governo ed è stata cavalcata da Matteo Renzi. Sulla cannabis invece il premier sembra voglia lavarsene le mani, anche perché il governo è spaccato e nel Pd ci sono opinioni difformi.

È però il senatore (sottosegretario agli Esteri) del Pd Benedetto Della Vedova, a guidare la battaglia parlamentare per la cannabis libera: «Il voto della camera - dice - è previsto per il 26 luglio e potrebbe essere una data storica, con l'Italia che ha la possibilità di diventare un paese europeo all'avanguardia nello smantellamento del crimine legato alle droghe leggere». Il sottosegretario viene però bacchettato da un ministro, quello degli Affari Regionali, Enrico Costa (Ncd): «Il governo non può legittimare la tossicodipendenza con la scusa di recuperare le risorse per combatterla e prevenirla». Della Vedova è il profeta italiano della cannabis, se i radicali da tempo si danno da fare sulle strade con banchetti e raccolte di firme, lui ha organizzato un intergruppo parlamentare, composto da esponenti di qua-

si tutti i partiti, con l'obiettivo di marciare compatti verso la legalizzazione, raggiungendo il primo successo, la calendarizzazione alla camera.

La proposta di legge è bipartisan. I firmatari sono 85 deputati del Pd, 86 del M5S, 24 di Sel, 7 di Sc, 15 del Gruppo misto, 2 di Fi. Se la camera voterà sì, la legge passerà all'esame del senato entro la prima metà del prossimo anno. Il dibattito si preannuncia infuocato. Da un lato i sostenitori: più sicurezza e meno decessi perché le sostanze saranno controllate, minori reati legati allo spaccio, soldi allo Stato anziché ai trafficanti. Dall'altro i contrari: aumenterà il consumo, il messaggio non proibizionista facilita il passaggio dalle droghe leggere a quelle pesanti, si verificherebbe una sorta di turismo della droga dai paesi che non consen-



tono il fumo libero. Per ovviare a quest'ultima obiezione i Radicali italiani e l'Associazione Luca Coscioni hanno presentato una petizione all'Unione europea affinché «promuova e adotti una politica per la legalizzazione della marijuana e per la decriminalizzazione del consumo di tutte le droghe». Dice **Riccardo Magi**, segretario dei Radicali: «Il mercato europeo delle droghe è già unico, è tempo che le istituzioni europee facciano fronte comune».

In attesa del 25 luglio, favorevoli e contrari affilano le armi. Dice **Enrico Rossi**, presidente della regione Toscana: «Il primo risultato della legge sarebbe stroncare immediatamente il mercato oggi in mano alla criminalità organizzata. La legalizzazione porterebbe ad avere una filiera interamente controllata e censita, com'è per l'alcol e il fumo. E come per l'alcol e il fumo potremo anche avviare progetti di scoraggiamento all'uso ed abuso di cannabis». Gli risponde il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**: «Anche se si arrivasse a legalizzare la marijuana si avrà sempre un mercato illegale, perché chi vuole vendere la droga cerca l'adolescente. La liberalizzazione, che è fallita in Olanda, è solo un nuovo business sulle nostre vite. Io non sono un'estremista, non direi mai che la marijuana è uguale all'eroina, ma vedere oltre 200 parlamentari che dicono che vogliono legalizzare fa pensare alle persone che non faccia male. Il messaggio deve essere invece che drogarsi fa male».

Non così la pensa un ex ministro della Salute, oltre che oncologo di fama, **Umberto Veronesi**: «Perfino l'Oms ha invitato i governi a depenalizzare l'uso personale di marijuana, consapevole su dati scientifici che l'uso di spinelli non fa male. È infondata anche la credenza che la marijuana dia dipendenza e apra la strada all'uso delle

droghe pesanti, come cocaina e morfina. Liberalizzare lo spinello non è malinteso permissivismo, ma una posizione realistica che punta alla riduzione del danno. Risulta che metà dei nostri giovani e molti adulti fanno uso di marijuana. Ha senso criminalizzarli? Ma Veronesi è messo sotto accusa dalla comunità di San Patrignano: «Veronesi lancia un messaggio di pericolosa superficialità alle famiglie italiane e ignora deliberatamente le evidenze emerse da numerose ricerche scientifiche. Le canne, tanto più è alto il Thc (Tetraidrocannabinolo, il principio attivo della cannabis *ndr*) tanto più istupidiscono gli adolescenti, li allontanano dai loro interessi, fanno calare il rendimento scolastico e pregiudicano il futuro. Basta anche parlare di riduzione dei danni. Chi ama i propri figli vuole per loro una vita fatta di passioni, interessi, motivazione. Non di annebbiamento, sballo e fuga dalla realtà».

Tra i contrari, anche lo psichiatra telegenico Paolo Crepet: «Chi fa il mio mestiere ha visto anche molti ragazzi che per uno spinello sono usciti di testa». Oggi sulla materia vi è una sorta di vuoto normativo. Infatti nel 2014 la Corte costituzionale ha dichiarato illegittima la legge Fini-Giovanardi del 2006 che equiparava droghe leggere e pesanti. In pratica si è tornati alla legge Iervolino-Vassalli del 1990 che stabilisce delle pene di minore entità (da 2 a 6 anni) per l'utilizzo delle droghe leggere.

La legge che sta per arrivare al parlamento prevede che i maggiorenti possano detenere una quantità di marijuana (e hashish) per uso ricreativo (per i minorenni continua il divieto), che possa essere coltivata per uso personale sia nel proprio terrazzo che in forma associata tramite onlus, e l'apertura di appositi negozi sotto il controllo dei Monopoli. Non si potrà fumare in luoghi aperti al pubblico né ci si potrà mettere alla guida di un'auto dopo avere fumato. Il 5% degli introiti dello Stato (la tassazione prenderà esempio da quella

su tabacco e alcool) dovrà finanziare progetti per la lotta alle droghe pesanti. Lo spaccio rimane un reato.

Secondo l'Istat, ogni anno in Italia si vende droga per circa 10 miliardi di euro, 2,5 dei quali spesi per acquistare prodotti derivati dalla cannabis. In caso di liberalizzazione e di tassazione al 75% (come per le sigarette) l'introito per lo Stato sarebbe di circa 1,5 miliardi. Oltre a un risparmio sui costi di repressione e sistema carcerario che in totale (droghe leggere e pesanti) ammontano, secondo i dati del Dipartimento antidroga, a poco più di un miliardo e mezzo l'anno. Più ottimistico sulle cifre è uno studio di **Ferdinando Ofria** e **Piero David**, docenti di Politica economica dell'Università di Messina, secondo loro tra minori spese e maggiore gettito fiscale, le casse pubbliche intascherebbero tra i 5,8 e gli 8,5 miliardi di euro l'anno.

C'è chi in vista della legge ha bruciato i tempi e brevettato il marchio «Nativa, fatta per essere buona». L'obiettivo è esplicito: «anticipare altri player ed entrare così per primi nell'immaginario dei consumatori con un brand forte, elegante e legato alla tradizione di eccellenza agroalimentare che da sempre caratterizza il nostro Paese agli occhi di tutto il mondo». «Nativa» è pronta ad aprire tramite il franchising negozi monomarca nelle principali città italiane oltre «a organizzare coltivazioni anche all'aperto», Microsoft ha appena ufficializzato la propria partnership con una start-up statunitense per lanciare sul mercato un software che tenga traccia delle piante di marijuana dal seme fino alla vendita all'interno del mercato legale. In Italia entro la fine di agosto sarà pronta la prima marijuana per uso terapeutico. A produrla è lo Stato, attraverso l'Istituto chimico farmaceutico militare di Firenze, l'unico ente, insieme al Consiglio della ricerca e sperimentazione in agricoltura (Cracin) di Rovigo, autorizzato a coltivarla.

Twitter: @cavalent

—© Riproduzione riservata—

Giovedì 30 GIUGNO 2016

Responsabilità professionale. Nuova formulazione per la responsabilità penale e civile. Ecco gli emendamenti del relatore

Gli emendamenti 6.100 e 7.100 a firma del relatore Amedeo Bianco (Pd), sono volti al recepimento delle condizioni contenute nel parere della Commissione giustizia. In particolare, viene specificato che nei casi di omicidio colposo e lesioni personali colpose commessi nell'esercizio della professione sanitaria, la punibilità viene esclusa solo nei casi di imperizia, e qualora siano rispettate le linee guida. [GLI EMENDAMENTI](#)

Prosegue l'esame del disegno di legge sulla responsabilità professionale in commissione Sanità al Senato. Il relatore, Amedeo Bianco (Pd), ha depositato ieri due emendamenti che recepiscono le condizioni contenute nel parere della Commissione giustizia. Si tratta, in particolare, di una riformulazione degli articoli 6 e 7 in tema di responsabilità penale e civile per gli esercenti la professione sanitaria.

Nel nuovo testo dell'articolo 6 si spiega dunque che nei casi di omicidio colposo e lesioni personali colpose commessi nell'esercizio della professione sanitaria, la punibilità viene esclusa solo nei casi di imperizia, e qualora siano rispettate le linee guida. In mancanza di queste ultime, si dovranno rispettare le buone pratiche clinico assistenziali, "sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto".

Al comma 2 viene poi abrogato il comma 1 dell'articolo 3 della legge Balduzzi.

Passando poi all'articolo 7, in relatore Bianco propone che l'esercente la professione sanitaria risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile (risarcimento per fatto illecito), "salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente". Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, dovrà tenere conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria "ai sensi dell'articolo 5 e dell'articolo 590-sexies del codice penale, come introdotto dal precedente articolo 6", ossia del rispetto delle linee guida.

<http://www.ansa.it>

Oltre 70% medici dice sì ad operazione trasparenza aziende farmaco

Fra le prime online Amgen, Pfizer, Sanofi-Pasteur, Menarini e Sanofi



Boom di adesioni dei medici all'operazione trasparenza dell'industria farmaceutica, partita ufficialmente oggi. Dalle prime analisi e' stato abbondantemente raggiunto l'obiettivo del 70% dei medici che hanno dato il proprio consenso alla pubblicazione online delle somme ricevute per partecipare a corsi di formazione e aggiornamento, partecipazioni a congressi, ma anche consulenze e progetti di ricerca, con punte del 90%. Anche l'Italia si adegua così al codice di trasparenza della Federazione europea delle Industrie farmaceutiche, che prevede alla pubblicazione sui siti web delle singole aziende aderenti a Farmindustria quanto da ciascuna investito per trasferimenti di valore ai camici bianchi.

Soddisfazione per l'alto risultato e' stata espressa dal presidente di Farmindustria Massimo Scaccabarozzi. Tra i primi a pubblicare online nomi e importi ricevuti, la Amgen che dichiara 90% di adesioni tra i medici e un totale di 5,9 milioni di euro per ricerca e sviluppo (ovvero studi clinici, non clinici osservazionali), 1,8 milioni per consulenze ad operatori sanitari e 5,2 milioni destinati alla formazione.

Per l'italiana Menarini, l'adesione è stata del 73% dei medici, 33 i milioni investiti in Ricerca e Sviluppo e 8,7 milioni di euro per la formazione e 860mila per le consulenze. Adesioni all'90% per Sanofi Pasteur che investe 523mila euro ricerca e sviluppo, 128mila per le consulenze e 423mila euro per la formazione continua, mentre circa 44mila euro per far partecipare medici a congressi. Da Pfizer Italia, che ha avuto l'80% di adesioni, sono stati spesi 24 milioni, di cui 5 in ricerca e sviluppo e 1,2 in consulenze. Confrontando i report online delle aziende, si va indicativamente da 100 euro a 6mila euro ai singoli medici che mettono a disposizione le proprie competenze, ad esempio come relatori ai congressi o per partecipare a comitati consultivi e per la consulenza sullo sviluppo dei farmaci. Anche per la Sanofi i medici al 70% hanno detto sì alla pubblicazione dei propri dati.

<http://www.adnkronos.com>

8 miliardi di compresse inutilizzate l'anno, 2 'ricette' anti-spreco



Un numero impressionante, quello delle **compresse** consumate ogni anno nel nostro Paese. "Sono circa **24-25 miliardi**, con una spesa pari a 29 mld, ovvero poco più di un euro a compressa. Ma a colpire è il 'non consumo': **circa il 30% di questi medicinali infatti non viene utilizzato e scade. Per via di cure iniziate e mai completate, o perché la confezione ne contiene più del bisogno del singolo paziente.**

Parliamo di **circa 8 miliardi di compresse** che finiscono nella spazzatura". Parola di **Carlo Gaudio**, direttore del Dipartimento Cuore e grossi vasi dell'università Sapienza di Roma e consigliere dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), che spiega all'AdnKronos Salute: "Parlo come medico e come cittadino: questa **farmacodispersione** vale fino a 9 miliardi di euro".

"Ebbene, per contrastare il fenomeno - continua l'esperto - si possono unire **due possibili soluzioni**. Una è la **distribuzione informatizzata e personalizzata dei farmaci** in ospedale: accade da anni all'ospedale Morgagni di Forlì ed è un sistema che funziona benissimo, con milioni di euro risparmiati ogni anno, anche se naturalmente occorre un investimento iniziale nell'informatizzazione".

Ma in questo modo vengono consegnati ai pazienti solo i farmaci necessari, e lo spreco si azzerava. "Inoltre la mia idea - spiega Gaudio - è quella di **inserire una doppia scadenza sulle scatole dei medicinali**: oltre a quella classica (in nero), una **seconda scadenza in rosso**, relativa agli ultimi mesi di validità". Un warning

'**Last months**', un po' come accade con l'etichetta 'Ultimi giorni' che si vede al supermercato sulle confezioni di alimenti vicini alla scadenza.

"Questo aiuterebbe i cittadini, i medici, gli ospedali a rendersi conto di avere dei **prodotti che stanno per scadere** e che, se non occorrono perché la terapia è stata terminata, possono essere riportati nelle farmacie comunali o consegnati alle onlus che si occupano di **distribuzione gratuita dei farmaci ai non abbienti**", dice Gaudio.

In pratica, anziché finire nella spazzatura "o, meglio, nei bidoni per la raccolta differenziata dei farmaci nelle farmacie, con ulteriori spese per lo smaltimento, questi medicinali inutilizzati potrebbero essere usati per garantire cure gratuite agli indigenti, come detta l'art. 32 della nostra Costituzione".

Certo, "il sistema dovrebbe essere trasparente e i medicinali consegnati dovrebbero essere registrati. Ma così avrebbero una **seconda vita e si metterebbe fine allo spreco**. Ricordo che alla Camera nei mesi scorsi è stato approvato per la prima volta un testo sul recupero dello spreco alimentare e di quello dei farmaci", conclude Gaudio.

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 30 GIUGNO 2016

Agenas. Al via la Call for Good Practice 2016

Quest'anno l'iniziativa, rivolta alle Regioni, strutture accreditate, pubbliche e private del Ssn e ai professionisti della sanità si concentrerà sulle buone pratiche per la sicurezza del percorso nascita. Gli Enti interessati potranno inserire le pratiche fino al 7 novembre 2016, mentre le Regioni potranno procedere all'analisi e alla validazione delle esperienze fino al 18 novembre 2016.

È partita la Call for Good Practice 2016 Agenas centrata, quest'anno, sulle buone pratiche per la sicurezza del percorso nascita, in linea con le indicazioni internazionali e con la programmazione sanitaria nazionale.

L'iniziativa, realizzata dall'[Osservatorio Buone Pratiche](#) in collaborazione con il Comitato Tecnico delle Regioni e il Ministero della Salute, è rivolta alle Regioni e Province Autonome, nonché alle strutture accreditate, pubbliche e private del Ssn e ai professionisti della sanità, che possono segnalare gli interventi messi in atto con l'obiettivo di migliorare la sicurezza del paziente e delle cure.

Nell'ambito della cornice programmatica definita da ciascuna Regione e Provincia Autonoma, gli enti interessati potranno inserire le pratiche fino al 7 novembre 2016, mentre le Regioni potranno procedere all'analisi e alla validazione delle esperienze fino al 18 novembre 2016.

L'Osservatorio, nato nel 2008, si è rivelato in questi anni (come illustrato nella Tabella) un prezioso contenitore di scambio di buone pratiche con oltre 2.360 buone pratiche inserite e disponibili per la consultazione nel web database, 800 professionisti protagonisti di buone pratiche.

I numeri dell'Osservatorio

Numero di buone pratiche presenti nell'archivio web di AGENAS al 2015	2362
Numero di Regioni e P.A. partecipanti al monitoraggio	21/21
Numero di professionisti che hanno inviato buone pratiche all'Osservatorio	800
Percentuale di buone pratiche trasferite ad altre strutture*	36%
Percentuale di buone pratiche contenenti un abstract per il cittadino	100%
Numero di accessi annui al portale dell'Osservatorio**	13.500
Numero di utenti che hanno visitato il portale dell'Osservatorio in un triennio**	23.600
Numero di citazioni del portale dell'Osservatorio***	13.200

* Monitoraggio 2014

** Statistiche Google Analytics - periodo 1 gennaio 2012-31 dicembre 2014

*** Fonte Google, numero di risultati di google per l'url dell'Osservatorio (<http://buonepratiche.agenas.it/default.aspx>)

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

VACCINI IN CALO RISCHI IN RIALZO PER LA SALUTE

di NICOLA SIMONETTI

Allarme: Vaccinazioni in calo, ovvero, la vittoria della disinformazione-controinformazione. In alcune aree del Paese, il calo è del 25%. "L'assenza di alcune malattie - dice il ministro [Lorenzi](#) - è come la libertà, ti accorgi di quanto sia importante solo dopo averla persa". La percentuale dei bambini vaccinati è scesa ormai sotto la soglia di sicurezza. "Nonostante nel corso degli anni le vaccinazioni abbiano sconfitto molte malattie - dice il prof. Walter Ricciardi, presidente Ist. Superiore Sanità - qualcuna di queste non è ancora scomparsa definitivamente. E se non ci si vaccina, possono ritornare a circolare in maniera incontrollata. L'abbassamento di copertura vaccinale, riporta malattie come la difterite che non si vedeva più da 50 anni, il morbillo e la pertosse che mietono vittime tra i bambini non vaccinati. Sono malattie per le quali disponiamo di vaccini sicuri che vanno praticati per proteggere anche i 6.500 bambini/adolescenti italiani affetti da patologie come l'immunodepressione o la leucemia e che non possono essere vaccinati. "Anche questi - dice Ricciardi - risulterebbero protetti da vaccinazione del 95% dei loro coetanei. "Per molte motivazioni etiche e scientifiche vaccinare è imperativo morale oltre che scientifico. Una sicurezza collettiva senza rischi collegati che giustifica il ripristino dell'obbligatorietà per chi frequenta la scuola pubblica, sospesa nel 1999, quando le coperture vaccinali erano oltre 99%. Ma oggi, siamo scesi al di sotto della soglia di sicurezza (95%), e per alcune malattie (morbillo, rosolia, parotite) non superiamo l'80%. Antiscientifico, ormai - afferma Ricciardi - parlare di rischi, come l'autismo così come illogiche le illazioni di favorire le case farmaceutiche che, peraltro, non fanno i grandi profitti con i vaccini che costano 250 milioni di euro (meno del quinto antibiotico più venduto)".

"È stato dimostrato - dice il prof. F.S. Mennini (univ. Tor Vergata, Roma) - che l'influenza costa 2,86 miliardi euro/anno; la vaccinazione della popolazione ge-

nererebbe una riduzione di 1,3 miliardi, a parte guadagni di vita e qualità di vita. Analogamente, una copertura minima (2-5%) dei 50-64enni con l'anti-pneumococcica darebbe risparmi di oltre 75 milioni in 4 anni. Non vaccinare contro una malattia prevenibile rappresenta un costo più rilevante in termini di salute ed economici. Un euro speso in vaccino fa risparmiare 24 nella cura di malattie non evitate". "Un'accurata visita del medico e una corretta anamnesi sulla storia del bambino e della famiglia riducono al minimo i rischi di shock anafilattico. Su 9 milioni di vaccinati, solo 5, negli ultimi 20 anni, hanno presentato intolleranza grave al vaccino. Ma

di vaccini non è mai morto nessuno e non si è mai ammalato nessuno in modo grave. Solo dolore al punto d'inoculo e febbre gli effetti collaterali più frequenti" (Ricciardi). Si ricordi che vi sono vaccinazioni che evitano il cancro. Per esempio quella contro l'epatite e papillomavirus (HPV) che - dice il dr. Michele Conversano, direttore dip. Prevenzione Asl Taranto, già presidente Società it. Igiene - tutelano contro neoplasie epatiche e dell'utero. La vaccinazione evita 3 milioni di morti l'anno. Se ne potrebbe evitare un altro milione e mezzo con migliorata copertura vaccinale. Oggi, nel mondo 18,7 milioni di bambini non beneficiano di vaccinazioni sistematiche capaci di far scomparire malattie evitabili, potenzialmente mortali o causa di invalidità.

Va ricordato che il vaiolo è stato cancellato dalla vaccinazione e che la polio è sulla via di eliminazione totale. Posizione antiscientifica delle magistrature, questa volta del TAR Sicilia che impone al Ministero di pagare subito offensivi per la scienza, causa di grave malattia per il Magistrato. Una sentenza dà credito al lavoro di un ricercatore-falsario ed impone al [ministero della salute](#) di risarcire, entro 2 mesi, ad un ragazzo autistico di Agrigento che, nel 2000, era stato sottoposto a vaccinazione contro difterite, tetano, pertosse, epatiteB, il danno di 250mila euro stabilito dal Tribunale civile che aveva sancito il rapporto vaccinazione-autismo



BEAUTIFUL
MIND

GIULIANO
ALUFFI

Staminali
anti-ictus,
arma in più
per il recupero



Usare le cellule staminali in modo innovativo per rimediare ai danni provocati dall'ictus,

che non appaiono più irreversibili come si credeva. Ci è riuscito il neurochirurgo Gary Steinberg (nella foto), direttore dello Stanford Stroke Center, che ha pubblicato sulla rivista *Stroke* uno studio dove si mostrano promettenti segni di recupero su 18 pazienti.

Come è nata l'idea?

«La terapia con le staminali si è rivelata efficace per le leucemie, ed è stata provata per altri problemi come l'infarto. Io da 15 anni avevo in mente di tentare questo approccio anche per l'ictus. Ho iniziato trapiantando staminali in topi colpiti da ictus e ho visto che recuperavano le funzioni neurologiche. Ho proseguito poi con test clinici sull'uomo: la cosa più importante venuta fuori è che i circuiti neurali di chi è colpito da ictus non muoiono e possono essere ripristinati».

Come funziona?

«A differenza di quello che si potrebbe pensare, le cellule staminali non si integrano e non ricostruiscono i circuiti neuronali: al contrario, nel cervello non riescono a sopravvivere più di due mesi. Ma secernono potenti fattori di crescita, fattori di angiogenesi (*sviluppo dei vasi sanguigni*) e altre proteine e molecole che facilitano il recupero. Anche se non abbiamo ancora compreso del tutto il meccanismo con cui agiscono, questi fattori cambiano l'ambiente che circonda il danno, e facilitano la crescita di nervi e sinapsi. È come se le staminali restituissero al cervello adulto i poteri del cervello infantile, che recupera benissimo dopo danni o ferite».

Ma le terapie con le staminali non fanno crescere il rischio di tumori?

«Nessuna terapia è sicura al cento per cento, ma né i pazienti né gli animali sottoposti a questa hanno sviluppato tumori. Inoltre, noi trapiantiamo staminali derivate dal midollo di adulti e queste, rispetto alle staminali derivate da embrioni o feti, hanno un rischio molto minore di causare tumori».



Lo prevede la legge sul «Dopo di noi». A gestire l'erogazione sarà il ministero del lavoro

Pioggia di fondi per i disabili

Stanziati 190 mln. Compartecipazione degli enti locali

Pagina a cura
di MASSIMILIANO FINALI

Stanziati 190 milioni per l'assistenza ai disabili. La legge 22 giugno 2016, n. 112 «Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare» (cosiddetta legge sul «Dopo di noi») ha infatti istituito il Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. Il fondo, gestito dal ministero del lavoro e delle politiche sociali, porta in dote 90 milioni di euro per l'anno 2016, 38,3 milioni di euro per l'anno 2017 e 56,1 milioni di euro annui a decorrere dal 2018.

L'obiettivo del Fondo è quello di fornire misure di assistenza, cura e protezione ai soggetti affetti da disabilità grave e privi di assistenza genitoriale.

L'attuazione della legge avverrà grazie a un decreto del ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata, da emanare entro la fine dell'anno corrente, che definirà gli obiettivi di servizio per le prestazioni da erogare ai soggetti beneficiari, nei limiti delle risorse disponibili a valere sul Fondo.

Assistenza per i disabili gravi

L'obiettivo del Fondo è quello di fornire misure di assistenza, cura e protezione nel superiore interesse delle persone con disabilità grave, non determinata dal naturale invecchiamento o da

patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, nonché in vista del venir meno del sostegno familiare, attraverso la progressiva presa in carico della persona interessata già durante l'esistenza in vita dei genitori. Tali misure, volte anche ad evitare l'istituzionalizzazione, sono integrate, con il coinvolgimento dei soggetti interessati, nel progetto individuale, nel rispetto della volontà delle persone con disabilità grave, ove possibile, dei loro genitori o di chi ne tutela gli interessi.

Gli enti locali possono partecipare al Fondo

Al finanziamento dei programmi che beneficiano del Fondo, nel rispetto del principio di sussidiarietà e delle rispettive competenze, possono partecipare le regioni, gli enti locali, gli enti del terzo settore, nonché altri soggetti di diritto privato con comprovata esperienza nel settore dell'assistenza alle persone con disabilità e le famiglie che si associano.

Supporto alla domiciliarità e innovazione nella residenzialità

Il Fondo finanzia programmi di intervento volti a favorire percorsi di deistituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e che tengano conto anche delle migliori opportunità offerte

dalle nuove tecnologie, al fine di impedire l'isolamento delle persone con disabilità grave.

Il Fondo intende anche realizzare, ove necessario e, comunque, in via residuale, nel superiore interesse delle persone con disabilità grave, interventi per la permanenza temporanea in una soluzione abitativa extrafamiliare per far fronte ad eventuali situazioni di emergenza, nel rispetto della volontà delle persone con disabilità grave, ove possibile, dei loro genitori o di chi ne tutela gli interessi.

I fondi sono anche destinati a realizzare interventi innovativi di residenzialità per le persone con disabilità grave, volti alla creazione di soluzioni alloggiative di tipo familiare e di co-housing, che possono comprendere il pagamento degli oneri di acquisto, di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità. Infine, i fondi possono essere destinati a sviluppare programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile delle persone con disabilità grave.



Consigli alimentari / di Caterina e Giorgio Calabrese



Mangia che ti passa: curarsi con gli alimenti

Si chiama nutraceutica la disciplina che studia gli effetti benefici degli alimenti sul corpo. A cominciare dall'uva

Curarsi con gli alimenti? Sì, è la strada che sta percorrendo la nutraceutica. Questa branca della scienza studia alimenti-farmaci. In ciascun alimento si studiano e si selezionano le componenti con i principi attivi naturali dalle proprietà curative. Il termine nutraceutica è un neologismo sincratico tra nutrizione e farmaceutica. Lo usò per primo l'endocrinologo Stephen de Felice per definire un alimento funzionale o parte di esso, per cui sia stato dimostrato un effetto benefico su una o più funzioni del corpo. Utile quindi anche nella riduzione del rischio di un processo patologico o di una malattia. Due anni fa fu chiamato da un grande studioso, il professor Ettore Novellino, ideatore di Scienze nutraceutiche, direttore del dipartimento di Farmacia dell'Università Federico II, per affiancarlo nel formare nuove figure professionali in Scienze nutraceutiche, e ciò ora sta avendo un enorme successo. I nutraceutici sono alimenti di origine animale, vegetale o microbica in cui s'identificano componenti biologicamente attivi in grado d'influire positivamente sullo stato di salute. Ci sono alimenti con grandi proprietà nutraceutiche come l'uva, per il suo resveratrolo, dal potente effetto antiossidante; il pesce azzurro per gli omega 3, utili al cervello e al cuore. E ancora i prodotti che contengono fibra solubile come la buccia dei semi di plantago per ridurre l'ipercolesterolemia, o i legumi con i loro fitoestrogeni, il pomodoro per il licopene; la frutta e la verdura in generale. I complessi biologicamente attivi contenuti negli alimenti funzionali possono essere assunti anche sottoforma d'integratori alimentari, soprattutto nel caso in cui, al di là di una dieta equilibrata, si renda necessario un intervento di ottimizzazione fisiologica. Gli integratori sono definiti dalla normativa comunitaria come prodotti alimentari destinati a integrare la comune dieta per contribuire al benessere ottimizzando o favorendo la normalità delle funzioni dell'organismo con l'apporto di nutrienti o altre sostanze a effetto nutritivo o fisiologico. La differenza tra integratori e nutraceutici oggi non è sancita da nessuna normativa europea, ma questi ultimi van-



GETTY IMAGES

tano effetti di prevenzione o riduzione del rischio di malattia. Facciamo un esempio: invece che con le statine, l'aumento del colesterolo nel sangue può essere controllato utilizzando il riso rosso fermentato che è un alimento funzionale. Si ottiene dalla fermentazione del riso comune a opera del lievito *monascus purpureus* (lievito

rosso), che arricchisce il riso di quelle sostanze che abbassano il colesterolo e sono chiamate monacoline, specie monacolina K. Ecco quindi che solo gli integratori alimentari che contengono le suddette quantità di sostanza attiva (monacolina K) potranno, in qualità di nutraceutici, vantare il benefico effetto di contribuire a mantenere adeguati livelli

di colesterolo Ldl (colesterolo cattivo), effetto importante per favorire un buono stato di salute. La nutraceutica costituisce quindi uno strumento di fondamentale importanza, che con naturalezza migliora lo stato di salute, previene l'insorgenza di condizioni patologiche croniche, ritarda il processo d'invecchiamento.

I cani addestrati a riconoscere le crisi dei bambini malati di diabete

La sperimentazione

In futuro questo progetto potrebbe essere esteso anche all'epilessia

ROMA Tutte le volte che il padroncino sta per avere una crisi, Argo si precipita dai genitori e come un forsennato comincia a mordere lo Scooby Doo di gomma attaccato alla loro cintura.

È il segnale. Mamma e papà capiscono che il figlio da lì a poco sarà colpito da un calo glicemico.

Il super bastardino, taglia medio piccola, è uno dei tre esemplari italiani addestrati per fiutare le alterazioni del glucosio nel sangue legate al diabete di tipo 1, quello giovanile, di origine non alimentare ma genetica. Dopo una prima fase felicemente conclusa di test eseguiti su sette cani di proprietari sani, è appena partita una seconda sperimentazione che coinvolge i quadrupedi di famiglie con diabetici in casa. Si pensa di allargare in futuro la straordinaria esperienza all'epilessia, dove la premonizione è fondamentale.

Il progetto coinvolge la scuola nazionale di formazione cinofila di Milano, la scuola BJ di Como e la facoltà di Veterinaria dell'Università di Pisa in collaborazione con l'associazione nazionale giovani diabetici. Matteo Rino Pittavino, addestratore, docente a contratto a Pisa, è entusiasta del risultato già raggiunti: «Siamo stati in Usa per condividere le tecniche con i colleghi

americani. Negli Stati Uniti c'è un mercato di cani di allerta medica. Le capacità olfattive dei nostri cari animali sono eccezionali. Riescono ad annusare le sostanze prodotte col sopraggiungere della crisi ipoglicemica».

Le razze utilizzate negli Stati Uniti sono Golden retriever e Labrador perché molto mansueti. In Italia si sono comportati ottimamente anche Jack Russel, pastore Shetland, Border Collie e, come nel caso di Argo, i bastardini. Le qualità di cui i protagonisti dei test non possono mancare sono socievolezza e mansuetudine.

Gli «allertatori» medici segnalano l'arrivo delle alterazioni glicemiche con diverse modalità. Zampata o musata su gamba e caviglia del padrone diabetico e, in alternativa, posizione a terra con grande scodinzolamento di coda. Poi ci sono le comunicazioni personalizzate, tipo l'addentare lo Scooby Doo. Pittavino chiarisce: «Il rilevamento col fiuto non sostituisce il test del sangue che successivamente va comunque effettuato per la conferma. Però è molto importante anticipare la diagnosi della crisi per evitarne le conseguenze con la somministrazione dei farmaci».

Le doti mediche dei cani non sono una scoperta. Pastori tedeschi di proprietà dell'Esercito si sono mostrati abilissimi nell'intercettare il tumore alla prostata annusando le urine dei pazienti. Ricompensa biscotto e zuccherino.

Margherita De Bac

mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

3

I cani capaci di riconoscere le alterazioni del glucosio nel sangue legate al diabete 1

Cos'è

● Il diabete di tipo 1 si manifesta di norma nei bambini o negli adolescenti

● L'organismo di chi ne soffre produce anticorpi che attaccano le cellule del pancreas deputate a produrre insulina

