



RASSEGNA STAMPA

14-07-2016

1. HEALTH DESK Genitori dopo il cancro: la rete dei centri per preservare la fertilità
2. QUOTIDIANO SANITÀ Cancro della laringe. Con la chirurgia aumenta la sopravvivenza
3. DOCTOR 33 Cancro prostatico: ecco i geni che ne aumentano il rischio
4. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Melanoma, la prevenzione comincia dai nei
5. POPOLAR SCIENCE Tumori: con statine -50% di rischio di morte
6. PHARMA KRONOS 10 sfide per l'oncologia di precisione, Manifesto a Roma
7. AVVENIRE «Comitati etici, no a un'autorità unica»
8. QUOTIDIANO SANITÀ I primi “mille giorni” di vita fondamentali per prevenzione precoce malattie non trasmissibili
9. PANORAMA.IT Il cerotto hi-tech che protegge dal sole
10. CORRIERE DELLA SERA Cannabis, la prima legge alla Camera
11. HEALTH DESK Le mutazioni genetiche non sono una condanna alla malattia
12. ILSOLE24ORE.COM Rinnovi contrattuali, De Filippo: «La sanità è pronta a partire per prima»
13. QUOTIDIANO SANITÀ “Sinergia tra medici e farmacisti è decisiva per futuro Ssn”. Snam e Assofarm al lavoro su protocollo d'azione comune
14. LIBERO QUOTIDIANO Mamma vegana, papà no Sul figlio decide il giudice

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

Genitori dopo il cancro: la rete dei centri per preservare la fertilità

«Il desiderio di diventare genitori dopo la malattia è stato per troppo tempo sottovalutato». Per Paolo Scollo, presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetrica (Sigo), è arrivato il momento di cambiare le cose e mettere a disposizione dei malati oncologici tutte le strategie mediche per preservare la fertilità. A seguirlo su questa strada sono i membri dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) e della Società Italiana di Endocrinologia (Sie) che hanno appena firmato le Raccomandazioni sull'Oncofertilità, un documento, indirizzato alle istituzioni, che indica gli interventi necessari per dare agli 8 mila cittadini under 40 (5.000 donne e 3.000 uomini) colpiti da tumore ogni anno la speranza di poter diventare genitori.

I firmatari delle Raccomandazioni propongono di istituire in ogni Regione almeno un centro di riferimento che ospita 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 - dice Scollo - 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».

Le principali tecniche di preservazione della fertilità nella donna sono costituite dalla crioconservazione degli ovociti o del tessuto ovarico e dalle terapie farmacologiche per proteggere le ovaie, mentre nell'uomo dal congelamento del seme o del tessuto testicolare. Il materiale biologico può rimanere crioconservato per anni ed essere utilizzato quando il paziente ha superato la malattia. Attualmente del 10 per cento delle donne che hanno avuto una diagnosi di tumore accede a una delle tecniche di preservazione della fertilità. 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». Attualmente meno del 10 per cento delle donne che hanno avuto una diagnosi di tumore accede a una delle tecniche di preservazione della fertilità. I numeri sono leggermente superiori per gli uomini, ma ancora è troppo poco.

Mercoledì 13 LUGLIO 2016

Cancro della laringe. Con la chirurgia aumenta la sopravvivenza

Fra i pazienti con carcinoma a cellule squamose a livello della laringe la sopravvivenza sarebbe maggiore in chi si sottopone a intervento chirurgico. A evidenziarlo è uno studio pubblicato su JAMA Otolaryngology Head and Neck Surgery.

(Reuters Health) - Fra i pazienti con carcinoma a cellule squamose a livello della laringe la sopravvivenza sarebbe maggiore in chi si sottopone a intervento chirurgico. A evidenziarlo è uno studio pubblicato su JAMA Otolaryngology Head and Neck Surgery. Le opzioni terapeutiche per chi soffre di questa forma tumorale sono la chirurgia, con o senza trattamento adiuvante, e un trattamento non chirurgico, compresa la chemio-radioterapia. "Il nostro obiettivo è stato valutare la sopravvivenza con le due opzioni terapeutiche", ha spiegato il coordinatore dello studio, Jay Piccirillo, dell'University of Washington School of Medicine di Saint Louis, in Missouri.

Lo studio

Il principale scopo della terapia è curare il cancro e preservare la funzionalità della laringe, mantenendo la capacità di parlare in modo comprensibile e di deglutire o respirare senza l'utilizzo di particolari apparecchiature. I ricercatori americani hanno valutato 487 pazienti con carcinoma a cellule squamose a livello della laringe diagnosticato tra il 1992 e il 2010. Il 36% dei pazienti che non si è sottoposto a intervento chirurgico è sopravvissuto oltre cinque anni dalla diagnosi, contro il 41% di chi ha subito un intervento e il 41% di chi ha subito l'intervento e un trattamento adiuvante. Inoltre, la dipendenza dalla sonda naso-gastrica è stata maggiore tra i pazienti che si sono sottoposti a chirurgia e a intervento adiuvante, mentre la tracheotomia per respirare è stata più diffusa tra chi si è sottoposto a chemio-radioterapia, il 37% dei pazienti. "Dal momento che questo è uno studio osservazionale, e non un trial clinico randomizzato, i risultati hanno bisogno di ricerche più approfondite", ha sottolineato Piccirillo.

Fonte: JAMA Otolaryngology Head and Neck Surgery 2016

Marilynn Larkin

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

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

Cancro prostatico: ecco i geni che ne aumentano il rischio



Oltre il 10% degli uomini con cancro prostatico avanzato ha una mutazione ereditaria a carico dei geni coinvolti nella riparazione dei danni al Dna, secondo uno studio pubblicato sul *New England Journal of Medicine* e coordinato da Peter Nelson del Fred Hutchinson Cancer Research Center di Seattle. «Nei pazienti affetti da cancro alla prostata i test genetici potrebbero identificare gli individui potenzialmente responsivi a terapie che hanno come bersaglio i geni danneggiati» scrivono gli autori del trial, cui hanno preso parte 692 uomini con cancro alla prostata metastatico nei quali è stato analizzato un gruppo di 20 geni noti per avere un ruolo nella riparazione del Dna.

«E i risultati ottenuti indicano che il 12% dei partecipanti ha almeno una mutazione ereditaria in uno dei geni esaminati» sottolinea il ricercatore. In particolare le mutazioni sono state individuate in 16 geni, e in cima alla lista in ordine di frequenza, con il 5%, risulta una mutazione a carico del gene BRCA2. La stessa che, nelle donne, aumenta il rischio di cancro al seno. Con percentuali minori, ma pur sempre significative, seguono le mutazioni dei geni CHEK2 e ATM rispettivamente con l'1,9% e l'1,6%. In fondo alla lista, infine, si trovano le mutazioni di BRCA1 (0,9%), RAD51d (0,4%) e PALB2 (0,4%). Gli autori ipotizzano che i geni mutati possano modificare il rischio di cancro anche negli altri familiari del malato, e che per questo convenga sottoporre anche i parenti di primo grado al test sulle

mutazioni di BRCA2. «Effettuare il test genetico anche sugli uomini potrebbe aiutare a identificare meglio il cancro alla prostata, portando a diagnosi precoci e terapie più tempestive» riprendono gli autori, ricordando a questo proposito una nuova classe di farmaci, gli inibitori Parp, Poli-ADP-ribosio-polimerasi. «L'attivazione di Parp è alla base del fenomeno di resistenza dei tumori alla chemioterapia» spiega Nelson. E conclude: «Inattivando Parp si accumulano nel nucleo delle cellule frammenti danneggiati di Dna, con conseguente arresto della crescita e della divisione cellulare, fino ad arrivare alla morte delle cellule neoplastiche».

BARI ONCOLOGI E DERMATOLOGI DI TUTTA ITALIA SI SONO CONFRONTATI SULLA DIAGNOSI DEI LINFONODI

Melanoma, la prevenzione comincia dai nei ma occhio anche all'esposizione al sole

Prima giornata del convegno dedicato al carcinoma della mammella

● **BARI.** Campagna «sole per amico» promossa dalla Regione per evitare che esso divenga killer ad iniziare dalla cute dove, sollecitato, potrebbe impiantarsi un melanoma, «tumore che, fino a poco tempo fa – dice il dr Gennaro Palmiotti, direttore Oncologia del “Di Venere” che ha organizzato, a Bari, un convegno “focus sul carcinoma della mammella e sul melanoma – raramente perdonava. Oggi, l’orizzonte è mutato grazie ad affinamento diagnostico ed a rivoluzionarie armi terapeutiche (biologiche e immunologiche)».

Ma il primo gradino è la prevenzione e questa – hanno detto il dr Pasquale Pedote (ASL Brindisi) e Claudia Casulli (dermatologia, Bari) – si è mostrata particolarmente efficace originando cambiamenti di comportamenti scorretti se suggerita adeguatamente a scolari delle scuole elementari, più propensi ad adeguarsi. Risponde meno nei più grandi che devono cambiare abitudini già consolidate.

Pedote e la dr Lucia Lospalluti auspicano un'alleanza proficua medici dermatologi ed Uffici scolastici per una sfida da lanciare. Un neo può essere di bellezza ma, a volte, esso potrebbe nascondere una malignità che – ha detto la dr Claudia Consoli – può essere svelata precocemente da un esame non invasivo (mappatura con dermatoscopia) che registra eventuali anomalie, le memorizza e può compararle in successivi controlli.

Perfeziona la metodica, la microscopia confocale che analizza i minimi particolari (dr Stefania Guida, università, Modena).

Il melanoma – ha detto il prof. Ernesto Bonifazi, dermatologia, policlinico, Bari) – può presentarsi persino nel bambino e ci sono parametri cui rifarsi per valutarlo e trattarlo. Il melanoma può essere asportato chirurgicamente rispettando – ha detto il dr

Corrado Minervini (dir. Chirurgia plastica, San Paolo, Bari) – criteri precisi. Importante chiedere lumi al linfonodo

detto sentinella perché lo si asporta per verificarne l'integrità. «Una procedura essenziale – ha detto il dr Andrea Armenio (chirurgia plastica ist. oncologico, Bari) – che fa capire lo stadio della

malattia ed evita asportazioni e mutilazioni inutili di catene linfonodali». Queste, però, in caso di positività

dell'esame del nodulo, siano radicali e – ha detto il dr Leonardo Vincenti (dir. Chirurgia osp. Policlinico, Bari) – sono

predittive sull'evoluzione del melanoma. La terapia medica – ha detto il dr Michele Guida, (responsabile settore melanoma dell'oncologico di Bari) – ha sovvertito i precedenti insuccessi. Farmaci biologici e immunoterapici hanno consentito sopravvivenze e qualità di vita in larga percentuale di malati, sinora anche di sette anni.

Il Form continua oggi (ore 9). Sarà affrontato il tema Carcinoma della mammella con novità di estremo interesse.

Nicola Simonetti



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

Tumori: con statine -50% di rischio di morte



Verrebbe da dire che a volte avere il colesterolo alto potrebbe non essere uno svantaggio. Le statine, i farmaci usati per abbassarlo, infatti, potrebbero ridurre fino a quasi il 50%, il rischio di morte per quattro tra i tumori più comuni, quello della prostata, del seno, dell'intestino e del polmone. A rivelarlo sono i ricercatori dell'Ashton University di Birmingham, in uno studio presentato al congresso della Società europea di cardiologia da poco terminato a Firenze.

Lo studio

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 uno degli autori – 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'aver 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".



adnkronos
salute

○ 14 luglio 2016
○ NUMERO 129 | ○ ANNO 10

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Questo l'intento del Progetto Next10

10 sfide per l'oncologia di precisione, Manifesto a Roma

Dieci sfide e opportunità che caratterizzeranno nei prossimi 10 anni l'oncologia di precisione. Questo l'intento del Progetto Next10, che ha preso vita nel 2014 grazie al contributo di un team multidisciplinare di esperti e al supporto di Novartis, e che presenta a Roma il Manifesto sull'oncologia di precisione. "La medicina di precisione rappresenta un nuovo approccio alla malattia - afferma Francesco Perrone, oncologo dell'Istituto nazionale tumori di Napoli - che consente di valutare dati provenienti da analisi molecolari (cellulare, genomica e biochimica), integrati con criteri clinico-patologici consolidati, per orientare le decisioni mediche e fornire così strategie terapeutiche mirate alle caratteristiche di ogni singolo paziente". "Le nuove conoscenze biomediche, come ad esempio le mutazioni nei geni delle cellule tumorali, possono così essere integrate con i più

recenti avanzamenti tecnologici, come le analisi di grandi banche dati biologiche e cliniche", spiega. Oggi la rivoluzione è segnata proprio dalle prospettive offerte dalle recenti tecnologie che rendono disponibili mezzi computazionali per l'analisi dei Big data. In particolare, nell'ambito della ricerca di base e clinica in campo oncologico, è in corso una rivoluzione nel modo di pensare il cancro, rappresentata dall'oncologia di precisione. La malattia si sviluppa e progredisce diversamente in ogni persona, a partire anche da diverse mutazioni genetiche all'origine, e un nuovo approccio alla diagnosi, prognosi e al trattamento che tenga conto di queste differenze è oggi possibile, dicono gli esperti. Questa rivoluzione pone però delle grandi sfide non solo di tipo strettamente scientifico, che riguardano prima di tutti i pazienti, come emerge dai primi due punti del Manifesto, ovvero:

mantenere centrale il rapporto umano con il paziente, evitando che venga identificato con le sue mutazioni; non dare false speranze, perché a oggi la tecnologia e il sistema organizzativo della sanità non consentono di alimentare aspettative realistiche per tutti i pazienti. Ma qual è il grado di conoscenza del pubblico e dei pazienti? La survey condotta da GfK Eurisko ha recentemente rilevato un generale disorientamento. "Di medicina di precisione si sa poco, quasi nulla - precisa Paolo Anselmi, GfK Eurisko - A partire da queste e altre rilevazioni, si è compreso il grande bisogno informativo sul tema e la conseguente e necessaria importanza di intraprendere un percorso che favorisca la formazione di una cultura vera e propria attorno alla medicina di precisione".

Margherita Lopes



«Comitati etici, no a un'autorità unica»

NEWS

«**N**o a un comitato etico unico, sì a un centro coordinatore con carattere di terzietà, ragionevole riduzione dei comitati territoriali in funzione dell'attività svolta»: così il senatore Lucio Romano (gruppo Per le autonomie), vicepresidente della Commissione Politiche europee e membro della Commissione Sanità, ha sintetizzato martedì il convegno «Sperimentazione clinica di medicinali e comitati etici» sul recepimento del regolamento Ue 536/2014. È emersa l'ipotesi di «individuare una via italiana all'applicazione» della norma europea, «individuando soluzioni specifiche che tengano conto di conflitti di interesse e della terzietà».



Mercoledì 13 LUGLIO 2016

I primi “mille giorni” di vita fondamentali per prevenzione precoce malattie non trasmissibili

Ne discutono i pediatri della Sipps nella Consensus Help in programma oggi e domani a Napoli. Le malattie non trasmissibili rappresentano oggi il più rilevante problema sanitario sia dei Paesi ad economia avanzata che di quelli in via di sviluppo. Le “Non Communicable Diseases” (NCDs) comprendono malattie cardiovascolari, neoplasie, malattie respiratorie croniche, obesità, diabete di tipo 2, nonché alcune patologie renali e mentali.

C'è la Consensus Human Early Life Prevention (HELP) al centro della due giorni di lavoro che la Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS) organizza oggi e domani al Grand Hotel Paradiso nel capoluogo partenopeo. Un incontro nel corso del quale pediatri, ginecologi, neonatologi, genetisti, neurologi, allergologi, nutrizionisti e immunologi faranno il punto sul tema della prevenzione precoce delle malattie non trasmissibili e promozione dello sviluppo neurocognitivo.

Le malattie non trasmissibili rappresentano oggi il più rilevante problema sanitario sia dei Paesi ad economia avanzata che di quelli in via di sviluppo. Riconosciute nell'ambito della 66esima Assemblea Generale delle Nazioni Unite del 2011, le “Non Communicable Diseases” (NCDs) comprendono malattie cardiovascolari, neoplasie, malattie respiratorie croniche, obesità, diabete di tipo 2, nonché alcune patologie renali e mentali. La Regione Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) presenta il più alto carico di NCDs a livello mondiale. L'inquietante incremento della loro prevalenza rappresenta la sfida del 21° secolo, considerando l'impatto in termini di salute e di costi socio-economici.

Il documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità “WHO-Europe Action Plan 2012–2016” assegna un ruolo fondamentale a strumenti di sorveglianza in grado di fornire dati affidabili sui problemi di salute, i loro fattori di rischio e la diffusione delle misure di prevenzione. Il Final Report, pubblicato da OMS Europa e Unione europea nel 2015, evidenzia come il 75% di tutti i decessi in Europa siano attribuibili alle NCDs e come le stesse siano responsabili di oltre il 90% di decessi nel nostro Paese.

L'OMS ha formulato strategie globali finalizzate ad una riduzione entro il 2025 pari al 25% della mortalità prematura per malattie croniche, attraverso la copertura della popolazione con farmaci, tecnologie sanitarie e counselling, ma soprattutto con la riduzione dei principali, e determinanti, fattori di rischio delle NCDs.

I fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili possono essere così suddivisi:

Non modificabili: ne fanno parte globalizzazione, urbanizzazione, inquinamento, invecchiamento della popolazione, ecc

Modificabili: dell'elenco fanno parte dieta non corretta, fumo, abuso di alcol, ridotta attività fisica, ecc

Intermedi: sono riconducibili a sovrappeso/obesità, ipertensione arteriosa, dislipidemia aterogena, iperglicemia, ecc

Delle Malattie croniche non trasmissibili fanno parte alcune immunopatie: l'allergia mostra infatti specifiche e precoci vulnerabilità del sistema immunitario a fattori di rischio ambientali implicati nello sviluppo delle NCDs, patologie spesso mediate da percorsi immunitari.

Queste possono essere distinte in due categorie: ad esordio precoce e ad esordio più tardivo. Delle prime fanno parte l'allergia, l'asma bronchiale e alcune malattie autoimmuni. Nella seconda rientrano invece le malattie cardiovascolari, malattie metaboliche, le neoplasie e alcuni disordini neurodegenerativi.

“Le prime epoche della vita, compresa quella fase prenatale - spiega Giuseppe Di Mauro, Presidente della SIPPS - condizionano il futuro biologico dell'individuo. Malnutrizione, svantaggio socio-economico e precoci

esposizione avverse incrementano il rischio di scarsi risultati sociali, influenzano negativamente le capacità cognitive e la salute a medio e lungo termine. Un ambiente positivo deve innanzitutto garantire un'alimentazione adeguata, implementare processi relazionali, assicurare equità, opportunità e servizi socio-sanitari. In quest'ottica rientra la Consensus HELP, iniziativa che fa parte di un progetto globale su cui la Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale investe attivamente per sensibilizzare i Pediatri italiani su questa tematica cruciale".

"La Consensus HELP – aggiunge Vito Leonardo Miniello, docente di Nutrizione Pediatrica presso l'Università di Bari e vicepresidente nazionale della SIPPS – si sofferma sulla classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità delle più importanti malattie non trasmissibili: dai tumori al diabete mellito, dalle malattie respiratorie croniche fino alle patologie cardiovascolari. La Consensus HELP analizza le criticità e propone possibili interventi preventivi, finalizzati a rendere i primi '1.000 giorni di vita', finestra temporale che va dal concepimento al secondo anno di vita, una reale opportunità per il futuro dei bambini. La trattazione degli argomenti sarà suddivisa in cinque capitoli, uno per ogni fase critica, e si articolerà in una parte generale ed una parte con una serie di quesiti. Gli esperti affronteranno i seguenti argomenti: età fertile e concepimento, gravidanza, primo semestre di vita, secondo semestre di vita e 12-24 mesi".

"A Napoli – conclude Giampietro Chiamenti, Presidente della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) - getteremo le basi per le generazioni future e faremo prevenzione per cambiare la vita dell'adulto di domani. Ci confronteremo su numerosi altri argomenti: dall'obesità alla sindrome metabolica e agli inquinanti ambientali; dal neurosviluppo alla patologia respiratoria; dal sistema immunitario alle infezioni e vaccinazioni; dal fumo di tabacco agli inquinanti ambientali fino alle neoplasie e ai probiotici e all'importanza dell'allattamento materno. Spazio, inoltre, al sonno, all'alimentazione vegetariana e alle diete vegane, senza dimenticare temi estremamente delicati come alcool e droga".

Il cerotto hi-tech che protegge dal sole

«My UV Patch» aderisce come un tatuaggio e, dialogando con lo smartphone, avverte quando i raggi diventano dannosi.



LE REGOLE PER ABBRONZARSI SENZA LASCIARCI LA PELLE

• Applicare i solari fin dal mattino e rinnovare l'applicazione ogni due ore

• Non esporsi al sole per più di un'ora al giorno

• Usare la crema anche quando si è già abbronzati

• Non esporsi tra le 12 e le 16

• Asciugarsi bene dopo ogni bagno: l'effetto specchio delle goccioline favorisce i colpi di sole

• Ricordarsi che il sole colpisce anche quando c'è vento fresco o è nuvoloso

(Fonte: Centro diagnostico italiano)

Un cuore azzurro composto da tanti quadratini più chiari o scuri, sottile come un capello (appena 15 micron), aderente come un tatuaggio. Si chiama My UV Patch e l'hanno messo a punto nei laboratori di l'Oréal per proteggere meglio la pelle dai raggi solari.

Funziona in modo semplice ma efficace: fatto con componenti elettronici flessibili e resistenti all'acqua, si applica su qualunque parte del corpo e dura tre giorni (anche se ci si bagna); quando è esposto alla luce del sole, i suoi quadratini fotosensibili cambiano colore man mano che vengono colpiti dai raggi Uv (le radiazioni ultraviolette presenti anche con le nuvole). Il cerottino «parla» a una app sullo smartphone, avvisando quando, in base al proprio fototipo e alla località in cui ci si trova, l'esposizione ai raggi solari diventa eccessiva e rischia di fare danni. E in tal caso fornisce i consigli giusti. My Patch, presentato all'ultimo Ces (Consumers electronic show) a Las Vegas, è disponibile gratuitamente in un centinaio di farmacie italiane (l'elenco completo su www.saveyourskin.it).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I quadratini azzurri di My Uv Patch dell'Oréal cambiano colore quando l'esposizione è eccessiva.

Cannabis, la prima legge alla Camera

La proposta in Aula: consentiti 15 grammi in casa e 5 fuori. Il sì dell'Antimafia

di **Alessandra Arachi**

Quindici grammi di cannabis da tenere liberamente in casa, senza doverne rendere conto, cinque fuori casa. Il cosiddetto «testo Giachetti», adottato ieri dalle commissioni Giustizia e Affari sociali sarà all'esame dell'Aula di Montecitorio, ed è la prima volta che accade, lunedì 25 luglio. A favore della legalizzazione c'è il parere favorevole della Direzione nazionale antimafia. La proposta firmata da 294 tra deputati e senatori nasce per iniziativa del sottosegretario agli Esteri, Benedetto Della Vedova. Prevede anche la possibilità di autocoltivazione, fino a cinque piantine, finora completamente proibita.

à pagina 21

Coltivazione in casa e uso personale Il testo per legalizzare la cannabis

Le nuove norme il 25 luglio in Aula alla Camera. Il sì dei magistrati antimafia

Lo schieramento

La proposta è stata già sottoscritta da 221 deputati e 73 senatori di diversi partiti

ROMA Arriverà in Aula alla Camera il prossimo lunedì 25 luglio e sarà la prima volta che una legge sulla legalizzazione della cannabis varca quella faticosa soglia.

Ieri a Montecitorio le commissioni congiunte di Giustizia e Affari sociali hanno adottato il testo unico da portare in votazione ai deputati, il cosiddetto «testo Giachetti», sebbene quella proposta sia stata in realtà materialmente redatta da un folto intergruppo formato da deputati e senatori creato e coordinato dal sottosegretario agli Esteri Benedetto Della Vedova.

Come funzionerebbe la legge? Il testo in pillole cambia molto le attuali regole sulla detenzione della cannabis, partendo dal concetto di legalizzarla. E così sarà possibile tenere in casa fino a quindici grammi di cannabis senza dover chiedere il permesso a nessuno, né comunicare alcunché a enti e autorità. Se invece si sta in giro e non a casa la quantità lecita di possesso scende a cinque grammi. Si possono anche derogare questi limiti, ma l'importante in questo caso è dimostrare che il possesso di cannabis è per uso terapeutico e non ri-

creativo.

Particolare la regolamentazione relativa alla coltivazione (prevista nella legge all'articolo 1). O, meglio, l'autocoltivazione. Nella legge di oggi è completamente proibita, nel testo Giachetti si prevede la possibilità di coltivare fino a cinque piantine e anche quella di coltivarle in forma associata sul modello spagnolo dei «cannabis social club».

Spiega Daniele Farina, deputato di Sinistra italiana, relatore della legge per la commissione Giustizia: «Il cosiddetto cannabis social club è un tentativo di generare un monopolio attenuato. Si possono associare fino a cinquanta persone e possono essere anche pazienti che si uniscono tra loro».

Sia in forma associata sia in forma singola, l'autocoltivazione può cominciare dopo che si è data comunicazione all'Agenzia dei monopoli, valendo quindi la regola del silenzio-assenso.

Uno degli scopi principali di questa legge di legalizzazione è la lotta alla criminalità organizzata, ed è su questo punto che la Direzione nazionale antimafia si è espressa con un parere favorevole.

I magistrati hanno infatti prodotto un documento dove scrivono: «Questo ufficio esprime parere positivo per tutte le proposte di legge che mirano a legalizzare la coltiva-

zione, la lavorazione e la vendita della cannabis e dei suoi derivati».

Sono diversi mesi che l'intergruppo messo in piedi dal sottosegretario Della Vedova lavora a questa proposta di legge che — per la prima volta nella storia del nostro Paese — arriva in un'Aula del Parlamento per la votazione di un provvedimento che verso la cannabis si dimostra antiproibizionista e non repressivo.

«Per questa proposta di legge abbiamo raccolto le firme di 221 deputati e di 73 senatori», spiega il sottosegretario agli Esteri. E aggiunge: «Ma sono convinto che, al di là di chi ha già messo la sua firma, ci sono molti parlamentari che questa legge alla fine la voteranno: è il più grande colpo che si può dare alla mafia, alla criminalità organizzata».

Martedì 19 scadono i termini per la presentazione degli emendamenti e dopo nemmeno una settimana il provvedimento sarà all'attenzione dell'emiciclo di Montecitorio.

Alessandra Arachi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

Le mutazioni genetiche non sono una condanna alla malattia

Esistono eccezioni alle malattie genetiche: alcune persone hanno una mutazione genetica ma non la malattia associata. Una sorta di immunità? Non si sa, perché non possiamo sapere chi sono i fortunati

Le persone portatrici di determinate mutazioni genetiche soffrono di malattie che possono essere anche gravi, come la fibrosi cistica. Ora però si è scoperto che, contrariamente a quanto si pensava, la regola non vale sempre: in rari casi, una persona può essere in salute anche in presenza della mutazione responsabile di una malattia genetica grave.

Lo dimostra uno **studio** pubblicato recentemente sulla rivista *Nature Biotechnology* da un gruppo di ricercatori americani, cinesi, svedesi e canadesi. La ricerca si è concentrata sulle malattie chiamate “mendeliane”, cioè malattie genetiche per le quali è noto che la causa risiede nella mutazione di un singolo gene.

Gli studiosi hanno esaminato il genoma di ben 589.306 persone, analizzando 874 geni associati a malattie mendeliane. Gli esiti hanno stupito gli stessi ricercatori: è risultato che 13 persone, ognuna portatrice di una mutazione genetica responsabile di una malattia mendeliana, erano perfettamente sane (o meglio, non avevano sviluppato quella malattia).

Le malattie mendeliane in questione sono 8: fibrosi cistica, sindrome di Smith-Lemli-Opitz, disautonomia familiare, epidermolisi bollosa semplice, sindrome di Pfeiffer, sindrome poliendocrina autoimmune, displasia camptomelica acamptomelica e atelosteogenesi. Tutte malattie che avrebbero dovuto manifestarsi entro i 18 anni di età e che invece non erano state sviluppate nei 13 soggetti.

I risultati potrebbero essere di grande importanza per lo studio e la cura delle malattie genetiche: potrebbe essere la scoperta di una sorta di “immunità” alle malattie genetiche. Ma c'è un grosso problema. Le cause di questa eventuale immunità sono sconosciute e quindi

occorrerebbe proseguire gli studi. Per farlo, bisognerebbe analizzare meglio il genoma e in generale le condizioni di vita e di salute dei 13 fortunati. Solo che non si può. Le analisi genetiche erano anonime, nel senso che chi partecipava dava nome e cognome, però i loro dati genetici non erano accoppiati ai rispettivi dati anagrafici. Inoltre, al momento di dare il proprio consenso informato all'inizio dello studio, i partecipanti non avevano firmato in generale il consenso a un ulteriore contatto da parte degli scienziati, spesso perché mancava un'apposita clausola nel modulo. In alcuni casi (pochi) lo avevano fatto, e quindi è stato possibile risalire ai dati genetici di ognuno di loro. Purtroppo, nessuno di questi casi è uno dei 13 pazienti "interessanti". Quindi non solo gli scienziati non sanno chi siano i 13 fortunati, ma con tutta probabilità non lo sanno neanche loro stessi: godono di una salute normale e non sospettano di avere una mutazione genetica. Oppure forse non c'è nessuna immunità: su un campione così grande non si possono escludere errori o altre spiegazioni del fenomeno, diverse caso per caso (e magari deludenti).

La nuova ricerca servirà comunque a proseguire e indirizzare gli studi genetici, ma solleva anche un'importante questione metodologica: dato il ruolo sempre più consapevole da parte dei pazienti, e il carattere sempre più globale della ricerca medica e scientifica, diventa fondamentale organizzare gli studi in modo da favorire la possibilità di dare a tutti i pazienti la possibilità (anche nel loro stesso interesse) di decidere se dare un consenso veramente informato.

Sanità24

Il Sole
24 ORE

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa



13 lug 2016

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

TAG

Patto per la salute

Prestazioni sanitarie

Pubblicità

Farmaci

DAL GOVERNO

Rinnovi contrattuali, De Filippo: «La sanità è pronta a partire per prima»

«La sanità è pronta ad avviare per prima i rinnovi contrattuali» è la dichiarazione del sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo**. «Con questi atti di indirizzo la parte pubblica lancia la sfida per far sì che i rinnovi contrattuali diventino funzionali e strumentali ai processi di riorganizzazione in atto nel Ssn ad iniziare dall'attuazione delle scelte strategiche dal nuovo assetto per intensità di cure degli ospedali ma soprattutto alla valorizzazione dei servizi e presidi sanitari e sociosanitari territoriali, favorendo la partecipazione, la condivisione, la compartecipazione ed il protagonismo soggettivo e propositivo dei professionisti della salute e dell'insieme degli operatori».



«Atti di indirizzo - aggiunge - che per la valenza che si vuol attribuire presentano una grande e rilevante strategica visione; per questo, se questa tornata contrattuale può essere funzionale e strumentale a contribuire ad attuare il Patto per la Salute, ne consegue che il ruolo del sindacato non può essere relegato alla sola informazione bensì è quanto mai opportuno riattivare modalità di relazioni sindacali che vedano partecipare le rappresentanze sindacali alle varie fasi di riorganizzazione del Ssn per favorire la loro condivisione e consenso e il loro contributi di idee e di sapere».

«Gli indirizzi che con questi atti Governo e Regioni offrono alla contrattazione - puntualizza ancora De Filippo - assumono l'obiettivo primario di valorizzare le risorse umane del Servizio sanitario nazionale favorendo l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi, con particolare riferimento alla riorganizzazione delle rete ospedaliera, ai servizi territoriali e le relative forme di integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze e garantendo un collegamento alla più ampia riforma della Pubblica Amministrazione avviata dal Governo Renzi, nella salvaguardia della specificità del comparto sanità».

Comparto sanità che è stato ed è oggetto e soggetto di un'evoluzione scientifica, tecnologica, ordinamentale e formativa così profonda che non ha pari in altri settori e che ha bisogno di un rinnovo contrattuale che interpreti questa evoluzione, la interpreti e la declini anche in termini contrattuali.

Medici, infermieri e le altre professioni e professionalità del Ssn in questi anni di fermo contrattuale hanno dato molto garantendo, comunque, il miglior funzionamento possibile dei servizi sanitari, è ora che, ad iniziare dall'avvio del rinnovo contrattuale, Stato e Regioni siano in grado di dare risposte di apprezzamento concreto della loro funzione e ruolo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

IN PARLAMENTO

10 Settembre 2015

Gelli (Pd): Basta tagli alla sanità. La difenderemo con le unghie e con i denti. Anche per questo vanno tutelati i dipendenti del Ssn

IN PARLAMENTO

09 Settembre 2015

De Biasi (Senato): «Basta tagli e pensiamo agli operatori. Ospedali, Gutgeld faccia chiarezza. Chi frena il Ddl Lorenzin?»

LAVORO E PROFESSIONE

06 Giugno 2016

Art. 22, l'Intersindacale boccia il «medico laureato non specialista». E rilancia sull'accordo del 9 marzo con Palazzo Chigi

quotidianosanita.it

Mercoledì 13 LUGLIO 2016

“Sinergia tra medici e farmacisti è decisiva per futuro Ssn”. Snamì e Assofarm al lavoro su protocollo d'azione comune

A partire dal prossimo settembre, Snamì e Assofarm avvieranno i lavori che li porterà a firmare un protocollo di azione congiunta all'interno del quale proseguirà la collaborazione tra le due associazioni. “Tra le nostre due sigle di rappresentanza c'erano elementi comuni nella visione del futuro sanitario italiano. Non potevamo perdere l'occasione di lavorare insieme”.

"Una maggiore sinergia tra medico e farmacista produrrebbe benefici sia per la salute del cittadino che per le casse dello Stato. Su questo Snamì e Assofarm sono pienamente d'accordo e nel prossimo futuro collaboreranno insieme". È quanto emerso da un incontro avutosi martedì 12 luglio tra il Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani ed la Federazione delle Farmacie comunali, al quale erano presenti per Snamì il presidente Angelo Testa e il segretario organizzativo Gianfranco Breccia, e per Assofarm il presidente Venanzio Gizzi e il segretario generale Francesco Schito.

"La sintonia – si legge in una nota congiunta Snamì-Assofarm - con Snamì è nata qualche mese fa, quando entrambe le nostre associazioni appoggiarono con convinzione il progetto di completa dematerializzazione della ricetta attuata nella Regione Veneto", afferma Gizzi. "Fu evidente che tra le nostre due sigle di rappresentanza c'erano elementi comuni nella visione del futuro sanitario italiano. Non potevamo perdere l'occasione di lavorare insieme", continua Testa.

“La volontà di cooperare – prosegue il comunicato - nasce dalla comune visione sui problemi della sanità italiana: desta particolare preoccupazione il progressivo definanziamento del SSN, a tutto vantaggio di aziende e mutue private. Entrambe le associazioni guardano con preoccupazione al rischio che le spese mediche e farmaceutiche rappresentino un voce di spesa sempre più impattante nei bilanci famigliari di una porzione crescente della popolazione italiana. La salute è ancora un diritto, si chiedono Snamì e Assofarm insieme, se la sua tutela riduce in povertà?”

Snamì e Assofarm sono convinte “di poter dare risposte positive a questi problemi, attraverso sinergie tra gli ambiti di pertinenza di ognuna. È infatti evidente come le proposte di pharmaceutical care e di riduzione della distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL che Assofarm porta avanti da anni, necessitino di una maggiore collaborazione tra medico curante e farmacista. Un contatto diretto tra i due professionisti che si produrrebbe lungo tutto il percorso terapeutico del paziente e che, studi alla mano, ridurrebbe i costi della spesa farmaceutica e dei ricoveri ospedalieri, a tutto vantaggio inoltre delle condizioni di salute del paziente”.

A partire dal prossimo settembre, Snamì e Assofarm avvieranno i lavori che li porterà a firmare un protocollo di azione congiunta all'interno del quale proseguirà la collaborazione tra le due associazioni.



Commento

Mamma vegana, papà no Sul figlio decide il giudice

■ ■ ■ **MATTEO MION**

■ ■ ■ Mamma vegana e papà carnivoro? La dieta del figlio la decide il giudice. Ecco le conclusioni della nuova giurisprudenza nostrana: accertare, dichiarare e condannare minorenni a mangiare cotolette piuttosto che ceci o viceversa! Ovviamente le nostre toghe non lesinano le consulenze tecniche e il quesito da sottoporre al dietologo del tribunale sarà il seguente: quanti grammi di carne rossa al mese può mangiare il bimbo? L'uovo sbattuto con o senza la zuccina alla julienne? L'ortaggio da agricoltura ogm? Garantito: le nuove leve d'Italia cresciute a pane e sentenze saranno morfologicamente indistruttibili. Sembra persino inverosimile che con i problemi della giustizia, i magistrati debbano darsi alla giurisprudenza gastronomico-pediatrica, ma le decisioni giudiziali sull'alimentazione dei bimbi di genitori in disaccordo tra loro o con gli asili dei figli sono ormai all'ordine del giorno.

Non passa settimana senza qualche sentenza eclatante che faccia gonfiare petto e titoli ai media. La logica neonatale e infantile suggerirebbe la somministrazione di bistecche ai figli di vegani e pomodori ai carnivori, così da soddisfare con equilibrio la piramide alimentare. Le toghe però non si accontentano, vanno oltre ed ecco arrivare le dotte disquisizioni sul corretto soddisfacimento dell'appetito dei pupi. È noto, però, che i nostri giudici siano spesso in disaccordo tra loro al pari dei genitori istanti: così non mancano illuminate «ras-

sicurazioni sul fatto che la dieta vegana possa essere seguita dal minore anche a scuola» da parte del tribunale di Monza, ma viceversa il tribunale di Bergamo, dottor Sinisclachi, è no vegan: non ritiene adeguata la dieta vegana materna e stabilisce che il figlio di una coppia divorziata debba mangiare carne almeno una volta nella settimana in cui con la mamma e due volte quella in cui è col papà. E il pesce allora? Replica stizzita la mamma: faremo appello per la spigola! Suvvia signori, abbiate pietà di noi e della nostra magistratura che sta alla canna del gas anche senza doversi tragicomicamente pronunciare sulla nutrizione infantile. Questi genitori assetati di diete giudiziali dovrebbero assistere ai convivi a sbafo organizzati a seguito di qualche convegno. Meglio rivolgere le proprie istanze alimentari a pediatri e dietologi o meglio ancora utilizzare quel grano salis che ha forgiato generazioni e generazioni di connazionali. Suvvia signori divorziati, la giustizia è già in coma profondo: risparmiatemi questo supplizio oppure la prossima volta sposatevi con il buon senso!

www.matteomion.it

