



RASSEGNA STAMPA

06-09-2016

1. DOCTOR 33 Cancro, comunità scientifica contro cure non ufficiali. Pinto (Aiom): più informazione per vincere arretramento culturale
2. LIBERO QUOTIDIANO «Occhio alle bufale» Un sito internet contro le false cure
3. UNITA' Medici in campo contro le bufale in Rete
4. REPUBBLICA "I genitori di Eleonora ci impedirono di salvarla"
5. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Int. a Domenico Samorani - Cure alternative, un registro di chi le fa Il chirurgo: così fermiamo i ciarlatani
6. GIORNALE Int. a Pierluigi Brazzola - «Non abbiamo usato il metodo Hamer con Eleonora»
7. IL FATTO QUOTIDIANO Denuncia-choc di un oncologo di Rimini: "Ho visto almeno 10 donne morire dietro le illusioni di Hamer e di altri".
8. CORRIERE.IT Tumore al seno, l'istinto guida le donne nella scelta del tipo operazione
9. QUOTIDIANO SANITÀ Su Lancet plauso al nuovo profilo dell'Istituto superiore di sanità
10. SOLE 24 ORE SANITA' Supermarket Ssn tra buona e cattiva spesa - Acquisti Ssn sull'ottovolante
11. CORRIERE DI BOLOGNA Idea Renzi per la Philip Morris Il premier invitato all'apertura
12. QUOTIDIANO SANITÀ In Gazzetta i decreti del Miur con i posti disponibili e modalità prova per Medicina, Veterinaria e Professioni sanitarie
13. SOLE 24 ORE SANITA' Risk, tutelata la controparte
14. SOLE 24 ORE Il prelievo di sangue si può eseguire coattivamente
15. SOLE 24 ORE SANITA' Oncologia, vince il chip - Prevenzione in punta di chip
16. REPUBBLICA Carta vince carta perde il bio vale doppio
17. PHARMASTAR Hillary Clinton promette una riduzione dei prezzi dei farmaci in Usa

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

Cancro, comunità scientifica contro cure non ufficiali. Pinto (Aiom): più informazione per vincere arretramento culturale



Dopo la morte di Eleonora, la ragazza di 18 anni affetta da leucemia e per la quale i genitori, seguaci del cosiddetto "metodo Hamer", hanno detto no alla chemioterapia, e di un'altra donna, che per le cure seguiva la stessa modalità, monta la polemica nella comunità scientifica. **Carminè Pinto**, presidente dell'Aiom l'Associazione Italiana di Oncologia Medica, evidenzia in un'intervista a Doctor33, come sia necessario fare due tipi di osservazioni: «Prima di tutto - spiega - questo atteggiamento non è purtroppo un fatto nuovo. Negli anni, infatti, abbiamo assistito costantemente ad episodi di questo tipo, molto gravi perché parliamo di patologie per le quali le cure avrebbero dato buoni risultati per la sopravvivenza dei malati. Il secondo dato, è che questo atteggiamento rientra in una fase sottoculturale - precisa Pinto - che si sta diffondendo molto nel Paese e che partendo dalle vaccinazioni arriva fino alla cura del cancro».

Ma per il presidente Aiom, c'è anche una responsabilità del mondo della comunicazione che riporterebbe informazioni fuorvianti. «Circostanza molto grave perché così non si danneggia solo il singolo ma l'intera popolazione». Altro dato da valutare per Pinto, è come viene veicolato il "dato" rispetto alle possibilità di cura che abbiamo oggi. «Le cure oncologiche sono sì la chemioterapia, ma anche le terapie cellulari, l'immunoterapia e l'ormonoterapia, che hanno migliorato di molto la sopravvivenza dei malati. Persino guarito malati con malattie avanzate». E oggi, per quanto riguarda la chemioterapia, - ricorda Pinto - «abbiamo la possibilità di trattamenti sintomatici che permettono di renderla molto tollerabile, dando non solo quantità ma anche qualità alla vita. Rendere dunque il discorso sulla chemioterapia così drammatico, è un atteggiamento anacronistico che non fa che creare fantasmi nella mente dei pazienti». Stiamo tornando, secondo il presidente Aiom, come in tutti i momenti di crisi a una debolezza culturale che è pericolosa e controproducente e che potrà essere vinta «solo con una forte opera di informazione della popolazione».

L'INIZIATIVA

«Occhio alle bufale» Un sito internet contro le false cure

“Attenti alle bufale”. L’avviso è della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), e questo sarà anche il nome del sito internet al quale la stessa Federazione sta lavorando, con l’obiettivo di informare i cittadini contro le presunte cure senza alcuna base scientifica - le “false cure” - in questo modo mettendo in guardia gli utenti da ciarlatani e informazioni non controllate che troppo spesso si diffondono attraverso la rete. Il nuovo portale sarà accessibile dal sito web della Fnomceo, e dovrebbe partire entro un paio di mesi: punta a coinvolgere esperti di fama nazionale che possano dare risposte chiare e competenti ai cittadini che lo desiderano.

Così illustra l’iniziativa la presidente Fnomceo, Roberta Chersevani: «Oggi internet rappre-

senta per un numero crescente di persone uno strumento fondamentale per informarsi, ma anche un luogo dove cercare informazioni su cure e terapie. Purtroppo, però, in rete si pesca di tutto, e spesso si corre il rischio di rimanere impigliati in informazioni false, poiché non vi è alcun controllo a garanzia della validità scientifica dell’enorme mole di informazioni veicolate’».

Ecco dunque il motivo dell’iniziativa “Attenti alle bufale”: «Vogliamo potenziare l’informazione ai cittadini, tenendo sempre presente che il Codice deontologico medico ha regole ben precise: il medico non può allontanarsi da posizioni validate scientificamente, pena la radiazione». Anche perché, conclude, «spesso dietro tali false e costose terapie si nascondono solo interessi economici, e si gioca sulla debolezza delle persone malate’».



MediaVillage

Medici in campo contro le bufale in Rete

Maurizio Boldrini

Finalmente qualcuno sta mettendo mano a concrete azioni contro il dilagare delle 'bufale'. Questa rubrica ha già più volte affrontato la questione. Non passa giorno senza che non si allunghi il triste elenco delle persone che rimangono schiacciate nell'infernale macchina delle false cure. La Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo) ha annunciato che sta preparando un sito per informare i cittadini contro le 'false cure', mettendo in guardia da ciarlatani e informazioni non controllate veicolate dalla Rete. Il nuovo portale, che dovrebbe esser pronto tra un paio di mesi, si chiamerà "Attenti alle bufale". La ricerca di terapie "alternative" - oltre all'interesse di loschi personaggi - può rivelare un atteggiamento di fiducia decrescente nei confronti dei medici di base e di quelli ospedalieri. Troppo spesso sono percepiti come superspecialistici e ipertecnologici, scarsamente disponibili ad ascoltare. Senza contare che poi è gran moda esser alternativi, antimoderni e contestare, quindi, qualsiasi tipo di 'ordine costituito'. Qualche auto-riflessione della categoria non gusterebbe. «Come Federazione degli Ordini - ha detto il segretario generale della Federazione - stiamo investendo su questo. La prossima settimana presenteremo una biblioteca virtuale ad accesso gratuito per i camici bianchi, dove sarà possibile aggiornarsi gratis su oltre mille riviste scientifiche». Quest'atteggiamento di molti pazienti può rivelare anche un sistema di attese sbagliate nei confronti della Rete. «Purtroppo sul Web si pesca di tutto - notano i promotori - e, spesso, si corre il rischio di rimanere 'impigliati' in informazioni false, poiché sul web non vi è alcun controllo a garanzia della validità scientifica dell'enorme mole d'informazioni veicolate». Non per tirarlo sempre in ballo ma sarebbe bene ricordarsi, come sosteneva Umberto Eco, che nel grande mare della Rete, si trovano cose meravigliose ma anche altre che sono molto pericolose: per cui, dopo la grande sbornia per il web, sarebbe bene pensare anche a educare i giovani a un suo corretto uso. Magari partendo dalle scuole.



L'INDAGINE / LA RELAZIONE DEL COMITATO ETICO E LE SENTENZE DEL TRIBUNALE: "I MEDICI NON HANNO MAI POTUTO PARLARLE DA SOLA"

"I genitori di Eleonora ci impedirono di salvarla"

A metà giugno la resa
del giudice minorile
"Forzarla è inutile, sta per
diventare maggiorenne"

ENRICO FERRO

PADOVA. C'è il medico che minacciò di chiamare i carabinieri se Eleonora non veniva ricoverata. C'è il fax del giudice giunto in reparto appena un'ora dopo che i genitori avevano preteso le dimissioni della figlia. La relazione del Comitato etico dell'ospedale di Padova e le sentenze del tribunale minorile permettono di ricostruire nel dettaglio la lunga agonia di E.B., Eleonora Bottaro, uccisa dalla leucemia due settimane dopo aver compiuto 18 anni, e dopo otto mesi di battaglia per sfuggire alla chemio.

Come in tutte le tragedie, c'è un prima e c'è un dopo. Il prima, nella storia di Eleonora, è una vita spensierata con mamma, papà e l'amato fratello nella casa di Bagnoli di Sopra. Il dopo è l'improvvisa morte del fratello a soli 22 anni, e quella della migliore amica per un tumore. Macigni che col tempo sono diventati macerie.

A gennaio, Eleonora inizia ad accusare febbre persistente, dolori e perdita di energia. Per due mesi viene curata solo con paracetamolo, cortisone e agopuntura: Lino Bottaro e la moglie Rita hanno abbracciato le teorie hameriane, secondo cui le malattie sono solo risposte del corpo a traumi psicologici irrisolti. L'11 febbraio, l'emocromo rivela valori compatibili con la leucemia, ma da subito marito e moglie manifestano la loro resistenza alle cure. La situazione appare da subito gravissima, e

così il 22 febbraio si riunisce il Comitato etico dell'ospedale di Padova. «Immatura dal punto di vista psicologico e pesantemente condizionata dai genitori», al punto che i medici non hanno mai la possibilità di parlarle da sola per aiutarla a superare la negazione della malattia: Eleonora viene descritta così nella relazione inviata al tribunale dei minori per chiedere la revoca della patria potestà. Giuseppe Basso, direttore di Oncoematologia pediatrica,

prova in tutti i modi a far capire alla famiglia che bisogna fare presto, ma si trova davanti un muro. Eleonora si ritiene «convalescente», mentre il padre si rivolge a un legale per far valere le sue idee.

Il 26 febbraio alle 12, il tribunale invia in clinica il fax che dispone «l'affidamento della minore ai Servizi sociali e il suo mantenimento in Oncoematologia». Troppo tardi: un'ora prima Lino, Rita e un parente ufficiale dei carabinieri si presentano in reparto e fanno uscire la figlia. Inizia così un nuovo braccio di ferro con le istituzioni, che porta a marzo alla nomina di un tutore. Le cure con il cortisone in Svizzera danno qualche beneficio, ma momentaneo.

È giugno, la famiglia incalza ancora: no anche a esami invasivi come l'ago aspirato. Il tribunale dei minori, pur confermando la decadenza della patria potestà, si arrende di fronte al diritto alla scelta della cura: «Il trattamento deve essere un'alleanza tra medico, paziente e familiari», scrive la giudice Valeria Zancan, e Eleonora, «se vi fosse costretta, lo seguirebbe al più fino alla maggiore età». Che è ormai alle porte. A luglio, il quadro clinico precipita. L'ultimo atto ufficiale dei genitori è il ricorso per chiedere di curare la figlia con la vitamina C. Eleonora muore il 29 agosto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cure alternative, un registro di chi le fa Il chirurgo: così fermiamo i ciarlatani

Rimini, parla il medico della donna morta dopo aver rifiutato la chemio

Monica Raschi
■ RIMINI

UN REGISTRO dove iscrivere tutti coloro che praticano la medicina non convenzionale.

L'idea è del dottor Domenico Samorani, responsabile della Chirurgia del seno di Santarcangelo che operò Alessandra Tosi (foto da Facebook) la madre di 34 anni, che ha rifiutato la chemioterapia dopo l'intervento affidandosi a cure alternative. La donna è morta giovedì mattina.

Di che cosa si tratta?

«È una proposta che avanzo io per tentare di inquadrare e regolarizzare tutte queste persone che vanno in giro a proporre metodi di cura che non sono il frutto di studi scientifici».

Come dovrebbe funzionare?

«Tipo l'albo dell'Ordine dei medici. Qui sarebbero iscritte tutte quelle persone che non sono laureate in Medicina ma che propongono cure non convenzionali».

Quindi è una sorta di riconoscimento di questa figure così controverse?

«Mi spiego meglio. La mia proposta è quello di regolamentare il panorama di tutte queste persone in modo da sapere chi sono, cosa fanno e quando propongono qualcosa di strano riuscire a rintracciar-

le. Vede, se collaborano con i medici e le cure che propongono sono di supporto alle terapie convenzionali, chiaramente sto parlando di terapie nel caso di malattie molto gravi come i tumori, si può ragionare».

Altrimenti?

«Se invece propongono le loro cure come alternative valide nel caso di patologie gravi, ad esempio le neoplasie, escludendo le terapie che hanno dimostrato evidenze scientifiche, devono essere denunciati, sanzionati e nei casi estremi radiati dal registro. Esattamente quello che succede per i medici».

Dottore, che cosa si intende per terapie non convenzionali? Non è chiaro a tutti.

«Ad esempio omeopatia e agopuntura che hanno una loro evidenza per quanto riguarda la cura di patologie lievi o di supporto a quelle gravi».

C'è chi propone noccioli di pesca tritati, veleno di scorpione, clisteri di caffè, decotti di ortiche, beveroni di bicarbonato per sconfiggere i tumori. Ma c'è qualcosa di vero o no?

«Assolutamente no. Queste sono cose messe in giro da pericolosi ciarlatani, molto simili agli stregoni di antica memoria. La mia proposta di registro vuole proprio servire a eliminare questi, ripeto, pericolosissimi personaggi».



Le misure

Attenzione

Attenti alle bufale. Si chiama così il sito al quale lavora la Fnomceo, Federazione degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, finalizzato alla informazione dei cittadini, per metterli in guardia sulle truffe e false cure anticancro

Sanzioni

Gli Ordini dei medici vengono a conoscenza di episodi sanzionabili solo quando una tragedia si verifica. «Inutili e costose terapie - affermano i medici - celano interessi economici, e si gioca sulla debolezza del malato»

Aggiornamento

La Fnomceo offrirà a tutti i medici, come servizio compreso nel costo della rata annuale di iscrizione, l'accesso a oltre mille riviste scientifiche internazionali per essere documentati sulle ultime terapie validate



I MEDICI SVIZZERI SMENTISCONO DI AVER SOMMINISTRATO TERAPIE ALTERNATIVE ALLA DICIOTTENNE PADOVANA

«Non abbiamo usato il metodo Hamer con Eleonora»

Il dottor Brazzola: «Rifiutava la chemio ma le abbiamo dato solo cortisone, non vitamina C»

Joni Scarpolini

Bellinzona (Svizzera) Salvare una giovane vita umana entro il limite del possibile. Pierluigi Brazzola, medico specializzato in emato-oncologia e caposervizio di Pediatria presso l'Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, quel limite deontologico lo tiene a mente ogni giorno e, nel rispetto della sua professione, non ha mai tentato di valicarlo. Neppure quando gli è stato affidato il destino di Eleonora Bottaro, la ragazza padovana morta di leucemia il 31 agosto a soli 18 anni, compiuti qualche settimana prima. Si è letto che i suoi genitori, ai quali il Tribunale di Padova aveva tolto la patria potestà, si sarebbero rifiutati di sottoporla alla chemioterapia e che avrebbero invocato l'applicazione delle teorie del tedesco Ryke Geerd Hamer, radiato dall'Ordine dei medici nel 1986 per aver eseguito clandestinamente metodi naturali su pazienti affetti da gravi malattie. Ma, a detta del padre, quei metodi non c'entravano nulla: convinta del presunto alto tasso di insuccesso della chemio su persone della sua età, Eleonora si è sottratta ai trattamenti della clinica di Padova e ha chiesto di proseguire le cure tradizionali nel Canton Ticino, dove sembrava guarita. Il ritorno in Italia, poi un nuovo peggioramento, il ricovero urgente all'ospedale di Schiavonia e infine il tracollo. Ora tocca al dottor Brazzola, che l'ha curata invano, chiarire per la prima volta la sua posizione in questa vicenda triste e intricata.

Dottor Brazzola, in merito al decesso di Eleonora, qual è la notizia, a suo avviso diffusa dai media in maniera errata, che vuole rettificare?

«Purtroppo negli articoli di diversi quotidiani e nei servizi delle reti nazionali italiane si è detto che qui da noi Eleonora ha seguito delle cure a base di vitamina C, secondo il metodo del dottor Hamer. Questo è decisamente errato, dato che presso il nostro servizio si seguono gli stessi protocolli di terapia dei centri italiani legati alla AIEP

(Associazione Italiana Ematologia Oncologia Pediatrica, ndr). Purtroppo, anche da noi, Eleonora ha rifiutato di seguire quei protocolli, che le avrebbero offerto delle buonissime possibilità di guarigione. L'unica terapia che ci ha permesso di somministrare sono state delle dosi di cortisone, che è parte integrante della terapia classica per le leucemie linfoblastiche acute e che già i colleghi di Padova avevano cominciato».

Più precisamente, in cosa consistono le cure alternative evocate dai genitori e non ammesse in Italia?

«Se devo essere sincero, durante il periodo di ricovero nel nostro reparto, né Eleonora né i suoi genitori hanno accennato alla medicina alternativa. Eleonora era fermamente convinta di poter guarire da sola, ma soprattutto era avversa a qualsiasi forma di terapia con chemioterapici. I genitori hanno tentato la via della Svizzera solo per sottrarsi alla legislazione italiana che avrebbe potuto obbligarla a seguire le terapie, non essendo ancora maggiorenne».

Quando è stata ricoverata a Bellinzona, a che stadio era la leucemia?

«Eleonora è arrivata da noi a marzo. I genitori avevano rifiutato la terapia proposta e avevano ottenuto la dimissione presso un ospedale periferico a Schiavonia. Ciò che fa più rabbia è che la risposta al cortisone è stata ottima con una completa stabilizzazione dei valori ematici e delle condizioni di salute generali».

Nonostante fosse in via di ripresa, la giovane ha avuto un'altra ricaduta, quella fatale. Perché?

«Dopo un mese di cortisone ad alte dosi, abbiamo dovuto diminuire le dosi e poi interromperlo. Purtroppo malgrado tutti i tentativi per convincerla, Eleonora non ha mai voluto proseguire con le terapie proposte e i genitori la sostenevano in questa decisione, soprattutto giustificando il rifiuto perché convinti la chemioterapia l'avrebbe potuta uccidere. Purtroppo non è stato possibile trovare un dialogo, tanto le posizioni erano radicate».



Denuncia-choc di un oncologo di Rimini: "Ho visto almeno 10 donne morire dietro le illusioni di Hamer e di altri". Chi fermerà chi truffa i malati di cancro?

IL RACCONTO

Caso Hamer Il dottor Samorani guida il reparto di chirurgia al seno a Santarcangelo di Romagna: "Potevo salvarle, ma non costringerle"

"Imbrogli contro il cancro: ho visto dieci donne morire"

Sono convinte di guarire con metodi naturali, non credono alla ragione e ai risultati delle terapie ufficiali

Mi sconvolge il fatto che non si tratta di ignoranti ma di persone colte. Eppure dopo la chemio si può essere felici

» **FERRUCCIO SANSA**

Niente chemioterapia. In cinque anni una decina di donne mi hanno detto no, rifiutavano le terapie. Non potete immaginare che dolore abbiamo provato noi medici vedendole andare via, perché sapevamo che avrebbero potuto guarire e invece così si condannavano a morire". Domenico Samorani è il responsabile di chirurgia del seno all'ospedale di Santarcangelo di Romagna (apochi chilometri da Rimini). Qui due giorni fa è morta una donna di 34 anni che aveva rifiutato la chemio per seguire il metodo Hamer. Ma emerge che non si è trattato di un caso isolato. Ce ne sono stati altri. "A Santarcangelo (un centro che gode di buona reputazione, ndr) come negli altri centri del nostro Paese. Purtroppo accade ovunque", racconta Samorani.

FACENDO le proporzioni potrebbero essere centinaia di pazienti in Italia. E la voce del professore si fa più acuta mentre parla, un misto di dolore e di rabbia, "perché ormai con le terapie attuali la guarigione per questo tipo di tumore arriva anche al 90 per cento dei casi. E invece queste donne sono tutte morte. C'era una professoressa di lettere. Una persona istruita, con dei figli. È venuta da noi e

le abbiamo diagnosticato un tumore alla mammella", racconta il chirurgo. Aggiunge: "Era bella, aveva dei capelli splendidi e uno sguardo deciso". E dire che Samorani ce l'ha messa tutta: "L'ho quasi aggredita. Intendo dire che sono stato quasi brutale. Le ho detto qualisarebbero state le conseguenze". Ma non è servito nemmeno parlarle dei figli, della famiglia. Ormai nell'ospedale di Santarcangelo conoscono bene quel tipo di reazione: "Era convinta di guarire. Come se la sua opinione fosse stata più importante della ragione, dell'infinità di ricerche che dimostrano l'efficacia delle terapie".

ANCHE LEI ha sbattuto la porta in faccia ai medici e agli infermieri. Finché dopo un anno se la sono ritrovata di nuovo in reparto, con un tumore di otto centimetri e le metastasi. Samorani disegna un ritratto delle pazienti che hanno detto "no" alle terapie: "Uno potrebbe pensare che siano donne poco istruite, deboli. Invece spesso è il contrario. Hanno studiato, hanno una personalità decisa". Ma allora perché? "È un fenomeno legato alla cultura di questi anni, credo. Siamo abituati a negare la morte, ad allontanarla".

Forse queste donne pensano che rifiutando le terapie si allontanano anche il rischio di morire. Ma non solo: "A volte

pare che il pensiero di perdere i capelli, di vedere il corpo sofferente per le medicine conti più dell'idea di guarire. Invece dopo la chemioterapia la vita ricomincia, forte come prima. A volte perfino più bella. Sono tante le donne che mi hanno detto di aver imparato a conoscere la felicità dopo il tumore", spiega Samorani.

SONO SOPRATTUTTO le più giovani a dire no, pazienti tra i venticinque e i quarantacinque anni. Come le due donne morte nei giorni scorsi (una a Santarcangelo, l'altra, malata di leucemia, a Padova). "Temono forse anche di non poter avere più figli". Ma Samorani racconta della ragazza poco più che ventenne operata anni fa: "Era sposata. Una coppia solida, con un marito che le è stato vicino nella malattia". Ecco allora l'operazione, poi la recidiva, il male che si ripresenta. Ma la chemioterapia riesce a cancellare il tumore. E alla fine è arrivato un figlio. È possibile.

Ma quelle dieci no, hanno preso un'altra strada: "C'era



una donna che pensava di guarire con una dieta dimagrante, come se il tumore potesse essere eliminato così. E invece è proprio il contrario, il sistema immunitario si indebolisce con la perdita di peso. Poi donne che si sono rifugiate nello yoga, nelle religioni orientali”.

Volti e storie che Samorani ricorda: “C’è stata una donna che si era curata con impacchi di ricotta e ortiche e si è presentata da noi quando il tumore era tanto grande che sanguinava”. Il professore la ricorda nel proprio studio: “Con lei c’era il marito. Lei stava accanto, si vedeva che soffriva terribilmente vedendola così. Ma non era riuscito a convincerla. Sì, spesso le donne che rifiutano le cure sono molto forti”.

Se una paziente rifiuta la cura non c’è niente da fare: “Noi non possiamo costringere nessuno a curarsi. Non possiamo giudicare o condannare le pazienti. Anche perché spesso poi ritornano e ci chiedono di assisterle”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è



Domenico Samorani è responsabile del reparto di Chirurgia del seno a Santarcangelo di Romagna

L'ospedale

Il centro ha realizzato studi per migliorare le condizioni di vita delle pazienti, come macchinari che evitano la caduta dei capelli per la chemio

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

Tumore al seno, l'istinto guida le donne nella scelta del tipo operazione

Chirurgia conservativa e mastectomia seguita da ricostruzione? A parità di sicurezza per la cura del cancro, le pazienti mettono prima il proprio parere e solo dopo quello del medico o del partner



Si fidano più del proprio giudizio che del parere del partner o dell'opinione del chirurgo. Quando devono decidere a che tipo d'intervento sottoporsi per rimuovere un tumore al seno, fra quelli indicati nel loro caso, le donne ascoltano prima di tutto sé stesse. E se il primo obiettivo resta naturalmente quello di eliminare il cancro, immediatamente dopo affiora il desiderio di preservare il più possibile la propria identità femminile, il benessere psico-fisico e la qualità di vita. A indagare i desideri delle pazienti e il loro processo decisionale è uno studio recentemente pubblicato sulla rivista [Annals of Surgical Oncology](#) da un gruppo di ricercatrici americane che hanno intervistato 400 donne prima e dopo l'operazione. «Grazie ai grandi progressi fatti nella diagnosi precoce e nelle terapie per il cancro al seno, oggi quasi il 98 per cento delle pazienti guarisce – dice Rebecca M. Kwait, prima autrice della ricerca e senologa al Women & Infants Hospital di Rhode Island -. La loro qualità di vita dopo le cure è diventata sempre più importante e, insieme al recupero dell'intimità con sé stesse e con il partner, gioca un ruolo cruciale nel momento in cui devono decidere quale trattamento fare».

Sempre più donne scelgono l'intervento radicale e la ricostruzione

Negli anni più recenti, è cresciuta costantemente la quantità di donne che, pur avendo un tumore iniziale, preferiscono sottoporsi a una mastectomia con successiva ricostruzione del seno piuttosto che un'operazione conservativa. Merito in gran parte dei progressi fatti nelle tecniche di ricostruzione, che oggi sono molto più evolute rispetto al passato: quasi sempre è possibile a salvare completamente l'aspetto esteriore della mammella, conservando la pelle e il capezzolo e ricostruendo immediatamente la ghiandola con una protesi al silicone. In termini estetici il risultato può essere anche migliore di un intervento conservativo e finisce per far pendere l'ago della bilancia verso una chirurgia più estesa. Proprio per comprendere gli altri possibili motivi che portano a prendere una decisione in un senso o nell'altro, Kwait e colleghi hanno intervistato 400 donne che si sono sottoposte a un'operazione senologica per asportare un tumore tra il 2000 e il 2014. Il 67,9 per cento delle interpellate ha deciso per la lumpectomia (cioè l'asportazione del nodulo con minimi margini di tessuto sano intorno, simile alla quadrantectomia), l'8,6 per cento per la sola mastectomia (asportazione totale della mammella) e il 23,5 per cento per la mastectomia seguita dalla ricostruzione del seno. Proprio queste ultime hanno indicato il proprio come parere preponderante, mentre le donne che hanno optato per l'intervento mini-invasivo si sono messe «a parità di merito» con il chirurgo. In generale, soltanto il 7,5 per cento delle pazienti ha indicato l'opinione del partner come elemento predominante nella scelta.

Disagi dopo l'intervento, il ruolo del partner è importante

«Il ruolo del marito o del compagno nella decisione del tipo di operazione appare sfumato – spiega Kwait –, ma il 75 per cento delle donne si è comunque presentato con il partner al colloquio con i medici prima dell'intervento. Inoltre sappiamo che quanto maggiore è il sostegno che la paziente riceve, tanto minori sono le difficoltà successive che la coppia dovrà affrontare, nell'intimità sessuale, ma anche sul fronte psicologico e sentimentale». Quando i ricercatori hanno intervistato le donne dopo la chirurgia, infatti, sono emersi non pochi problemi legati all'insoddisfazione sull'aspetto del “nuovo” seno, alla poca confidenza con il proprio corpo, al disagio sul fronte dell'attrazione, dell'intimità e della sessualità. Il «malcontento» è risultato maggiore fra le donne che aveva scelto la mastectomia seguita dalla ricostruzione, ma la stragrande maggioranza delle interrogate ha comunque manifestato un disagio. «E' normale – conclude Kwait – e in molti casi è questione di tempo. Il disagio nello spogliarsi davanti al proprio uomo, l'imbarazzo nel farsi toccare, le difficoltà davanti allo specchio sono quasi inevitabili. Ma da sole, in coppia o chiedendo aiuto psicologico, se necessario, queste problematiche possono essere superate. Dagli esiti dello studio appare anche fondamentale, però, che i senologi preparino le donne al dopo-intervento, ai cambiamenti fisici ai quali vanno incontro e anche all'impatto che questo può avere nella loro vita».

Lunedì 05 SETTEMBRE 2016

Su Lancet plauso al nuovo profilo dell'Istituto superiore di sanità

In un'intervista al presidente, Walter Ricciardi, viene ripercorsa la storia dell'ente descrivendone le eccellenze, in particolare nel campo della ricerca sul cancro, sui vaccini e le malattie infettive, sulle malattie rare e i farmaci orfani (dando lavoro a circa 2500 ricercatori e 150 amministrativi), passando per i progetti internazionali finanziati dall'Ue che coinvolgono ben 29 enti di 21 Paesi, tra cui Usa, Canada e Israele.

Gli scienziati guardano con favore il nuovo profilo disegnato per l'Istituto Superiore di Sanità. Lo sottolinea la prestigiosa rivista Lancet che intervista il presidente Walter Ricciardi e dedica all'ente un articolo in cui ripercorre la sua storia (dal 1934 ai giorni nostri) e ne descrive le eccellenze, in particolare nel campo della ricerca sul cancro, sui vaccini e le malattie infettive, sulle malattie rare e i farmaci orfani (dando lavoro a circa 2500 ricercatori e 150 amministrativi), passando per i progetti internazionali finanziati dall'Ue che coinvolgono ben 29 enti di 21 Paesi, tra cui Usa, Canada e Israele.

Per fare un punto sul presente e sul futuro dell'Iss Ricciardi ha dichiarato a Lancet: "L'Istituto è strategico per il Paese. Quando sono arrivato non ho trovato una situazione brillante dal punto di vista organizzativo: molta frammentazione e mancata valorizzazione di molte risorse. E' un grande risultato, perciò, di cui vado fiero, essere riusciti a portare a casa ben 14 progetti nell'ambito di Horizon 2020, finanziati dall'Ue". Non solo. "Il 96% dei finanziamenti - ha proseguito il Presidente - proviene da fondi governativi per un totale di 120 milioni di euro, l'Iss ha ora un surplus di 9,5 milioni e siamo in grado di confermare tutto l'organico fino al 2018".

The Lancet ricorda anche il nuovo Regolamento dell'Istituto, pubblicato alla fine dell'aprile scorso, che prevede sei grandi Dipartimenti nelle maggiori aree della salute (neuroscienze, malattie cardiovascolari, disordini metabolici dell'invecchiamento, malattie infettive, medicina molecolare e oncologica, sicurezza alimentare e dell'ambiente, salute pubblica veterinaria) e 16 Centri nazionali, tra cui quello dedicato alle nuove tecnologie per la salute e quello dedicato alla salute globale.

Burocrazie, obsolescenza di molte attrezzature e età avanzata dei ricercatori non hanno impedito, a fronte del nuovo impulso dato dalla ristrutturazione, la positività dei commenti di molti osservatori, che guardano con fiducia all'inversione di rotta segnata dal riordino dell'Istituto ormai ben avviato.

Supermarket Ssn tra buona e cattiva spesa

Costi che variano anche di 10 volte per strumenti identici, un volano impazzito tra le Regioni. È il quadro del rapporto di Yoram Gutgeld sugli acquisti Ssn. Allo studio misure premiali per chi risparmia.

A PAG. 4

Nel cantiere della legge di bilancio misure per superare variabilità e frammentazione

Acquisti Ssn sull'ottovolante

Il caso degli stent coronarici - Verso misure premiali per chi risparmia

Scalare le montagne russe dell'estrema variabilità tra (e dentro) le Regioni per gli acquisti di beni e servizi sanitari. Premiare chi accelera con le centrali uniche e gli enti aggregatori e spezza la catena della frammentazione (e gli alti costi) delle mini-gare, con tanto di incentivi agli investimenti. Con azioni mirate nelle Regioni sotto la scure dei piani di rientro, compresi i circa 50 ospedali che dovrebbero azzerare in tre anni deficit stimati tra 1 e 3 miliardi. E poi una cura massiccia di buona logistica, di sana gestione dei magazzini, di riordino delle reti, di codifiche dei prodotti uguali dappertutto. E di appropriatezza anti-spreco, ma auspicabilmente a prova di diritto alle cure e non di tagli a casaccio come troppo spesso è accaduto nei questi lunghi anni di crisi. La sanità si conferma una osservata speciale per il Governo in vista della manovra 2017 che sbarcherà in Parlamento entro il 20 ottobre.

I lavori per la prossima legge di bilancio sono in corso e si cominciano a mettere a punto le prime linee guida, se non già i primi dettagli. Con un capitolo, tra i tanti, che si conferma sem-

pre caldissimo: la spending review in sanità, su cui il Governo ha intenzione di andare avanti tutta.

Lo ha fatto capire a chiare lettere il commissario Yoram Gutgeld nei giorni scorsi in un incontro con i governatori e la ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**. E se **Lorenzin** ha mostrato ottimismo sui risultati fin qui ottenuti con il primo avvio delle centrali uniche d'acquisto e ha anticipato un meccanismo allo studio sui prezzi benchmark, Gutgeld ha confermato che con le gare centralizzate i tagli dei prezzi - non solo in sanità - possono arrivare al 30% in media con risparmi evidentemente miliardari.

Ma al tempo stesso, i dati reali raccolti sul campo dalla struttura guidata dal commissario alla spending review, dimostrano quanto alta sia la variabilità dei prezzi tra le Regioni, ma anche al loro interno tra un'azienda sanitaria e un'altra. Toccando anche Regioni del Nord cosiddette "virtuose", non solo le classiche pecore nere del Sud e soprattutto le Regioni sotto schiaffo perché commissariate dal Governo o sotto piano di rien-

tro dai disavanzi.

Gli esempi elencati da Gutgeld nell'incontro con i governatori sono senza dubbio eclatanti. Ed emblematici di quanto resti ancora da lavorare per riportare l'asticella della spesa dentro la soglia dei "buoni acquisti". E ad esempio il caso degli acquisti di stent coronarici assolutamente uguali: in Puglia, maglia nera, all'83% sono stati acquistati da 840 a più di 1.000 euro, ma un 15% viene comprato tra 100 e 650 euro. In Molise il 73% sono stati pagati più di 1.000 euro, il 27% tra 800-840, in Basilicata il 34% è costato oltre 1.000 euro, il 57% tra 840 e 1.000.

In genere nelle Regioni del Centro-Nord la media è di 450-560 euro, col Veneto più risparmiatore che ha speso al 71% tra 190-370 euro e al 27% tra 420-470. Ma sempre con forti escursioni locali non sempre giustificabili. Segno di micro gare locali e di organizzazioni d'acquisto assolutamente carenti. Come è il caso anche di un particolare tipo di pacemaker: all'82% in Calabria è stato pagato tra 3.500-3.850 euro, in Umbria tutti tra 3.150-3.500 euro, che è stata la soglia soltanto per il 10% degli acquisti del

Piemonte dove invece al 47% sono stati pagati 1.750-2.100 euro. Con la Liguria che viceversa nel 79% dei casi ha acquistato tra 700-1.000 euro.

Un saliscendi infinito che si ripete anche dentro una stessa Regione. Per i farmaci - il caso è quello degli inibitori della pompa acida - è stato fatto l'esempio del Piemonte, che pure è in media un acquirente avveduto: si passa da 1,80 euro di Cuneo 1 ai 3 di Torino 1, passando per i 2,50 di Torino 2 e i 2,70 di Vercelli. Le montagne russe degli acquisti, appunto. Da cui con la manovra 2017 il Governo vorrebbe poter scendere. Incentivando al massimo le aggregazioni, anche con premi ad hoc per gli investimenti. Perché aggregarsi si sta rivelando la formula vincente.

Le Regioni del resto cercano di portarsi avanti col lavoro. Alcune anche di più: Toscana, Umbria e Marche faranno una stazione unica appaltante. Quasi già una prova di macro-regione della buona spesa. Dove l'unione farà la forza. Del risparmio della spesa pubblica sopra le righe. (R.Tu.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il 23 a Crespellano**Idea Renzi per la Philip Morris
Il premier invitato all'apertura**

L'invito è già partito. E potrebbe andare a buon fine. Il premier Matteo Renzi (nella foto col sindaco Merola) è atteso il 23 settembre a Crespellano per l'inaugurazione dello stabilimento di Philip Morris che produrrà le nuove sigarette a «rischio ridotto» perché senza combustione. Se la partecipazione sarà confermata, per Renzi sarebbe la seconda volta in meno di due anni. A ottobre del 2014, il premier aveva partecipato a Zola Predosa alla posa della prima pietra allo stabilimento gemello di Philip Morris. In quell'occasione, Renzi aveva anche visitato la vicina Yoox, l'azienda di fashion e-commerce con sede a Zola Predosa. Sarà un settembre impegnativo, per il premier, sulle rotte della via Emilia. Renzi è infatti atteso anche a Reggio Emilia, giovedì 8 settembre alle 18.30 alla Festa dell'Unità dove terrà un comizio classico, dal palco. Ad agosto, il premier era stato alla festa dell'Unità

di Bosco Albergati, in provincia di Modena e a quella di Villalunga, in provincia di Reggio Emilia. Ma grande attesa, soprattutto, c'è per l'invito della Festa dell'Unità di Bologna, sempre a settembre ma in data ancora da stabilire, dove si svolgerà l'atteso dibattito sul referendum con il presidente nazionale dell'Anpi Carlo Smuraglia. Non è un caso che il faccia a faccia tra i big dei due fronti sul Referendum, Renzi per il Sì da un lato e Smuraglia per il No dall'altro, si svolga a Bologna. La festa del capoluogo è l'unica in regione che il Pd ha deciso di aprire alle ragioni del Sì, pur precisando che il partito è schierato senza tentennamenti a sostegno della riforma. Un compromesso a cui si è arrivati dopo le durissime tensioni seguite all'uscita dell'associazione dei partigiani, ostile al nuovo testo che modifica la carta costituzionale.

P. V.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



quotidianosanita.it

Lunedì 05 SETTEMBRE 2016

In Gazzetta i decreti del Miur con i posti disponibili e modalità prova per Medicina, Veterinaria e Professioni sanitarie

Posti medicina in calo (da 9.530 del 2015 ai 9.224). Stesso trend per infermieristica dove i posti sono 14.968, in calo [rispetto all'anno scorso](#), quando invece erano 15.144. Giù anche Ostetricia e Veterinaria. In aumento Odontoiatria. [I DECRETI](#)

Publicati in Gazzetta Ufficiale una serie di decreti del Miur in tema di accesso programmato all'anno accademico 2016-2017 per Medicina, Veterinaria, Odontoiatria e Professioni sanitarie. Per medicina i posti a disposizione sono in calo: sono 9.224 contro i 9.530 del 2015. Per Odontoiatria, invece, quest'anno i posti sono di più: 904 rispetto ai 792 del 2015.

Per infermieristica i posti sono 14.968, in calo [rispetto all'anno scorso](#), quando invece erano 15.144. Lo stesso vale per Ostetricia, con 763 posti disponibili per quest'anno (mentre nel 2015 erano 839). Stabili, invece, i posti disponibili per iscriversi a Fisioterapia (2.172) contro 2.169 del 2015. Ma ecco qui di seguito tutti i posti disponibili

[Nel supplemento ordinario dedicato sono presenti seguenti testi: \(SCARICA IL DOCUMENTO\)](#)

DECRETO 30 giugno 2016. Modalità e contenuti della prova di ammissione ai corsi di laurea e di laurea magistrale a ciclo unico ad accesso programmato nazionale a.a. 2016/2017.

DECRETO 14 luglio 2016. Modalità e contenuti della prova di ammissione al corso di laurea magistrale a ciclo unico in medicina e chirurgia in lingua inglese a.a. 2016/2017.

DECRETO 18 luglio 2016. Determinazione dei posti per le immatricolazioni ai corsi di laurea magistrale delle professioni sanitarie a.a. 2016/2017

DECRETO 18 luglio 2016. Determinazione dei posti disponibili per le immatricolazioni ai corsi di laurea delle professioni sanitarie a.a. 2016/2017.

DECRETO 25 luglio 2016. Programmazione dei posti disponibili per l'accesso al corso di laurea magistrale a ciclo unico in medicina e chirurgia a.a. 2016/2017.

DECRETO 26 luglio 2016. Programmazione dei posti disponibili per l'accesso al corso di laurea a ciclo unico in medicina veterinaria. (16A06353)

DECRETO 26 luglio 2016. Programmazione dei posti disponibili per l'accesso al corso di laurea a ciclo unico in odontoiatria e protesi dentaria a.a. 2016/2017.

DECRETO 10 agosto 2016. Definizione e modalità e contenuti delle prove di ammissione ai corsi di laurea magistrale delle professioni sanitarie a.a. 2016/2017.

TRIBUNALE DI PALERMO/ Respinta la richiesta aggiuntiva di risarcimento dei danni

Risk, tutelata la controparte

La perdita di chance «inammissibile nella comparsa conclusionale»

In un procedimento per responsabilità medica, la domanda di risarcimento del danno per perdita di chance se proposta nella comparsa conclusionale in aggiunta o in via subordinata alla domanda principale di risarcimento del danno da morte non è ammissibile.

Lo ha stabilito il Tribunale di Palermo, con la **sentenza 22 agosto 2016 n. 4147**, rigettando la richiesta dei parenti in quanto a tutti gli effetti essa integra una nuova domanda.

La vicenda. Il caso era quello di una donna di 72 anni che dieci anni prima aveva subito un intervento chirurgico di protesi valvolare aortica e mitralica e di applicazione di protesi all'aorta discendente toracica, sottoposta a terapia a mezzo di anticoagulanti, portata al pronto soccorso a seguito di acuti dolori al torace ma dimessa senza diagnosi né prognosi con il solo «consiglio» di prendere un antidolorifico.

Poiché nel giro di poco ore il dolore si riacutizzò la donna venne ricondotta dai figli, attuali ricorrenti contro il medico e la struttura ospedaliera, al pronto soccorso dove un diverso sanitario dispose una Tac d'urgenza che rivelò la dissecazione dell'aorta toracica cosicché la donna venne trasferita in una struttura specializzata in cardiocirurgia ma di lì a poco decedeva per "shock ipovolemico" da rottura di aneurisma.

Gli eredi ritenuto che le ore inutilmente trascorse tra il primo e il secondo ricovero fossero state decisive nel determinare l'infausto decorso chiesero il risarcimento del danno.

L'azienda sostenne però che la domanda di risarcimento per perdita di chance era inammissibile in quanto tardivamente proposta. Posizione condivisa dal Tribunale secondo cui «nella citazione introduttiva l'unico danno richiesto dagli attori attiene al risarcimento del danno da morte del congiunto senza riferimento alcuno al danno da perdita di chance domandato per la prima volta in comparsa conclusionale».

«Trattandosi di due tipologie di danno ben distinguibili - argomenta la sentenza - la nuova domanda degli attori va quindi trattata non alla stregua di una semplice specificazione della originaria domanda, ma di una vera e propria domanda del tutto

nuova e come tale inammissibile». Né cambia le cose, prosegue il Tribunale, la recente sentenza delle Sezioni unite (12310/2015) secondo cui «la modificazione della domanda ammessa a norma dell'articolo 183 c.p.c., può riguardare anche uno o entrambi gli elementi identificativi della medesima sul piano oggettivo (petitum e causa petendi)».

Per il Tribunale infatti «l'intervento delle Sezioni Unite vale unicamente per le cosiddette domande nuove proposte per la prima volta con le memorie ex articolo 183 del Cpc, sesto comma, n. 1», vale a dire quelle per cui è concesso un apposito termine.

Infatti, prosegue la sentenza, «solo per esse può dirsi assente il rischio che la controparte possa essere "sorpresa" dalla modifica e vedersi mortificate le proprie potenzialità difensive». In questi casi infatti la controparte «non può essere colta impreparata» anche perché le viene concesso «un congruo termine per potersi difendere e controdedurre». Possibilità invece «irrimediabilmente preclusa se la parte attrice introduce delle modifiche - sia pure in riferimento e connessione alla medesima e originaria vicenda sostanziale - per la prima volta in comparsa conclusionale».

Nel merito poi la CtU non ha comunque rinvenuto il nesso causale tra i pur «significativi profili di imprudenza» nella condotta «superficiale» della prima dottoressa, che avrebbe dovuto disporre un approfondimento diagnostico, e la morte della paziente, considerata la gravità della patologia di cui già soffriva, la difficoltà dell'intervento, le condizioni in cui versava (presumibilmente già al primo accesso) e l'età avanzata.

Francesco Machina Grifeo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Omicidio stradale. Procure di Genova e Torino

Il prelievo di sangue si può eseguire coattivamente

Guido Camera

■ Non si ferma la produzione, da parte delle Procure italiane, di linee guida sull'applicazione delle nuove norme in materia di **omicidio e lesioni stradali** (legge 46/2016). A inizio estate è stata la volta dei procuratori di Genova e Torino. Entrambi si soffermano particolarmente sul tema dei prelievi di campioni biologici eseguibili coattivamente, nel novero dei quali la Procura di Trento, in una delle prime circolari diffuse (si veda «Il Sole 24 Ore» del 5 luglio), non riteneva in trasse quello ematico, poiché non espressamente previsto tra le operazioni enunciate dall'articolo 224-bis del Codice di procedura penale.

Di avviso diverso sono le circolari in commento, forti di alcune sentenze della Corte costituzionale (54/86, 194/96 e 238/96): inoltre, scrive il procuratore di Torino, Armando Spataro, «poiché il comma 3-bis dell'articolo 359-bis del Codice di procedura penale opera esclusivamente nei casi di omicidio stradale e lesioni stradali, va da sé che i prelievi e gli accertamenti ivi citati non possono che essere quelli previsti dal Codice della Strada per l'accertamento dello stato di alterazione da alcol o stupefacenti», tra i quali i commi 4 e 5 dell'articolo 186 e il comma 3 dell'articolo 187 del Codice della strada prevedono il prelievo ematico. Aggiunge il procuratore di Genova, Francesco Cozzi, che l'esclusione del prelievo ematico dalla tipologia di accertamenti effettuabili coattivamente renderebbe «inutile» la modifica dell'articolo 359-bis del Codice di procedura penale fatta con la legge 46/2016, posto che «il prelievo salivare e pilifero è del tutto idoneo a provare il tasso alcolico». Della circolare di Genova vanno segnalate alcune rilevanti indicazioni operative:

■ la quantificazione della velocità si può compiere «anche con apparecchi non omologati»;
■ l'aggravante della circolazione contromano non ricorre nella

circolazione «contro senso unico di marcia»;

■ l'aggravante dell'inversione di marcia si configura solo in presenza di situazioni di «limitata visibilità».

Colpisce positivamente il favore espresso dal procuratore di Genova verso l'epilogo dei procedimenti penali per lesioni stradali gravi e gravissime attraverso il ricorso alla messa alla prova di cui all'articolo 168-bis del Codice penale; questo sia in un'ottica di deflazione del carico di lavoro dei Tribunali - destinato ad aumentare alla luce della procedibilità di ufficio del reato di lesioni personali stradali - sia per garantire la rieducazione dell'imputato secondo i parametri del moderno diritto penale. Infatti, l'esito positivo della messa alla prova - che non può essere però concessa a chi si sia dato alla fuga dopo l'incidente - estingue il reato senza celebrazione del processo. Inoltre, un imputato di lesioni stradali è ulteriormente motivato a svolgere positivamente il percorso di messa alla prova: l'estinzione del reato lo salva anche dalla sanzione accessoria della revoca della patente, che invece lo colpisce in caso di condanna o patteggiamento.

Il procuratore di Genova invita perciò la polizia giudiziaria a informare l'interessato della possibilità di chiedere la messa alla prova, sin dal momento della sua identificazione come indagato per il reato di lesioni stradali, e raccomanda ai propri sostituti, quando devono prestare il parere sul progetto rieducativo proposto, di prestare particolare attenzione «all'adempimento riparatorio e risarcitorio verso la vittima del reato nonché alla previsione dello svolgimento di attività di pubblica utilità che (...) presentino un profilo di affinità con la materia stradale e quindi abbiano un contenuto rieducativo con capacità di prevenzione rispetto a comportamenti recidivanti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Oncologia,
vince il chip**

Presentata la nuova scoperta del colosso americano Ibm. Si tratta di una nanotecnologia in uso da qualche anno, "lab-on-a-chip", usata per scoprire i tumori: obiettivo è di poterla testare sul tumore della prostata.

VANNELLI A PAG. 8

ONCOLOGIA/ Tutti i vantaggi (anche economici) e le potenzialità delle nanotecnologie

Prevenzione in punta di chip

La scoperta di Ibm in grado di individuare i tumori prima dei sintomi

DI ALBERTO VANNELLI *

Ha fatto parlare la stampa di tutto il mondo la nuova scoperta del colosso americano Ibm.

Sono infatti stati presentati i risultati preliminari di una nanotecnologia in uso da qualche anno, "lab-on-a-chip", usata in questo caso per scoprire i tumori, ma non solo, prima che questi si manifestino. L'obiettivo è di poterla testare sul tumore della prostata, il più comune nella popolazione maschile degli Stati Uniti, grazie alla collaborazione con la Icahn School of Medicine del Mount Sinai di New York.

Mi occupo di ricerca oncologica da molti anni e, questa notizia, nasconde qualcosa di più.

La scelta della rivista scientifica, com'è giusto che sia, è stata accuratamente pianificata. Si tratta della prestigiosissima: Nature Nanotechnology, una rivista che pubblica articoli in tutti i settori della nanoscienza e della nanotecnologia. Con un Isi impact factor del 2015 di 35.267, si pone al primo posto tra le riviste del settore. La sua particolarità, è la possibilità di pubblicare anche un formato ridotto come la "letter": si tratta, come in questo caso, di un importante studio, ma meno consistente di un normale articolo.

Ibm si accredita nel mondo scientifico ed entra a pieno titolo nel mercato delle nanotecnologie, forte di un riconoscimento internazionale: massima resa con minimo sforzo.

Già ma di cosa stiamo parlando? Con il termine lab-on-a-chip, definiamo un componente elettronico su cui è presente un circuito, il

chip appunto, integrato a un dispositivo microfluidico con micro-canali e altri dispositivi miniaturizzati. Il chip racchiude le diverse funzioni di un comune laboratorio, ma con dimensioni di pochi millimetri quadrati, ed è in grado di analizzare fluidi mille volte più piccoli di una goccia di sangue. In realtà parliamo di una tecnologia "antica", sviluppata nel 1975 alla Stanford University; è solo alla metà del 1990, che i lab-on-a-chip troveranno applicazione industriale: elettroforesi capillare e Dna microarray.

La novità, da parte di Ibm, sta nell'aver dimostrato la possibilità di separare bioparticelle con diametro fino a 20 nanometri. Com'è noto, le informazioni genetiche sono nascoste all'interno del nucleo, mentre l'attività di ogni cellula, avviene all'esterno. Quindi lavorando a queste dimensioni si possono riconoscere i custodi di tali informazioni: Rna e a volte Dna, o più in generale gli esosomi, ovvero pacchetti di proteine, che sono considerati i veri biomarcatori in grado, se studiati, di anticipare la presenza di qualsiasi cellula tumorale. Ibm pubblica un manifesto d'intenti, un programma d'azione o forse una dichiarazione di guerra, verso tutte le multinazionali interessate a questo settore.

Le conclusioni degli autori pongono le basi per lo sfruttamento di un nuovo filone della ricerca oncologica, dai contorni non ancora ben definiti, fino a ora appannaggio di università e start-up.

Per Ibm non è un buon momento: è il diciassettesimo trimestre consecutivo di calo del fatturato, anche se il giro d'affari è stato migliore delle attese; dall'inizio dell'era Ginni Rometty come Ceo, le

quotazioni sono scese; finanziariamente paralizzata e priva di risorse per competere efficacemente, gioca al rilancio. Che Ibm abbia sempre avuto un particolare interesse al settore sanitario, lo dimostra il recente investimento a Milano, di Watson Health: una "business unit" globale, nata nel 2015.

Ma facciamo un passo indietro, al congresso della società americana di oncologia clinica, tenutosi a giugno di quest'anno, a Chicago, l'associazione italiana di oncologia medica, ha sottolineato che, nonostante i dati favorevoli in termini di sopravvivenza, il problema dell'appropriatezza di esami e terapie, resta insoluto. Nel 2014 la spesa mondiale per i farmaci antitumorali ammontava a circa 100 miliardi di dollari, il 33% in più rispetto alla fine degli anni Novanta, e il 15% degli esami impiegati a scopo diagnostico era inappropriato.

Nel 2012, solo in Italia, sono stati eseguiti oltre 13 milioni di marcatori tumorali a fronte di 2 milioni e 300mila italiani con una diagnosi oncologica, ben sapendo che i marcatori riconoscono solo due indicazioni: valutazione della risposta al trattamento e diagnosi di recidiva di malattia. Tenuto conto che l'oncologia costituirà, nel 2017, la prima voce di spesa farmacologica



nei Paesi industrializzati, e che la difficoltà del settore farmaceutico per il costo sempre più alto dei brevetti dei nuovi farmaci mette a rischio la sua sostenibilità, risulta chiaro che il mercato oncologico si sta spostando verso nuove frontiere.

L'invecchiamento della popolazione e l'incremento dei costi delle nuove terapie richiedono un'assistenza oncologica diversa: più efficiente ed economicamente sostenibile. La prevenzione costituisce oggi l'elemento più importante per rispondere a queste aspettative e la tecnologia lab-on-a-chip potrebbe essere la risposta. Eppure c'era un limite: la maggior parte dei processi di produzione sono in silicio, tecnologia ormai vicina al suo limite fisico.

L'anno scorso arriva la svolta: Ibm che già aveva trovato nei semiconduttori i sostituti del silicio, presenta un processo metallurgico simile alla saldatura microscopica, unendo chimicamente atomi di molibdeno, usato come contatto con gli atomi di carbonio alle estremità dei nanotubi (i semiconduttori), è possibile incrementare le prestazioni dei computer. Passare dal computer al lab-on-a-chip è stato un gioco da ragazzi. Iniziando a produrre lab-on-a-chip, fino a ridurre le strutture di trattamento dei fluidi usando la nanotecnologia, Ibm ha iniziato un'azione a tenaglia per diventare nel più breve tempo possibile leader di un mercato dalle potenzialità infinite.

L'uso commerciale dei lab-on-a-chip consentirà un notevole risparmio in termini di costi, limitando l'uso di reagenti chimici, riducendo l'impatto ambientale, rendendo le analisi molto veloci e più sensibili. Visto lo scarso ingombro, sarà anche possibile realizzare kit portatili per le analisi sul territorio e garantire una migliore diffusione delle campagne di screening. Non a caso Ibm ha scelto come partner la Icahn School of medicine del Mount Sinai che tramite la Mount Sinai health system controlla tutto il territorio di New York, definendo così lo stretto rapporto che esiste tra oncologia e territorio.

La relazione, sulle nanotecnologie, tenuta da Richard Feynman nel 1959, aveva come titolo "C'è un sacco di spazio là sotto": vedendo quello che sta succedendo, mai titolo fu più profetico.

** presidente Erone Onlus
dirigente medico responsabile Uos
Chirurgia oncologica ospedale
Valduce - Como*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Carta vince carta perde il bio vale doppio

La scelta eco. Sono coltivati senza i pesticidi così evitano l'accumulo di inquinanti nel nostro corpo. Sono ricchi di antiossidanti. E aiutano il microbiota a rinforzare il sistema immunitario. I medici promuovono l'alimentazione che fa bene alla terra

ANTONIO CIANCILLO

L'AGRICOLTURA BIOLOGICA e quella biodinamica aiutano a mantenere l'equilibrio ambientale ed evitano l'uso di prodotti chimici che spesso causano scompensi e impoverimento del suolo. Ma in che modo questo maggior benessere della terra si trasferisce nei prodotti e dai prodotti al nostro corpo? Le risposte sottolineano due elementi convergenti: un'assenza e una presenza. L'assenza è quella di quantità non trascurabili di nitrati e di tracce di pesticidi; l'agricoltura biologica non li usa e si trovano invece in buona parte dei cibi convenzionali, come indica un rapporto Efsa, l'autorità europea per la sicurezza alimentare, del 2015. «L'esposizione a pesticidi - afferma Patrizia Gentilini, oncematologa - può ridurre la capacità di riparare i danni al Dna: un problema di rilievo soprattutto in momenti critici come la gravidanza. Studi dimostrano che un'esposizione prenatale a pesticidi dieci volte superiore alla norma corrisponde ad un calo di 5,5 punti nei test sul quoziente intellettivo del bambino. Mentre un'alimentazione

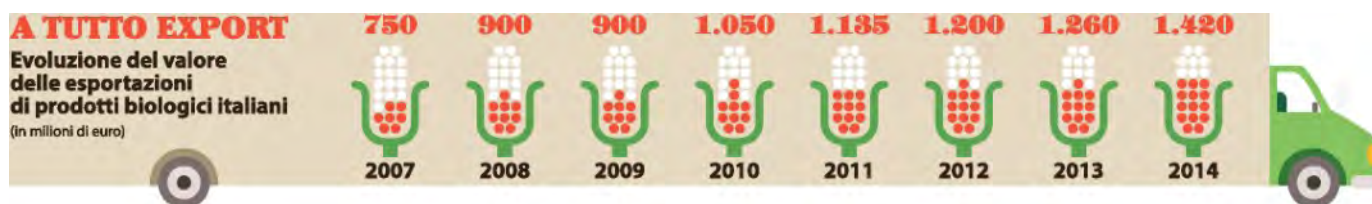
di tipo biologico in gravidanza è risultata protettiva nei confronti dell'ipospadia, una malformazione genitale maschile».

La presenza che gioca a favore è invece un maggior livello di sostanze anti ossidanti. «Nei cibi biologici si trovano dal 20 al 60% in più di polifenoli, con effetto anti ossidante e anti infiammatorio», spiega Renata Allea, specialista in scienza dell'alimentazione. Una considerazione che può sorprendere viene da Franco Berrino, ex direttore dell'Istituto nazionale di medicina preventiva dell'Istituto nazionale tumori di Milano e autore di *Il cibo dell'uomo*: «Uno dei punti di forza degli alimenti biologici sono i microbi che stanno nel terreno sano, non in quello sterilizzato dalla chimica. Anche il nostro corpo ha bisogno di microbi: ne ospitiamo 100 mila miliardi, il doppio delle nostre cellule, e lavorano per noi. Forse la crescita dei casi di asma e l'indebolimento del sistema immunitario sono legati a carenza di con-

tatto con i microbi. E i prodotti biologici, non essendo sterilizzati, contengono questi nostri alleati». Inoltre - aggiunge Berrino - lo studio Epic (European Prospective Investigation on Cancer) ha seguito più di mezzo milione di persone per più di 20 anni in 10 paesi. Il risultato: a parità di sigarette fumate, chi mangia molta frutta e verdura dimezza il rischio di tumori e il livello di protezione è più alto se l'alimentazione è variata.

L'alleanza con la biodiversità dà una marcia in più al bio anche dal punto di vista organolettico. Lo spiega Raffaele Sacchi, docente di Agraria alla Federico II di Napoli: «Il suolo è un sistema vivente in cui le radici delle piante instaurano complessi meccanismi di comunicazione biochimica con acqua, sali minerali, microrganismi, lombrichi, insetti utili, piante spontanee. Coltivare utilizzando queste presenze invece di combatterle vuol dire arricchire i profumi. Un vino di una certa area è diverso da quello che si ottiene sulla stessa collina con suolo diverso. Come gli oli extravergini di oliva bio da alcune varietà autoctone, nella penisola sorrentina e nel Cilento, che esprimono più antiossidanti e profumi perché queste sostanze sono funzionali alla difesa dell'oliva dalla mosca olearia».

©IPRODUZIONE RISERVATA



Hillary Clinton promette una riduzione dei prezzi dei farmaci in Usa



04 settembre 2016

Le Big Pharma adesso hanno un motivo in più per temere l'elezione di Hillary Clinton. Venerdì scorso il candidato presidenziale democratico ha presentato un gran numero di nuove proposte di legge, con l'obiettivo di controllare gli aumenti dei prezzi sui farmaci più vecchi.

Rifacendosi agli scandalosi aumenti dei prezzi dei farmaci praticati nel 2015 da Turing Pharmaceuticals e più di recente da Mylan, la Clinton ha proposto la costituzione di un gruppo di esperti finalizzato alla supervisione dei prezzi dei farmaci, al fine di garantire l'accesso dei pazienti ai farmaci salvavita.

Il gruppo avrebbe lo scopo di setacciare gli aumenti dei prezzi "fuori dalla norma", per verificarne il rapporto con i costi di produzione e il valore terapeutico per i pazienti. Qualora il panel di esperti identificasse un "eccessivo e anomalo aumento di prezzo", la Clinton propone strumenti di coercizione che comprendono multe ai produttori di medicinali, l'importazione in emergenza dei prodotti costosi di recente immissione in commercio (al di fuori deli Usa i farmaco costano molto meno tanto è vero che molti americani li comperano in Canada) e ulteriori misure volte ad aumentare la concorrenza.

"Abbiamo bisogno di andare oltre le polemiche su questi aumenti dei prezzi ma dobbiamo agire per risolverli," ha dichiarato di Clinton.

Il gruppo di supervisione dovrebbe anche tenere d'occhio la "tendenza preoccupante" delle aziende di acquistare vecchie molecole, ancora attuali, per aumentarne i prezzi in maniera spropositata. Naturalmente, Turing e Mylan non sono le sole aziende responsabili di questi consistenti aumenti di prezzo su vecchi farmaci. Tra il 2008 e il 2015, quasi 400 farmaci generici hanno visto i loro prezzi salire di oltre il 1.000% (mille). Anche i nuovi farmaci hanno visto costanti aumenti di prezzo che, nel tempo, hanno rialzato il loro costo per i pazienti in misura molto significativa.

Chiunque conosca un po' il settore farmaceutico, non troverà le proposte di Clinton come una sorpresa. Il candidato presidenziale aveva già twittato sugli "oltraggiosi" aumenti dei prezzi praticati da Turing per il Daraprim, un farmaco anti toxoplasmosi, quando l'allora amministratore delegato Martin Shkreli era sotto le gogne mediatiche.

Clinton è anche intervenuta durante la vicenda EpiPen di Mylan, che vede uniti un gruppo di legislatori che richiedono ulteriori informazioni su un medicinale salvavita il cui prezzo in pochi anni è quintuplicato.

Nel mese di marzo Clinton si era scagliata contro la Valeant Pharmaceuticals per i suoi prezzi "predatori". Qui la vicenda era nata dalla denuncia di una donna che dal 1980 ha sempre utilizzato lo stesso farmaco antiemicrania. Peccato che in 40 anni il prezzo sia passato da 18 \$ a iniezione ai \$1473 attuali.

Le nuove proposte di Clinton si aggiungono al suo piano più ampio per affrontare gli altissimi costi dei farmaci. Il candidato democratico tra le altre cose, vuole porre fine ai sussidi per la pubblicità rivolta al consumatore, promuovere più ricerca e sviluppo da parte delle aziende che beneficiano di soldi dei contribuenti, limitare i costi out-of-pocket per i pazienti e consentire Medicare di negoziare direttamente i prezzi dei farmaci..

Questo ultimo punto è stato proposto anche dal candidato presidenziale repubblicano Donald Trump, che ha attraversato la linea del suo partito per supportare la richiesta che Medicare abbia i poteri per negoziare il prezzo dei farmaci.

Sebbene ogni candidato abbia dei suggerimenti, il Congresso dovrebbe essere l'arbitro finale del prezzo dei farmaci negli Stati Uniti. Clinton potrebbe essere vista come la minaccia più grande per Big Pharma, dato il suo coinvolgimento in controversie sui prezzi, ma il CEO di Pfizer Ian Read, tra gli altri, non ne è sicuro.

Alla domanda quale candidato sarebbe meglio privilegiare nell'interesse di Pharma, a giugno Read aveva detto che non poteva "in questo momento distinguere tra le politiche che Donald Trump può sostenere o quelli che Hillary Clinton può sostenere".

A prescindere da chi vincerà le elezioni, il CEO di Novartis Joe Jimenez prevede un aumento della pressione per il contenimento dei prezzi dei farmaci. "Crediamo che, a prescindere da quale candidato vincerà, vedremo un ambiente di pricing più difficile negli Stati Uniti", Jimenez ha detto al Financial Times.

Gli aumenti dei prezzi che hanno fatto scandalo

I fatti sono noti. La vicenda di Turing Pharmaceuticals si riferisce al Daraprim, una molecola anti Hiv già in uso da 62 anni utilizzata anche contro malaria e toxoplasmosi. Nel 2015, Turing, l'azienda che ne ha rilevato i diritti, da un giorno all'altro, ha aumentato il prezzo da 13,5 a 750 dollari a compressa.

La questione Mylan è molto più recente e si riferisce al farmaco EpiPen, una penna autoiniettiva che contiene adrenalina e che si usa contro gli shock anafilattici. I pazienti particolarmente sensibili la devono portare sempre con se e dopo 18 mesi va sostituita perché il farmaco anche se non usato si deteriora. Il prezzo di EpiPen, in otto anni è passato da circa 100 a oltre 600 dollari, con un rialzo del 550%, cosa che ha scatenato le proteste da parte dei malati, delle associazioni dei consumatori e della politica.

Dopo le furiose polemiche scatenate dall'ultimo aumento che risale a poche settimane fa, Mylan è corsa ai ripari e ha presentato un nuovo farmaco generico alternativo all'EpiPen e con prezzo più basso del 50%. La versione generica costerà 300 dollari per due confezioni e sarà sul mercato nelle prossime settimane. Una buona cosa sicuramente, ma oramai il danno di immagine era fatto.

[[chiudi questa finestra](#)]