



RASSEGNA STAMPA

26-07-2016

1. REPUBBLICA Serve una politica anticancro Sette mosse per vincere
2. LIBEROQUOTIDIANO.IT Tumori: "La fertilità è preservata solo nel 10% dei pazienti under 40"
3. QUOTIDIANO SANITÀ Salute femminile. La crioconservazione dei tessuti ovarici permette di diventare mamme dopo il cancro
4. DOCTOR 33 Tumori Hpv-associati, aumento negli Usa
5. REPUBBLICA Chi batte il cancro nel mondo reale
6. DOCTOR 33 Cancro al seno, fecondazione in vitro non si associa ad aumento del rischio
7. HUFFINGTON POST L'alcol è più mortale di quanto tu possa credere, lo conferma una ricerca scientifica
8. PANORAMA.IT L'alcol provocherebbe 7 diversi tipi di tumore
9. ILSOLE24ORE.COM Ddl Cannabis, al via la discussione alla Camera
10. REPUBBLICA Int. Beatrice Lorenzin - "La marijuana fa male, bambini nuovo mercato"
11. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Int. Umberto Veronesi - Cannabis legale, sarà una svolta storica?
12. ECO DI BERGAMO Int. Silvio Garattini «La cannabis fa male la legalizzazione è sbagliata e inutile»
13. SOLE 24 ORE SANITA' I falsi miti del rischio clinico - Lo «sboom» dei sinistri Ssn
14. QUOTIDIANO SANITÀ Obesità. I bambini che vanno a letto presto saranno adulti più magri
15. ANSA In Spagna nato bimbo con microcefalia da virus Zika
16. SOLE 24 ORE SANITA' Scommesse e sfide del Patto digitale

SERVE UNA POLITICA ANTICANCRO SETTE MOSSE PER VINCERE

LA "TEMPESTA PERFETTA", che rischia di travolgere il Servizio Sanitario Nazionale, ha per molti aspetti nell'oncologia il suo nucleo centrale. Questo per il convergere di fattori demografici, ambientali ed epidemiologici uniti ai progressi nella diagnosi e cura e, quindi, nei tassi di sopravvivenza e nella cronicizzazione della malattia. L'oncologia in Italia rappresenta un segmento rilevante della spesa sanitaria complessiva: quella per farmaci antineoplastici è stata nel 2014 per la prima volta al primo posto (3,2 miliardi di euro). Governare la "tempesta perfetta" sarà cruciale per garantire la sostenibilità del Ssn. In 5 anni gli italiani che vivono dopo un tumore sono aumentati di circa il 20%: da 2 milioni e mezzo nel 2010 a circa 3 milioni nel 2015. Per rafforzare questo trend positivo è urgente trovare nuovi fondi dedicati alle terapie innovative che permettono di combattere il cancro con maggiore efficacia.

Certamente sono necessarie: 1) manovre strutturali che riguardano la registrazione/rimborsabilità dei farmaci e un'adeguata definizione del rapporto valore/costo sia per i farmaci già rimborsati sia per quelli in corso di registrazione; 2) l'utilizzo delle Linee Guida nazionali per l'appropriatezza di tutta la strategia terapeutica; 3) lo sviluppo dei programmi di ricerca; 4) una migliore definizione delle cure sulla base di criteri biologici/clinici; 5) l'introduzione dei biosimilari (prevista per la fine 2017 ed il 2018) 6) l'ottimizzazione della preparazione dei farmaci con Unità Farmaci Antitumorali centralizzate per aree vaste; 7) gare per acquisto su base almeno regionale.

Questo processo di cambiamento strutturale richiederà qualche anno e dovrà basarsi su una condivisione tra le figure istituzionali e professionali/tecniche interessate e, insieme, su una forte volontà politica e un'unica regia. Quali soluzioni abbiamo se vogliamo che i progressi della ricerca si trasformino al più presto in reali benefici clinici? Il problema non è più solo la tempistica di registrazio-

ne/rimborsabilità dei farmaci innovativi ma la disponibilità di nuove risorse per garantire l'accesso alle cure. La soluzione a breve termine proposta dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica è il Fondo Nazionale per l'Oncologia che può essere finanziato con le accise sul tabacco, 1 centesimo in più a sigaretta, per colpire uno dei più importanti fattori di rischio per molte neoplasie. Il Fondo costituirebbe la risposta politica alla sfida del secolo: da un lato curare i malati di cancro garantendo loro le cure più efficaci, dall'altro attuare una forte politica di dissuasione dal vizio del fumo, per salvare migliaia di vite. Centomila casi di tumore ogni anno in Italia sono dovuti proprio alle sigarette. Secondo l'American Cancer Society il consumo di tabacco è responsabile ogni anno di circa il 30% di tutte le morti. In Italia questa stima corrisponde a più di 180mila decessi annui evitabili, dovuti a tumori, malattie cardiovascolari e dell'apparato respiratorio.

La nostra proposta ha raccolto consensi trasversali, dall'Agenzia Italiana del Farmaco ai clinici, dai rappresentanti delle Istituzioni a quelli dei pazienti. Si tratta della prima esperienza di questo tipo in Italia rispetto ad altri Paesi. Come l'Inghilterra, dove nel 2011 venne istituito il Cancer Drugs Fund. E gli Stati Uniti furono i primi nel 1971 con il National Cancer Act e l'istituzione di un fondo ad hoc; oggi il Presidente Obama ha lanciato la Precision Medicine Initiative, con al centro l'Oncologia e un finanziamento di 215 milioni di dollari per il 2016.

È il tempo di attuare, partendo da questa prima fase, una forte scelta politica per l'oncologia e il controllo dei tumori anche nel nostro Paese. Non ci sarà un anno in cui sconfiggeremo il cancro, ma abbiamo già oggi la possibilità di ridurre l'impatto della malattia e di migliorare continuamente le cure. Questa è la sfida per un Paese che vogliamo tutti più etico e più moderno.

Presidente nazionale Associazione Italiana di Oncologia Medica

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

Tumori: “La fertilità è preservata solo nel 10% dei pazienti under 40”

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 (PMA) che applicano non solo la fecondazione in vitro ma anche la crioconservazione (cioè il congelamento e la conservazione a temperature bassissime) dei gameti. Mava 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 a Roma in un incontro con i giornalisti. Ogni anno nel nostro Paese circa 8 mila cittadini under 40 (5 mila donne e 3 mila 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 professor **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 professor **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. “Chiediamo al Ministro della Salute – continua il professor **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”. (**LARA LUCIANO**)

Lunedì 25 LUGLIO 2016

Salute femminile. La crioconservazione dei tessuti ovarici permette di diventare mamme dopo il cancro

Secondo i dati diffusi dal FertiPROTEKT, e recentemente pubblicati da Human Reproduction, la crioconservazione dei tessuti ovarici e il successivo trapianto sembrano rappresentare valide alternative per preservare la fertilità, nelle donne in trattamento per il cancro.

(Reuters Health) - La crioconservazione del tessuto ovarico è una tecnica relativamente nuova, e si stima che 2.500 a 6.500 donne europee ogni anno si sottopongono a crioconservazione del tessuto ovarico.

L'analisi

Partendo dall'osservazione che le tecniche di crioconservazione del tessuto ovarico sono in continua evoluzione e che sembrano avere un maggior successo, rispetto alle tecniche di crioconservazione degli ovociti, Michael von Wolff del Berna University Inselspital Hospital, in Svizzera, e colleghi hanno condotto un'analisi retrospettiva su 95 trapianti di tessuto ovarico ortotopico in 74 donne provenienti da Germania, Austria e Svizzera che erano state trattate per il cancro.

Le donne incluse nell'analisi al momento della crioconservazione avevano in media 31 anni di età e 34 anni al momento del trapianto. In questa popolazione si sono verificate 21 gravidanze (in media 6,1 mesi successivi al trapianto di tessuto) e 17 nascite. E tutte le 21 gravidanze sono seguite ad un primo trapianto. In particolare, tra le donne con insufficienza ovarica primaria (POI) precedentemente confermata che hanno subito un primo trapianto (n = 40), ci sono state 11 gravidanze con 9 nascite, e 25 (62,5%) dei tessuti trapiantati erano ancora attivi un anno dopo il trapianto.

Nelle donne con almeno un anno di follow-up, il 68% dei trapianti sono rimasti attivi dopo un anno, il 29% delle donne hanno avuto una gravidanza, e il 24% ha partorito. L'età massima al momento della raccolta dei tessuti delle donne che hanno avuto una gravidanza era di 38 anni, e si sono verificate 13 gravidanze dopo aver precedentemente confermato l'insufficienza ovarica primaria. E ancora, in 19 casi, le gravidanze si sono sviluppate spontaneamente e in 3 casi dopo la fecondazione in vitro.

Le conclusioni

Wolff ha posto particolare enfasi sulle evidenze emerse dall'analisi retrospettiva sottolineando che questa tecnica di crioconservazione tissutale rappresenta una vera alternativa valida, in quanto richiede meno tempo rispetto alle stimolazioni ovariche. a. Altri autori hanno concordato con le osservazioni del team di ricerca svizzero, precisando che in alcuni Paesi, come per esempio in Israele, la tecnica di crioconservazione tissutale ovarica è già ben consolidata e, dato il successo ottenuto, non è più considerata come approccio sperimentale. Anche Rodriguez-Wallberg, del Reproduktions Medicin center del Karolinska Institute in Svezia ha commentato positivamente i risultati dello studio, pur rilevando che mancava il confronto con altri approcci, e che i dati sulla preservazione della fertilità nelle donne con cancro sono ancora abbastanza confusi.

Fonte: Hum Reprod 2016

Will Boggs MD

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

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

Tumori Hpv-associati, aumento negli Usa. Cdc: copertura vaccinale inadeguata



Secondo un nuovo rapporto dei Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie (Cdc) di Atlanta, il numero dei tumori associati al papillomavirus umano (Hpv) negli ultimi anni è aumentato negli Stati Uniti. Si è registrato infatti un incremento complessivo di incidenza di cancro Hpv-associati da 10,8 per 100mila persone nel periodo 2004-2008 a 11,7 per 100mila nel periodo 2008-2012. In termini di totalità dei casi, ogni anno nel periodo 2008-2012 sono stati diagnosticati 38.793 tumori Hpv-associati. Si tratta di un aumento notevole rispetto al quadriennio precedente, con una media di 33.369 casi annui. I più frequenti di questi tumori, tra il 2008 e il 2012, era costituito da carcinomi cervicali oppure orofaringei a cellule squamose (questi ultimi rilevati in grande maggioranza in soggetti maschi). In realtà, non tutti questi tumori sono causati dall'infezione da Hpv: per esempio, nonostante il cancro orofaringeo sia Hpv-associato, non tutti i pazienti con questo tumore sono positivi all'Hpv. Nonostante ciò, i Cdc affermano che i vari tipi di cancro Hpv-associati (vulvare, vaginale, del pene, anale e del retto) sono comunque fortemente legati all'infezione da Hpv. In altre parole, la maggior parte dei tumori Hpv-associati sono comunque attribuibili al virus e in particolare, sostengono i Cdc citando altre ricerche, il 79% di questi tumori sono correlati all'Hpv.

I Cdc stimano che approssimativamente circa 30.700 nuovi casi di cancro ogni anno durante il periodo 2008-2012 siano da attribuirsi all'Hpv. La stima si è resa necessaria perché i registri dei tumori che sono stati usati come fonte dei dati dello studio non raccolgono normalmente informazioni sulla presenza del Dna dell'Hpv nei tessuti cancerosi. Da sottolineare - secondo gli autori del rapporto, coordinati da Laura J. Viens,

della divisione di Prevenzione e controllo del cancro - che la maggior parte dei nuovi casi di tumore nel periodo citato risultano correlati a sottotipi Hpv che sono coperti dei vaccini. Gli autori evidenziano che la vaccinazione anti-Hpv può prevenire l'infezione da sottotipi virali che causano il cancro a livello cervicale e in altre sedi. «I vaccini sono disponibili per i sottotipi 16 e 18, che causano il 63% di tutti i tumori Hpv-associati negli Stati Uniti, e per i sottotipi 31, 33, 45, 52 e 58, i quali provocano un ulteriore 10% di neoplasie» sostengono gli autori.

«Aumentare la copertura vaccinale potrebbe diminuire l'incidenza del cancro» affermano gli autori, evidenziando quante neoplasie avrebbero potuto essere evitate con la vaccinazione dei 30.700 nuovi casi di tumore attribuibili a Hpv tra il 2008 e il 2012, la maggior parte dei quali (80%) riconducibili ai sottotipi 16 e 18. «Questi possono essere prevenuti con vaccini anti-Hpv bivalenti, quadrivalenti ed enavalenti. Un ulteriore 12% dei tumori era attribuibile ai 5 sottotipi supplementari del virus (31, 33, 45, 52, 58) che possono essere prevenuti con il vaccino enavalente». I programmi vaccinali - ribadiscono gli esperti dei Cdc - possono dunque ridurre la prevalenza delle infezioni da Hpv. Peraltro, fanno notare, nei Paesi ad alto reddito i programmi di vaccinazione anti-Hpv hanno sortito un effetto a livello di popolazione che ha portato a una riduzione nella prevalenza del tipo di vaccino e dei tassi di condilomi anogenitali. Molti di questi sono causati dai sottotipi 6 e 11 dell'Hpv, entrambi bersaglio dei vaccini anti-Hpv quadrivalenti ed enavalenti.

Prostata. Si chiamano studi real life. E vanno a vedere se un farmaco funziona nei malati veri. Colpiti non solo dal tumore ma anche da cardiopatie, diabete o malattie concomitanti. Una ricerca ha indagato un prodotto superstar. Ecco cosa ha scoperto

Chi batte il cancro nel mondo reale

L'abiraterone ha dimostrato di essere ben tollerato dai pazienti fragili. Presenta meno rischi

AGNESE CODIGNOLA

STUDI CLINICI, STUDI clinici, studi clinici. Quando vogliamo sapere se un farmaco funziona, a quelli guardiamo, i semafori della medicina scientifica. I trial nei quali, secondo diverse modalità, una molecola dimostra di poter essere utile ai malati. Indispensabili, e sempre portati avanti dalle aziende che detengono i brevetti. Ma uno studio per poter dare risultati utilizzabili, nel più breve tempo possibile, per registrare un farmaco deve essere condotto su popolazioni di pazienti omogenei, colpiti da un tumore, e per quella patologia il farmaco viene testato. Poi, c'è la vita reale. Il farmaco entra in ospedale e i pazienti sono persone che hanno spesso altre malattie concomitanti al tumore, oppure caratteristiche differenti da quelle di un uomo o donna ideale, sempre più persone anziane e quindi quasi sempre affette da patologie cardio o neurovascolari. Come si comporta il farmaco nel mondo reale? Per scoprirlo servono analisi molto più complicate e costose: le real world evidence.

La buona notizia viene dal congresso dell'American Society for Clinical Oncology (ASCO) dove è stato presentato proprio uno studio real life che ha promosso a pieni voti un farmaco che ha profondamente cambiato la cura di chi ha un carcinoma prostatico: l'abiraterone. Questa molecola, infatti, a differenza delle precedenti, agisce molto a monte della catena di sintesi degli ormoni androgenici, bloccandone la sintesi, e in questo modo assicura una castrazione farmacologica pressoché totale, che non è possibile con le altre strategie terapeutiche.

Spiega Giuseppe Procopio, responsabile del servizio di oncologia medica genitourinaria dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano: «Gli studi real life in genere tendono a ridimensionare un po' i risultati proposti in quelli regolativi, ma fotografano situazioni molto vicine a quelle che vediamo ogni giorno. Nel caso dell'abiraterone, i dati presentati all'ASCO hanno riguardato

tre aspetti cruciali perché comunissimi, e cioè l'effetto sui malati cardiopatici, quello su pazienti con deficit cognitivi, e quello su persone con malattie ossee, cioè, in altre parole, pazienti veri. E il risultato è stato una conferma: il farmaco funziona meglio rispetto alla terapia di riferimento (con l'enzalutamide), ed è tollerato molto bene da persone più fragili, non pone rischi per il cuore, dà meno sintomi neurologici e psichiatrici ed è associato a un minore rischio di fratture rispetto alle terapie abituali». Nel loro insieme, i nuovi dati suggeriscono anche un effetto complessivo: quello sulla qualità di vita, che risulta nettamente migliore rispetto allo standard.

Insomma, l'abiraterone è un'arma efficace. In un panorama che non offre granché a chi soffre di tumore della prostata metastatico. Fino dagli anni Quaranta, la terapia per questi malati prevede la castrazione ormonale o l'asportazione chirurgica della ghiandola, o entrambe, a seconda dei casi, per ridurre al minimo la possibilità che gli ormoni alimentino la crescita neoplastica. A caccia di nuovi proiettili, di recente, alcuni oncologi hanno proposto l'aggiunta della chemioterapia ai regimi standard. Lo hanno fatto nel 2014 gli specialisti del Dana Farber Cancer Center di Boston, pubblicando sul *New England Journal of Medicine* i risultati di uno studio che sembrava mostrare un aumento di sopravvivenza per coloro che venivano trattati con la chemio a base di taxani. A conclusioni simili giungono ora i medici dell'Università di Warwick, in Gran Bretagna, che riportano i loro dati su *Lancet*. L'idea non piace però a tutti. E certamente non piace a Howard Scher, dello Sloan Kettering Cancer Center di New York, che in un duro editoriale riportato sullo stesso numero di *Lancet* stronca gli studi che a suo dire non sono fatti molto bene; non solo, Scher stigmatizza che il vantaggio in termini di sopravvivenza non c'è, mentre ci sono i molti danni tipici della chemioterapia. Insomma, aggiungerla non farebbe che peggiorare la condizione dei malati e costituirebbe un caso da manuale di over-trattamento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

Cancro al seno, fecondazione in vitro non si associa ad aumento del rischio



Tra le donne sottoposte a trattamenti per la fertilità nei Paesi Bassi tra il 1980 e il 1995, l'uso della fecondazione in vitro (Ivf) rispetto ad altre terapie non si associa a un aumentato rischio di cancro al seno a lungo termine, secondo uno studio appena pubblicato su Jama. Le terapie ormonali somministrate come parte integrante della fecondazione in vitro possono causare a breve termine effetti collaterali tra cui incremento ponderale, vomito e nausea, vertigini o dolori addominali. Ma l'associazione tra fecondazione in vitro e altri eventi avversi a lungo termine, come il rischio di cancro alla mammella, era ancora da approfondire in quanto i risultati degli studi svolti erano discordanti, anche per il limitato follow-up: alcuni mostravano un aumento del rischio, altri una riduzione e altri ancora nessuna associazione.

Partendo da questi presupposti Alexandra van den Belt-Dusebout del Netherlands Cancer Institute di Amsterdam e colleghi hanno valutato il rischio a lungo termine di cancro al seno dopo stimolazione ovarica in 19.158 donne che hanno iniziato la fecondazione in vitro tra il 1983 e il 1995 a fronte di quello osservato in 5.950 donne sottoposte ad altri trattamenti di fertilità tra il 1980 e il 1995 (gruppo di controllo non-fecondazione in vitro). L'età media alla fine del follow-up era 54 anni per il gruppo fecondazione in vitro e 55 anni per il gruppo non-fecondazione in vitro, e i tassi di incidenza dei tumori al seno in situ e invasivi nelle donne che hanno subito trattamenti di fertilità sono stati ottenuti grazie al Registro tumori dei Paesi Bassi (1989-2013). «Dopo un follow-up mediano di 21 anni, i casi di carcinoma mammario invasivo e in situ verificatisi tra le 25.108 partecipanti sono stati rispettivamente 839 e 109» scrivono gli autori, sottolineando che il rischio di cancro al seno nelle donne trattate con

fecondazione in vitro non era significativamente diverso da quello osservato nella popolazione generale e nel gruppo non-fecondazione in vitro. «Da questi risultati emerge l'assenza di un significativo aumento del rischio a lungo termine di cancro al seno tra le donne sottoposte a fecondazione in vitro» conclude van den Belt-Dusebout

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

L'alcol è più mortale di quanto tu possa credere, lo conferma una ricerca scientifica



Brutte notizie per gli appassionati dell'aperitivo pomeridiano, del drink serale e dei bicchierini di superalcolici da mandare giù la domenica. Una recente ricerca scientifica ha scoperto quello che avremmo preferito non sentire mai: l'assunzione - anche moderata - di alcol è una causa diretta dell'insorgenza di tumori in diverse parti del corpo.

Lo studio della professoressa [Jennie Connor](#) del Dipartimento di Medicina Preventiva e Sociale dell'[Università di Otago](#), in Nuova Zelanda, è stato [pubblicato](#) giovedì 21 luglio sulla rivista [Addiction](#), ma da subito ha suscitato molto scalpore nella comunità scientifica.

Secondo la ricerca, almeno il 6% di morti per cancro nel mondo sono da ricondurre all'assunzione di alcol. Nella percentuale sono inclusi anche i casi di chi non è un bevitore forte, bensì un consumatore moderato di prodotti alcolici. Come scrive la stessa dottoressa Connor nel suo report, "è stimato che l'alcol abbia causato approssimativamente mezzo milione di decessi per tumore nel 2012": una dichiarazione allarmante quanto scientificamente provata.

In particolare, il consumo di bevande alcoliche è associato a tumori sorti in determinate aree del corpo, come ad esempio il fegato, il colon, l'esofago e il seno. Ad ogni modo, l'alcol è un fattore non del tutto insignificante in altre patologie, come il tumore alla pelle, al pancreas e alla prostata.

Nel dettaglio, come può l'alcol portare all'insorgere del cancro? Lo studio non lo spiega in maniera approfondita, ma pare che il fenomeno sia strettamente legato alla produzione dell'[acetaldeide](#), liquido incolore cancerogeno che nella saliva raggiungerebbe altissimi livelli a causa dell'assunzione di alcol.

Per ciò che concerne il cancro al seno, la Connor si è basata anche sui dati forniti da [The Million Women Study](#) dell'Università di Oxford, secondo cui tra le donne che bevono dai 70 ai 140 grammi di alcol a settimana c'è un incremento del 13% della possibilità di contrarre un tumore e il 5% in più rispetto a coloro che assumono "solamente" 20 grammi di alcol ogni 7 giorni.

Un altro punto essenziale dello studio dell'Università di Otago è la scoperta che la quantità di alcol assunto non inciderebbe poi così tanto: la discriminante sarebbe l'assunzione di alcol di per sé. Ad esempio, per quanto riguarda il cancro alla bocca, all'esofago, al seno e alla faringe, la quantità di alcol ingerito nel corso degli anni non ha molta importanza, mentre inizia ad avere un'incidenza maggiore per ciò che concerne il tumore al fegato, al colon e alla laringe.

Ad ogni modo, la ricerca della Connor avverte quanto lo stile di vita - e non solo l'ingerire alcol - gravi non poco sulla possibilità di sviluppare malattie mortali, come il cancro ma anche come i disturbi cardiovascolari. Le condizioni demografiche e la cura che ognuno di noi mette nel condurre una vita sana sono fattori essenziali anche per gli astemi.

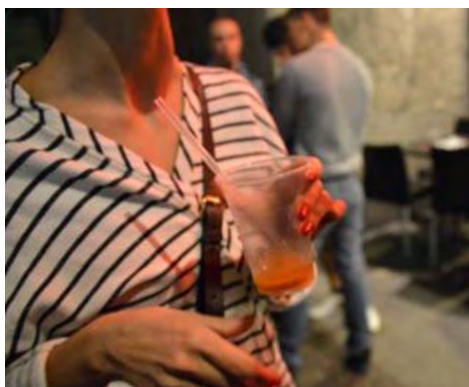
Per ridurre il rischio di contrarre dei tumori legati all'alcol, il team di ricercatori dell'università di Otago consiglia a tutti - anche a chi fa uno scarso consumo di prodotti alcolici - di ridurre il proprio consumo. "La riduzione a livello globale dell'assunzione di bevande alcoliche avrebbe un'importante rilevanza sulla diffusione del cancro, mentre bersagliare i bevitori accaniti avrebbe una portata limitante".

La sfida più grande, secondo la Connor, è comunque quella di cambiare la mentalità della gente: "Se la maggior parte della popolazione è pronta ad accettare che fumare causi il cancro, il ruolo dell'alcol è percepito come molto più complesso e indiretto in questo processo". Ora, il team neozelandese teme la reazione dell'industria dell'alcol, che potrebbe ignorare totalmente il monito lanciato dagli scienziati e tentare di screditare i loro studi. Ma per la Connor l'importante è continuare sul solco già tracciato, per rendere la popolazione mondiale sempre più consapevole di ciò che danneggia la salute di ognuno di noi.

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

L'ALCOL PROVOCHEREBBE 7 DIVERSI TIPI DI TUMORE

Secondo uno studio di ricercatori dell'università della Nuova Zelanda, troppi drink esporrebbero a molteplici rischi



Non uno ma ben sette motivi per non abusare dell'alcol. È stato infatti pubblicato uno studio sulla rivista 'Addiction', a firma di ricercatori dell'università di Otago in Nuova Zelanda, secondo cui troppi drink esporrebbero al rischio di ben 7 tipi diversi di tumore, e probabilmente anche di altre neoplasie. Secondo il team guidato da Jennie Connor, si può stimare che l'alcol abbia causato circa mezzo milione di morti per cancro nel solo 2012, pari al 5,8% dei decessi per cancro in tutto il mondo.

Si tratta di un revisione della letteratura scientifica focalizzata sui tumori della bocca e della gola, della laringe, dell'esofago, del fegato, del colon e della mammella, evidenzia l'Independent online.

"C'è una forte evidenza che l'alcol provoca il cancro in sette organi diversi e forse anche in altri. Non credo sia necessaria una conferma dei meccanismi biologici specifici per dire che l'alcol è la causa di queste neoplasie", spiega l'autrice principale del lavoro. Convinta, fra l'altro, che sulla base dei dati attualmente disponibili non esista un livello sicuro di consumo di alcolici per quanto riguarda il pericolo di ammalarsi.

Sanità24

Il Sole
24 ORE

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



25 lug 2016

SEGNALIBRO | ☆


FACEBOOK | f

TWITTER | t

IN PARLAMENTO

Ddl Cannabis, al via la discussione alla Camera ma l'esame slitta a settembre

di Ro. M.

 [La proposta di legge sulla Cannabis \(A.C. 3235\)](#)

Una proposta di legge sulla legalizzazione della cannabis entra oggi per la prima volta in un'aula del Parlamento anche se l'esame vero e proprio slitta a settembre. E non a caso i promotori del Ddl parlano di «giornata storica». Lo sottolineano a più voci i componenti dell'intergruppo di 221 parlamentari che sostiene la proposta (87 M5S, 85 Pd, 24 Si, 16 Misto, 7 Sc, 2 FI), a Montecitorio, dove per ottenere la maggioranza necessaria bisogna arrivare a quota 315, superando un muro di 1.700 emendamenti.



La proposta di legge A.C. 3235 (Giachetti ed altri) è composta da 10 articoli e introduce nell'ordinamento una nuova disciplina che, in sintesi, consente, a determinate condizioni, la coltivazione della cannabis, in forma individuale o associata; prevede la liceità della detenzione di cannabis entro determinate quantità; introduce un monopolio di Stato, consentendo la vendita al dettaglio della cannabis e dei prodotti derivati e in relazione alla lieve entità delle condotte illecite inerenti agli stupefacenti, prevede una differenziazione di pena in relazione alla tipologia delle sostanze (droghe pesanti, droghe leggere).

Il dibattito è rovente. «I rischi paventati sono una foto della realtà di oggi», spiega **Benedetto della Vedova** nel respingere le critiche di chi si oppone al ddl. «Il contrasto è molto più realistico quando c'è controllo». Le «dipendenze vanno contrastate ma mai nessuno ha pensato di proibire alcol e tabacco», osserva ancora. «Il nostro pragmatismo peraltro è uguale a quello che ha ispirato le scelte di alcuni Stati americani: in un Paese tradizionalmente proibizionista, la decisione di legalizzare la produzione e vendita della marijuana ha determinato risultati positivi sia sul piano sociale e sanitario, con il controllo della qualità delle sostanze vendute, sia sul fronte del contrasto delle organizzazioni criminali», scrive **Roberto Giachetti**.

La metà degli emendamenti «reca la parola 'sopprimere' sono emendamenti di conservazione», spiega il deputato Si **Daniele Farina**. «È un passaggio epocale perché indietro non si torna», aggiunge. Questa proposta è una «delle più votate sul blog» di Grillo sottolinea il deputato M5S **Vittorio Ferraresi**. I cittadini «vogliono un cambiamento e ne sentono la necessità, una necessità impellente soprattutto per i malati». È la «giustizia che chiama a gran voce il cambiamento», aggiunge riferendosi alle migliaia di sentenze ineseguite e ricordando il documento della Direzione Antimafia che richiama alla legalizzazione per contrastare la criminalità. «Il dibattito deve andare avanti con onestà intellettuale e trasparenza per parlare ai cittadini senza mentire», aggiunge. Per **Pippo Civati** di 'Possibile', il ddl è «una legge razionale, laica e molto liberale». La legge «affronta lucidamente le problematiche» ma «dovremo scontrarci con il pregiudizio», dice la ex FI **Monica Faenzi**.

«Legalizzare va nella direzione di un mercato controllato e legale rispetto a un mercato libero e criminale» precisa la Pd Enza Bruno Bossio. Anche il segretario dei Radicali italiani, Riccardo Magi, parla di passaggio storico e dice: «serve mobilitazione nel Paese». Il senatore **Luigi Manconi**(Pd), primo firmatario di un analogo ddl a Palazzo Madama, sottolinea: «Mi aspetto che arrivino, alla ragionevolissima ispirazione del ddl,

contestazioni di merito. Quelle di ieri erano eccentriche e bizzarre», fuori da qualunque quadro di razionalità «scientifica, medica, giuridica e sociale».

Il video-appello di Roberto Saviano

«Legalizzare non vuol dire promuovere». Lo dice **Roberto Saviano**, in un video-appello in favore della proposta di legge che legalizza la cannabis, iffusa durante la conferenza stampa dei promotori della proposta di legge. «Legalizzare - spiega lo scrittore - vuol dire regolamentare, e regolamentare vuol dire controllare». Insomma la legalizzazione porterebbe a una più efficace lotta contro la diffusione delle sostanze stupefacenti. Nel video, Saviano spiega anche che la legalizzazione della cannabis e il controllo del commercio da parte dello Stato «toglierebbe alle mafie e ai terroristi» il controllo di questo mercato che frutta miliardi.

Cild: «Dalla legalizzazione più risorse allo Stato e stop alla criminalità»

La Coalizione italiana libertà e diritti civili (Cild) chiede al Parlamento di approvare la legge

sulla cannabis legale. «Negli ultimi trent'anni le politiche proibizioniste hanno avuto un impatto negativo tanto dal punto di vista sociale, quanto da quello economico e sanitario - sottolinea **Andrea Oleandri**, coordinatore della campagna Non Me La Spacci Giusta, promossa dalla Cild - un vero e proprio fallimento, testimoniato dai dati e dalle evidenze scientifiche, di cui prendere atto così come hanno fatto già le Nazioni Unite e la Direzione

Nazionale Antimafia». I dati mostrano come la legalizzazione della cannabis toglierebbe ingenti risorse alla criminalità organizzata, spiegano dalla campagna: secondo una stima del 2013 dell'Osservatorio Europeo delle Droghe il valore del mercato al dettaglio delle sostanze illecite nell'Ue arriverebbe fino a 31 miliardi di euro. Oltre alla criminalità organizzata, recenti indagini mostrano che anche l'Isis ricava finanziamenti dal traffico di droga.

I prodotti a base di cannabis, che hanno un valore al dettaglio stimato fino a 13 miliardi di euro e sono responsabili di circa il 38% del totale del guadagno dei gruppi criminali, rappresentano la quota più ampia del mercato delle sostanze illecite in Europa, dicono. Legalizzare consentirebbe inoltre allo Stato di recuperare risorse: risparmiando sul miliardo di euro l'anno speso per le carceri, le forze di polizia e i tribunali, ci sarebbero più soldi da investire per contrastare la criminalità organizzata e per la riduzione del danno.

«Sono queste le ragioni per le quali è urgente che anche il nostro Paese segua quanto sta avvenendo in altre parti del mondo. Non ci si può più approcciare alle droghe in maniera

ideologica. Serve un approccio pragmatico» dichiara **Patrizio Gonnella**, presidente di Cild e di Antigone.

Il fronte centrista del no

I centristi promettono battaglia. In primis la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** che già ieri aveva ribadito il suo no a tutte le dipendenze. «Su marijuana e hashish - ha detto ieri alla Summer school di area popolare a Giardini Naxos - noi diciamo no. Ma non basta dire no. Deve essere l'occasione per rimettere al centro dell'agenda italiana la lotta alle dipendenze, alcool, droga, gioco patologico, che sono le vecchie e nuove piaghe della nostra società». «Non possiamo parlare dei giovani e poi abbandonarli: alcool e droga sono una piaga in questo momento della nazione. L'eroina - ha detto ancora Lorenzin - è tornata sul nostro mercato, a basso prezzo, e abbiamo 16-17-18enni nelle comunità di recupero. Era inevitabile che tornasse, è un orientamento del business degli spacciatori, ma per vent'anni le politiche antidroga in questo paese non si sono fatte. Chi ha più visto le grandi campagne degli anni '80? Ma non solo: si è fatto passare un messaggio per cui drogarsi è normale, è normale usare sostanze, prendere la pillola per essere magra, per avere muscoli, per fare sesso, per studiare, è normale prendere la pillola per essere felici. Non funziona così. Si perde l'integrità della persona», ha concluso la ministra.

Anche il presidente del Veneto **Luca Zaia** si dice favorevole all'uso terapeutico, ma contrario alla liberalizzazione: «Io penso che l'uso terapeutico non debba essere assolutamente negato, anzi va incentivato. A livello medico è dimostrata l'efficacia», ha sottolineato a Zaia a margine di un incontro a Treviso. «Dopodiché tutto il tema della liberalizzazione della cannabis non mi vede favorevole, considerato che tanti di coloro che ne hanno fatto uso, sono passati alle droghe pesanti, lo dice la statistica», ha concluso.

I contenuti del disegno di legge

L'articolo 1 modificando l'articolo 26 del TU stupefacenti (D.P.R. n. 309/1990), inserisce

la coltivazione in forma personale ed associata di cannabis tra le fattispecie lecite, non sottoposte ad alcun regime autorizzatorio. Viene consentito, a persone maggiorenni, la coltivazione e la detenzione personale di piante di cannabis di sesso femminile nel limite di 5 e del prodotto da esse ottenuto, previo invio di una comunicazione all'ufficio regionale dei monopoli di Stato territorialmente competente. Si ricorda che le piante di cannabis di sesso maschile od ermafrodita producono una percentuale irrisoria di THC, inidonea a produrre effetti droganti; le piante di sesso femminile costituiscono la categoria che produce, tramite i fiori, il citato principio attivo. Viene anche consentita la coltivazione della cannabis in forma associata, nei limiti quantitativi sopra indicati, in misura proporzionale al numero degli associati. In tal caso, spetta al responsabile legale l'invio della comunicazione all'ufficio regionale dei monopoli di Stato. Oltre alla copia di un valido documento di identità dovranno essere allegate una copia dell'atto costitutivo e dello statuto che devono indicare in modo espresso la coltivazione della cannabis come attività esclusiva, l'assenza di fini di lucro, il luogo ove realizzare la coltivazione e l'elenco degli associati che devono essere maggiorenni, residenti in Italia e in numero non superiore a 50. La proposta di legge, dunque, consente – previa comunicazione – la coltivazione in forma associata di un massimo di 250 piante (ognuno dei 50 soci può, infatti,, coltivare fino a 5 piante).

L'articolo 2 inserisce nel TU stupefacenti (nel Titolo III, che reca disposizioni relative alla coltivazione e produzione, alla fabbricazione, all'impiego ed al commercio all'ingrosso delle sostanze stupefacenti o psicotrope) un nuovo capo (Capo I-bis), costituito dal solo articolo 30-bis, concernente alcune tipologie di condotte lecite, relative alla detenzione personale di cannabis. Si capovolge l'impostazione vigente consentendo alle persone maggiorenni la detenzione di una piccola quantità di cannabis - 5 grammi lordi, aumentabili a 15 per la detenzione in privato domicilio non subordinata ad alcun regime autorizzatorio; i limiti sopra indicati possono essere superati nel caso di detenzione per finalità terapeutiche. In ogni caso viene posto il divieto di fumare prodotti derivati dalla cannabis negli spazi pubblici e aperti al pubblico e nei luoghi di lavoro pubblici e privati.

L'articolo 3 interviene sull'art. 73 del TU stupefacenti:

- aggiunge un comma 3-bis, che prevede - esclusi i casi in cui siano coinvolti minori o infermi di mente - la non punibilità della cessione gratuita a terzi di piccoli quantitativi di cannabis per consumo personale, fermo restando il limite quantitativo previsto dal nuovo art. 30-bis (v. sopra);
- diversifica le pene per i reati di lieve entità in materia di stupefacenti (tra cui la coltivazione e lo spaccio), in relazione alla loro tipologia: pene più gravi per le droghe pesanti e meno gravi per quelle leggere.

L'articolo 4 interviene sull'art. 75 del TU:

- escludendo la sanzionabilità amministrativa dell'importazione, esportazione, acquisto, coltivazione, ricezione o detenzione di droghe leggere per farne uso personale;
- prevedendo che le condotte sopracitate inerenti alle droghe leggere, pur finalizzate all'uso personale, siano punite con sanzione amministrativa pecuniaria se commesse da persona maggiorenne in violazione dei limiti quantitativi e delle modalità previste; in ogni caso, qualora le condotte siano state poste in essere da un minore, si applicano alcune disposizioni dell'art. 75 TU, concernenti il programma terapeutico, le informazioni di polizia e i poteri del prefetto, l'accesso agli atti, l'opposizione, l'applicazione e revoca delle sanzioni da parte del prefetto, la particolare tenuità della violazione.

L'articolo 5 prevede che la coltivazione della cannabis, la preparazione dei prodotti da essa derivati e la loro vendita siano soggette a monopolio di Stato in tutto il territorio della Repubblica, tranne alcune eccezioni.

In conseguenza di ciò, vengono aggiunte nuove disposizioni nella legge n. 907 del 1942, legge sul monopolio dei sali e dei tabacchi, di cui è integrato il titolo con il riferimento alla cannabis, diretti a definire l'oggetto del monopolio e dei derivati della cannabis agli effetti fiscali nonché ad individuare i casi in cui non si applica il monopolio dello Stato (cioè la coltivazione per uso personale di piante di cannabis di sesso femminile nel limite di 5 unità e la cessione gratuita a terzi di piccoli quantitativi dei suoi derivati destinati al consumo personale). Vengono poi vietate, salvo i casi previsti dall'art. 63-quater, la semina, la coltivazione e la vendita di piante di cannabis nonché la preparazione e la vendita dei prodotti da esse derivati, effettuate in violazione del monopolio nonché l'importazione e l'esportazione di piante di cannabis e dei prodotti da esse derivati, anche se effettuate da soggetti autorizzati. La violazione del monopolio comporta l'applicazione delle sanzioni penali e amministrative previste dal TU . Viene vietata la pubblicità della cannabis, diretta o indiretta, pena l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria.

L'articolo 6 rimette ad un regolamento la disciplina: delle modalità di individuazione delle procedure per il miglioramento genetico delle varietà di cannabis destinate alle preparazioni medicinali, qualificando il CRA (Consiglio per la ricerca e la sperimentazione in agricoltura) quale ente preposto a svolgere tali attività; delle aree e pratiche idonee alla coltivazione di piante di cannabis finalizzate a tale uso; delle aziende farmaceutiche legittimate alla produzione di preparazioni a base di sostanze stupefacenti. Viene consentito al Ministero della salute di autorizzare enti, persone giuridiche private istituti universitari e laboratori pubblici alla coltivazione di piante comprese nelle tabelle I e II di cui all'articolo 14 del Testo Unico per scopi scientifici, sperimentali, didattici e terapeutici o commerciali finalizzati alla produzione farmacologica. E' poi rimessa al Ministero della salute, di intesa con l'Agenzia italiana del farmaco, la promozione della conoscenza e diffusione di informazioni sull'impiego appropriato dei farmaci contenenti principi naturali o sintetici della pianta di cannabis. Vengono semplificate le modalità di consegna, prescrizione e dispensazione dei medicinali contenenti cannabis.

L'articolo 7 stabilisce che le risorse derivanti dalle sanzioni amministrative pecuniarie irrogate per le condotte in materia di stupefacenti in violazione delle modalità e dei limiti quantitativi previsti, sono destinate agli interventi nel settore scolastico e ad interventi preventivi, curativi e riabilitativi. Analogamente, le risorse derivanti dal monopolio statale sulla commercializzazione della cannabis vanno destinate al Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga.

L'articolo 8 prevede la presentazione annuale alle Camere, da parte del Presidente del Consiglio, di una relazione relativa allo stato di attuazione della legge con riguardo ad una serie di aspetti.

L'articolo 9 prevede la riduzione di due terzi (da parte del giudice dell'esecuzione, anche d'ufficio) delle pene irrogate con sentenza definitiva, per violazione dell'art. 73, comma 1, del TU del 1990, prima della data di pubblicazione della sentenza della Corte costituzionale n. 32 del 2014 (che ha determinato la reintroduzione della distinzione tra droghe leggere e droghe pesanti). Si prevede che se, per effetto della riduzione, le pene risultano in misura superiore al limite massimo edittale, esse sono ridotte a tale limite.

L'articolo 10 riguarda l'entrata in vigore del provvedimento, temporalmente differenziata in ragione dei diversi istituti oggetto del provvedimento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Beatrice Lorenzin. "Sono stata il primo ministro della Salute ad autorizzarne l'uso terapeutico ma è una droga e dico no alla sua normalizzazione"

"La marijuana fa male e adesso i bambini sono il nuovo mercato"

IL CRIMINE RESTEREBBE

Se passasse la norma la cannabis legale costerebbe di più e quindi rimarrebbe il traffico criminale

MICHELE BOCCI

ROMA. Il no alla legge sulla legalizzazione della cannabis lo dà come politico di Ap, il partito più schierato contro il provvedimento arrivato ieri in aula alla Camera, ma soprattutto, ripete più volte nel corso dell'intervista, come ministro alla Sanità.

Beatrice Lorenzin, perché è contraria?

«Perché la cannabis è droga e fa male. Siamo pieni di studi scientifici che dopo anni di consumo di massa ne sanciscono la pericolosità per la salute. Il mio compito è tutelare la salute degli italiani. Sono contraria ai messaggi banalizzanti specie verso i giovani e questa norma dà un segnale normalizzante riguardo alle droghe. Da anni i consumatori sono ragazzini, il nuovo mercato sono i bambini di 10, 11, 12 anni. Se dopo i social anche il Parlamento dice che la marijuana non fa male e gli adulti la possono usare perché un ragazzino non dovrebbe sentirsi libero di consumarla?».

Se la cannabis è dannosa perché è permesso l'uso terapeutico?

«Sono stato il primo ministro nella storia della Repubblica ad autorizzare coltivazione e ven-

dità di questa sostanza per fini terapeutici. Presi questa decisione in scienza e coscienza, perché questa droga come altre, oppiacei o derivati dalla cocaina, si può usare in medicina per determinate patologie. A nessuno verrebbe in mente di dire che poiché la morfina è prescritta contro il dolore la si può prendere a casa nel weekend».

Quindi la cannabis fa male?

«Sì, non lo dico io ma scienziati, neurologi, psicologi, farmacologi. Tra i suoi effetti collaterali più comuni ci sono alterazioni dell'umore, insonnia, tachicardia, ansia, sindrome amotivazionale. Crea dipendenza "complessa" e di certe patologie come la schizofrenia peggiora i sintomi. Negli adolescenti le conseguenze sono più rilevanti perché lo sviluppo cerebrale è ancora in corso. Se si usa con bevande alcoliche le conseguenze sono intensificate».

Ecco, lei nei giorni scorsi l'ha paragonata all'alcol, che è legale. Cosa risponde a chi le dice che allora dovrebbe vietare pure la birra?

«Che mi sembra una provocazione inutile, che non tiene conto della serietà con cui si dovrebbe affrontare una piaga

per i giovani. Tra i ragazzi c'è un problema alcol e droga e mi chiedo: Dove vivete, non vedete cosa accade nelle città? Non c'entra nulla con il consumo, durante i pasti e moderato, di vino e birra che fa parte della nostra cultura da millenni. Mi preoccupa per i minori, e per loro l'alcol è vietato. Il modo di bere tra i giovanissimi è cambiato rispetto a soli 15 anni fa: in tantissimi abusano, anche prima della scuola o agli happy hour. L'alcol provoca danni all'organismo e al cervello dei nostri ragazzi ed è responsabile di tanti incidenti stradali. Le leggi le abbiamo fatte, bisogna farle vivere e fare tanta prevenzione».

Anche il gioco d'azzardo non fa bene, ma fa incassare tasse. E' stato uno sbaglio legalizzarlo?

«Il nostro non è uno Stato etico, evidentemente. Ma questo non significa che non si debba fare una lotta vera contro i comportamenti devianti. E infatti è stata vietata la promozione del gioco in tv, tra i minori, online».

Secondo tanti, come Roberto Saviano, la legge indebolirà le mafie. Che ne pensa?

«Che a suo tempo Paolo Bor-



Dir. Resp.: Mario Calabresi

sellino disse l'esatto contrario, come oggi fa il procuratore aggiunto di Reggio Calabria Nicola Gratteri. La droga la consumano i giovani, quella prodotta legalmente costerebbe inevitabilmente di più e rimarrebbe il mercato criminale».

Nella maggioranza, Ap è l'unico partito tutto schierato per il no. Può essere un problema politico?

«La legge ha avuto adesioni ma pure contrarietà trasversali. Il dibattito parlamentare deve esserci e spero sia l'occasione per rimettere la lotta a droga e dipendenze al centro della discussione nella società. Le sostanze devono farci paura: il 70% dei giovani dice di averle usate almeno una volta. Va fatto un grande lavoro culturale e di formazione per allontanare i ragazzi dalle droghe e consegnargli una vita piena e libera».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CENTRISTA

Il ministro della Salute, [Beatrice Lorenzin](#), è uno degli esponenti di punta del Nuovo centrodestra, il partito centrista che fa parte della maggioranza che sostiene il governo guidato da Matteo Renzi

Cannabis legale, sarà una svolta storica?

PERCHÉ SÌ UMBERTO VERONESI

«Il 'fumo' calerà Proibire fa male»



La legge per depenalizzare la cannabis ieri è approdata alla Camera in prima lettura. Per i 221 deputati che l'hanno firmata è stata una «giornata storica». Ma sul testo, si riprenderà a lavorare a settembre. I firmatari della proposta sono di maggioranza e opposizione: 87 sono di M5s, 85 del Pd, 24 di Si, 16 del gruppo Misto, 7 di Scelta civica e 2 di Fi. Sono 1.700 gli emendamenti da cui si partirà



L'alcol crea dipendenza e mortalità, le sigarette alta mortalità e dipendenza, la cannabis né dipendenza né mortalità

Giulia Bonezzi
■ MILANO

Professor Umberto Veronesi lei, l'oncologo più famoso in Italia, è favorevole e non da ieri alla legalizzazione della cannabis. Perché?

«Perché da sempre credo che il proibizionismo non sia efficace nel limitare o eliminare l'uso di sostanze dannose. E anche nel caso della cannabis i fatti mi danno ragione, perché un divieto che non viene osservato da circa il 70% della popolazione – questa è la percentuale approssimativa di chi fuma marijuana in Italia – è senza dubbio un fallimento. Oltre ad essere inutile al suo scopo, il proibizionismo è poi dannoso socialmente perché crea un mercato nero, che a sua volta alimenta la criminalità. Non sono l'unico che ripete da anni che la lotta alla mafia

e alle organizzazioni criminali si dovrebbe fare 'tagliando i viveri', cioè privandole della materia prima dei loro traffici illegali. In Colorado, a un anno dalla liberalizzazione delle droghe leggere, la criminalità è crollata e i consumi non sono aumentati, al contrario».

Alla faccia del proibizionismo.
«Vede, mentre trent'anni fa eravamo in pochi a credere nell'effetto positivo della legalizzazione, oggi sono felice di vedere come la posizione antiproibizionista stia prendendo piede nel mondo negli ultimi due o tre anni: l'Uruguay è stato credo il primo Paese a liberalizzare la cannabis e poi l'hanno seguito appunto il Colorado e molti Stati Usa, fra cui quello di New York».

Quindi è favorevole a questo progetto di legge, che prevede non solo l'uso terapeutico, ma la possibilità di detenere piccole quantità e coltivare un certo numero di piante a scopo ricreativo?

«Io sarei più radicale e sono a favore della liberalizzazione totale, ma questo progetto è già un ottimo passo avanti per l'Italia».

Che pensa della vendita in negozi autorizzati dai Monopoli?

«Penso sia una buona idea. Ci sono già esempi in Olanda e in Danimarca. In fondo, se ci pensa, è la soluzione più semplice: vendere cannabis come si vendono alcol e sigarette. La differenza è che l'alcol crea dipendenza e una certa mortalità, le sigarette creano meno dipendenza ma un'alta mortalità, mentre la cannabis crea nessuna dipendenza e nessuna mortalità».

La commissione scientifica che incaricò quando era ministro

della Sanità concluse che «i danni da spinello sono praticamente inesistenti». Di quali danni parliamo?

«Parliamo di danni psicologici o neuropsicologici. La cannabis è una sostanza psicotropa che viene catturata dalle cellule cerebrali dando un senso di piacere e serenità. A differenza dell'alcol non genera impulsi violenti. Io appartengo ad una generazione in cui non era raro che un padre tornasse a casa ubriaco e massacrasse di botte i figli e la moglie. Così come non erano rare le morti in osteria».

Ha anche chiarito che non consiglierebbe a nessuno di fumare marijuana, ma che il tabacco fa 10mila volte più morti. È un problema di quantità, o della sostanza in sé?

«Il problema è interamente della sostanza. Se un ragazzo mi chiede se è meglio fumare uno spinello o una sigaretta io gli rispondo: 'Nessuna delle due'. Ma se insiste per una risposta devo dirgli, da medico, meglio la marijuana. Ricordiamo che il tabacco nel processo di combustione libera nel corpo del fumatore 13 sostanze cancerogene. La marijuana nessuna. Per non parlare degli effetti del tabacco sul sistema cardiocircolatorio e respiratorio. Detto questo, ripeto che mai e poi mai consiglieri a nessuno di fumare marijuana perché è comunque una droga, e una droga è comunque un male».





LA POLEMICA

LA CANNABIS FA MALE
ERRORE LEGALIZZARLA

L'INTERVISTA SILVIO GARATTINI. Direttore dell'Istituto Negri di Milano
Il disegno di legge rinviato a settembre per l'opposizione trasversale in aula

«LA CANNABIS FA MALE LA LEGALIZZAZIONE È SBAGLIATA E INUTILE»

MINO CARRARA

Approdata ieri nell'Aula di Montecitorio, dopo aver saltato a piè pari il passaggio in Commissione a causa dell'alto numero di emendamenti (solo il partito di Alfano ne ha presentati 1.300 sui circa 2.000 depositati), subito è stata bagarre sul disegno di legge che intende introdurre la liberalizzazione della cannabis. Così, bloccato da una serie di «no» trasversali che attraversa quasi tutti i partiti (dal Pd a Forza Italia), il disegno di legge è stato rinviato settembre. Ma tra poche settimane il clima difficilmente cambierà e, per giunta, la spaccatura potrebbe mettere a rischio la stessa maggioranza visto che sono numerosi i parlamentari del Pd contrari al provvedimento.

Ma prima che si avviasse la discussione politica in Commissione, c'era stata l'audizione di tecnici ed esperti.

Il 1° luglio scorso il professor Silvio Garattini, direttore dell'Istituto Mario Negri di Milano, richiesto di un parere scientifico sull'argomento, era stato ascoltato dalle commissioni congiunte Affari Costituzionali e Giustizia.

«Ripeto quello che ho detto in quell'occasione - afferma - innanzitutto è una legge molto pasticciata perché mette insieme

l'uso della cannabis per aspetti ricreazionali e l'uso sotto l'aspetto medicale. Invece le due situazioni devono rimanere distinte».

Cominciamo con l'aspetto medico...

«Per quanto riguarda la parte medica innanzitutto non dobbiamo incoraggiare il "fai da te" sanitario, ma dobbiamo fare in modo che i prodotti seguano il regolare iter previsto ovvero: sperimentazione e approvazione da parte dell'autorità preposta, autorità che in Italia è l'Aifa: l'Agenzia italiana del farmaco».

E già qui ce ne sarebbe abbastanza, ma c'è anche il cosiddetto aspetto ricreazionale termine che di fatto finisce indirettamente per ribadire la famosa distinzione tra droghe leggere e pesanti...

«Un momento: non si deve parlare di droghe leggere e droghe pesanti. Usare questi termini è una cosa molto negativa. Quindi chiariamolo e ribadiamolo: non esistono droghe leggere e droghe pesanti. Le droghe sono droghe punto e basta».

Quindi la cannabis è pericolosa.

«Sappiamo che soprattutto il tipo che è stato messo in circolo recentemente, ha un alto contenuto di tetraidrocannabinolo (ndr sostanza psicotropa in grado, tra l'altro, di alterare l'attività mentale). Si tratta di una droga che dà effetti a livello cerebrale

molto importanti».

Quali conseguenze?

«Non aiuta lo sviluppo cerebrale nei più giovani che finiscono per avere problemi di varia natura, tant'è che nel lungo termine sono descritti casi di ragazzi che, dopo aver assunto per dieci-quindici anni la cannabis, hanno avuto maggiori manifestazioni depressive e di schizofrenia rispetto a chi non l'aveva mai assunta. Quindi parlare di droghe leggere è dare un messaggio sbagliato ai giovani».

Comunque il legislatore intende porre il limite dei 18 anni per l'acquisto.

«Altro falso. Innanzitutto non si precisa come saranno fatti i controlli e come verrà fatta osservare tale limitazione. Teniamo presente che non si riesce a far rispettare la legge per quanto riguarda il tabacco e l'alcol. Ecco



perché temo che le cose non andrebbero in modo diverso con la cannabis: non ci sono gli strumenti per garantire che la limitazione venga rispettata».

I favorevoli alla liberalizzazione chiamano in causa la criminalità dicendo che così facendo non avrà più il monopolio.

«Cominciamo col tener presente che nella legge si dice che il 75% del prezzo dovrà essere rappresentato dalle tasse. Chiaro che così facendo la criminalità organizzata potrà vendere a prezzi minori. Secondariamente ricordiamoci che la sfera degli affari delle organizzazioni criminali non si basa tanto sulla cannabis, bensì sulle altre droghe che per giunta hanno costi elevati. Non credo proprio che su questo fronte ci possano essere grandi risultati».

Ma lo Stato non dovrebbe tutelare la salute?

«Siamo di fronte a una legge un po' ipocrita perché di fatto è uno strumento per raccogliere tasse e uno Stato che raccoglie denaro dalla tassazione non ha molta credibilità, anzi ha dei conflitti di interesse, nel momento in cui vuole lanciare un grande piano di educazione per i più giovani perché non usino né droghe, né alcol e né tabacco».

Tra i favorevoli alla cannabis c'è chi dice che è come fumare tre sigarette.

«Una cosa è certa: lo spinello è cancerogeno quanto il tabacco. Ma c'è un altro aspetto importante: chi comincia con la cannabis ha molte più probabilità di provare altri tipi di droga. Questa, diciamo chiaramente, è una legge inutile della quale non ce n'era bisogno. C'è invece bisogno in un grande programma educativo su fumo, alcol e droghe. Bisogna proteggere i giovani da queste cose invece di parlate di droghe leggere».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il professore
Silvio Garattini



Una pianta di cannabis



L'ANALISI

I falsi miti del rischio clinico

Sinistri in calo mentre aumenta il costo dei risarcimenti

Sorpresa: il numero complessivo dei sinistri da MedMal non aumenta ma anzi è sostanzialmente stabile. Mentre fino al 45% delle richieste di risarcimento si chiude senza seguito dopo l'istruttoria. È quanto emerge dal focus realizzato dalla Società di Ortopedia e un gruppo di esperti sulla MedMal nelle

strutture pubbliche di Emilia Romagna, Lombardia e Toscana. Le proiezioni al 2016? Il numero delle richieste è intorno a 18mila, di cui solo 10.400 arriveranno a risarcimento, per un costo ipotetico per il Ssn tra 350 e 580 milioni di euro.

A PAG. 2-3

È stabile il numero degli eventi in Emilia Romagna, Lombardia e Toscana nel 2009-14

Lo «sboom» dei sinistri Ssn

Nel 2016 attese 18mila domande di risarcimento fino 580 mln di euro



DI PIERO GALLUCCIO *
E RICCARDO TARTAGLIA **

Stando a quanto riferiscono alcuni media la sinistrosità per Medical Malpractice è in continua, inarrestabile ascesa per numero e per costi. Questa diffusa ma, come vedremo, assai poco fondata percezione ha tra l'altro determinato la fuga delle compagnie assicurative, e di quelle italiane in particolare, dal comparto della sanità. Sono oramai pochissime le Regioni italiane provviste di copertura assicurativa per la Med-Mal, la maggior parte è oramai in "autoassicurazione": delicato eufemismo per dire che i sinistri causati se li coprono e se li gestiscono da soli. Lo stesso dicasi per la maggior parte delle strutture dell'ospitalità privata del Paese. Questa percezione di rischio avrebbe indotto nei medici un riflesso condizionato di difesa definito "medicina difensiva". La prescrizione di esami, la selezione dei pazienti, l'indicazione degli interventi, la scelta di un percorso di cura rispetto a un altro, non avverrebbero solo secondo "scienza e coscienza", ma con un preoccupato retropensiero attento a evitare una possibile azione di ri-

valsa. Qualcuno è riuscito, non sappiamo come, a stimare anche il costo di tale comportamento in diversi miliardi di euro. Il mondo politico infine ha messo mano a un nuovo testo di legge (Dl Gelli), approvato alla Camera, che dovrebbe riordinare normativamente il settore, e tutti speriamo in meglio.

La Società italiana di Ortopedia e traumatologia, che rappresenta 4.500 ortopedici, professionisti tra i più esposti ad azioni di rivalsa, con l'ausilio di alcuni dei migliori esperti del Rischio clinico quali Alessandra De Palma, Davide Mozzanica e Riccardo Tartaglia, ha elaborato un'analisi della sinistrosità per Med-Mal in tre Regioni italiane, l'Emilia-Romagna, la Lombardia e la Toscana, per valutarne le cause, conoscerne le tipologie, i tempi e i costi e soprattutto definire le pratiche per la sicurezza da adottare. Tale lavoro è stato di recente pubblicato sulla rivista Giot (www.giot.it).

Sono stati presi in esame tutti i sinistri censiti nei data base di Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana, relativi al periodo 2009-2014. Questa macroregione ospita il 30% della popolazione italiana ed eroga il 30% dei ricoveri ospedalieri.

Con il termine sinistro indichiamo, come nella terminologia degli assicuratori, qualunque formale richiesta di risarcimento danni pervenuta. Non appaia scontato sottolineare che una pretesa risarcitoria non è sinonimo di danno accertato, infatti come vedremo solo poco più della metà delle stesse,



esperita l'istruttoria del caso, si rivelerà fondata ed esiterà in un rimborso. Ma d'altra parte, come vedremo non ogni danno determinato esita in un'azione di rivalsa.

Il numero. I "sinistri" censiti si riferiscono esclusivamente alle strutture sanitarie pubbliche, ambulatoriali, ospedaliere, territoriali. Nella figura 1 sono indicati i sinistri registrati negli ultimi 6 anni. Il numero complessivo dei sinistri, non solo non è in aumento, ma piuttosto in lieve diminuzione. La media complessiva del periodo 2009-2014 è di 5.402 sinistri per anno, l'oscillazione anno per anno è minima, il dato è stabile. La media nel primo triennio 2009-2011 è di 5.500 sinistri, quella del secondo 2012-2014 è di 5.300, la variazione è in diminuzione: -3,5 per cento.

Ania (Associazione nazionale imprese assicuratrici) in un recente rapporto (*"Ania: L'assicurazione italiana 2014-15. La responsabilità civile in ambito sanitario"*, pagine 172 e seg.) registra nel periodo 2010-2013 una riduzione ancora più significativa, -11% delle richieste risarcitorie pervenute. A fronte di queste 5.400 pretese risarcitorie, nelle strutture pubbliche di queste tre Regioni, vengono effettuati ogni anno oltre due milioni di ricoveri ospedalieri (2014 = 2.023.250) (fonte: ministero della Salute, Rapporto Sdo 2014). La frequenza è quindi: n. 2,7 sinistri ogni 1.000 ricoveri per acuti.

I sinistri senza seguito. Le richieste risarcitorie pervenute vengono valutate da appositi Comitati e possono essere soddisfatte o rigettate ed esitare o meno in contenzioso. Una percentuale variabile fra il 40 e il 45% delle richieste si chiude senza seguito dopo la fase istruttoria, non venendo accolta e non esitando in giudizio.

Ania stima tale dato addirittura fra il 60 e il 70%, scontando però una possibile duplicazione delle denunce per lo stesso sinistro (sanitario e struttura; più sanitari; più strutture ecc.), con apertura (e conseguente chiusura) di più pratiche per lo stesso evento.

La latenza. Il tempo medio intercorrente tra l'evento che ha determinato il danno e l'arrivo della richiesta risarcitoria è incredibilmente lungo: 775-850 giorni. Agenas lo stima in 852 giorni, nello stesso studio la definizione della pratica richiede ulteriori 542 giorni.

I costi. Gli importi medi pagati dalle Regioni del nostro campione, per transazione o a

seguito di sentenze, oscillano tra i 26.513 della Toscana e i 47.466 della Lombardia (tabella 1). Agenas (*"Monitoraggio delle denunce di sinistri 2014"*) stima in euro 52.368 il costo medio dei sinistri nel solo 2014, valore questo peraltro assai vicino a quello rilevato nel nostro campione dalla Lombardia nello stesso 2014 (50.771).

I sinistri in Ortopedia. Il numero dei sinistri prodotti in ortopedia appare stabile e rappresenta il 15,4% del totale (figura 2). La loro frequenza è di n. 3,5 sinistri ogni 1.000 ricoveri (237.392 ricoveri nel 2014), a testimonianza della relativa maggiore rischiosità di questa branca rispetto alla media generale, almeno per quanto attiene al numero dei sinistri censiti.

La tipologia. L'errore chirurgico, come prevedibile, è la causa più frequente di pretese risarcitorie con frequenze che vanno dal 29 al 56% del totale delle richieste (tabella 2). L'errore terapeutico è tra il 7 e il 10%, quello diagnostico fra il 10 e il 14 per cento. Le infezioni rappresentano dal 6 all'8% di tutte le richieste. Le cadute contribuiscono in una percentuale tra l'1 e il 2 per cento. Marginali i vizi di consenso (0,4%) o gli errori di assistenza (1,3 per cento).

E per il 2016? Cosa dobbiamo aspettarci?

Il numero dei sinistri previsti. Se nelle tre Regioni esaminate che ospitano il 29,95% della popolazione italiana e il 30,6% dei ricoveri (acuti e non acuti), vengono censiti stabilmente 5.400 sinistri, è ragionevole prevedere che nell'intero Paese nel 2016 si attiveranno, verso le strutture sanitarie a gestione pubblica, un numero di pretese risarcitorie vicino a 18.000. Solo il 55-60% di tali pretese risarcitorie (circa 10.400), però otterrà un risarcimento per via giudiziale o extragiudiziale.

Ania stima invece n. 30.000 sinistri all'anno, dando però espressamente atto che all'interno di tale numero si annidano rilevanti duplicazioni, tanto che, a suo dire «... mediamente oltre due terzi dei sinistri denunciati alle compagnie... vengono chiusi senza seguito» (pag. 173).

Quindi anche secondo Ania, non più di 10.000 sarebbero i sinistri effettivamente onerosi a carico per di più di tutto il sistema pubblico e privato. Meno di quanti stimiamo nella nostra analisi, posto che Ania comprende anche il sistema

ospedaliero privato che rappresenta da solo il 26,5% dei ricoveri ospedalieri.

I costi per il Ssn. Nel nostro campione il costo unitario medio dei risarcimenti, rilevato nell'ultimo triennio, è stato di euro 33.958; Agenas nello studio citato, limitatamente al solo 2014, rileva tale costo a euro 52.368. Ania pubblica annualmente un dettagliatissimo tabulato (tabella 3), dal quale si evince che il valore medio pluriennale più elevato è stato di euro 43.539 (2008-2013), mentre il costo più elevato per singolo anno (2013) è stato di euro 56.479.

Prendendo a riferimento il valore minimo (euro 33.958, tabella 1) e quello massimo (euro 56.479, tabella 3) il costo complessivo dei circa 10.400 sinistri da risarcire in questo 2016 sarà compreso in una forchetta, certamente ancora troppo ampia, ma per la prima volta definita tra i 350 e i 580 milioni di euro.

I premi per le assicurazioni. A fronte di tali costi che poniamo a stima per il 2016 per il comparto pubblico, il sistema assicurativo riscuoterà per lo stesso anno non meno di 564 milioni di premi (*Ania: stima premi 2013*). Se teniamo conto che tale importo viene incassato a fronte di quella piccola parte dei sinistri del comparto pubblico e di quello privato, gestiti da assicurazioni (ormai molte Regioni e molti operatori privati non sono coperti da polizze assicurative e gestiscono direttamente i propri sinistri), i numeri sembrano dirci che tali premi sembrerebbero ben compensare gli importi che dovranno essere liquidati per i sinistri, per di più al netto delle franchigie.

Gli eventi avversi reali e il Rischio clinico. Questi sono i dati del contenzioso reale, occorre però precisare che, secondo la letteratura e gli studi nazionali e internazionali, il 5% di tutti i ricoveri ospedalieri sono gravati da eventi avversi, con ciò intendendo eventi inattesi, ma capaci di condizionare in senso sfavorevole il percorso di guarigione del paziente, certamente accidentali e assolutamente non intenzionali, ma prevedibili e in larga parte, per fortuna, prevenibili. L'attenzione che negli ultimi dieci anni è stata posta su tali eventi ha portato a elaborare una serie di misure di salvaguardia e di protezione verso il verificarsi e il ripetersi degli stessi.

Gli eventi avversi sono conseguenza di criticità riconducibili a fattori soggettivi (abilità

tecniche) od oggettivi (ambientali-organizzativi) e a seconda delle fasi del processo di cura sono riferibili alla diagnosi (ritardata, mancata, sbagliata ecc.); al trattamento (ritardato, mancato, fallito, non necessario ecc.); alla comunicazione (verbale o scritta); alla valutazione (indicazioni sbagliate, mancato rispetto protocolli, planning inadeguato ecc.); a problemi ambientali o relativi al sistema (sicurezza ambientale, adeguatezza delle risorse ecc.).

Non tutti gli eventi avversi divengono danni e non tutti i danni divengono richieste risarcitorie o contenziosi giurisdizionali. Scopo della gestione del Rischio clinico è rilevarne e analizzarne la frequenza, la tipologia, la prevedibilità, le cause e fornire le indicazioni per la prevenzione degli stessi, anche quando non si traducono in un danno o in un contenzioso.

Molto è stato fatto, ma tanto resta ancora da fare, sul piano delle misure preventive, per contenere i rischi e innalzare le tutele e la sicurezza del paziente negli ambienti sanitari e nei percorsi di cura.

Per richiamare solo alcune, in particolare per l'ortopedia: innanzitutto la formazione è a fondamento della crescita e dell'aggiornamento professionale e per questa ragione deve essere continua; l'adozione di check list di sala operatoria; il rispetto delle procedure per l'igiene delle mani; l'utilizzo di barriere precauzionali per prevenire le infezioni correlate all'assistenza; l'utilizzo delle numerose pratiche cliniche "evidence based"; il lavoro interdisciplinare in team quale strumento efficacissimo per ridurre l'errore clinico; la ricognizione e la riconciliazione farmacologiche; la prevenzione delle cadute; l'organizzazione del lavoro che tenga conto dei limiti psicofisici e delle condizioni di stress cui sono sottoposti gli operatori; l'adozione di sistemi di reporting learning; la capacità di comunicazione onesta, chiara e trasparente che, nel caso di eventi avversi, diventa uno strumento strategico per mitigare la conflittualità e tentare di ricreare un clima di fiducia.

Conclusioni. I dati ricavati dalle tre Regioni esaminate consentono di affermare che il numero dei sinistri sia sostanzialmente stabile da anni, anzi in lieve diminuzione e che invece sia in aumento il costo medio dei risarcimenti. Per la prima volta, siamo in grado di stimare, per la componente

pubblica del nostro sistema sanitario, il numero delle domande risarcitorie attese per il 2016 (circa 18.000) e il costo prevedibile che il Ssn dovrà sopportare per soddisfare le stesse (fra 350 e 580 milioni di euro).

Ulteriori studi e il consolidamento dei dati ci consentiranno di confermare la veridicità di tali previsioni e di restringere la forchetta dei costi. Molto è stato fatto e tanto resta ancora da fare, ma non vi è dubbio che formazione, adozione delle pratiche di sicurezza, corretta comunicazione, sono le parole chiave per ridurre il numero di eventi avversi e per gestire al meglio i rapporti con i nostri assistiti.

* responsabile

Commissione rischio clinico,
Società italiana di Ortopedia
e traumatologia (Siot)

** direttore Centro gestione
rischio clinico e sicurezza
del paziente, Regione Toscana

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tabella 1 - Importi medi liquidati

Anno	Emilia Romagna	Lombardia	Toscana	Totale
2012	23.522	44.132	28.934	-
2013	39.518	47.494	25.087	-
2014	20.645	50.771	25.517	-
Media	27.895	47.466	26.513	33.958

Tabella 2 - Tipologia dei sinistri (in percentuale sul totale regionale)

Tipologia sinistro	Emilia Romagna	Lombardia	Toscana	Tipologia sinistro	Emilia Romagna	Lombardia	Toscana
Errore chirurgico	29,1	54,1	55,6	Infezioni	6,2	8,1	8,2
Errore terapeutico	7,2	9,2	10,1	Errore di assistenza	-	-	1,3
Errore diagnostico	10,4	11,1	14,3	Errore di consenso	-	-	0,4
Errore anestesiologicalo	0,5	2,7	0,4	Caduta	1,1	2,1	1,7
				Non identificato	32,4	1,9	7,1

Tabella 3 - Evoluzione del costo medio dei sinistri al 31 dicembre 2013 - Totale Rc medica

	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Media
1994	16.410	30.212	28.898	29.833	28.421	28.904	29.012	28.023	27.983	27.782	27.826	27.573
1995	14.418	21.464	21.406	22.976	22.488	22.687	22.676	22.190	21.887	21.829	21.856	21.443
1996	16.961	23.253	22.000	21.789	21.622	23.819	23.493	23.028	23.901	23.044	22.960	22.278
1997	25.331	31.082	29.594	29.214	28.961	32.948	31.940	31.950	31.768	31.342	31.453	30.508
1998	17.939	24.517	22.474	30.152	29.966	34.271	33.924	33.184	33.049	32.495	32.562	29.503
1999	22.820	28.144	28.556	32.063	32.571	37.281	36.511	36.584	36.157	36.106	36.568	33.033
2000	22.254	32.298	33.887	37.600	37.634	39.968	40.605	40.134	38.929	39.688	40.139	36.649
2001	21.843	31.675	33.152	36.757	35.974	40.042	40.159	37.457	45.865	47.214	47.734	37.988
2002	20.157	33.026	35.298	39.903	38.490	42.732	43.196	42.371	46.835	47.111	47.030	39.650
2003	-	30.306	34.379	39.475	39.080	44.521	47.241	46.169	50.577	49.492	49.740	43.098
2004	-	22.706	29.755	36.545	38.349	44.083	43.304	43.653	49.951	50.504	52.238	41.109
2005	-	-	26.670	33.174	35.471	42.383	42.245	41.277	46.330	46.473	46.447	40.052
2006	-	-	-	30.659	33.408	41.476	42.019	41.779	50.330	53.385	54.571	43.453
2007	-	-	-	-	26.670	38.266	38.816	39.537	47.798	51.466	52.435	42.141
2008	-	-	-	-	-	29.505	34.067	39.427	49.581	52.176	56.479	43.539
2009	-	-	-	-	-	-	25.083	33.225	43.852	44.244	49.440	39.169
2010	-	-	-	-	-	-	-	27.689	38.538	41.313	46.459	38.500
2011	-	-	-	-	-	-	-	-	30.789	35.576	49.503	38.623
2012	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29.422	40.672	35.047
2013	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35.871	35.871
Media	19.793	28.062	28.839	32.318	32.079	36.192	35.893	35.746	39.628	40.035	42.099	-

Fonte: Ania studio citato - Le altre assicurazioni danni pag. 175, tav. 4 - rielaborato con medie

Lunedì 25 LUGLIO 2016

Obesità. I bambini che vanno a letto presto saranno adulti più magri

I bambini che vanno a letto alle otto di sera presentano un rischio dimezzato di diventare obesi rispetto ai coetanei che vanno a dormire un'ora più tardi. A dimostrarlo è uno studio americano pubblicato dal *Journal of Pediatrics*. “Incoraggiare i propri figli ad andare a letto presto potrebbe essere un modo per prevenire l'obesità infantile”, ha dichiarato la principale autrice dello studio, Sarah Anderson dell'Ohio State University di Columbus.

(Reuters Health) - I bambini che vanno a letto alle otto di sera presentano un rischio dimezzato di diventare obesi rispetto ai coetanei che vanno a dormire un'ora più tardi. A dimostrarlo è uno studio americano pubblicato dal *Journal of Pediatrics*. “Incoraggiare i propri figli ad andare a letto presto potrebbe essere un modo per prevenire l'obesità infantile”, ha dichiarato la principale autrice dello studio, Sarah Anderson dell'Ohio State University di Columbus.

Per la ricerca, Anderson e colleghi hanno preso in considerazione i dati provenienti da 977 bambini nati sani nel 1991 e che si sono sottoposti a un controllo annuale fino all'età di 15 anni. Quando avevano quattro anni, le mamme dei piccoli hanno registrato l'orario in cui i bambini andavano di solito al letto. La metà dei bimbi andava a letto tra le otto e le nove, mentre un quarto andava a dormire prima delle otto e l'altro quarto dopo le nove.

I risultati

Quando i ricercatori americani hanno valutato il peso corporeo all'età di 15 anni, hanno visto che i ragazzi che in età prescolare andavano a letto dopo le nove erano più a rischio di diventare obesi, con una percentuale del 23%. Mentre gli adolescenti che all'età di quattro anni andavano a letto tra le otto e le nove avevano il 16% di probabilità di diventare obesi e quelli che da piccoli andavano a dormire prima delle otto avevano il 10% di probabilità.

Anche ‘aggiustando’ i dati considerando altri fattori, come quelli socioeconomici o la ‘sensibilità materna’, una misura della qualità del rapporto madre-figlio, il risultato non cambiava. E anche il fatto di avere dei lavori che non consentivano ai genitori di mettere a letto presto i figli non avrebbe influenzato il risultato. Dunque, “è importante per i genitori abituare i bambini ad andare a letto presto, per farli dormire abbastanza”, ha sottolineato Anderson.

I commenti

Secondo Dennis Styne, che studia l'obesità infantile all'University of California, la ricerca, in realtà, non proverebbe un rapporto di causa-effetto tra dormire poco ed obesità. L'eccesso di peso corporeo è anche familiare, per cui se i genitori sono obesi, i loro bambini corrono un rischio maggiore di diventarlo, ha spiegato l'esperto. “I genitori non possono cambiare i loro geni, ma possono trasmettere buone abitudini ai loro figli, come farli andare a letto presto e mangiare cibi salutari”, ha concluso Styne.

Fonte: *J Pediatr* 2016

Linda Thrasybule

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

<http://www.ansa.it>

In Spagna nato bimbo con microcefalia da virus Zika

E' primo caso nel Paese, madre e neonato in condizioni stabili



In Spagna è nato un bambino affetto da microcefalia associata al virus Zika. Si tratta del primo caso nel Paese, affermano le autorità sanitarie. La patologia è stata diagnosticata lo scorso maggio, ed il Vall d'Hebron University Hospital ha annunciato oggi che sia il bambino sia la madre sono in "condizioni stabili".

La madre aveva viaggiato precedentemente in Sud America, dove aveva contratto il virus Zika. Il virus, veicolato da un tipo di zanzare, può causare microcefalia, una patologia per la quale i neonati presentano una testa più piccola e danni cerebrali. Il fenomeno si è dapprima manifestato in Brasile.

Il sito del ministero della Salute riporta che in Spagna sono stati registrati 190 casi di infezioni da virus Zika: in tutti i casi tranne uno l'infezione è stata contratta all'estero. Un caso di trasmissione sessuale è stato registrato a Madrid.

Scommesse
e sfide
del Patto digitale

GRECO A PAG. 13

Opportunità e limiti dell'accordo varato dalla Conferenza Stato-Regioni il 7 luglio scorso

Scommessa «Patto digitale»

L'obiettivo è spingere il Ssn a una riprogettazione technology-based

C'è la clausola dell'invarianza ma si attinge ai Fondi europei

Serve un maggior coinvolgimento delle industrie nella governance

Se i bookmaker inglesi scommettono che il Nhs chiuderà i battenti nel 2019, per il presidente dell'Istituto superiore di Sanità restano 6 mesi di tempo per salvare il nostro Servizio sanitario nazionale. È una questione di risorse economiche da investire, ma anche di ammodernamento del sistema per stare al passo con una nuova domanda di salute e con un'innovazione tecnologica galoppante.

All'interno dell'attuale perimetro di risorse e di strumenti assistenziali e gestionali i margini di manovra appaiono ridotti al minimo. Lo certifica il Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2016 della Corte dei conti, secondo cui «negli anni della crisi, il contributo del settore sanitario al risanamento è stato di rilievo: una flessione della spesa in media di 2 punti all'anno, in termini reali, tra il 2009 e il 2014... La flessione della spesa pubblica nel settore ha comportato un peggioramento delle condizioni sotto due aspetti: l'aumento del contributo richiesto direttamente ai cittadini. Ma anche una crescita dei casi di rinuncia alle cure per motivo di costo e di liste d'attesa».

I margini di manovra per il Ssn potrebbero tuttavia ampliarsi grazie al nuovo Patto per la Sanità digitale (varato dalla

Conferenza Stato-Regioni lo scorso 7 luglio) sia sotto il versante delle risorse economiche che dell'ammodernamento di sistema. Il Patto nasce infatti con l'obiettivo esplicito di dar vita a un piano straordinario di sanità elettronica, capace di «immescolare un circuito virtuoso di risorse economiche destinate a finanziare gli investimenti necessari».

Nonostante la prammatica clausola di invarianza finanziaria (senza la quale presumibilmente non ci sarebbe stato il via libera del Mef), il Patto prevede la possibilità di riconoscere «una tariffa iniziale provvisoria o altro sistema di remunerazione» alle sperimentazioni di soluzioni innovative, ma soprattutto l'attivazione di tre rilevanti fonti di finanziamento:

- fondi strutturali Ue,
- fondi pubblici in ambito

Horizon 2020, Banca Europea Investimenti nel quadro di iniziative di Public-Private Partnership, c) fondi privati attraverso modelli di project financing e/o performance based contracting.

Il coinvolgimento dell'industria mira a porre le basi per la creazione di un ecosistema dell'innovazione in grado di spingere il Ssn a una sua riprogettazione technology-based, che utilizzi l'informazione come asset primario per



migliorare governance, programmazione, sostenibilità, efficacia. Lo stesso documento programmatico del Patto riconosce l'innovazione digitale come «fattore abilitante e, in taluni casi, determinante per la realizzazione di modelli sia assistenziali che organizzativi rispondenti alle nuove necessità».

In questa prospettiva la sperimentazione di soluzioni e progetti innovativi sarà realizzata lungo 6 assi prioritari, individuati dal Patto: 1. realizzazione e diffusione Fascicolo sanitario elettronico, 2. servizi di continuità assistenziale e deospedalizzazione, 3. ammodernamento governance clinica, della spesa e degli acquisti, 4. condivisione dati e interoperabilità data-base, 5. introduzione e diffusione standard di codifica internazionali, 6. razionalizzazione infrastruttura It.

Sembra prospettarsi quindi un cambio di paradigma del Ssn verso un modello di piattaforma abilitante di servizi innovativi, in grado di collegare più efficacemente ed efficientemente medici, strutture, pazienti e informazioni con la partecipazione attiva dell'industria Life science e Ict.

Peraltro questa trasformazione, abilitata dalle tecnologie digitali, è una tendenza che coinvolgerà tutta la Pubblica amministrazione a seguito della progressiva applicazione della legge 124/2015, laddove si prevede di «ridefinire il Sistema pubblico di connettività al fine di sempli-

ficare le regole di cooperazione applicativa tra amministrazioni pubbliche e di favorire l'adesione al Sistema da parte dei privati, garantendo la sicurezza e la resilienza dei sistemi».

Il modello di riferimento potrebbe essere quello della cosiddetta Api economy, che consente l'accesso agli asset digitali della Pa (servizi e dati) attraverso l'uso di Application programming interface (Api), le interfacce di programmazione dei sistemi informativi. L'accesso a tali porte applicative consente lo sviluppo di ecosistemi cooperativi di servizi e di applicazioni digitali multistakeholder, che sono già parte integrante delle strategie di Open government di molti Paesi, con l'obiettivo di favorire la digitalizzazione dei processi e l'integrazione fra amministrazioni, l'integrazione con le stesse imprese e la co-erogazione dei servizi.

Su quest'ultimo versante tutto lascia intravedere l'opportunità per l'industria Life science e Ict di ridisegnare il proprio ruolo da semplice fornitore del sistema a partner delle organizzazioni sanitarie pubbliche, estendendo le tradizionali funzionalità dei prodotti tramite servizi complementari e continuativi, abilitati da mHealth, Internet of Things, Cloud computing, genomica medica e machine learning. Si pensi a servizi innovativi, realizzati anche attraverso il data mining dei dati sanitari provenienti dal mondo reale, utili a sostenere l'empower-

ment e la compliance dei pazienti, a sviluppare nuove forme di rapporto medico-paziente, ad accompagnare i medici a comportamenti prescrittivi più appropriati, a realizzare percorsi di coordinamento multidisciplinare per le patologie croniche, a tracciare i trend epidemiologici e la domanda di salute, a potenziare le attività di prevenzione, a disegnare i nuovi Pdta, a riprogettare le stesse attività di R&S e i trial clinici, ma anche a meccanismi adattivi di pricing&reimbursement.

Per la realizzazione concreta di questo percorso le questioni aperte di natura regolamentare, tecnologica, organizzativa e culturale - specifiche per il settore sanitario - sono certo numerose. Fra queste va considerata la necessità di colmare le lacune statistiche, che impediscono una chiara misurazione dell'innovazione digitale in termini di economicità, appropriatezza, efficienza ed efficacia. Ma tali questioni saranno affrontate nel corso dei lavori della Cabina di Regia del Nuovo sistema informativo sanitario, organo di coordinamento del Patto per la sanità digitale, per la cui attuazione la Cabina di Regia Nsis - oltre ai rappresentanti di Regioni, [ministero della Salute](#), ministero Riforme e innova-

zione Pa e Mef - sarà integrata dai rappresentanti di Mise, Aifa, Fnomceo, Fofi, Ispasvi, Anci e Consip.

Dall'attuale configurazione della governance del Patto emerge l'assenza della rappresentanza industriale, che pure è chiamata a investire risorse e know-how per lo sviluppo della sanità digitale. Altra scelta sembra sarà fatta per la costituenda Cabina di regia governativa Industria 4.0, annunciata di recente dal ministro Carlo Calenda, dove siederanno anche le imprese.

Da questo punto di vista, per garantire una rappresentanza alta degli interessi delle imprese e un'interlocuzione strategica con la Cabina di Regia Nsis, è auspicabile una diretta assunzione di responsabilità da parte di Confindustria, ad esempio attraverso la costituzione di una Commissione ad hoc, che sappia comporre gli interessi diversificati delle associazioni di categoria dei comparti Life science e Ict, cogliendo pienamente le opportunità offerte dal nuovo Patto per la Sanità Digitale, anche per lo sviluppo economico e industriale del Paese.

Giuseppe Greco
segretario generale
Ismm ricerche

© RIPRODUZIONE RISERVATA

