



## **RASSEGNA STAMPA**

**09-09-2016**

1. REPUBBLICA.IT "La chemioterapia non deve far paura, non è più quella di trent'anni fa"
2. STAMPA Int. a Mark Ulrich Pfister - L'ex braccio destro di Hamer "Le cure non vanno bandite"
3. DOCTOR 33 Tumore ovarico, posizione Fda contro i test per lo screening
4. QUOTIDIANO SANITÀ Riabilitazione oncologica. Interrogazione intergruppo a Lorenzin: "Venga inserita nei Lea"
5. QUOTIDIANO SANITÀ Senologia. Favo, Senonetwork, Europadonna Italia e Toscana Donna ricevuti al Ministero
6. CORRIERE.IT Tumore del colon metastatico, test genetico a tutti i pazienti per scegliere la cura migliore
7. AGI Con amici e parenti vicino si guarisce prima
8. UNITA' Spesa sanitaria: il fondo aumenterà di 2 miliardi
9. FARMACISTA 33 Biosimilari, l'approccio europeo: sicurezza nella flessibilità
10. ADN KRONOS L'influenza a settembre. A Parma isolato virus su un bimbo migrante di 3 anni
11. STAMPA Grassi e bollicine i ragazzi italiani fanno gli americani
12. STAMPA Cibi sbagliati e ormoni in tilt Piccole donne crescono prima
13. ITALIA OGGI Un fiume di denaro viene oggi dirottato sull'eterologa

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

## "La chemioterapia non deve far paura, non è più quella di trent'anni fa"

*Intervista a Carmine Pinto, presidente degli oncologi italiani, dopo i casi delle due donne morte per leucemia e per un tumore dopo aver rifiutato la terapie. "Contro le false promesse servono una migliore informazione e più empatia nel rapporto medico-paziente". "In Italia sta nascendo un forte movimento antiscientifico che rischia di fare danni enormi"*

di IRMA D'ARIA



AL TUMORE oggi si può sopravvivere. E, infatti, in Italia ci sono circa 3 milioni di persone, con un incremento del 17% dal 2010 al 2015, che continuano la loro vita dopo una diagnosi di tumore. E un milione e 900mila persone possono affermare di aver sconfitto la malattia, avendo superato la soglia dei 5 anni dalla diagnosi. Dati incoraggianti che rendono ancora più incomprensibile la scelta di chi, come [Eleonora Bottaro](#), morta di leucemia a 18 anni, e [Alessandra Tosi](#), mancata a 34 anni per tumore del seno, rifiuta la chemioterapia per abbracciare cure alternative con nessuna comprovata efficacia scientifica.

Che cosa spinge una persona affetta da tumore ad abbandonare la strada del percorso terapeutico standard per tentare qualcosa di "miracoloso"? La comunità scientifica, gli oncologi in primis, se lo stanno chiedendo in questi giorni per cercare di arginare un fenomeno che rischia di far perdere tante vite. Abbiamo intervistato **Carmine Pinto**, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) per chiedergli di fare chiarezza e indicare la strada per evitare che altri pazienti rinuncino alla possibilità reale di curarsi.

**I casi più recenti sono quelli di Eleonora e Alessandra, ma ce ne sono anche altri come i due pazienti affetti da melanoma e seguaci di Hamer morti a Torino lo scorso aprile. I casi dei pazienti che scelgono la "cura miracolosa" sono in aumento?**

"E' un dato che non abbiamo perché non esiste un Registro, ma sicuramente sono più numerosi di quelli di cui veniamo a conoscenza. Accade perché si sta creando nel nostro Paese un movimento molto forte e **anti-scientifico** che rischia di fare danni molto seri. Basti pensare alle vaccinazioni: nel Terzo Mondo potrebbero salvare milioni di vite, mentre in Italia dove vengono concesse gratis si è creata sul web e sui social network una violenta campagna contro le vaccinazioni".

**I dati sulla sopravvivenza migliorano e oggi il cancro non è più considerato un male incurabile: ma allora perché affidarsi a metodi che non hanno alcun fondamento scientifico?**

"Negli ultimi 15 anni le **guarigioni** sono aumentate in maniera significativa. Oggi il 68% dei pazienti a cui vengono diagnosticati tumori frequenti sconfigge la malattia. Percentuali che raggiungono il 91% nella **prostata** e l'87% nel **seno**, le due neoplasie più diffuse fra gli uomini e le donne. Ma questi sono dati 'freddi' che non tengono in considerazione le emozioni. Bisogna sempre tener presente che il tumore è pur sempre una malattia da cui alcuni si salvano, ma altri no perché non sempre le terapie funzionano. Perciò, alcuni cedono alla tentazione di attaccarsi all'idea di una cura miracolosa".

**Tra le motivazioni che possono indurre a rifiutare la chemioterapia, può esserci anche la paura di una terapia considerata aggressiva?**

"Senz'altro. Sulla chemioterapia grava lo stigma di cura devastante, dei pesanti **effetti collaterali** che spesso fanno paura più del cancro stesso. Ma in realtà non è così. La chemioterapia si è evoluta, non è più quella di 30 anni fa e quindi non deve più fare paura. Oggi le terapie utilizzate per combattere contro il cancro sono molto più efficaci e siamo in grado di controllare molto meglio gli effetti tossici delle cure. Inoltre, l'introduzione delle **terapie target** e dei nuovi farmaci **immuno-oncologici** ha cambiato in maniera importante le prospettive di cura e di sopravvivenza. In passato non avevamo neanche gli antiemetici oggi a disposizione per cui i pazienti vomitavano per giorni interi. Ora, invece, possiamo contare su farmaci che permettono di ridurre la tossicità della chemioterapia o anche di impedire la diminuzione dei globuli rossi".

**Eppure, di tanto in tanto, qualche dato che sembra mettere sotto accusa la chemioterapia spunta fuori, come lo studio apparso di recente sulla rivista **Lancet Oncology**....**

"Sì, quello studio ha lanciato l'allarme sulla nocività della chemioterapia che in alcuni ospedali

inglesi avrebbe provocato la morte anche del 50% dei pazienti dopo 30 giorni. In realtà, ciò che emerge con chiarezza dallo studio non è tanto il rischio di mortalità legato alla chemioterapia quanto piuttosto la pessima qualità dell'assistenza sanitaria inglese. Ma in Italia, per fortuna, siamo in una situazione molto diversa e rappresentiamo un modello positivo di oncologia. E, infatti, come dicevamo prima, la sopravvivenza da tumore è aumentata di più del 15% per vari fattori come una maggiore diffusione degli screening, la riduzione del fumo da tabacco, l'arrivo di terapie a bersaglio molecolare e poi ancora l'immunoterapia. Inoltre, la chirurgia è diventata meno invasiva e la radioterapia più efficace. E per quanto riguarda la chemioterapia, oggi siamo preparati e più consapevoli per cui scegliamo bene il paziente da sottoporre a questo trattamento, siamo in grado di suggerire eventuali terapie di supporto che permettono di tollerare meglio i farmaci e anche di gestire le reazioni di chi vi si sottopone".

**Ma i pazienti sono al corrente di questa evoluzione o sono rimasti indietro?**

"In effetti, c'è anche una mancanza di conoscenza dovuta talvolta a una comunicazione non sempre corretta anche sulla stampa ed in particolare sul web. I media giocano un ruolo fondamentale e mi sembra che il dibattito che si è aperto in questi giorni sia basato sul buon senso e sull'equilibrio. Ma anche noi medici abbiamo la nostra parte di responsabilità perché dovremmo avere più tempo da dedicare ai pazienti per comunicargli le informazioni giuste, ma anche per comprendere a fondo le loro necessità, i bisogni emotivi e le loro aspettative. Altrimenti il rischio è che perdano la fiducia in noi e diventino facile preda di promesse terapeutiche infondate. Insomma, serve anche una buona dose di empatia".

# L'ex braccio destro di Hamer "Le cure non vanno bandite"

Pfister: la malattia è un conflitto interiore, ma i farmaci possono servire

## Intervista

ALESSANDRO CASSINIS  
GENOVA

«**M**a cosa c'entra l'acqua di mare? E gli impacchi di ortica?» Eppure, signor Pfister, hanno usato anche questi per curare il cancro nel nome di Hamer. «Senta, non esiste nessuna terapia di Hamer. Non confondiamo la sua ricerca scientifica con il pressapochismo dei cosiddetti simpatizzanti, gente che si professa terapeuta nel nome di Hamer e che può fare grossi danni alle persone».

Mark Ulrich Pfister continua ad avere una sorta di venerazione accademica per il vecchio medico tedesco radiato dall'albo e finito due volte in carcere per truffa ed esercizio abusivo della professione. Eppure fu proprio Ryke Geerd Hamer, il fondatore della nuova medicina germanica, a scomunicarlo dieci anni fa, quando sospettò che il suo apostolo e traduttore nato a Toronto nel 1956 e attivo in Svizzera e in Italia si stava prendendo troppe libertà con la dottrina e i proventi dei libri. Cominciò a chiamarlo «der Kellner», il cameriere, e gli mise contro i discepoli più ortodossi. Pfister non si è arreso. A chi gli ricorda che non è un medico ma un ex barista, risponde che sì, a 23 anni aveva un ristorante, ma che da trent'anni studia le cinque leggi biologiche di Hamer e si è «laureato» all'Université Européenne Jean Monnet di Bruxelles, che però non dà titoli con valore di laurea. Dicono che viva fra la Svizzera e l'Argentina, ma il suo telefonino squilla in Italia. «Sono a Verbania, sul Lago Maggiore», risponde, sempre gentile e paziente, attento a dare messaggi tranquillizzanti ora che il nome di Hamer è di nuovo chiamato in causa per la morte di due donne che hanno rifiutato la chemio-

terapia. Continua a girare in infradito a costo di farsi chiamare «il ciabatta». Dal 2012 è socio fondatore dell'Associazione Salute attiva onlus e presidente della Scuola professionale 5 leggi biologiche. Ha chiuso per sempre l'esperienza dell'associazione Alba, sede legale a Genova, corsi e casa editrice fra Aulla e Bagnone (Massa-Carrara), travolta anche da sciolta per i litigi interni e un'inchiesta dei carabinieri nel 2007: «Presero lo schedario delle persone che si erano rivolte a noi e le trattarono come delinquenti, alla faccia della privacy. Avrei tanto voluto farmi processare, invece è caduto tutto in prescrizione».

**Pfister, le due tragedie di Padova e di Rimini chiamano in causa la nuova medicina germanica. Due donne hanno rifiutato di sottoporsi alla chemioterapia che probabilmente le avrebbe salvate. Si sente responsabile anche lei?**

«Non ho seguito bene. Vivo in disparte e tengo sempre spento il cassone, la televisione. Ciò che mi interessa e che cerco di divulgare è la conoscenza delle varie corrispondenze tra esperienza emotiva, cervello e tessuti. Quelle che chiamiamo malattie, dal raffreddore al cancro, sono programmi speciali, biologici e sensati del nostro corpo».

**Quindi è giusto non fare niente? Aspettare che il corpo guarisca da solo?**

«Ma no... Quando c'è un'urgenza bisogna andare al pronto soccorso. Se c'è bisogno di un intervento bisogna intervenire. Noi proponiamo l'acquisizione di un sapere medico che permette all'operatore sanitario di fare molto meglio il suo mestiere».

**Con i suoi cari come si comporterebbe?**

«Mio padre aveva una forte ipocinesia cardiaca. L'ho portato al pronto soccorso. Ho sentito dire cose pazzesche dai medici, però è guarito».

**Hamer non sarebbe contento di lei: per lui non bisogna proprio andare in ospedale. Se le chiedessi un consulto cosa mi direbbe?**

«Io non sono un medico e non faccio diagnosi. Se una persona si rivolge a noi, proponiamo un operatore che conosce le cinque leggi biologiche anche se non è "hameriano". Lui cercherà solo di aiutare il paziente a ricostruire le cause del conflitto che si manifesta come malattia».

**E potrebbe consigliare anche la chemioterapia, dunque?**

«La chemio ha il 2,25% di successo supposto e il 97% dei medicamenti non serve a niente. Ma se i sintomi sono molto importanti, occorre un effettivo intervento sintomatico anche con farmaci e interventi clinici».

**Nella sua scuola insegnano osteopati, dentisti e psicologi. Perché non c'è nemmeno un oncologo?**

«Perché i medici sono terrorizzati dal sistema. Lo sa che otto medici su dieci sono denunciati? Per evitare guai devono peccare di eccesso di zelo e prescrivere farmaci e interventi anche se non sono necessari. Da una parte c'è l'obsolescenza di una medicina che si basa sulla credenza e sulla semplice osservazione, per cui basta che un barone parli di metastasi e tutti credono nelle metastasi. Dall'altra c'è il potere di Big Pharma. Il Medioevo era più luminoso della nostra epoca. Noi invece non abbiamo verità, solo corrispondenze verificabili».

**Pfister, perché Hamer l'ha scomunicata?**

«Ha ascoltato voci di corridoio, persone interessate che mi hanno messo in cattiva luce. È un uomo braccato che ha sempre agito contro l'establishment e alla fine ha ricevuto l'onda di ritorno».

**La casa editrice Secondo natura srl, che pubblica tutti i testi hameriani, è sempre sua. Dicono che lei si sia arricchito alle spalle di Hamer.**

«Diciamo che vivo con i nostri corsi, che costano 100 euro al giorno, iva inclusa. Ma con tutti i libri di Hamer ho soltanto perso soldi. Vivo semplicemente, magari mi fossi arricchito».

© BY NC ND AL CUNI DIRITTI RISERVATI



**L'apostolo**  
Mark Ulrich Pfister è stato fedele seguace di Hamer



**Morta a 18 anni**  
Eleonora Bottaro era malata di leucemia ma si è opposta alle cure



**L'ultima vittima**  
Alessandra Tosi, 34 anni, due figli, è morta la settimana scorsa



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

## Tumore ovarico, posizione Fda contro i test per lo screening



La diffusione negli Stati Uniti di test di laboratorio per lo screening del tumore ovarico ha spinto la Food and Drug Administration a prendere una posizione netta, invitando i clinici a non raccomandarli, e a diffidare dei risultati, ancora gravati da troppi falsi positivi e falsi negativi: «Nonostante le approfondite ricerche condotte finora, non ci sono attualmente test di screening per il cancro dell'ovaio che siano sufficientemente sensibili da rilevare in modo affidabile il cancro senza fornire un elevato numero di risultati inaccurati» ha scritto la Fda in un comunicato.

Le aziende produttrici hanno contestato queste conclusioni, ma l'agenzia regolatoria ha ribadito di non aver finora approvato né autorizzato alcun test di screening, e che questi si trovano sul mercato in virtù di una norma che ne consente l'impiego all'interno dello stesso laboratorio - o società - che li ha progettati e realizzati (per questo si chiamano "lab developed tests", o Ldt in sigla). Quando la normativa è stata approvata si trattava di test relativamente semplici e confinati a un laboratorio locale, e per questo si riteneva che esponessero eventualmente a rischi limitati. Visto però che oggi vengono messi a punto da grandi compagnie e riguardano malattie complesse e a rapida evoluzione, la Fda ha deciso di muoversi per verificarne l'affidabilità. Nel caso dei test per il cancro ovarico, il timore della Fda è che i falsi negativi inducano le donne e i rispettivi medici a non considerare la chirurgia e le altre terapie, e che dall'altra parte i falsi positivi inneschino una catena di ulteriori esami di approfondimento, magari culminanti in un intervento chirurgico, non necessari e gravidi di rischi. Il rischio sarebbe particolarmente significativo per le donne che sono ad alto rischio per via di una mutazione genetica e della storia familiare. La raccomandazione della Fda è quella di consigliare alle pazienti la consulenza di un genetista e di un ginecologo-oncologo o di un altro specialista appropriato.

Giovedì 08 SETTEMBRE 2016

## Riabilitazione oncologica. Interrogazione intergruppo a Lorenzin: “Venga inserita nei Lea”

Questa la richiesta contenuta in un'interrogazione a prima firma Pierpaolo Vargiu (Sc) che riprende in larga parte le [richieste già avanzate dalla Favo](#). Nel documento si chiede al ministro della Salute quali siano i margini di revisione dello schema di decreto sui nuovi Lea, o, ancora, quali altre azioni potrebbero essere attivate per garantire uniformità di prestazioni su tutto il territorio nazionale. [IL TESTO](#)

All'indomani dell'approvazione dei nuovi Lea da parte della Conferenza Stato Regioni continua a tener banco il caso della riabilitazione oncologica esclusa dalle prestazioni garantite ai cittadini da parte del Servizio sanitario nazionale. Dopo [l'interrogazione dello scorso agosto da parte del M5S](#), oggi viene depositata un'ulteriore interrogazione a prima firma Pierpaolo Vargiu (Sc), siglata da 38 deputati di diversi gruppi parlamentari.

Nel testo, che riprende molte richieste già avanzate da tempo dalla Favo, si chiede al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, innanzitutto quali siano stati i motivi per i quali si è deciso di escludere la riabilitazione oncologica dalla lista dei nuovi Lea. Si passa poi a chiedere se, in coerenza con tutti i più recenti atti di programmazione sanitaria nazionale ed europea, "non ritenga invece opportuno dare immediata evidenza alle specificità del cancro nella fase della riabilitazione nel nuovo schema di decreto, riconoscendo almeno un'area specifica di attività alle prestazioni e ai servizi compresi nella riabilitazione oncologica".

E ancora, quali siano i margini di revisione dello schema di decreto sui nuovi Livelli essenziali di assistenza, o quali altre azioni potrebbero essere attivate per garantire uniformità di prestazioni su tutto il territorio nazionale.

Giovedì 08 SETTEMBRE 2016

## Senologia. Favo, Senonetwork, Europadonna Italia e Toscana Donna ricevuti al Ministero

L'incontro ha rappresentato l'occasione per discutere il tema dell'avvio dei Centri di Senologia multidisciplinare (Breast Unit) su tutto il territorio italiano, con ricadute di rilevante importanza per le donne cui è stato diagnosticato un tumore al seno. Il Ministero ha assicurato il più ampio impegno nell'affrontare le tematiche segnalate dalle organizzazioni

Si è svolto ieri, presso il Ministero della Salute, un incontro tra l'Ufficio di Gabinetto del Ministro e una delegazione composta da Elisabetta Iannelli, Segretario Generale di Favo (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), Laura Del Campo, Direttore di Favo, Luigi Cataliotti, Presidente Senonetwork Italia e Pinuccia Musumeci, presidente Toscana Donna e rappresentante di Europa Donna Italia.

L'incontro, a cui ha anche partecipato il Direttore generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali, Daniela Rodorigo, si è svolto in un clima di cordialità e collaborazione ed ha rappresentato l'occasione per discutere il tema dell'avvio dei Centri di Senologia multidisciplinare (Breast Unit) su tutto il territorio italiano, con ricadute di rilevante importanza per le donne cui è stato diagnosticato un tumore al seno.

In particolare sono stati approfonditi gli aspetti relativi al numero di Breast Unit attualmente operative rispetto ai centri potenzialmente attivabili in Italia secondo i criteri dettati dalla normativa Europea; ai lavori della Commissione Ministeriale delegata a facilitare e verificare l'adozione, da parte delle regioni, delle linee guida sulla rete dei centri di senologia di cui all'intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2014; all'applicazione delle linee guida condivise sui percorsi relativi a diagnosi, trattamento e riabilitazione psicofisica delle donne malate di cancro al seno; multidisciplinarietà del team e specializzazione in campo senologico; presenza di breast nurse con compiti non solo assistenziali ma anche gestionali e di rilevazione dei bisogni assistenziali delle donne malate; utilizzo di database per la raccolta dei dati ai fini di ricerca; all'avvio dei Centri di Senologia da parte delle Regioni, anche alla luce di quanto previsto nel DM 70 del 2015; alla partecipazione attiva dei rappresentanti del volontariato oncologico nei Centri di Senologia; al counseling e assistenza per assicurare la preservazione della fertilità nelle giovani donne malate di cancro prima dell'inizio dei trattamenti anti-tumorali.

Il Ministero della Salute ha assicurato il più ampio impegno nell'affrontare prontamente le tematiche segnalate dalle organizzazioni presenti all'incontro, anche in considerazione dei termini fissati dalla Comunità Europea per l'attivazione dei Centri di Senologia su tutto il territorio italiano. FAVO, Senonetwork Italia, Toscana Donna e Europa Donna Italia plaudono all'apertura del Ministero, confermando la propria disponibilità a collaborare in modo concreto affinché tutti i Centri di Senologia possano essere attivati nei modi e tempi previsti dalla normativa europea e nazionale vigente.

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

## Tumore del colon metastatico, test genetico a tutti i pazienti per scegliere la cura migliore

*Con le terapie più indicate nel singolo caso la sopravvivenza può passare da sei a 30 mesi. Italia all'avanguardia. Regole da seguire per prevenzione e diagnosi precoce*

**Vera Martinella**



L'Esmo, la Società Europea di Oncologia Medica, ha rilasciato delle nuove linee guida per la terapia del tumore del colon retto metastatico, frutto delle nuove opzioni di cura disponibili sempre più personalizzate in base al sottotipo di cancro e alle mutazioni genetiche presenti in ciascun paziente. «Il trattamento del carcinoma colonrettale metastatico è diventato sempre più complesso – spiega Eric Van Custen, a capo della commissione europea che ha condotto il lavoro pubblicato nei giorni scorsi sulla rivista Annals of Oncology e docente all'Università di Gasthuisberg/Leuven in Belgio -: è fondamentale avere un approccio strategico, che stabilisca qual è la procedura migliore da seguire nel singolo caso».

**CON LE CURE GIUSTE LA SOPRAVVIVENZA PUÒ PASSARE DA SEI A 30 MESI**

Nel dicembre 2014 l'Esmo aveva convocato un panel internazionale di esperti affinché, concentrandosi sui singoli sottotipi di questa neoplasia e sulla base delle più recenti

scoperte genetiche, analizzasse accuratamente gli esiti delle sperimentazioni condotte negli ultimi anni e stabilisse qual è l'iter da seguire di fronte a questa patologia nelle sue fasi più avanzate. Una delle principali innovazioni contenuta nelle linee guida è l'algoritmo terapeutico che prende in considerazione, oltre alle caratteristiche biologiche del tumore, anche le condizioni fisiche generali del paziente. In base alle singole situazioni si può decidere di ridurre le dimensioni della lesione o di rallentare la progressione della malattia e, sulla scorta dei biomarcatori molecolari ad oggi disponibili, si può optare per chirurgia, farmaci, radioterapia, chirurgia, somministrate singolarmente, in successione o in combinazione fra loro. Le raccomandazioni, inoltre, prevedono che a tutti i pazienti con un cancro del colon retto metastatico venga fatto il test genetico per verificare la presenza o meno di mutazioni dei geni RAS e BRAF, mentre crescono le evidenze sull'importanza del test anche per il MSI. «Diverse ricerche scientifiche hanno ormai chiarito che se la terapia prescritta si basa sulle mutazioni genetiche del singolo tumore la sopravvivenza di molti pazienti può passare da sei a 30 mesi» sottolinea Van Custen

### ***ITALIA ALL'AVANGUARDIA: TEST GENETICO A TUTTI I PAZIENTI CON METASTASI***

«Ogni anno 52mila italiani si ammalano di tumore del colon, il più frequente in assoluto – dice Stefano Cascinu, direttore del Dipartimento di Oncologia e Ematologia dell'Università di Modena e Reggio Emilia, Policlinico di Modena -. Circa il 20 per cento di loro arriva alla diagnosi quando la neoplasia è già in stadio avanzato, ma un 30-40 per cento dei pazienti con linfonodi positivi diventerà metastatico nei cinque anni successivi alla chirurgia. E' un problema ancora importante, contro il quale però abbiamo nuovi farmaci che ci permettono dei miglioramenti. Il 40-50 per cento di questi malati ha tumori KRAS e NRAS mutati, un 8-10 per cento presenta mutazione BRAF. In Italia – sottolinea l'esperto-, le linee guida dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) già prevedono quanto indicato dall'Esmo: il test genetico per la determinazione delle mutazioni viene fatta al momento della diagnosi di malattia metastatica ed è usata per la scelta terapeutica. Se non mutati si sceglie un inibitore di EGFR (panitumumab o cetuximab), se mutati bevacizumab, sempre combinati con chemioterapia. E' importante è però sottolineare che se i pazienti ricevono queste terapie hanno una sopravvivenza che arriva a 30 mesi».

### ***TEST PER LA DIAGNOSI PRECOCE E LA PREVENZIONE: CHE COSA FARE O EVITARE***

Circa l'80 per cento dei carcinomi del colon-retto insorge a partire da lesioni precancerose (adenomi o polipi adenomatosi), che impiegano anni (tra 7 e 15, in media) per trasformarsi in forme maligne. È in questa finestra temporale che lo screening con

test per la ricerca del sangue occulto nelle feci consente di fare una diagnosi precoce ed eliminare i polipi prima che abbiano acquisito caratteristiche pericolose. E se il tumore viene scoperto agli stadi iniziali le possibilità di guarigione sono di gran lunga superiori. Nel nostro Paese viene offerto gratuitamente un test per Sof ogni due anni ai cittadini fra i 50 e i 70 anni. E' semplice e indolore: si raccoglie un campione di feci con una piccola provetta che si consegna alla farmacia più vicina, per poi ricevere l'esito dell'analisi a casa. Per la prevenzione di questo tumore è poi importante seguire una dieta equilibrata (ridotto consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati) ed evitare sovrappeso, obesità, ridotta attività fisica, fumo ed eccesso di alcol, che - come è ormai stato ampiamente dimostrato – fanno crescere le probabilità di ammalarsi.



08-09-2016

Lettori  
17.555

[www.agi.it](http://www.agi.it)

# Con amici e parenti vicino si guarisce prima

Washington - I pazienti che possono contare sul **sostegno di amici e familiari** recuperano prima e, di conseguenza, hanno bisogno di trascorrere meno tempo in una struttura ospedaliera. Queste, in estrema sintesi, le conclusioni di uno studio della The University of Texas Medical Branch a Galveston. I risultati, pubblicati sugli Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, pongono l'accento sull'importanza del recupero psicologico, oltre a quello fisico. Lo studio ha coinvolto 119.439 persone che, per vario motivo, hanno trascorso del tempo in un centro di riabilitazione nel 2012. Sono stati poi analizzati i dati sul sostegno sociale sulla base delle informazioni fornite dai pazienti stessi. I risultati hanno dimostrato che avere un forte sostegno sociale, da amici e familiari, riduce il tempo trascorso nelle strutture di riabilitazione. (AGI)

STABILITÀ

# Spesa sanitaria: il fondo aumenterà di 2 miliardi

**Altolà dei governatori: con i nuovi Lea non si possono fare tagli**

**B. Di G.**

I tasselli da mettere a posto sono ancora moltissimi nel grande puzzle della legge di Stabilità. E soprattutto mancano ancora i pilastri su cui costruire la manovra, ovvero il dato sul Pil e l'intesa sulla flessibilità di spesa in Europa. Intanto nelle stanze dei ministeri si lavora sulle risorse disponibili.

Uno dei fondi che potrebbe essere preso di mira è come al solito quello della sanità. La ministra **Beatrice Lorenzin** afferma senza tentennamenti: difenderò i due miliardi in più previsti nel Def. Le risorse complessive da destinare al servizio sanitario nel prossimo biennio sono pari a 113 miliardi e 63 milioni di euro per il 2017, e 114 miliardi e 998 milioni di euro per l'anno 2018. Questo sulla carta, ma le sforbiate negli anni passati non sono mancate. A esprimere preoccupazione sono stati due giorni fa i presidenti di Regione, che hanno chiesto che questi livelli di spesa siano puntualmente indicati nel testo della manovra. Tanto più che è stato appena firmato il nuovo Patto per i livelli essenziali di assistenza che aumenta lo spettro di prestazioni da garantire ai cittadini. Le nuove prestazioni sono innovative, e quindi costose: bisognerà tenerlo presente.

Grande lavoro anche sul fronte delle imprese. Per ora nella lista della spesa compaiono il rifinanziamento del fondo di garanzia delle pmi (strumento avviato durante la crisi per garantire liquidità anche ai piccoli), il bonus per la ricerca, e sul fronte fiscale la nuova Iri, l'imposta sul reddito imprenditoriale con l'aliquota al 24% su reddito d'impresa e lavoro autonomo. Si tratterebbe di una semplificazione, che assoggetta sotto un unico prelievo, sia il reddito soggetto all'Ires che quello del lavoro autonomo oggi soggetto all'Irpef. I effetti dell'Iri saranno quindi di generare una differenza di trattamento fiscale rispetto alle società di capitali, per le quali il reddito non distribuito è tassato con imposta proporzionale Ires pari al 27,5%. I tecnici del ministero del Tesoro e dello Sviluppo stanno studiando poi una «super Ace», l'aiuto per la crescita economica, uno strumento introdotto nel 2011 per favorire la capitalizzazione delle imprese e dunque aiutarle nella crescita. L'ipotesi allo studio è quella di abbassare l'aliquota Ace al 4,75%.

Molto dipenderà però dalle risorse disponibili. A palazzo Chigi si punta a ottenere da Bruxelles dei margini di bilancio di circa 8-10 miliardi, lasciando l'asticella del deficit a quota 2,3-2,4% sul Pil, evitando di abbassarla all'1,8%. Troppo presto per dire se Roma riuscirà nel suo obiettivo, anche se il clima politico in Europa sembra orientato a una maggiore flessibilità dei conti.



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

## Biosimilari, l'approccio europeo: sicurezza nella flessibilità



Per garantire la diffusione in tempi ragionevoli di soluzioni terapeutiche innovative a costo ridotto occorre cercare un equilibrio flessibile capace di coniugare al meglio sicurezza e flessibilità: è questo il messaggio lanciato da un'analisi pubblicata dal *British Journal of Clinical Pharmacology*, accompagnata da un editoriale affidato a Natalie Richards e Ian Hudson, specialisti inglesi della Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency di Londra. Lo spunto di partenza è offerto dall'analisi curata da **Bernd Jilma** e colleghi della Facoltà di Medicina dell'Università di Vienna, che si sono concentrati sulla recente vicenda dei biosimilari, alternativa meno costosa rispetto ai farmaci biologici (molecole complesse in genere derivate da materiali biologici umani o animali), che come nel caso dei farmaci generici diventa sfruttabile commercialmente alla scadenza del brevetto. In Europa, il primo prodotto biosimilare approvato dalla European Medicines Agency (Ema) fu Omnitrope di Sandoz, esattamente dieci anni fa: da allora il numero dei biosimilari prescrivibili nell'Unione europea è cresciuto considerevolmente, tanto che oggi si contano 21 prodotti commerciali con meccanismi d'azione analoga a quella di sette diversi farmaci biologici.

Finora, però, alcuni dettagli pratici delle procedure di approvazione non erano chiari: «Sono stati pubblicati molti articoli per descrivere le regole e le linee-guida del percorso di approvazione dei biosimilari in Europa» scrivono Jilma e colleghi. «Tuttavia non era chiaro come queste regole fossero tradotte in pratica. Il nostro lavoro colma questa lacuna presentando i risultati di un confronto sistematico di tutti i programmi di sviluppo clinico dei biosimilari che sono stati approvati dall'Ema, e offrendo quindi elementi di conoscenza approfondita sulla messa in pratica di queste regole». L'elemento principale rilevato dai ricercatori è la notevole variabilità

tra i diversi programmi: «Anche se alcune differenze possono essere spiegate dalle caratteristiche dei diversi prodotti di riferimento, anche per i biosimilari che fanno riferimento allo stesso prodotto le strategie di sviluppo non possono essere considerate paragonabili» spiegano i ricercatori, citando a esempio il fatto che alcune aziende hanno studiato l'attività del biosimilare nell'organismo mentre altre si sono concentrate sui risultati dei trial clinici di fase III su pazienti affetti dalla malattia bersaglio.

La loro valutazione è chiara: «Abbiamo concluso che i dettagli dei programmi di sviluppo possono essere negoziati con l'Ema, e che le aziende che producono biosimilari hanno una certa flessibilità nel decidere in che modo dimostrare la biosimilarità del proprio prodotto». La disponibilità delle informazioni dettagliate su ciascun prodotto permette poi a medici e pazienti di esaminare nel dettaglio ciò che si sa di efficacia e sicurezza di ciascuno, sottolineano i clinici austriaci. «Il ruolo del regolatore sta cambiando rapidamente, con l'introduzione di nuovi approcci al rischio proporzionali e flessibili» commentano Richard e Hudson nell'editoriale. «La collaborazione internazionale è un elemento chiave in questo lavoro, ed è destinata ad aumentare».

<http://www.adnkronos.com>

## L'influenza a settembre. A Parma isolato virus su un bimbo migrante di 3 anni



VIRUS INFLUENZALE  
osservazione al microscopio elettronico a  
trasmissione (x 280.000)

**Un ceppo di virus influenzale "di specie A sottotipo H3" è stato rilevato mercoledì 7 settembre, "con grande anticipo rispetto al periodo epidemico,** da un tampone faringeo appartenente a un **bambino di 3 anni e 5 mesi**, ricoverato dal 3 settembre al Dipartimento materno-infantile dell'**Azienda ospedaliero-universitaria di Parma** con **febbre alta** e compromissione bronchiale". Lo riferisce l'ateneo in una nota. Tocca dunque alla struttura emiliana **la prima identificazione** della stagione.

"Come riferito dal pediatra - si spiega nella nota - **il bambino**, nato in Marocco e residente in Libia, **era arrivato in Italia il 28 agosto su un gommone dalla Libia**, insieme ai genitori, ed era **ospitato in un Centro di accoglienza territoriale**. Il bambino, dopo reidratazione e risoluzione della febbre, è stato **dimesso il 7 settembre 2016**". L'identificazione del virus influenza A/H3 è avvenuta nella Struttura semplice di diagnosi virologica molecolare ed epidemiologia, sotto la responsabilità di Maria Cristina Medici, afferente alla Struttura complessa di virologia dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma, diretta da Adriana Calderaro.

Il risultato ottenuto, fanno notare dalla struttura, "è rilevante non solo dal punto di vista diagnostico, ma anche dal punto di vista epidemiologico, perché sottolinea come **la**

**circolazione dei virus influenzali** non sia limitata alla sola stagione invernale, in cui si concentra il picco epidemico, ma si estenda a **tutti i periodi dell'anno**, causando **casi sporadici** in soggetti, come i **bambini**, che non avendo fatto esperienza di precedenti infezioni con tali virus sono più suscettibili degli adulti a infettarsi e ad ammalarsi".

La continua circolazione di questi virus, proseguono gli esperti, "favorisce ulteriormente la comparsa di nuove varianti virali che, generalmente, segnano l'inizio della successiva stagione epidemica invernale. **La caratterizzazione più precisa del ceppo di influenza A/H3 identificato è attualmente in corso**".

Informazioni aggiornate al 5 settembre 2016 dall'Organizzazione mondiale della sanità sulla base dei dati disponibili, si legge ancora nella nota, "attestano l'attuale circolazione di virus influenza A (H3N2), ma anche quella di virus influenza A (H1N1), responsabile di pandemia nel 2009, e di virus influenza B, con prevalenze differenti nei diversi paesi. La stessa Oms segnala l'assenza di dati al riguardo relativi al nostro Paese".

# Grassi e bollicine i ragazzi italiani fanno gli americani

## Denuncia Usa: "Dieta tradita"

36% 43% 30%

**dei ragazzi**

sotto i 18 anni è  
obeso o  
comunque  
sovrappeso

**degli  
italiani**

segue  
ancora la dieta  
mediterranea

**l'aumento  
di calorie  
ingerite**

tra gli Anni 60  
e il Duemila  
in Italia, Grecia,  
Spagna, Portogallo,  
Cipro e  
Malta

### il caso

PAOLO MASTROLILLI  
INVIATO A NEW YORK

**M**angiano cibi grassi, troppa carne rossa, burro e zucchero in porzioni giganti, annaffiandole con soft drink tipo la Coca-Cola. Risultato: il 36% dei loro ragazzi sotto i 18 anni è obeso o comunque sovrappeso. Indovinate di chi stiamo parlando? Ma degli italiani, ovvio, che stanno abbandonando la dieta mediterranea, abbracciando sempre di più le peggiori abitudini americane. E il fatto curioso è che l'accusa viene proprio dagli Stati Uniti, per bocca del sito «Vox». Una giornalista della testata è stata in vacanza in Puglia col fidanzato di origini tedesche. L'esperienza è stata così devastante, che ha deciso di raccontarla in un articolo intitolato: «Sono andata in Italia per mangiare, e ho imparato una brutta verità sulla dieta italiana».

All'inizio si è trattato di piccoli indizi: prime colazioni a base di cornetti, salami, formaggi, yogurt, frutta, marmellata, burro, noci, «abbastanza per nutrirci l'intero giorno».

Poi Julia ha fatto una sosta in un ristorante di Ostuni, dove per antipasto le hanno servito 17 portate, fra cui vegetali fritti, formaggi crudi e fritti, «frittate oleose», salami, pane. Come dice il nome, peraltro, quello era solo l'inizio, a cui sono seguiti

primi di pasta, secondi di pesce e carne, dolci col gelato. Come ultimo affronto, poi, Julia ha scoperto che adesso i conigli italiani non vengono solo guarniti con la panna, ma anche affogati nella cioccolata. «Noi - ha scritto - amiamo il cibo, e questa estate siamo andati in Italia sognando pasta fatta a mano, prodotti succulenti, pesce fresco.

Invece siamo rimasti sorpresi nel trovare pochi vegetali, troppi fritti, e piatti pieni di carne e zucchero. Entrambi in passato abbiamo vissuto in Italia, ma stavolta qualcosa sembrava diverso».

### Il passato

Per la verità, chiunque abbia quarant'anni ricorda come un tempo in casa fosse normale pranzare e cenare almeno con primo, secondo, contorno e frutta, cosa che ormai non avviene più in molte famiglie. Era normale, per dire, che un piatto tipo la parmigiana venisse servito come contorno: oggi invece basterebbe a coprire il fabbisogno calorico di un'intera giornata.

Julia però si è messa a fare qualche ricerca, e ha scoperto che la sua sensazione ha radici scientifiche. Secondo uno studio pubblicato nel 2015 dalla rivista «Eat Weight Disorder», solo il 43% degli italiani segue ancora la dieta mediterranea. Quindi meno vegetali, frutta, olio d'oliva; più carne rossa e burro.

Anche le porzioni sono aumentate, secondo Zachary Nowak dell'Harvard Universi-

ty, direttore associato del Food & Sustainability Studies Program all'Umbra Institute. Secondo Nowak, «l'Italia è stata in recessione più a lungo del 2009», questo ha spinto molte famiglie ad aumentare le dosi di carboidrati più economici, a danno di pesce e vegetali.

### La crisi

Già nel 2008, un rapporto pubblicato dalla Fao sottolineava come tra gli Anni 60 e il Duemila Italia, Grecia, Spagna, Portogallo, Cipro e Malta avevano aumentato del 30% la quantità delle calorie ingerite, consumando cibi «troppo grassi, salati o zuccherati».

Prima, il progresso economico ci aveva spinti a mangiare di più, poi la crisi ci ha costretti a scegliere pietanze peggiori. Abbiamo anche imparato a bere i soft drinks come la Coca-Cola, 8 galloni a testa in un anno, mentre fenomeni come la diffusione delle «doggy bag» nei ristoranti, o le iniziative tipo quella dello chef Massimo Bottura per evitare lo spreco di cibo, confermerebbero che usiamo porzioni sproporzionate.

Il risultato sono le statistiche pubblicate nel 2014 dall'Oecd, in base a cui il 36% dei ragazzi e il 34% delle ragazze italiane sotto i 18 anni sono obesi o sovrappeso, secondi solo alla Grecia che tocca il 44%, ma avanti agli Usa che invece si fermano al 30%. Servirà adesso questa ramanzina americana, ad aprirci gli occhi sui nostri difetti che un tempo rimproveravamo proprio agli inventori del fast food?

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



# Cibi sbagliati e ormoni in tilt Piccole donne crescono prima

Sos da una ricerca: la pubertà anticipata si presenta già a sette anni  
Così si alza il rischio di molte malattie, dal diabete al tumore al seno

## il caso

FABIO DI TODARO  
MILANO

**S**eni che sono gonfi già a otto anni. Peluria che compare sotto le ascelle e nella zona pubica soltanto qualche mese più tardi. Mestruazioni che quasi mai si manifestano oltre la dodicesima primavera.

Sono piccole donne, quelle che oggi sbocciano tra i banchi di scuola. Non esistono stime ufficiali, ma cresce il fronte degli esperti che parla di pubertà precoce per definire il progressivo abbassamento dell'età in cui inizia la maturazione sessuale dei nostri figli. Un processo che, se troppo anticipato, innesca le preoccupazioni dei genitori: quali insidie, infatti, si celano dietro il diventare donne troppo presto?

### Una soglia anticipata

A sollevare l'interesse nei confronti dell'argomento sono state le ricerche pubblicate negli ultimi anni sul tema, che hanno portato anche il «Wall Street Journal» a occuparsi del tema. «Ormai siamo quasi concordi nel pensare che i sette anni possano rappresentare la soglia per dare il via alla stagione della pubertà», ha dichiarato Louis Greenspan, endocrinologa pediatra al Kaiser Permanente Hospital di San Francisco e autrice del saggio «La nuova pubertà: come muoversi verso la pubertà precoce delle ragazze di oggi».

A spingere la specialista verso una simile conclusione è stata l'osservazione dei dati rac-

colti negli ultimi tempi. Negli Stati Uniti, infatti, non desta più stupore trovare almeno due-tre ragazze che, in terza elementare, mostrano i segni di un precoce sviluppo sessuale.

Diverse le cause che - a detta degli esperti - possono determinare l'anticipazione di questo processo: dal sovrappeso al contatto ambientale con sostanze (interferenti endocrini) in grado di modulare l'attività degli ormoni. Il processo, sebbene non così marcato, si nota anche tra i maschietti. Già nel 2012, attraverso le colonne di «Pediatrics», un gruppo di ricercatori statunitensi evidenziò la comparsa del pubarca - la fase dello sviluppo sessuale caratterizzata dalla comparsa dei peli e dei caratteri sessuali secondari (crescita dei peli, allargamento delle spalle, ingrandimento dei testicoli e del pene) - attorno ai 10 anni, con un anticipo variabile tra i sei mesi e i due anni rispetto a studi di pochi anni prima.

### Come avviene la diagnosi

Il fenomeno, a grandi linee e in assenza di dati definitivi, si riscontra anche in Italia. Secondo Massimo Cappa, responsabile dell'unità di endocrinologia all'ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma, queste evidenze oggettive non sono però sufficienti per parlare di pubertà precoce. «Alcuni esami del sangue, mirati a valutare la presenza degli ormoni sessuali nel torrente circolatorio, una radiografia delle ossa e un'ecografia completa dell'addome, finalizzata a valutare la maturazione dell'utero, rimangono necessari per completare la diagnosi».

Opinione che trova d'accordo Annamaria Spada, direttore dell'unità operativa di endocrinologia e malattie metaboliche dell'ospedale Maggiore Policlinico di Milano. «La pubertà precoce è definita dal completamento della maturazione sessuale prima degli otto anni nei bambini e dei nove anni nei maschi. Quello che si osserva più di frequente è, invece, la manifestazione di alcune caratteristiche di questo processo. La comparsa precoce del botto mammario non è da sottovalutare, in quanto probabile conseguenza di un'eccessiva esposizione agli estrogeni. Ma da sola non è sufficiente per parlare di pubertà precoce».

### Terapia appropriata

In questo caso occorre comunque approfondire le indagini, «perché dietro uno sviluppo accelerato degli organi sessuali, dei muscoli e delle ossa potrebbe celarsi l'alterazione delle ghiandole surrenali, delle ovaie o dell'asse composto da ipotalamo e ipofisi: anche in senso tumorale», prosegue Cappa.

Quali i rimedi? La pubertà precoce si cura con dei farmaci - gli analoghi delle gonadotropine - in grado di inibire la risposta delle ovaie e dei testicoli, occupando i recettori che diversamente legherebbero gli ormoni stimolanti rilasciati dall'ipofisi.

La condizione, se non curata nel modo corretto, espone soprattutto le ragazze a un rischio più alto di sviluppare una serie di malattie, sovrappeso a parte: obesità, diabete di tipo 2, depressione e tumore al seno.

Twitter @fabioditodaro

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



DALLA RUSSIA DONATRICI DI OVULI A DOMICILIO

## Un fiume di denaro viene oggi dirottato sull'eterologa

Un fiume di denaro dall'Italia all'estero per la fecondazione eterologa. Le strutture sanitarie di mezza Europa fanno business sulle coppie italiane che si rivolgono alla fecondazione assistita. E le Regioni italiane hanno incominciato a pubblicare bandi internazionali per acquistare all'estero gli ovociti. Si calcola che siano 10 mila le donne italiane che ogni anno si sottopongono alla fecondazione assistita. L'infertilità riguarda il 15% delle persone ed è in aumento. Il costo potenziale per il nostro Ssn è di 10 milioni di euro l'anno.

Valentini a pag. 9

*Un fiume di denaro pubblico va all'estero mentre cresce il deficit del servizio sanitario*

# Quel gran business dell'eterologa

## Dalla Russia esentasse le donatrici di ovuli a domicilio

DI CARLO VALENTINI

**G**razie, Italia. Ce lo dicono strutture sanitarie di mezza Europa che fanno business sulle coppie italiane che si rivolgono alla fecondazione assistita. Adirittura le Regioni hanno incominciato a pubblicare bandi internazionali per acquistare all'estero gli ovociti. L'Emilia-Romagna, per esempio, ha messo sul piatto 750 mila euro. «Ci aspettiamo un prezzo unitario dice **Licia Petropulacos**, dell'assessorato regionale alla Sanità- di 2.000-2.500 euro». Sarà così possibile rispondere anche alle 287 coppie in lista d'attesa all'ospedale Sant'Orsola di Bologna. La primogenitura va al Friuli-Venezia Giulia che ha emesso un bando per 400 mila euro prevedendo un approvvigionamento per 12 mesi. Poi sarà ripetuto. Anche la Toscana ha optato per un bando che ha già i vincitori: due cliniche spagnole e due danesi.

**Alla fine, poiché è pre-**

**vedibile** che tutte le Regioni seguiranno questa strada, saranno 10 milioni di euro che ogni anno il sistema sanitario consegnerà alle cliniche straniere. Si calcola che siano 10 mila le donne italiane che ogni anno si sottopongono alla fecondazione assistita. L'infertilità riguarda il 15% delle persone in età procreativa, con un trend in aumento.

«**Il grosso problema in Italia** - dice **Filippo Maria Ubaldi**, direttore clinico dei Centri Genera di Roma, Napoli e Marostica- è che, per quanto ora abbiamo una legge che permette l'eterologa e siano molte le donne che la cercano, poche sono quelle disposte a donare i propri gameti e questo soprattutto perché nel nostro paese non esiste un sistema di rimborso economico per le donne che decidono di donare i propri ovuli, come invece avviene nel resto d'Europa. La donazione di ovociti prevede una stimolazione ormonale della durata di un paio di settimane, con monitoraggi ecografici e ormonali e un

piccolo intervento chirurgico con blanda sedazione per prelevare gli ovociti. Tutto questo comporta, quanto meno, perdita di ore di lavoro e impegno per la donatrice che andrebbero riconosciuti economicamente».

**Un fiume di denaro che varca** i confini, un salasso per la spesa sanitaria pubblica e quindi per i contribuenti. Con queste falle come fanno a stare in piedi i conti dello Stato?

Ancora una volta facciamo le spese di un approccio non laico e scientifico ma politico e religioso su faccende che riguardano la sfera privata e l'approccio alla maternità, con la conseguenza che dal parlamento escono leggi compromissorie che dicono e



non dicono, danno un colpo al cerchio e uno alla botte e finiscono per creare caos invece di regolamentare, così deve intervenire il giudice.

**La corte costituzionale nel 2014** ha fatto cadere il divieto dell'eterologa stabilendo però che le cellule riproduttive debbono essere donate a titolo gratuito.

A questo punto si inserisce un'Europa che è comunitaria ma dove ogni Paese fa ciò che vuole. E in molte nazioni è possibile conferire gli ovociti dietro compenso. Risultato: in Italia gli ovociti non ci sono, all'estero sì. E allora le Regioni li acquistano sul mercato internazionale.

**I conti sono presto fatti: in media** una donatrice percepisce mille euro, il kit necessario a un ciclo di eterologa è venduto da 3 a 10 mila euro. Un'ovobanca è quindi una fonte di guadagno notevole, alimentata in primo luogo dalle richieste italiane sia provenienti sia dalle Regioni che dai singoli. Infatti la coppia può acquistare direttamente l'ovocita (è chiamato il «turismo dell'eterologa») con annesso trattamento e presentare il conto all'Agenzia delle entrate, cioè dedurre la spesa dalle tasse.

«Dal momento che le spese mediche sostenute all'estero sono soggette allo stesso regime fiscale di quelle analoghe sostenute in Italia – ha specificato l'Agenzia delle entrate – le considerazioni valgono anche per le prestazioni di crioconservazio-

ne degli ovociti, dei gameti e degli embrioni effettuate all'estero per finalità di cura, previste nel percorso di procreazione medicalmente assistita.

La documentazione delle spese sostenute dovrà essere rilasciata da una struttura di procreazione medicalmente assistita autorizzata dall'Autorità competente del Paese estero. Si ricorda che se la documentazione sanitaria è in lingua originale, va corredata da una traduzione in italiano (se la documentazione è in inglese, francese, tedesco o spagnolo, la traduzione può essere eseguita a cura del contribuente e da lui sottoscritta)».

**Non c'è da stupirsi se sul web** compaiono allettanti offerte rivolte alle coppie italiane, con tanto di promessa di regolare ricevuta per ottenere il rimborso erariale. Il sito [Surrogacy.med.it](http://Surrogacy.med.it) addirittura si presenta così: «Fecondazione assistita con la donatrice degli ovociti russa senza partenze per la Russia».

Come? Semplice. Spiega il sito: «Le tappe del programma: consegna del materiale genetico del padre biologico nella clinica della fecondazione assistita più vicina e crioconservazione, trasporto del materiale genetico in Russia, selezione della donatrice dell'ovulo, fecondazione in vitro, trasporto degli embrioni crioconservati nella vostra clinica della fecondazione assistita».

Il tutto con una spesa da 3.000 a 18 mila euro. In quest'ultimo caso è possibile scegliere «età, istruzione, altezza, peso, segno zodiacale, colore dei capelli e degli occhi e tanto altro» della donatrice. Non solo. Con 26 mila euro la donatrice arriva a domicilio, dalla Russia alla clinica italiana prescelta.

E paga il servizio sanitario nazionale.

**Francesco Tomei, responsabile** del centro (pubblico) di procreazione assistita di Pordenone e componente della commissione tecnica nazionale ha inviato al ministero una proposta per cercare di superare il dissanguamento finanziario del servizio sanitario: il «social freezing», ovvero la possibilità offerta alle donne di crioconservare i propri ovociti quando le ovaie sono ancora sufficientemente giovani da produrli, per garantirsi la possibilità di posticipare la maternità o superare eventuali futuri problemi di infertilità. La crioconservazione sarebbe gratuita in cambio della donazione di metà del patrimonio genetico. «Questa soluzione dice costerebbe molto meno dell'importazione dei gameti e risulterebbe interessante anche per le donatrici. Ma finora non ho ricevuto risposta».

**Vi è infine da rilevare che ogni Regione** va per suo conto, così sono previste età massime diverse per le donne riceventi e limiti differenziati del numero dei trattamenti praticati.

Per esempio in Veneto il servizio sanitario non prevede l'eterologa per le donne oltre i 43 anni e non concede più di tre trattamenti. Limiti che non vi sono in Friuli. Così la Toscana ha inviato a tutti i suoi centri di fecondazione una circolare con la decisione di non accogliere più le coppie provenienti da Regioni in cui la procreazione assistita non è ancora inserita tra le prestazioni erogate e quindi non avverrebbe la compensazione finanziaria tra le Regioni. Non sarebbero più opportune, su una materia tanto delicata, regole uguali per tutti?

**Twitter: @cavalent**

—© Riproduzione riservata—