



RASSEGNA STAMPA

13-07-2016

1. MESSAGGERO Genitori dopo il tumore
2. ILSOLE24ORE.COM Solo un paziente su 10 fertile dopo il cancro
3. REPUBBLICA.IT Oncofertilità, una rete di centri specialistici per chi sogna un figlio
4. DIRE Tumori, la fertilità è preservata solo nel 10% delle pazienti under 40
5. QUOTIDIANO SANITA' Tumori. Fertilità è preservata solo nel 10% delle donne under 40
6. ANSA Tumori: statine possono ridurre di quasi 50% rischio morte osservato in malati di tumore seno, prostata, intestino e polmone
7. DOCTOR 33 Ca coloretale, da Dna tumorale circolante un test per diagnosi precoce recidive
8. FARMACISTA 33 Cannabinoide orale per nausea e vomito da chemio e anoressia, ok da Fda
9. CORRIERE DELLA SERA Lo spaccio americano degli oppiacei «legali»
10. ANSA Dieta stretta attiva difese immunitarie contro tumori
11. MANIFESTO Servirebbero 3 miliardi, il governo si fenna a 800 milioni, così muore il livello minimo di assistenza sanitaria pubblica
12. HEALTH DESK Gli esami inutili e il dilemma dei medici: prescrivere o non prescrivere?
13. MESSAGGERO Agenzia del farmaco, Roma esita e rischia lo scippo
14. LATINA OGGI Agenzia del Farmaco, Renzi gela il capoluogo
15. STAMPA È nel Dna la storia prima della storia
16. DONNA MODERNA Il gioco d'azzardo è la nuova eroina
17. QUOTIDIANO SANITÀ Riconoscimento internazionale dell'Ocse per l'Osservatorio delle buone pratiche di Agenas
18. STAMPA I super-batteri che imparano a diventare invulnerabili

Ogni anno in Italia oltre ottomila persone sotto i 40 anni sono colpite da cancro: nuove indicazioni per salvare la fertilità

Genitori dopo il tumore

Una rete di centri di onco-fertilità per far nascere più bimbi

30

Le persone sotto i quaranta anni che ogni giorno in Italia ricevono la diagnosi di tumore, circa il 3% del totale dei casi

3.000

Le giovani donne che ogni anno vengono colpite da linfomi o tumore del seno a rischio di infertilità per la malattia

10

Ovociti congelati prima di iniziare la chemioterapia offrono alla donna il 30% di probabilità di diventare madre

UN DOCUMENTO DEGLI SPECIALISTI: PER LUI E PER LEI CRIOCONSERVAZIONE DEI GAMETI FINO AL POST MALATTIA

Un figlio dopo aver vinto il cancro. Oggi una realtà sia per lui che per lei. Ogni anno, nel nostro paese, vengono fatte ottomila diagnosi di tumore a persone sotto i 40 anni (5mila donne e 3mila uomini). Trenta al giorno, il 3% del numero totale. E,

nel prossimo futuro, i giovani colpiti da cancro in età fertile potrebbero essere sempre di più.

Oggi la quota di coloro che hanno avuto un bambino dopo il cancro al seno è molto bassa: solo il 3% tra le donne di età inferiore ai 45 e l'8% se si considerano quelle sotto i 35.

L'analisi di questa situazione ha spinto gli oncologi, endocrinologi e ginecologi a trovare una strategia comune per preservare la fertilità di questi pazienti. Oggi meno del 10% delle donne con tumore viene sottoposta ad una delle tecniche che, superata la malattia, le potranno permettere di diventare madre. Non solo la fecondazione in vitro ma anche la crioconservazione cioè il congelamento e la conservazione a temperature bassissime dei gameti.

LE ASSOCIAZIONI

Programmare e gettare le basi perché il desiderio si trasformi in realtà è possibile. Ma non in tutte le Regioni. Per questo l'Associazione di oncologia medica (Aiom), la Società di endocrinologia (Sic) e la Società di ginecologia (Sigo) hanno appena stilato le "Raccomandazioni sull'oncofertilità". Un documento per mettere ordine e far sì, attraverso la connessione dei vari centri, di permettere ai pazienti di avvicinarsi ai laboratori in grado di salvaguardare la fertilità. Di lei e di lui. «Dal momento in cui al paziente viene diagnosticata una neoplasia - spiega Carmine Pinto presi-



dente Aiom - l'oncologo sarà in grado di metterlo direttamente in contatto con il centro pubblico di riferimento per procedere alla crioconservazione dei gameti».

LE TECNICHE

Le principali tecniche di preservazione della fertilità nella donna sono la crioconservazione degli ovociti o del tessuto ovarico e l'utilizzo di una terapia ormonale per proteggere le ovaie (viene soppressa la funzione ovarica per ridurre l'effetto tossico della chemio) e la trasposizione ovarica (le ovaie vengono spostate con il bisturi, lontano dal campo di irradiazione durante il trattamento chirurgico della neoplasia). Per l'uomo si utilizza la crioconservazione del seme e del tessuto testicolare. «Il desiderio di diventare genitori è stato per troppo tempo sottovalutato - commenta Paolo Scollo presidente Sigo - così finalmente potremo garantire ai malati, oltre il percorso di cura uguale in tutta Italia, anche la possibilità di pensare al domani».

Gli ottomila under 40 vengono colpiti, se femmine, dal carcinoma mammario, della tiroide, della cervice uterina, del colon retto e dal melanoma, se maschi dal tumore del testicolo, del colon retto, della tiroide, dal melanoma e dal linfoma non Hodgkin. «È importante - aggiunge Andrea Lenzi presidente Sic - che tutte le persone con la diagnosi di neoplasia in età riproduttiva vengano informate della possibile riduzione della fertilità in seguito ai trattamenti antitumorali e, al tempo stesso, delle strategie oggi disponibili per limitare questo rischio».

Re.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

12 lug
2016

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

TAG

Malattie e disturbi della pelle, del sottocutaneo e della mammella

Gravidanza, parto e puerperio

Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile

Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali

MEDICINA E RICERCA

Solo un paziente su 10 fertile dopo il cancro. Gli specialisti chiedono centri per chi desidera un figlio

Meno del 10% delle donne che hanno avuto una diagnosi di tumore accede a una delle tecniche di preservazione della fertilità. Il numero è leggermente superiore fra gli uomini, ma ancora troppo basso. Nel nostro Paese vi sono 319 oncologie e sono 178 i centri di Procreazione medicalmente assistita che applicano non solo la fecondazione in vitro ma anche la crioconservazione (cioè il congelamento e la conservazione a temperature bassissime) dei gameti. Ma va migliorata la comunicazione fra le due realtà.



Va promossa la Rete nazionale dei centri di oncofertilità che consenta ai pazienti di rivolgersi a strutture pubbliche specializzate e organizzate per fare fronte a tutte le loro esigenze. La richiesta è contenuta nelle Raccomandazioni sull'Oncofertilità firmate dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), dalla Società Italiana di Endocrinologia (SIE), dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetrica (Sigo) e presentate oggi a Roma in un incontro con i giornalisti. Ogni anno nel nostro Paese circa 8.000 cittadini under 40 (5.000 donne e 3.000 uomini) sono colpiti da tumore, 30 ogni giorno, pari a circa il 3% del numero totale delle nuove diagnosi. «Il desiderio di diventare genitori dopo la malattia è stato per troppo tempo sottovalutato – spiega il prof. Paolo Scollo, presidente SIGO -. Questo documento, indirizzato alle Istituzioni, riassume i principi chiave da seguire per un cambiamento sostanziale. In ogni Regione dovrebbe essere istituito almeno un Centro di riferimento in cui operino team multidisciplinari composti da ginecologi, senologi, andrologi, biologi e psicologi collegati in rete con i centri oncologici ed ematologici che abbiano esperienza nella gestione di pazienti in età fertile. Bastano poche strutture specializzate distribuite su tutto il territorio nazionale a cui devono fare riferimento altri centri connessi, in modo da realizzare un sistema efficiente ed efficace, senza spreco di risorse e con un'immediata attivazione e potenziamento delle strutture riconosciute idonee e già operanti in Italia. In questo modo potranno essere applicati i più aggiornati e validati strumenti diagnostici, terapeutici, laboratoristici e chirurgici così da garantire ai malati un percorso di cura appropriato e uniforme in tutta Italia».

Le principali tecniche di preservazione della fertilità nella donna sono costituite dalla crioconservazione degli ovociti o del tessuto ovarico e dall'utilizzo di farmaci (analoghi LH-RH) per proteggere le ovaie, nell'uomo dalla crioconservazione del seme o del tessuto testicolare. Il materiale biologico può rimanere crioconservato per anni ed essere utilizzato quando il paziente ha superato la malattia. «Per i cittadini – afferma il prof. Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom – la Rete costituirà un grande vantaggio perché, dal momento in cui al paziente viene diagnosticata una neoplasia, l'oncologo sarà in grado di metterlo direttamente in contatto con il centro pubblico di riferimento per procedere, dopo adeguato counselling, alla crioconservazione dei gameti prima dell'inizio delle terapie, bypassando tutte le liste di attesa. La consulenza specialistica dovrà infatti avvenire entro 24-48 ore. Diversamente da quanto accade nell'uomo, nella donna l'utilizzo di alcune di queste tecniche è associato a un ritardo nell'inizio dei trattamenti antineoplastici: da qui l'importanza di avviare quanto prima le pazienti agli esperti in questo campo. Questo sicuramente è un ambito che necessita di un'implementazione della sanità pubblica». I più comuni tipi di cancro nei giovani sono rappresentati nell'uomo dal tumore del testicolo, del colon-retto, della tiroide, dal melanoma e dal linfoma non Hodgkin, mentre nella donna dal carcinoma mammario,

della tiroide, della cervice uterina, del colon-retto e dal melanoma.

HiQPdf Evaluation 07/12/2016

Gli endocrinologi: promuovere tra i medici la preservazione della fertilità

«Chiediamo al ministro della Salute – continua il prof. Andrea Lenzi, presidente SIE - di attivare un confronto con le società scientifiche per programmare il numero, le dimensioni, la distribuzione territoriale e i volumi minimi di attività per la definizione di un Centro. Uno dei nostri obiettivi è anche migliorare fra i clinici la cultura della preservazione della fertilità dopo il cancro». Nelle giovani sottoposte a trattamenti antitumorali, sono due le preoccupazioni principali nei confronti di una gravidanza, talvolta condivise anche dai medici: da un lato i possibili effetti nocivi delle terapie sullo sviluppo del bambino, dall'altro le conseguenze della gestazione sulla donna in termini di ripresa della malattia, in particolare in caso di neoplasie ormono-sensibili come quelle del seno.

«Riguardo al primo punto – sottolinea Scollo -, i dati disponibili non dimostrano un aumento del rischio di difetti genetici o di altro tipo nei bambini nati da donne precedentemente sottoposte a terapie antineoplastiche. Per quanto riguarda il secondo aspetto, oggi è noto che le pazienti che hanno avuto un figlio dopo la diagnosi di tumore mammario non hanno una prognosi peggiore rispetto alle altre. Al contrario, i risultati di uno studio, condotto su 1.244 donne, segnalerebbero addirittura un effetto protettivo della gestazione, con una significativa riduzione del rischio di morte. Va quindi ritenuta definitivamente caduta la storica controindicazione alla gravidanza nelle pazienti con pregresso carcinoma mammario. Nonostante non sussistano reali controindicazioni, la quota di coloro che hanno almeno un figlio dopo la diagnosi di carcinoma mammario è tuttora molto bassa: solo il 3% tra le donne di età inferiore a 45 anni e l'8% se si considerano le under 35».

Anche per i giovani pazienti di sesso maschile, in assenza di una sindrome neoplastica ereditaria, non esiste alcuna evidenza scientifica che una precedente storia di cancro aumenti il tasso di anomalie congenite o di tumori nella loro prole.

«È importante – conclude Lenzi - che tutte le persone con diagnosi di tumore in età riproduttiva vengano adeguatamente informate della possibile riduzione della fertilità in seguito ai trattamenti antitumorali e, al tempo stesso, delle strategie oggi disponibili per limitare questo rischio. Le Raccomandazioni indicano tutti gli sforzi che dovrebbero essere messi in atto per aumentare lo scambio di informazioni fra i clinici per puntare non solo alla guarigione dei malati, ma anche al mantenimento dei loro obiettivi futuri, compresi quelli di una progettualità familiare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

IMPRESSE E MERCATO
15 Settembre 2015

**La prevenzione dei tumori
passa anche per la farmacia**

MEDICINA E RICERCA
16 Novembre 2015

**Tumore del seno: «Dieci
anni di progressi
incredibili. Ora urgono
percorsi di riabilitazione»**

MEDICINA E RICERCA
07 Aprile 2016

**Tumori rari, in Italia
diagnosticati 89mila casi
nel 2015. E solo il 55% dei
pazienti sopravvive entro 5
anni**

<http://video.repubblica.it/oncologia/genitori-dopo-il-cancro-come-salvare-la-fertilita/246160/246264>

Oncofertilità, una rete di centri specialistici per chi sogna un figlio



Un sostegno per le persone che hanno avuto un tumore e cercano di diventare genitori. Le raccomandazioni dell'Associazione italiana di oncologia medica, della Società italiana di endocrinologia e della Società italiana di ginecologia e ostetrica, presentate oggi a Roma. Fra queste una Rete nazionale per aiutare le coppie

METTERE in cantiere un bambino subito dopo la diagnosi di tumore. Sembra un po' azzardato pensare ad una nuova vita quando si teme per la propria. Ma è questa la direzione giusta per chi vuole diventare genitore nonostante il cancro. E – lungi dal ritenerlo un obiettivo inconciliabile con la malattia – tutto si gioca sul tempo perché la consulenza specialistica va eseguita entro 48 ore dalla diagnosi. A fare chiarezza su come realizzare il desiderio di genitorialità sono le Raccomandazioni sull'Oncofertilità firmate dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), dalla Società italiana di endocrinologia (Sie) e dalla Società italiana di

ginecologia e ostetrica (Sigo) presentate oggi a Roma.

Una Rete dei centri di onco-fertilità. Ogni anno in Italia circa 8.000 cittadini under 40 (5.000 donne e 3.000 uomini) sono colpiti da tumore, 30 ogni giorno, pari a circa il 3% del numero totale delle nuove diagnosi. Meno del 10% delle donne che hanno avuto una diagnosi di tumore accede a una delle tecniche di preservazione della fertilità. Il numero è leggermente superiore fra gli uomini, ma ancora troppo basso. Nel nostro Paese ci sono 319 Oncologie e sono 178 i centri di Procreazione medicalmente assistita che applicano non solo la fecondazione in vitro ma anche la crioconservazione (cioè il congelamento e la conservazione a temperature bassissime) dei gameti. Ma va migliorata la comunicazione fra le due realtà. Ecco perché le *Raccomandazioni sull'Oncofertilità* indicano la necessità di istituire una Rete nazionale dei centri di oncofertilità che consenta ai pazienti di rivolgersi a strutture pubbliche specializzate e organizzate per fare fronte a tutte le loro esigenze. “Il desiderio di diventare genitori dopo la malattia è stato per troppo tempo sottovalutato” spiega **Paolo Scollo**, presidente Sigo. “In ogni Regione dovrebbe essere istituito almeno un Centro di riferimento in cui operino team multidisciplinari composti da ginecologi, senologi, andrologi, biologi e psicologi collegati in rete con i centri oncologici ed ematologici che abbiano esperienza nella gestione di pazienti in età fertile così da garantire ai malati un percorso di cura appropriato e uniforme in tutta Italia”.

La crioconservazione. Le principali tecniche di preservazione della fertilità nella donna sono costituite dalla **crioconservazione** degli ovociti o del tessuto ovarico e dall'utilizzo di farmaci (analoghi Lh-Rh) per proteggere le ovaie, nell'uomo dalla crioconservazione del seme o del tessuto testicolare. Il materiale biologico può rimanere crioconservato per anni ed essere utilizzato quando il paziente ha superato la malattia. “Per i cittadini” afferma **Carmine Pinto**, presidente nazionale Aiom “la Rete costituirà un grande vantaggio perché, dal momento in cui al paziente viene diagnosticata una neoplasia, l'oncologo sarà in grado di metterlo direttamente in contatto con il centro pubblico di riferimento per procedere, dopo un adeguato counselling, alla crioconservazione dei gameti prima dell'inizio delle terapie, bypassando tutte le liste di attesa. La consulenza specialistica dovrà infatti avvenire entro 24-48 ore. Diversamente da quanto accade nell'uomo, nella donna l'utilizzo di alcune di queste tecniche è associato a un ritardo nell'inizio dei trattamenti antineoplastici: da qui l'importanza di avviare quanto prima le pazienti agli esperti in questo campo. Questo sicuramente è un ambito che necessita di un'implementazione della sanità pubblica”.

I Centri di Oncofertilità. Le Raccomandazioni prevedono la creazione di Centri di Oncofertilità strutturati che rispondano a precisi requisiti organizzativi, tecnologici, di qualità e sicurezza. “Questi Centri devono essere situati all'interno di una struttura pubblica, devono rispondere a criteri di multidisciplinarietà, assicurare un servizio continuo e di counselling” spiega **Andrea**

Lenzi, presidente Sie. “Inoltre, devono essere sganciati dalle strutture di procreazione medicalmente assistita e devono poter garantire nel tempo (anche per 20-30 anni) il deposito del seme crioconservato”. Ecco perché le tre società scientifiche chiedono al ministro della Salute di attivare un confronto per programmare il numero, le dimensioni, la distribuzione territoriale e i volumi minimi di attività per la definizione di un Centro.

I timori di una gravidanza con il tumore. Nelle giovani sottoposte a trattamenti antitumorali, sono due le preoccupazioni principali nei confronti di una gravidanza, talvolta condivise anche dai medici: da un lato i possibili effetti nocivi delle terapie sullo sviluppo del bambino, dall'altro le conseguenze della gestazione sulla donna in termini di ripresa della malattia, in particolare in caso di [neoplasie ormono-sensibili come quelle del seno](#). “Riguardo al primo punto” chiarisce Scollo “i dati disponibili non dimostrano un aumento del rischio di difetti genetici o di altro tipo nei bambini nati da donne precedentemente sottoposte a terapie antineoplastiche. Per quanto riguarda il secondo aspetto, oggi è noto che le pazienti che hanno avuto un figlio dopo la diagnosi di tumore mammario non hanno una prognosi peggiore rispetto alle altre”. Infatti, i risultati di uno studio, condotto su 1.244 donne, segnalerebbero addirittura un effetto protettivo della gestazione, con una significativa riduzione del rischio di morte. Eppure, nonostante non sussistano reali controindicazioni, la percentuale di coloro che hanno almeno un figlio dopo la diagnosi di carcinoma mammario è tuttora molto bassa: solo il 3% tra le donne di età inferiore a 45 anni e l'8% se si considerano le under 35. Anche per i giovani pazienti di sesso maschile, in assenza di una sindrome neoplastica ereditaria, non esiste alcuna evidenza scientifica che una precedente storia di cancro aumenti il tasso di anomalie congenite o di tumori nella loro prole. “È importante” conclude Lenzi “che tutte le persone con diagnosi di tumore in età riproduttiva vengano adeguatamente informate della possibile riduzione della fertilità in seguito ai trattamenti antitumorali e, al tempo stesso, delle strategie oggi disponibili per limitare questo rischio. Le Raccomandazioni indicano tutti gli sforzi che dovrebbero essere messi in atto per aumentare lo scambio di informazioni fra i clinici e puntare così non solo alla guarigione dei malati, ma anche al mantenimento dei loro obiettivi futuri, compresi quelli di una progettualità familiare”.

<http://www.dire.it>

Tumori, la fertilità è preservata solo nel 10% delle pazienti under 40



ROMA – Meno del 10% delle donne che hanno avuto una diagnosi di tumore accede a una delle tecniche di preservazione della fertilità. Il numero è leggermente superiore fra gli uomini, ma ancora troppo basso.

Nel nostro Paese vi sono 319 oncologie e sono 178 i centri di procreazione medicalmente assistita che applicano non solo la fecondazione in vitro, ma anche la crioconservazione (cioè il congelamento e la conservazione a temperature bassissime) dei gameti.

“Ma va migliorata la comunicazione fra le due realtà- fanno sapere gli esperti- e va promossa la rete nazionale dei centri di oncofertilità che consenta ai pazienti di rivolgersi a strutture pubbliche specializzate e organizzate per fare fronte a tutte le loro esigenze”.

La richiesta è contenuta nelle ‘Raccomandazioni sull’Oncofertilità’ firmate da Aiom (Associazione italiana di Oncologia Medica), Sie (Società italiana di Endocrinologia) e Sigo (Società italiana di Ginecologia e Ostetrica) e presentate oggi nel corso di una conferenza stampa a Roma. Nel nostro Paese, intanto, ogni anno circa 8mila cittadini under 40 (5mila donne e 3mila uomini) sono colpiti da tumore, 30 ogni giorno, pari a circa il 3% del numero totale delle nuove diagnosi.

“Il desiderio di diventare genitori dopo la malattia è stato per troppo tempo sottovalutato- ha spiegato Paolo Scollo, presidente Sigo- Questo documento, indirizzato alle istituzioni, riassume i principi chiave da seguire per un cambiamento sostanziale. In ogni Regione dovrebbe essere istituito almeno un centro di riferimento in

cui operino team multidisciplinari composti da ginecologi, senologi, andrologi, biologi e psicologi collegati in rete con i centri oncologici ed ematologici che abbiano esperienza nella gestione di pazienti in età fertile. Bastano poche strutture specializzate distribuite su tutto il territorio nazionale a cui devono fare riferimento altri centri connessi, in modo da realizzare un sistema efficiente ed efficace, senza spreco di risorse e con un'immediata attivazione e potenziamento delle strutture riconosciute idonee e già operanti in Italia. In questo modo potranno essere applicati i più aggiornati e validati strumenti diagnostici, terapeutici, laboratoristici e chirurgici così da garantire ai malati un percorso di cura appropriato e uniforme in tutta Italia”.

LE TECNICHE

Le principali tecniche di preservazione della fertilità nella donna sono costituite dalla crioconservazione degli ovociti o del tessuto ovarico e dall'utilizzo di farmaci (analoghi LH-RH) per proteggere le ovaie, mentre nell'uomo dalla crioconservazione del seme o del tessuto testicolare. Il materiale biologico può rimanere crioconservato per anni ed essere utilizzato quando il paziente ha superato la malattia. “Per i cittadini- ha proseguito Giuseppe Procopio, consigliere nazionale Aiom- la rete costituirà un grande vantaggio perché, dal momento in cui al paziente viene diagnosticata una neoplasia, l'oncologo sarà in grado di metterlo direttamente in contatto con il centro pubblico di riferimento per procedere, dopo adeguato counselling, alla crioconservazione dei gameti prima dell'inizio delle terapie, bypassando tutte le liste di attesa. La consulenza specialistica dovrà infatti avvenire entro 24-48 ore. Diversamente da quanto accade nell'uomo, nella donna l'utilizzo di alcune di queste tecniche è associato a un ritardo nell'inizio dei trattamenti antineoplastici: da qui l'importanza di avviare quanto prima le pazienti agli esperti in questo campo. Questo sicuramente è un ambito che necessita di un'implementazione della sanità pubblica”.

I TUMORI E LA GRAVIDANZA

I più comuni tipi di cancro nei giovani sono rappresentati nell'uomo dal tumore del testicolo, del colon-retto, della tiroide, dal melanoma e dal linfoma non Hodgkin, mentre nella donna dal carcinoma mammario, della tiroide, della cervice uterina, del colon-retto e dal melanoma.

“Chiediamo al ministro della Salute- ha sottolineato Andrea Lenzi, presidente Sie- di attivare un confronto con le società scientifiche per programmare il numero, le dimensioni, la distribuzione territoriale e i volumi minimi di attività per la definizione di un centro. Uno dei nostri obiettivi è anche migliorare fra i clinici la cultura della preservazione della fertilità dopo il cancro”. Nelle giovani sottoposte a trattamenti antitumorali, sono due le preoccupazioni principali nei confronti di una gravidanza, talvolta condivise anche dai medici: da un lato i possibili effetti nocivi delle terapie sullo sviluppo del bambino, dall'altro le conseguenze della gestazione sulla donna in termini di ripresa della malattia, in particolare in caso di neoplasie ormono-sensibili come quelle del seno.

“Riguardo al primo punto- ha aggiunto ancora Scollo- i dati disponibili non dimostrano un aumento del rischio di difetti genetici o di altro tipo nei bambini nati da donne precedentemente sottoposte a terapie antineoplastiche. Per quanto riguarda il secondo aspetto, oggi è noto che le pazienti che hanno avuto un figlio dopo la diagnosi di tumore mammario non hanno una prognosi peggiore rispetto alle altre. Al contrario, i risultati di uno studio, condotto su 1.244 donne, segnalerebbero addirittura un effetto protettivo della gestazione, con una significativa riduzione del rischio di morte. Va

quindi ritenuta definitivamente caduta la storica controindicazione alla gravidanza nelle pazienti con pregresso carcinoma mammario. Nonostante non sussistano reali controindicazioni, la quota di coloro che hanno almeno un figlio dopo la diagnosi di carcinoma mammario è tuttora molto bassa: solo il 3% tra le donne di età inferiore a 45 anni e l'8% se si considerano le under 35".

Anche per i giovani pazienti di sesso maschile, in assenza di una sindrome neoplastica ereditaria, non esiste alcuna evidenza scientifica che una precedente storia di cancro aumenti il tasso di anomalie congenite o di tumori nella loro prole. "È importante- ha concluso infine Lenzi- che tutte le persone con diagnosi di tumore in età riproduttiva vengano adeguatamente informate della possibile riduzione della fertilità in seguito ai trattamenti antitumorali e, al tempo stesso, delle strategie oggi disponibili per limitare questo rischio. Le nostre 'Raccomandazioni' indicano tutti gli sforzi che dovrebbero essere messi in atto per aumentare lo scambio di informazioni fra i clinici per puntare non solo alla guarigione dei malati, ma anche al mantenimento dei loro obiettivi futuri, compresi quelli di una progettualità familiare".

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

Tumori. Fertilità è preservata solo nel 10% delle donne under 40. AIOM, SIE e SIGO chiedono una struttura di riferimento in ogni Regione

In Italia il cancro colpisce 8.000 cittadini sotto i 40 anni all'anno (5.000 donne e 3.000 uomini). Persone che potrebbero avere ancora figli ma che solo in pochi casi vengono trattate a tal fine. AIOM, SIE e SIGO propongono che in ogni Regione sia istituita una struttura di riferimento. La consulenza specialistica va eseguita entro 48 ore dalla diagnosi. La richiesta è contenuta nelle Raccomandazioni sull'Oncofertilità

Meno del 10% delle donne che hanno avuto una diagnosi di tumore accede a una delle tecniche di preservazione della fertilità. Il numero è leggermente superiore fra gli uomini, ma ancora troppo basso. Nel nostro Paese vi sono 319 Oncologie e sono 178 i centri di Procreazione Medicalmente Assistita che applicano non solo la fecondazione in vitro ma anche la crioconservazione (cioè il congelamento e la conservazione a temperature bassissime) dei gameti.

Ma va migliorata la comunicazione fra le due realtà. Va promossa la Rete nazionale dei centri di oncofertilità che consenta ai pazienti di rivolgersi a strutture pubbliche specializzate e organizzate per fare fronte a tutte le loro esigenze. La richiesta è contenuta nelle Raccomandazioni sull'Oncofertilità firmate dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), dalla Società Italiana di Endocrinologia (SIE), dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetrica (SIGO) e presentate oggi a Roma in un incontro con i giornalisti.

Ogni anno nel nostro Paese circa 8.000 cittadini under 40 (5.000 donne e 3.000 uomini) sono colpiti da tumore, 30 ogni giorno, pari a circa il 3% del numero totale delle nuove diagnosi.

“Il desiderio di diventare genitori dopo la malattia è stato per troppo tempo sottovalutato – spiega **Paolo Scollo**, presidente SIGO -. Questo documento, indirizzato alle Istituzioni, riassume i principi chiave da seguire per un cambiamento sostanziale. In ogni Regione dovrebbe essere istituito almeno un Centro di riferimento in cui operino team multidisciplinari composti da ginecologi, senologi, andrologi, biologi e psicologi collegati in rete con i centri oncologici ed ematologici che abbiano esperienza nella gestione di pazienti in età fertile. Bastano poche strutture specializzate distribuite su tutto il territorio nazionale a cui devono fare riferimento altri centri connessi, in modo da realizzare un sistema efficiente ed efficace, senza spreco di risorse e con un'immediata attivazione e potenziamento delle strutture riconosciute idonee e già operanti in Italia. In questo modo potranno essere applicati i più aggiornati e validati strumenti diagnostici, terapeutici, laboratoristici e chirurgici così da garantire ai malati un percorso di cura appropriato e uniforme in tutta Italia”.

"Per i cittadini – afferma **Carmine Pinto**, presidente nazionale AIOM – la Rete costituirà un grande vantaggio perché, dal momento in cui al paziente viene diagnosticata una neoplasia, l'oncologo sarà in grado di metterlo direttamente in contatto con il centro pubblico di riferimento per procedere, dopo adeguato counselling, alla crioconservazione dei gameti prima dell'inizio delle terapie, bypassando tutte le liste di attesa. La consulenza specialistica dovrà infatti avvenire entro 24-48 ore. Diversamente da quanto accade nell'uomo, nella donna l'utilizzo di alcune di queste tecniche è associato a un ritardo nell'inizio dei trattamenti antineoplastici: da qui l'importanza di avviare quanto prima le pazienti agli esperti in questo campo. Questo sicuramente è un ambito che necessita di un'implementazione della sanità pubblica”.

“Chiediamo al Ministro della Salute – continua **Andrea Lenzi**, presidente SIE - di attivare un confronto con le società scientifiche per programmare il numero, le dimensioni, la distribuzione territoriale e i volumi minimi di attività per la definizione di un Centro. Uno dei nostri obiettivi è anche migliorare fra i clinici la cultura della preservazione della fertilità dopo il cancro”.

“È importante – conclude **Lenzi** - che tutte le persone con diagnosi di tumore in età riproduttiva vengano adeguatamente informate della possibile riduzione della fertilità in seguito ai trattamenti antitumorali e, al tempo stesso, delle strategie oggi disponibili per limitare questo rischio. Le Raccomandazioni indicano tutti gli sforzi che dovrebbero essere messi in atto per aumentare lo scambio di informazioni fra i clinici per puntare non solo alla guarigione dei malati, ma anche al mantenimento dei loro obiettivi futuri, compresi quelli di una progettualità familiare”.

<http://www.ansa.it>

TUMORI: STATINE POSSONO RIDURRE DI QUASI 50 % RISCHIO MORTE OSSERVATO IN MALATI DI TUMORE SENO,PROSTATA, INTESTINO E POLMONE

ROMA, 12 LUG - Una diagnosi di colesterolo alto può avere un 'vantaggio'. Le statine, i farmaci usati per abbassarlo, possono ridurre infatti in modo significativo, fino a quasi il 50%, il rischio di morire di quattro tra i tumori più comuni, cioè quello della prostata, del seno, intestino e polmone. Lo hanno rilevato i ricercatori dell'Ashton university di Birmingham, in uno studio presentato al congresso della Società europea di cardiologia da poco terminato a Firenze. Valutando le cartelle cliniche di un milione di pazienti, ricoverati nel Regno Unito tra il 2000 e 2013, e mettendoli a confronto con le cifre sulla mortalità dell'ufficio nazionale di statistica, gli studiosi hanno rilevato, nei pazienti in cura per il colesterolo e malati di tumore, una riduzione del 47% del rischio di morire di cancro alla prostata, del 43% di quello al seno, del 30% di quello all'intestino e del 22% di quello al polmone. Dati che confermano quelli di precedenti ricerche sull'effetto protettivo delle statine nei malati di tumore. "E' molto interessante - commenta Carter - l'idea che se il colesterolo alto può causare il cancro, i farmaci per abbassarlo, come le statine, possono invece ridurre tale rischio". Lo studio in questo caso suggerisce proprio che "c'è qualcosa, nell'avere una diagnosi di colesterolo alto - continua - che aumenta la sopravvivenza per i quattro tumori studiati, e sulla base di precedenti ricerche pensiamo che questo qualcosa sia l'effetto prodotto dalle statine". Tuttavia, aggiunge Rahul Potluri, uno degli autori dello studio, "rimane da vedere se le statine o altri farmaci cardiovascolari insieme abbiano un effetto sulla mortalità. I pazienti con cancro e ad alto rischio cardiovascolare - conclude - dovrebbero assumere le statine, come stabiliscono le linee guida. Non credo però, allo stato attuale, che possiamo prescrivere le statine per il tumore, a meno che i futuri studi clinici confermassero questi risultati".

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

Ca colorettales, da Dna tumorale circolante un test per diagnosi precoce recidive



I frammenti circolanti di Dna tumorale possono essere usati per valutare il rischio di recidiva di tumore del colon-retto e l'efficacia della chemioterapia dopo l'intervento. Ecco, in sintesi, le conclusioni di uno studio pubblicato su Science Translational Medicine che aprono la strada allo sviluppo di un test non invasivo e più efficace per la rilevazione, il monitoraggio e il trattamento del cancro. «Ricerche precedenti hanno dimostrato che questa tecnica è abbastanza sensibile per rilevare frammenti di Dna tumorale nei pazienti con neoplasia in fase avanzata» esordisce Bert Vogelstein, codirettore del Ludwig Center alla Johns Hopkins University di Baltimora e coautore dell'articolo, spiegando che la nuova tecnica permette invece di diagnosticare il cancro residuo o in fase iniziale ben prima degli attuali criteri clinici o radiologici.

«La decisione di trattare o meno una neoplasia colorettales in stadio II con la chemioterapia adiuvante o postoperatoria resta una delle più difficili in oncologia clinica, e attualmente viene presa in base a una serie di criteri clinici e patologici tra cui il grado di diffusione locale o la presenza di marcatori genetici cancro-specifici che hanno un significato prognostico» scrivono i ricercatori, ricordando che tali metodi restano comunque imprecisi e soggetti a margini di errore.

Attualmente, fino al 40% dei pazienti con tumore del colon in stadio II viene avviato alla chemioterapia adiuvante, anche se solo una piccola parte dei soggetti trattati è destinata a sviluppare una recidiva. «Un'opzione promettente è la ricerca del Dna tumorale circolante (ctDNA), un biomarcatore estremamente specifico che tuttavia, per essere impiegato nella fase di

<http://www.farmacista33.it/>

Cannabinoide orale per nausea e vomito da chemio e anoressia, ok da Fda



La Food and Drug Administration (Fda) ha approvato il dronabinolo in soluzione orale (Syndros, prodotto dalla Insys Therapeutics, Inc) per il trattamento dell'anoressia associata a perdita di peso nei pazienti affetti da Aids e per la gestione della nausea e del vomito associati a chemioterapia nei pazienti che non rispondono adeguatamente alle terapie antiemetiche convenzionali. Si tratta di una formulazione liquida proprietaria del dronabinolo, un cannabinoide sintetico che rappresenta una versione farmaceutica del tetraidrocannabinolo (Thc). «È la prima e unica soluzione per uso orale di dronabinolo approvata dalla Fda» sottolinea **John N. Kapoor**, presidente e amministratore delegato dell'azienda farmaceutica statunitense in un comunicato stampa. «Il liquido è facilmente ingeribile e permette di titolare il dosaggio per ottenere l'effetto clinico. Una volta che il contenitore stato aperto non ha bisogno di essere refrigerato fino a un periodo di 28 giorni». Per la seconda metà del 2016 la società prevede di lanciare il prodotto che, attualmente, è in attesa del calendario di uscita dalla US Drug enforcement administration (Dea), l'ente che sovrintende alle leggi e alle norme relative a farmaci e sostanze negli Usa.

L'utilizzo del dronabinolo può causare effetti psichiatrici e cognitivi e indebolire le capacità mentali e/o fisiche. L'azienda segnala che, nei pazienti con disturbi cardiaci, possono verificarsi ipotensione, ipertensione, sincopi o tachicardia. Si avvisa poi che

occorre sospendere l'uso di farmaci contenenti disulfiram o metronidazolo almeno 14 giorni prima della somministrazione del cannabinoide e che le medesime sostanze non devono essere somministrate per 7 giorni dopo il termine del trattamento con dronabinolo. La società inoltre specifica che, prima di prescrivere il cannabinoide a pazienti con anamnesi positiva per convulsioni - inclusi quelli che necessitano di farmacoterapia antiepilettica o che presentano altri fattori che riducono la soglia convulsiva - dovrebbe essere sempre valutato il rapporto tra i rischi potenziali e i benefici. I pazienti con storia di dipendenza o abuso di sostanze dovrebbero essere valutati per il rischio di abuso o uso inappropriato di dronabinolo prima della sua prescrizione. Secondo l'azienda, questi soggetti dovrebbero essere monitorati per l'eventuale sviluppo di comportamenti o condizioni associate. Se i sintomi di nausea paradossa, vomito o dolore addominale dovessero peggiorare durante il trattamento con il farmaco, si dovrebbero prendere in considerazione una riduzione della dose o una sospensione dell'assunzione.

LO SPACCIO AMERICANO DEGLI OPPIACEI «LEGALI»

Quando, dopo il fallimento della Lehman, il dipartimento del Tesoro americano si trovò nella sgradevole posizione di dover spiegare le dimensioni della più grande crisi dal 1929 in una conferenza stampa, preparò prima le risposte a tutte le possibili domande dei giornalisti. Tranne una: perché nessuno fece nulla per fermare la speculazione? La risposta è che tutti stavano guadagnando troppo per pensare di cambiare qualcosa. Ma sarebbe stato spiacevole ammetterlo.

È la stessa risposta che viene in mente davanti alla domanda ovvia suscitata nei lettori dall'inchiesta del Los Angeles Times che sta facendo discutere l'America: come è possibile che una anziana dottoressa di una fantomatica clinica creata da un criminale possa prescrivere ogni giorno migliaia di pillole del più potente oppiaceo in commercio senza che nessuno si accorga che qualcosa non va? Risposta: Perché tutti — dalla casa farmaceutica ai farmacisti — stavano guadagnando troppo per farsi venire troppi scrupoli.

Del resto, come si costruisce un business da cento milioni di euro apparentemente legale? Si mette un anziano medico in un ufficio a scrivere a catena ricette per prescrivere Oxycontin — un oppiaceo talmente potente che un dottore può tranquillamente andare in pensione senza averne mai prescritta una pillola — a fantomatici pazienti che in realtà sono senz'altro reclutati nei bassifondi e convinti con 25 dollari a prestarsi alla truffa. A quel punto ogni pillola ottenuta con regolare ricetta da farmacisti disposti a coprirsi ambedue gli occhi e le orecchie, veniva poi rivenduta a 80 o 90 dollari da una rete di spacciatori della mafia armena di Los Angeles. Qualcuno, alla casa produttrice delle pillole, la Purdue Pharma, come dimostrato dall'inchiesta del quotidiano, non poteva non vedere che c'era un'improvvisa epidemia di malati terminali a downtown Los Angeles che andava contro la logica e la statistica (ogni ricetta di oppiacei viene registrata per legge). Ma hanno taciuto per anni, finché la bizzarra gang non è stata arrestata.

Matteo Persivale

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.ansa.it>

Dieta stretta attiva difese immunitarie contro tumori

In pochi giorni cellule malate più vulnerabili, chemio più efficace



ROMA - Una dieta molto povera di calorie aiuta a combattere i tumori. Uno studio su topolini malati mostra che pochi giorni di dieta mettono il turbo alle difese immunitarie, rendendole più forti contro il cancro. Al tempo stesso la dieta rende più vulnerabili le cellule tumorali.

E' la scoperta dell'italiano Valter Longo dell'Università della California Meridionale, che da anni studia una dieta "mima-digiuno" contro diverse malattie e contro l'invecchiamento, resa nota sulla rivista Cancer Cell.

Longo spiega all'ANSA che uno studio clinico pilota su 18 pazienti sotto chemioterapia, pubblicato sulla rivista BMC Cancer, dimostra che "il digiuno prolungato, insieme alla chemio, è sicuro per i pazienti". Si tratta ovviamente di risultati preliminari, sottolinea, che devono essere confermati in studi clinici più vasti.

Nella ricerca sui topolini, si vede per la prima volta che pochi giorni di digiuno o di dieta molto stretta sono sufficienti ad attivare il sistema immunitario degli animali contro il tumore.

Contemporaneamente il digiuno rende più vulnerabili le cellule tumorali.

"Considerando che l'immunoterapia (ovvero la terapia anti-tumore basata su tattiche per far reagire il sistema immunitario del paziente) è l'intervento anti-cancro al momento più promettente - spiega Longo - ma anche più costoso, questa nuova scoperta ha il potenziale di accompagnare l'immunoterapia con un intervento low cost basato proprio su una dieta ad hoc, che stimoli il sistema immunitario del paziente".

Benché su animali, questo lavoro è molto importante, conclude Longo, perché "abbiamo scoperto che il digiuno attiva il sistema immunitario ad attaccare le cellule del cancro, e rende potenzialmente molto più potente e precisa la terapia anti-cancro. Tali risultati avrebbero grosse implicazioni, se fossero confermati anche per l'uomo". (ANSA).



*Servirebbero
3 miliardi,
il governo
si ferma
a 800 milioni,
così muore
il livello
minimo
di assistenza
sanitaria
pubblica.*

L'ANALISI
Ivan Cavicchi
pagina 15

Tutti al funerale della sanità pubblica

*Servirebbero 3 miliardi, ma quel
che passa il governo sono 800
milioni. Il peggior taglio ai livelli
essenziali di assistenza sanitaria*

Ivan Cavicchi

Il governo ha messo a punto un provvedimento per definire i nuovi Lea. Cosa sono? L'acronimo significa *livelli essenziali di assistenza*, cioè prestazioni di diritto per i cittadini a carico dello Stato. Essi riguardano l'assistenza ospedaliera, la farmaceutica, la specialistica, l'assistenza di base, i vaccini, le protesi, la prevenzione collettiva.

L'ultima volta che sono stati ridefiniti è stato nel lontano 2001, quindi sono almeno 15 anni che soprattutto le Regioni ne chiedono l'aggiornamento. In questo tempo come si potrà immaginare, sono arrivate nuove terapie, nuovi trattamenti, nuove esigenze sociali, nuovi presidi, nuove tecnologie, perfino nuove malattie, alle quali le Regioni sottoposte sistematicamente a definanziamento, hanno risposto come hanno potuto a volte adottando, a dispetto dei santi, nuove tutele ma caricandosi di oneri aggiuntivi senza che mai il governo provvedesse ad una adeguata copertura finanziaria.

Prima di diventare *essenziali* questi livelli erano *minimi* ad indicare un passaggio politico di grande significato che a partire dagli anni '90 è avvenuto da un universalismo largo omnicomprendente ad un universalismo più ristretto e contingentato.

Fino ad ora nessun governo ha voluto adeguare i Lea per paura di dare di più e di au-

mentare i costi della sanità. Anzi a mano a mano, a Lea invariante, si sono adottate misure che in nome dell'appropriatezza e dell'economicità puntavano a ridurre d'imperio i consumi sanitari.

Oggi il governo Renzi adegua i Lea non per dare di più, ma al contrario per dare di meno e operare un taglio drastico dei consumi. Da *minimi ad essenziali* e ora a *salvavita*.

Come? Anche ai Lea viene esteso il criterio di definanziamento adottato per il fondo sanitario nazionale: io ti do x quindi meno di ciò che servirebbe, per farti bastare x devi tagliare su y se non tagli sono cavoli tuoi.

Il governo per i Lea ha stanziato solo 800 milioni, anche se il loro aggiornamento costa almeno 3 mld, sostenendo che quello che manca cioè ben 2mld 228 milioni, cioè una montagna di soldi, dovrà essere compensato in vario modo, estendendo i ticket, ricorrendo alle gare di acquisto e continuando a perseguire obiettivi di appropriatezza.

Nonostante questo provvedimento super l'odioso decreto sull'appropriatezza e riduca per i medici i vincoli da rispettare nelle prescrizioni, per come è stato consegnato rischia di essere la più grossa botta inferta all'universalismo del sistema pubblico e mi stupisce che sino ad ora non ne sia stata compresa la portata eversiva dal momento che il taglio dei Lea è la condizione necessaria per fare spazio alle mutue e alle assicurazioni esattamente come recentemente proposto dagli amici del governo come Gimbc (vedi *manifesto* 10

giugno) e come ci propongono da decenni i neoliberalisti. Cioè un sistema a tre gambe: pubblico per gli indigenti, i pensionati e i disoccupati, mutualistico per chi ha un contratto di lavoro, assicurativo per chi ha reddito e può permetterselo.

Questa vicenda dei Lea ha addirittura aspetti grotteschi se si pensa che il **Ministero della salute** ha quantificato l'effettivo fabbisogno finanziario per la loro copertura al netto dei tagli e delle compensazioni in soli 771,8 milioni di euro cioè addirittura meno dei magri assegnamenti decisi con la legge di stabilità del 2016.

Ho la brutta sensazione che siamo vicini alla fine. Cioè ancora un paio di anni e il sistema non sarà più quello che è ora. Il definanziamento della sanità è stato programmato in modo da ridurre nel 2019 la spesa sanitaria almeno di un punto e mezzo del Pil. E' probabile che dopo questa operazione sui Lea, il servizio sanitario nazionale al 2019 non ci sarà



più. Certo in mezzo e per fortuna ci sono tanti fatti politici, come il referendum, le elezioni

politiche del 2018, ma a condizioni non impedito, cioè ad invarianza di governo, il provvedimento adottato per i Lea di fatto ridimensiona e non di poco il valore dell'universalismo.

A farmi diventare pessimista a parte i numeri sono le complicità. Le Regioni non hanno battuto ciglio, in altri tempi avrebbero fatto il finimondo, oggi del tutto subalterne al governo Renzi incassano gli 800 milioni e poi si vedrà. I sindacati tutti allineati e coperti e chi ha mugugnato ha mostrato di non capire il senso sinistro dell'operazione Lea. Quanto alla Fnomceo, la massima rappresentanza della professione medica, se da una parte sembrano ridursi i vincoli di appropriatezza che i medici dovranno rispettare dall'altra i carabinieri dei Nas hanno cominciato a fare visita ai medici nei loro ambulatori e molte sono le specialità che lamentano una riduzione di prestazioni.

Tutto questo è il risultato di un incontro fatale i cui esiti tutt'altro che imprevedibili ho sempre paventato e denunciato, tra le politiche di definanziamento della sanità pubblica e il pensiero debole di coloro che da sinistra in questi anni ci hanno parlato di razionalizzazione, di inapproprietezze, di esami inutili, di consumismo sanitario, ma sempre ad invarianza di cioè senza mai cambiare davvero. La cosa che so con certezza è che i Lea costeranno 3 mld e saranno finanziati solo per 800 milioni di euro. Il resto sono chiacchiere.

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

L'INDAGINE

Gli esami inutili e il dilemma dei medici: prescrivere o non prescrivere?

Sono tutti convinti che i test e i trattamenti inappropriati debbano essere evitati, ma di fronte alle insistenze del paziente un dottore su tre cede e accontenta la richiesta. È quanto emerge da un sondaggio condotto da Slow Medicine e Fnomceo

La scena è familiare a chiunque frequenti gli ambulatori: il medico riceve il paziente, fa la diagnosi, prescrive la terapia e congeda l'assistito senza indicare alcun ulteriore accertamento, perché non ce n'è bisogno. Il paziente però non è soddisfatto: vorrebbe sottoporsi a una gastroscopia per individuare l'origine del suo mal di stomaco o a una risonanza magnetica per il dolore alla schiena. E insiste per ottenere la prescrizione dell'esame considerato dall'esperto non necessario. Come si comporta a quel punto il medico? Per scoprire la reazione dei camici bianchi alle richieste di trattamenti e procedure inappropriate, Fnomceo e Slow Medicine hanno realizzato un'indagine su un campione di 4.263 medici italiani. Agli intervistati è stato chiesto di rispondere a un questionario elaborato sul modello di quello impiegato negli Stati Uniti da Abim Foundation, l'associazione promotrice della campagna Choosing Wisely.

Il problema

Il 93 per cento dei medici è convinto che i test inutili rappresentino un problema molto (55%) o abbastanza (38%) serio con cui devono fare i conti quotidianamente. Infatti il 44 per cento degli intervistati dichiara di ricevere dai pazienti richieste di esami e trattamenti non necessari almeno ogni giorno o più volte la settimana. I più bersagliati sono i medici di medicina generale: il 63 per cento affronta puntualmente quasi tutti i giorni le proteste degli assistiti per la mancata prescrizione. Agli specialisti succede un po' meno (38%).

Il dialogo

La voce dei dottori non rimane però inascoltata e i loro consigli non cadono nel vuoto. Il 66 per cento dei medici afferma che i pazienti seguono sempre, quasi sempre o spesso la loro indicazione e non svolgono gli esami considerati superflui.

L'opera di convincimento passa attraverso il dialogo: il 77 per cento dei medici dedica tempo al paziente per spiegare le ragioni della sua decisione. Una percentuale un poco inferiore (54%) riferisce di parlare sempre, quasi sempre o spesso con i pazienti dei costi delle diverse procedure.

Prescrivere o non prescrivere

Di fronte alle ripetute insistenze di chi non si fida della scelta del dottore, il 36 per cento però cede e finisce per concedere la tanto agognata prescrizione. Lo fa soprattutto per avere maggiori sicurezze (51%) ma anche per mettersi al riparo da eventuali denunce legali.

La scelta di non prescrivere non si fa mai con cuore leggero. Solamente il 23 per cento dei medici si sente molto sicuro quando consiglia di evitare un test, un trattamento o una procedura non necessari. Quando si parla di appropriatezza i medici sanno di avere un ruolo centrale: il 63 per cento si sente molto responsabile della corretta informazione del paziente al fine di evitare test, trattamenti e procedure non necessari, e il 79 per cento ritiene che il medico sia la figura più adatta ad affrontare la questione. In pochissimi considerano più titolate altre istituzioni: le aziende sanitarie (7%), il legislatore (5%), il governo, per il o le società scientifiche (5%).

Le strategie utili

“Cosa ritieni utile per ridurre i test, i trattamenti e le procedure non necessari?”. A questa domanda i medici hanno risposto elencando una serie di strumenti che vorrebbero avere a disposizione: più tempo per discutere con il paziente le varie opzioni (88%), materiale informativo con evidenze scientifiche da presentare ai pazienti (84%), una efficace riforma della legge sulla responsabilità del medico (83%), la modifica del sistema di remunerazione/sanzione (60%).

Appropriatezza

Cosa è appropriato e cosa non lo è? Oltre alle indicazioni ministeriali ci sono quelle delle società scientifiche raccolte grazie alla campagna di Slow Medicine “Fare di più non significa fare meglio”. Tra chi ne è a conoscenza il 91 per cento afferma di condividere la scelta di affrontare la questione in base a criteri scientifici e non solamente economici. Per il 68 per cento dei dottori le raccomandazioni hanno in qualche modo contribuito a

modificare la propria pratica clinica mentre il 31 per cento ne teneva già conto.

Risultati alla mano, Slow Medicine e Fnmceo traggono le conclusioni dell'indagine: «Dall'insieme di questi dati emergono ancora due indicazioni: la volontà dei medici di essere coinvolti in processi di condivisione dal basso delle scelte, e non essere soggetti ad imposizioni “per decreto”, e la richiesta che i cittadini possano ricevere su questi temi un'informazione istituzionale indipendente».

Ora si sa come la pensano i medici, il prossimo passo sarà conoscere l'opinione dei pazienti. E basterà aspettare fino a ottobre quando verranno presentati i risultati di questa nuova indagine.

Agenzia del farmaco, Roma esita e rischia lo scippo

**ZINGARETTI AVEVA
CHIESTO ALLA RAGGI
DI FARE FRONTE COMUNE
MA NON HA AVUTO
NESSUNA RISPOSTA
E LATINA SI CANDIDA**

IL CASO

ROMA Il Lazio è la Regione italiana più importante per l'export di farmaci con 8 miliardi di euro di vendite all'estero. Conta 300 imprese del settore che, con l'indotto, valgono la bellezza di 22 mila dipendenti. Poco meno della Fiat Auto. In Europa, poi, il Lazio è tra le dieci più importanti aree produttrici di farmaci in termini di fatturato e occupazione (e di posti di lavoro ultraqualificati nella ricerca).

Eppure Roma, capitale regionale oltre che italiana, invece di rivendicare un rapporto fecondo col territorio e con la sua economia rischia di perdere l'autobus dell'EmA (European Medicines Agency), l'Agenzia del Farmaco dell'Unione Europea che da sola vale oltre 150 posti di lavoro e un enorme valore aggiunto.

L'EmA è un autobus a due piani, visto che parte da Londra: qui l'Agenzia ha la sede attuale ma, dopo Brexit, dovrà traslocare. Perché non a Roma? Perché Milano sembra più veloce. Il governatore del Lazio, Nicola Zingaretti, l'altro giorno ha scritto una lettera al sindaco della Capitale, Virginia Raggi, per unire le forze. Ma la Raggi non ha risposto.

Un tentennamento che stride rispetto alla forza d'urto che Milano ha già messo in campo con un blitz a Londra che il neosindaco meneghino, Giuseppe Sala, ha già messo a segno sei giorni fa.

ESITAZIONI

Ieri anche il premier Matteo Renzi è stato a Milano per ragionare su come portare in Italia oltre all'EmA, anche l'Autorità bancaria europea. E pure il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, si è schierata con Milano. Nella sua lettera Zingaretti diceva alla Raggi: «Le chiedo di poter esercitare un'azione congiunta presentando un dossier al governo italiano ed alle autorità europee per sostenere tale prestigiosa iniziativa», vale a dire la scelta di Roma come sede dell'EmA. Risposte? Zero. Dall'entourage del sindaco di Roma è stato fatto sapere: la Raggi è d'accordo ma ora è impegnata su altre emergenze.

Intanto un altro neosindaco laziale, Damiano Coletta anch'egli eletto il 19 giugno a Latina, ha deciso di farsi avanti. La provincia pontina vanta una propria specializzazione nella farmaceutica, con 5.000 addetti e un export di medicinali di oltre 5,3 miliardi di euro. Così se la Capitale non si muove, Latina decide di giocare di anticipo come terzo incomodo nel duello Roma-Milano. E lo fa anche coordinandosi. Il senatore Pd di Latina, Claudio Moscardelli, l'ha sottolineato in modo chiaro: «Il nostro territorio ha le carte in regola per partecipare alla sfida».

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il dibattito Il premier ieri: «Sto lavorando con Milano per la sede dell'EMA

Agenzia del Farmaco, Renzi gela il capoluogo

Carlo Scarchilli



Il presidente del Consorzio industriale scrive a Zingaretti: l'EMA a Latina

Le parole del presidente del Consiglio non fermano l'attivismo pontino. L'idea lanciata da Moscardelli, convince

LA STORIA

TONJORTOLEVA

«Stiamo provando con Beppe Sala a portare a Milano un po' di istituzioni finanziarie che sono a Londra» come l'Eba (Autorità bancaria europea) e l'Agenzia europea per i medicinali (Ema). Il premier Matteo Renzi gela le speranze pontine per l'istituzione del farmaco. Ma la proposta lanciata due giorni fa dal senatore del Pd Claudio Moscardelli continua a raccogliere sostegni istitu-

zionali.

Ieri è stata la volta del presidente della Provincia e sindaco di Cisterna Eleonora Della Penna che ha addirittura proposto una sede. «L'opportunità di ospitare l'Agenzia Europea del Farmaco – afferma il sindaco Della Penna – deve essere percorsa con determinazione fino in fondo. Il nord della provincia di Latina vanta tutti i titoli e le caratteristiche per poter accettare e vincere questa sfida sia perché è al primo posto per volumi di produzione e di export nel settore farmaceutico, ma anche per essere crocevia in un sistema viario consolidato. Cisterna, purtroppo, ha numerosi siti industriali dismessi e uno di questi potrebbe essere quello giusto per ospitare l'EMA».

Il presidente del Consorzio per lo Sviluppo Industriale Roma-Latina, Carlo Scarchilli, ha invece scritto ieri al presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, per esprimere sostegno all'iniziativa

che propone il nostro territorio come sede dell'Agenzia europea del Farmaco. «Il nostro territorio ospita uno dei poli farmaceutici più importanti del Paese. Esiste, inoltre, una cornice normativa specifica rappresentata dalla legge 36 che, abbinata alle funzioni che la norma ci riconosce, può rappresentare un indubbio vantaggio competitivo nella auspicata ipotesi di ospitare nel Lazio l'EMA, vista la presenza di decine di siti industriali dismessi dalle proporzioni enormi ed in stato di totale abbandono. A questo si aggiungano anche le particolari caratteristiche logistiche ed infrastrutturali che configurano questo quadrante del Lazio come uno dei contesti territoriali a più elevato valore aggiunto in termini di collegamenti materiali (si pensi alla Nuova Pontina) ed immateriali (Banda larga di diretta gestione consortile)». ●



Sopra l'attuale sede londinese dell'EMA. A sinistra il premier Matteo Renzi.



Dir. Resp.: Maurizio Molinari

GENETICA

È nel Dna la storia prima della storia

ARCOVIO PAGINA 37

La nostra storia prima della storia: “Io la scopro nel Dna più antico”

Dagli australopitechi ai Sapiens, tante avventure inattese

Olga Rickards
Antropologa
RUOLO: DIRIGE IL CENTRO
DI ANTROPOLOGIA MOLECOLARE
PER LO STUDIO DELL'«aDna»
DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA
TOR VERGATA



VALENTINA ARCOVIO

«**G**razie ai progressi nello studio del Dna antico e nella biologia molecolare possiamo cogliere l'evoluzione con le mani nel sacco proprio mentre sta operando e riscrivere la storia dell'uomo e dei suoi antenati». È contagioso l'entusiasmo di Olga Rickards, scienziata a capo del Centro di antropologia molecolare per lo studio del cosiddetto «aDna» dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, dove si estrae e si analizza solo ed esclusivamente il Dna di epoche remote. Per mettere piede in questo «santuario dell'antropologia» tutto deve essere sterilizzato. «Qui si entra solo se si indossano tuta, guanti, cuffietta e mascherina», dice Rickards. E - aggiunge - «è vietato parlare, perché non si può correre il rischio di contaminare con Dna moderno i preziosissimi campioni che vengono analizzati».

Come si estraggono quelle anti-

che tracce biologiche?

«Ci sono diverse tecniche di estrazione. Tuttavia, spesso facciamo qualche test meno costoso per verificare se i campioni scheletrici siano in un buono stato di conservazione prima del recupero del

Dna stesso. Per esempio, procediamo prima con l'estrazione del collagene dalle ossa: se è scarso, significa che probabilmente ci sono basse probabilità di ottenere «aDna» analizzabile. Di recente è stato scoperto che si riesce a ottenere Dna di alta qualità e in abbondanza a partire da un distretto anatomico particolare, la «rocca petrosa». È una porzione di osso temporale molto dura. O ci concentriamo sui denti».

Quanto se ne ottiene?

«A parte casi eccezionali, la quantità è spesso minima: mediamente da 1 grammo di tessuto si possono ottenere da 1 a 100 milligrammi di Dna. Inoltre, il Dna antico risulta degradato e di solito si recuperano frammenti lunghi da 50 a 60 nucleotidi, i mattoni che compongono il materiale genetico. Ma grazie alle tecnologie di «next generation sequencing» siamo in grado di produrre in modo rapido ed efficiente sequenze di «aDna» e di monitorare la contaminazione».

Che tipo di informazioni si celano dietro queste piccole sequenze di Dna antico?

«Moltissime. Di recente, per esempio, dall'analisi del genoma mitocondriale di reperti

umani ritrovati nell'area megalitica di Saint-Martin de Corleans ad Aosta, siamo riusciti a risalire all'aplogruppo di appartenenza delle varie sequenze e alla loro probabile origine geografica. Poiché ogni individuo eredita i mitocondri solo dalla propria madre è così possibile ricostruire la storia al femminile e, nel caso specifico, abbiamo confermato che nell'Età del Bronzo tribù provenienti dal Caucaso sono passate anche da Aosta».

Oltre alle migrazioni dell'uomo, quali altre informazioni cela il Dna antico?

«La storia evolutiva delle specie. Per esempio, dal sequenziamento del genoma dell'uomo di Neanderthal si è scoperto che l'Homo sapiens proveniente dall'Africa non ha sostituito i cugini neanderthaliani nell'Eurasia occidentale, ma che c'è stato un mescolamento: sono state riscontrate tracce di Dna di Neanderthal nelle popolazioni attuali dei continenti asiatico ed europeo, nonché tracce del nostro genoma in un neanderthaliano».

Dal Dna antico è possibile risalire all'aspetto e alle abitudini di una popolazione?

«Grazie al Dna possiamo risalire alle caratteristiche fenotipiche dei popoli del passato, cioè al colore della pelle, degli



occhi e dei capelli. Possiamo anche sapere, da un solo frammento di ossa, se ci sono state malattie genetiche e risalire ai rapporti di parentela e al sesso degli individui. Ma nulla riguardo alle abitudini. Per queste si studiano altre biomolecole. Per esempio, attraverso l'analisi degli isotopi stabili dello stronzio dai denti degli australopitechi e dei parantropi dell'Africa, si è scoperto che i maschi erano sedentari, mentre le femmine tendevano a essere più mobili».

Quali sono oggi i filoni di ricerca di maggior interesse?

«Anche se abbiamo rivoluzionato la storia dell'evoluzione dell'uomo non siamo che all'inizio. Ci sono ancora molti misteri da risolvere. Lo studio del Dna antico potrebbe riservarci molte altre sorprese».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Una terapia di gruppo al Centro terapeutico Bad Bachgart di Rodengo (Bz) specializzato in dipendenze da gioco d'azzardo.

Il gioco d'azzardo è la nuova eroina

Gratta e vinci, videopoker, slot machine. All'inizio sono solo un divertimento. Poi diventano un modo per dimenticare la noia e scaricare le frustrazioni. Alla fine si trasformano in una vera malattia: la ludopatia. Che colpisce sempre più le donne e i ragazzi

di Isabella Colombo

A 16 anni si piazzano per ore davanti alle slot machine con facce ipnotizzate e sospiri di rassegnazione. Nonostante i divieti ai minori, sono saliti al 42%, dal 39 di qualche anno fa, gli adolescenti italiani affascinati dall'azzardo. Il 7% di loro gioca addirittura tutti i giorni. La nuova eroina si chiama videolottery, poker online o Gratta e vinci, denuncia uno studio del Cnr, il Centro nazionale delle ricerche. «I meccanismi sono uguali perché il gioco attiva gli stessi recettori cerebrali stimolati dalle droghe. La differenza è che a far scattare la dipendenza non è una sostanza ma la dinamica ripetuta di un comportamento gratificante» spiega Maurizio Fea, psichiatra di FederSerd, la Federazione dei servizi sanitari per le dipendenze patologiche, gli exSert, quelli che prima curavano solo chi aveva problemi di droga (www.federserd.it). «Il

percorso è uguale per tutti: la prima volta giocano per divertirsi, poi si accorgono che davanti al video dimenticano noia e frustrazioni, così l'atto di scommettere, comprare un coupon o spingere una leva diventa piacevole, atteso, sperato e presto ossessivo e patologico. Il problema è che le opportunità di gioco, con la diffusione di Internet, aumentano a dismisura. E in proporzione anche i giocatori che si ammalano di ludopatia». Si tratta di un pubblico variegato e trasversale. Oltre al numero di adolescenti a rischio, fa paura quello degli anziani che sperano la pensione (quasi un quinto soffre di dipendenza, secondo l'Auser, Associazione per l'invecchiamento attivo). E l'Associazione nuove dipendenze denuncia che tra i giocatori patologici le donne sono oltre un terzo. Come se ne esce? Come dalla droga: con terapie psicologiche, cure residenziali, supporti medici. ➔



PERCHÉ LEGGERE QUESTO ARTICOLO

Sono almeno 900.000 gli italiani "malati" di gioco d'azzardo. Nel 2015 hanno speso 25 miliardi di euro in slot machine. Quelli che hanno giocato almeno una volta nell'ultimo anno sono 16 milioni (fonte: ministero della Sanità).

L'Italia stampa un quinto dei Gratta e vinci del mondo e ha il record di slot machine: circa 416.000, cioè 1 ogni 143 abitanti (fonte: Cnr).



Le testimonianze

1 IL GIOCATTORE

«Invece di andare a casa dai miei bambini, passavo ore al bar davanti alle slot machine»

Le giocatrici spesso sono figure insospettabili, come Isabella S., 46 anni, responsabile vendite in un ipermercato, sposata e mamma di due bambini di 10 e 12 anni. Ne è uscita grazie alla comunità terapeutica Pluto di Reggio Emilia che fa parte del Conagga, il Coordinamento nazionale gruppi per giocatori d'azzardo. «Durante una pausa di lavoro, 7 anni fa, inserii per caso in una macchinetta il resto di un acquisto al bar. Non sapevo neanche come funzionasse, così premetti a caso. Vinsi 68 euro: il suono delle monetine che cadevano fu un'emozione fatale. Ebbi l'impressione di aver trovato una sorta di lampada di Aladino, mi sentii persino stupida per non averlo fatto prima. Mi appassionai subito, durante le pause mi fiondavo alle macchinette: i battibecchi al lavoro con il capo, i nervosismi con mio marito e le fatiche con i figli sparivano d'un colpo. Così, invece di correre a casa dai bambini, inventavo qualche scusa e tornavo al bar anche dopo la fine del turno. Ho allontanato chi mi faceva notare che stavo esagerando, preso dei "prestiti" dalle casse del supermercato, speso tutti i risparmi. Mio marito sospettava che avessi un amante così un giorno mi ha seguita di nascosto e ha scoperto la verità. Grazie al suo aiuto ho cominciato a curarmi in comunità: la terapia mi ha fatto capire molto di me e delle insoddisfazioni che il gioco andava a coprire. Questa consapevolezza è già una cura: ho fatto leva sulla cose belle intorno a me per trovare la forza di volontà necessaria a uscire dal tunnel».

2 IL FAMILIARE

«È stata dura, poi ho capito che mio figlio non ha un vizio, ma una vera malattia»

Per ogni persona schiava del gioco c'è una famiglia che soffre. Alcuni centri di riabilitazione, come il San Nicola in provincia di Ancona, prendono in carico anche coniugi e genitori. Tra loro c'è Fabrizio F., 54enne, papà di Carlo, un ragazzo di 26 anni che gioca da quando ne aveva 16. «Io e mia moglie lavoravamo, i soldi non sono mai mancati. Se Carlo prendeva 2 euro e li giocava al bar sottocasa non ce ne accorgevamo. Crescendo, si è fatto la sua vita e sembrava tranquillo. Così quando 3 anni fa, sommerso dai debiti e disperato, ci ha chiesto aiuto, è stato un fulmine a ciel sereno. La botta, per me che lottavo anche contro un tumore, è stata tremenda. Le prime sedute con lo psicoterapeuta del Centro San Nicola sono servite per farmi capire che mio figlio non era preda di un vizio: era proprio malato. È difficile accettare che la dipendenza da gioco sia una patologia vera e propria, quindi non si sa come prenderla. Così era per me. Mi hanno insegnato come sostenere dal punto di vista psicologico e pratico mio figlio, come tenerlo lontano dai soldi e dalle tentazioni. Per esempio, hanno suggerito di cointestare il suo conto corrente anche a me e mia moglie e di tenere insieme a lui un diario quotidiano delle sue spese. Oggi Carlo sta bene, ma continuiamo a frequentare insieme i gruppi di auto aiuto coordinati dallo psicologo: ci scambiamo i suggerimenti per gestire i rischi di eventuali ricadute».

La terapia necessaria per guarire

«L'unica soluzione efficace contro la dipendenza da gioco d'azzardo per adesso è la terapia cognitivo comportamentale utilizzata nei Serd e nei centri residenziali di riabilitazione» spiega lo psichiatra Maurizio Fea. «Agisce sugli errori cognitivi, come la convinzione che se esce il nero 4 volte dopo tocca di certo al rosso. E su quelli del comportamento, come la molla che scatta quando si passa davanti a una slot machine con dei soldi in tasca».

Attenzione all'azzardo passivo

È un fenomeno paragonabile a quello del fumo passivo. Colpisce i ragazzi nelle famiglie dove il problema del gioco d'azzardo riguarda genitori, nonni, fratelli maggiori. Oltre a vivere spesso in una situazione di trascuratezza psicologica e materiale, questi giovani sono esposti al rischio di ammalarsi per imitazione.

Martedì 12 LUGLIO 2016

Riconoscimento internazionale dell'Ocse per l'Osservatorio delle buone pratiche di Agenas

Una "buona pratica" da emulare per la promozione della sicurezza dei pazienti. E' questo il riconoscimento alla nostra agenzia inserito nel rapporto relativo alla Revisione della Qualità dell'Assistenza del Messico elaborato da un pool di esperti dell'Ocse. L'organismo internazionale valorizza, in particolare, la ratio e la capacità dell'Osservatorio di coinvolgere tutti gli stakeholder

L'Osservatorio per le buone pratiche sulla sicurezza del paziente di Agenas, una "buona pratica" da emulare per la promozione della sicurezza dei pazienti. È il riconoscimento inserito nel rapporto relativo alla Revisione della Qualità dell'Assistenza del Messico elaborato da un pool di esperti dell'Ocse - Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico.

L'organismo internazionale valorizza, in particolare, la ratio e la capacità dell'Osservatorio di coinvolgere tutti gli stakeholder: istituzioni centrali (Ministero della Salute e Agenas), Regioni, aziende e professionisti sanitari, che a diverso titolo possono offrire il proprio contributo a supporto della qualità e sicurezza delle cure, attraverso l'individuazione, il trasferimento e la condivisione delle migliori esperienze.

"Il riconoscimento internazionale - dichiara **Francesco Bevere**, Direttore Generale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali - è un'ulteriore testimonianza del ruolo di Agenas, e in particolare dell'Osservatorio, come soggetto facilitatore di rete e di scambio di buone pratiche e conoscenze virtuose. L'Osservatorio, fin dalla sua istituzione nel 2008, si è rivelato utile nel consentire ai sistemi regionali di apprendere dalle esperienze altrui per migliorare i propri servizi; un luogo "virtuale" di incontro di iniziative, strumenti e modelli elaborati ai diversi livelli istituzionali con l'obiettivo di "mettere a sistema" le singole esperienze positive. Attraverso l'Osservatorio, Agenas vuole contribuire a valorizzare le esperienze positive di cui sono protagonisti gli operatori sanitari che quotidianamente, nel più assoluto anonimato e con zelo, lavorano a rendere migliore e più sicuro il nostro sistema sanitario".

MEDICINA

I super-batteri che imparano a diventare invulnerabili

BANFI PAGINA 38

Il segreto del super-batterio che "insegna" l'invulnerabilità

Un'infezione da Escherichia svela i punti deboli degli antibiotici

**Laura
Pagani**
Microbiologa

RUOLO: È PROFESSORESSA
ALL'UNIVERSITÀ DI PAVIA
E CONSIGLIERE DELL'AMCLI,
L'ASSOCIAZIONE MICROBIOLOGI



DANIELE BANFI

«**T**errore per il super-batterio resistente a tutti gli antibiotici». È così che era stata annunciata, qualche settimana fa, la scoperta di un microrganismo impossibile da debellare. La verità, però, sta nel mezzo: il batterio, pur non rispondendo ad alcuni antibiotici come la colistina, risultava sensibile ai carbapenemi. La novità che ha fatto allarmare gli esperti è semmai il meccanismo con cui si è generata la resistenza, potenzialmente «trasferibile» ad altre specie batteriche. Se ciò avvenisse - evento al momento raro - saremmo davvero di fronte ad una resistenza «straordinaria».

A scatenare le paure è stata una ricerca, pubblicata su «Antimicrobial Agents and Chemotherapy» da un gruppo del Walter Reed National Military Medical Center del

Maryland, in cui si descriveva l'identificazione - per la prima volta negli Usa, ma non nel mondo - di un'infezione da Escherichia coli in una paziente resistente alle tradizionali terapie. «In questi casi di infezione da patogeni multiresistenti - spiega Laura Pagani, microbiologa dell'Università di Pavia e consigliere dell'Associazione microbiologi

italiani - si saggiano in laboratorio anche antibiotici come la colistina, utilizzata solo in caso di fallimenti precedenti. In questo caso, però, la molecola non ha dimostrato alcun effetto. Presumibilmente si è quindi resa necessaria la somministrazione di antibiotici come i carbapenemi: questi mostravano di essere efficaci sul ceppo e hanno portato alla risoluzione dell'infezione».

Perché allora l'ondata di panico? Proprio per la straordinaria difficoltà nel combattere ceppi di Escherichia coli come questo i ricercatori Usa hanno voluto indagare a fondo: analizzando geneticamente le colture del microrganismo, si è scoperto che la resistenza alla colistina era data dal gene Mcr-1 in un plasmide, un filamento circolare di Dna non incluso nel cromosoma del batterio, ma libero di circolare e di essere trasmesso da microrganismo a microrganismo. «La presenza di Mcr-1 non è una novità assoluta e già all'inizio dell'anno erano stati

isolati in Asia, e in Europa, alcuni casi di resistenza attraverso questo meccanismo. Ciò che deve preoccupare - continua la specialista - è la modalità con cui è stata acquisita l'informazione che genera la resistenza. I batteri, infatti, grazie ai plasmidi, possono passarsi informazioni e, dunque, un microrganismo «insegna» a un altro come diventare resistente. Ciò può avvenire anche tra batteri di specie differenti. Il vero problema si verificherebbe se Mcr-1 venisse trasmesso ai microrganismi già resistenti a diverse combinazioni di antibiotici». E qualcosa, probabilmente, sta avvenendo: nei giorni scorsi, a Firenze, è stata isolata un'ulteriore variante del gene Mcr-1 in Klebsiella pneumoniae, batterio notoriamente resistente alla classe dei carbapenemi.

Ecco perché non si deve abbassare la guardia nei confronti di un problema - la resistenza - che rischia di trasformarsi in una delle principali cause di morte negli ospedali. Le contromisure sono molte: «Fondamentale - conclude Pagani - è l'appropriatezza terapeutica. Per questo bisogna sviluppare nuovi test che evitino la somministrazione inutile di antibiotici».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

